

**INFORME FINAL  
DE AUDITORÍA**

**Proyecto N° 3.05.03a  
PLANEAMIENTO ESTRATEGICO DE RED -  
RED DE CIRUGÍA**

# **AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

## **PRESIDENTE**

Lic. Matías Barroetaveña

## **AUDITORES GENERALES**

Dra. Alicia Margarita Boero

Dr. Vicente Mario Brusca

Dr. Antonio Rubén Campos

Dr. Nicolás Corradini

Lic. José Luis Giusti

Lic. Josefa Arminda Prada

**CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.05.03 a**

**NOMBRE DEL PROYECTO: Planeamiento estratégico de red- RED DE CIRUGÍA**

**PERÍODO BAJO EXAMEN: Años 2004 y 2005**

**EQUIPO DESIGNADO:**

**Coordinadores: Lic. Gámez, Mercedes**

**Prof. Aiscurri, Mario**

**Supervisión: Dr. Mario Eduardo, Lef**

**OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos de los servicios de cirugía aplicados a la red.**

## INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Junio de 2006		
Código del Proyecto	3.-05-03a		
Denominación del Proyecto	Planeamiento Estratégico de Red- Red de Cirugía		
Período examinado	Año 2004 y 2005		
Objetivo de la auditoría	➤ Evaluar la adecuación de los recursos de los Serevivos de Cirugía aplicados a la red		
Presupuesto (expresado en pesos)	Presupuesto Vigente	Devengado	
	0	0	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recopilación y análisis de la normativa aplicable.</li> <li>➤ Entrevistas con Directores de Hospitales, y responsables de los Departamentos de Cirugía y Guardia de los hospitales seleccionados y Coordinador de la Red de Cirugía.</li> <li>➤ Análisis de la resolución de tres patologías seleccionadas de Cirugía General en los 7 hospitales seleccionados a tal efecto.</li> <li>➤ Evaluación del estado de los servicios de cirugía que la Ciudad oferta</li> <li>➤ Calidad y cantidad de prestaciones de cirugía brindada por los efectores.</li> <li>➤ Solicitud de registros de atención de los pacientes en consultorio externo de cirugía, los registros de quirófano, Historias Clínicas de internación programadas y de emergencia.</li> <li>➤ Análisis de los tiempos de internación previo y posterior a la cirugía.</li> <li>➤ Análisis de listas de espera de pacientes con indicación quirúrgica.</li> <li>➤ Examen de las causas de suspensión de cirugías.</li> <li>➤ Elaboración y análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos.</li> <li>➤ Composición y carga horaria del personal que interviene en el proceso quirúrgico.</li> <li>➤ Análisis Global del Presupuesto asignado al plan</li> </ul>		

