

DOI: 10.25237/revchilanestv5103021244

Optimización de los procesos de gestión en cirugía electiva

Optimizing procedures for elective surgery

Ruth Kohnenkamp MD.^{1,*}, Cristian Rocco MD.², Bárbara Ortega³¹ Médico Anestesiólogo, Jefa de Unidad de Anestesia y Pabellones Quirúrgicos, Hospital de Quilpué. Chile.² Médico Anestesiólogo, Clínica Las Condes, Magíster seguridad del paciente gestión y calidad de atención.³ Enfermera Supervisora Pabellones Quirúrgicos, Hospital de Quilpué. Chile.

Fecha de recepción: 15 de abril de 2021 / Fecha de aceptación: 21 de abril de 2021

ABSTRACT

The ward chiefs are team leaders and, as such, they must have the ability to adequately manage their unit in such a way as to meet the real needs of the population they are responsible for serving. To achieve this, it is essential to optimize the management of operating rooms, oriented to a strategic management of resources, which allows the best performance and productivity. In this document we will provide you with some tools, such as: definitions of concepts, analysis of the sub-processes that make up the surgical process and suggestions to improve the management of each of its parts.

Key words: Operating room management.

RESUMEN

Los jefes de pabellón son líderes de equipo y, como tales, deben tener la capacidad de gestionar adecuadamente su unidad de tal modo de satisfacer las necesidades reales de la población que le corresponde atender. Para lograr esto, es fundamental optimizar el manejo de los quirófanos, orientado a una gestión estratégica de recursos, que permita el mejor rendimiento y productividad. En este documento les entregaremos algunas herramientas, tales como: definiciones de conceptos, análisis de los subprocesos que componen el proceso quirúrgico y sugerencias para mejorar la gestión de cada una de sus partes.

Palabras clave: Gestión de quirófano.

Introducción

La comisión nacional de productividad en enero de 2020 publicó un informe llamado: "Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica No GES"[1], en el que se describe que en Chile actualmente no tenemos la capacidad de resolución de los problemas de salud de la población y dentro de ese contexto, destacan las patologías con resolución quirúrgica, tanto en el número de pacientes que se encuentran en lista de espera de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y no GES, como en los tiempos de espera, sobre todo en el último grupo mencionado, que según el informe, corresponden al 99% de los casos en lista de espera.

¿Cuál es el objetivo de una óptima gestión de los pabellones quirúrgicos? Conseguir una ocupación máxima del quirófano,

no, con el mayor grado de satisfacción del paciente, el menor costo económico, además de la mayor calidad y seguridad en la cirugía realizada, que implica la menor cantidad de complicaciones asociadas. El pabellón quirúrgico genera alrededor del 40% o más de los ingresos de un hospital[2], por tanto, es primordial hacer un uso eficiente de sus recursos (sobre todo en la realidad actual de implementación del modelo de pago GRD-PERC o Grupos Relacionados por el Diagnóstico - Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) para poder aportar recursos para el funcionamiento global del hospital al que pertenece.

El área de pabellón quirúrgico, es una de las más difíciles de administrar en el ámbito de la salud, ya que cuenta con muchas variables y puntos de encuentro de diferentes procesos que son indispensables, ninguna puede fallar, porque inevitablemente llevan a un quiebre en la continuidad de la atención. Además,

rakohnen@me.com

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1837-5014>

es uno de los servicios que causa mayores gastos en una institución de salud, con recursos físicos y humanos limitados, siendo una causa de gran congestión en el funcionamiento de otros servicios hospitalarios y ambulatorios, por lo que es indispensable obtener de ellos el máximo rendimiento[3].

Queda mucho trabajo pendiente por hacer en nuestro país: mientras un quirófano electivo en Chile realiza alrededor de 750 cirugías al año, los referentes internacionales hacen sobre 1.000[1]. Esto refleja lo fundamental que es un manejo racional y programado de los pabellones en todas las áreas que son determinantes en el proceso quirúrgico (pre, intra y posoperatorio) y el gran trabajo que tenemos todos los funcionarios que trabajamos en cargos de coordinación de estas unidades.

