



---

INFORME FINAL DE  
AUDITORIA  
Con Informe Ejecutivo

---

Proyecto N° 3.13.13

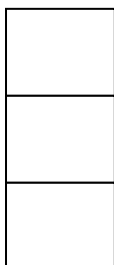
**ACCESIBILIDAD A LA  
PRESTACIÓN HOSPITALARIA**  
**Auditoría de Gestión**

---

**Período 2012**

---

**Buenos Aires, Mayo 2016**



# AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso -  
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

## Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

## Audidores Generales

C.P. Mariela Coletta

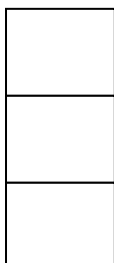
Dr. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. Raquel Herrero

Dra. María Victoria Marco

Dr. Hugo Vasques



**CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.13.13**

**NOMBRE DEL PROYECTO: Accesibilidad a la Prestación Hospitalaria**

**PERÍODO BAJO EXAMEN: 2012-2013**

**FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:**

**DIRECTOR DE PROYECTO: Dr. Gabriel Rosenstein**

**EQUIPO DESIGNADO:**

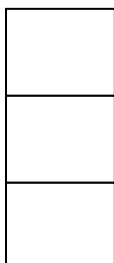
**Supervisor:** Bioq. E. Jazmín Laino

**OBJETIVO:** Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia válida y suficiente que permita evaluar la gestión. Se evaluará el acceso a las prestaciones correspondientes para la detección temprana de las siguientes patologías: cáncer de colon, cáncer de pulmón y cáncer de mama

**FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 04 de Mayo 2016**

**APROBADO POR: UNANIMIDAD**

**RESOLUCIÓN N°: 160/16**



## INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	CABA, Mayo de 2016
Código del Proyecto	3.13.13
Denominación del Proyecto	“Accesibilidad a la Prestación Hospitalaria”
Tipo de Auditoría	Gestión
Período examinado	2012-2013
Objetivo de la auditoría	Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia válida y suficiente que permita evaluar la gestión. Se evaluará el acceso a las prestaciones correspondientes para la detección temprana de las siguientes patologías: cáncer de colon, cáncer de pulmón y cáncer de mama
Alcance	El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoría se desarrollaron entre el 04 de Agosto de 2014 y el 09 de Octubre de 2015.
Aclaraciones previas	<p>El Instituto Nacional del Cáncer en el año 2014 publicó un análisis de la situación del cáncer en Argentina.</p> <p>Nuestro país se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (172.3 – 242.9 x 100.000 habitantes), de acuerdo a las estimas realizadas por la IARC<sup>1</sup> para el año 2012. Esta estimación corresponde a más de 100.000 casos nuevos en ambos sexos por año, con porcentajes similares en hombres como en mujeres. La IARC ha estimado para la Argentina una incidencia en ambos sexos de 217 casos nuevos por año cada 100.000 habitantes.</p> <p>En magnitud, el volumen más importante de casos estimados corresponde al cáncer de mama con más de 18.700 casos nuevos por año (18% del total y 36% del total de casos en mujeres).</p>

<sup>1</sup> IARC: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer.

Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes.

Sitio Tumoral	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Promedio Anual de Casos	(%)	Promedio Anual de Casos	(%)	Promedio Anual de Casos	(%)
Mama	19386	16.8	-	-	19386	32.2
Colon-recto	13558	11.8	7237	13.2	6321	10.5
Pulmón	11244	9.8	7690	14.0	3554	5.9
Próstata	11202	9.7	11202	20.4	-	-
Cervix	4956	4.3	-	-	4956	8.2
Riñón	4068	3.5	2650	4.8	1418	2.4
Páncreas	3988	3.5	2650	4.8	2034	3.4
Estómago	3738	3.2	2374	4.3	1364	2.3
Vejiga	3546	3.1	2701	4.9	845	1.4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2.6	1615	2.9	1424	2.4
Leucemias	2372	2.1	1369	2.5	1003	1.7
Ovario	2274	2.0	-	-	2274	3.8
Esófago	2263	2.0	1493	2.7	770	1.3
Otros	29528	25.6	13972	25.4	14860	24.7
<b>TOTAL</b>	<b>115162</b>	<b>100.0</b>	<b>54953</b>	<b>100.0</b>	<b>60209</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaborado por SIVER/INC<sup>2</sup> en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014

El cáncer de mayor incidencia sería el de mama en mujeres con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por los cánceres masculinos de próstata (44x100.000 hombres) y pulmón (32.5 x 100.000 hombres).

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son en la actualidad la principal causa de mortalidad mundial. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones (casi las dos terceras partes) se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. El cáncer, como segunda causa de estas defunciones, fue responsable de 7.6 millones de muertes. Más de las dos terceras partes de estas ocurrieron en países de ingresos medios y bajos.

Un gran porcentaje de ENT son prevenibles y comparten los mismos factores de riesgo. Se estima que los cinco principales riesgos para la salud están relacionados con el comportamiento y la alimentación. Estos factores causan el 30% de las muertes por cáncer.

Las ENT, en Argentina, son responsables de más del 60% del total de las defunciones que se producen anualmente en el

<sup>2</sup> SIVER/INC: Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte. Instituto Nacional del Cáncer.

país, 20% de las cuales corresponden a tumores. Esto representa aproximadamente 60.000 muertes por año, de los cuales más del 90% se produce en personas mayores de 44 años de edad.

En mujeres, la mayor mortalidad por cáncer se debe al cáncer de mama. El cáncer de pulmón y el colorrectal le siguen en segundo y tercer lugar de importancia.

La mortalidad por cáncer de colon y recto en la Argentina ha disminuido en los hombres hasta el año 2002 para luego comenzar un período de ascenso a un ritmo de 0.6% anual. Por el contrario, en las mujeres la mortalidad por este cáncer disminuyó 1% por año durante todo el período analizado.

Las estadísticas<sup>3</sup> muestran que en el año 2012, las muertes por tumores malignos ascienden a 5.973, con una tasa de mortalidad de 1.9% por cada 1.000 habitantes, representando una distribución porcentual del 20.5%.

Con respecto al cáncer de mama, se puede mencionar que el tumor maligno de mama es la primera causa de muertes en la Ciudad de Buenos Aires en la franja etaria que va de los 35 a los 64 años. En el caso de tumor maligno de bronquios, es la segunda causa de muerte para esa misma franja etaria.

En cuanto al cáncer de pulmón, representa la tercera causa de muerte en los hombres en la franja etaria de 35 a 64 años

En el año 2013, las muertes por tumores malignos ascienden a 6.178 muertes, con una tasa de mortalidad de 2.0% por cada 1.000 habitantes, representando una distribución porcentual del 21.1%.

### **Normativa**

En la Ciudad de Buenos Aires y en el ámbito Nacional existen Programas especiales de prevención y detección de cáncer colorrectal y de mama.

Los programas de prevención y detección de cáncer colorrectal datan en CABA desde 2007 y en Nación desde 2013.

Los programas centrales de detección precoz de cáncer de mama funcionan en CABA desde 1998, con ampliación y modificación en 2008 y en Nación desde 2013.

#### **- Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

- I) Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de Riesgo.

<sup>3</sup> La mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires. Sus diferencias por grupo de edad, sexo y comuna.”- Dir. Gral. de estadísticas y Censos. Min de Hacienda. Noviembre 2011  
“Anuario Estadístico. Ciudad de Buenos Aires.” Año 2012 y 2013. Dir. Gral. de estadísticas y Censos. GCBA.

La Ciudad de Buenos Aires desde el año 2007 cuenta con el *Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de Riesgo*. El mismo fue creado por la Resolución N° 1738/GCABA/MSGC/07. Este programa depende de la Dirección General de Redes y Programas de Salud.

En sus considerandos, la Resolución establece que la creación del programa responde a la necesidad de optimizar el diagnóstico y tratamiento del Cáncer Colorrectal (CCR). Indica también que las personas con antecedentes personales y/o familiares de enfermedad colorrectal, tales como enfermedades inflamatorias colónicas, adenoma vellosa, tumores colónicos y de acuerdo a los diagnósticos médicos efectuados, presentan mayor probabilidad de desarrollar cáncer de colon o recto, requiriendo un diagrama de control estricto y periódico como población de riesgo.

Con la creación de este programa, se procura evitar la consulta sintónica tardía, toda vez que el diagnóstico efectuado en estadios tempranos eleva la posibilidad de curación a un 90 % de los casos.

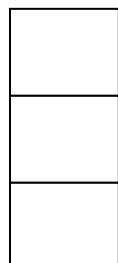
Los objetivos generales del programa se encuentran definidos en el anexo de la resolución y son los siguientes:

- ✓ Reducir la incidencia del CCR.
- ✓ Disminuir la morbimortalidad.
- ✓ Mejorar la calidad de la atención.
- ✓ Optimizar los recursos.

Los objetivos específicos del programa son:

- ✓ Establecer y difundir normas de prevención primaria del CCR en la población.
- ✓ Instituir normas para la pesquisa en personas con riesgo elevado de acuerdo al grupo de riesgo.
- ✓ Detectar personas con riesgo y aconsejar pesquisa adecuada.
- ✓ Crear un sistema para la cobertura de la pesquisa y su calidad para toda la población de riesgo.
- ✓ Garantizar el tratamiento, control y seguimiento de las patologías diagnosticadas en la pesquisa.
- ✓ Crear un registro centralizado con evaluación y monitoreo continuo.
- ✓ Establecer un mecanismo de consulta y actualización permanente.

El Programa va dirigido tanto a la población en general como a aquellas personas que representan un grupo de riesgo:



a) Prevención primaria: dirigida a toda la población a través del 1° nivel de atención de acuerdo a normas establecidas por la Red.

b) Pesquisa en grupos de riesgo. Criterios de inclusión:  
1) Personas con antecedentes personales de pólipos adenomatosos o cáncer colorrectal.  
2) Personas con antecedentes familiares de adenomas o cáncer colorrectal.  
3) Personas con antecedentes de poliposis adenomatosa familiar u otras poliposis colónicas.  
4) Personas con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal.

La Resolución propone desarrollar las siguientes actividades:

1. Evaluación de recursos humanos y materiales disponibles.
2. Elaborar normas de prevención primaria.
3. Establecer normas de pesquisa por grupo de riesgo.
4. Diseñar una estructura para llegar a toda la población.
5. Base de datos y registro central.
6. Controles de calidad.
7. Establecer normas ético-legales. Consentimiento informado.
8. Responsabilidad por área (coordinadores por hospital, grupos de riesgo y coordinador general).
9. Sistema de información y comunicación.
10. Supervisión y monitoreo centralizado.
11. Análisis y publicación de resultados.
12. Actualización permanente.

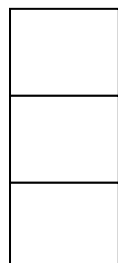
## II) Programa de Detección Precoz de Cáncer Genitomamario- Cáncer de Cuello Uterino.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires funciona el Programa de Detección Precoz de Cáncer Genitomamario - Cáncer de Cuello Uterino.

Fue creado por el Decreto N° 1433/98 (Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino en el ámbito de la CABA).

Mediante la Ley N° 2960/08 el Ministerio de Salud de la Ciudad extiende a toda el área de Atención Primaria la aplicación del Programa de Detección Precoz del Cáncer Génito Mamario y Enfermedades de Transmisión Sexual (PRODEGEM). Esta ley fue reglamentada por el Decreto N° 517/11.

El del Decreto reglamentario establece las condiciones en la que se debe brindar la atención ginecológica en los CeSAC's y Centros Médicos Barriales (horario de funcionamiento, recurso humano, insumos, provisión de la vacuna contra el virus del papiloma humano, ente otros).





	<p>Asimismo, establece que el Ministerio de Salud coordinará y articulará el diseño y la realización de las campañas informativas para la población beneficiaria del Programa, en conjunto con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social, siendo responsable de los contenidos técnicos de las mismas. Las campañas tendrían lugar una vez cumplida la primera etapa del Programa y las subsiguientes. Se realizarían en forma periódica y progresiva acorde a la extensión del Programa. Además, se debería brindar información a través de la página web del Ministerio de Salud y de otros medios que éste determine.</p> <p>- <b>Nación</b></p> <p>I) Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal.                  En el ámbito Nacional, por Resolución N° 2173/2013 se creó el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal, en el ámbito del INC (Instituto Nacional del Cáncer), con el objetivo de reducir la morbimortalidad por esta patología.</p> <p>II) Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama.                  A través de la Resolución N° 1813/2013 se crea el “Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama”, con el objetivo de reducir la morbimortalidad por cáncer de mama, atento que esta patología es la principal causa de muerte en la población femenina del país.</p>
<p>Limitación al alcance</p>	<p>La falta de una única modalidad para confeccionar un registro accesible, completo y/o actualizado de las boletas de protocolo, libros de anatomía patológica y fichas de consultorio externo, dificultó un adecuado análisis de eficacia y eficiencia en la accesibilidad de las prestaciones evaluadas.</p> <p>La falta de un sistema adecuado de archivo y desarchivo de Fichas de Consultorios Externos afectó el análisis en la totalidad de los casos de la muestra.</p>
<p>Principales Observaciones</p>	<p>- Marco Normativo y aplicación de los programas (Prevención de Cáncer Colorrectal en población de riesgo y Detección Precoz de Cáncer Genitomamario - Cáncer de cuello uterino)</p> <p>- La falta de una programación con metas e indicadores cuali y cuantitativos posibles de evaluar, como así también de un registro formal de las acciones implementadas, afectan el cumplimiento y control de las mismas.</p>


- Los programas auditados no cuentan con partidas presupuestarias propias utilizando los recursos de los hospitales, esto afecta la programación e implementación de sus objetivos en cuanto al recurso humano, equipamiento e insumos necesarios para llevarlos a cabo.
- La falta de un marco normativo que defina formalmente y regule los requisitos que avalen a médicos endoscopistas para la realización de endoscopías bajo sedación consciente, limita la cantidad de las prácticas a la disponibilidad del escaso recurso de médicos anesestesiólogos.
- De la información solicitada (notas y entrevistas) no surge que las metas fijadas para el período auditado hayan sido cumplimentadas o en qué grado: fortalecer la red entre Hospital Durand y CeSAC N° 37; incluir un nuevo hospital con área programática en la red, difundir entre médicos las guías programáticas; aprobar e implementar protocolos elaborados por el programa en conjunto con comisiones y sociedades científicas.
- Registros: Boletas de Protocolo y Libros de Biopsia y Citología.

La confección incompleta e ilegible de las Boletas de Protocolo y los Libros de Anatomía Patológica afectan el control de gestión y de la accesibilidad de las prácticas de prevención para las patologías analizadas. En el pedido de estudios que hacen los servicios a Anatomía Patológica faltan datos de: N° de DNI, N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica, servicio que envía la muestra, descripción de muestra, antecedentes del paciente; firma y/sello del profesional que envía la muestra, letra legible. En los libros de biopsia y citología de Anatomía Patológica no siempre se consigna: fecha de informe; servicio de procedencia de la muestra, N° de DNI, N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica, descripción de la muestra; letra legible.

- Registros de Fichas de Consultorio Externo o Servicios.  
La falta de un único y adecuado diseño de las Fichas de Consultorios Externos, de un sistema protocolizado de resguardo, archivo, desarchivo y de un registro completo con letra legible y firma de los profesionales afecta el seguimiento de la atención, las prácticas y estudios realizados.

- Recurso Humano

La falta de Médicos Anestesiólogos, recurso necesario para prácticas endoscópicas objeto de esta auditoría, impide la atención de los pacientes principalmente los evaluados como ASA III y IV. La escasa disponibilidad de horas de anestesista es la principal limitante para programar las prácticas médicas de prevención y atención de la demanda con menor tiempo de espera.

La falta de personal Administrativo capacitado y con responsabilidades asignadas para carga de datos, archivo y desarchivo de Fichas de Consultorios Externos, estadística, carga de informes al sistema informático, dificulta el registro adecuado de la información.

Faltan médicos, técnicos, enfermeros, para cubrir cargos vacantes como así también para implementar efectivas actividades de prevención y responder a la demanda de todos los servicios.

- Equipamiento

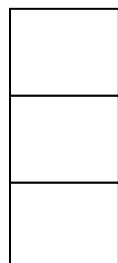
El equipamiento para la realización de los estudios diagnósticos carece de mantenimiento preventivo. En algunos casos es antiguo y ante desperfectos, la falta de repuestos imposibilita o dificulta su reparación. En ambos casos, la consecuencia directa es la suspensión de la práctica diagnóstica.

La falta de compra de fibrobroncoscopios con recursos públicos afecta una adecuada programación de la gestión de los recursos disponibles (humanos y planta física) dado que la adquisición de dicho equipamiento depende de las donaciones que los servicios obtengan.

La falta de una adecuada cantidad y calidad de equipos informáticos (computadoras e impresoras), de programas unificados y conectados en redes para la carga de datos dificulta el análisis de la información y la programación de tareas.

- Espacio físico

La falta de espacio físico propio y adecuado para la realización de las endoscopías con sedación obliga al uso del quirófano, cuya accesibilidad limita la cantidad de prácticas a programar, complejiza y burocratiza el sistema administrativo y asigna recursos que exceden los requerimientos de la práctica endoscópica.



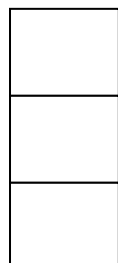
	<p>La falta de espacio físico específico para tareas administrativas, confección de informes y archivo de documentación afecta el adecuado resguardo y mantenimiento de la documentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La falta de protocolos que indiquen los circuitos y modalidad de confección de los distintos registros con asignación de los responsables en cada una de sus etapas, afecta la detección de las debilidades de la gestión.</li> </ul>
<p><b>Conclusión</b></p>	<p>Más del 60% del total de defunciones producidas anualmente en Argentina corresponden a enfermedades no transmisibles (ENT), particularmente el 20% a tumores (60.000 muertes por año). El tumor maligno de mama es la primera causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires de mujeres en la franja etaria de 35 a 64 años. El tumor maligno de pulmón y colorrectal representa la segunda y tercera causa de muerte por cancer.</p> <p>La promoción de conductas preventivas primarias y en grupos de riesgo, la detección temprana y el tratamiento en tiempo y forma hacen al abordaje adecuado e integral de la problemática. El objeto del presente proyecto se centró en el acceso a las prestaciones correspondientes para la detección temprana del cáncer de colon, cáncer de pulmón y cáncer de mama</p> <p>En la CABA existen programas especiales de prevención y detección de cáncer colorrectal y de mama, que entre sus objetivos se proponen optimizar el diagnóstico y tratamiento para reducir la morbimortalidad causada por esas patologías. No obstante ello, la falta de asignación presupuestaria específica para esos fines, la ausencia de una programación diseñada con metas e indicadores cuali y cuantitativos posibles de evaluar, como así también la implementación de un registro formal de las acciones realizadas, afectan el cumplimiento de los objetivos propuestos y el adecuado control de los mismos.</p> <p>La Resolución mediante la cual se crea el <i>Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de Riesgo</i> expresa que “procura evitar la consulta sintónica tardía, toda vez que el diagnóstico efectuado en estadíos tempranos eleva la posibilidad de curación a un 90 % de los casos”. Las entrevistas y procedimientos de esta auditoría dan cuenta que la escasa disponibilidad de horas de anestesistas es la principal causa para que no se realicen en tiempo y forma las endoscopias requeridas.</p> <p>El insuficiente recurso de anestesistas es un problema y observación que se ha reiterado en distintos proyectos de auditoría a lo largo de diferentes gestiones administrativas. Las prácticas endoscópicas son una herramienta importante y/o indispensable</p>


para la detección temprana de cáncer colorrectal y pulmón. En este contexto, profesionales especialistas que se encuentran con el dilema ético de realizar o no la práctica de diagnóstico a pacientes que lo necesitan, plantearon exitosas propuestas alternativas y requieren la necesidad de discutir y definir un marco normativo que regule formalmente los requisitos que avalen a médicos endoscopistas para la realización de endoscopías bajo sedación consciente.

El diseño, confección, archivo, resguardo y actualización de los registros analizados (boleta de protocolo, libro de biopsia, libro de citología, fichas de consultorio externo, Historia Clínicas) carece de un estándar de indicadores que permita comparar entre servicios especializados de distintos efectores y su nivel de elaboración es disímil.

La insuficiente cantidad de recursos disponibles (profesionales, técnicos, administrativos, espacio físico, equipamiento médico, equipamiento informático, insumos) afecta la adecuada atención de la demanda explícita y limita la posibilidad de ampliar la atención y prevención a la población y grupos de riesgo.

El abordaje de esta auditoria permitió analizar la accesibilidad desde un aspecto que evidenció las limitaciones que atraviesa la etapa diagnóstica de los tumores de mama, pulmón y colorrectal. Asimismo permite vislumbrar como un área crítica de próximas auditorías el tratamiento de estas patologías, la disponibilidad de anestesista, turno de quirófano, turno de quimioterapia, acceso de camas de terapia intensiva, entre otros.



**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
PROYECTO N° 3.13.13  
ACCESIBILIDAD A LA PRESTACIÓN HOSPITALARIA**

**DESTINATARIO**

Señor  
Presidente  
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Cdor. Diego César Santilli  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

**I) OBJETO**

Accesibilidad a la Prestación Hospitalaria en los efectores: Hospital Gral. de Agudos “Juan A. Fernández”, Hospital Gral. de Agudos “Donación Francisco Santojanni”, Hospital Gral. de Agudos “Dr. Carlos Durand”.

**II) OBJETIVO**

Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia válida y suficiente que permita evaluar la gestión. Se evaluará el acceso a las prestaciones correspondientes para la detección temprana de las siguientes patologías: cáncer de colon, cáncer de pulmón y cáncer de mama. La selección de los mismos se llevó a cabo por ser los tumores de mayor incidencia y detectados tempranamente puede prevenirse la enfermedad.

**III) ALCANCE**

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Para evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales y los de indicadores de gestión en áreas críticas vinculadas a la accesibilidad de las prestaciones para el diagnóstico de las patologías analizadas, se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:


- Análisis de la normativa correspondiente y su implementación.
- Entrevistas con los responsables de las áreas involucradas.
- Análisis de los circuitos, del Recurso Humano y del Equipamiento Médico.
- Relevamiento de datos registrados en los libros de prácticas y las boletas de protocolo de los servicios de Anatomía Patológica relacionados con las muestras de mama, colon y pulmón en la etapa diagnóstica. Los registros analizados corresponden al período desde el 1/07/2012 al 30/06/2013. Se registraron: datos filiatorios, N° Ficha/Historia Clínica, servicio remitente de la muestra, fecha de ingreso de la muestra, fecha y descripción del diagnóstico. Para la definición del universo a registrar se analizó la descripción de la muestra. A modo de ejemplo, no fueron consideradas las obtenidas por procedimientos quirúrgicos post diagnóstico del paciente (mastectomía, colectomía, tumores, entre otros), como así tampoco las muestras de pacientes internados.
- En cada hospital se definieron 3 universos según el tipo de muestra (Mama, Colon y Pulmón). Se aplicó en cada uno la fórmula muestral de auditoría, dando como resultado la cantidad de Fichas de Consultorios Externos a relevar. En las fichas halladas, se procedió a identificar el tiempo transcurrido entre la indicación del estudio y su realización:
- Hospital Santojanni 142 Fichas (Pulmón 28, Colon 57 y Mama 57).
- Hospital Fernández 192 Fichas (Pulmón 58, Colon 63 y Mama 71).
- Hospital Durand 205 Fichas (Pulmón 68, Colon 75 y Mama 62).

Los casos fueron seleccionados en función de la disponibilidad de los datos necesarios (N° de DNI y/o N° de Ficha) para su pesquisa en los archivos de Fichas.

#### Limitaciones al alcance

- La falta de una única modalidad para confeccionar un registro accesible, completo y/o actualizado de las boletas de protocolo, libros de anatomía patológica y fichas de consultorio externo, dificultó un adecuado análisis de eficacia y eficiencia en la accesibilidad de las prestaciones evaluadas.
- La falta de un sistema adecuado de archivo y desarchivo de Fichas de Consultorios Externos afectó el análisis en la totalidad de los casos de la muestra.

Las tareas de relevamiento se desarrollaron entre el 04 de Agosto de 2014 y el 09 de Octubre de 2015.

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

El Instituto Nacional del Cáncer en el año 2014 publicó un análisis de la situación del cáncer en Argentina.

Nuestro país se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (172.3 – 242.9 x 100.000 habitantes), de acuerdo a las

estimadas realizadas por la IARC<sup>4</sup> para el año 2012. Esta estimación corresponde a más de 100.000 casos nuevos en ambos sexos por año, con porcentajes similares en hombres como en mujeres. La IARC ha estimado para la Argentina una incidencia en ambos sexos de 217 casos nuevos por año cada 100.000 habitantes.

En magnitud, el volumen más importante de casos estimados corresponde al cáncer de mama con más de 18.700 casos nuevos por año (18% del total y 36% del total de casos en mujeres)

Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes.

Sitio Tumoral	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Promedio Anual de Casos	(%)	Promedio Anual de Casos	(%)	Promedio Anual de Casos	(%)
Mama	19386	16.8	-	-	19386	32.2
Colon-recto	13558	11.8	7237	13.2	6321	10.5
Pulmón	11244	9.8	7690	14.0	3554	5.9
Próstata	11202	9.7	11202	20.4	-	-
Cervix	4956	4.3	-	-	4956	8.2
Riñón	4068	3.5	2650	4.8	1418	2.4
Páncreas	3988	3.5	2650	4.8	2034	3.4
Estómago	3738	3.2	2374	4.3	1364	2.3
Vejiga	3546	3.1	2701	4.9	845	1.4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2.6	1615	2.9	1424	2.4
Leucemias	2372	2.1	1369	2.5	1003	1.7
Ovario	2274	2.0	-	-	2274	3.8
Esófago	2263	2.0	1493	2.7	770	1.3
Otros	29528	25.6	13972	25.4	14860	24.7
<b>TOTAL</b>	<b>115162</b>	<b>100.0</b>	<b>54953</b>	<b>100.0</b>	<b>60209</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaborado por SIVER/INC<sup>5</sup> en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014

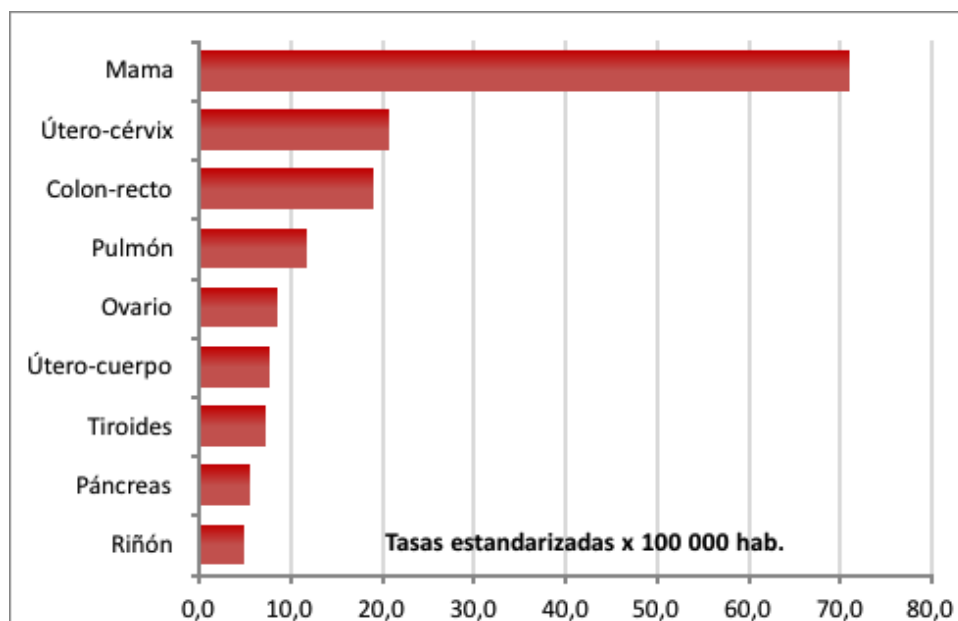
El cáncer de mayor incidencia sería el de mama en mujeres con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por los cánceres masculinos de próstata (44x100.000 hombres) y pulmón (32.5 x 100.000 hombres).

<sup>4</sup> IARC: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer.

<sup>5</sup> SIVER/INC: Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte. Instituto Nacional del Cáncer.

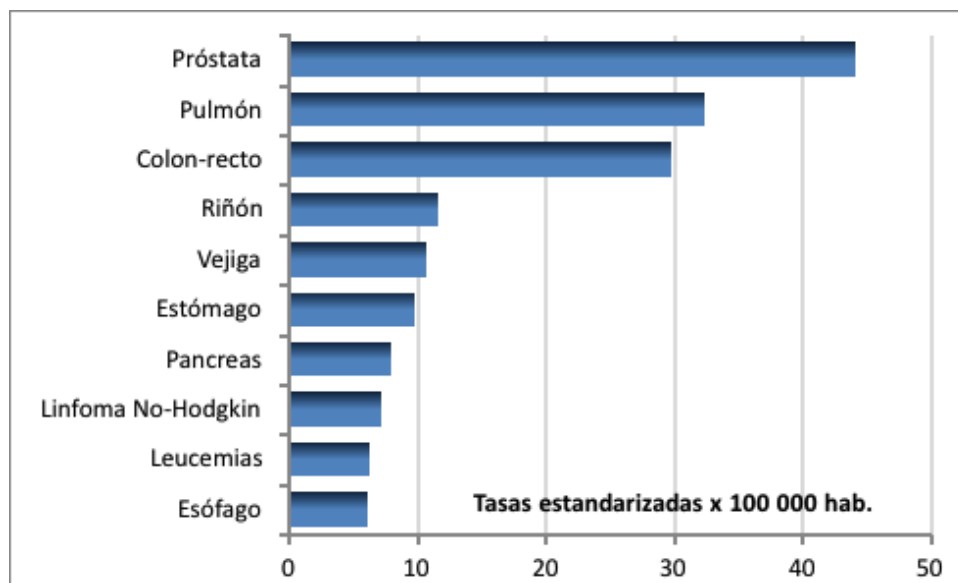


Tasas estimadas por la IARC de incidencia de Cáncer para las principales localizaciones en mujeres ajustadas por edad según población mundial. Argentina, 2012.



Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014.

Tasas estimadas por la IARC de Incidencia de Cáncer para las principales localizaciones en hombres ajustadas por edad según población mundial. Argentina, 2012



Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, enero 2014.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son en la actualidad la principal causa de mortalidad mundial. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones (casi las dos terceras partes) se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. El cáncer, como segunda causa de estas defunciones, fue responsable de 7.6 millones de muertes. Más de las dos terceras partes de estas ocurrieron en países de ingresos medios y bajos.

Un gran porcentaje de ENT son prevenibles y comparten los mismos factores de riesgo. Se estima que los cinco principales riesgos para la salud están relacionados con el comportamiento y la alimentación. Estos factores causan el 30% de las muertes por cáncer.

Las ENT, en Argentina, son responsables de más del 60% del total de las defunciones que se producen anualmente en el país, 20% de las cuales corresponden a tumores. Esto representa aproximadamente 60.000 muertes por año, de los cuales más del 90% se produce en personas mayores de 44 años de edad.

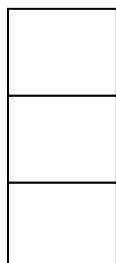
En el año 2012 murieron por cáncer casi 62.000 hombres y mujeres en Argentina. La Región Centro, al ser más poblada, registró más del 70% de estas defunciones. El cáncer de pulmón se observa en primer lugar de importancia en todas las regiones menos en Cuyo en la que encontramos el cáncer de mama. Le siguen en orden de frecuencia el cáncer colorrectal y el de mama; excepto en NOA y Sur donde se observa en tercer lugar el cáncer de próstata y estómago, respectivamente. El cáncer de cérvix (útero/cuello) que no se registra dentro de los diez primeros a nivel país, se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte por cáncer más importantes de la Región NEA; mientras que en la Región Centro desaparece del ranking seleccionado.

Para medir el impacto de esta enfermedad y sin discriminar por sexos, es necesario resaltar que el cáncer de pulmón fue responsable del 14.9% de estas muertes, con 9.230 defunciones que representan el 86.6% de los casos nuevos que se estiman por año; seguido por el de colon y recto y el de mama, con letalidades estimadas del 59.7% y 27.8 respectivamente.