	<p>estratégico de redes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Análisis de los registros estadísticos de la Secretaria de Salud.</li> </ul>
Limitación al Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Imposibilidad de determinar las fechas de la primera consulta, subsiguientes e indicación quirúrgica a los pacientes, así como también el N ° de consultas por falta de datos de la atención de los mismos, en consultorio externo.</li> <li>➤ No se pudo obtener las Historias Clínicas de internación en el 48.14 % de los casos por no encontrarse las mismas en el archivo.</li> <li>➤ No fue posible determinar las causas verdaderas de suspensión de cirugías programadas, debido a la falta de criterio unificado del concepto de suspensión de una cirugía entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso quirúrgico,</li> </ul>
Período de desarrollo de tareas de auditoría	<p>Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 18 de Julio y el 23 de Diciembre de 2005.</p>
Aclaraciones previas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realizó un muestreo de 6 hospitales generales de agudos, y un Hospital Monovalente, 1) Hospital José M. Penna; 2) Juan A. Fernández; 3) Cosme Argerich; 4) Abel Zubizarreta; 5) Ignacio Pirovano; 6) Donación F. Santojanni, y el hospital de gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo.</li> <li>➤ La auditoria se efectuó sobre las historias clínicas de pacientes atendidos o/y operados de litiasis vesicular, hernias y cáncer de colon en los meses de Enero, Abril, Julio, Octubre de 2004.</li> </ul>
Observaciones principales	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No hay coincidencia entre la estructura formal y la real, por lo tanto no existen canales de comunicación entre la coordinación de la red y los distintos efectores.</li> <li>➤ La Secretaria de Salud no aporta los datos estadísticos necesarios para la construcción de una red.</li> <li>➤ No está en funcionamiento el proyecto “ Mejora en la accesibilidad quirúrgica”.</li> <li>➤ Es alto el promedio de días de hospitalización prequirúrgico y posquirúrgico de los pacientes.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No se utiliza la técnica quirúrgica de laparoscopia en más del 50 % de los casos.</li> <li>➤ No están en funcionamiento el 22 % de los quirófanos en los efectores auditados.</li> <li>➤ Inadecuado mantenimiento y modernización del instrumental y la aparatología. No es adecuado el control de ingreso a las áreas semirestringidas del sector quirúrgico.</li> <li>➤ No se encontraron el 48.14 % de las historias clínicas pedidas en los archivos de los hospitales. Siendo inadecuado el sistema de archivos de historias clínicas.</li> <li>➤ No existe un formulario estandarizado para registrar a los pacientes que solicitan turno para operarse.</li> <li>➤ Las listas de espera no tienen los datos necesarios para comunicarse o ubicar al paciente.</li> <li>➤ No hay cruce de información de las listas de espera entre los efectores.</li> <li>➤ No se cumple con el tiempo de espera para una cirugía determinada por el programa “mejora de accesibilidad quirúrgica” (2 meses ), siendo la espera no menor a 8 meses</li> <li>➤ No hay concordancia entre los datos de estructura brindados por la Secretaria de Salud y los observados en los efectores.</li> <li>➤ Inadecuada distribución de los recursos humanos y físicos en los hospitales.</li> <li>➤ No está implementada la Historia Clínica única en los efectores analizados, excepto en el Hospital Udaondo.</li> <li>➤ No existen fichas de consultorios externos que registren las consultas de los pacientes , o se encuentran incompletas.</li> <li>➤ No existe registro completo de las causas de suspensión de cirugías programadas, ni criterios unificados de clasificación.</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La dotación de médicos anesthesiólogos e instrumentadores en el plantel de los efectores de la muestra no cubre la oferta horaria de quirófano.</li> </ul>
Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Crear canales de comunicación adecuados entre la coordinación de la red y los efectores.</li> <li>➤ Disponibilidad desde la secretaría de Salud de la documentación estadística necesaria para el funcionamiento de la red de Cirugía.</li> <li>➤ Gestionar las medidas necesarias para poner en funcionamiento el proyecto “ mejora en la accesibilidad quirúrgica”.</li> <li>➤ Implementar metodología adecuada para disminuir los días de internación.</li> <li>➤ Aumentar la utilización de técnica laparoscópica.</li> <li>➤ Aumentar la oferta quirúrgica habilitando la totalidad de los quirófanos en los efectores.</li> <li>➤ Actualizar y mantener adecuadamente la aparatología e instrumental hospitalario, conservando la correcta utilización de la estructura.</li> <li>➤ Implementar los instrumentos adecuados para el correcto archivo de las historias clínicas.</li> <li>➤ Implementar registro único y confiable de los turnos solicitados para cirugías programadas.</li> <li>➤ Mejorar la comunicación de los efectores, permitiendo el cruce de información entre los mismos.</li> <li>➤ Implementar los proyectos aprobados a fin de disminuir los tiempos de espera para cirugía.</li> <li>➤ Adecuar el cruce de información entre los efectores y la Secretaría de Salud respecto a la estructura hospitalaria.</li> <li>➤ Adecuación en la distribución de recursos.</li> <li>➤ Realizar la gestión correspondiente para la implementación de la historia clínica única.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Registrar adecuadamente los pacientes atendidos en consultorio externo.</li> <li>➤ Unificación de criterios de suspensión de cirugías y correcto registro de las mismas.</li> <li>➤ Adecuar la oferta de recurso humano a la oferta horaria de quirófanos.</li> </ul>
Conclusiones	<p>Desde el año 1997 está creada la red de cirugía. Pese al lapso transcurrido , la modalidad de oferta en red en cirugía no está en funcionamiento. Se elaboró el programa de “ Mejora de Accesibilidad Quirúrgica” el cual no se está implementando, por lo que no se brinda respuesta a la demanda insatisfecha de los ciudadanos. Se advierte baja productividad en los servicios de cirugía de los efectores que se analizaron, que se refleja en demoras excesivas en prestar a los pacientes los tratamientos quirúrgicos. ( listas de espera de más de 8 meses ).</p> <p>Es poco utilizada la técnica de cirugía laparoscópica, lo que genera mayor tiempo de internación de los pacientes con el consiguiente aumento de los costos.</p> <p>No se registran datos estadísticos suficientes de fecha, ni cantidad de consultas realizadas u otros antecedentes que den información fehaciente de la demanda rechazada o postergada, tanto en los efectores auditados como en la Secretaría de Salud, lo que impide programar la adecuación de los recursos humanos y materiales eficientemente a las necesidades de los pacientes.</p> <p>El cumplimiento de la Ley Básica de Salud en lo concerniente a la implementación de una historia clínica única y la unificación en un registro estandarizado de los pacientes en espera de tratamiento quirúrgico, permitiría contar con la información necesaria para la toma de decisiones mejorando la gestión.</p> <p>No existe en los hospitales auditados oferta de recursos humanos que facilite realizar en forma programada cirugías vespertinas. El recurso físico no está adecuadamente conservado.</p>

**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
PROYECTO N° 3.05.03a**

**DESTINATARIO**

**Señor  
Vicepresidente 1º de la Legislatura de la  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Dip. Santiago Manuel de Estrada  
S / D**

En uso de las facultades conferidas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (artículo 135) y la Ley 70 (artículos 131, 132 y 136), y en cumplimiento de la Resolución 186/02 de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, esta Auditoría ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

**I) OBJETO DE LA AUDITORÍA**

Estructura, gestión y articulación de los Servicios de Cirugía que componen la red.

**II) ALCANCE DEL EXAMEN**

El examen fue realizado de conformidad con las normas de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por la Ley 325, y las normas básicas de auditoría externa de la AGCBA aprobadas por Resolución N° 161/00 AGC, habiéndose practicado los siguientes procedimientos:

- 1) Recopilación y análisis de la normativa aplicable.
- 2) Entrevistas con Directores de Hospitales, personal a cargo y responsables de los Departamentos de Cirugía y Guardia de los hospitales seleccionados y Coordinador de la Red de Cirugía.
- 3) Análisis de la resolución de tres patologías prevalentes de Cirugía General, seleccionadas en base a su frecuencia y a la posibilidad existente de complicaciones si no son resueltas oportunamente, en 7 hospitales seleccionados a tal efecto.

- 4) Evaluación del estado de los servicios de cirugía que la Ciudad oferta. Inspecciones oculares del equipamiento y estado de los quirófanos, de los hospitales seleccionados.
- 5) calidad y cantidad de prestaciones de cirugía brindada por los efectores.
  - Solicitud de registros de atención de los pacientes en consultorio externo de cirugía.
  - Solicitud y análisis de los registros de quirófano.
  - Solicitud y análisis de las Historias Clínicas de internación. Sistema de archivo. Tiempos de internación previo y posterior a la cirugía.
  - Solicitud y análisis de historias clínicas de pacientes operados por el servicio de emergencias.
  - Análisis de listas de espera de pacientes con indicación quirúrgica mediante la solicitud de las mismas a los jefes del Departamento de Cirugía.
  - Examen de las causas de suspensión de cirugías.
  - Elaboración y análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos.
- 6) Composición y carga horaria del personal que interviene en el proceso quirúrgico.
- 7) Análisis Global del Presupuesto asignado al plan estratégico de redes.
- 8) Análisis de los registros estadísticos de la Secretaria de Salud.

El trabajo de campo se realizó en los periodos: del 18 Julio al 28 diciembre de 2005.