El objetivo de este trabajo es entregar herramientas para mejorar el uso de los recursos asociados a los pabellones electivos, con la finalidad de aumentar la oferta de resolución quirúrgica para los casos tanto GES como No GES y disminuir con ello los tiempos de lista de espera quirúrgica, para ofrecer una atención más transparente, oportuna, segura y justa.

Fundamento

Los hospitales públicos en Chile presentan problemas comunes en la gestión de sus pabellones, lo que se analizó en detalle en el informe de la comisión nacional de productividad ya mencionado[1]. El principal problema es una lista de espera en donde un gran número de pacientes llevan esperando más del tiempo definido como máximo de espera, asociado a su diagnóstico médico. Esto podría aumentar las complicaciones perioperatorias en pacientes en donde la cirugía se realizó en forma tardía e incluso a la muerte de aquellos que no pudieron resolver su patología quirúrgica, además de aumentar la insatisfacción y la desconfianza en el sistema[2]. Otro problema muy importante es que no disponemos de un lenguaje único en relación a conceptos básicos del funcionamiento de las unidades de anestesia y pabellón, lo que dificulta el análisis y la utilización de indicadores o protocolos en forma adecuada. Se incluye un glosario de definiciones, en el anexo 1, que el Departamento de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud (minsal) entrega cada año en los manuales REM (resumen estadístico mensual)[4].

¿Cómo logramos obtener la mayor satisfacción de los pacientes considerando los limitados recursos disponibles?

Pilares de esta labor de gestión:

- 1 Procesos centrados en los pacientes.
- 2 Mejoría continua de los procesos.
- 3 Optimizar el uso del recurso pabellón (tasa de ocupación).
- 4 Reducción de tiempos de listas de espera.
- 5 Uso eficiente de los recursos humanos.
- 6 Reducción de los tiempos entre cada intervención (tiempos muertos, atrasos, etc) y de preparación de los pacientes.
- 7 Reducción de costos.
- 8 Aumento de ingreso de recursos económicos para el recinto de salud.
- 9 Aumentar el número total de cirugías.
- 10 Disminuir suspensiones.
- 11 Uso racional de camas, que se relaciona con la capacidad de ambulatorización y trabajo en conjunto con hospitalización domiciliaria.

- 12 Atención segura, de calidad y equitativa para la población.
- 13 Implementación y cumplimiento de indicadores de calidad sobre el umbral deseado (por ejemplo, en el adecuado llenado de hojas de evaluación preanestésica u hoja de anestesia).
- 14 Recurso humano: evaluación continua de cantidad, capacitación y motivación[5].

Estos pilares nos darán resultados que podemos evaluar en indicadores, los cuales nos permiten estimar la eficiencia del uso de los pabellones de 3 maneras[1]:

1. **Tasa de ocupación:** Los tiempos utilizados de cada quirófano para la realización de cirugías electivas dentro del horario asignado de funcionamiento (horario institucional) se evalúan formalmente con el índice o tasa de ocupación, que es un indicador que se define como relación entre el tiempo disponible y el tiempo real en el que se encuentra ocupado por algún paciente. La tasa de ocupación objetivo de cada institución es discrecional, ya que son muchas las variables que determinan a este indicador. Existen recomendaciones en la literatura, por ejemplo, en el Reino Unido, la tasa de utilización es de 80%, en EE. UU. de 75%, en Canadá de 70%, y en Australia entre 75%-87%[1]. Se asume que, entre mayor ocupación, mayor producción y aprovechamiento de los recursos[3], lo cual no es directamente proporcional, a mayor ocupación en el mismo tiempo ofertado hay un punto en que se estresa el sistema y aparecen más eventos adversos asociado al "apuro"[3]. Por tanto, obtener y fijar una tasa de ocupación "saludable" es prioritario para la planificación.