El cáncer de pulmón ocasiona más de 9.000 muertes por año en ambos sexos, 15% del total de defunciones por cáncer. Le siguen en orden de importancia el cáncer colorrectal y el de mama (11% y 9% respectivamente)

Distribución absoluta y relativa de los principales sitios tumorales registrados en la mortalidad por cáncer de ambos sexos. Argentina, 2012

Localización Tumoral	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	N	%	N	%	N	%
Pulmón	6470	19.9	2755	9.4	9230	14.9
Colon-recto	3745	11.5	3207	11.0	6958	11.2
Mama	60	0.2	5530	18.9	5590	9.0
Páncreas	1848	5.7	2079	7.1	3933	6.4
Mal definidos	2063	6.3	1801	-	3866	6.2
Próstata	3783	11.6	-	0.0	3783	6.1



Estómago	1870	5.7	1073	3.7	2947	4.8
SNC	1269	3.9	1169	4.0	2440	3.9
Hígado y Vías biliares	1087	3.3	858	2.9	1947	3.1
Útero cuello	-	0.0	1926	6.6	1926	3.1
Riñón y V. urinarias	1255	3.9	601	2.1	1858	3.0
Esófago	1220	3.7	620	2.1	1841	3.0
Leucemia	903	2.8	796	2.7	1700	2.7
Linfoma no Hodgkin	733	2.2	612	2.1	1345	2.2
<b>Total General</b>	<b>32583</b>	<b>100.0</b>	<b>29244</b>	<b>100.0</b>	<b>61866</b>	<b>100.0</b>

Fuente: SIVER/INC- Ministerio de Salud de la Nación, en base a registros de mortalidad de la DEIS<sup>6</sup>. Argentina, 2014.

En mujeres, la mayor mortalidad por cáncer se debe al cáncer de mama. El cáncer de pulmón y el colorrectal le siguen en segundo y tercer lugar de importancia.

En la Argentina, la mortalidad por cáncer de pulmón ha disminuido en los hombres desde 1980. Este descenso es más marcado a partir de 1996 con un porcentaje estimado de cambio anual (PECA) de aproximadamente 2%. Por el contrario, en las mujeres la mortalidad por este cáncer aumentó, también a un ritmo sostenido, a un ritmo promedio anual del 2% en el período 1996-2011. De esta forma, mientras en 1980 la brecha entre ambos sexos era de 37.7; en 2011 disminuye a 19.0 defunciones por cada 100.000 habitantes.

La mortalidad por cáncer de colon y recto en la Argentina ha disminuido en los hombres hasta el año 2002 para luego comenzar un período de ascenso a un ritmo de 0.6% anual. Por el contrario, en las mujeres la mortalidad por este cáncer disminuyó 1% por año durante todo el período analizado.

Estas tendencias representan el comportamiento de la mortalidad por este cáncer en el total de la población del país. Aunque en la mayoría de las jurisdicciones se registró una mortalidad en aumento por este cáncer en ambos sexos; en los hombres las tendencias fueron estadísticamente significativas en gran parte de las jurisdicciones del país y los PECAS mayores. Es decir que el incremento porcentual anual (PECAS) ha sido mayor que en las mujeres.

La mortalidad por cáncer de mama en la Argentina ha disminuido en forma sostenida y estadísticamente significativa desde el año 1996.

Si bien la mortalidad por este cáncer disminuyó a nivel nacional, aún persisten jurisdicciones con tendencias en aumento, aunque en la mayoría no han sido estadísticamente significativas. En las provincias con mayor concentración de mujeres, Córdoba, Bs.As y Santa Fe se registraron descensos estadísticamente significativos.

En la Ciudad de Buenos Aires en el año 2010<sup>7</sup>, se registraron 30.536 defunciones de residentes (298 infantiles y 30.238 generales). Las enfermedades del corazón, del sistema respiratorio y tumores malignos ocasionaron cerca del 70% de las defunciones.

<sup>6</sup> DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

<sup>7</sup> La mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires. Sus diferencias por grupo de edad, sexo y comuna.”- Dir. Gral. de Estadísticas y Censos. Min de Hacienda. Noviembre 2011

Distribución porcentual de las muertes por grupos de causas según comuna. Año 2010.

COMUNA	BARRIOS	TUMORES MALIGNOS (C00 - C97)
<b>Total</b>		<b>20.1</b>
1	Constitución - Monserrat - Puerto Madero - Retiro -San Nicolás - San Telmo	19.5
2	Recoleta	22.2
3	Balvanera - San Cristóbal	19.1
4	Barracas - Boca - Nueva Pompeya - Parque Patricios	19.2
5	Almagro – Boedo	19.1
6	Caballito	20.8
7	Flores - Parque Chacabuco	19.4
8	Villa Lugano - Villa Riachuelo - Villa Soldati	19.6
9	Liniers - Mataderos - Parque Avellaneda	18.1
10	Floresta - Monte Castro -Vélez Sarsfield - Versalles -Villa Luro - Villa Real	19.1
11	Villa del Parque - Villa Devoto - Villa General Mitre –Villa Santa Rita	19.6
12	Coghlan - Saavedra - Villa Pueyrredón - Villa Urquiza	20.2
13	Belgrano - Colegiales – Núñez	21.7
14	Palermo	22.6
15	Agronomía - Chacarita - Parque Chas - Paternal -Villa Crespo - Villa Ortúzar	21.8

Las estadísticas<sup>8</sup> muestran que en el año 2012, las muertes por tumores malignos ascienden a 5.973, con una tasa de mortalidad de 1.9% por cada 1.000 habitantes, representando una distribución porcentual del 20.5%.

Con respecto al cáncer de mama, se puede mencionar que el tumor maligno de mama es la primera causa de muertes en la Ciudad de Buenos Aires en la franja etaria que va de los 35 a los 64 años. En el caso de tumor maligno de bronquios, es la segunda causa de muerte para esa misma franja etaria.

En cuanto al cáncer de pulmón, representa la tercera causa de muerte en los hombres en la franja etaria de 35 a 64 años

En el año 2013, las muertes por tumores malignos ascienden a 6.178 muertes, con una tasa de mortalidad de 2.0% por cada 1.000 habitantes, representando una distribución porcentual del 21.1%.

## V) RELEVAMIENTO

### 1) Normativa

<sup>8</sup> La mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires. Sus diferencias por grupo de edad, sexo y comuna.”- Dir. Gral. de estadísticas y Censos. Min de Hacienda. Noviembre 2011 “Anuario Estadístico. Ciudad de Buenos Aires.” Año 2012 y 2013. Dir. Gral. de estadísticas y Censos. GCBA.

En la Ciudad de Buenos Aires y en el ámbito Nacional existen Programas especiales de prevención y detección de cáncer colorrectal y de mama.

Los programas de prevención y detección de cáncer colorrectal datan en CABA desde 2007 y en Nación desde 2013.

Los programas centrales de detección precoz de cáncer de mama funcionan en CABA desde 1998, con ampliación y modificación en 2008 y en Nación desde 2013.

#### - **Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

III) Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de Riesgo.

La Ciudad de Buenos Aires desde el año 2007 cuenta con el *Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de Riesgo*. El mismo fue creado por la Resolución N° 1738/GCABA/MSGC/07. Este programa depende de la Dirección General de Redes y Programas de Salud.

Este programa carece de asignación presupuestaria. **Observación N°2**

En sus considerandos, la Resolución establece que la creación del programa responde a la necesidad de optimizar el diagnóstico y tratamiento del Cáncer Colorrectal (CCR). Indica también que las personas con antecedentes personales y/o familiares de enfermedad colorrectal, tales como enfermedades inflamatorias colónicas, adenoma vellosa, tumores colónicos y de acuerdo a los diagnósticos médicos efectuados, presentan mayor probabilidad de desarrollar cáncer de colon o recto, requiriendo un diagrama de control estricto y periódico como población de riesgo.

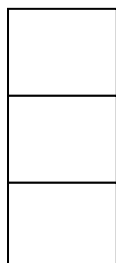
Con la creación de este programa, se procura evitar la consulta sintónica tardía, toda vez que el diagnóstico efectuado en estadíos tempranos eleva la posibilidad de curación a un 90 % de los casos.

El Art. 1º de la Resolución establece la creación del *Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de Riesgo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, dependiente del organismo fuera de nivel Coordinación Redes de Salud de la Dirección General Atención Integral de la Salud, que tendrá su sede funcional en el Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo. La Resolución menciona, que el Hospital de Gastroenterología cuenta con un registro de poliposis adenomatosa familiar, un registro de cáncer familiar y de enfermedades inflamatorias, siendo tres de los grupos de mayor riesgo. Asimismo, establece que estos registros deberían ser regionales abarcando toda la Red de la Ciudad.

Los Art. 2º, 3º y 4º indican las designaciones del personal de dicho programa.

Los objetivos generales del programa se encuentran definidos en el anexo de la resolución y son los siguientes:

- ✓ Reducir la incidencia del CCR.
- ✓ Disminuir la morbimortalidad.
- ✓ Mejorar la calidad de la atención.



- ✓ Optimizar los recursos.

Los objetivos específicos del programa son:

- ✓ Establecer y difundir normas de prevención primaria del CCR en la población.
- ✓ Instituir normas para la pesquisa en personas con riesgo elevado de acuerdo al grupo de riesgo.
- ✓ Detectar personas con riesgo y aconsejar pesquisa adecuada.
- ✓ Crear un sistema para la cobertura de la pesquisa y su calidad para toda la población de riesgo.
- ✓ Garantizar el tratamiento, control y seguimiento de las patologías diagnosticadas en la pesquisa.
- ✓ Crear un registro centralizado con evaluación y monitoreo continuo.
- ✓ Establecer un mecanismo de consulta y actualización permanente.

El Programa va dirigido tanto a la población en general como a aquellas personas que representan un grupo de riesgo:

IV) Prevención primaria: dirigida a toda la población a través del 1° nivel de atención de acuerdo a normas establecidas por la Red.

V) Pesquisa en grupos de riesgo. Criterios de inclusión:

- 1) Personas con antecedentes personales de pólipos adenomatosos o cáncer colorrectal.
- 2) Personas con antecedentes familiares de adenomas o cáncer colorrectal.
- 3) Personas con antecedentes de poliposis adenomatosa familiar u otras poliposis colónicas.
- 4) Personas con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal.

La Resolución establece además, el modo mediante el cual se llevará a cabo el programa. El mismo se encuentra dividido en 4 (cuatro) niveles. A saber:

1° Nivel del Programa: Atención primaria de la salud

- Centros de Salud
- Centros Barriales
- Médicos de cabecera
- Consultorios externos de hospitales de la Red

En este nivel se realizará:

- a) Recomendaciones de prevención primaria.
- b) Detección de personas con riesgo elevado de cáncer colorrectal.

c) Derivación de personas con riesgo al consultorio de prevención (hospital de referencia de acuerdo al área).

2° Nivel del Programa: en hospitales de la Red

- Consultorio de prevención del cáncer colorrectal (Coordinador del hospital de referencia)

Funciones:

- a) Entrevista y registro de datos.
- b) Análisis del riesgo.
- c) Recomendación de pesquisa.
- d) Derivación para estudio y tratamiento.
- e) Seguimiento.
- f) Ingreso de datos al registro central.
- g) Consulta e interacción con coordinadores de grupos de riesgo y coordinador general.

La Resolución resalta la importancia en cuanto a que el coordinador de cada hospital mantenga una interrelación fluida con las áreas de atención primaria (1° nivel), gastroenterología, endoscopía, cirugía y oncología para asegurar el éxito de la pesquisa.

3° Nivel del Programa: en hospitales de la Red

- Métodos de estudio y tratamiento: endoscopías diagnósticas y terapéuticas, test genéticos, anatomía patológica, cirugías etc.

4° Nivel del Programa: responsables de conducción:

- Coordinación de Redes de Salud.
- Coordinación General del Programa. Coordinador de la Red de Prevención del Cáncer de Colon.- Hospital de Gastroenterología.
- Coordinadores por Grupos de Riesgo.
- Enfermedad inflamatoria intestinal - Cáncer colorrectal familiar Poliposis adenomatosa familiar y otras poliposis múltiples - Pólipos Colónicos.
- Coordinador de cada hospital.

La Resolución propone desarrollar las siguientes actividades:

1. Evaluación de recursos humanos y materiales disponibles.
2. Elaborar normas de prevención primaria.
3. Establecer normas de pesquisa por grupo de riesgo.
4. Diseñar una estructura para llegar a toda la población.
5. Base de datos y registro central.
6. Controles de calidad.
7. Establecer normas ético-legales. Consentimiento informado.
8. Responsabilidad por área (coordinadores por hospital, grupos de riesgo y coordinador general).
9. Sistema de información y comunicación.
10. Supervisión y monitoreo centralizado.
11. Análisis y publicación de resultados.

## 12. Actualización permanente.

### **Observación N° 1**

VI) Programa de Detección Precoz de Cáncer Genitomamario-Cáncer de Cuello Uterino.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires funciona el Programa de Detección Precoz de Cáncer Genitomamario - Cáncer de Cuello Uterino. Fue creado por el Decreto N° 1433/98 (Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino en el ámbito de la CABA).

Mediante la Ley N° 2960/08 el Ministerio de Salud de la Ciudad extiende a toda el área de Atención Primaria la aplicación del Programa de Detección Precoz del Cáncer Génito Mamario y Enfermedades de Transmisión Sexual (PRODEGEM). Esta ley fue reglamentada por el Decreto N° 517/11.

El del Decreto reglamentario establece las condiciones en la que se debe brindar la atención ginecológica en los CeSAC's y Centros Médicos Barriales (horario de funcionamiento, recurso humano, insumos, provisión de la vacuna contra el virus del papiloma humano, ente otros).

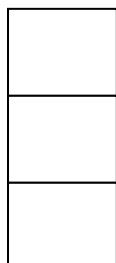
Asimismo, establece que el Ministerio de Salud coordinará y articulará el diseño y la realización de las campañas informativas para la población beneficiaria del Programa, en conjunto con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social, siendo responsable de los contenidos técnicos de las mismas. Las campañas tendrían lugar una vez cumplida la primera etapa del Programa y las subsiguientes. Se realizarían en forma periódica y progresiva acorde a la extensión del Programa. Además, se debería brindar información a través de la página web del Ministerio de Salud y de otros medios que éste determine. **Observación N° 1**

### - **Nación**

VII) Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal.

En el ámbito Nacional, por Resolución N° 2173/2013 se creó el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal, en el ámbito del INC (Instituto Nacional del Cáncer), con el objetivo de reducir la morbimortalidad por esta patología. Propone reducir la incidencia y mortalidad en el país, mediante un programa multidisciplinario en el que están comprendidas todas las áreas, con la cooperación de todos los sectores, garantizando la equidad, la accesibilidad a la salud pública y la sustentabilidad.

El Art. 2º establece las funciones del programa, las cuales consistirán en la elaboración de lineamientos programáticos y guías para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal; la implementación de un sistema integral de control de calidad en todo el cuidado continuo de esta patología; el monitoreo y evaluación del proceso de detección y tratamiento; la articulación de las diferentes etapas del cuidado del cáncer colorrectal (detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento); la elaboración e implementación de estrategias de comunicación sobre hábitos saludables





vinculados a la salud y prevención del cáncer colorrectal con un lenguaje acorde a las diferentes comunidades que componen la Nación.

El Art. 3º indica que se autoriza al INC a suscribir convenios, documentos e instrumentos que resulten necesarios para la ejecución e implementación de dicho programa, quedando facultado para realizar gestiones conducentes para el cumplimiento de las metas previstas.

En el Art. 6º se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Bs.As a adherir al Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal.

#### VIII) Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama.

A través de la Resolución N° 1813/2013 se crea el “Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama”, con el objetivo de reducir la morbimortalidad por cáncer de mama, atento que esta patología es la principal causa de muerte en la población femenina del país. Dentro de los considerandos de la resolución se resalta la importancia de la detección precoz del cáncer de mama, la cual resulta en la detección de tumores más pequeños y con mayor potencialidad de curación, requiriéndose para ello, procedimientos diagnósticos y terapéuticos eficientes y oportunos.

La ley de Ministerios otorga al Ministerio de Salud la competencia de entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social. Es por ello que este ministerio debe coordinar con las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma Buenos Aires, las acciones conducentes a la obtención de estrategias que optimicen el control del cáncer mama en el marco de programas organizados.

## 2) Estructura

### - Dirección General de Redes y Programas de Salud

Dentro de la estructura del Ministerio de Salud de la Ciudad, bajo la órbita de la Dirección General de Redes y Programas de Salud (DGRYPS) se encuentran los programas de cáncer de colon y de mama.

Esta Dirección General tiene como objetivos:

- diseñar, proponer e instrumentar la integración de los efectores del sistema de salud en redes de atención integral.
- planificar, desarrollar, coordinar y controlar los programas centrales del sistema de salud promoviendo su integración horizontal con los programas locales, en todos los niveles.
- Colaborar con la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, en la definición de necesidades de recursos en incorporación de tecnología, con la utilización del enfoque de riesgo para la definición de prioridades.

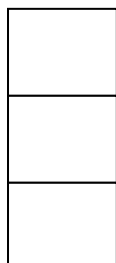
De la DGRPYS depende la Dirección de Programas Centrales y Dirección de Redes de Servicios de Salud.

#### **a) Dirección de Programas Centrales**

- Asesorar a la Dirección General y demás niveles superiores acerca del diseño, coordinación, implementación y control de los programas necesarios para la promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades y la recuperación y rehabilitación de salud en el ámbito de la CABA.
- Coordinar con el nivel nacional la articulación de programas en ejecución, o eventualmente regionales o internacionales.
- Colaborar con la Subsecretaría de Planificación Sanitaria en el desarrollo y fortalecimiento de las bases epidemiológicas y operaciones para la planificación y programación como instrumento base para la gestión.
- Colaborar en el diseño, evaluación y control de los sistemas de vigilancia de salud.
- Intervenir en el fortalecimiento e intercambio de información con otras áreas relacionadas en la materia, a fin de compartir experiencias, información y tecnología.
- Colaborar con la Subsecretaría de Planificación en el desarrollo de sistemas georeferenciados para el análisis y seguimiento de la situación de salud, en conjunto con la Agencia de Sistemas de información dependiente de la Jefatura de Gabinete de Ministros.
- Brindar información a los profesionales intervinientes en todos los niveles de los programas en curso.
- Programar, gestionar y organizar la distribución y provisión de insumos inmuno-biológicos y material descartable, priorizando las poblaciones y zonas de riesgo dentro de la CABA y promover la participación de los sectores involucrados.
- Supervisar el cumplimiento de los objetivos del “Plan ampliado de Inmunizaciones” del GCABA.

#### **b) Dirección de Redes de Servicios de Salud**

- Asistir a la Dirección General en el cumplimiento de las competencias relacionadas con la materia.
- Diseñar, instrumentar, desarrollar y conducir las redes sanitarias y evaluar el impacto en los servicios de salud de complejidad ascendente del GCABA, articulados en corredores de derivación en sus tres niveles de atención.
- Realizar y controlar las actividades operativas y logísticas, incluyendo las correspondientes al tráiler sanitario, el CE.DE.TAC (Centro Coordinador de Estudios de Alta Complejidad) y el sistema de transporte de muestras, en apoyo de las redes con concepto de riesgo.
- Promover y consolidar la integración de las redes con los programas de cada una de las regiones sanitarias.



- Intervenir en la definición de normas, planes y programas de los sistemas de adquisición y utilización de medicamentos e insumos médicos por los efectores asistenciales del Ministerio de Salud de la CABA.
- Colaborar en el asesoramiento técnico sobre seguridad, conservación, precaución y almacenaje de los productos biomédicos en las unidades asistenciales y asesorar en la formulación de las especificaciones técnicas de los productos médicos y biomédicos.
- Colaborar con las Subsecretaría de Planeamiento Sanitario, en la evaluación de la eficacia, eficiencia y riesgos de las tecnologías que se incorporan al sistema de salud.
- Articular con la Dirección de Evaluación de Tecnologías en Salud, la definición de necesidades de incorporación de recursos tecnológicos, con la aplicación del enfoque de riesgo para la determinación de su prioridad y pertinencia.
- Elaborar material de difusión y capacitación, sobre contenido, acceso, normas operativas de las redes para los efectores, los beneficiarios y la comunidad.

### 3) Aplicación de normativa, metas y actividades de nivel de Red y conducción.

Los programas de Prevención de Cáncer Colorrectal en población de riesgo y de Detección Precoz de Cáncer Genitomamario - Cáncer de cuello uterino dependen de la Dirección de Programas Centrales.

#### Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal

La DGPYRS informó las metas fijadas para el período auditado:

- Fortalecer la red entre el Hospital Durand y los CeSACs N° 22 y N° 37. Incluir un nuevo hospital con su área programática en la red.
- Difundir entre los médicos las guías programáticas.
- Aprobar e implementar los protocolos elaborados por el programa en conjunto con las comisiones de acuerdo programático y sociedades científicas.

Asimismo informó haber desarrollado las siguientes actividades:

#### Año 2012

- presentación en la Legislatura Porteña del Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de riesgo de la CABA.
- realización de un taller en el Ministerio de Salud donde se comenzó a trabajar sobre la conformación de equipos interdisciplinarios en los hospitales y la unificación de los criterios de los procedimientos, las derivaciones y los tratamientos. De este taller participaron aproximadamente 30 médicos entre gastroenterólogos, patólogos y cirujanos de los hospitales Vélez Sarsfield, Fernández, Zubizarreta,

Udaondo, Durand, Pirovano, Rivadavia, Santojanni, Muñiz, Álvarez, Penna, Clínicas y Argerich.

**Año 2013:**

- presentación de la propuesta de programa en los hospitales Ramos Mejía, Vélez Sarsfield y Durand.
- conformación de comisiones de acuerdo programáticos (Disposición N° 7/DGRYPS/2013) con referentes de las especialidades médicas involucradas en el diagnóstico y tratamiento del Cáncer Colorrectal (patología, endoscopía, cirugía oncológica y cáncer hereditario). Estas comisiones elaboraron documentos que sirvieron como base para el desarrollo de las guías programáticas, realizadas en conjunto con sociedades científicas (FAGE<sup>9</sup>, FAAED<sup>10</sup>, SAGE<sup>11</sup>, ENDIBA<sup>12</sup>, Sociedad Argentina de Coloproctología, Asociación Argentina de Cirugía, Academia Argentina de Cirugía y Sociedad Argentina de Patología).
- realización del “Taller de discusión sobre Acuerdo Programático en el marco del Programa de Prevención en grupos de Alto Riesgo de Cáncer Colorrectal” en el que participaron 40 médicos de los hospitales Ramos Mejía, Durand, Álvarez, Fernández, María Curie, Santojanni, Vélez Sarsfield, Zubizarreta, Rivadavia, Udaondo, Pirovano, Penna, y Elizalde.
- Realización de un relevamiento sobre recursos en hospitales de la CABA.
- Elaboración del plan de acción para la implementación del programa en la CABA.
- Confección de los protocolos quirúrgicos, de pedido de anatomía patológica y del informe de anatomía patológica, en conjunto con las comisiones de acuerdo programático y sociedades científicas.
- Inicio de prueba piloto de tamizaje en el Hospital Durand (en 2014 se incorporaron 2 CeSACs a la red de atención).

**Programa de Detección Precoz de Cáncer Genitomamario-PAPA-  
Cáncer de cuello uterino**

La DGRYPS informó los objetivos del programa:

- - Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino y de mama.
- - Prevenir el cáncer invasor de cuello uterino y de mama con el diagnóstico temprano.
- - Garantizar el tratamiento adecuado en el 100% de los casos diagnosticados.

Dentro de las metas fijadas para el programa se puede mencionar:

- Confeccionar una Historia Clínica específica para el programa.

<sup>9</sup> FAGE: Federación Argentina de Gastroenterología.

<sup>10</sup> FAAED: Federación Argentina de Endoscopia Digestiva.

<sup>11</sup> SAGE: Sociedad Argentina de Gastroenterología.

<sup>12</sup> ENDIBA: Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires.

- Derivar a consultorios especializados de acuerdo a patología diagnosticada.
- Establecer mecanismos de coordinación y seguimiento para los PAP con alteraciones.
- Elaborar planillas y fichas de registro de los datos de las usuarias.
- Confeccionar mensualmente la planilla de datos que debe enviarse a la Dirección General de Estadísticas de Salud del GCABA.
- Realizar visitas periódicas a los centros de atención que permitan mantener vínculos fluidos de análisis, coordinación y funcionamiento entre los integrantes del programa.
- Realizar talleres de capacitación de los equipos de salud de diferentes hospitales a los efectos de que se incorporen los criterios integrales en la consulta preventiva.
- Concientizar a la comunidad sobre los beneficios de la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino y de Mama.
- Incrementar el número de beneficiarias.

#### **4) Implementación de los programas y de prácticas de prevención en los hospitales de la Red.**

A los efectos de evaluar el acceso a las prestaciones correspondientes para la detección temprana de las patologías seleccionadas (cáncer de mama, cáncer de colon y cáncer de pulmón) se procedió a realizar un relevamiento en las áreas involucradas de los hospitales seleccionados.

##### **4.1) Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”**

###### **División Gastroenterología**

La División Gastroenterología depende del Departamento de Medicina. De ella depende la Unidad Endoscopía Gástrica.

El jefe del servicio se desempeña en el cargo desde el año 2007.

La División se encuentra organizada en sectores o Áreas de Trabajo y son los siguientes: Intestino Delgado y Enfermedades Inflamatorias; Vías Biliares y Páncreas; Esófago, Estómago y Hepatología. Cada uno de ellos cuenta con un médico a cargo.

La División presta servicios a pacientes internados (interconsultas, urgencias) y a pacientes que concurren por Consultorio Externo.

El Consultorio Externo funciona de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs por la mañana y 2 (dos) días por la tarde, martes y jueves de 13:00 a 16:00 hs.

Al servicio los pacientes concurren por demanda espontánea o con turnos programados. La demanda espontánea no tiene demora y se atiende en el día. Los turnos programados tienen una demora de 20 a 30 días.

El servicio realiza los siguientes estudios:

- Endoscopías Digestivas Altas (por ej., Esófago), los cuales requieren sólo anestesia local.
- Endoscopías Digestivas Bajas (por ej., Colonoscopia) que requieren anestesia total.
- Manometrías y Phmetrías (por ej. Reflujo gastroesofágico). A la fecha de la entrevista, estos estudios no podían realizarse debido a que el equipamiento necesario para estas prácticas se encontraba descompuesto. **Observación N°11**
- Enteroscopías. Este equipamiento se utiliza para evaluar el intestino delgado. El responsable del área manifestó que el Hospital Fernández era el único hospital público en el país que contaba con un equipo de estas características.

El jefe del servicio destacó, que la mayoría de los estudios que se realizaban en su sector requerían anestesia total, motivo por el cual se necesitaba contar con un médico anestesista casi de manera permanente. Frente a la falta de horas de anestesia para realizar los estudios, los turnos para la realización de los mismos eran otorgados en base a la disponibilidad de médico anesthesiologo. El responsable del servicio informó que la demora era de aproximadamente 2 meses. **Observación N°8**

Anteriormente, cuando el servicio no contaba con horas de anestesia, la sedación de los pacientes era realizada por los médicos del sector. Pero frente al temor de que se ocasionen problemas legales, el servicio debió interrumpir este procedimiento. **Observación N° 5**

El jefe de la División informó que de contar con un médico anestesista de manera permanente se podría triplicar el porcentaje de estudios que se realizan en el mismo. De este modo se achicaría la demora a una semana para la obtención de los turnos. **Observación N°8**

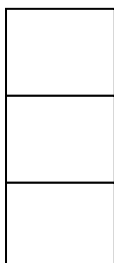
A la fecha de la entrevista, el servicio contaba con una médica anestesista que concurría al servicio tres días a la semana (lunes, martes y jueves). Cuando la profesional se toma licencia no es reemplazada por otro médico anesthesiologo. **Observación N°8**

El responsable del sector manifestó que la División cuenta con el equipamiento, el espacio físico y el recurso humano necesario para dar respuesta a la demanda. La limitante es la disponibilidad de médico anesthesiologo. **Observación N°8**

El servicio cuenta con 3 boxes preparados para la realización de endoscopías, existiendo espacio para la colocación de por lo menos otro box más.

El número de endoscopias altas que se hacen asciende a 7 a 10 prácticas diarias, ya que como se dijo anteriormente, necesitan sólo de una anestesia local. Con respecto a estos estudios no hay demora para la realización de los mismos.

Consultado el jefe del sector con referencia a los pacientes con sospecha de un posible cáncer de colon, manifestó que existen pacientes que concurren al servicio para la realización de una screening básico (prevención de patologías gástricas hereditarias). Pueden presentar o no antecedentes



familiares de cáncer colorectal, o tal vez presentan síntomas que evidencian algún trastorno. En los casos que el paciente presente sintomatología, por ej. sangrado, los 2 (dos) meses de demora para la realización del estudio podrían ser excesivos.

El responsable del área informó que había una red establecida de gastroenterología, y que sólo funcionaba de colega a colega. **Observación N°3**

Con respecto al equipamiento con que cuenta el servicio, los colonoscopios son equipamientos que ya están amortizados, tienen varios años de uso y son obsoletos. Los mismos no tienen mantenimiento preventivo y los arreglos (correctivos) son muy costosos. **Observación N°11**

A la fecha de la entrevista se encontraban en funcionamiento 3 (tres) colonoscopios. Un gastroscopio en reparación, cuyo costo supera los \$50.000.

El jefe del servicio manifestó la necesidad del ingreso de equipamiento nuevo, que presentasen mayor tecnología.

El jefe del servicio mencionó que en el año 2013 fueron convocados por el Ministerio de Salud los jefes de los servicios de Gastroenterología de los distintos hospitales de la Ciudad a los efectos de informar sobre una nueva normativa que permitiría aumentar el screening para la detección de cáncer de colon. Ello vendría acompañado con un aumento en la cantidad de horas médicas como así también compra de equipamiento y mejoras en los servicios. Cuando se hizo mención a la Dirección del hospital, la misma no estaba al tanto de esta normativa. A la fecha de la entrevista no han vuelto a ser convocados. **Observación N° 1; 2; 3 y 4**

El profesional manifestó que se ha pedido un cargo de endoscopista de urgencia para que pueda atender la demanda de pacientes que ingresan por Guardia o que están internados en el nosocomio y requieren una endoscopia de urgencia. Aún este requerimiento no ha sido solucionado. **Observación N°10**

La División Gastroenterología carece de personal administrativo, debiendo los médicos y enfermeras cubrir dichas tareas. **Observación N°9**

#### - División Ginecología

La División Ginecología depende del Departamento de Cirugía, y de ella dependen la Unidad Internación Ginecología y la Sección Patología Mamaria.

El jefe del servicio asumió en su cargo en Octubre del 2014. Anteriormente ocupaba el cargo de jefe de Unidad Internación Ginecológica.

La jefatura de la Unidad Internación Ginecología se encuentra vacante y a la espera del llamado a concurso. La jefatura de la Sección Patología Mamaria se encuentra cubierta.

El servicio cuentan además, con un Área de Trabajo: Oncología Ginecológica a cargo de un profesional del servicio.

La concurrencia al servicio se realiza por turnos programados y por demanda espontánea. Por día se atienden entre 40 a 50 consultas. El perfil de los médicos del servicio es oncológico quirúrgico (mama y pélvica).

El jefe del servicio informó que la demora para acceder a los turnos era menor a los 15 días. En los casos de urgencias la demora era menor. Asimismo, comentó que en los últimos años se produjo un aumento en la cantidad de consultas para control. Esto se produjo como consecuencia de las campañas que se realizan para la concientización de la prevención del cáncer de mama y útero.

El responsable del área informó que de las pacientes internadas, el 90% eran para cirugías programadas y, el 10% restante ingresaban por Guardia para tratamiento medicamentoso sin indicación quirúrgica.

Las consultas oncológicas son prioridad dentro del servicio.

Las pacientes que ingresan al servicio se pueden dividir en: paciente con patología benigna con tratamiento quirúrgico; paciente con patología benigna sin tratamiento quirúrgico y paciente con patología maligna con tratamiento quirúrgico.

Los pacientes oncológicos tienen prioridad para acceder a la cirugía. Una paciente con prolapso, pueden estar hasta 6 (seis) meses esperando para acceder a la cirugía.

El responsable del área informó que la demora media con la que cuenta el servicio para cirugías oncológicas es de aproximadamente 15 a 20 días. Asimismo, indicó que existía una relación de simetría entre quirófanos y camas dentro del servicio. Se realizaban entre 14 y 15 intervenciones semanales. A la fecha de la entrevista se había producido una disminución en la cantidad de cirugías como consecuencia de encontrarse quirófanos en reparación. Esta situación genera en el servicio demoras para la realización de las cirugías no oncológicas.