### **III) LIMITACIONES AL ALCANCE**

- 1) Imposibilidad de determinar las fechas de la primera consulta, subsiguientes e indicación quirúrgica a los pacientes, así como también el N ° de consultas por falta de datos de la atención de los mismos, en consultorio externo.
- 2) No se pudo obtener las Historias Clínicas de internación en el 48.14 % de los casos por no encontrarse las mismas en el archivo.
- 3) No fue posible determinar las causas verdaderas de suspensión de cirugías programadas, debido a la falta de criterio unificado del concepto

de suspensión de una cirugía entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso quirúrgico,

#### **IV) ACLARACIONES PREVIAS**

Se realizó un muestreo de 6 hospitales generales de agudos, y un Hospital Monovalente, 1) Hospital José M. Penna; 2) Juan A. Fernández; 3) Cosme Argerich; 4) Abel Zubizarreta; 5) Ignacio Pirovano; 6) Donación F. Santojanni, y el hospital de gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo.

La auditoria se efectuó sobre las historias clínicas de pacientes atendidos o/y operados de litiasis vesicular, hernias y cáncer de colon en los meses de Enero, Abril, Julio, Octubre de 2004. Las patologías se seleccionaron en base a su frecuencia y la posibilidad de complicaciones si no son resueltas oportunamente.

La litiasis vesicular y la hernia resueltas a través de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno disminuye la frecuencia de complicaciones y los días de internación. En cambio el cáncer de colon no intervenido a la brevedad genera un mayor riesgo de muerte ( 90 % de supervivencia a 5 años cuando es detectado tempranamente\*).

#### **Antecedentes de la Red de Cirugía**

Según considerandos de la Resolución 361/SS/96, modificada por la Resolución 1421/SS/02; las redes de atención son formas de organización que vinculan, coordinan, redistribuyen y ponen a disposición de la población, en forma equitativa, eficaz y eficiente, todos los recursos de una rama de atención de la salud dispersos en un área determinada, promoviendo una atención de calidad y el uso racional de la capacidad instalada.

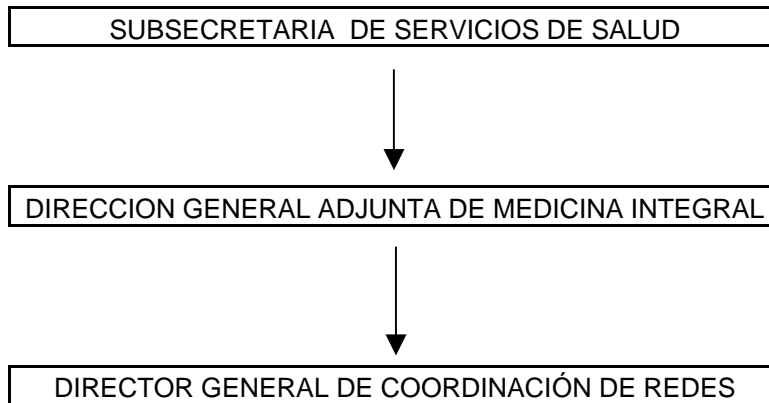
Al transcurrir 6 años de la entrada en vigencia del Programa de “Redes de Atención de la Salud”, y al haberse modificado el contexto sanitario de la Ciudad en lo referente al número de habitantes que utilizan el sistema, y a los recursos que dispone el mismo para otorgar el servicio, se impone la necesidad de cambios en el programa, dotándolo de los instrumentos que posibiliten operar con mayor eficacia y celeridad, en el marco de las pautas de la Ley de Salud y principios establecidos en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Programa de Redes de atención de la Salud, abarca todas las redes que operan en el sistema de salud del Gobierno. Se encuentra bajo la responsabilidad de una Comisión Ejecutiva de Redes presidida por el

---

\* [WWW.Elmundosalud.com](http://WWW.Elmundosalud.com)

Subsecretario de Servicio de Salud, e integrada por el Director General de Atención Integral de la Salud, y el Director General de la Coordinación de Redes de Salud.



La coordinación de la red de cirugía de la ciudad funciona en el Hospital Penna que depende de la Dirección Adjunta de Hospitales .

Se elaboró el Proyecto “Mejora de la accesibilidad quirúrgica”, para formalizar una red de cirugía que organice todos los servicios de la ciudad, para disminuir tiempos de espera de los pacientes para ser intervenidos quirúrgicamente, el proyecto propone el alcance de metas trimestrales.

## V) COMENTARIOS

De las entrevistas realizadas con el profesional a cargo de la red de cirugía y lo visto en cada uno de los 7 efectores, se constató :

- A) No existe entre la coordinación y los efectores canales de comunicación formales para intercambiar información. (Observación N° 1).
- B) No está en funcionamiento el Proyecto mejora de la accesibilidad quirúrgica. (Observación N° 2).
- C) La Secretaría de Salud a través de la Dirección Estadística para la Salud no aporta datos relevantes que permitan realizar estudios epidemiológicos para la creación o funcionamiento de una red. (Observación N° 3)

## 1- Registro de los pacientes

La ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires en su artículo 14 inciso b instituye la historia clínica única para todos los efectores; al tiempo que indica el desarrollo de un sistema de información que permita un inmediato acceso a la misma.

No existe modalidad de historia clínica única en los 6 hospitales de agudos seleccionados en la muestra. (Observación N° 15). En el Hospital Udaondo, donde existe Historia Clínica única no se registran el 87 % de las consultas externas. (informe 3.04.04 b Hospital Udaondo Gestión).

Con el fin de determinar el tiempo transcurrido desde la fecha de ingreso del paciente al sistema hospitalario hasta la fecha de la patología resuelta (cirugía realizada, posoperatorio y egreso), se solicitaron las planillas de atención de consultorio externo. De estas planillas surgen los siguientes datos estadísticos.