2. **Cantidad de cirugías electivas** realizadas por quirófano al día, mensual o al año, como medida de la capacidad de resolución de la demanda. El número de pacientes intervenidos quirúrgicamente está estrechamente relacionado con la disponibilidad de recursos y la programación de la tabla quirúrgica[2]. Se debe relacionar la cantidad de pacientes a las intervenciones realizadas en cada paciente y la duración de la intervención, para tener un diagnóstico del tipo de paciente y cirugías que se realizan para optimizar los recursos.

3. Uso de las horas disponibles y el cumplimiento de la programación:

en este punto es necesario analizar la hora de inicio de cada cirugía y el tiempo de retraso. En relación a realizar las cirugías efectivamente programadas, aparece como indicador el porcentaje de **suspensión**. Disminuir la tasa de cirugías programadas no efectuadas mejora en todo aspecto la productividad del pabellón. Y como en casi todos los ámbitos quirúrgicos, podemos tener injerencia en 3 elementos para mejorar esta variable:

- Paciente: ¿Quién es mi paciente? Suena fácil, pero es lo más complejo. Implica que el equipo que maneja los subprocesos pre e intraoperatorios (médicos, enfermeras y técnicos) conozca al paciente como persona, individual, en su aspectos físicos y psicológicos: ¿Tiene algún antecedente mórbido que deba ser compensado o que requiera alguna preparación especial de pabellón? ¿Está en conocimiento de todas las implicancias de la cirugía y está de acuerdo con ellas? ¿Necesita más estudio de especialidad o de exámenes? ¿Debo suspenderle algún medicamento o su alimentación? ¿Está claro el diagnóstico? ¿Tiene red de apoyo y las condiciones

básicas para los cuidados posoperatorios en su domicilio? Cualquiera de esas preguntas que no pueda ser respondida a cabalidad, puede llevar inevitablemente a una suspensión y con ello, a la pérdida de todos los recursos económicos y humanos asociados.

- Recurso humano: ¿Disponemos de equipo completo de médicos, enfermeros, técnicos de enfermería de nivel superior (tens) y auxiliares de aseo para poder manejar el pre, intra y posoperatorio del paciente? ¿Contamos con equipos completos en los servicios de apoyo, tales como esterilización o banco de sangre?
- Insumos e infraestructura: ¿Tenemos pabellones y recuperación habilitados para trabajar en forma segura? ¿Disponemos de camas e insumos para todo el proceso quirúrgico en caso de que haya o no haya complicaciones? (instrumental, fármacos, insumos médicos, etc).

Las suspensiones tienen un componente claramente económico (por la pérdida de recursos humanos y posibilidad de utilizar pabellón), sanitario (porque posterga una cirugía que tiene como objetivo resolver un problema de salud concreto) pero, además, tiene una carga afectiva muy importante en el paciente y su red de apoyo: cuando ingresa al hospital, ese paciente tiene la expectativa de resolver el problema que lo aqueja, lo cual no se cumplirá y muchas veces causa rabia/frustración. Además, de haber cumplido con ayuno, suspensión de medicamentos, incumplimiento laboral, coordinación de la logística de su hogar y familia por uno o varios días, gasto en medio de transporte, riesgo de adquirir una infección asociada a atención de salud en el proceso (muy importante, sobre todo en época de pandemia), etc. Esto aumenta la insatisfacción usuaria y los reclamos en la OIRS (oficina de información, reclamos y sugerencias).

Analizar las causas de suspensión (paciente, equipo médico, materiales, etc), nos podrá orientar en los planes de mejora (confirmaciones de tabla anticipada, petición de materiales para compra, etc). Obtener, fijar y analizar una tasa de suspensión "saludable" es prioritario para la planificación.

Y entonces, ¿cómo logro cambios positivos en mi servicio clínico?