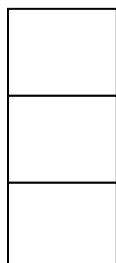
El jefe del servicio manifestó la importancia de contar con 4 o 5 turnos más de quirófano por semana para dar respuesta a la demanda.

Debido a la falta de médicos anestesiólogos, el servicio tiene una lista de 30 pacientes para cirugías ambulatorias (Sistema Proca, biopsia de endometrio).

Las pacientes que se atienden por consultorio externos cuentan con Fichas las cuales son archivadas en el servicio. Las pacientes que son internadas cuentan con Historia Clínica.

Dentro de las necesidades del servicio, el jefe del área manifestó la importancia de contar con un laparoscopio propio, dado que el que se utiliza no es del servicio y se le dificulta su uso; la reparación y adaptación de camas del área de internación; ropa blanca suficiente ya que la que se proporciona al servicio resulta insuficiente, debiendo las pacientes llevar sus propias sábanas. Sería importante también que el servicio contase con conexión a la red del hospital. **Observación N° 13**

El jefe del servicio informó acerca de la presentación de un recurso de amparo a los efectos de que se llamase a concurso para cubrir el cargo dejado vacante por un médico del servicio que había accedido a una jefatura.





- Sección Patología Mamaria

El consultorio de Patología Mamaria funciona lunes, miércoles y viernes de 8:00 a 10:30 hs.

En este sector se realizan las Punciones a Mano Alzada o Bajo Guía Ecográfica. El responsable del área informó que la demora para acceder al turno no superaba la semana.

Las Punciones a Mano Alzada se realizan cuando los nódulos son palpables y mayores a 2 cm. Principalmente esta técnica es utilizada para biopsiar aquellas lesiones sospechosas de cáncer en las que el informe sólo indicara como resultado si es positivo o negativo a células neoplásicas, no determina el tipo histológico. Estas muestras son derivadas al servicio de Anatomía Patológica para su posterior análisis. Este resultado debe ser siempre analizado en base a la triple evaluación: clínico, imagenológico y biopsia.

Las Punciones Bajo Guía Ecográfica se realizan en los casos de nódulos no palpables e inferiores a los 2 cm. Con esta práctica, se va a obtener material para el estudio histológico y citológico. Estas muestras se analizan en la Sección Patología Mamaria, dejando constancia del resultado solo en la Historia Clínica / Ficha de cada paciente.

Para estos estudios, se combina con el servicio de Diagnóstico por Imágenes para su realización.

- Sección Neumonología

La Sección Neumonología depende del Departamento de Medicina. El jefe del sector ocupa el cargo desde el año 1997.

El servicio se encuentra conformado por las siguientes Áreas de Trabajo: Broncoscopía, Consultorio Externo, Laboratorio Pulmonar e Internación. Uno o dos profesionales son responsables de cada una de ellas.

El área de internación se encarga del seguimiento de los pacientes internados que requieran la atención de Neumonología.

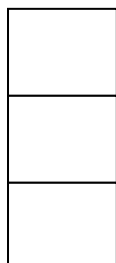
Cuenta además, con un Área Docente la cual nuclea la residencia, actividades de pregrado, postgrado y formación, y capacitación del personal del servicio.

Los pacientes pertenecientes a este servicio que necesiten ser internados lo hacen en el servicio de Clínica Médica.

Los pacientes acceden al servicio mediante dos modalidades: turno programado o demanda espontánea. El responsable del servicio informó que la cantidad de pacientes que son atendidos por día, oscila entre los 16 a 18 pacientes.

Los turnos programados son entregados por el Mesón del hospital o a través de la línea 147. Los pacientes deben concurrir 30 minutos antes al Mesón a confirmar el turno.

Para la demanda espontánea, en general, no se dan más de dos turnos. Los responsables del servicio manifestaron que los pacientes esperan desde



horas muy tempranas en la puerta del hospital, entre las 3:00 y las 4:00 de la mañana, a los efectos de conseguir un turno para ser atendidos. La disponibilidad de turnos dependerá del ausentismo de los turnos programados, el cual es muy bajo.

Los pacientes con tuberculosis son atendidos sin turno.

El servicio posee un consultorio y una sala de espera con presión negativa. Este sistema pudo ser instalado por una donación que recibió la Sección.

La sala de espera tiene una capacidad máxima de 12 pacientes. En caso de superar esta cantidad los pacientes deben esperar en la sala de espera general, siendo muchas veces pacientes con tuberculosis.

El Ministerio de Salud implementó una modificación en la modalidad para acceder a un turno en esta Sección. Deben contar con una orden de derivación de un médico clínico o neumonólogo. Este cambio se produjo 2 (dos) semanas antes de realizada la entrevista con el sector.

Los estudios para la detección del cáncer de pulmón son: Radiografía de tórax, TAC y fibrobroncoscopia

El servicio contaba con 6 (seis) fibrobronoscopios de los cuales a la fecha de la entrevista solo funcionaba uno. Estos equipos tienen una antigüedad aproximada de 20 años y fueron adquiridos por el servicio mediante donación. **Observación N°11, 12**

Los responsables del área manifestaron que durante 2 años trabajaron con 2 (dos) fibrobronoscopios. Hace aproximadamente 2 meses uno de ellos dejó de funcionar.

Con fecha 2/09/2013 fueron enviados para su reparación 2 (dos) fibrobronoscopios, pero le informaron a los responsables del servicio que no había dinero para su reparación. El presupuesto fue enviado por la empresa Concel el 01/08/14, siendo el monto de la reparación de \$4.740 más IVA.

Cabe destacar que por la antigüedad de estos equipos difícilmente cuenten con repuestos para su reparación. **Observación N° 11**

Los responsables del servicio solicitaron la compra de una torre de broncoscopia para quirófano cuyo costo sería de u\$ 41.000 y un fibrobronoscopio portátil de u\$ 14.000. La solicitud fue realizada el 16/07/2014. A la fecha de la entrevista no habían recibido ninguna respuesta a esta solicitud.

La Sección contaba con un quirófano propio para la realización de las endoscopías. El mismo había sido acondicionado con donaciones recibidas por el servicio. Contaba con presión negativa, siendo esto necesario dado el servicio atiende pacientes con tuberculosis. Hasta el año 2012, este sector realizaba endoscopías todos los días.

El quirófano arriba mencionado fue asignado al servicio de Hemodinamia, no pudiendo la Sección de Neumonología hacer uso del mismo. Desde ese momento, para la realización de las endoscopías deben solicitar turno a quirófano, debiendo ser uno con presión negativa. Se le asignó al servicio los días lunes por la mañana. En ocasiones ante la falta del

anestesiólogo deben suspender los estudios a realizarse ese día, debiendo ser reprogramados. **Observación N° 14**

Los responsables del sector informaron que para poder dar respuesta a la demanda que tiene el servicio deberían poder realizar entre 6 (seis) y 8 (ocho) endoscopías por semana.

Si surge alguna urgencia el día lunes, por contar con un solo fibrobroncoscopio el paciente debe esperar a que concluya la esterilización del mismo. **Observación N°12**

Los fibrobroncoscopios nunca tuvieron mantenimiento preventivo. **Observación N°11**

Los responsables del servicio manifestaron que al poder realizar solo 2 endoscopías por semana, se han alargado los tiempos para el diagnóstico de los pacientes. Hace 2 años, un paciente accedía a su diagnóstico entre los 15 y 30 días de haber concurrido al servicio por primera vez. A la fecha, la demora puede superar los 40 días. La demora en el tiempo hace que un cáncer de pulmón de un estadio quirúrgico pase a uno inoperable. El jefe del sector manifestó que dejaron de realizar fibrobroncoscopia sin anestesia porque surgieron complicaciones importantes en algunos pacientes. **Observación N° 5 y 8**

La Sección cuenta con un equipo de medición de volúmenes pulmonares por pletismografía<sup>13</sup> y DLCO<sup>14</sup>. Este equipo fue comprado por los profesionales del servicio con el dinero percibido por trabajos de investigación. Este equipo tiene un costo de u\$ 50.000. El mantenimiento del mismo fue abonado durante muchos años por el personal del servicio dado que el hospital no se hacía cargo de su mantenimiento. Asimismo, suelen tener dificultades para la compra de los insumos para su funcionamiento. El costo de los mismo es de aproximadamente de \$1000.

#### - División Anatomía Patológica

La División Anatomía Patológica Depende del Departamento de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento. De ella dependen las Secciones Citología y Necropsias. Cada Sección cuenta con jefe nombrado.

La jefa de la División se encuentra a cargo del sector desde el 12/08/2013 por consenso de los médicos y se encuentra a cargo del despacho por designación del CATA. (N°652 con fecha 10/9/2013). Su nombramiento es de Médica de Planta con carga horaria de 24hs.

Al momento de la entrevista no se había llamado a concurso para cubrir el cargo. **Observación N° 10**

El Área de Histopatología tiene dependencia directa del jefe de servicio. Incluye las determinaciones de inmunohistoquímica.

<sup>13</sup> Pletismografía: se utiliza para medir cambios en volumen en diferentes partes del cuerpo. Esto puede servir para revisar la sangre. Este examen se puede hacer para verificar si hay coágulos sanguíneos en los brazos y las piernas o para medir cuánto aire puede contener en sus pulmones.

<sup>14</sup> Prueba DLCO: difusión pulmonar

Los cortes histológicos por congelación (rápidos) son realizados por los médicos de histopatología y jefe de residentes, en quirófano.

La muestra ingresa por administración, donde se le otorga un número de protocolo. Se da ingreso a la muestra en un libro foliado. Allí se deja constancia de: nombre y apellido del paciente; órgano del cual se toma la muestra, médico tratante; servicio al que pertenece; si el paciente se encuentra internado o es ambulatorio; eventual retiro del taco; fecha de Macroscopía; fecha de Diagnóstico.

Todos estos datos son volcados en un Protocolo preimpreso (Pedido Estudio Histopatológico de Biopsias). La misma cuenta con los siguientes datos: hospital, fecha, N° de historia clínica, N° de taco histológico, datos personales, órgano del que se toma la muestra, proceso histotécnico (entrada de la muestra, preparado y fecha de salida de la misma, cuando ya cuenta con el diagnóstico).

La muestra comienza su estudio en Macroscopía, se indica la fecha de ingreso y el n° de protocolo oportunamente otorgado. Esta muestra es analizada por los residentes con supervisión del jefe de residentes y el médico de planta a cargo. Este proceso culmina con la obtención del taco histológico con el número de protocolo que se vuelca al Libro de Control de Ingreso al Procesador.

El Procesador Automático de Tejidos es cargado dos veces al día por el Histotécnico a cargo quien controla y visa los tacos del libro referido.

A continuación los tacos comienzan su procesamiento histológico automático.

El taco de parafina resultante se asienta en un libro de control de tacos de parafina. Se anota n° de protocolo, fecha, descripción, iniciales de Histotécnico a cargo y fecha de salida del preparado histológico.

Del taco de parafina, se realiza un corte, el cual es colocado en un vidrio (preparado histológico).

El preparado pasa al Área Microscopía donde es evaluado por un médico patólogo junto con un residente, resultando un diagnóstico final o se determinada la necesidad de realizar técnicas de inmunohistoquímica. Ese paso se anota tanto en la boleta como en el libro de inmunohistoquímica.

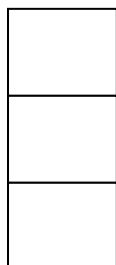
La inmunofluorecencia es de rutina en biopsias renales y biopsias de piel que la requieran.

El informe se codifica con topografía y diagnóstico, pasa a Secretaria con previo descargo de fecha diagnóstica en el libro de entrada cerrando el ciclo. Se tipea y finalmente es firmado por el médico a cargo.

La jefa del sector informó que desde que ingresa la muestra al servicio hasta que la misma sale con un diagnóstico, puede tardar entre 15 o 20 días, dependiendo del tipo de muestra y la urgencia.

En algunos casos los informes se confeccionan con la inmunohistoquímica pendiente.

Los preparados histológicos se guardan en la Histoteca y los tacos de parafina, en la Tacoteca.



Este servicio recibe derivaciones de otros hospitales. Por ej, biopsias renales y de piel para inmunofluorescencia; de hipófisis para inmunomarcación de los Hospitales Rivadavia, Pirovano, Álvarez, Durand. El IREP envía eventualmente muestras de resección quirúrgica.

Actualmente, están colaborando en líneas de investigación con CONICET /IBYME realizando un estudio sobre cáncer de mama a cargo de un ex jefe de residentes del servicio; y becas de investigación del GCBA en captura híbrida y RNA de HPV. El servicio le provee de los cortes histológicos para la búsqueda de material genético específico. A cambio reciben la información recabada en el trabajo de investigación.

En la actualidad, es requerido el análisis molecular del tejido, el cual es derivado a instituciones de Nivel 3 dentro de los que no se encuentra ningún hospital del GCBA, la derivación está a cargo del médico tratante y el paciente retira el taco histológico para el estudio.

Los requerimientos de procesamiento de tejido para que resulten los estudios moleculares requieren de procesamiento estandarizado como por ejemplo, que la muestra esté fijada de manera óptima y preferentemente con formol buffer.

La jefa del servicio se encarga del diagnóstico de muestras de neuropatología y de la rutina de los días viernes, además de las tareas que realiza como jefa de División.

El equipo informático con el que cuenta la jefa del área para trabajar fue provisto por ella. A la fecha de la entrevista se encontraba a la espera de la instalación de internet en su oficina. **Observación N° 13**

El servicio deriva estudios de Citometría de flujo al Hospital Durand. Eventualmente, algún marcador inmunohistoquímico con el que no se cuenta, a los Hospitales Rivadavia y Gutiérrez

La responsable del servicio manifestó que la red que existe entre los hospitales del GCBA es informal y funciona gracias a la comunicación entre los colegas. **Observación N°3**

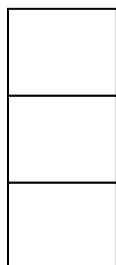
#### - Sección Citología

La punción aspirativa con aguja fina (PAAF) es un procedimiento para obtener células de la lesión detectada clínica y/o imagenológicamente, en este caso de la glándula mamaria.

La PAAF se realiza en el consultorio externo de Mastología para las lesiones palpables y en Ecografía para las lesiones no palpables. En ambos casos, la PAAF es realizada con la presencia de un patólogo entrenado en citología.

El médico citopatólogo concurre a realizar la PAAF con los elementos técnicos necesarios para evaluar el material, con un microscopio y un libro de entrada destinado exclusivamente para los estudios citológicos mamarios que se realizan a todas las pacientes que fueron citadas previamente por el médico mastólogo.

En este libro, el médico citopatólogo, registra los siguientes ítems:



- Número consecutivo de registro del estudio citológico para cada paciente.
- Apellido y Nombre de la paciente.
- Edad.
- Número de ficha de mastología.
- Localización.
- Características clínicas y radiológicas/ecográficas de la lesión en estudio.
- Descripción macroscópica cuando el caso lo requiere. (Ejemplo: quistes)
- Descripción microscópica: una vez coloreados todos los extendidos en el sector de Citología, se describe lo observado en los extendidos.
- Diagnóstico final.

Durante el procedimiento de la PAAF, el citopatólogo realiza los extendidos con el material obtenido y los colorea con Azul de Toluidina para evaluar la calidad y cantidad de la muestra. Este control inmediato reduce el número de materiales insuficientes, disminuye los falsos negativos y en muchos casos permite efectuar un diagnóstico preliminar.

En el momento de la punción el médico mastólogo escribe en la ficha de cada paciente, la fecha de realización de la punción, el número del estudio citológico y posteriormente el diagnóstico citológico final.

La responsable del área manifestó que a los efectos de mejorar el registro de las pacientes, sería conveniente implementar la ficha computarizada para cada paciente que actúe en red entre los servicios hospitalarios.

#### - División Laboratorio Análisis Clínicos

La División Laboratorio depende del Departamento de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento. De ella dependen las Secciones: Bioquímica, Microbiología y Hematología. Todas las secciones cuentan con jefe nombrado.

El jefe de la División ocupa el cargo desde el año 2007.

El servicio funciona de lunes a viernes de 7:00 a 19:00 hs.

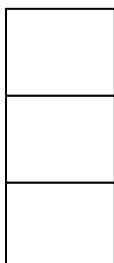
El laboratorio funciona mediante turnos programados y turnos espontáneos.

Las personas que concurren diariamente al servicio, asisten con turnos programados o en forma espontánea. Son atendidos, aproximadamente 100 pacientes con turnos programados y 120 con turnos espontáneos.

Los pacientes oncológicos que concurren al servicio para la realización de los exámenes de rutina y marcadores básicos, asisten en forma directa ya que cuentan con una ventanilla de uso exclusivo (N° 2) dentro del Mesón del Laboratorio. Los exámenes para los pacientes oncológicos cuentan con una demora de aproximadamente 2 a 3 hs. Concurren a las 8:00 hs y a las 11:00 hs los resultados están a disposición del paciente.

Los resultados para marcadores oncológicos presentan una demora de 24 a 48 hs.

Para los pacientes de urgencia ambulatorios y los pacientes HIV positivos, el circuito para la realización de los estudios de laboratorio es el mismo circuito que el detallado para pacientes oncológicos.



El personal administrativo se encuentra en el turno matutino, dificultando ello la atención vespertina de los pacientes. No cuenta con personal para entregar turnos, dar indicaciones y entregar informes. **Observación N° 9**

Con respecto a las extracciones que se realizan en los CeSAC's, los resultados de los estudios son ingresados al sistema y así, pueden ser consultadas e impresas en cada uno de los centros.

El servicio cuenta con un sistema informático, el cual se halla conectado en red con algunos servicios del hospital, como ser Cardiología, Neonatología, Infectología, entre otras.

El jefe del servicio participa de la Red de Laboratorio. Las reuniones tienen lugar el primer miércoles de cada mes, en el Hospital Rivadavia. El responsable del área mencionó que uno de los inconvenientes que posee la Red, es que solo se cuenta con un móvil para realizar todo el circuito de derivación de muestras. En caso de necesitar de los servicios del móvil, deben comunicarse antes de las 8:00 hs para asegurarse que pasen a retirar la muestra.

El servicio realiza pocas derivaciones, solo estudios específicos que se realizan en el Hospital Muñiz o en el Instituto Malbrán, como ser estudios de varicela o parvovirus.

Hasta el año pasado derivaban muestras para el dosaje de Vitamina K. Desde el 2014, esta determinación se realiza en el hospital.

Reciben derivaciones de distintos hospitales, por ej., para la determinación de ácidos biliares para embarazadas.

A la fecha de la entrevista, el servicio estaba realizando el dosaje de marcadores de hepatitis para el IREP, dado que el Instituto tenía el equipo descompuesto.

El jefe del sector informó que, en general, las derivaciones que recibían eran por falta de reactivos o por encontrarse fuera de servicio algún equipo.

La Coordinadora de la Red de Laboratorio, creó un programa que puede ser consultado por internet por los distintos hospitales con el fin de visualizar las determinaciones que realiza cada efector. Así mismo, si algún efector por falta de reactivos o por desperfecto en algún equipo dejase de realizar alguna determinación, el programa le permite tildar la misma. De esta manera, los integrantes de la Red toman conocimiento de qué determinaciones se están realizando.

Las licitaciones para la compra de insumos son bianuales. El jefe del área manifestó no tener problemas con el stock de insumos.

#### - División Diagnóstico por Imágenes

La División depende del Departamento de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento. De ella depende la Unidad Diagnósticos Radiológicos

La jefa de la División se encuentra a cargo de la jefatura desde agosto del 2010 haciéndose efectivo su nombramiento en octubre del 2011.

La Unidad Diagnósticos Radiológicos fue creada por Decreto N°350/2012. El jefe de la misma se encuentra a cargo de la jefatura desde julio

del 2013 y a la fecha de la entrevista se encontraba a la espera de su nombramiento.

El servicio se encuentra dividido en Áreas de Trabajo. La jefa del sector mencionó que esta división se había realizado para un mejor funcionamiento interno del servicio. Las áreas de trabajo son las siguientes:

- Mamografía
- Ecografía
- Tomografía Computada
- Radiología y Seriografía

Todas las áreas de trabajo son supervisadas por el jefe de Unidad.

La jefa del servicio manifestó que a pesar de haberse creado la Unidad Diagnósticos Radiológicos en la modificación estructural del año 2012, la estructura orgánica del servicio necesitaría ampliarse en jefaturas de Sección.

Dentro del plantel de Técnicos Radiólogos cuentan con un coordinador.

Las prestaciones radiológicas son a demanda, es decir, no se dan turnos a las personas que concurren al mismo. Solo se le otorga un turno para estudios que lleven preparación previa (urograma excretor, SEGD<sup>15</sup> y CXE<sup>16</sup>) informándole cómo y de qué consta la preparación de los mismos.

El área de Radiología funciona de lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 hs dividido en 2 franjas horarias. Cuenta con 3 técnicos radiólogos de Guardia de lunes a domingo. Ellos se desempeñan en la Guardia B, en Emergentología y en áreas cerradas (Internación, UTI, Unidad Coronaria, Neonatología, entre otras).

La responsable del sector manifestó que al no existir la figura de Técnico Radiólogo de Guardia la necesidad de Técnicos se cubre con horas trabajadas a contra turno de su planta.

Los quirófanos están cubiertos con 3 (tres) Técnicos en el turno mañana y 2 (dos) en el turno tarde.

La jefa del servicio manifestó que la informatización de la División estaba en período de concretarse.

Informó además, que no sufrieron falta de insumos.

La médica a cargo del área de Mamografía participa además, del Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama.

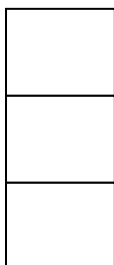
Es la encargada de fiscalizar los turnos para los estudios teniendo en cuenta el diagnóstico del paciente. El mismo llega al servicio y se evalúa el informe de Patología Mamaria y se decide el grado de prioridad para otorgar el turno. Cabe destacar que la demora para un turno para screening es de 7 a 10 días.

Si la paciente necesitase complementar el estudio con una ecografía mamaria, el servicio realiza el estudio el mismo día o cita a la paciente para realizarlo. A la paciente se le realiza un estudio completo a fin de llegar al diagnóstico.

El área de mamografía cuenta con 2 (dos) mamógrafos, uno se encuentra fuera de servicio por tener el tubo quemado. Al momento de la

<sup>15</sup>SEGD: Serie esófago gastro duodenal.

<sup>16</sup>CXE: colon por enema.





entrevista, se encontraba a la espera de la aprobación del presupuesto para su reparación. Este equipo tiene una antigüedad de 20 años. El equipo restante con esterotaxia, tiene una antigüedad de 5 años. **Observación N° 11**

La División no cuenta con mamógrafo digital directo. Los equipos con que se cuenta son analógicos, para los cuales no se consiguen los químicos específicos debiendo adaptar los químicos de los equipos de RX convencionales.

La responsable del área informó que un mamógrafo digital aceleraría los tiempos del estudio y facilitaría el diagnóstico e informe del mismo. Asimismo, utilizaría menos placas y no generaría residuos líquidos peligrosos.

El área de Ecografía cuenta con dos equipos: Ecógrafo Esaote My Lab que se utiliza para la realización de ecografías de consultorio externo y Ecógrafo Nemio XG para las ecografías de urgencia y estudios Doppler color.

Estos equipos se encuentran ubicados en boxes separados. La jefa del servicio manifestó que existiría espacio físico para un tercer equipo.

El servicio de Terapia Intensiva cuenta con ecógrafo Gaia 8800 (año 1999) que si bien pertenece al Servicio de Diagnóstico por Imágenes se trasladó a Terapia en carácter de préstamo. Actualmente el mismo funciona con importantes deficiencias por lo que se reemplazó por un ecógrafo portátil Midray DP 6600 (año 2012) propiedad del servicio de Guardia del hospital que lo cede para las prestaciones de pacientes internados en Terapia y que son realizadas por un profesional del área de Diagnóstico por Imágenes.

El servicio de Neonatología cuenta con ecógrafo propio cuyas prestaciones son efectuadas también por profesional de Diagnóstico por Imágenes.

Los Ecografistas son médicos especialistas en Diagnóstico por Imágenes con nombramientos de planta, habilitándose turnos programados en turnos mañana, tarde y vespertino, y urgencias de guardia activa las 24 hs de lunes a domingos.

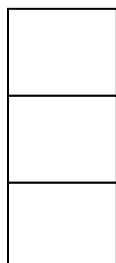
Los estudios doppler tardan aproximadamente 50 minutos y son realizados por dos profesionales del servicio.

Los turnos de Consultorio Externo son programados hasta 30 días y con demanda espontánea dentro de 1 a 10 días, según sistema de códigos implementados por el servicio, el mismo sirve como herramienta al administrativo para determinar el grado de urgencia, teniendo en cuenta el diagnóstico realizado por el profesional que solicita la prestación.

Los turnos de doppler tienen demora de aproximadamente 60 a 90 días dada la gran demanda de pacientes propios y derivados de otros hospitales. Actualmente a fin de reducir el tiempo de espera, la responsable de la División implementó la capacitación del Jefe de Residentes (que es médica especialista en Diagnóstico por Imágenes) para la realización de estos estudios.

Como proyecto se están formando equipos multidisciplinarios para la realización de ecografías especializadas en reumatología y mamarias previa lectura radiológica.

El área de Tomografía Computada realiza: tomografías convencionales, con y sin contraste y estudios especiales como Angio TC y Flebo TC,



NeumoTC, EnteroTC, Colonoscopia virtual y endoscopias virtuales de la vía aérea.

Mediante diferentes herramientas como Mip y Minip pueden visualizarse pequeños nódulos y aéreas de enfisema lo cual permite una detección precoz del cáncer de pulmón. Para nódulos mayores a los 8 mm es posible realizar el protocolo para la evaluación del NPS (nódulo pulmonar solitario) con el cual se puede inferir se trate de nódulo sospechoso de malignidad o bien inflamatorio con valor predictivo negativo similar al PET.

La demora para acceder al turno en pacientes ambulatorios es de una semana. En pacientes internados o de urgencia el estudio se realiza en el día.

Con el equipo tomógrafo computado multidetector con el que cuenta la División, la duración promedio para la adquisición de la imagen es de 15 segundos.

Los informes de los estudios de urgencias (guardias e internados) se entregan en el día y de los estudios programados dentro de las 72 horas.

Los informes de tomografía, estudios contrastados (seriógrafo) y ecografías se entregan impresos. Los de mamografía y placas de RX se entregan manuscritos hasta tanto se adquieran dos impresoras para tal fin.

### **Observación N° 13**

#### **4.2) Hospital General de Agudos “Donación Francisco Santojanni”.**

##### **Unidad Gastroenterología**

La Unidad Gastroenterología depende del Departamento de Medicina. De ella depende la Sección de Endoscopia Digestiva.

El jefe de la Unidad cuenta con el nombramiento desde el año 2006 por el cargo de Jefe de, en aquel momento, Sección Gastroenterología y Endoscopia. Con la modificación de estructura producida por el Decreto N° 348/2012, la Sección pasó a ser Unidad de Gastroenterología, continuando él en la jefatura de la misma. Este cambio se produjo durante el año 2014.

Dentro de las funciones del servicio se puede destacar la atención clínica y endoscópica de los pacientes que consultan en el sector y la actividad docente de pregrado y posgrado.

El servicio funciona los días martes, miércoles, jueves y viernes de 8:00 a 17:00 hs. Los días lunes hasta las 13:00 hs. La Unidad cuenta con una Médica Hepatóloga que se encuentra hasta las 16:00hs.

El peine donde se encuentra localizada la Unidad, dispone de 2 (dos) administrativos para el Turno Mañana. Allí funcionan:

- 4 (cuatro) Consultorios de Gastroenterología (uno compartido)
- Ecocardiograma
- Hipertensión
- Ergometría
- Infectología
- Fonoaudiología
- Gastroenterología Pediátrica

Los pacientes ingresan al servicio mediante turnos programados, demanda espontánea o derivación. La Unidad no otorga turnos en forma directa.

Los turnos programados son otorgados por el Mesón del hospital. El jefe del servicio desconoce si también se otorgan turnos por la línea 147.

La demanda espontánea está dada por los pacientes derivados de otros servicios para consultas urgentes o que requieren cierta urgencia en su atención.

El jefe del servicio informó que, en general se otorgan 16 turnos para la atención de pacientes por cada médico. Ellos incluyen los turnos programados, los de demanda espontánea y también los pacientes espontáneos secundarios sin turno.

El servicio dispone de 4 (cuatro) Consultorios Externos (uno compartido con Infectología). En Consultorio Externo reciben al paciente y lo derivan para estudios.

Los estudios que se realizan en el servicio son: endoscopías altas y bajas, y endoscopia de vía biliar.

Del total de colonoscopías que se realizan en el sector, el responsable del área informó que aproximadamente un 30% se realiza sin anestesia. Los turnos se dan en forma programada a excepción de las urgencias. Se realizan 7 (siete) Videocolonoscopías (VCC) con anestesia por semana. Sin anestesia varía de acuerdo a la demanda propia y de otros servicios.

La programación de los estudios con anestesia se encuentra condicionada por la presencia/ausencia de médico anestesiólogo. La última semana de cada mes el Jefe de Quirófano con el servicio de anestesia definen las horas de anestesiólogos disponibles del mes. En función de eso distribuyen las horas a los servicios, entre ellos a la Unidad de Gastroenterología. En verano la cantidad de horas de anestesia disponibles suele ser menor, motivo por el cual la agenda de turnos para estudios del servicio se cierra en el mes de diciembre y se suspenden los turnos hasta fines de enero. **Observación N° 5; 8**

Las VCC con anestesia se realizan los días lunes o miércoles. El jefe del servicio manifestó que en muchas oportunidades los turnos deben reprogramarse por licencia del anestesiólogo o por días feriados. Si eso ocurre esas horas de anestesia en general no se reponen. A la fecha de la entrevista se estaban otorgando turnos para dentro de 2 ó 3 meses. La duración del estudio es de aproximadamente 45 minutos. **Observación N° 8**

Cuando se requiere realizar una VCC y ante la falta de disponibilidad de horas de anestesia, los médicos de la Unidad deben definir las prioridades en la asignación de turno para su realización. Por ej. paciente que llega al servicio con un diagnóstico de cáncer de colon, la realización de estudios endoscópicos se realiza entre 1 (una) y 3 (tres) semanas dependiendo de la disponibilidad de horas de anestesia. Eso implica un corrimiento de turnos. Para los pacientes que acceden a realizarse la VCC sin anestesia no hay demora.

Finalizado el estudio, se le entrega al paciente el informe impreso.

Si se procedió a la toma de muestra, el paciente deberá esperar el tiempo que demanda el estudio anatomopatológico. La muestra es entregada por la enfermera en el servicio de Anatomía Patológica. Los informes son retirados por personal de la Unidad Gastroenterología y son los encargados de citar a los pacientes. Por lo general, se cita a los pacientes los días viernes por la mañana. Los protocolos los archivan por nombre y apellido del paciente.

En el Libro de Estudios del servicio se anotan los pacientes a los que se realizan la VCC. Por paciente se registra diagnóstico con el que fue derivado y fecha. No se identifica el médico que atendió al paciente. Hay pacientes que son derivados a Gastroenterología desde otros servicios. La Unidad de Gastroenterología envía la muestra a Anatomía Patológica para hacer estudio pero al no ser el paciente del servicio no tiene historia clínica ni ficha del mismo. Según informó el jefe del sector, de los pacientes que concurren al servicio para realizarse una VCC, la mitad solo lo hace para realizarse el estudio no siendo pacientes del servicio.

El espacio físico donde se realizan las VCC está conformado por 2 (dos) camillas cada uno. En el mismo espacio en que se realizan las videocolonoscopías se encuentran escritorios, armarios, ficheros, se lavan los equipos y también se realizan los informes. **Observación N°15**

El jefe de la Unidad manifestó que el diagnóstico precoz para cáncer de colon debe realizarse con un screening, el cual debería realizarse desde los consultorios generalistas de atención primaria, en clínica médica. No debería depender de los gastroenterólogos. Asimismo, comentó que para llevar a cabo un screening en la población el recurso que se necesita es muy importante. En la Unidad se hace screening a pacientes de alto riesgo que llegan al servicio.

El responsable del sector manifestó que la Unidad cuenta con el equipamiento y el recurso humano necesario para dar respuesta a la demanda. La limitante es la disponibilidad de horas de anestesia. **Observación N°8**

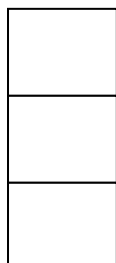
Manifestó además, que desconocía el tiempo de demora para acceder al turno de Consultorio Externo ya que ellos no entregan los mismos. Desde la consulta a la realización del estudio, la demora dependerá de la urgencia del caso, entre una semana y 3 (tres) meses.