Cuadro N° 1

	N° DE CONSULTAS DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL PIROVANO	11.290
HOSPITAL UDAONDO	9.987
HOSPITAL ARGERICH	9.031
HOSPITAL FERNANDEZ	8.239
HOSPITAL ZUBIZARRETA	7.794
HOSPITAL PENNA	6.806
HOSPITAL SANTOJANNI	2.933
<b>TOTAL</b>	<b>56.080</b>

Fuente: Movimiento hospitalario año 2004

No se registran las consultas de los pacientes en fichas de Consultorios Externos, sólo se verificaron las planillas de pacientes asistidos. (Observación N° 16)

Para poder reconocer a los pacientes y analizar su historia de internación se requirió los libros de quirófanos de los meses seleccionados. Se constató que los mismos figuran por nombre o por N° Historia Clínica.

Asimismo se suman serios problemas en los archivos hospitalarios, obteniéndose el 51.86 % de las historias clínicas solicitadas. Con un rango que varía entre el 4.12 % y el 81 %. (Observación N° 8).

CUADRO N° 2. Historias Clínicas de Cirugía General.

	Pedidas	Entregadas	% entregada	% de la muestra
HOSPITAL FERNANDEZ	195	106	54,35%	27%
HOSPITAL PENNA	140	76	54,28%	19%
HOSPITAL ZUBIZARRETA	104	62	59,62%	15%
HOSPITAL SANTOJANNI	119	62	52,10%	15%
HOSPITAL PIROVANO	58	50	86,21%	12%
HOSPITAL UDAONDO	64	43	67,19%	11%
HOSPITAL ARGERICH	97	4	4,12%	1%
<b>TOTAL</b>	<b>777</b>	<b>403</b>	<b>51,86%</b>	<b>100%</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

Con respecto a los archivos, se observó en el hospital Argerich un estado deficitario, siendo prácticamente imposible encontrar las historias clínicas (sólo se accedió al 4,12% de la muestra). El archivo no cuenta con cerradura adecuada en la puerta que comunica con las salas de máquinas, el ascensor no está en funcionamiento, está obstaculizada la circulación por las historias clínicas diseminadas por el piso. En el tercer subsuelo junto con las historias esparcidas hay muebles en desuso acumulados<sup>1</sup>.

## 2- Listas de Espera

La Dirección General de Informática de la Secretaria de Salud fue designada para posibilitar la informatización de los pacientes mediante un Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica.

Las solicitadas son incompletas en el 100 % de los casos. No existiendo datos suficientes para comunicarse con el paciente, ni un formulario modelo único y accesible, necesario para mantener una base de datos actualizada, que permita determinar en forma fehaciente la cantidad de pacientes y el tiempo de demora para acceder a la cirugía, que contenga identificación, fecha de ingreso a la lista, diagnóstico, complejidad quirúrgica, fecha estimada de realización de la intervención, causas de postergación. En ningún caso se observó cruce de información de pacientes en lista de espera entre los efectores. (Observaciones N° 9;10; 11).

No se cumple con el programa de mejora de accesibilidad quirúrgica que determina como máximo una demora para cirugía en dos meses.

No es posible determinar la fecha exacta en que los pacientes ingresaron a la lista de espera. Según estimación de los Jefes de los Departamentos de Cirugía, la espera no es menor a 8 meses. (observación N° 12)

<sup>1</sup> En una zona de acceso a la central de comando batería de FM 200, este equipamiento tiene por función la extinción de un posible incendio, y se dispara al detectar humo encontrándose en posición de disparo abortado (proyecto 3.04.03 b hospital Argerich, Auditoría de Gestión)

### 3- Registro de Suspensión de Cirugías

Los Jefes de los Departamentos de Cirugía de cada efector consideran distintos criterios para categorizar las suspensiones.

Se registran suspensiones de ese día o el día anterior, no guardando constancias de las cirugías postergadas ( suspensión transitoria y demora en la resolución del problema ), que por lo manifestado en entrevistas son la mayoría de los casos. (Observación N° 17)

Según el movimiento hospitalario 2004 los servicios de Terapia Intensiva de los hospitales tienen sus camas ocupadas permanentemente por lo que no tienen capacidad de respuesta ante un mayor requerimiento de los servicios de cirugía. Las tres patologías relevadas no demandan habitualmente cama en UTI.

#### CUADRO N° 3

	% ocupacional de cama en UTI
HOSPITAL PIROVANO	97.8
HOSPITAL PENNA	97.7
HOSPITAL FERNANDEZ	96.7
HOSPITAL ARGERICH	96.4
HOSPITAL SANTOJANNI	93.3
HOSPITAL ZUBIZARRETA	85.6
HOSPITAL UDAONDO	83.6
<b>TOTAL</b>	<b>93.01</b>

FUENTE: MOVIMIENTO HOSPITALARIO AÑO 2004

Revelan los Jefes de los Departamentos de Cirugía que la mayoría de las suspensiones se deben a falta de anestesistas. Dada la inexistencia de registros de suspensión, este dato no se puede corroborar. (Observación N° 18).

#### CUADRO N° 4

HOSPITAL	HS. QX 08-14 HS.	HORAS PERSONAL 08-14 HS.		
		ANESTESISTAS	CIRUJANOS	INSTRUMENT
ARGERICH	17680	11539	17885	37338
ZUBIZARRETA	4680	3920	4116	2352
PIROVANO	15600	7742	15533	238
PENNA	9360	10167	13279	22639
FERNANDEZ	7800	13916	22491	21854
UDAONDO	4680	9016	22026	13230
SANTOJANNI	13520	9604	14528	15974
<b>TOTAL</b>	<b>73320</b>	<b>65904</b>	<b>109858</b>	<b>113625</b>

HOSPITAL	HS. QX 14-20 HS.	HORAS PERSONAL 14- 20 HS.		
		ANESTESISTAS	CIRUJANOS	INSTRUMENT
ARGERICH	17680	3650	1225	9898
ZUBIZARRETA	4680	0	0	0
PIROVANO	15600	3234	759	1421
PENNA	9360	2474	784	1760
FERNANDEZ	7800	2940	2327	6468
UDAONDO	4680	2058	6198	0
SANTOJANNI	13520	1372	2695	5145
TOTAL	73320	15728	13988	24692

HOSPITAL	HS. QX 24 HS.	HORAS PERSONAL GUARDIA 24 HS.		
		ANESTESISTAS	CIRUJANOS	INSTRUMENT
ARGERICH	17472	19992	3528	17640
ZUBIZARRETA	8736	8232	8232	9408
PIROVANO	17472	3528	3528	8232
PENNA	8736	12936	4704	9408
FERNANDEZ	17472	8232	15288	16464
UDAONDO	0	7056	14700	0
SANTOJANNI	8736	14112	11760	15876
TOTAL	78624	74088	61740	77028

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

QX= QUIRÓFANO.