Analicemos ahora propuestas concretas y prácticas para optimizar el trabajo administrativo en pabellón. Pero ya que es una tarea gigante (por la complejidad intrínseca del proceso quirúrgico), lo fraccionaremos y analizaremos mediante el enfoque de gestión por procesos, para profundizar en los aspectos de calidad de ejecución de los procesos, permitiendo sustentar la acreditación y profundizar el reconocimiento de la red de salud. Esto lo haremos basándonos en un documento del ministerio de salud, "Proceso Quirúrgico"[6] que fue desarrollado por la Consultoría para Estandarización de Procesos de Redes asistenciales en el año 2011 su primera versión y en el 2015 actualizado. El objetivo del Minsal fue descomponer la globalidad de cada proceso en flujos de actividades conectadas entre sí, simplificando la variabilidad que aparece en cada establecimiento de salud cuando se prestan los servicios de atención clínica, dando visibilidad a las oportunidades de mejoras que se puedan implementar.

Definición de **proceso quirúrgico**[7] comprende el con-

junto de actividades asistenciales y no asistenciales centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado, garantizando la continuidad asistencial, calidad y seguridad clínica, confidencialidad e información durante el mismo.

El proceso completo de atención quirúrgica tiene varias partes que lo componen, cada una de ellas con la posibilidad de mejorar su rendimiento. Dependiendo de la fuente, se puede clasificar en 3 o 4 componentes:

- 1 Proceso diagnóstico e indicación médica.
- 2 Proceso prequirúrgico (exámenes, evaluación, seguimiento y admisión).
- 3 Intervención quirúrgica.
- 4 Proceso posquirúrgico (estancia y egreso).

De estos 4 elementos, los últimos 3 tienen relación directa con el trabajo del equipo administrativo/clínico que gestiona pabellón, por tanto, son en los que nos enfocamos para lograr cambios. De hecho, el Minsal en el año 2015 explicita que dentro del Proceso Quirúrgico se identifican tres Subprocesos: **Pre Quirúrgico, Quirúrgico y Post Quirúrgico**[6], incorporando el diagnóstico e indicación médica como parte del proceso prequirúrgico. Operatoriamente esta clasificación es más adecuada para la gestión de servicios quirúrgicos.

Otra forma de hacer el análisis es a través de los microprocesos que componen el proceso quirúrgico, que desglosaremos en la siguiente tabla (basados en descripción Minsal)[6] (Tabla 1):

En relación al **subproceso prequirúrgico**:

El Minsal[6] refiere que comienza cuando se genera una Solicitud de Interconsulta hacia el nivel ambulatorio de Especialidades para la resolución de una patología quirúrgica y describe 3 etapas:

- Etapa de Gestión de la Interconsulta y a su respectivo agendamiento.
- Evaluación Clínica del paciente, con o sin indicación de exámenes.
- Ingreso a la lista de espera.

Problemas del subproceso prequirúrgico[4]:

- Pérdida de la trazabilidad del paciente en este proceso.
- Demora en el estudio prequirúrgico de pacientes de cirugía.
- Alto número de días de hospitalización prequirúrgico.
- Alto número de suspensión de cirugías, por inadecuada preparación del paciente, ocasionando subutilización de horas de pabellón.
- Falta de coordinación con la unidad de gestión de la demanda.
- Vencimiento de garantías GES quirúrgicas.

Ya habiendo definido el proceso prequirúrgico y sus problemas asociados, analizaremos los elementos que lo componen y propondremos planes de mejora para ser adaptados a la realidad local de cada institución y poder así ser incorporados en sus protocolos:

1. **Programación**: es un procedimiento que es determinante en la producción quirúrgica, que contiene la asignación de pabellones, planificación de los recursos y el orden de intervención de los pacientes. El producto que se obtiene de este proceso corresponde a la tabla quirúrgica[2].