Los registros utilizados en el sector son:

- Ficha de Historia Clínica (consultorio)
- Libro de Registro Endoscópico con datos del paciente, tipo de endoscopia (alta, colonoendoscopia); diagnóstico, fecha e informe. No se deja registro de las prácticas realizadas con y sin anestesia ni cuando se suspenden por falta de médico anestesista. **Observación N° 16**
- Los anesthesiologos llevan otro libro con datos de su competencia.

El jefe del servicio informó que no participa de reuniones de Red o de MSGCABA, con CeSACs, o con otros hospitales. Asimismo, la relación con otros hospitales no se encuentra articulada. Reciben pacientes derivados de varios hospitales principalmente del Hospital Vélez Sarsfield. Como registro de ello, se guarda la boleta de derivación en el servicio. **Observación N° 3; 4**

Con respecto al espacio físico que ocupa la Unidad, el responsable del área informó que el servicio necesitaba más espacio físico (consultorios)



principalmente en el horario de la mañana. Por la tarde, hay más disponibilidad de consultorios pero hay menos administrativos lo cual dificulta el trabajo de los profesionales. **Observación N° 15**

Los libros de prácticas son archivados en la oficina del jefe de la Unidad atento que el Archivo Central del hospital carece de espacio. Asimismo, por falta de espacio para la guarda de Fichas de Consultorios Externos en el mencionado archivo y dado que cada vez que el paciente concurría al servicio se presentaba con una Ficha nueva, el sector implementó una Ficha propia donde queda registrado el historial médico del paciente en el servicio de Gastroenterología. Estas fichas son archivadas en cajas acondicionadas por los propios médicos. Esta modalidad es aplicada por 2 (dos) profesionales del sector, los 3 (tres) restantes envían las fichas al Archivo Central. **Observación N°7 y 7.1b**

El jefe del servicio informó que contaban con un (1) cargo de Médico de planta cuyo llamado a concurso se encontraba pendiente. Fue solicitada la apertura del concurso pero aún sigue pendiente. **Observación N°10**

El servicio contaba con un Médico de planta que hace 3 años no se desempeña en el servicio 3 años por haber sido cesanteado. El jefe del área desconoce si administrativamente lo tiene a su cargo en la partida presupuestaria.

Con referencia al personal de enfermería, hasta el año 2012 contaban con 3 (tres) enfermeras, año en el que una de ellas se jubiló. Este cargo no fue cubierto. **Observación N°10**

En el turno vespertino se desempeña uno de los especialistas del servicio y, los días martes una Médica Hepatóloga.

Ante la necesidad de mantenimiento del equipamiento, se solicita el mismo al Área de Recursos Físicos del hospital y se derivan los equipos al representante oficial de la marca. Los equipos más antiguos carecen de reparación por falta de repuestos. **Observación N°11**

El jefe del sector manifestó que en el año 2013 se cursó una solicitud de compra de equipamiento, estando la misma en proceso de confección en Recursos Físicos del hospital. Fue solicitada la compra de un aparato para endoscopia y uno para ecoendoscopia.

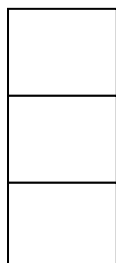
Los 3 (tres) videoendoscopios se utilizan para endoscopías altas, bajas y de vías biliares.

Carecen de computadoras que pertenezcan al patrimonio hospitalario. No hay servicio de inter ni de intranet. **Observación N°13**

Las 2 (dos) impresoras con las que cuentan fueron donadas por la Cooperadora del hospital.

El responsable del área manifestó que era primordial contar con recurso humano en anestesia para disminuir la demora en el tiempo de turnos endoscópicos. Para ello, serían necesarios 3 días de anestesia; como así también recurso técnico adecuado. **Observación N°8**

Con referencia al Programa de Prevención de Cáncer Colorectal en Población de Riesgo (Resolución N°1738/GCBA/MSGC/07) se consultó al jefe de la Unidad sobre su participación en las actividades desarrolladas durante los



años 2012 y 2013. Consultado sobre su participación al taller realizado en el Ministerio de Salud donde se trabajó en la unificación de criterios, comentó que había concurrido un representante del servicio. Según manifestó el jefe del sector, se realizaron una o dos reuniones en dos meses y nunca más fue convocado. **Observación N°1; 4**

Con referencia a si habían recibido planillas sobre requerimientos de recursos físicos, equipamiento y RRHH, comentó que se había conversado sobre la implementación de un plan de screening para la población de riesgo medio y elevado. El responsable del servicio informó que no cuenta con Acta o documentación formal de las reuniones. Desconoce la creación de 5 (cinco) Comisiones (Disp. 7/DGRYPS/2013) durante el año 2013. Tampoco está al tanto de las siguientes actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud: elaboración de documentos como base de Guía programáticas, taller de Discusión sobre Acuerdo Programático en el marco del programa de prevención en grupos de alto riesgo de cáncer colorectal, como así tampoco tener conocimiento sobre protocolos quirúrgicos, de pedidos de anatomía patológica y del informe de Anatomía Patológica. **Observación N°1; 2; 3 y 4**

- División Ginecología

La División depende del Departamento de Cirugía.

De ella dependen las Unidades de Internación Ginecológica I y II. Ambas Unidades presentan su jefatura vacante. La Unidad Internación Ginecológica II estaba a cargo del actual jefe de División. **Observación N° 10**

El jefe de División se encuentra ocupando el cargo desde el 1/8/2014 a la espera de su nombramiento formal.

Por fuera del organigrama, están conformadas las siguientes Áreas de Trabajo: Mastología, Patología Cervical, Uroginecología, Infanto Juvenil, Procreación Responsable, Climaterio, Endocrinología y Oncología Ginecológica.

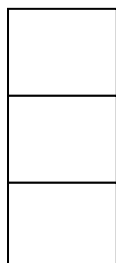
El servicio funciona desde las 7:30 hasta las 14:30 hs. Hasta las 16:00 hs continúan en funciones los Residentes.

El jefe del servicio manifestó que se encontraba abocado a introducir otros cambios destinados a optimizar el servicio, enfocándose primordialmente en la fase de prevención de las patologías relacionadas con la especialidad: cáncer de mama y cáncer de cérvix.

La creación de un Consultorio de Alto Riesgo de Cáncer de Mama tiene como objetivo la prevención de la patología en pacientes con antecedentes familiares de la enfermedad, buscando la detección temprana y minimizando los riesgos inherentes.

La División no cuenta con Ginecología de guardia. Los Residentes controlan a las pacientes durante el turno tarde hasta la finalización de su horario.

El jefe del servicio manifestó que desde el año 2012 hubo una disminución en el número de cirugías que se realizaban debido a las dificultades con los turnos de anestesia.



Los pacientes ingresan al servicio por los Consultorios Externos, tanto con turno programado como por demanda espontánea.

Se otorgan entre 80 y 90 turnos por semana. Los turnos por demanda espontánea se otorgan ante una patología inminente, y a ellos se suman los pacientes enviados por el servicio de Diagnóstico por Imágenes ante la sospecha de una patología.

Los turnos programados son otorgados en los Consultorios Externos generales del hospital. Para Patología Mamaria funcionan 2 (dos) consultorios, los días lunes y viernes. Atiende un promedio de 25 pacientes por día. Según informó el responsable del sector, la demora para acceder al turno es de aproximadamente 2 (dos) meses.

Los estudios de rutina que realiza el servicio son: examen clínico, mamografía y ecografía. En cuanto a los dos últimos, la División confecciona la orden para ser ejecutada por el servicio de Diagnóstico por Imágenes. Le indican a los pacientes que, cuando obtengan el resultado concurren directamente al servicio.

El responsable del área informó que se documenta formalmente el ingreso de las pacientes con turnos programados, pero existe un subregistro de aquellos pacientes que son atendidos sin turno programado (urgencias o seguimientos del postoperatorio).

Para los casos de sospecha de cáncer de mama, las pacientes concurren a los consultorios de Mama. Funcionan los días lunes en el horario vespertino y los días viernes por la mañana.

En aquellos casos que los profesionales del servicio determinen la urgencia en la realización de biopsias percutáneas ambulatorias, son ellos los encargados de citar a la paciente asignando un sobretorno.

Los días martes o miércoles por la mañana, se realizan las biopsias en el Consultorio Interno de la Sala. Las muestras son transportadas, en general por un Residente al servicio de Anatomía Patológica. Según sea el resultado de la misma se define la vía quirúrgica o el tratamiento de quimioterapia que corresponda. El servicio realiza biopsias percutáneas ambulatorias cuando el tumor mide más de 2 cm y, en algunos casos bajo guía ecográfica si la lesión se ve por esta metodología. El jefe del servicio informó que no se podía implementar todavía la biopsia por punción bajo guía mamográfica.

La muestra de la biopsia percutánea es enviada a Anatomía Patológica y el resultado se obtiene a las 3 (tres) semanas de tomada la muestra. El resultado del estudio es entregado por los médicos al paciente. Las biopsias son archivadas en el servicio.

El servicio dispone de un Libro de Registro de las Punciones realizadas. En él se deja registro de las mismas con los datos de las pacientes y sus resultados. Asimismo, se deja constancia del resultado del estudio en la Historia Clínica o Ficha de Consultorio Externo.

En muchos casos de tumores palpables se hace el diagnóstico intraoperatorio con biopsia por congelación.

El responsable del servicio informó que las pacientes con cáncer de mama que concurren al sector podían dividirse en 2 grupos principales:

a) paciente con estadíos iniciales de cáncer de mama cuyo primer tratamiento es quirúrgico. En estos casos los médicos tratantes confeccionan la Ficha de uso interno del servicio (Consultorio 29), donde consta el día en que se abre la ficha y se detalla secuencialmente todas las instancias preoperatorias (solicitud de estudios prequirúrgicos, opción de biopsia percutánea ambulatoria o intraoperatoria por congelación), operatorias y otras opciones de tratamiento postoperatorios.

Si de los estudios realizados se concluye que la primera opción terapéutica es la quirúrgica, se indican los estudios prequirúrgicos de rutina (laboratorio, radiografía de tórax, electrocardiograma). Cuando la paciente ha completado este circuito, cuya duración depende de los turnos que le hayan sido asignados por los distintos servicios, vuelve con los resultados y el equipo evalúa sus condiciones quirúrgicas y entonces se solicita turno de cirugía a través de la Hoja de Derivación Quirúrgica.

b) El otro grupo está representado por pacientes con tumores avanzados. Estos pacientes, en muchas oportunidades, nunca habían realizado una consulta. En estos casos no siempre se apela a la cirugía como primera instancia, cuando así sucede se necesita el concurso de Oncología, Mastología, Cirugía Plástica y secuencia de tratamiento según sea necesario. Se abre la Ficha de consultorio, se realiza la biopsia ambulatoria, los estudios prequirúrgicos y estudios de extensión para la detección de metástasis: Centellograma Óseo, Tomografía de Abdomen y Pelvis, Tomografía Cerebral y Ecografía Abdominal.

Salvo el Centellograma, todos los demás se pueden realizar en el hospital y los turnos dependerán de la disponibilidad en el servicio de Diagnóstico por Imágenes.

Para la realización del centellograma se deriva al paciente a los hospitales Fernández, Curie, Durand y Álvarez.

En el caso de ser necesaria una Resonancia Magnética Nuclear, también se debe derivar al paciente.

Con referencia a los turnos para cirugía, el jefe del servicio manifestó que la División de Ginecología atiende todas las patologías inherentes a la especialidad.

A principios de cada mes reciben los días que tienen quirófanos asignados y ese día pueden realizar hasta 2 (dos) cirugías, lo que completa un total de 8 o 9 por mes. El responsable del sector informó que, esta cantidad de cirugías mensual era insuficiente para dar respuesta a la demanda del servicio. Representaba solo un 25% del total de las cirugías a ser efectuadas.

Llevan una lista de demora de turnos quirúrgicos, que elevan al Jefe de Departamento Cirugía.

Por otra parte se presenta el problema de camas disponibles, que en ocasiones están ocupadas por otros servicios como Cirugía u Obstetricia. En ocasiones, los estudios prequirúrgicos pierden validez por la demora para acceder a una cama en el área de Internación Ginecología.



Después de realizada la cirugía se realiza el seguimiento con sobretornos. Todas las pacientes con cáncer de mama confirmados son derivadas también al Servicio de Oncología.

El seguimiento posterior del paciente lo realiza Patología Mamaria y Oncología conjuntamente.

El jefe del servicio informó que no participa de Red alguna. Tiene conocimiento de la existencia de un programa del MSGCABA desde donde se solicitan datos, pero al carecer de personal administrativo les resulta imposible participar. **Observación N°3; 9**

Reciben pacientes derivados de otros hospitales por ser el jefe del área un referente en la materia.

En cuanto al equipamiento el servicio cuenta con una pistola con aguja para la realización de las punciones sin mantenimiento preventivo ni correctivo. Los Colposcopio, histeroscopia, laparoscopia disponibles requieren mantenimiento y renovación. **Observación N°11**

#### - Sección Neumonología

La Sección Neumonología depende del Departamento de Medicina. La fecha de ocupación del cargo por parte del jefe del servicio se desconoce dado que este punto no fue respondido por el hospital.

Dentro de las tareas que realiza el servicio se puede destacar: Atención de Consultorios Externos, Cesación Tabáquica; Rehabilitación Respiratoria; Interconsultas de pacientes institucionalizados; Espiometrías; Oximetrías; Gases en sangre; Entrenamiento en Técnicas Inhalatorias; Test de caminata de los 6 minutos; Fibrobronoscopías; Intubación de Pacientes con VAD<sup>17</sup>; Ateneos Neumonológicos de casos clínicos; Ateneos bibliográficos; Ateneos Oncológicos (con el servicio de Oncología); Ateneos de Epicrisis; Ateneos multidisciplinarios; Realización y Actualización de normas de patologías prevalentes.

Los pacientes acceden al servicio mediante dos modalidades: turno programado o demanda espontánea. Para turnos programados el servicio de Estadísticas otorga 43 turnos por semana. El responsable de la Sección informó que además, entregan turnos por agenda personal pero no fue especificada la cantidad. Solo hizo mención a que se otorgaban... *“en relación a patología y necesidad”*. Asimismo, la respuesta a la cantidad de pacientes atendidos por demanda espontánea fue... *“de acuerdo a la necesidad”*.

El jefe del servicio informó que la demora para acceder al turno no superaba el mes, dado que los pacientes sin turno, y si lo ameritaban, se atendían por agenda personal.

Los pacientes con TBC; embarazadas con asma bronquial; asmáticos y EPOC en crisis resueltos en guardia; tumores de pulmón; IRC<sup>18</sup> con requerimiento de oxígeno permanente y hemoptisis, son atendidos de manera inmediata.

<sup>17</sup> VAD: Vía Aérea dificultosa.

<sup>18</sup> IRC: Insuficiencia Respiratoria Crónica.

Consultado sobre los estudios que se realizan en el servicio para el diagnóstico de cáncer de pulmón, informó que las fibrobronoscopías en general se hacían con anestesia tópica y excepcionalmente requerían anestesia general, sin especificar como se llevaba a cabo en su Sección.

Las muestras que deben ser analizadas por el servicio de Anatomía Patológica son entregadas por profesionales del servicio. Asimismo, los informes son retirados por personal de la Sección.

El servicio cuenta con los siguientes registros: HC propia, Libro alfabético de pacientes, Registro sobre Calidad de Vida de St. George para pacientes con Enfermedad Crónica Respiratoria, Consentimiento Informado del Test de Caminata 6 minutos, solicitud de FBC, Control de TBC.

El responsable del área informó que dado que las historias clínicas de Consultorios Externos del Archivo Central se extraviaban o estaban incompletas, el servicio contaba con HC propia.

Asimismo manifestó que el servicio carece de personal administrativo para la confección de las historias clínicas del servicio y su archivo.

#### **Observación N°9**

El servicio de Neumonología durante el período auditado<sup>19</sup> sólo realizó 4 (cuatro) FBC. Consultado el jefe del servicio acerca de las dificultades para la realización de esta práctica, envió copia de las notas presentadas desde el año 2000.

En el año 2000 el jefe del servicio de Neumonología informó al jefe de Clínica Médica que no se estaban efectuando FBC programadas por falta de espacio físico para la realización del estudio y para la ubicación del equipo. Se efectuaban en quirófano central pero presentaba dificultades operativas, de programación y tiempo. Solicitaba además, una enfermera entrenada. Informa a su superior que solo realizaron FBC a pacientes de UTI.

En el año 2003, solicitó al jefe de Clínica Médica adecuar el espacio físico para la realización de FBC (oxígeno, aspiración, espacio para ubicar equipo y accesorios limpios y usados para limpieza y descontaminación). Una vez más pone de manifiesto que el quirófano podría ser útil pero tiene como inconveniente ser poco operativo y dinámico (tiempo de demora para los estudios prequirúrgicos, falta de espacio para el equipamiento, necesidad de más personal auxiliar, todo esto da como resultado que la FBC sea más costosa).

Ante este requerimiento, el Director decidió que este estudio se realizara en quirófano. Posteriormente, indicó de manera verbal al jefe del servicio que se comunicara con el área de Recursos Físicos a los efectos de que se acondicionara un quirófano ambulatorio. Debido a que esta adecuación no se llevó a cabo, se demoró más de 4 hs para realizar esta práctica a un paciente de alto riesgo. Se debió improvisar un quirófano y conseguir que el área de cardiología aceptara realizar el monitoreo cardiológico.

<sup>19</sup> Período auditado: Julio 2012- junio 2013.

Como consecuencia de ello, el jefe de Neumonología comunicó al jefe de Clínica Médica que no estaban dadas las condiciones para realizar FBC en el hospital Santojanni.

Ese mismo año, se realizaron 2 (dos) FBC en un quirófano ambulatorio. La desorganización y lugar exageradamente sofisticado y disfuncional demandaron aproximadamente 5 (cinco) hs, siendo que el tiempo real de realización de los estudios fue de 35 y 20 minutos.

Una vez más el jefe del servicio solicitó la adecuación de un espacio físico para la realización de estas prácticas sin que sea necesario recurrir al quirófano central. A las dificultades del espacio físico se sumaron la falta de recurso humano de enfermería. Por estos motivos, el jefe decidió no programar más FBC, realizando solo las de urgencia. No obstante ello, solicitó al Director del hospital arbitrarse las medidas necesarias para que en forma urgente se pudiese realizar las FBC a todos los pacientes que lo requiriesen.

En el año 2004 se suspendieron FBC por problemas relacionados al funcionamiento del equipamiento y la demora en su reparación, como así también falta de insumos para proceder a la limpieza del equipo (insumos específicos). En algunos casos, porque el equipo no fue entregado a tiempo por el área de esterilización.

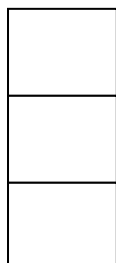
Durante el mencionado año la reparación de los fibrobroncoscopios demoró varios meses, pudiendo realizarse solo FBC en pacientes de UTI y UCO, atento que estos pacientes tenían la prioridad por su condición y no podían ser derivados a otros hospitales.

En febrero del año 2006 se solicitó la reparación de un videofibrobroncoscopio y se informó al jefe del Departamento de Medicina que desde mayo del 2005 en el de Recursos Físicos se encontraba un fibrobroncoscopio para su reparación. Como consecuencia de ello se debieron suspender las FBC, inclusive en los servicios de UTI y UCO.

En junio de ese mismo año, el servicio de Neumonología recibe uno de los equipos para realizar FBC reparado. El jefe del sector informa a su superior que el mismo será utilizado en aquellos pacientes que no pudiesen ser trasladados y quedaban a la espera de la entrega del equipo restante a los efectos de poder dar respuesta a la demanda de estudios en pacientes ambulatorios.

En el año 2007 se informó al Director del hospital sobre la suspensión de 2 (dos) FBC programadas por falta de quirófano y anestesista solicitados con antelación.

En el año 2010 se informa al Director acerca de la suspensión de una FBC programada a un paciente con diagnóstico presuntivo de cáncer de pulmón. Este paciente presentaba un riesgo quirúrgico levemente aumentado, motivo por el cual necesitaba de la presencia de un cardiólogo para monitoreo. El jefe de Cardiología de Consultorios Externos, según informó el jefe de Neumonología, manifestó que debía realizarlo un anestesista, pero no había anestesista disponible ese día. El paciente permaneció aproximadamente 3 hs. en quirófano ambulatorio acompañado de 3 (tres) médicos y una enfermera. El paciente se retiró sin poder realizar el estudio programado. El responsable del



servicio mediante nota solicitó al Director del hospital que se arbitrasen las medidas necesarias para poder dar respuesta a las necesidades de los pacientes que concurren a su servicio.

En el año 2011, el jefe del servicio informó al Depto. de Medicina que dejaría de realizar FBC por no contar con enfermera capacitada.

Ese mismo año el responsable del servicio envió al jefe de Medicina Interna un informe sobre el estado de la Sección y propuestas para la mejora del servicio. Dentro del informe se destacó lo siguiente:

- La Sección de Neumonología fue postergada, no se le asignó un espacio físico adecuado ni recurso humano.
- Dificultades con la División Estadística en el armado de la agenda para la demanda programada y ulterior. Manifestó la imposibilidad de comunicar inasistencia eventual de un profesional a pacientes citados. El servicio lleva su propia agenda de turnos.
- Las fichas de Consultorios Externos carecen de los datos básicos de filiación de pacientes, asimismo se produce la pérdida de HC. Por este motivo, el servicio cuenta con una HC propia.
- Dificultades para atender “pacientes de urgencia”, que suelen ser pacientes no evaluados, mal interpretados en guardia, o mal autorizados por jefes de Consultorios Externos. Según informó el jefe del servicio, el 90% de estos pacientes no requiere su intervención por presentar cuadros que deberían ser resueltos por un Médico Clínico o presentan una gravedad tal que requieren internación en UTI o UCO.
- Las interconsultas son solicitadas sin que esté claro el motivo, las HC son ilegibles y se encuentran desordenadas.
- La FBC es un procedimiento indispensable para esta especialidad y hace varios años que se quiere poner en práctica en el hospital según los consensos vigentes en el país. Cuando el hospital fue remodelado, una de las 3 (tres) salas de endoscopías que en la actualidad utiliza gastroenterología estaba destinada para FBC. La Sección nunca logró hacer esta práctica en un lugar seguro y dinámico a pesar de las notas de reclamos presentadas.

En este informe el jefe del servicio solicitó: espacio físico para despacho del jefe y sala de estar para el equipo; evaluación de los pacientes por un médico clínico y, que sean derivados al servicio aquellos que necesiten con urgencia la intervención de Neumonología (rango entre 24 y 48hs); organizar con Consultorios Externos la atención de manera en tiempo, forma y orden adecuados; historia clínica única de Consultorio Externo a los efectos de mejorar la atención de los pacientes, con letra legible, ordenadas, con comentarios diarios que permitan un cabal conocimiento de los diagnósticos; se entrene a 2 (dos) enfermeras para FBC; se asigne un lugar seguro, dinámico y adecuado para FBC donde el tiempo promedio del estudio sea de 40 minutos con 2 (dos) médicos y 1 enfermera; se recuperen las horas médicas del neumólogo que se encuentra en comisión en otro hospital; se llame a concurso abierto para nuevo profesional de planta neumólogo.

En noviembre del año 2014 el jefe del servicio, agradece al Director por la reunión mantenida a los efectos de trabajar en los puntos necesarios para dar solución a la realización de las FBC.

El jefe del servicio solicitó poder disponer de la partida del profesional que se encuentra en Comisión o de su carga horaria para el nombramiento de otro profesional.

El responsable del área informó que requiere recurso de enfermería para asistir en prácticas neumonológicas y el acondicionamiento de los equipos; personal administrativo para el registro y archivo de las historias clínicas del servicio, y un técnico en espirometrías. **Observación N°9 y 10**

### Estadísticas:

En el 2do semestre de 2012 se realizaron 4 (cuatro) FBC programadas. En el 1er semestre de 2013 ninguna. El responsable del servicio informó que, a pesar de contar el hospital con aparatología y personal profesional para realizar en tiempo y forma estos estudios, no se realizan en forma regular y funcional por falta de recurso humano auxiliar (enfermería) y espacio físico adecuado. **Observación N° 8, 10 y 14**

Asimismo informó que el Depto de Enfermería prohibió el ingreso de su personal a quirófanos, pero para la realización de las FBC contaba con la asistencia de instrumentistas quirúrgicas.

Las FBC se pueden realizar en quirófano central pero con dificultades de programación, operativas, logísticas, de insumo, tiempo, recurso humano, materiales que las tornan impracticables en esas condiciones. Solo se realizan a pacientes críticos en ARM y se practica en UCI y UCO. **Observación N° 14**

#### - División Anatomía Patológica

La División Anatomía Patológica depende del Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento. De ella dependen las Secciones: Necropsias y Citología.

El jefe de la División ocupa el cargo desde el año 2010.

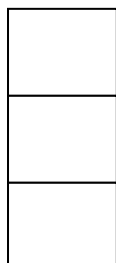
La jefatura de la Sección Necropsias fue concursada pero se encuentra a la espera del nombramiento desde el año 2013.

En cuanto a la Sección de Citología, el titular de la jefatura se encuentra en comisión en el CeSAC N° 3 con retención de la partida desde el año 2010.

Cuenta además con un Área de Trabajo, Inmunihiistoquímica. Se encuentra a cargo de un médico patólogo desde 1990.

El material que ingresa desde los servicios o efectores del hospital Santojani son trasladadas desde su lugar de origen por personal de enfermería o camilleros con la Boleta y Libro de Actas en caso de corresponder. Las administrativas verifican el material, los datos y entregan al paciente una tarjeta con número telefónico para comunicarse en caso de requerirlo.

En ambos casos un médico residente da ingreso a la muestra en el Libro interno de Macroscopía donde consta nombre y apellido del paciente, tipo de



cirugía, identificación de la muestra, cantidad de tacos, y cápsulas resultantes. Se le asigna un número de protocolo. La numeración es anual y comienza con 0001/año.

Una vez realizado el examen macroscópico, con la información de la Boleta las administrativas cargan los datos en el Libro de Biopsias o de Citología y en el sistema informático. Se imprime el informe, lo firma el profesional responsable y se entrega a los médicos y/o pacientes que lo soliciten con la orden correspondiente. Hay informes que nunca se retiran. Cuando el diagnóstico reviste gravedad el servicio intenta localizar al profesional que solicitó el estudio para informar y entregar el informe.

Las boletas se archivan en cajas rotuladas con año y numeración, separadas cada 100 en folios también rotulados.

El material histológico es procesado en un procesador automático. A la fecha de la entrevista se encontraba en reparación por lo que la muestra se procesaba manualmente. **Observación N°11**

Se continúa con la técnica histológica adecuada hasta concluir con el preparado histológico. Tanto el preparado histológico como el citológico son entregados junto con sus Boletas al área médica para su estudio microscópico y diagnóstico.

En el libro de Biopsias se deja constancia de: fecha de entrada, nombre del paciente, edad, médico que remite la muestra o firma, cama, servicio, código para estadísticas, cantidad de tacos, de cápsula, y si hay o no reserva. Por último se registra el diagnóstico.

En las Boletas o Pedido de Examen Anatomopatológico de Biopsias se deja constancia de: hospital/servicio (sala y cama de internación), N° de Protocolo, datos del paciente (apellido, nombre, nacionalidad, profesión), Sala, Cama, material enviado, sitio preciso de la toma, método de obtención, datos clínicos (todos los que puedan servir de diagnóstico), caracteres locales del proceso (ubicación, volumen, color, consistencia, etc.) Tiempo de evolución, tratamiento local anterior, otros datos. Cuando se trata de material ginecológico debe constar: FUM, FUP, Diagnóstico clínico, fecha y resultado de la biopsia anterior.

El servicio también cuenta con Libro de Macroscopía, Libro de Defunción Fetal, Boleta o pedido de Citología (Pap), Formulario para envío de Feto, Planilla para feto y placenta, certificado de defunción, pedido de autopsia.

En el sistema informático se cargan los siguientes datos: paciente, sexo, edad, protocolo (se indica año, letra, y número. Por ej. 03B000100), médico, procedencia, fecha, material y diagnóstico.

El responsable de la División informó que los servicios de Anatomía Patológica de los hospitales de la CABA nunca tuvieron un sistema informático común. Para agilizar y modernizar la entrega de informes, el sistema informático que usa su sector, tlc LABO, fue provisto por una empresa privada contratada por la anterior jefatura del servicio. En la actualidad, cuando se requieren modificaciones convocan a la empresa y el costo de la misma es abonado por personal de la División Anatomía Patológica. **Observación N° 13**

El mismo permite la búsqueda por nombre de paciente, fecha de entrada de la muestra, N° de protocolo, órgano analizado y para ver el resultado del estudio se debe buscar por caso o mirar en los libros de biopsias o citología.

La demora para la obtención del diagnóstico dependerá de las características del estudio, tamaño de la pieza, y la urgencia del caso. La demora promedio es de aproximadamente 5 (cinco) días. En el caso de piezas quirúrgicas oncológicas la demora es mayor (10-12 días) dado que su diagnóstico es revisado más de una vez. En las muestras en las que los médicos indiquen que se trata de una urgencia, el resultado está dentro de las 24-48 hs.

El jefe del servicio informó que no participa de reuniones que se realizan dentro de la Red de Anatomía Patológica dado que no es convocado.

#### **Observación N°3 y 4**

Se reciben muestras de otros hospitales, en general para el diagnóstico inmunohistoquímico. La misma es trasladada al hospital por el paciente o derivada por el médico tratante.

No se derivan muestras para ser analizadas a otros hospitales.

En caso de que el paciente continúe su tratamiento en otros efectores de salud, se le entrega además del informe, el taco o preparado. El hospital envía una nota al efector y en el libro de actas correspondiente queda registrado y la firma de quien retiró el material.

#### **División Laboratorio de Análisis Clínicos**

La División Laboratorio de Análisis Clínicos depende del Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento. De ella dependen las Secciones: Microbiología, Bioquímica y Hemocitología.

La jefa del servicio se encuentra en el cargo desde el año 2008.

Las Secciones de Microbiología y Bioquímica cuentan con jefe nombrado. La jefatura de la Sección Hemocitología a la fecha de la entrevista se encontraba concursada y a la espera del nombramiento de la jefa.

De la Sección Bioquímica dependen las siguientes Áreas de Trabajo: Química Clínica, Proteínas, Endocrinología y Autoinmunidad.

De la Sección Hemocitología dependen las siguientes Áreas de Trabajo: Hematología y Hemostasia.

De la Sección Microbiología dependen las siguientes Áreas de Trabajo: Bacteriología Gérmenes Comunes, Bacteriología TBC, Parasitología, Micología y Área Serología Infecciosa.

El Área de Trabajo Laboratorio de Urgencias, depende por normativa y funcionalidad del Laboratorio Central al igual que el instrumental e insumos utilizados. Administrativamente, su dependencia es del Departamento de Urgencias.

La División funciona de 7:00 a 19:00 hs de lunes a viernes. El Laboratorio de Urgencias funciona las 24hs, incluyendo sábados, domingos y feriados.

El horario de atención al público es de lunes a viernes de 7:00 a 13:00 hs. El horario de atención para turnos programados es de 7:00 a 9:30 hs y la entrega de números para turnos es a partir de las 10:00 hs. La entrega de resultados varía entre 10 y 15 días.

La jefa del servicio manifestó que en el año 2012, la demora llegó a ser de solo 2 (dos) días, pero el sistema de otorgamiento de licencias del personal, entre otras dificultades, determinó la demora actual. A esto se suma que el mismo personal técnico que realiza las extracciones es el que procesa las muestras.

Cuando los estudios a realizar requieren de una preparación previa, la misma es adjuntada con la orden del turno.

La ventanilla para atención de pacientes ambulatorios está ubicada en la Planta Baja al igual que los boxes de extracción. En el subsuelo se ubica el Laboratorio Central, con ventanilla de atención para el personal médico, enfrentada a la del Laboratorio de Urgencias.

Los pacientes de pediatría, oncohematología, oncología y Pami son atendidos sin turno.

En pacientes internados, las extracciones solicitadas el día anterior, son realizadas por los Técnicos entre las 7:30 y las 9:00 hs.