Los horarios están sujetos a continuos cambios.

El hospital Udaondo no tiene quirófono de guardia. En caso de emergencia utiliza uno de los quirófanos del hospital.

Las guardias de instrumentadores del Hospital Udaondo son realizadas por personal que trabaja en el hospital en el turno mañana o tarde.

En las horas de cirujanos se consideran solamente las de cirugía general.

La importancia de la situación de los servicios de anestesiología de los hospitales de la Ciudad amerita una auditoria específica, dado que la dificultad se está acrecentando.

La **interrelación** entre los servicios necesaria para un efectivo funcionamiento de los mismos fue observada en el informe 3.03.13 Secretaria de Salud. Redes de Atención de Salud. “Dado que la infraestructura de las redes de salud vigente no contempla la interrelación entre los servicios de cirugía general y los servicios de anestesia y terapia intensiva, el sistema de redes y en este caso en particular la Red de Cirugía General, no puede abordar integralmente la problemática sufrida por estos Servicios. Por ello y por la concepción que los integrantes de la red tienen sobre la función de ésta, el rol de la Red queda limitado a ofrecer diagnósticos y propuestas tendientes a resolver los problemas existentes.”

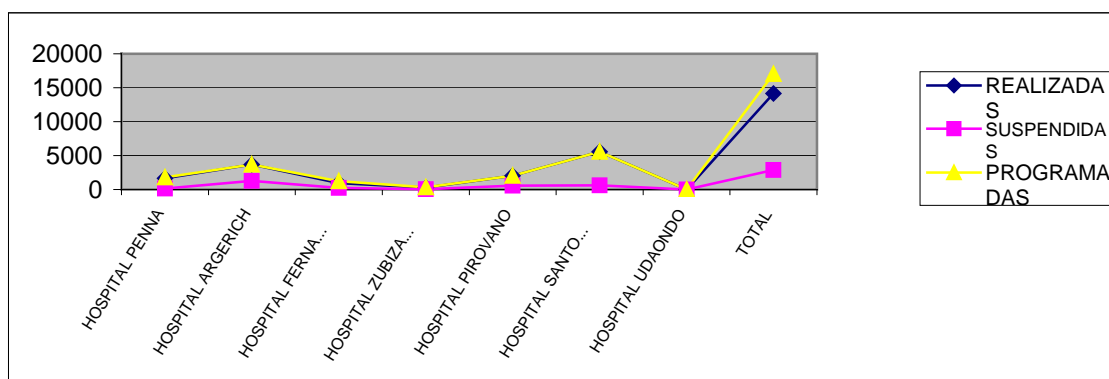
Pese a la ausencia de criterios comunes en el asiento de la información, en algunos casos, los efectores registran las cirugías suspendidas. No ocurre lo mismo con las cirugías postergadas.

CUADRO N° 5 Porcentaje de cirugías totales suspendidas en relación a las realizadas.

	PROGRAMADAS	REALIZADAS	SUSPENDIDAS	PORCENTAJE
HOSPITAL PIROVANO	2045	1501	544	36%
HOSPITAL ARGERICH	4933	3670	1263	34%
HOSPITAL FERNANDEZ	1241	983	258	26%
HOSPITAL ZUBIZARRETA	340	282	58	21%
HOSPITAL SANTOJANNI	2674	2275	399	18%
HOSPITAL PENNA	1777	1635	142	9%
HOSPITAL UDAONDO	0	0	0	S/D
<b>TOTAL</b>	<b>13010</b>	<b>10346</b>	<b>2664</b>	<b>26%</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

GRAFICO N° 1



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

#### 4- Oferta de servicios: análisis de la estructura

Se solicitó al Director General de Recursos Físicos en Salud y al Jefe del Departamento de Mantenimiento y Equipamiento: 1) N° de quirófanos de la Ciudad, 2) N° de mesas de anestesia y 3) equipos de laparoscopia.

De la inspección y entrevistas con los Jefes de los Centros Quirúrgicos de los hospitales auditados surgieron diferencias en la cantidad de quirófanos, Se verificaron en el hospital Udaondo 4 quirófanos, la Secretaría de Salud informa 9 quirófanos. (observación N° 13).

Existe, una inadecuada distribución de los recursos humanos y físicos, hospitales con quirófanos cerrados por falta de mesas de anestesia y hospitales que cuentan con mayor número de mesas de anestesia que quirófanos. (Hospital Zubizarreta: 3 quirófanos y 5 mesas de anestesia) (Observación N° 14).

Los quirófanos tienen infraestructura faltante y deteriorada. La aparatología y el instrumental son obsoletos. (Observación N° 7)

El 28 % de los efectores no tienen salida de emergencia del sector quirófanos.

No es adecuado el control de ingreso al área semirestringida del sector.  
(Observación N° 7)

### 5- Indicadores

En relación al análisis de las historias clínicas y para evidenciar aspectos sustantivos de la gestión se utilizaron indicadores generales y de estructura , proceso y calidad con el objeto de aportar a la construcción de un sistema de funcionamiento de red en el área de cirugía.