Esta programación es muy compleja, ya que depende múlti-

Tabla 1. Tabla modelo global proceso quirúrgico

Proceso quirúrgico	Priorización	Definición	Preparación	Ejecución	Recuperación
Flujo administrativo		Gestión de recursos	Preparación de paciente y de pabellón	Registro de prestaciones e insumos	
Flujo clínico	Priorización de solicitudes		Preparación de paciente y de pabellón	Intervención quirúrgica	Cuidados post anestesia
Atención clínica hospitalizado					
Flujo operacional			Preparación de paciente y de pabellón		Gestión de camas

ples variables, entre las cuales destacan: la variedad de intervenciones quirúrgicas, las variaciones de los tiempos de intervención (que pueden variar incluso dependiendo del cirujano y que es mayor en centros docentes), las prioridades de los pacientes, las restricciones de la capacidad del centro de salud, equipos médicos utilizados (duplicidad de peticiones en mismo horario), distribución del personal para atender la capacidad de quirófanos (licencias médicas, vacaciones, permisos, etc), tiempos de recambio de quirófano (aseo y preparación), la ambulatoriedad de algunas intervenciones, los horarios médicos, criterios médicos de asignación y la edad de los pacientes[2],[8]. Además, no todas las intervenciones pueden ser asignadas a todos los médicos, ni a todos los pabellones ni en todas las jornadas ni ocupar los mismos insumos.

Por todo lo anterior, la programación de la tabla quirúrgica se vuelve un elemento crucial en la optimización de recursos. Los elementos en que podemos actuar directamente son:

- a) Selección de pacientes según lista de espera.
- b) Preparación de pacientes en el preoperatorio para que ingresen a la institución de salud en sus condiciones óptimas según cada comorbilidad asociada que presenten y también para que dispongan de toda la información relacionada al perioperatorio (beneficios, riesgos, logística, etc). Este punto es fundamental para evitar suspensiones.
- c) Disponibilidad de recursos necesarios para el perioperatorio: insumos, instrumental, equipos médicos, camas según la necesidad de cada paciente, laboratorio, banco de sangre, fármacos, recursos humanos, etc.
- d) Distribución de los tiempos de bloques quirúrgicos designados según especialidad. Usualmente esto se resuelve según una construcción histórica de cada institución o por solicitud de cada equipo quirúrgico, pero lo más justo sería realizar una repartición dinámica según las necesidades reales de cada servicio.

Para realizar una programación óptima, no podemos basarnos en suposiciones sobre la duración de determinadas intervenciones. Es necesario conocer nuestros tiempos reales según los datos históricos de nuestro hospital y no en centros externos, porque existe una gran variabilidad.

2. Formación de **Comité Quirúrgico** multidisciplinario, con un flujo de comunicación permanente, compuesto por representantes de cada servicio que compone el proceso quirúrgico completo. El Minsal en su documento del Proceso Prequirúrgico[7] plantea que debe haber una reunión de tabla quirúrgica liderada

por el subdirector médico o a quien él delegue, en donde concurren todos los involucrados en la toma de decisiones del proceso, haciendo una tabla quirúrgica idealmente con una semana de anticipación y una definitiva a lo menos 24-28 h antes de la cirugía. Estas reuniones deben ser diarias, acotadas y resolutivas. Esto da dinamismo al esquema de trabajo, para modificar y optimizar la programación según la disponibilidad de recursos, disminuyendo así la posibilidad de suspensión. Por ejemplo, si hay un especialista de vacaciones que no permite dar uso a su bloque de pabellón, se avisa al comité y se redistribuye con un plazo de tiempo adecuado para no dejar sin uso horas de pabellón. O si falta instrumental estéril para realizar una cirugía, el equipo de esterilización alerta y se modifica la programación, lo mismo si faltan camas en la unidad de cirugía ambulatoria, etc. Implica trabajo en equipo con dedicación, flexibilidad y buena voluntad, pero que mejora en forma efectiva los resultados. Además, el comité quirúrgico estará encargado de la programación semanal de los bloques quirúrgicos por especialidad.