Después de las 9:00 horas las extracciones a los internados las realizan los médicos. Las realizadas después del mediodía son procesadas por el Laboratorio de Urgencias.

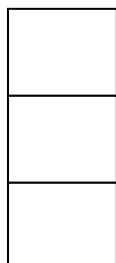
El Hospital Cecilia Grierson carece de Laboratorio. La jefa del servicio informó que por un convenio firmado entre el 2008/2009, los 2 (dos) Técnicos de ese hospital, realizan las extracciones y las muestras son transportadas por móviles del SAME al Hospital Santojanni para su procesamiento.

Todas las muestras ingresan por la ventanilla del Subsuelo. En promedio ingresan: 100 de pacientes programados; 200 de pacientes internados; 100 de pacientes por demanda espontánea; tres veces por semana ingresan entre 25 y 30 de pacientes de los CeSAC's; 20 muestras de pacientes de Hospital de Día del Hospital Cecilia Grierson. De la REDLAB se reciben 20 derivaciones por semana (se derivan muestras para cultivo TBC y poblaciones linfocitarias de pacientes HIV positivos).

El Santojanni fue el primer hospital donde se implementó un sistema informático de Laboratorio Roche, Cobas Infinity. Se licita conjuntamente con el equipamiento. Este programa resulta poco operativo y presenta dificultades como por ejemplo la inclusión de las muestras de microbiología. **Observación N° 13**

Algunos inconvenientes como el registro de pacientes, fue solucionado. A través de gerencia operativa se intenta cambiar el sistema tal como lo hizo el Hospital Zubizarreta, quien llamó a licitación solo del sistema informático, independientemente del equipamiento.

En el Laboratorio de Guardia se utiliza el sistema Nextlab. Fue incluido en la licitación de equipamiento. Este sistema permite incluir las muestras de microbiología. Este programa es utilizado por los Hospitales Fernández y Udaondo.





El equipamiento con el que cuenta el servicio es en préstamo de uso, por este motivo los mismos cuentan tanto con mantenimiento preventivo como correctivo.

La responsable del servicio informó que forman parte de la REDLAB del GCABA y participan de las reuniones mensuales.

Se tomó conocimiento del bibliorato de notas para el período auditado y se observó:

- Reclamos por falta de limpieza en el sector, como así también falta de retiro de residuos patogénicos y comunes. (23/08/12 y 3/01/13).
- Dificultades en el suministro de energía eléctrica. Los reiterados cortes afectan el funcionamiento del equipamiento del servicio. (27/12/12, 02/01/13, 18/12/13).
- Puesta en funcionamiento de la nueva configuración del sistema operativo. (26/10/12).
- Correcta provisión de insumos BDPPhoenix, los cuales son de alta criticidad en el diagnóstico de infecciones. (24/06/13).

La responsable del servicio manifestó que era necesario para una adecuada gestión del servicio contar con: un bioquímico que supervise el área preanalítica; personal administrativo; equipos de aire acondicionado con mantenimiento incluido; mejoras en el espacio físico. **Observación N° 9 ,10 y 15.**

La responsable del servicio informó que desde hace un año aproximadamente desconoce las horas de suplencias técnicas (pedidos de licencias, distribución de técnicos, administrativos) dado que los Coordinadores Técnicos las tramitan directamente con el jefe del Departamento Técnico, no siendo comunicadas a su jefatura formalmente. **Observación N° 16**

#### - División Diagnóstico por Imágenes

La División Diagnóstico por Imágenes depende del Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento. La jefa del servicio ocupa el cargo desde el año 1993.

Dentro de la estructura formal la División no cuenta con ninguna Sección.

El servicio se encuentra conformado por Áreas de Trabajo: Radiología, Tomografía Computada, Mamografía y Ecografía las cuales cuentan con un coordinador Técnico a excepción del área de Ecografía a cargo de personal médico.

En la parte Técnica existen coordinaciones o jefaturas técnicas.

El servicio funciona desde las 8:00 hasta las 20:00 hs en tres turnos, de 8:00 a 12:00, de 12:00 a 16:00 y de 16:00 a 20:00 hs. Cuentan con guardias de 24 hs en Radiología y Tomografía Computada.

El horario de atención del sector es de 08:00 a 13:00 hs.

La División cuenta con 2 (dos) ventanillas para la atención: una dividida en tres para Rayos Generales, Ecografía y Mamografía, y otra ventanilla para Tomografía.

Los pacientes que concurren al Área de Emergencias cuentan con una entrada individual. Al igual que los pacientes oncológicos, del PAMI, urgentes o con prioridad. La solicitud de urgencia debe constar en la indicación médica o según diagnóstico presuntivo.

Los turnos programados son registrados en un libro foliado. La lista de turnos diaria es entregada al técnico que corresponda.

Se consultó a la responsable del servicio la modalidad aplicada en aquellos casos que una pacientes luego de un estudio mamográfico, requiriese completar el resultado con una ecografía. Informó que el servicio no la realiza directamente sino que entregan el resultado de la mamografía e indican al paciente que consulte con a su médico especialista.

Si el especialista lo requiere y la paciente concurre con la indicación médica, tiene prioridad para el turno.

Informó además, que para ecografías mamarias siempre se requiere tener un estudio mamográfico previo, salvo que la paciente sea menor de 25 años.

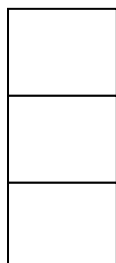
El servicio cuenta, desde septiembre del 2012, con un Tomógrafo Helicoidal computarizado (LPNI 1961) el cual realiza tomografías digitales que permite hacer colonoscopias y fibrobronoscopias virtuales. La responsable del área informó que hasta la fecha estos estudios nunca se realizaron. El tomógrafo fue instalado con un paquete de programas adicionales (fibrobronoscopías-VCC- angiografías-dentalScan). Aproximadamente a los 6 meses de su funcionamiento, el programa de estudios complementarios dejó de funcionar. La jefa del servicio, asistida por el Coordinador técnico, informó que desconocía si se había realizado el reclamo por escrito. **Observación N°11 y 16**

En setiembre de 2014 el programa fue nuevamente instalado el software opcional. La jefa del área y el coordinador técnico manifestaron que cuando se recibió el tomógrafo recibieron una capacitación de 2 días de alrededor de 5 hs cada una.

Esto sirvió para dar inicio al trabajo. Se informó que esta capacitación fue básica y el equipamiento es complejo. Hay aplicaciones muy complicadas que no fueron abordadas por la capacitación. Desconoce si la capacitación brindada es la que correspondía ofrecer por la empresa, pero para el manejo de todas las aplicaciones ese tiempo no fue suficiente. **Observación N° 16**

El Coordinador Técnico asumió en sus funciones en febrero del 2014, en ese momento, solicitó capacitación y consiguió el dictado de una clase el 16/9/14. Se dejó registro de la misma en el libro de novedades de la participación de 5 (cinco) técnicos. Desde que instalaron el equipamiento los técnicos se capacitaron ensayando, con la experiencia que traían y los conceptos recibidos en las clases impartidas por la empresa.

El Coordinador Técnico manifestó que durante el mes de setiembre del 2014 se contactó con el jefe de Gastroenterología a los efectos de proponerle un intercambio interdisciplinario y actualización entre técnicos y médicos para la realización de VCC. El jefe del servicio se mostró interesado, pero los médicos del servicio de Diagnóstico por Imágenes manifestaron que les faltaba



capacitación Por este motivo, la propuesta no pudo concretarse. **Observación N° 16**

El Coordinador informó además, que este Tomógrafo permitiría la realización de estudios como VCC, FBCC, panorámicas dentales, entre otros, facilitando descomprimir las listas de espera o que los pacientes deban pagar por estos estudios en el sector privado.

Necesidades y debilidades en la gestión del servicio para una rápida detección de las patologías analizadas en el proyecto de auditoría:

- Recurso Humano: Médicos especialistas a los efectos de poder dar respuesta a la demanda del servicio. Se necesitarían al menos 4 (cuatro) médicos para sumarse a Radiología Contrastada y Ecografía en los turnos de 8:00 a 12:00 hs. y de 12:00 a 16:00hs.
- Equipamiento:  
Equipos portátiles y fijos de Rayos General; computadora digital para procesado de placa.  
Sistema de revelado digital para Mamografía  
Ecógrafo 3D y 4D
- Espacio físico: Dos salas de radiología, sala de ecografía y sala de digitalización para mamografía.

#### División Estadística- Sección Consultorios Externos

La Sección tiene dependencia directa de la División Estadística, la cual cuenta con una jefa a cargo desde agosto del 2014. **Observación N° 10** Durante el período auditado (2012 – 2013) el sector no contaba con conducción.

Esta área del hospital es la encargada de la entrega de turnos programados y espontáneos según la disponibilidad de profesionales; registro informático del turno entregado; impresión del ticket de turno entregado. Asimismo, es la encargada del registro informático de datos para la apertura de la Historia Clínica de Consultorio Externo. Apertura de la Historia Clínica en papel con carga de N° HC (DNI), Nombre, Apellido y fecha de apertura. Desarchivo de las historias, distribución por sectores y por médicos en orden de turno. Retiro de las mismas al finalizar la atención, traslado y archivo en el área. Son los encargados además, de organizar las grillas de turnos en base a las licencias médicas.

El sector funciona de 7:00 a 16:00 horas.

Consultado el servicio acerca de las necesidades del mismo, se informó que sería importante contar con un agente que registrase las historias clínicas que salen del archivo hacia los distintos sectores y su posterior regreso a los efectos de poder detectar rápidamente cualquier faltante, y de esta manera realizar el reclamo correspondiente.

La Sección entrega turnos diariamente para aproximadamente 75 consultorios que inician su atención en horarios variados según los días y especialidades que fluctúan entre las 8:00 y las 17:00hs.

Ante la solicitud de esta auditoría de fichas de Consultorios Externos y dada la dificultad del servicio para dar con ellas, la jefa del sector decidió armar un registro de cada sector anotando las historias que salían del archivo. Observaron que no regresaba al sector la totalidad de las Fichas que habían sido repartidas por los distintos servicios del hospital. Como consecuencia de esto, se elevaron notas a la Dirección del hospital y a la jefa del Departamento de Consultorios Externos poniendo en conocimiento de ellos esta situación.

Dentro de las dificultades con las que se encuentra el sector para poder desempeñar sus tareas correctamente en lo que respecta a la guarda de las Historias Clínicas y Fichas de Consultorios Externos, informaron lo siguiente: el personal que desarchiva no es el mismo que se encarga del archivo; falta de evolución por parte de algunos médicos en las historias; falta de devolución de historias que quedan en los archivos de los servicios; historias que se extravían; en ocasiones las historias son traídas por los pacientes.

#### **Observación N°7, 9 y 16**

Mencionaron además, que se intentó armar un registro donde los médicos firmaran al recibir las historias, pero esta modalidad no fue aceptada.

El espacio físico que ocupa el sector se vio disminuido por la incorporación de la Oficina de Registro Civil. Los ficheros con los que cuentan son escasos y se debió construir un archivo pasivo en una repisa, dado que el espacio en los ficheros con los que cuenta el servicio es limitado. **Observación N°15**

### **3.3) Hospital General de Agudos “Carlos G. Durand”.**

#### **- Unidad Gastroenterología**

La Unidad Gastroenterología depende del Departamento de Medicina. De ella depende la Sección de Endoscopía Digestiva.

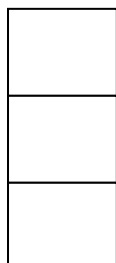
El jefe de la Unidad cuenta con el nombramiento desde el año 2011. La Sección Endoscopia cuenta con jefe nombrado.

Dentro de las funciones del servicio se puede destacar la atención clínica y endoscópica de los pacientes que consultan en el sector, la actividad docente de pregrado y posgrado, optimizar la utilización de los recursos, promover la creación de redes entre los distintos servicios de la red del Gobierno de la Ciudad para complementar las necesidades de los pacientes.

En el año 2010 esta Unidad fue designada como Sede de la Carrera Universitaria en la Especialidad de Gastroenterología de la UBA. El nombramiento fue renovado en el 2014.

La Unidad ya contaba con la designación como sede para la acreditación de especialista por la Escuela de Graduados de la Sociedad Argentina de Gastroenterología.

El servicio es Centro de Referencia para hemorragia digestiva desde 1975.



Además de la atención de consultorio externo, endoscopías programadas, interconsultas en sala y guardias para endoscopías de urgencia cuenta con:

- Área de endoscopia de la vía biliar y páncreas.
- Centro de atención hepatología en diagnóstico y tratamiento con desarrollo de áreas de imágenes y cateterismo del árbol portal.
- Área de estudios funcionales para la realización de phmetria esofágica.
- Área de ecografía especializada como complemento para aérea de vía biliar.

En el servicio funcionan los siguientes Grupos de Trabajo y subáreas:

- hepatología (desde 1994)
- vías biliares (desde 1994)
- oncohematología (desde 2014)
- endoscopia compleja (desde 2010)
- motilidad (desde 2012)

El servicio funciona para la entrega de turnos de lunes a viernes de 7:30 a 15:00 horas. Se entregan turnos para la demanda espontánea y programada (primera vez y ulteriores). Se entregan en promedio 50 turnos por día.

Los Consultorios Externos funcionan los días lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a 13:00 hs. Los días miércoles se suspende la atención de consultorio por llevarse a cabo el Ateneo de la Unidad. El médico de guardia junto con 1 o 2 residentes atienden hasta las 17:00 hs.

Los pacientes de PAMI concurren derivados por su médico de cabecera.

En el servicio se realiza la apertura de Ficha de Consultorio Externo a todos los pacientes que concurren al mismo, aunque solo sea para la realización de un estudio.

Las endoscopías programadas se realizan de lunes a viernes.

El servicio realiza además, endoscopías de urgencia las 24 horas todos los días del año. Desde el 2014 las endoscopías de urgencia se realizan en la Unidad.

Aquellos pacientes que requieran la realización de una VCC, deben efectuar previamente estudios de laboratorio, riesgo cardiológico y ASA<sup>20</sup>. En la orden para la evaluación cardiológica se indica la fecha probable de la VCC, de esta forma la demora ronda los 20 días. En caso contrario, la demora oscila entre 1 y 2 meses. Con los 3 estudios, el paciente concurre al servicio y se entrega las instrucciones para su realización y la planilla de consentimiento. Luego debe completar la autorización para la realización de la endoscopia en el mesón de turnos.

<sup>20</sup> ASA: Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia. Clase I Paciente saludable. Clase II Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Clase III Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Clase IV Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Clase V Enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.

A los pacientes se los cita a las 8:00 hs y el estudio se realiza por orden de llegada o criterio médico. De esta manera se evita la demora por ausencia de algún paciente.

Se realizan entre 3 y 5 estudios, dado que la práctica demora más tiempo que el habitual por ser un servicio con Residencia de Gastroenterología y Anestesiología.

La Unidad para la atención de los pacientes cuenta con 3 Consultorios Externos (incluyendo el despacho del jefe) con una camilla, y otros 2 divididos con 2 camillas. Tiene la capacidad de atender 7 pacientes a la vez. En ocasiones y de ser necesario, utilizan la biblioteca o el espacio de encuentro de médicos para realizar las entrevistas a los pacientes.

Desde diciembre de 2014 disponen de 2 salas, una para VCC y otra para endoscopia alta. Cuentan con 6 camas en total, de las cuales 2 son camillas nuevas, una para VCC y 2 de recuperación. El área está equipada con pileta, oxígeno central, mesa de anestesia, aspiración central, bomba de infusión de oxígeno con 18hs de autonomía.

Se implementó un sistema de vigilancia con cuatro cámaras en pasillo interno y puerta externa con sistema de grabación y recuperación de video, dado el material altamente especializado y valioso que se guarda en la misma.

El jefe del servicio informó que, en función del grado de ASA y evaluación clínica las opciones para la realización del estudio eran:

a) VCC con sedación consciente en el servicio. Esta práctica se implementó desde el año 2011, aproximadamente. Los turnos para esta modalidad presentan una demora de 1 o 2 semanas desde que el paciente presenta los estudios.

b) VCC con anestesia en el servicio. Se implementó en diciembre del 2014, los lunes de 8:00 a 13:00 hs. Esta modalidad fue alcanzada luego de numerosos pedidos de la mesa de anestesia y la asignación de aproximadamente 3hs de anestesista por lunes. Se programan entre 3 y 5 estudios por lunes. Los turnos con anestesia demoran entre 20 y 30 días desde la presentación de los estudios.

c) VCC con anestesia en quirófano central. En general se concentran aquí aquellos pacientes con y desde ASA III. Durante los años 2012 y 2013 se disponía de 2 miércoles por mes para la realización de los estudios para estos pacientes. A partir del 2014, disponen de todos los miércoles de 8:00 a 13:00 hs. A la fecha de la entrevista se programaban entre 3 y 5 estudios por miércoles. La demora para acceder al turno oscila entre 20 y 30 días desde la presentación de los estudios. El responsable del servicio manifestó que la necesidad de utilizar el quirófano hacía más complejo el trámite formal que debía realizar el paciente. Toda la documentación firmada y sellada debe ser presentada un día antes del turno. Si por cualquier inconveniente el paciente llegase 10 minutos tarde, el personal responsable de quirófano suspende la práctica. **Observación N°14**

El servicio se enfrenta a las siguientes dificultades para poder dar respuesta a la demanda de estudios que requieren anestesia:

- Paciente con ASA III, con requerimiento de UTI. El paciente debe presentarse preparado para el estudio y, para su realización depende de la única cama que la UTI tiene asignada a Quirófano. A la fecha de la entrevista el jefe del servicio manifestó que había un paciente que había asistido 3 veces y aún no se había podido realizar el estudio por falta de cama en UTI.

#### **Observación N° 8 y 14**

- Ausencia del anestesista sin previo aviso. Cuando el paciente concurre al servicio habiendo realizado la preparación para el estudio, se le otorga un nuevo turno. En caso de que el ASA del paciente no fuese de riesgo y que de la evaluación clínica se considere pertinente, se le realiza el estudio con sedación consciente. **Observación N°5 y 14**

- Otra dificultad con la que se enfrentan en ocasiones, es la falta de ropa en quirófano o que parte del equipamiento se encuentre en reparación. En este último caso el tiempo para su reparación no es menor a los 4 meses. **Observación N° 14 y 11**

En los casos que se procede a la toma de muestra durante el estudio, personal de enfermería del servicio de Gastroenterología es el encargado de la entrega de las mismas en el servicio de Anatomía Patológica. El horario de recepción es hasta las 13:00hs. Las muestras se registran en un libro de muestras. El resultado del estudio demora un mes. En caso de sospechar la presencia de una patología maligna se indica *urgente* en la orden. Los protocolos son retirados del servicio de Anatomía Patológica por enfermería y los Residentes del sector son los encargados de cargar el informe en el Libro de Informes (en soporte informático). Los protocolos se archivan en carpeta por orden alfabético para ser entregados a los pacientes.

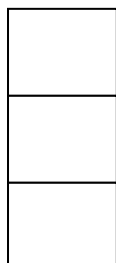
Dentro de los registros con los que cuenta la Unidad se puede mencionar:

- Historia clínica (Ficha) propia. Su número se define con los últimos 4 números del documento del paciente. Las mismas son archivadas en el servicio.

- Agenda de turnos para VCC que se realizan en el servicio
- Agenda de turnos para VCC que se realizan en quirófano
- Carpeta de informes de Anatomía Patológica
- Libros de entregas de biopsias y resultados
- Libro de Informes (Excel).
- Planilla de informe estadístico de consultas ambulatorias
- Planilla estadística general mensual. En ella cuantifican por separado las prácticas médicas realizadas en el mes. Se encuentran diferenciadas en 41 opciones, entre ellas la colonoscopia y colonoscopia bajo anestesia.

- Registro de pacientes oncológicos. Esta planilla se implementó a fines del 2014

- Screening para cáncer de colon. Es una hoja para ser llenado previo al estudio colonoscopia. Allí además de los datos filiatorios se deja indican otros datos como: antecedentes personales (pólipos-cáncer-enfermedades relacionadas); antecedentes familiares (ídem); endoscopías previas y hallazgos endoscópicos/histológicos; otros métodos de screening (colon por enema,



SOMF, colono virtual, test inmunológico, detección de ADN en materia fecal); Dieta; lugar de origen; medicación habitual; colonoscopia (informe); seguimiento.

La gran cantidad de pacientes que requerían el estudio de VCC y la falta de disponibilidad de anestesistas motivó a los profesionales del servicio a investigar el modo de aumentar el volumen de pacientes sin bajar los estándares de calidad. Observaron que en la mayoría de los países, los gastroenterólogos, debidamente capacitados, eran quienes realizaban la sedación consciente para VCC. En la legislación argentina esta práctica no está autorizada pero tampoco prohibida. Los médicos del servicio pusieron en práctica esta metodología y presentaron el estudio en las jornadas del hospital.

En el año 2012 habían realizado con éxito la práctica en 1000 pacientes y presentaron la experiencia en un Congreso Nacional. En noviembre de 2014 ya con 3000 pacientes estudiados, presentaron un trabajo en las Jornadas de Panamericano, donde recibieron el Premio Distinguido. A partir de esa ponencia y hasta marzo de 2015 no les proveyeron las drogas necesarias para implementarlo. **Observación N° 5**

Con referencia al recurso humano el jefe del servicio informó que era necesario: **Observación N° 8; 9 y 10**

- un administrativo para la gestión de mantenimiento del equipamiento, llamado a pacientes, carga de estudios, entre otras tareas. Esta tarea es realizada por el jefe de Sección y junto con los residentes del servicio realizan la carga de los distintos registros.

- una instrumentadora o enfermera con curso de asistente de endoscopia para asistir en la práctica, mantener, almacenar, cuidar y reaprovisionar el equipamiento. Esta tarea es realizada por los residentes. Dos enfermeros, atento que uno está pronto a jubilarse.

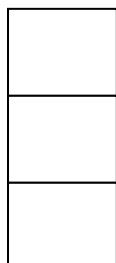
- Médicos de planta, son necesarios 2 médicos más a los efectos de poder dar respuesta a los planes de screening. Durante el año 2015, se produciría la jubilación de un médico, la finalización de la rotación de otro y un médico se encuentra con licencia médica prolongada.

- Dos médicos anestesistas para cubrir la demanda de atender 4 días por semana con su intervención en el salón de endoscopia

Atento que las licencias ordinarias solo pueden dividirse en 2, durante el período de verano el servicio se queda casi sin horas médicas para poder dar respuesta a la demanda del servicio. El jefe del servicio manifestó que se debería flexibilizar la resolución que así lo establece o nombrar profesionales para poder dar respuesta a la demanda.

El servicio de Gastroenterología participa del Plan de Pesquisa de Cáncer Colorrectal del Instituto Nacional del Cáncer, incluyendo en el Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) a los pacientes que concurren al servicio que tienen indicación de tamizaje de cáncer colorrectal. Es el único hospital público de la CABA que forma parte de la Red.

Este servicio solicitó y aceptó participar y accedió a hacerse cargo del aumento de la demanda que la Red pronosticaba que ocurriría si se sumaban





al programa. Al cierre de las tareas de campo, el jefe del área manifestó que no se había detectado un aumento en el volumen de estudios dado que la participación en el plan era exclusiva del servicio de Gastroenterología. La idea es ampliar el proyecto a toda el área programática del Hospital Durand incluyendo al servicio de Clínica Médica y CESACs correspondientes.

Al comienzo del proyecto, el servicio aún no contaba con un quirófano central para satisfacer la demanda propia del servicio, ni anestesistas para los procedimientos. Fue por esta razón que la incorporación del resto de los servicios se proyectó para una segunda etapa de la implementación del plan.

Consultado el responsable del servicio sobre la participación en el *Programa de Prevención de CCR* de la CABA, informó que formaron parte de la Comisión de Endoscopias que fue la encargada de elaborar y presentar un trabajo conjunto con propuestas para la detección precoz de cáncer de colon solicitado por el Programa. Además, participaron de 4 reuniones en el Ministerio de Salud en el marco de establecer acuerdos programáticos. Desde el Ministerio le solicitaron al servicio centralizar las necesidades de equipamiento y recurso humano de los servicios de endoscopia para enfrentar el desafío propuesto. La información fue enviada, pero se encontraron con la dificultad que tanto la adquisición de equipamiento como la contratación de personal no formaban parte de un programa especial sino que debía correr por cuenta de cada efector. Por tal motivo, sin capacidad operativa y presupuestaria del programa, derivó a los médicos a gestionar los pedidos en cada hospital y la propuesta que había generado expectativas en un grupo de profesionales se diluyó. **Observación N°1; 2; 3 y 4.**

Consultado el responsable del área sobre las necesidades de equipamiento para el servicio informó: **Observación N°11**

- 1 unidad electroquirúrgica.
- Para la Torre Pentax de 2011 se necesitaría contar con una lámpara de repuesto dado que se requiere de una especial y hay demoras en conseguirla. Esto deja al equipo fuera de servicio.
- 1 Radioscopio
- 1 Torre de video endoscopia de alta gama, con sistema de cromo endoscopia electrónica. Esto permitiría poder avanzar en la endoscopia de alta complejidad, y así dar respuesta a los objetivos planteados en el programa de screening de CCR, en acción coordinada con el INC.
- 1 ecógrafo convencional con doppler para ecografía abdominal.

El responsable del servicio informó que presentó proyectos que apuntan a la mejora continua del sector. Esta Unidad desde los años '60 fue sede de capacitación práctica para graduados, desde el año 1975 cuenta con guardia activa las 24 hs para diagnóstico y tratamiento endoscópico de hemorragias digestivas altas.

Esto apunta a: mantener el nivel de consultas y de prácticas alcanzado, desarrollar el programa de screening de CCR regional y de detección precoz

del Hepatocarcinoma, prevención de la transmisión de hepatitis, detección precoz de la enfermedad celíaca.

Todo esto relacionado con los servicios de medicina preventiva, clínica, inmunología, oncología, cirugía y diagnóstico por imágenes.

Para ello, es imprescindible contar con registros de datos eficientes, entrenar al personal administrativo y contar con el equipamiento adecuado.

Informatización de las historias clínicas de los pacientes, bases de datos que permitan un mejor conocimiento del movimiento y necesidades del servicio, en relación al pedido de insumos y equipamiento necesario

### División Tocoginecología

La División depende del Departamento Materno Infante Juvenil. De la misma dependen las Unidades N° 12 y 13 de Internación Obstétrica y Ginecológica.

El jefe de División cuenta con una antigüedad de 7 años en el cargo. Ambas Unidades cuentan con nombramientos formales.

La División se encuentra organizada en Grupos de Trabajo, Consultorios Externos de:

- Patología Cervical
- Patología Mamaria
- Climaterio
- Adolescencia
- Alto Riesgo Obstétrico
- Ecografías
- Enfermedades Autoinmunes y embarazo. El Hospital Durand es referente en la CABA para Trombofilia y embarazo.

Cada uno de estos Grupos de Trabajo cuenta con un profesional responsable. El Departamento ha solicitado para los Grupos de Trabajo de Patología Cervical y Patología Mamaria el rango de Sección. Este pedido se realizó hace aproximadamente 15 años, a la fecha no se ha conseguido esta modificación.

El servicio funciona de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hs. Los Consultorios Externos de Patología Mamaria funcionan de lunes a jueves de 8:00 a 16:00 hs. Los días viernes se destinan a cirugías y actividad académica.

Dispone de 8 consultorios, 3 de ellos son fijos para Ecografía, Monitoreo y Patología Cervical. Los médicos rotan de 8:00 a 14:00 hs y de 14:00 a 16:00 hs.

El Circuito de ingreso de pacientes ambulatorios es el siguiente:

- Turnos Programados: estos turnos son otorgados en la ventanilla ubicada en el hall central del hospital o por la línea 147. Los turnos son otorgados en el transcurso del mes.
- Turnos Espontáneos: son los pacientes que concurren al servicio por derivación de otro sector del hospital o recitados por el mismo servicio.

Para los Consultorios Externos de Ginecología General se otorgan 6 turnos diarios y por demanda espontánea se atienden aproximadamente 6 pacientes por día.

Para los Consultorios Externos de Patología Mamaria se otorgan entre 8 a 12 turnos diarios y por demanda espontánea se atienden aproximadamente 6 pacientes por día.

Los turnos se entregan en el transcurso del mes.

Los pacientes con estudios mamográficos y/o ecográficos concurren al servicio con turno programado o por demanda espontánea.

EL responsable del servicio manifestó que existía una buena articulación entre los CeSACs (N° 22 y 38) y el hospital. Los pacientes que eran derivados de estos centros al servicio concurrían al mismo con el turno ya asignado y el informe ginecológico.

A los pacientes que concurren tanto al área de Ginecología como a la de Patología Mamaria, se les solicita conjuntamente los estudios de imágenes, ecografía mamaria y mamografía. Las ecografías, son realizadas en el servicio. Los turnos se otorgan entre los 7 y 15 días. En caso de urgencia, se realizan en el día. Las mamografías se realizan en el servicio de Diagnóstico por Imágenes. El responsable del servicio informó que la demora para acceder al turno para la mamografía, puede ser de un mes o en ocasiones los pacientes no consiguen el turno. Cuando la demora para acceder a la mamografía es alta el servicio de Tocoginecología deriva al Hospital Curie, Fernández u otros efectores del GCABA para su realización.

Este sector contaba con 2 equipos de ecografía. Al momento de la entrevista se encontraba en funcionamiento solo uno de los equipos. Del equipo fuera de servicio se hallaban a la espera del informe del bioingeniero sobre si era factible o no su reparación y el costo de la misma.

#### **Observación N°11**

Ambos ecógrafos fueron comprados por el hospital. La antigüedad del equipo en funcionamiento era de 5 años, el que se encontraba a la espera de su reparación, 3 años. Ninguno de ellos cuenta con mantenimiento preventivo.

El jefe del área manifestó que en caso de observarse una imagen positiva se indicaba la punción. Las punciones de nódulos se realizaban los días lunes. Informó que no existía demora para la realización del estudio.

El responsable del servicio informó también, que entre el 50 al 60% de las punciones se realizaban con aguja fina (citológicas) el resto de las punciones se realizan con aguja gruesa (histológicas).

Para las punciones con aguja fina, los pacientes con la orden del mastólogo concurren al servicio de Anatomía Patológica de lunes a jueves sin turno. El resultado del estudio estaría a las 48hs.

En el caso de las punciones con aguja gruesa, se realizan en el servicio de Ginecología en presencia del Médico Patólogo. El resultado del estudio estaría en 7 días. En caso de solicitar estudio de inmunohistoquímica, la demora sería de 15 días. Le responsable del área mencionó además, que la coordinación entre el servicio de Patología Mamaria y Anatomía Patológica era muy buena.

Los informes anatomopatológicos son retirados del servicio de Anatomía Patológica por los pacientes. En aquellos casos donde el resultado es positivo, la Médica Patóloga lo comunica al servicio.

En aquellos casos en que la punción fuese urgente, se realiza sin turno en los días que atiende Patología Mamaria, de lunes a jueves.

En caso de ser necesaria una cirugía, la demora no superaría los 15 días.

Durante el mes de Octubre se realiza en el hospital la semana para la prevención del Cáncer de Mama. Durante esa semana se procede a realizar estudios ecográficos y mamográficos a modo de screening a quienes lo requieran. Se combina con el servicio de Diagnóstico por Imágenes para poder disponer de al menos 15 turnos diarios para mamografías.

El responsable del área manifestó que el acceso al Mamógrafo era una limitante para el diagnóstico en Patología Mamaria.

Este servicio cuenta con historia clínica única (ficha). La misma se archiva en el servicio, por número de documento.

El servicio de Tocoginecología cuenta con una sola administrativa, quien es la encargada de desarchivar las historias clínicas de los pacientes que serán atendidos ese día y al finalizar la consulta se encarga de su archivo.

El responsable del sector manifestó que sería necesario contar la creación de una sección dentro del organigrama del hospital; 3 administrativos; Enfermeras, 2 para cada turno (tarde, noche y franqueras); equipamiento informático para poder digitalizar las historias clínicas. **Observación N° 9 y 10** También sería necesario ampliar el número de consultorios (4), pero no existiría el espacio físico para su realización.

### Sección Neumonología

La Sección depende del Departamento de Medicina. El responsable del servicio se encuentre a cargo de la jefatura desde el año 2004. Su nombramiento efectivo fue en el año 2005.

El sector se encuentra organizado en Áreas de Trabajo, a saber:

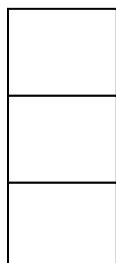
- Área de Fibrobroncoscopía
- Área de Tuberculosis
- Área de Ecografía Pleural
- Área de Funcionalismo Respiratorio

Los responsables de las distintas áreas van rotando, salvo el área de Tuberculosis donde el responsable es el jefe del servicio y representante oficial en la Red de Tuberculosis.