#### 5-1 Indicadores generales:

a ) Demográficos (geo- referenciamiento)

a) I - Lugar de residencia de los pacientes que fueron intervenidos en los efectores seleccionados:

CUADRO N° 6

LOCALIDAD	CABA	CONURBANO	RESTO DE PAIS	SIN DETERMINAR
HOSPITAL FERNANDEZ	60	43	3	0
HOSPITAL PENNA	33	41	0	2
HOSPITAL PIROVANO	28	19	3	0
HOSPITAL SANTOJANNI	24	35	1	2
HOSPITAL ZUBIZARRETA	19	43	0	0
HOSPITAL UDAONDO	12	31	0	0
HOSPITAL ARGERICH	2	1	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>178</b>	<b>213</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
<b>PORCENTAJE</b>	<b>44%</b>	<b>53%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

CUADRO N ° 7 a) II Por sexo

	FEMENINO	MASCULINO
HOSPITAL FERNANDEZ	58	48
HOSPITAL PENNA	45	31
HOSPITAL SANTOJANNI	34	28
HOSPITAL ZUBIZARRETA	30	32
HOSPITAL UDAONDO	23	20
HOSPITAL PIROVANO	20	30
HOSPITAL ARGERICH	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>191</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

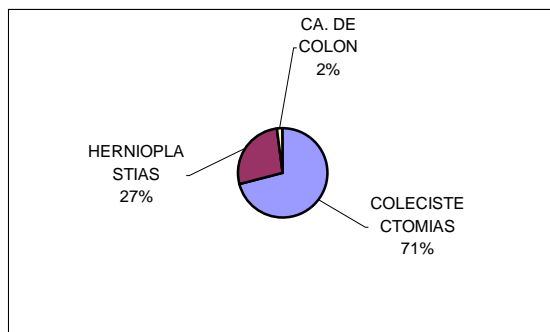
b) Epidemiológicos:

CUADRO N° 8 Patologías seleccionadas operadas:

PATOLOGÍA	COLECISTECTOMIA	HERINOPLASTIAS	CA. COLON
HOSPITAL FERNANDEZ	72	34	0
HOSPITAL PENNA	54	21	1
HOSPITAL SANTOJANNI	52	8	3
HOSPITAL ZUBIZARRETA	42	19	1
HOSPITAL UDAONDO	41	0	2
HOSPITAL PIROVANO	22	28	0
HOSPITAL ARGERICH	2	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>111</b>	<b>7</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

### GRAFICO N° 2



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

## 5-2 Indicadores Específicos.

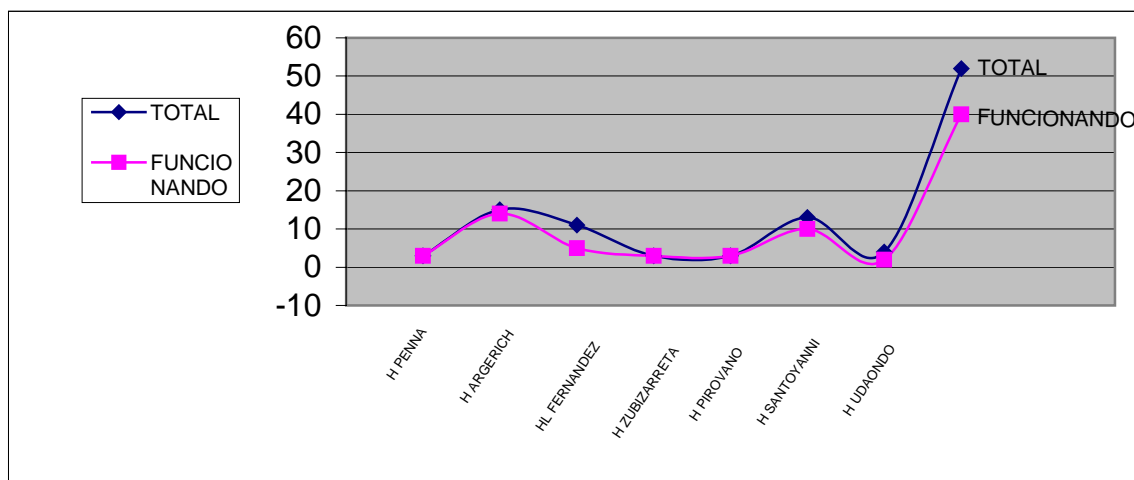
### 5-2-1 Indicadores de estructura:

CUADRO N° 9 Número de quirófanos disponibles / total quirófano.

QUIRÓOFANOS	TOTAL	DISPONIBLES
HOSPITAL PIROVANO	16	14
HOSPITAL ARGERICH	15	14
HOSPITAL SANTOJANNI	13	10
HOSPITAL FERNANDEZ	11	5
HOSPITAL PENNA	8	6
HOSPITAL UDAONDO	4	3
HOSPITAL ZUBIZARRETA	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>55</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

GRAFICO N°3



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

Quirófanos disponibles 55 / Quirófanos totales 70 = 0.78.5.

Porcentaje 78% (Observación N° 6)

CUADRO N° 10 Promedio anual camas disponibles para Cirugía General.

	PROMED. CAMAS DISPONIBLES
HOSPITAL PIROVANO	60.0
HOSPITAL ARGERICH	56.6
HOSPITAL SANTOJANNI	53.1
HOSPITAL FERNANDEZ	43.9
HOSPITAL PENNA	35.1
HOSPITAL UDAONDO	26.6
<b>TOTAL</b>	<b>45.88</b>

El Hospital Zubizarreta no tiene las camas de cirugía separadas del resto de las especialidades.

FUENTE: MOVIMIENTO HOSPITALARIO AÑO 2004

Corresponde al total de camas disponibles del período/ número de días del período (365 días de año calendario ) = 0.45

CUADRO N ° 11 Número camas de cirugía / total camas.

	CAMAS CIRUGÍA	TOTAL CAMAS
HOSPITAL SANTOJANNI	68	400
HOSPITAL ARGERICH	60	420
HOSPITAL PIROVANO	60	384

HOSPITAL FERNANDEZ	56	365
HOSPITAL PENNA	36	285
HOSPITAL UDAONDO	29	98
<b>TOTAL</b>	<b>309</b>	<b>1952</b>

El Hospital Zubizarreta no tiene las camas de cirugía separadas del resto de las especialidades.