El Minsal refiere que los puntos a evaluar en las reuniones diarias son:

- Causas de suspensión de cirugías programadas el día anterior, para realizar correcciones inmediatas.
- Confirmación de los pacientes propuestos para tabla.
- Revisión de requerimientos especiales para cada caso y confirmación de su disponibilidad.
- Realizar priorización de pacientes frente a contingencias.
- Priorizar pacientes que fueron suspendidos días previos.
- Nosotros planteamos además, priorizar pacientes hospitalizados en espera de cirugías o procedimientos, para optimizar la gestión de camas.

3. **Listas de espera:** su adecuado manejo es primordial, no solamente bajo el punto de vista de la salud del paciente individual, sino que a nivel colectivo. Es una forma de objetivar la oferta que ofrece el sistema y la demanda de la población. La resolución de la lista de espera depende, más que del número en sí de pacientes incluidos, de la asignación de recursos, y no tanto de su aumento directo sino de su correcta y adecuada gestión[3].

Una de las formas de mejorar el manejo de los escasos recursos disponibles, es con una adecuada gestión de los tiempos de lista de espera quirúrgicos, lo cual permite al sistema trabajar de una manera más eficiente, mientras que a las personas les permite recibir una atención oportuna que se traduce en una mejor recuperación y calidad de vida. En este punto es clave la programación, punto ya analizado previamente.

4. **Estandarizar criterios** de preparación preoperatoria: Implementar un “Protocolo de Preparación Preoperatoria” desarrollado tanto por el equipo médico como de enfermería, es decir, trabajo interdisciplinario. Consideramos que el optimizar las condiciones previo a la cirugía de los pacientes disminuye el riesgo de complicaciones perioperatorias y de suspensión. Esta reducción se traduce en menor morbimortalidad asociada, menos ocupación de camas críticas, menor estancia media hospitalaria, menos costos y dado todo lo anterior, mayor posibilidad de producción quirúrgica. Este protocolo debe tener en su alcance a todo el personal que tenga injerencia en la etapa preoperatoria del paciente: cirujanos tratantes, equipo prequirúrgico, enfermeras y tens de sala, anestesiistas, etc. Debe ser consensuado y aceptado por todos, adecuado a la realidad local. Con los recursos de comunicación digital actual, se puede hacer una difusión rápida y efectiva del material, que esté disponible para revisar en los teléfonos de todo el personal de salud. En anexo 2 se puede ver un ejemplo de tríptico que resume lo fundamental que se debe saber para la preparación de un paciente que se va a operar (derivación a especialistas, exámenes, suspensión de medicamentos). Nuestra recomendación es que cada hospital haga uno propio según su realidad y necesidades.

5. Potenciar el **policlínico de anestesia**: Cuando no existe policlínico de anestesia o sus horas son escasas, la derivación se hace a medicina interna, broncopulmonar, cardiología u otras especialidades en forma directa, que presentan listas de espera largas en general. Por tanto, la condición inicial o el diagnóstico quirúrgico que llevó a la interconsulta empeora su condición en los meses o incluso años de espera, lo que aumenta el riesgo de complicaciones perioperatorias y con ello, la estadía hospitalaria. Además, cuando es el tratante quien deriva sin protocolo, suele pedir más exámenes e interconsultas de las necesarias. Es por todo lo anterior que recomendamos el centralizar en el policlínico de anestesia todas las interconsultas prequirúrgicas y que el anestesiista defina una real necesidad de derivar a otras especialidades para optimizar las condiciones basales del paciente o de tomar exámenes específicos.

6. Participación del comité quirúrgico en **gestión de camas** y de salas destinadas a post operatorio de pacientes: en el informe nacional[1] se describe una brecha de hasta 12 días para mismo de pacientes con similares procedimientos, diagnósticos y factores de riesgo. Unificar criterios para priorización de uso de camas, de altas y de asignación de pabellón para pacientes hospitalizados puede optimizar el uso de los recursos disponibles. La decisión pasa de ser completamente del jefe de servicio a un comité multidisciplinario que puede apoyar en la toma de decisiones. Ejemplo de ello, es trabajar en forma dinámica con equipo de cirugía mayor ambulatoria, salas de hospitalización y unidades de paciente crítico para programar una tabla que se pueda realizar porque tiene los recursos efectivos para hacerlo y que no se suspenda si era evitable.