El servicio funciona de lunes a viernes, de 8:00 a 12:00 horas, para la atención al público. Finalizado este horario concurren a las salas de internación en caso de ser requeridos para una interconsulta.

En aquellos casos que la urgencia lo amerita, concurren al lugar en el momento que son convocados.

Los pacientes ingresan al servicio por demanda espontánea o por turno programado. Los turnos son otorgados en la ventanilla del servicio de



Neumonología. Los turnos programados incluyen a los pacientes de PAMI. Estos pacientes en caso de ser necesario también son atendidos como urgencia o dentro de las 48hs.

La demanda espontánea está conformada por pacientes derivados por la Guardia, aquellos derivados por otros servicios y los pacientes recitados por el servicio de Neumonología.

El servicio no cuenta con Endoscopista de Neumonología de Guardia.

El jefe del servicio informó que se atienden por semana, aproximadamente 250 pacientes. Alrededor del 70% de los mismos corresponde a la demanda programada y el 30% por demanda espontánea.

El responsable del área manifestó además, que de esos 250 pacientes, entre 70 y 75 pacientes eran pacientes urgentes ó urgencias prequirúrgicas. Correspondía a pacientes que al realizar los estudios prequirúrgicos se detectaba que padecían de EPOC y se les solicitaba con urgencia una espirometría, realizando el informe del mismo en el momento. Mencionó además, que estos casos se estaban dando con más frecuencia.

En la Sección de Neumonología se atienden las siguientes patologías: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); Enfisemas; pacientes con Asma; Bronquitis; Infecciones agudas; Neumonías y Tuberculosis. Y las menos frecuentes, pacientes con Cáncer de Pulmón; Fibrosis pulmonar e Hipertensión pulmonar.

Los pacientes con tuberculosis, son citados un día específico de la semana. Esto se debe a que el sector no cuenta con una sala de espera separada y con presión negativa. No obstante ello, y en caso de ser necesario, se brinda la atención al paciente fuera del día estipulado.

Ante la sospecha que un paciente padeciera cáncer de pulmón, el jefe del área informó que se realizaba una evaluación de los antecedentes (si era fumador, antecedentes de cáncer propios o familiares, entre otros) y se solicitaba una tomografía de alta resolución (TAC AR). En una primera etapa la misma podía ser sin contraste.

En caso de visualizarse un tumor pequeño, de 3 a 5mm, se procedía a realizar un seguimiento del paciente que entre los 4 y 6 meses. En caso de ser mayor de 5mm se realizaba la punción del mismo.

El responsable del servicio manifestó además, que en pacientes fumadores, la TAC AR debería utilizarse como screening para la detección de cáncer de pulmón.

Informó además, que en base al examen clínico y al resultado de la tomografía, se define si se realiza o no una fibrobroncoscopía. En caso afirmativo se solicitan los estudios correspondientes al prequirúrgico donde se indica la fecha del estudio endoscópico. El examen prequirúrgico tarda aproximadamente una semana.

Las fibrobroncoscopías se realizan los 2dos y 4tos miércoles del mes en quirófano. Se realizan aproximadamente, 4 endoscopias por turno de quirófano. La demora para acceder al turno oscila entre los 15 y 30 días.

En caso de que se tomase muestra de tejido durante el estudio, se entrega la muestra a un familiar para que la entregue en Anatomía Patológica. Se pide la constancia de entrega en el servicio.

El resultado de una biopsia demora aproximadamente 15 días, si se indica que el estudio es urgente, el resultado demora 4 a 5 días.

El resultado del examen Citológico se entrega en el día.

Los informes son retirados por los pacientes. Sin turno, una vez que retiran el informe, concurren al especialista.

A la fecha de la entrevista, el servicio contaba con 3 Broncoscopios, todos ingresaron al servicio por donación. En el año 2014 el servicio solo contaba con un Broncoscopio, debiendo realizar únicamente los estudios de urgencia. **Observación N°12**

El endoscopio nuevo fue donado por COAS.

El Espirómetro con el que cuenta la Sección fue donado por un laboratorio.

El servicio cuenta con una Torre de Endoscopia que se encuentra en el servicio de Gastroenterología. Debido a que las prácticas de Neumonología requieren de un ambiente más estéril, no pueden compartir con Gastroenterología el uso de la torre.

El responsable del servicio mencionó que si la Torre de Endoscopia se encontrase en quirófano, el servicio podría utilizar el videonendoscopio lo cual mejoraría la posición del profesional que realiza el estudio y permitiría realizar docencia. Las principales dificultades para realizar las Fibrobronoscopías eran, la falta de disponibilidad en quirófano, y la cantidad de documentación que debía presentar el paciente por realizarse el estudio en el mismo.

#### **Observación N° 14**

Las suspensiones no superaban el 5% del total de los estudios programados. En general, era por falta de anestesistas.

En caso de ser necesaria la derivación de un paciente o si fuese necesario el uso de un endoscopio rígido, el hospital de elección es el Hospital Muñiz. En aquellos casos que el paciente no puede ser trasladado, concurre al Hospital Durand el personal médico del Hospital Muñiz con el equipamiento. Otro efector al cual también derivan pacientes es el Hospital Tornú.

El servicio recibe pacientes derivados del Hospital Lagleyze para la realización de espiometrías.

Dentro de los registros con los que cuenta el servicio se puede mencionar:

- Historia Clínica propia (Ficha) que se archiva en el servicio.
- Fichas de las Endoscopías, en cuadernos anillados.
- Se confeccionan y archivan en el servicio las fichas de denuncia y las tarjetas de tratamiento de pacientes con tuberculosis. Las denuncias se guardan además, en soporte magnético.

Consultado el responsable del sector sobre las necesidades del mismo mencionó lo siguiente:

- Contar con una Sala de Presión Negativa
- Endoscopio Rígido

- Un consultorio más y la separación del servicio con un sistema de doble circulación.
- Espacio físico para el personal administrativo.
- Contar con un sistema informático que permita estar en red con el Laboratorio Central y con Anatomía Patológica.
- Recurso humano médico. Dos profesionales del servicio se jubilarán en menos de 5 años.
- Recurso humano técnico, como por ej. Técnico en Espirometría o en Funcionalismo Respiratorio. Este cargo fue solicitado por nota al CATA, pero no se pudo dar curso debido a que dentro del listado de profesiones técnicas habilitadas para desempeñarse en los hospitales esta especialidad no se hallaba contemplada.

### División Anatomía Patológica

La División depende del Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento.

De la División dependen la Sección Necropsias y la Sección Citología. Ambas secciones cuentan con nombramientos formales.

El jefe del servicio ocupa el cargo con nombramiento desde el año 2000.

El servicio funciona de lunes a viernes, desde las 6:30 hasta las 17:00 hs, quedando cubierto el turno vespertino por Residentes.

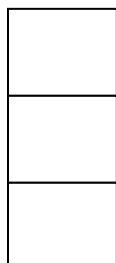
Las muestras se reciben hasta las 13:00hs al igual que la entrega de informes.

El servicio contaba desde el año 2000 con un Protocolo para el manejo de las muestras desde su recepción hasta la confección del informe. A partir de enero del 2014, con la asunción de la nueva jefa de Departamento trabajan con las “*Normas de Seguridad de los Procesos en la División Anatomía Patológica*”.

El material que ingresa al sector desde los distintos servicios del hospital para su examen está conformado por: biopsias (por punción, endoscópicas, incisionales), Piezas quirúrgicas y oncológicas; citologías (por punción de líquidos y nódulos sólidos, exfoliativas).

Dentro de este proceso se controla la correcta identificación del paciente y de los especímenes, evitando errores en el registro; la adecuada información clínica del paciente en la solicitud de estudio; y los problemas derivados de una mala fijación o transporte de la muestra, que debe ser representativa en cantidad y calidad.

Las muestras de biopsias y piezas quirúrgicas son recepcionadas en la secretaría del servicio, donde se verifica que el material haya sido remitido en forma adecuada en cuanto a rótulos de frascos, solicitudes adecuadamente confeccionadas y rubricadas, frascos con fijador y material para estudio. Se les asigna un número correlativo de protocolo con el cual se los asienta en un libro foliado y rubricado “*Libro de Registro de Biopsias*”. Allí se deja constancia del nombre y apellido del paciente, fecha de recepción, nº de historia clínica o ficha, material remitido, descripción de la muestra, edad, médico remitente y



procedencia, diagnóstico. Se rotula el contenedor y la solicitud de estudio con el mismo número de protocolo asignado en el libro.

En el caso de muestras para estudios citológicos, éstas son recibidas en la Sección Citología. Se realizan los controles de la muestra arriba mencionados y se registran los datos en un libro foliado y rubricado “*Registro de Estudios Citológicos*”.

El servicio cuenta también con un libro índice alfabético donde se registra al paciente por su nombre y apellido; se indica la fecha, n° de protocolo y procedencia de la muestra. En este libro se registran los pacientes con estudios de biopsia.

Una vez que se dio ingreso a la muestra, se procede a su análisis Macroscópico y pasa por el laboratorio para su preparación. Las láminas histológicas se adjuntan a su correspondiente solicitud de estudio/protocolo de biopsia proveniente de secretaría y se entrega al patólogo correspondiente, asentando en el libro de registro el técnico que intervino, fecha y patólogo al que se le hace entrega.

El diagnóstico anatomopatológico se registra en la boleta de protocolo de la biopsia, y se entrega a la secretaría del servicio para su carga en el software con que cuenta la División.

El equipo de auditoría al tomar vista de los libros del servicio correspondientes al período auditado, observó que no se dejaba constancia de las fechas de los resultados diagnósticos. **Observación N° 6 y 6.3**

El jefe de la División manifestó que se tomarían las medidas correctivas para su total cumplimiento. Mediante una nota fechada el 12 de marzo de 2015, el jefe del servicio indicó al personal médico de planta y a los técnicos preparadores de histología, la necesidad de asentar en los protocolos diagnósticos de Biopsias, Piezas Quirúrgicas y Exámenes Citológicos, la fecha de confección del diagnóstico.

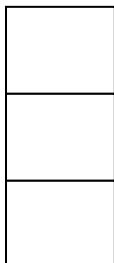
El informe se imprime y es controlado por el médico patólogo encargado del estudio. Asimismo, se asienta el diagnóstico en el libro de registro de biopsias

El sector cuenta además con un “*Libro de Despacho de Biopsias*”. En este libro (previamente numerado en forma correlativa) se vuelcan las biopsias a despachar indicando fecha y servicio donde va dirigido el informe y la persona responsable de la recepción (nombre y apellido).

El responsable del servicio manifestó que lo recomendable sería que el médico tratante fuese quien entregara el resultado del estudio al paciente. Lamentablemente, esta metodología no se puede llevar a cabo con todos los servicios, es por ello que en determinados casos es el paciente o una persona autorizada por el médico tratante quienes retiran el informe.

El responsable del servicio informó que los informes de los servicios de Neumonología y de Ginecología eran retirados por el paciente. En cambio, los informes del servicio de Gastroenterología eran retirados por personal de ese servicio.

El servicio cuenta con campana de extracción de gases tóxicos.





Con referencia a la falta de insumos, el jefe del servicio mencionó que durante el período auditado, tuvieron falta de xilol. A la fecha de la entrevista esta situación había sido subsanada.

Consultado el responsable del servicio sobre las necesidades del sector mencionó:

- Recurso humano: un Médico de planta; 3 Técnicos Evisceradores (para asegurar guardias de 24 horas todos los días para dar respuesta al nuevo protocolo de Morgues); un Técnico preparador de Histología; personal administrativo para Morgue y para la Sección citología. **Observación N°10**
- Reformas edilicias. Fueron solicitadas desde el año 2000 y reiteradas en varias oportunidades hasta la fecha de la entrevista.
- Equipamiento para el servicio (microscopio, micrótopo criostático, microscopio binocular, cámaras frigoríficas mortuorias, equipamiento informático y conexión a internet). Los pedidos fueron realizados desde el año 2006 hasta la fecha de la entrevista. **Observación N° 11 y 13**

### División Laboratorio Central

La División depende del Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento. De la misma dependen las Secciones Microbiología, Bioquímica, Hemocitología y Laboratorio de Urgencia. Todas las Secciones cuentan con jefe nombrado.

El jefe de la División ocupa el cargo con nombramiento formal desde el año 2006. Es además, coordinador de la Red de Laboratorio y coordinador del Programa de Pesquisa Neonatal ambos pertenecientes al Ministerio de Salud de la CABA.

La Sección Microbiología se encuentra organizada en 4 áreas de trabajo:

- Área de Bacteriología
- Área de Serología
- Área de Parasitología
- Área de Micología.

La Sección Hemocitología se encuentra organizada en dos áreas de trabajo:

- Área de Hemogramas y Eritrosedimentación
- Área de Coagulación

La Sección de Bioquímica se encuentra organizada en cuatro áreas de trabajo:

- Área preanalítica: separación de sueros
- Área de Química
- Área de Orinas
- Área de Proteínas

Con referencia a las prestaciones que realizan para el Programa de Pesquisa Neonatal, las muestras que derivan las 12 maternidades del GCBA, se analizan en el Área de Pesquisa Metabólica. Dicho sector se encuentra organizado en dos áreas de trabajo:

- Área de Pesquisa de Endocrinopatías
- Área de Metabolismo

Este sector del laboratorio actualmente funciona como área de Trabajo pero el jefe de la División manifestó que por el caudal de trabajo que recibía ese sector debería contar con el rango de Sección.

EL servicio funciona lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs

El laboratorio funciona mediante turnos programados y turnos espontáneos. Cuentan con una Ventanilla de turnos ubicada en la PB del hospital. Es una ventanilla exclusiva para el Laboratorio Central.

El responsable del servicio informó que a la fecha de la entrevista, la demora para el acceso a los turnos programados era de aproximadamente 20 días. La demora se debía a la falta de insumos para la realización de los estudios. Se priorizaba la internación y los pacientes de urgencia.

Con respecto al por qué de la falta de insumos, informó que se debía a que en el hospital funcionaban 4 laboratorios, 2 de ellos con dependencia del Depto de Medicina (Endocrinología y Hematología) y el tercero, la Sección de Laboratorio Inmunológico que depende del Depto. de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento. En el presupuesto del Hospital Durand figura un solo inciso para los 4 laboratorios. Estos laboratorios no cuentan con una coordinación siendo muy dificultosa la administración del presupuesto asignado.

Los pacientes oncológicos que se encuentren bajo tratamiento concurren sin turno. Aquellos pacientes donde se sospechara que podrían ser pacientes oncológicos se les da turno de forma preferencial.

Dispone además, de una Ventanilla de recepción. Funciona de lunes a viernes desde las 06:00 hasta las 17:00hs. Esta ventanilla se encuentra ubicada en el 2° piso donde se halla el Laboratorio. Cuenta con una ventanilla exclusiva para embarazadas y pacientes oncológicos, una para la entrega de informes y el resto para el público en general.

Los resultados de los estudios para pacientes ambulatorios demoran 72hs. Para pacientes internados menos de 3hs y en el caso de Urgencia en menos de 1 hora están los resultados

Con respecto al equipamiento, el jefe del servicio informó que el equipamiento principal se encontraba en comodato. El mantenimiento de los mismos estaba a cargo de cada empresa. El mantenimiento se hacía más dificultoso cuando se trataba de la reparación o reposición de equipamiento menor (centrífugas, heladeras, estufas, etc). En general, la reparación la pagaban a través de la Cooperadora o por conocimiento de la empresa encargada de la reparación. **Observación N° 11**

El hospital recibió del Programa de Pesquisa Neonatal un Espectrómetro de Masa en Tandem. Este equipo forma parte del patrimonio del Hospital Durand motivo por el cual corresponde al mismo su mantenimiento. La garantía de este equipo venció en el mes de marzo del 2015 y a la fecha de la entrevista se encontraba aún sin la contratación del servicio de mantenimiento.

**Observación N° 11**

Con referencia a las determinaciones que hacían al objeto de esta auditoría (SOMF y marcadores tumorales), el responsable del servicio informó que no tenían dificultades para la realización de las mismas.

Consultado sobre las necesidades del servicio, el jefe del sector mencionó la importancia de contar con 4 Técnicos en Laboratorio para el Laboratorio Central, 2 para el turno mañana y 2 para el turno tarde. Asimismo, el nombramiento de 3 Bioquímicos y 3 Técnicos para el Laboratorio de pesquisa. A la fecha de la entrevista, éste último funcionaba con profesionales con suplencias de guardia.

Personal administrativo, dado que 3 de ellos no reúnen los requisitos necesarios para dar respuesta a las necesidades del servicio. **Observación N°9**

### División de Diagnóstico por Imágenes

La División de Diagnóstico por Imágenes depende del Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento.

La jefa de División ocupa el cargo desde el año 2011.

Este sector no cuenta con unidades ni secciones bajo su dependencia.

El servicio funciona, para la atención al público, de lunes a viernes de 7:00 a 16:00 horas.

Los pacientes ingresan al servicio por demanda espontánea o por turno programado:

- Turnos programados: los turnos son otorgados en el servicio de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs. Los estudios que requieren turno programado son: mamografías, ecografías, estudios con contraste, doppler de miembros inferiores y superiores, punciones tiroideas. Se otorgan aproximadamente entre 50 y 60 turnos diarios para Rx; 20 turnos para ecografía y 15 turnos para mamografía.

La jefa del servicio informó que la demora en el turno para las mamografías oscilaba los 20 días.

El servicio atiende pacientes del Hospital Durand y de otros efectores de la CABA.

Los pacientes de los Centros de Salud del área programática del hospital concurren al servicio con la orden y se les otorga un turno. La jefa del servicio mencionó que se estaba trabajando para que esos pacientes pudiesen acceder al turno para los estudios radiológicos y ecográficos en el centro de salud.

- Demanda espontánea: se atiende a los pacientes que concurren de la Guardia o de Consultorios Externos.

- Pacientes internados: los estudios se realizan por la mañana.

Los informes de las mamografías se entregan a la semana de realizado el estudio. En el caso de las ecografías se entregan en el día. Las placas sin informe se entregan en el momento y si requieren del mismo a los 3 días.

Para los estudios contrastados, una vez finalizado el mismo se entrega un CD al paciente.

Los informes se entregan de forma manuscrita dado que el servicio carece de impresora y de personal para su confección. No queda copia de los informes emitidos. **Observación N° 13**

La responsable del servicio informó que se había realizado el concurso para la incorporación de 2 médicos y a la fecha de la entrevista se encontraba a la espera de su nombramiento efectivo. Asimismo, se encontraba en proceso el llamado a concurso de un médico para pediatría.

El servicio cuenta con equipamiento digital y convencional. Poseen un mamógrafo convencional y uno digital indirecto. Durante el período objeto de esta auditoría (julio del 2012 a junio del 2013) solo contaban con el mamógrafo convencional.

La jefa de Departamento manifestó que dado que ocupa el cargo desde Octubre del 2013 carece de información suficiente con respecto al equipamiento disponible en el servicio durante el periodo auditado.

En cuanto a las necesidades del servicio, se informó la importancia de contar con equipamiento informático actualizado, dado que el sector cuenta con una sola computadora que es muy antigua, además carece de impresora. La jefa computadora que utiliza la jefa del área es de su propiedad. **Observación N°13**

### Proyecto Centro Endoscópico

Dentro de la reforma edilicia del hospital Durand, en el *Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) BIRF-PNUD ARG/94/012* se encuentra contemplada la creación de un Centro Endoscópico.

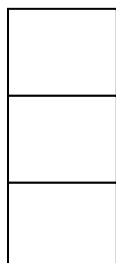
El plan abarcaba la remodelación del Subsuelo, Planta Baja, Primer, Segundo, Tercer, Cuarto y Quinto Piso Centro Médico Complementario (CMC) y del Centro Médico Quirúrgico (CMQ). El diseño de la obra comenzó en el año 1997 aproximadamente. Los planos se aprobaron el 24/08/1999.

En el año 2000 finalizó la obra del 2do Piso, realizando una entrega parcial y se habilitó el Laboratorio Central y los servicios de Hemoterapia y Oncología. La empresa contratada por el PRESSAL para ejecutar la obra, en el año 2002, con un estado de avance para entregar la Terapia Intensiva y Unidad Coronaria ubicada en el 1er Piso, quebró y no se hizo entrega de esas áreas.

En el año 2007 se retoma el proyecto pero se desafectó el Subsuelo y la Planta Baja. Se finaliza la obra desde el 1ero al 5to Piso del Centro Médico Complementario y del Centro Médico Quirúrgico.

Consultada la Arquitecta del hospital en referencia a la construcción del Centro Endoscópico informó que la Dirección continúa teniendo entre sus prioridades la remodelación del Subsuelo y la Planta Baja. Al no finalizarse el proyecto PRESSAL, estos pisos quedaron sin remodelación y finalización de obra.

El Centro Endoscópico estaba proyectado en el Subsuelo ocupando una superficie aproximada de 247 m<sup>2</sup>, contigua al área de Diagnóstico por Imágenes. De este último servicio también estaba planificado su traslado al



subsuelo con el consecuente mejoramiento de su estructura edilicia, pero al cierre de las tareas de campo esta modificación no se había llevado a cabo.

## 5) Estadísticas

En base a la información estadística adjuntada por los distintos servicios objeto de esta auditoría y dada la disparidad entre sí, se confeccionaron los siguientes cuadros por efector:

### - Gastroenterología

Hospital Fernández	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
<b>Consultorio Externo</b>	434	444	555	475	524	570	716	406	477	572	624	672	<b>6469</b>
<b>Exámenes Endoscópicos Videocolonoscopias*</b>	27	42	42	30	39	41	43	3	11	16	40	37	<b>371</b>

Fuente: División Gastroenterología Htal. Fernández.

\*Todas con anestesia

Hospital Santojanni	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
<b>Consultas</b>	1644	1525	1185	1590	1605	1481	1144	1495	1166	1026	1187	1126	<b>16174</b>
<b>VEDAS<sup>21</sup></b>	162	171	171	108	173	169	126	150	142	148	156	162	<b>1828</b>
<b>Colonoscopias</b>	48	46	60	49	50	42	38	45	41	42	48	54	<b>563</b>
<b>CPRE<sup>22</sup></b>	7	5	4	2	5	6	2	4	1	6	4	5	<b>51</b>

Fuente: División Gastroenterología Htal. Santojanni

Hospital Durand	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
<b>Consultorio Externo</b>	826	771	726	651	614	580	659	500	491	697	723	739	<b>7977</b>
<b>Exámenes Endoscópicos Videocolonoscopias*</b>	29	43	43	51	38	49	45	51	72	40	79	53	<b>593</b>
<b>Rectosigmoideoscopia</b>	7	3	6	4	7	4	4	4	15	20	14	10	<b>98</b>

<sup>21</sup> VEDAS: Videoendoscopia Digestiva Alta.1

<sup>22</sup> CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

<b>Argon Plasma</b>	0	0	0	1	1	2	0	5	0	0	1	0	<b>10</b>
<b>Coagulación</b>													
<b>Polipectomías</b>	35	19	17	21	31	25	33	27	66	52	32	32	<b>390</b>
<b>Mucosectomías</b>	1	1	0	1	3	4	0	2	1	0	3	1	<b>18</b>
<b>Tinta China</b>	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	<b>5</b>
<b>Clip</b>	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	<b>2</b>
<b>Biopsias</b>	0	15	12	19	10	0	5	12	4	5	9	10	<b>101</b>

Fuente: División Gastroenterología Htal. Durand

### División Ginecología

Hospital Fernández	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
<b>Punciones Bajo Ecografía</b>	-												
<b>Citológicas</b>	16	23	13	21	17	18	25	20	26	27	23	20	<b>249</b>
<b>Histológicas</b>	6	5	3	2	2	1	3	0	2	2	3	6	<b>35</b>
<b>Citológicas</b>	7	10	5	8	17	10	13	6	9	12	16	9	<b>122</b>
<b>Histológicas</b>	3	5	4	4	6	9	6	5	7	3	2	6	<b>60</b>

Fuente: División Ginecología Htal. Fernández

Hospital Santojanni	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
<b>Pacientes Atendidos</b>	187	145	199	212	160	147	178	138	184	224	249	225	<b>2248</b>
<b>Punciones Bajo Ecografía*</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<b>Punciones Sin Ecografía</b>	41	46	49	27	25	29	22	21	32	25	29	29	<b>375</b>
<b>Punch de Piel</b>	6	5	5	4	3	8	2	4	4	3	3	3	<b>50</b>

Fuente: División Ginecología Htal. Santojanni

\*Las prácticas con guía ecográfica fueron implementadas desde el segundo semestre del 2013.

Hospital Durand	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
<b>Pacientes Atendidos</b>	3141	3287	3063	3372	3382	2478	2854	1837	2613	2841	2705	2652	<b>34225</b>

Pacientes Atendidos Patología Mamaria	160	142	149	174	174	127	32	68	114	167	146	130	<b>1583</b>
Punciones Sin Ecografía	1	0	25	2	0	3	-	-	-	-	-	-	<b>31</b>
Punciones Con aguja fina							1	0	2	0	2	0	<b>5</b>
Ecografía Mamaria	7	53	60	47	56	59	57	42	92	82	107	155	<b>817</b>

### Sección Neumonología

Hospital Fernández	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Consultas Ambulatorias	345	360	235	245	230	215	196	213	240	310	280	240	<b>3109</b>
Interconsultas Internados	320	320	250	265	242	200	215	240	257	296	360	280	<b>3245</b>
Espirometrías Ambulatorias	480	510	475	356	362	350	324	356	360	395	430	(DT) <sup>23</sup>	<b>4398</b>
Espirometrías Internados	325	290	197	260	246	252	230	215	235	210	310	(DT)	<b>2770</b>
Medición Pulmonares	42	30	24	27	25	6 (FI) <sup>24</sup>	(NFI) <sup>25</sup>	(NFI)	14	12	25	(NFI)	<b>205</b>
Difusión de Monóxido	42	30	24	27	25	6 (FI)	(NFI)	(NFI)	14	12	25	(NFI)	<b>205</b>
Medición de Presiones	42	30	24	27	25	6 (FI)	(NFI)	(NFI)	14	12	25	(NFI)	<b>205</b>
Oximetría de Pulso	50	55	56	40	45	20	25	20	30	45	40	25	<b>451</b>
Determinación de Gases	22	10	10	20	45	15	10	15	15	10	20	12	<b>204</b>
Test de Metaconina	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	<b>0</b>
Test de Caminata	25	35	7	12	10	10	10	10	10	6	21	15	<b>171</b>
Fibrobroncoscopia	30	30	22	27	24	32	24	15	34	27	33	29	<b>327</b>

Fuente: Sección Neumonología Htal. Fernández.

Hospital Santojanni	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
1era vez TM	70	69	89	110	29	24	42	84	66	93	164	192	1032
Ulteriores TM	325	283	193	321	172	44	90	124	243	314	327	286	2722
1era vez TT	8	16	11	8	0	0	0	0	0	5	12	0	60
Ulteriores TT	13	29	20	11	0	0	0	0	0	2	3	0	78
Oximetrías de pulso	74	73	52	95	48	0	3	1	0	14	100	86	546

<sup>23</sup> DT: Suspendidas por desperfecto técnico

<sup>24</sup> FI: Por Falta de Insumo.

<sup>25</sup> NFI: No se realiza por falta de insumos

Espirometrías	104	26	90	107	48	1	36	54	87	125	111	138	927
Entrenamiento aerosolterapia	83	76	60	88	54	0	22	48	84	118	102	98	833
Fibrobroncoscopía	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
Test caminata 6 minutos	2	2	3	1	2	0	0	1	2	2	0	3	18
Rehabilitación respiratoria	5	9	15	9	3	0	0	1	2	2	1	0	47
Gasometrías	16	2	0	6	2	2	0	8	12	0	6	6	60
Interconsultas	3	12	12	15	11	5	10	8	12	5	1	14	108

Fuente: Sección Neumonología Htal. Santojanni

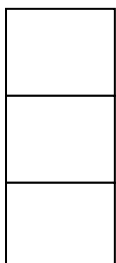
Hospital Durand	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Pacientes Atendidos	913	966	881	896	808	463	657	723	657	852	881	613	9310
Broncoscopia Bajo Anestesia	12	13	11	10	11	8	7	5	7	9	8	10	111
Funcional respiratorio	202	215	202	210	205	181	159	123	156	173	192	205	2223
Punción Pleural Simple	16	17	17	17	14	12	9	6	9	8	9	12	146
Punción Biopsia de Pleura	17	19	16	13	10	12	7	5	8	10	8	9	134
Punción Pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecografía	56	37	49	43	40	33	29	22	25	26	24	24	408

Fuente: Sección Neumonología Htal. Durand

### División Laboratorio de Análisis Clínicos

Hospital Fernández	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Alfafetoproteinas	41	27	29	32	38	38	25	30	32	35	44	33	404
Ca 125 marcador de ovario	15	22	26	36	23	23	38	28	27	49	22	19	328
Ca 15-3 marcador de mama	27	22	20	24	18	20	34	15	28	30	17	23	278
Ca 19-9 marcador para tubo digestivo	43	40	55	59	50	40	49	39	46	49	49	50	569
Cea (antígeno carcinoembriogenico)	55	57	65	63	59	56	61	52	65	70	66	62	731
Sangre oculta en materia fecal	12	8	10	19	17	11	13	10	11	9	13	19	152

Fuente: División Laboratorio de Análisis Clínicos Htal. Fernández





Hospital Santojanni	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Alfafetoproteinas	29	21	16	23	27	19	35	14	20	28	28	21	281
Ca 125 marcador de ovario	26	29	18	30	30	36	22	19	29	42	39	35	355
Ca 15-3 marcador de mama	20	24	27	22	31	31	22	20	32	37	26	25	317
Ca 19-9 marcador para tubo digestivo	48	45	56	66	69	42	57	43	42	73	59	46	646
Cea (antígeno carcinoembriogenico)	57	57	70	79	78	49	58	52	62	89	78	57	786
Sangre oculta en materia fecal	380						370						750

Fuente: División Laboratorio de Análisis Clínicos Htal. Santojanni

Hospital Durand	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Alfafetoproteinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ca 125 marcador de ovario	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ca 15-3 marcador de mama	38	36	58	22	82	53	55	23	38	38	27	50	520
Ca 19-9 marcador para tubo digestivo	79	81	96	75	32	96	131	84	91	92	64	100	1021
Cea (antígeno carcinoembriogenico)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sangre oculta en materia fecal	12	16	12	18	10	13	21	14	20	28	34	22	220

Fuente: División Laboratorio de Análisis Clínicos Htal. Durand.

- División Diagnóstico por Imágenes

Hospital Fernández	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Colon	0	0	0	0	15	25	24	46	22	0	0	13	105
Doppler	93	65	75	100	50	66	68	48	67	91	46	96	416
Punciones	7	18	13	27	10	13	18	9	21	24	20	21	113
Mamografías	205	260	144	200	148	140	117	170	238	269	276	246	1316
TAC prestaciones	158	285	290	308	341	202	343	416	291	294	376	309	2029
TAC pacientes	122	195	181	182	207	199	200	229	179	170	225	192	2281

Fuente: División Diagnóstico por Imágenes Htal. Fernández.

Hospital Santojanni	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Estudios con contraste	55	65	51	72	56	8	33	31	38	42	81	57	305
Doppler	78	79	48	108	40	45	92	95	87	87	102	82	398
Ecografías	879	718	884	1016	1046	831	804	885	901	1041	1179	983	5374
Mamografía	300	317	312	322	338	309	268	214	224	165	357	308	1898
Ecografía mamaria	89	68	103	117	97	81	73	109	138	116	135	88	555
Tomografía internado	(1)	(1)	89	251	227	S/D	236	265	178	191	211	S/D	1648
Tomografía ambulatorio	(1)	(1)	23	80	120	S/D	149	293	238	272	354	S/D	1529
Tomografía guardia	Ídem	ídem	164	235	342	293	262	295	364	344	335	427	1034

Fuente: División Diagnóstico por Imágenes Htal. Santojanni,  
 (1) El equipo se encontraba fuera de servicio.