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

Camas de Cirugía 309 / total de Camas 1952 = 15.83 %

## 5-2-2 : Indicadores de Proceso

Consultorio Externo:

Promedio días entre indicación quirúrgica y la cirugía: Este indicador no se puede confeccionar porque, en los consultorios externos, no se registran las consultas o los registros son incompletos

Internación:

Productividad de los Servicios de Cirugía

CUADRO N° 12 Promedio días de permanencia en cirugía general:

	PROMED. DIAS PERMANENCIA
HOSPITAL SANTOJANNI	11.4
HOSPITAL ARGERICH	9.5
HOSPITAL PIROVANO	8.7
HOSPITAL FERNANDEZ	7.4
HOSPITAL UDAONDO	6.7
HOSPITAL PENNA	5.5
TOTAL PROMEDIO	8.2

FUENTE Movimiento hospitalario año 2004

CUADRO N ° 13 Giro cama de los servicios de Cirugía General

	GIRO CAMA
HOSPITAL PENNA	52.6
HOSPITAL UDAONDO	51.2
HOSPITAL FERNANDEZ	43.4
HOSPITAL PIROVANO	36.7
HOSPITAL ARGERICH	36.2
HOSPITAL SANTOJANNI	31.8
TOTAL PROMEDIO	41.98

FUENTE Movimiento hospitalario Año 2004

El giro cama indica el número de pacientes egresados por cama, en promedio durante un período, tiene para cirugía general un valor de 21 (Auditoría Médica Aranguren Rezzonico pág. 298).

**CUADRO N° 14 Porcentaje ocupacional de camas de Cirugía General**

	Porcentaje ocupacional de camas
HOSPITAL SANTOJANNI	99.1
HOSPITAL ARGERICH	94.2
HOSPITAL UDAONDO	93.0
HOSPITAL PIROVANO	87.5
HOSPITAL FERNANDEZ	87.2
HOSPITAL PENNA	79.2
<b>TOTAL PROMEDIO</b>	<b>90.03</b>

FUENTE Movimiento hospitalario año 2004

El porcentaje ocupacional de camas es elevado para un valor de referencia 77 % (Auditoría Médica Aranguren Rezzonico pág 297).

Cirugías suspendidas. Cirugías programadas:

Cirugías suspendidas 2859 / Cirugías Programadas 17047=16.77 (cuadro N° 5)

**5-2-3 Indicadores de Calidad**

Relación entre colecistectomías por laparoscopia y convencionales:

**CUADRO N° 15**

COLECISTECTOMÍAS	Laparoscópicas	Convencionales
HOSPITAL FERNANDEZ	64	8
HOSPITAL SANTOJANNI	20	32
HOSPITAL PENNA	18	36
HOSPITAL ZUBIZARRETA	13	29
HOSPITAL PIROVANO	10	12
HOSPITAL UDAONDO	5	36
HOSPITAL ARGERICH	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>131</b>	<b>154</b>

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

Porcentaje de colecistectomías laparoscopias 46%

La cirugía laparoscópica es menos invasiva para el paciente, tiene menos complicaciones posquirúrgicas mediatas e inmediatas. Requiere de menos días de internación, lo que significa menor costo.

La publicación S.S.A.T, Tratamiento del Cálculo biliar y de las enfermedades de Gallb, año 2005, sobre el resultado de más de 600.000 colecistectomías anuales, marca que el 90 % se realizan con técnica laparoscópica.

Se tomó como referencia además valores en el Hospital Alemán (hospital de la comunidad del sector privado) :

El porcentaje de colecistectomías laparoscópicas 96 % Colecistectomías convencionales 4% (Observación N° 5)

CUADRO N ° 16 Relación de cirugías realizadas por guardia y programadas, de las patologías seleccionadas.

CIRUGÍAS	TOTALES	GUARDIA	PROGRAMADAS	PORCENTAJE GUARDIA
HOSPITAL PIROVANO	58	31	27	53,44
HOSPITAL ARGERICH	97	32	65	32,98
HOSPITAL FERNANDEZ	195	63	132	32,3
HOSPITAL PENNA	140	38	102	27,14
HOSPITAL SANTOJANNI	119	12	107	10,08
HOSPITAL ZUBIZARRETA	104	7	97	6,73
HOSPITAL UDAONDO	64	S/D	S/D	S/D
<b>TOTAL</b>	<b>777</b>	183	530	27,11

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

Más del 27 % de la cirugías son realizadas por el servicio de guardia. Dada la falta de registros de la lista de espera no fue posible correlacionar si la atención de urgencia se brindó a pacientes que tenían indicación quirúrgica previa y figuraban en la lista de espera.

CUADRO N° 17 Días de internación, según datos obtenidos de 403 historias clínicas de pacientes intervenidos por colecistectomía, hernioplastía y cáncer de colon.

	PREQUIRU	POSQUI	TOTAL
HOSPITAL SANTOJANNI	603	252	855
HOSPITAL FERNANDEZ	502	186	688
HOSPITAL UDAONDO	386	297	683
HOSPITAL ZUBIZARRETA	171	192	363
HOSPITAL PENNA	182	180	362
HOSPITAL PIROVANO	155	96	247
HOSPITAL ARGERICH	S/D	S/D	S/D
<b>TOTAL</b>	1999	1203	3198

PREQUIRURGICO/PACIENTE	4,96
POSQUIRURGICO/ PACIENTE	2,98
TOTAL DIAS /PACIENTE	7,94

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA AÑO 2004

Teniendo en cuenta que de las tres patologías vistas, el cáncer de colon es la que mayor tiempo de internación requiere, por su baja incidencia 2% de los casos, no afecta en los días de estadía promedio.

La colecistectomía tiene un promedio de días de internación estándar de 4 días y la hernioplastía de 2 (Auditoria médica Aranguren Rezzónico pág. 163), la estadía de los pacientes en el hospital es elevada.

Es alto el promedio de días de la estadía prequirúrgica de los pacientes. Del análisis de las historias clínicas, se infiere que en un elevado porcentaje los mismos ingresan con complicaciones en su patología de base, por falta de tratamiento oportuno. (Ej., pancreatitis aguda por litiasis vesicular).

(Observación N° 4)

Es posible disminuir la estadía posquirúrgica del paciente si se aumenta la utilización de la técnica de laparoscopia para colecistectomías y hernioplastías.