7. **Transparentar información**: En este punto podemos caracterizar su problemática en el tipo de datos analizados y sus receptores. Por un lado, los análisis de indicadores son principalmente estadísticos financieros, no orientados a la gestión clínica (son datos agregados que no permiten el seguimiento

de los pacientes ni tomar decisiones médicas en base a ellos). Es difícil ejercer mecanismos de control sobre la gestión de los pabellones dada la escasez de datos de relevancia clínica y el acceso a la información[2]. Actualmente, la información de la producción de cada servicio quirúrgico llega a los jefes de pabellón, enfermeras supervisoras y directivos. Estos datos son: número de intervenciones programadas, el número de intervenciones urgentes, el número de intervenciones suspendidas y el índice de ocupación del o los quirófanos. Creemos que incorporar además datos tales como el retraso en el comienzo de la cirugía, el tiempo medio entre intervenciones y el retraso en la hora de finalización de la tabla quirúrgica podrían incorporarse como estadística para poder tomar decisiones que puedan optimizar dichos indicadores. Sugerimos ampliar el espectro de funcionarios que reciben la información de productividad mensual/anual, dado que los clínicos de todos los niveles así podrían aportar con sugerencias o empoderarse del trabajo realizado. Transparentar el número de pacientes en lista de espera y el número efectivo de pacientes resueltos, podría motivar al equipo de salud a realizar un trabajo más armónico y eficiente. El jefe de pabellón debe ser un líder de servicio, capaz de dar motivaciones trascendentes a los funcionarios a su cargo, es decir, que se sienta parte del proceso para llegar a un objetivo común. Por tanto, hacer parte del problema y de la solución al grupo de trabajo es una excelente opción.

En relación al subproceso quirúrgico:

El Minsal refiere[6] que se inicia a partir de la emisión por parte de un médico de la solicitud de pabellón para un paciente que requiere de una intervención quirúrgica. Las etapas que componen este subproceso son:

- **Priorización de Solicitudes (interconsultas)**: lograr el acceso igualitario para todos los pacientes, generando una propuesta de tabla quirúrgica que debe considerar aspectos del paciente, aspectos clínicos y características de los prestadores de salud. Considerar: tiempos de espera, patologías y condición del paciente, para poder tomar una decisión lo más real posible
- **Gestión de Recursos**: velar por la disponibilidad de recursos necesarios para realizar el acto quirúrgico. Implica revisar la propuesta de tabla y luego contrastarla con los recursos disponibles para poder atender dichas solicitudes de cirugía.
- **Preparación del Paciente**: la etapa de preparación de paciente consiste principalmente en contactar al paciente, para luego entregar las indicaciones pre quirúrgicas, acogerlo, llevar a cabo la evaluación pre anestésica y finalmente una vez realizado lo anterior trasladarlo al pabellón en cual será intervenido
- **Preparación de Pabellón**: chequear que el pabellón contemple las condiciones necesarias y esté en óptimas condiciones para poder realizar la intervención quirúrgica. En el caso de que algunos de estos puntos presente problemas, se deberá gestionar la solución en forma inmediata, de no ser posible la corrección del problema se informa al equipo quirúrgico y se da término por completo al proceso quirúrgico.
- **Registro de Prestaciones e Insumos**: registro en ficha clínica y formularios asociados de todas las prestaciones otorgadas al paciente y del detalle de insumos utilizados para su atención.

- **Intervención Quirúrgica:** el proceso clínico correspondiente al conjunto de actividades secuencialmente ejecutadas por el equipo quirúrgico o personal de pabellón. Considera la recepción del paciente en el pabellón, la ejecución de la primera y segunda pausa quirúrgica, la administración de anestesia al paciente y la realización de la intervención quirúrgica propiamente tal. Luego del acto quirúrgico se lleva a cabo la tercera pausa quirúrgica, para finalizar la intervención, se procede indicar y gestionar el traslado del paciente a cargo del médico anestesista.