Hospital Durand	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Estudios Simples	194 2	232 9	197 5	238 5	177 2	1776	1568	1240	1559	1627	2126	1426	2172 5
Mamografías	262	272	84	387	174	-	112	123	172	143	193	143	2065
Ecografía	247	277	201	393	396	366	296	366	405	377	460	611	4395
RX Guardia	213 5	227 3	228 2	233 4	219 1	1922	1895	1743	2006	1951	2231	1778	2474 1
TAC	193 6	188 6	181 5	183 5	166 5	1534	1895	1743	2006	1951	2231	1778	2227 5

Fuente: División Diagnóstico por Imágenes Htal. Durand

## 6) Recurso Humano

### - División Gastroenterología

Recurso Humano	Hospital Fernández	Hospital Santojanni	Hospital Durand
Médicos	11	7	10
Médicos Residentes	-	-	7
Enfermeras	3	2	2
Aux. Enfermería	-	-	3
Administrativo	-	-	3*

\*1 voluntario

### - División Ginecología

Recurso Humano	Hospital Fernández	Hospital Santojanni	Hospital Durand
Médicos	11	17	33
Lic. Enfermería	-	-	1
Enfermeras	-	-	6
Aux. Enfermería	-	-	9
Administrativo	-	-	1

- Sección Neumonología

Recurso Humano	Hospital Fernández	Hospital Santojanni	Hospital Durand
Médicos	6	5*	4
Lic. Enfermería	1	-	-
Enfermeras	6	-	1
Administrativo	-	-	1

\*2 con Licencia médica prolongada (uno de los médicos desde el 26/09/14 y el restante desde el 22/10/14). Un médico se encuentra en Comisión en el Hospital Tournú desde el año 2008.

- División Anatomía Patológica

Recurso Humano	Hospital Fernández	Hospital Santojanni	Hospital Durand
Médico Patólogo	9	7	8
Médicos Residentes	-	6	7
Histotécnico	6	5	4
Citotécnico	2		2
Auxiliar Anfiteatro/ Tec. Eviscerador	4		5
Administrativos	2	2	2

- División Laboratorio de Análisis Clínicos

Recurso Humano	Hospital Fernández	Hospital Santojanni	Hospital Durand
Bioquímicos	24	33	21
Bioquímicos Guardia	14		14
Bioquímicos Residentes	-	-	7
Técnicos	22	23	15
Ayudante de Laboratorio	-	-	2
Administrativos	5	6	10
Aux. Administrativo			1
Camillero			1

- División Diagnóstico por Imágenes

Recurso Humano	Hospital Fernández	Hospital Santojanni	Hospital Durand
Médico de Planta	10	15	2
Médico de Guardia	10		
Técnico Radiólogo	45	42	20
Lic. Enfermería	-	-	1
Enfermero	6		
Administrativo	4		2
Camillero			1

## VI) PROCEDIMIENTOS

### 1) Procedimiento Anatomía Patológica

Se procedió a realizar un relevamiento en los libros de prácticas de Anatomía Patológica a los efectos de recopilar los datos de las muestras analizadas de los órganos objeto de esta auditoría (pulmón, mama y colon).

Los datos fueron extraídos de los libros de Biopsias y Citología, y de las boletas de protocolo.

Se recopilaron los datos de las muestras registradas en los libros mencionados desde el 1 de julio del 2012 hasta el 30 de junio del 2013.

No fueron consideradas las biopsias de muestras obtenidas por procedimientos quirúrgicos post diagnóstico del paciente (mastectomía, colectomía, tumores, entre otros). Los registros considerados para este procedimiento fueron de pacientes ambulatorios y de aquellos que condujeran al diagnóstico de la patología en estudio.

### a) Hospital Santojanni

Las muestras ingresan al servicio de Anatomía Patológica acompañados de una Boleta de pedido del estudio. Estas Boletas son confeccionadas por el servicio que realiza la toma de muestra.

En Anatomía Patológica se registran en el Libro de Biopsias o de Citología según corresponda. Se deja constancia de los siguientes datos: servicio del que proviene la muestra, nombre y apellido del paciente, tipo de muestra, cantidad de muestras, fecha de ingreso, resultado y la fecha del mismo.

Se procedió a recopilar los datos correspondientes a estudios anatomopatológicos relacionados con el diagnóstico de patologías como cáncer de mama, de colon y de pulmón.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Órgano Estudio	Pulmón*			Colon			Mama		
	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)
Biopsias	9	3	12	59	81	140	56	38	94
Citología	6	10	16	-	-	-	31	17	49
TOTAL por año	15	13	<b>28</b>	59	81	<b>140</b>	87	55	<b>142</b>

(1) Del 1/07/2012 al 31/12/2012.

(2) Del 01/01/2013 al 30/06/2013.

\*De una misma práctica se realizó un estudio de biopsia y uno de citología.

Los servicios donde se realizaron las prácticas que generaron las muestras en estudio fueron los siguientes:

#### - Muestras de Pulmón

	Neumonología	Clínica Medica	Diagnóstico por Imágenes	Cirugía	S/D	TOTAL
2012	2	3	3	-	3	11
2013	-	6	-	5	2	13
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>28</b>

Neumonología fue el servicio que menos derivaciones de muestras realizó en el período auditado.

- Muestras de Colon

	Gastroenterología	Cirugía	Ginecología	Urología	Pat. Cervical	Diag. por Imágenes	UTI	S/D	TOTAL
2012	52	5	1	-	-	-	-	1	59
2013	65	6	-	1	1	1	1	6	81
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>140</b>

Gastroenterología es el principal servicio donde se realiza la práctica diagnóstica.

- Muestras de Mama

	Patología Mamaria	Ginecología	Pat. Cervical	Cirugía	Otros	S/D	TOTAL
2012	46	24	1	1	10	4	86
2013	31	10	-	3	6	6	56
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>142</b>

Patología Mamaria es el que más prácticas de diagnóstico realiza, le sigue Ginecología.

De 310 muestras analizadas, el 7% (22) no consta el servicio que originó la muestra. **Observación N° 6 y 6.1**

Se realizó el cálculo del tiempo de demora desde que la muestra ingresó al servicio de Anatomía Patológica y se obtuvo el diagnóstico definitivo. Para el análisis se tomaron las muestras con el dato de fecha de diagnóstico consignada en libros y/o boletas de Anatomía Patológica: 15 de Pulmón, 134 de Colon y 114 de Ginecología. El promedio, en días, según el tipo de muestra fue de:

	Pulmón	Colon	Mama
Promedio en días	7.23	9	10
Máximo	18	58	97
Mínimo	2	1	1

Las muestras sin fecha de diagnóstico en alguno de los registros analizados fueron 47 (13 Pulmón, 6 de Colon y 28 de Mama.)

**Observación N°6 y 6.1**

	Pulmón	Colon	Mama
%	46	4	20

Con respecto al diagnóstico de las muestras analizadas se observó que solo en 2 casos del total, el mismo no fue consignado en los libros de Anatomía Patológica: 1 de Colon y 1 de Mama (0,65% del total). **Observación N°6 y 6.1**

En cuanto a la consignación de los datos necesarios para la identificación del paciente (N° de DNI o de Ficha de Consultorio Externo), se encontraron los siguientes datos de las muestras analizadas:

	Con N° DNI	Sin N° DNI	Con N° Ficha/ HC <sup>26</sup>	Sin N° Ficha/ HC
<b>Pulmón</b>	8	11	6	15
<b>Colon</b>	31	109	0	140
<b>Mama</b>	99	31	12	130

En el hospital las Fichas de Consultorio Externo se archivan por N° de DNI. Este dato se consigna en 138 muestras (45%). **Observación N°6 y 6.1**

Los registros sin N° de DNI y sin N° de Ficha/ HC por tipo de muestra fueron:

	Pulmón	Colon	Mama
<b>Sin N° DN (%)</b>	39 %	78 %	22 %
<b>Sin N° Ficha/HC (%)</b>	55 %	100 %	92 %

### b) Hospital Fernández

Las muestras ingresan al servicio de Anatomía Patológica acompañados de una Boleta de pedido del estudio. Estas Boletas son confeccionadas por el servicio que realiza la toma de muestra.

Los datos son registrados en el Libro de Biopsias o de Citología según corresponda, otorgándole un N° de protocolo. Se deja constancia de: servicio del que proviene la muestra, nombre y apellido del paciente, tipo de muestra, órgano al cual pertenece, cantidad de muestras, fecha de ingreso, si el paciente se encuentra internado o es ambulatorio, resultado y la fecha del mismo. Los Libros de Anatomía Patológica no contemplan en su diseño el registro del diagnóstico. Fue necesario buscar el dato en las boletas de protocolo del total de las muestras. **Observación N° 6 y 6.2**

Se procedió a recopilar los datos correspondientes a estudios anatomopatológicos relacionados con el diagnóstico de patologías como cáncer de mama, de colon y de pulmón.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Órgano Estudio	Pulmón			Colon			Mama		
	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)
<b>Biopsias</b>	9	4	13	97	83	180	37	130	167

<sup>26</sup> HC: Historia Clínica

<b>Citología</b>	49	41*	90	-	-	-	33	148	181
<b>TOTAL por año</b>	58	45	103	97	83	180	70	278	348

(1) Del 1/07/2012 al 31/12/2012.

(2) Del 01/01/2013 al 30/06/2013.

\*De una misma práctica se realizó un estudio de biopsia y uno de citología.

Los servicios donde se realizaron las prácticas que generaron las muestras en estudio fueron los siguientes:

- Muestras de Pulmón

	Neumonología	Clínica Médica	TAC	Otros	S/D	TOTAL
2012	12	34	7	2*	3	58
2013	11	22	6	2**	3	44
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>102</b>

\*Ginecología (1); Obstetricia (1)

\*\*Endocrinología (1); Infectología (1)

Neumonología derivó el 22% de muestras y período analizado.

- Muestras de Colon

	Gastroenterología	Proctología	Oncología	TOTAL
2012	95	2	-	97
2013	74	8	1	83
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>180</b>

Gastroenterología es el principal servicio donde se realiza la práctica diagnóstica.

- Muestras de Mama

	Patología Mamaria	Ginecología	RX	TOTAL
2012	135	25	7	167
2013	159	17	5	181
<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>348</b>

Patología Mamaria es el servicio que más prácticas de diagnóstico realiza, entre las cuales se contaron aquellas muestras registradas en el libro de citología de mamas.

De 631 muestras analizadas el 1% (6) no consta el servicio que originó la muestra. **Observación N°6 y 6.2**

Se realizó el cálculo del tiempo de demora desde que la muestra ingresó al servicio de Anatomía Patológica y se obtuvo el diagnóstico definitivo. Para el análisis se tomaron las muestras con el dato de fecha de diagnóstico consignada en libros y/o boletas de Anatomía Patológica: 5 de Pulmón, 104 de

Colon y 70 de Ginecología. El promedio, en días, según el tipo de muestra fue de:

	Pulmón (1)	Colon	Mama (2)
Promedio en días	13	11	10
Máximo	23	64	26
Mínimo	10	1	2

(1) El promedio se calculó con el dato de 4 pacientes

(2) El libro de citología no consignaba la fecha del informe.

Las muestras sin fecha de diagnóstico en alguno de los registros analizados fueron 380: 98 Pulmón, 4 de Colon y 278 de Mama. **Observación N° 6 y 6.2**

El porcentaje de protocolos sin fecha de diagnóstico fue:

	Pulmón	Colon	Mama
%	96	2	80

Con respecto al diagnóstico de la muestra analizada se observó que solo en 19 casos del total no se hallaba consignado en los libros de Anatomía Patológica, 12 pertenecían a Pulmón y 7 a Colon (3% del total). **Observación N°6 y 6.2**

En cuanto a la consignación de los datos necesarios para la identificación del paciente (N° de DNI o de Ficha de Consultorio Externo), se encontraron los siguientes datos de las muestras analizadas:

	Con N° DNI	Sin N° DNI	Con N° Ficha/ HC	Sin N° Ficha/ HC	Con N°DNI y N°HC
Pulmón	17	44	37	44	4
Colon	129	45	2	45	4
Mama	31	317	264	53	-

En 406 (64%) no se consigna N° de DNI para acceder a la ficha de Consultorios Externos. **Observación N° 6 y 6.2**

En 142 (23%) no se consigna N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica. **Observación N° 6 y 6.2**

En el Hospital se accede a las fichas de consultorio externo con el N° de DNI y/o N° de Ficha.

Los registros sin N° de DNI y sin N° de Ficha/ HC por tipo de muestra fueron:

	Pulmón	Colon	Mama
Sin N° DN	43%	25%	91%
Sin N° Ficha/HC	43%	25%	15%

### c) Hospital Durand

Las muestras ingresan al servicio de Anatomía Patológica acompañados de una Boleta de pedido del estudio. Estas Boletas son confeccionadas por el servicio que realiza la toma de muestra.



Los datos son registrados en el Libro de Biopsias o de Citología según corresponda. Se deja constancia de los siguientes datos: fecha de recepción. N° de Protocolo (es correlativo y no se interrumpe con el cambio de año), nombre y apellido del paciente, servicio del que proviene la muestra, material remitido, cantidad de muestras, médico remitente, edad, resultado. En el hospital en los libros de citología no se registra el servicio de procedencia de la muestra. **Observación N° 6 y 6.3**

Se procedió a recopilar los datos correspondientes a estudios anatomopatológicos relacionados con el diagnóstico de patologías como cáncer de mama, de colon y de pulmón.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Organo Estudio	Pulmón			Colon			Mama		
	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)	2012 (1)	2013 (2)	(1)+(2)
<b>Biopsias</b>	24	14	38	162	170	332	31	21	52
<b>Citología</b>	110	80	190	-	-	-	66	55	121
<b>TOTAL por año</b>	<b>134</b>	<b>94</b>	<b>228</b>	<b>162</b>	<b>170</b>	<b>332</b>	<b>97</b>	<b>76</b>	<b>173</b>

(1) Del 1/07/2012 al 31/12/2012.

(2) Del 01/01/2013 al 30/06/2013.

Los servicios donde se realizaron las prácticas que generaron las muestras en estudio fueron los siguientes:

- Muestras de Pulmón

	Neumonología	Clínica Médica	TAC	Geriatría	S/D	TOTAL
<b>2012</b>	8	8	3	1	114	134
<b>2013</b>	7	3	1	1	82	94
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>196</b>	<b>228</b>

Neumonología derivó casi un 7% del total de muestras analizadas. Un 86% de las muestras de Pulmón no poseen el dato del servicio de donde proviene dado que en el libro de citología dicho dato no se consigna. Del total de muestras de pulmón (228) un 83% corresponde a citología. **Observación N° 6**

- Muestras de Colon

	Gastroenterología	Proctología	Oncología	Urología	Clínica Médica	S/D	Ilegible	TOTAL
<b>2012</b>	159	1	1	-	-	1	-	162
<b>2013</b>	153	1	-	1	1	13	1	170
<b>TOTAL</b>	<b>312</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>332</b>

Gastroenterología es el servicio que más muestras derivó a Anatomía Patológica.

- Muestras de Mama

	Patología Mamaria	Ginecología	Otros*	S/D	TOTAL
2012	1	24	6	66	97
2013	-	18	-	58	76
<b>TOTAL</b>	1	42	6	124	173

\*Otros: Pat. Cervical; Clínica Médica, Geriatria; Oncología.

Patología Mamaria solo figura como remitente en 1 de las muestras analizadas. Tal como con las muestras de Pulmón, las muestras sin dato son del libro de citología en donde ese dato no se consigna. **Observación N° 6**

De 773 muestras analizadas en un 45% (348) no consta el dato del servicio que originó la muestra. **Observación N° 6 y 6.3**

No fue posible conocer el tiempo de demora entre el ingreso de la muestra al servicio de Anatomía Patológica y la confección del informe atento que el servicio no deja registro de este dato. No obstante ello, ante la observación de esta auditoría sobre este punto, este sector comenzó a registrar en sus libros la fecha de confección de los informes. **Observación N° 6 y 6.3**

Con respecto al diagnóstico de la muestra analizada se observó que solo en un caso del total no se pudo dar con el dato, dado que el mismo era ilegible. Este dato pertenecía a Pulmón (0,1% del total).

En cuanto a la consignación de los datos necesarios para la identificación del paciente (N° de DNI o de Ficha de Consultorio Externo), se encontraron los siguientes datos de las muestras analizadas:

	Con N° DNI	Sin N° DNI	Con N° Ficha/ HC	Sin N° Ficha/ HC
Pulmón	22	206	153	75
Colon	5	327	138	194
Mama	8	165	85	88

En el hospital se accede a la Ficha de Consultorio con N° de DNI o N° de Ficha, el que se compone de los 4 últimos números del documento de identidad.

En 357 (49%) de las muestras no se consigna el dato de la Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica. **Observación N° 6 y 6.3**

Los registros sin N° de DNI y sin N° de Ficha/ HC por tipo de muestra fueron:

	Pulmón	Colon	Mama
Sin N° DN	90 %	99 %	95 %
Sin N° Ficha/HC	33 %	58 %	51 %

Días de demora desde el ingreso de la muestra al servicio de Anatomía Patológica hasta la fecha de diagnóstico.

Hospital	Pulmón		Colon		Mama	
	Casos	Promedio (días)	Casos	Promedio (días)	Casos	Promedio (días)
Santojanni	15	7.23	134	9	114	10
Fernández	5	13	104	11	70	10
Durand	S/D					

## 2) Análisis de las Fichas de Consultorios Externos e Historias Clínicas

A los efectos de analizar el tiempo transcurrido entre la indicación de una práctica de diagnóstico y el cumplimiento de la misma fue necesario determinar la cantidad de muestras a seleccionar para luego solicitar las fichas a Consultorio Externo. Se aplicó la fórmula estadística utilizada en los proyectos de auditoría, con un delta del 10% y alfa del 5% (intervalo de confianza del 95%). Esta fórmula no es aplicable cuando la muestra es menor a 45. En ese caso, se analiza el total de la muestra.

La falta de registro en los libros de biopsia, de citología y/o en las boletas de protocolo de pedido de estudio a Anatomía Patológica limitó la selección de la muestra solo a los pacientes que contaban con el dato de N° de DNI y/o N° de ficha /HC. Asimismo, al ser manuscritos existe la limitación de que ocurran errores de interpretación. **Observación N° 7**

La aplicación de la muestra dio como resultado que debían solicitarse en total la cantidad de Fichas de Consultorio Externo según sea de Pulmón, Colon o Mama.

	Hospital Santojanni	Hospital Fernández	Hospital Durand	Total
Pulmón	28	58	68	154
Colon	57	63	75	195
Mama	57	71	62	190
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>192</b>	<b>205</b>	<b>539</b>

En los hospitales Fernández y Durand se procedió a solicitar, en cada uno de los servicios auditados, las Fichas correspondientes de los pacientes seleccionados en la muestra.

En el caso del Hospital Santojanni la solicitud de las Fichas seleccionadas se realizó al sector de Consultorios Externos atento que el hospital cuenta con un sistema de Fichas de Consultorio Externo única y las mismas son archivadas en ese sector.

### a) Hospital Santojanni

Se procedió a solicitar al servicio de Consultorios Externos del hospital las Fichas correspondientes según los datos recogidos de los libros de Anatomía Patológica.

Dado que la modalidad de archivo de las Fichas de Consultorio Externo es por número de documento, solo se pudieron solicitar aquellos registros que contaran con ese dato.

De los libros de Anatomía Patológica se obtuvo el dato del N° de DNI en las muestras de *Pulmón* en sólo 8 casos, en *Mama* en 99 casos y en *Colon* 31. En el caso de las muestras de *Colon* pertenecientes al servicio de Gastroenterología para poder analizar la cantidad de fichas que establecía la fórmula aplicada, se debió recurrir a los libros de prácticas del servicio a los efectos de poder obtener el dato del número de documento. **Observación N°6**

De las 8 muestras de *Pulmón* que contaban con número de documento, en ninguna de las fichas se encontraron anotaciones referentes a la práctica que derivara en la toma de muestra a ser analizada por el servicio de Anatomía Patológica. En estas Fichas no constaba que hubiesen sido atendidos por el servicio de Neumonología. **Observación N° 7 y 7.1a**

Para la muestra correspondiente a *Colon*, se tomaron los nombres y apellidos de pacientes relevados de libros de Biopsias y boletas de protocolo de Anatomía Patológica. Se solicitó al servicio de Gastroenterología las fichas de Consultorios Externos de esos pacientes a los que se les había realizado una videocolonoscopia con toma de muestra, entre el 1/7/12 y el 30/6/13. El responsable del área informó que las fichas de esos pacientes no se encontraban en su sector y que debían solicitarse en el archivo de Consultorios Externos del hospital. **Observación N° 16**

Entre los datos recogidos en los registros analizados en el servicio de Anatomía Patológica y los datos recolectados en los libros de prácticas, se consiguió dar con el N° de DNI de 75 pacientes.

De ellas solo fueron encontradas 25 fichas en el sector de Consultorios Externos. Una de ellas tenía fecha de apertura en el 2014, en una el último registro databa del año 2009, con un mismo nombre se entregaron dos Fichas con n° de documento diferente que no coincidían con el dato extraído del libro de prácticas de Gastroenterología. **Observación N° 7 y 7.1b**

De las fichas encontradas, solo 4 pertenecían al servicio de Gastroenterología y en solo una se pudo encontrar el dato de indicación del estudio (VCC). El estudio presentó una demora de 8 días para su realización. **Observación N° 7 y 7.1b**

En una de las Fichas junto con la indicación del estudio figuraba el mes y el año pero no el día de la indicación. De los 4 pacientes, 2 contaban con estudios VEDA (video endoscopia digestiva alta) y en los 4 se indicaba que eran estudios para control y/o seguimiento. **Observación N° 7 y 7.1b**

Los motivos de consulta en estos casos fueron: polipomatosis, poliposis/screening por antecedentes familiares de cáncer de colon, adenoma tubulovelloso con transferencia adenocarcinomatosa y control oncológico.

A los efectos de contar con más información de la especialidad, se tomaron los datos recopilados del libro de prácticas del servicio. Se analizaron los datos de 75 de los pacientes. En 40 casos, además de los ya mencionados, se obtuvo el dato sobre los motivos de consulta en el libro de prácticas. En 2 casos el dato era ilegible. Los principales motivos de consulta fueron: poliposis, proctorragia, alteración del hábito evacuatorio (constipación,

diarrea crónica), anemia, hematoquecia, screening por familiares con cáncer colorectal, control oncológico. **Observación N° 7 y 7.1b**

A los efectos de analizar los datos de la muestra de *Mama*, se requirió al servicio de Consultorios Externos las fichas correspondientes según los datos extraídos de los libros de biopsia y citología del sector Anatomía Patológica.

Se procedió a solicitar 70 fichas, el sector solo halló 15. Sólo en 3 de ellas se pudo hallar información relacionada con el servicio de Ginecología. El dato que figuraba era el número de ficha de Patología Mamaria **Observación N° 7 y 7.1c**

Como consecuencia de ello se procedió a solicitar las Fichas de Patología Mamaria correspondientes a estos pacientes. Para poder dar con las mismas, se debió buscar a cada paciente en un libro con índice alfabético. Se buscó a las pacientes por su nombre y apellido, y de allí se obtuvo el n° de Ficha de Patología Mamaria. Luego se procedió a buscar estas fichas en el archivo del área. De las 57, solo 27 eran pacientes de Patología Mamaria.

De las 27 analizadas en 22 no se halló indicación del estudio. Solo en 5 pacientes se encontró el dato de indicación del estudio. De estas 5, 2 eran programación de cirugías. En las 3 restantes la demora para la realización del estudio fue, en promedio, de 13 días. **Observación N° 7 y 7.1c**

Del análisis de las 27 fichas encontradas surgen otros detalles:

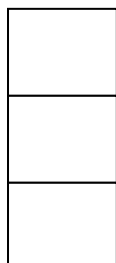
- en 5 la fecha de *consulta de primera vez* en el servicio era posterior al estudio anatomopatológico y en 1 caso el mismo día.
- 23 tenían n° de DNI
- 24 con fecha de *consulta de primera vez* en Patología Mamaria.
- 25 con *motivo de la consulta*, solo en uno no figuraba y uno era ilegible.

Ante la imposibilidad de poder acceder a los datos necesarios para dar cumplimiento a los objetivos planteados por nuestra auditoría se solicitó una entrevista con el jefe del servicio de Ginecología y los médicos a cargo del área de Patología Mamaria.

De ese encuentro se arribó al siguiente resultado:

- Los pacientes ingresan al servicio de Patología Mamaria derivados del servicio de Ginecología, de Centros de Salud, de otros servicios o concurren a Patología Mamaria directamente. La mayoría de las veces con estudios relacionados con la Mama ya realizados.
- Los pacientes que concurren al servicio no siempre cuentan con la Ficha de Consultorios Externos a pesar de ser pacientes ya vistos por el sector. Es frecuente que los pacientes concurren con una Ficha nueva cada vez que son atendidos. Por este motivo, el área de Patología Mamaria cuenta con Ficha propia, Las mismas se archivan en el fichero que se encuentra en el consultorio N°29. **Observación N° 7 y 7.1c**

El área de Ginecología no cuenta con fichas propias sino que utiliza las Fichas Generales de Consultorios Externos.



El grupo de Mastología mencionó además, las dificultades para poder dar con las Fichas de Consultorios Externos de los pacientes que concurren a su servicio. Asimismo, al momento de la devolución de las fichas y de las planillas para las estadísticas se hacía dificultoso por la diferencia de horarios entre su sector y el área administrativa de Consultorios Externos. **Observación N° 7 y 7.1c**

Consultado el jefe del servicio con respecto a donde se podía encontrar la información de aquellas pacientes que tenían ficha en Patología Mamaria pero era necesario conocer la fecha de indicación de estudios como punciones o tru-cut, informó que esos datos se encontraban en las Fichas de Consultorios Externos generales, manifestando las mismas dificultades arriba mencionadas.

A la fecha del cierre de las tareas de campo, el responsable del servicio informó que las demoras se observaban en los estudios complementarios para el diagnóstico: mamografía, ecografía y turno para patología mamaria. Manifestó además, que no tenían demora en la realización de las biopsias, la mayor demora se encontraba en los turnos quirúrgicos por la falta de anestesistas. **Observación N° 7 y 7.1c**

Dado lo complejo de lo anteriormente referido en el Hospital Santojanni, se concluye lo siguiente:

- Universo de muestras halladas en los libros de Anatomía Patológica de pulmón, colon y mama fue de 311.
- Las muestras con N° de DNI fueron: 138.
- De la vista del libro de prácticas (VCC) de Gastroenterología se obtuvo el dato del N° de DNI en 44 casos más.
- El total de casos con N° de DNI fue de 182.
- Se solicitaron 153 fichas a Consultorios Externos.
- Se hallaron 48 Fichas.
- De la vista de las 48 Fichas, en solo 7 (4 gastroenterología, 3 ginecología; 0 Neumonología) se halló registro de que el paciente hubiese sido atendido por ese servicio.

#### b) Hospital Durand

Se procedió a solicitar a los servicios de Gastroenterología, Ginecología y Neumonología las Fichas de Consultorios Externos correspondientes según los datos recogidos de los libros de Anatomía Patológica.

Dado que la modalidad de archivo de las Fichas de Consultorio Externo es por número de documento, solo se pudieron solicitar aquellos registros que contaran con ese dato. **Observación N° 7**

#### Gastroenterología

Se solicitó al servicio 80 fichas, de las cuales en el mismo se hallaron 70. Las restantes, probablemente fueran pacientes de internación o que no fueran pacientes del servicio de Gastroenterología.

De la vista de las 70 Fichas del servicio de Gastroenterología se concluye que:

- en 55 (79%) el casillero *servicio* se encontraba completo. En 15 (21%) de ellas no figuraba dato. De éstas 37 (67%) eran de Gastroenterología. Las 18 (33%) restantes, eran pacientes que concurrían al servicio de Gastroenterología derivados de otros servicios (Proctología, Oncología, Clínica Médica, Ginecología, Guardia, Endocrinología, Cirugía, Nutrición, Hematología, PMC, Cobertura Porteña, otros efectores de salud<sup>27</sup>).
- En 68 se hace referencia al *motivo de consulta*. En solo 2 (2,9%) fichas este dato estaba ausente. Dentro de los motivos se destacan: dolor abdominal con o sin distensión, proctorragia, síndrome anémico, diarreas, alteración del ritmo evacuatorio, constipación, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hemorroides, deposiciones melénicas, hematoquecia, pacientes con tumores, hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, colitis ulcerosa, screening por antecedentes familiares de CCR, interconsultas, derivaciones por parte de otros efectores de salud para la realización de VCC (8 pacientes). Además del estudio de VCC, se tomó de las Fichas el dato de otros estudios. A saber: TAC (Tomografía Computada), ECG (Electrocardiograma), ECO (Ecografía), marcadores tumorales. De las 70 Fichas analizadas se observó la realización de estudios complementarios en 28 pacientes, siendo el estudio más realizado el ECG.
- El 30% de los pacientes (21) poseen cobertura social. El 50% (35) no poseen y los restantes 14 sin datos.

#### **Observación N° 7 y 7.2b**

Del análisis de la confección de las Fichas se evaluó si los datos se hallaban completos (nombre y apellido del paciente; domicilio; nacionalidad; fecha de nacimiento; N° de documento; cobertura) y se obtuvieron los siguientes resultados:

- En 65 fichas (93%) los datos estaban completos. En 5 (7%) faltaba al menos uno de ellos.
- Todas en buena conservación, con firma y sello de los profesionales.

#### **Observación N° 7 y 7.2b**

Se realizó el cálculo de demora en días, desde la indicación a la realización del estudio (VCC). En una sola Ficha se halló la indicación sin fecha. En las 69 fichas con indicación del estudio y su fecha de realización, el promedio entre la indicación del estudio y la realización del mismo fue de 17 días, siendo el mínimo de 0 días y el máximo de 72. **Observación N° 7 y 7.2b**

<sup>27</sup> Hospitales Zubizarreta, Rivadavia, Piñero y Curie.

## Ginecología

Se solicitó al servicio de Ginecología las 75 fichas de las muestras halladas con DNI. Se hallaron 70, de las cuales se solicitó la vista de las 62 que indicó la fórmula muestral. **Observación N° 7 y 7.2c**

Análisis de las 62 fichas entregadas por el servicio:

- en 61 (98%) el casillero servicio se encontraba completo y correspondía a Ginecología. En solo un caso (2%) sin ese dato.
- En 61 (98%) el motivo de consulta estaba consignado. En solo 1 caso (2%) sin ese dato. Entre los motivos señalados se encuentran: nódulos mamarios (el principal), control mamario/ginecológico, sangrado de pezón, tumores mamarios y control de cáncer. **Observación N° 7 y 7.2c**

Además de relevar la información de la punción mamaria, de las 62 Fichas se relevó información de otros estudios (TAC, ECG, ECO, marcadores tumorales). En 45 se realizaron estudios complementarios. En 41 casos se hizo ecografía mamaria.

En 5 de las 62 fichas (8%), el paciente poseía cobertura. En 34 (55%) carecía de cobertura. En 23 (37%) no estaba el dato.

En 7 (11%) oportunidades se observó el pedido de derivación al servicio de Ginecología. **Observación N° 7 y 7.2c**

## Neumonología

De la información recolectada en los libros de biopsia y citología de Anatomía Patológica, la cantidad de muestras de Pulmón fueron 228. El libro de Citología no contempla el registro del servicio del que proviene la muestra, por lo cual se consideró la totalidad de muestras de Pulmón. De las 228 sólo 37 corresponden a pacientes del servicio de Neumonología. **Observación N° 7 y 7.2a**

Se solicitó la vista de las 37 Fichas al servicio de Neumonología. El análisis de las Fichas entregadas por el servicio arroja el siguiente resultado:

- En 37 Fichas (100%), el casillero de *servicio* se encontraba completo y corresponde a Neumonología.
- En 32 se hallaba consignado el *motivo de consulta*. En 3 (8%) el dato no estaba y el 2 (5%) era ilegible. Entre los motivos se encontraron: tos productiva, disnea, enfisema, Tuberculosis, antecedentes de cáncer, control de Neumonía adquirida en la comunidad, dolor de pecho, EPOC, TAC donde se observa: derrame pleural; nódulos, imágenes varias.

De las 37 fichas además de relevar los estudios para la obtención de muestras (fibrobroncoscopía, esputo, PAAF, entre otros), se relevó información de otros estudios (TAC, ECG, ECO, marcadores tumorales). En 21 pacientes se realizaron estudios complementarios. En 18 casos se realizó TAC. Le siguieron radiografías y electrocardiogramas.



De 37 pacientes 8 (22%) poseen cobertura social y 25 (68%) no tienen. En 4 (11%) no se consigna el dato. **Observación N° 7 y 7.2a**

Del análisis de la confección de las Fichas se evaluó si los datos se hallaban completos (nombre y apellido del paciente; domicilio; nacionalidad; fecha de nacimiento; N° de documento; cobertura) y se obtuvieron los siguientes resultados:

- En 36 fichas (97%) los datos estaban completos. En solo una ficha (3%) faltaba al menos un dato.
- Todas en buena conservación, con firma y sello de los profesionales.