## 6- Presupuesto

Dentro del presupuesto para el financiamiento del funcionamiento de redes, no está considerada la red de cirugía, la que necesitaría para su desenvolvimiento un sistema informático y de comunicaciones, del cual carece.

No obstante en la coordinación de redes figura como descripción el programa 25 actividad 440 planeamiento estratégico de red, con un presupuesto original para el año 2004 de \$ 4.609.795 de los cuales se han devengado \$ 1.633.215.

En el ejercicio 2005 ( programa 5 actividad 10 ), coordinación de redes, planeamiento estratégico de red el presupuesto original fue de \$ 5.324.886 y el devengado fue de \$ 2.954.219,66.

## VI) OBSERVACIONES

- 1) No hay coincidencia entre la estructura formal y la real, por lo tanto no existen canales de comunicación entre la coordinación de la red y los distintos efectores.
- 2) La Secretaria de Salud no aporta los datos estadísticos necesarios para la construcción de una red.
- 3) No está en funcionamiento el proyecto “ Mejora en la accesibilidad quirúrgica”.
- 4) Es alto el promedio de días de hospitalización prequirúrgico y posquirúrgico de los pacientes.
- 5) No se utiliza la técnica quirúrgica de laparoscopia en más del 50 % de los casos.

- 6) No están en funcionamiento el 22 % de los quirófanos en los efectores auditados.
- 7) Inadecuado mantenimiento y modernización del instrumental y la aparatología. No es adecuado el control de ingreso a las áreas semirestringidas del sector quirúrgico.
- 8) No se encontraron el 48.14 % de las historias clínicas pedidas en los archivos de los hospitales. Siendo inadecuado el sistema de archivos de historias clínicas.
- 9) No existe un formulario estandarizado para registrar a los pacientes que solicitan turno para operarse.
- 10) Las listas de espera no tienen los datos necesarios para comunicarse o ubicar al paciente.
- 11) No hay cruce de información de las listas de espera entre los efectores.
- 12) No se cumple con el tiempo de espera para una cirugía determinada por el programa “mejora de accesibilidad quirúrgica” (2 meses ), siendo la espera no menor a 8 meses
- 13) No hay concordancia entre los datos de estructura brindados por la Secretaria de Salud y los observados en los efectores.
- 14) Inadecuada distribución de los recursos humanos y físicos en los hospitales.
- 15) No está implementada la Historia Clínica única en los efectores analizados, excepto en el Hospital Udaondo.
- 16) No existen fichas de consultorios externos que registren las consultas de los pacientes , o se encuentran incompletas.
- 17) No existe registro completo de las causas de suspensión de cirugías programadas, ni criterios unificados de clasificación.
- 18) La dotación de médicos anestesiólogos e instrumentadores en el plantel de los efectores de la muestra no cubre la oferta horaria de quirófano.

## **VII) RECOMENDACIONES**

- 1) Crear canales de comunicación adecuados entre la coordinación de la red y los efectores.

- 2) Disponibilidad desde la secretaría de Salud de la documentación estadística necesaria para el funcionamiento de la red de Cirugía.
- 3) Gestionar las medidas necesarias para poner en funcionamiento el proyecto “ mejora en la accesibilidad quirúrgica”.
- 4) Implementar metodología adecuada para disminuir los días de internación.
- 5) Aumentar la utilización de técnica laparoscópica.
- 6) Aumentar la oferta quirúrgica habilitando la totalidad de los quirófanos en los efectores.
- 7) Actualizar y mantener adecuadamente la aparatología e instrumental hospitalario, conservando la correcta utilización de la estructura.
- 8) Implementar los instrumentos adecuados para el correcto archivo de las historias clínicas.
- 9 ) Implementar registro único y confiable de los turnos solicitados para cirugías programadas. ( observación 9 y 10 )
- 10) Mejorar la comunicación de los efectores, permitiendo el cruce de información entre los mismos. ( Observación 11).
- 11 ) Implementar los proyectos aprobados a fin de disminuir los tiempos de espera para cirugía.
- 12 ) Adecuar el cruce de información entre los efectores y la Secretaría de Salud respecto a la estructura hospitalaria.
- 13) Adecuación en la distribución de recursos.
- 14) Realizar la gestión correspondiente para la implementación de la historia clínica única.
- 15) Registrar adecuadamente los pacientes atendidos en consultorio externo.
- 16) Unificación de criterios de suspensión de cirugías y correcto registro de las mismas.
- 17)Adecuar la oferta de recurso humano a la oferta horaria de quirófanos.

## VIII) CONCLUSION

Desde el año 1997 está creada la red de cirugía. Pese al lapso transcurrido , la modalidad de oferta en red en cirugía no está en funcionamiento. Se elaboró el programa de “ Mejora de Accesibilidad Quirúrgica” el cual no se está implementando, por lo que no se brinda respuesta a la demanda insatisfecha de los ciudadanos.

Se advierte baja productividad en los servicios de cirugía de los efectores que se analizaron, que se refleja en demoras excesivas en prestar a los pacientes los tratamientos quirúrgicos. ( listas de espera de más de 8 meses ).

Es poco utilizada la técnica de cirugía laparoscópica, lo que genera mayor tiempo de internación de los pacientes con el consiguiente aumento de los costos.

No se registran datos estadísticos suficientes de fecha, ni cantidad de consultas realizadas u otros antecedentes que den información fehaciente de la demanda rechazada o postergada, tanto en los efectores auditados como en la Secretaría de Salud, lo que impide programar la adecuación de los recursos humanos y materiales eficientemente a las necesidades de los pacientes.

El cumplimiento de la Ley Básica de Salud en lo concerniente a la implementación de una historia clínica única y la unificación en un registro estandarizado de los pacientes en espera de tratamiento quirúrgico, permitiría contar con la información necesaria para la toma de decisiones mejorando la gestión.

No existe en los hospitales auditados oferta de recursos humanos que facilite realizar en forma programada cirugías vespertinas. El recurso físico no está adecuadamente conservado.