En este subproceso, la optimización no puede estar orientada a disminuir tiempos de anestesia o cirugía, dado que podría disminuir la calidad y seguridad de la atención brindada. Por tanto, el enfoque debe estar en mejorar los tiempos entre las intervenciones, potenciar la puntualidad y no retrasar el comienzo de las cirugías, sobre todo la primera.

Nuestras recomendaciones para esta etapa son: tener personal de apoyo en hora punta y de colación para poder ejecutar relevos, aumentar cirugías ambulatorias para disminuir estancia media hospitalaria, paquetizar los insumos para cada tipo de cirugía, dar incentivos monetarios a todo el personal para disminuir ausentismo y retrasos, además de mejorar la ocupación de los pabellones. Varias de estas medidas ya se realizan en el sistema privado, pero no es una realidad en el servicio público. Para implementarlas falta aumentar la dotación de cargos, aumentar la glosa presupuestaria, etc.

En relación al subproceso post quirúrgico:

El Minsal[6] dice que este punto considera la recuperación inmediata de la anestesia post cirugía hasta su traslado a sala de hospitalización para cuidados críticos, medios o básicos según requiera o al domicilio como alta.

En este punto es importante para poder asegurar una atención de calidad y segura, es que exista un profesional médico y/o de enfermería con labores exclusivas de este proceso, lo que no es una realidad en todo nuestro país.

Conclusión

A lo largo de este documento se ha repetido en múltiples instancias la relevancia del trabajo multidisciplinario y queremos recalcar además, que es necesario que se trabaje en conjunto con todos los servicios clínicos que participan en el proceso quirúrgico. Actualmente, las instituciones trabajan siendo administradas cada una en forma separada, sobre todo cuando

hablamos del trabajo administrativo y del clínico. Esto causa problemas en la planificación, lo que lleva a una gestión de contingencia y no de eficiencia de recursos[2].

Es fundamental que las jefaturas de servicios quirúrgicos no sólo tengan conocimientos clínicos, sino que de gestión y administración, para así hacer más eficiente la utilización de recursos y con ello, aumentar la productividad de pabellón.

Creemos que lo esencial para poder tener mejoras significativas en una estructura tan rígida como es el pabellón, es lograr volverla un ente dinámico en que participan múltiples agentes, donde cada parte es fundamental e irremplazable, pero con el enfoque en dar atención de calidad y segura a los pacientes. Si agregamos a eso una estandarización y unificación de criterios, junto a jefes de servicio con amplios conocimientos clínicos y de gestión, tendremos pabellones con una mejor utilización de recursos para poder lograr satisfacer las necesidades de la población.

Referencias

1. Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica No GES.
2. Wolff Rojas PA. Optimización de los procesos de gestión de pabellones quirúrgicos en hospitales públicos. 2012.
3. Albareda J, Clavel D, Mahulea C, Blanco N, Ezquerro L, Gómez J, et al. ¿Realizamos bien la programación quirúrgica? ¿Cómo podemos mejorarla? Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Noviembre de 2017;61(6):375-82.
4. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. Manual Series REM 2020. 2020.
5. Marjamaa R, Vakkuri A, Kirvelä O. Operating room management: why, how and by whom?: OR management. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. Mayo de 2008;52(5):596-600.
6. MINSAL. Procesos de administración de sucursales [Internet]. [citado 20 de febrero de 2021]. Disponible en: https://web.minsal.cl/sites/default/files/files/6_%20Proceso%20Quir%C3%bargico%202015%20v_2.doc
7. Subsecretaría de Redes Asistenciales M. Subproceso Prequirúrgico. 2018.
8. Jansson A, Delgado C. Optimización del proceso de cirugía en hospitales públicos. Una aplicación de la modelación matemática entera en la prestación de atención quirúrgica en el hospital del salvador, santiago de chile. Pharos [Internet]. Mayo de 2000;7(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20807104>