Se realizó el cálculo de demora en días, desde la indicación a la realización del estudio (FBC). En 9 Fichas no se halló fecha del estudio y/o su indicación. En las 32 fichas con indicación del estudio y su fecha de realización, el promedio entre la indicación del estudio y la realización del mismo fue de 12 días, siendo el mínimo de 0 días y el máximo de 41. **Observación N° 7 y 7.1a** Dado lo anteriormente referido en el Hospital Durand, se concluye lo siguiente:

- Universo de muestras halladas en los libros de Anatomía Patológica de pulmón, colon y mama fue de 733.
- Las muestras con N° de DNI fueron: 35
- Las muestras con N° de Ficha fueron: 376
- Se solicitaron 255 fichas de Consultorios Externos.
- Se hallaron 177 Fichas.

#### c) Hospital Fernández

### Gastroenterología

En reiteradas oportunidades se solicitó al jefe del servicio de Gastroenterología las Fichas de Consultorios Externos a los efectos de relevar los datos requeridos para la presente auditoría. Transcurridos aproximadamente 45 días indicó que la solicitud debía realizarse por nota a Dirección, situación que generó demoras en la implementación del procedimiento.

De las 90 fichas solicitadas se hallaron 55 (49 del servicio de Gastroenterología y 6 del servicio de Proctología). De Gastroenterología solo pudieron analizarse 38, pues 11 no correspondían al período auditado (los registros eran anteriores o posteriores) o pertenecían a otro servicio. Se analizaron finalmente 44 fichas. **Observación N° 7 y 7.3b**

El análisis de las 44 fichas entregadas por el servicio arroja las siguientes conclusiones:

- En 44 (100%) el casillero servicio se encontraba completo: 38 (86%) del servicio de Gastroenterología y 6 (14%) del servicio de Proctología.
- En 42 se hallaba consignado el motivo de consulta. En solo 2 (5%) el dato estaba ausente. Entre los motivos se indican: diarreas crónicas con o sin sangrado; proctorragia; dolor abdominal con o sin distensión abdominal;

anemia; reflujo gastroesofágico; epigastralgia; colitis ulcerosa o isquémica; enfermedad de Crohn; seguimiento de pacientes con tumores.

De las 44 fichas además de relevar los estudios para la obtención de muestras (VCC), se relevó información de otros estudios (TAC, ECG, ECO, marcadores tumorales). En las 44 fichas analizadas se observó la realización de estudios complementarios. En 32 los estudios más realizados fueron ecografías, RX y VEDA.

3 pacientes habían sido derivados, 2 de otros hospitales (Pirovano y Udaondo), y uno del servicio de Proctología.

6 pertenecían al PROCA (Programa de Cirugía Ambulatoria)

El 100% carecía de información respecto de la cobertura social.

### **Observación N° 7 y 7.3b**

Del análisis de la confección de las Fichas se evaluó si los datos se hallaban completos (nombre y apellido del paciente; domicilio; nacionalidad; fecha de nacimiento; N° de documento; cobertura) y se obtuvieron los siguientes resultados:

- En 24 (55%) los datos estaban completos. En 20 (45%) faltaba al menos uno de ellos.
- Todas en buena conservación, con firma y sello de los profesionales.
- En el 93 % resultaron legibles. **Observación N° 7 y 7.3b**

Se realizó el cálculo de demora en días, desde la indicación a la realización del estudio (VCC). En 18 Fichas no se halló fecha del estudio y/o su indicación. En las 26 fichas con indicación del estudio y su fecha de realización, el promedio entre la indicación del estudio y la realización del mismo fue de 29 días, siendo el mínimo de 2 días y el máximo de 141. **Observación N° 7 y 7.3b**

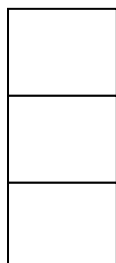
### **Ginecología**

Se solicitó al servicio de Ginecología la vista de 65 Fichas de Consultorios Externos para relevar los datos requeridos para la presente auditoría.

Del análisis de las 65 fichas analizadas se concluye lo siguiente:

- en 65 el casillero de *servicio* se encontraba completo: Ginecología (Patología Mamaria).
- En 64 figuraba el motivo de consulta. En solo 1 (2%) el dato estaba ausente. Entre los motivos se consigna: nódulos mamarios como principal y le siguen control mamario y seguimiento, sangrado de pezón, microcalcificaciones, tumores mamarios y control cáncer. **Observación N° 7 y 7.3c**

De las 65 fichas además de relevar los estudios para la obtención de muestras (punción mamaria), se relevó información de otros estudios (TAC, ECG, ECO, marcadores tumorales).



- En 58 fichas analizadas se observó la realización de estudios complementarios. A 56 pacientes se le realizó ecografía mamaria y a 33 mamografía.

- En el 100% no se consigna si posee o no cobertura social.
- En 17 casos (26%) se observó pedidos de derivación (Ginecología, Oncología, PROCA, Obstetricia. **Observación N° 7 y 7.3c**

Del análisis de la confección de las Fichas se evaluó si los datos se hallaban completos (nombre y apellido del paciente; domicilio; nacionalidad; fecha de nacimiento; N° de documento; cobertura) y se obtuvieron los siguientes resultados:

- En el 100% los datos estaban completos.
- en 61 (94%) la conservación de las fichas era buena. En 4 (6%), regular.
- En el 100% faltaba la firma y sello de los profesionales.
- En 59 fichas la letra era legible y en 6 (9%) ilegible.

#### **Observación N° 7 y 7.3c**

Se realizó el cálculo de demora en días, desde la indicación a la realización del estudio (punción mamaria). En 6 Fichas no se halló fecha del estudio y/o su indicación. En las 59 fichas con indicación del estudio y su fecha de realización, el promedio entre la indicación del estudio y la realización del mismo fue de 27 días, siendo el mínimo de 0 días y el máximo de 100.

#### **Observación N° 7 y 7.3c**

### Neumonología

Dado que en los libros de biopsia y citología de Anatomía Patológica no se registra el servicio de donde proviene la muestra se tomaron las 82 muestras de pulmón donde se consignara que la misma provenía de un paciente ambulatorio. De los 82 registros, 21 correspondían al servicio de Neumonología.

- Se solicitó al Servicio de Neumonología las 21 Fichas. Se informó que de ellos sólo 9 contaban con ficha de consultorios externos. El equipo de auditoría no pudo acceder a las fichas mencionadas a los efectos de poder realizar un análisis detallado como se llevó a cabo en otros efectores de salud dado que las mismas no fueron puestas a nuestra disposición. **Observación N° 7 y 7.3a**

Dado lo complejo de lo anteriormente referido en el Hospital Fernández, se concluye lo siguiente:

- Universo de muestras halladas en los libros de Anatomía Patológica de pulmón, colon y mama fue de 631.
- Las muestras con N° de DNI fueron: 177.
- Las muestras con N° de Ficha fueron: 303
- Se solicitaron 176 fichas de Consultorios Externos.
- Se hallaron 109 Fichas.

## VII) OBSERVACIONES

- Marco Normativo y aplicación de los programas (Prevención de Cáncer Colorrectal en población de riesgo y Detección Precoz de Cáncer Genitomamario - Cáncer de cuello uterino)

1. La falta de una programación con metas e indicadores cuali y cuantitativos posibles de evaluar, como así también de un registro formal de las acciones implementadas, afectan el cumplimiento y control de las mismas.
2. Los programas auditados no cuentan con partidas presupuestarias propias utilizando los recursos de los hospitales, esto afecta la programación e implementación de sus objetivos en cuanto al recurso humano, equipamiento e insumos necesarios para llevarlos a cabo.
3. La falta de coordinación, articulación y seguimiento entre los servicios de una misma especialidad en los distintos efectores y el nivel central dificulta el funcionamiento y cumplimiento de la normativa de los programas.
4. De la información solicitada (notas y entrevistas) no surge que las metas fijadas para el período auditado hayan sido cumplimentadas o en qué grado: fortalecer la red entre Hospital Durand y CeSAC N° 37; incluir un nuevo hospital con área programática en la red, difundir entre médicos las guías programáticas; aprobar e implementar protocolos elaborados por el programa en conjunto con comisiones y sociedades científicas.
5. La falta de un marco normativo que defina formalmente y regule los requisitos que avalen a médicos endoscopistas para la realización de endoscopías bajo sedación consciente, limita la cantidad de las prácticas a la disponibilidad del escaso recurso de médicos anestesiólogos

- Registros: Boletas de Protocolo y Libros de Biopsia y Citología.

6. La confección incompleta e ilegible de las Boletas de Protocolo y los Libros de Anatomía Patológica afectan el control de gestión y de la accesibilidad de las prácticas de prevención para las patologías analizadas. En el pedido de estudios que hacen los servicios a Anatomía Patológica faltan datos de: N° de DNI, N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica, servicio que envía la muestra, descripción de muestra, antecedentes del paciente; firma y/sello del profesional que envía la muestra, letra legible. En los libros de biopsia y citología de Anatomía Patológica no siempre se consigna: fecha de informe; servicio de procedencia de la muestra, N° de DNI, N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica, descripción de la muestra; letra legible.

Del análisis de los registros archivados en Anatomía Patológica se puede particularizar por hospital:

### 6.1 Hospital Santojanni:

En el 7% de las analizadas (22 de 310) no consta el servicio que originó la muestra

En el 55% (172 de 310) no se consigna N° de DNI para acceder a la ficha de Consultorios Externos.

En el 15% no consta la fecha de diagnóstico (47 de 310).

En el 0,65% no se consignó en Libro de Anatomía Patológica el diagnóstico (2 de 310)

### 6.2 Hospital Fernández:

En el 1% de las muestras analizadas (6 de 631) no consta el servicio que originó la muestra

En el 64% (406 de 631) no se consigna N° de DNI para acceder a la ficha de Consultorios Externos.

En el 23% (142 de 631) no se consigna N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica.

En el 60 % de las muestras en el Libro de Anatomía Patológica no consta la fecha de diagnóstico (380 de 631).

En el 3 % no se consignó el diagnóstico (19 de 631)

### 6.3 Hospital Durand

En el 45% de las muestras analizadas (348 de 773) no consta el dato del servicio que originó la muestra.

En el 49% (357 de 773) de las muestras no se consigna el dato de la Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica.

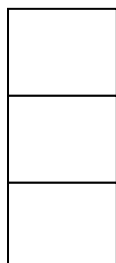
En los Libros de Anatomía Patológica no se consignaba la fecha del diagnóstico, motivo por el cual no fue posible realizar el análisis del tiempo de demora entre el ingreso de la muestra y su diagnóstico. Como consecuencia del procedimiento de esta auditoría el jefe del servicio indicó formalmente que se incorpore dicha información en los libros del servicio. Su efectiva implementación debería verificarse en el seguimiento del presente proyecto.

En el 0,1 % no fue legible el diagnóstico (1 de 733).

- Registros de Fichas de Consultorio Externo o Servicios.

7 La falta de un único y adecuado diseño de las Fichas de Consultorios Externos, de un sistema protocolizado de resguardo, archivo, desarchivo y de un registro completo con letra legible y firma de los profesionales afecta el seguimiento de la atención, las prácticas y estudios realizados.

Del relevamiento y análisis de las Fichas de pacientes puestas a disposición por Consultorio Externo y/o el servicio respectivo, se puede particularizar por hospital:



### 7.1 Hospital Santojanni:

#### a) Sección Neumonología

De la cantidad de muestras a analizar (28) solo fue posible acceder a 8 dada la falta de registro de DNI o Ficha.

De las 8 fichas de muestra de pulmón con N° de DNI halladas, en el 100 % no hay constancia de que el paciente haya sido atendido en Neumonología.

#### b) División Gastroenterología

El 66% de pacientes a quienes se practicó VCC en el período auditado, según Libro de Practicas de Gastroenterología, carece de Ficha en Consultorio Externo (25 de 75).

En el 96% (24 de 25) no se encontró registro de la realización de la VCC (en 21 no hay referencia de atención en Gastroenterología, 2 con fecha de apertura posterior y último registro anterior al estudio y 2 con N° de DNI diferente al del que figuraba en el libro de prácticas de Gastroenterología.

En el 53% (40 de 75) de los registros hallados en el libro de prácticas no se consigna el *Motivo de Consulta*.

#### c) División Ginecología

El 78% de las fichas solicitadas a Consultorio Externo no fueron halladas (55 de 70). De las puestas a la vista en el 80% no se halló registro del servicio de Ginecología (12 de 15).

El 53% (30 de 57) de las fichas solicitadas a Patología Mamaria no fueron halladas. En las fichas analizadas en el 81% (22 de 27) no se halló indicación del estudio buscado. En el 89% (24 de 27) no se pudo establecer qel tiempo de demora entre la indicación del estudio y su realización.

### 7.2. Hospital Durand

#### a) Sección Neumonología

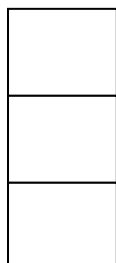
En el 24 % (9 de 37) no se halló la fecha de realización del estudio. En el 14% (5 de 37) falta motivo de consulta. En el 3 % (1 de 37) hay otros casilleros incompletos

#### b) División Gastroenterología

El 12% de las Fichas buscadas (10 de 80) no fue hallada, posiblemente por ser pacientes internados o de otro servicio. En el 1% (1 de 70) no se halló la fecha de realización del estudio. En el 21% (15 de 70) no fue completado el casillero de servicio. En el 3% (2 de 70) falta motivo de consulta. En el 7% (5 de 70) hay otros casilleros incompletos.

#### c) División Ginecología

El 7% de las Fichas solicitadas (5 de 75) no fue hallada, posiblemente por ser pacientes internados o de otro servicio. En el 5 % (3 de 62) no se halló la fecha de realización del estudio. En el 2% (1 de 62) no fue completado el



casillero de servicio. En el 2% (1 de 62) falta motivo de consulta. En el 27 % (17 de 62) hay otros casilleros incompletos

### 7.3 Hospital Fernández

#### a) Sección Neumonología

En el 100% (21 de 21) de las muestras de Pulmón de Neumonología no se tuvo acceso a las Fichas del servicio, impidiendo a la auditoría realizar el control correspondiente.

#### b) División Gastroenterología

El 39% de las fichas solicitadas (35 de 90) no fueron halladas.

El 20% de las Fichas halladas (11 de 55), no pudieron ser analizadas dado que sus registros eran anteriores o posteriores al período auditado.

En el 41 % (18 de 44) no se halló la fecha de realización del estudio. En el 5% (2 de 44) falta motivo de consulta. En el 45 % (20 de 44) hay otros casilleros incompletos.

#### c) División Ginecología

En el 9 % (6 de 65) de las fichas solicitadas y halladas, no figuraba la fecha de realización del estudio. En el 2% (1 de 65) falta motivo de consulta. En el 100 % faltaba la firma y el sello de del médico tratante. En 6% (4 de 65) la conservación de la Ficha era regular.

#### - Recurso Humano

8 La falta de Médicos Anestesiólogos, recurso necesario para prácticas endoscópicas objeto de esta auditoría, impide la atención de los pacientes principalmente los evaluados como ASA III y IV. La escasa disponibilidad de horas de anestesta es la principal limitante para programar las prácticas médicas de prevención y atención de la demanda con menor tiempo de espera.

9 La falta de personal Administrativo capacitado y con responsabilidades asignadas para carga de datos, archivo y desarchivo de Fichas de Consultorios Externos, estadística, carga de informes al sistema informático, dificulta el registro adecuado de la información.

10. Faltan médicos, técnicos, enfermeros, para cubrir cargos vacantes como así también para implementar efectivas actividades de prevención y responder a la demanda de todos los servicios.

#### - Equipamiento

11. El equipamiento para la realización de los estudios diagnósticos carece de mantenimiento preventivo. En algunos casos es antiguo y ante desperfectos, la falta de repuestos imposibilita o dificulta su reparación. En ambos casos, la consecuencia directa es la suspensión de la práctica diagnóstica.

12. La falta de compra de fibrobroncoscopios con recursos públicos afecta una adecuada programación de la gestión de los recursos disponibles (humanos y planta física) dado que la adquisición de dicho equipamiento depende de las donaciones que los servicios obtengan.

13. La falta de una adecuada cantidad y calidad de equipos informáticos (computadoras e impresoras), de programas unificados y conectados en redes para la carga de datos dificulta el análisis de la información y la programación de tareas.

- Espacio físico

14. La falta de espacio físico propio y adecuado para la realización de las endoscopías con sedación obliga al uso del quirófano, cuya accesibilidad limita la cantidad de prácticas a programar, complejiza y burocratiza el sistema administrativo y asigna recursos que exceden los requerimientos de la práctica endoscópica.

15. La falta de espacio físico específico para tareas administrativas, confección de informes y archivo de documentación afecta el adecuado resguardo y mantenimiento de la documentación.

16. La falta de protocolos que indiquen los circuitos y modalidad de confección de los distintos registros con asignación de los responsables en cada una de sus etapas, afecta la detección de las debilidades de la gestión.

## VIII) RECOMENDACIONES

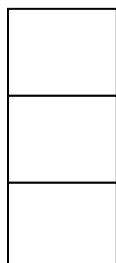
- Marco Normativo y aplicación de los programas (Prevención de Cáncer Colorrectal en población de riesgo y Detección Precoz de Cáncer Genitomamario - Cáncer de cuello uterino)

1. Programar sus objetivos con metas e indicadores cuanti y cualitativos que permitan evaluar el grado de cumplimiento de la Resolución N° 1738/GCBA/MSGC/07 y del Decreto N° 1433/98 y sus modificatorias.

2. Asignar a la Unidad Ejecutora responsable de implementar los programas creados, las partidas presupuestarias necesarias para asegurar los recursos que se requieran para dar cumplimiento a lo indicado por la norma.

3. Coordinar y articular entre los distintos servicios y niveles que participan de la gestión a fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en los programas.

4. Definir y registrar de manera adecuada las metas anuales fijadas por los programas creados para prevenir las patologías en cuestión. Evaluar formalmente y determinar las causas que afectaron o favorecieron su cumplimiento.





5. Abordar en su complejidad la problemática existente en las intervenciones que conllevan la participación de médicos anestesistas a fin de darle efectiva respuesta normativa y de gestión. Promover un debate responsable que permita definir un marco normativo que regule y avale a médicos endoscopistas en la realización de endoscopias bajo sedación consciente, a los efectos de poder cumplir con los objetivos de un diagnóstico adecuado realizado en tiempo y forma.

- Registros: Boletas de Protocolo y Libros de Biopsia y Citología.

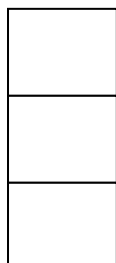
6. Confeccionar de manera completa y legible las Boletas de Protocolo y los Libros de Anatomía Patológica. Diseñar instrumentos de registro que permitan realizar un seguimiento y detectar las dificultades que afectan la accesibilidad de las prácticas de prevención para las patologías analizadas. Establecer un circuito con responsables que aseguren que los servicios que solicitan a Anatomía Patológica completen la boleta de protocolo en letra legible con los datos de: N° de DNI, N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica, servicio que envía la muestra, descripción de muestra, antecedentes del paciente; firma y/sello del profesional que envía la muestra, letra legible. En los libros de biopsia y citología de Anatomía Patológica consignar con letra legible: fecha de informe; servicio de procedencia de la muestra, N° de DNI, N° de Ficha de Consultorios Externos o Historia Clínica, descripción de la muestra.

- Registros de Fichas de Consultorio Externo o Servicios.

7. Definir una adecuada confección de Fichas de Consultorios Externos, protocolizar e implementar con responsabilidades asignadas su resguardo, archivo, desarchivo a fin de que reflejen cabalmente la atención brindada a los pacientes. Diseñar instrumentos de registro en los servicios de Gastroenterología, Neumonología, Ginecología, Laboratorio, Radiología, que permitan realizar un adecuado seguimiento y detectar las dificultades que afectan la accesibilidad de las prácticas de prevención para las patologías analizadas. Dejar registro formal y asegurar el resguardo de la Programación de las prácticas endoscópicas con fecha, resultado y motivos de suspensión.

#### Recurso Humano

8. Asegurar el recurso de Médicos Anestesiólogos para garantizar las prácticas de diagnóstico que se requieren para dar cumplimiento a la normativa vigente.



9. Asignar personal Administrativo capacitado y con responsabilidades asignadas para la carga de datos, archivo y desarchivo de Fichas de Consultorios Externos, estadística, carga de informes al sistema informático, dificulta el registro adecuado de la información.

10. Cubrir los cargos vacantes de médicos, técnicos, enfermeros, que permita implementar las actividades de prevención y responder a la demanda de todos los servicios.

- Equipamiento

11. Asegurar el mantenimiento preventivo del equipamiento y el correctivo en tiempo y forma.

12. Relevar y programar la adquisición del equipamiento, necesario para dar cumplimiento a los objetivos de los programas.

13. Actualizar y equipar a los servicios de computadoras, impresoras, programas unificados y conectados en redes que permitan una adecuada carga de datos, facilite la programación y el control de la gestión.

- Espacio físico

14. Asignar un espacio físico propio y adecuado para la realización de las endoscopias con sedación para evitar el uso de quirófano y recursos innecesarios. .

15. Asignar espacio físico específico para la realización de endoscopías sin sedación separado de aquel destinado a tareas administrativas, confección de informes y archivo de documentación.

16. Diseñar instrumentos de registro, con modalidad de confección y circuitos que permitan realizar un seguimiento y detectar las dificultades que afectan la accesibilidad de las prácticas de prevención para las patologías analizadas.

## IX) CONCLUSIÓN

Más del 60% del total de defunciones producidas anualmente en Argentina corresponden a enfermedades no transmisibles (ENT), particularmente el 20% a tumores (60.000 muertes por año). El tumor maligno de mama es la primera causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires de mujeres en la franja etaria de 35 a 64 años. El tumor maligno de pulmón y colorrectal representa la segunda y tercera causa de muerte por cancer.

La promoción de conductas preventivas primarias y en grupos de riesgo, la detección temprana y el tratamiento en tiempo y forma hacen al abordaje adecuado e integral de la problemática. El objeto del presente proyecto se



centró en el acceso a las prestaciones correspondientes para la detección temprana del cáncer de colon, cáncer de pulmón y cáncer de mama

En la CABA existen programas especiales de prevención y detección de cáncer colorrectal y de mama, que entre sus objetivos se proponen optimizar el diagnóstico y tratamiento para reducir la morbimortalidad causada por esas patologías. No obstante ello, la falta de asignación presupuestaria específica para esos fines, la ausencia de una programación diseñada con metas e indicadores cuali y cuantitativos posibles de evaluar, como así también la implementación de un registro formal de las acciones realizadas, afectan el cumplimiento de los objetivos propuestos y el adecuado control de los mismos.

La Resolución mediante la cual se crea el *Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Población de Riesgo* expresa que “procura evitar la consulta sintónica tardía, toda vez que el diagnóstico efectuado en estadíos tempranos eleva la posibilidad de curación a un 90 % de los casos”. Las entrevistas y procedimientos de esta auditoría dan cuenta que la escasa disponibilidad de horas de anestesistas es la principal causa para que no se realicen en tiempo y forma las endoscopías requeridas.

El insuficiente recurso de anestesistas es un problema y observación que se ha reiterado en distintos proyectos de auditoría a lo largo de diferentes gestiones administrativas. Las prácticas endoscópicas son una herramienta importante y/o indispensable para la detección temprana de cáncer colorrectal y pulmón. En este contexto, profesionales especialistas que se encuentran con el dilema ético de realizar o no la práctica de diagnóstico a pacientes que lo necesitan, plantearon exitosas propuestas alternativas y requieren la necesidad de discutir y definir un marco normativo que regule formalmente los requisitos que avalen a médicos endoscopistas para la realización de endoscopías bajo sedación consciente.

El diseño, confección, archivo, resguardo y actualización de los registros analizados (boleta de protocolo, libro de biopsia, libro de citología, fichas de consultorio externo, Historia Clínicas) carece de un estándar de indicadores que permita comparar entre servicios especializados de distintos efectores y su nivel de elaboración es disímil.

La insuficiente cantidad de recursos disponibles (profesionales, técnicos, administrativos, espacio físico, equipamiento médico, equipamiento informático, insumos) afecta la adecuada atención de la demanda explícita y limita la posibilidad de ampliar la atención y prevención a la población y grupos de riesgo.

El abordaje de esta auditoría permitió analizar la accesibilidad desde un aspecto que evidenció las limitaciones que atraviesa la etapa diagnóstica de los tumores de mama, pulmón y colorrectal. Asimismo permite vislumbrar como un área crítica de próximas auditorías el tratamiento de estas patologías, la disponibilidad de anestesista, turno de quirófano, turno de quimioterapia, acceso de camas de terapia intensiva, entre otros.

ANEXO

- Hospital Fernández

Gastroenterología

Equipo	Estado			Funcionamiento			Tipo de Mantenimiento			Estado		Observaciones
	Bueno	Regular	Malo	Total	Parcial	Fuera de servicio	Preventivo/Correctivo	Como se realiza	Quien lo realiza	Propio	Conveniado	
Procesador pentax 3330 (2)			X			X				X		Pedida reparación
Procesador fusenon	X			X						X		
Procesador penta x3000	X			X						X		
Video colonoscopia pentax (2)			X			X				X		En reparación
Video colonoscopia pentax (2)	X			X						X		
Colonoscopia a fibra olimpus	X			X						X		Antiguo equipo. No reúne las condiciones para estudios con las exigencias actuales

Neumonología

Equipo Nombre	Estado			Funcionamiento			Tipo de Mantenimiento			Estado		Observaciones
	Bueno	Regular	Malo	Total	Parcial	Fuera de servicio	Preventivo/Correctivo	Como se realiza	Quien lo realiza	Propio	Conveniado	
Fibrobroncoscopio Pentax FB 189			X			X	Correctivo		Concel	X		Hay que enviarlo para presupuestar
Fibrobroncoscopio Pentax FB 15-BS		X				X	Correctivo		Concel	X		En Concel desde el 16/08/2014
Fibrobroncoscopio Pentax VB 1530T2			X			X	Correctivo			X		
Fibrobroncoscopio Pentax FB 15V	X			X			Preventivo		Concel	X		Único en uso
Fibrobroncoscopio			X			X	Correctivo		Concel	X		En Concel desde


Pentax VB 1830T-2											el 12/09/2013 Presupuesto: \$4740
Fibrobroncoscopio Pentax DB 18x			X			X				X	No tiene reparación
Espirometro Vitalograph 2120	X			X			Preventivo		Service Oficial	X	
Espirometro Vitalograph X6000 portátil	X			X			Preventivo		Service Oficial	X	
Espirometro Vitalograph compl			X			X	Correctivo		Service Oficial	X	Se negó el arreglo por el costo alto
Pletisrografo		X				X	Preventivo /Correctivo		Service Oficial	x	Demoran el mantenimien-to por falta de pago
Oxicapnografo			X			X	Correctivo		Service Oficial	X	

Diagnóstico por Imágenes

EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO.													
Equipo Nombre	Estado			Funcionamiento			Tipo de Mantenimiento			Estado		Elementos de Protección	Observaciones
	Bueno	Regular	Malo	Total	Parcial	F. de servicio	Preventivo/Cor rectivo	Como se realiza	quien lo realiza	Propio	Conv		
Mesa Plana (4)	X			X			En garantía			X			Digital directo
Mesa Plana	X			X			No tiene	Se solicita presupuesto		X			Radiología Convencional
Telecomandado		X			X		No tiene	Se solicita presupuesto		X			Seriógrafo Convencional
Seriógrafo	X			X			En garantía			X			Digital directo
Mamógrafo			X			X	No tiene	Se solicita presupuesto		X			No funciona el tubo de rayos
Mamógrafo	X			X			PHILIP S			X			Con esterotaxia
Ecógrafo (2)	X			X			No tiene	Se solicita presupuesto		X			Marca: ESAOTE/TOSHIBA
Ecógrafo			X			X	No tiene			X			Marca MEDISON
Procesadora (2)	X			X			TRAEC O			X			Marca AGFA/ KODAK


Procesadora (2)		X			X		TRAEC O			X			Marca KODAK
Procesadora Mamografica	X			X			MACOR			X			Marca KODAK
Impresora Laser (2)	X			X			En garantía			X			Marca KODAK
Impresora Laser	X			X			En comoda to				X		Marca AGFA
Work Station	X			X			En garantía			X			Marca CARESTREAM
Tomógrafo Computado	X			X			TOSHIB A			X			Marca TOSHIBA Multidetector
Angiografo Digital	X			X			No tiene	Se solicita presupuesto		X			Marca DINAN
Rodante (4)	X			X			No tiene	Se solicita presupuesto		X			Marca GENERAL ELECTRIC/PHILIPS / GBA/DINAR/
Rodante	X			X			PHILIP S			X			Marca PHILIPS
Rodante (3)		X			X		No tiene	Se solicita presupuesto		X			Marca IONORAY/ RAYON/ PHILIPS

- Hospital Santojanni

### Ginecología

Equipo	Cantidad en funcionamiento	Tipo de Adquisición	Mantenimiento Preventivo	Mantenimiento Correctivo
videoendoscopio	Pentax (1993)	Propio	No	Se está agotando la lámpara pero funciona muy bien.
videoendoscopio	Fuyinon (1995)	Propio	No	Hay cosas que no tienen repuestos porque esta discontinuado.
videoendoscopio	Fuyinon (2010)	Propio	No	

### Neumonología

Equipo	Estado	Funcionamiento	Mantenimiento	Comentarios
Espirómetro	Bueno	parcial	Lavado y descontaminación diaria efectuada por médicos por no contar con personal auxiliar.	No se pueden imprimir estudios por no contar con impresora.
Fibrobroncoscopio	Bueno	total	Correctivo realizado fuera del hospital por servicio especializado. Con demoras	


			entre 6 meses y más de 12.	
Video-fibrobroncoscopio	Bueno	total	Ídem anterior	
Oxímetro de pulso	Bueno	total	Correctivo por Dto. de Rec.Físico.	Si no funciona profesionales traen los personales

### Diagnóstico por imágenes

Equipo	Estado de funcionamiento	Mantenimiento Preventivo	Mantenimiento Correctivo
Rayos X digital PHILIPS IDO 218	Bueno	SI	SI
Rayos X fijo DINAN 500 (3)	Bueno	SI	SI
Rayos X fijo SIEMENS PLIMAX 500 SERIOGRAFO	Regular	SI	SI
Procesadora Digital e impresora FUJI	Bueno	SI	SI
Impresora digital KODAK*	Bueno	SI	SI
Procesadora automática KODAK MP200 húmedas (2)	Bueno	SI	SI
portátiles YONORAY (6)	Regular	NO	NO
Rodante AMX4	Bueno	NO	NO
Rodante PIMAX	Bueno	NO	NO
Arco c dinan (2)	Regular	SI	SI
Arco c general electric	Regular	SI	SI
Tomógrafo toshiba <sup>28</sup>	Bueno	SI	SI
Procesadora Digital e impresora FUJI	Bueno	SI	SI
Mamógrafo metaltronica lillum	Bueno	SI	SI
Mamógrafo general electric 500t	Bueno	SI	SI
Procesadora KODAK 112	Bueno	SI	SI
ecógrafos esaote dopler (2)	Bueno	No	No
Ecógrafo general electric portátil	Regular	No	No

\*En comodato.

<sup>28</sup> Tomógrafo Helicoidal computarizado (LPNI 1961).

- Hospital Durand

Gastroenterología

Equipo	Tipo de Adquisición	Mantenimiento Preventivo	Observaciones
Torres Pentax - año 2011 (2) una con dos cañas y otra con tres (cuenta con duodenoscopia)	Propio	No	En 2014 se reparó en dos oportunidades por desgaste precoz.
Torre de video endoscopia Fujinon – año 2007 con tres cañas. Permite hacer cromoescopia electrónica.	Propio	No	Equipo de alta gama cuya caña alta ya ha tenido una reparación, y nuevamente se ha necesitado pedir reparación. Uso intenso, único equipo actualizado que permite por sus capacidades técnicas estar a la vanguardia en el diagnóstico y tratamiento endoscópico
Torres Fujinon - año 2000 y Torre Pentax – 1999.	Propio	-	No se encuentran operativas. Equipos obsoletos. En 2011 recibieron una donación de una tercera caña para el Pentax con doble canal especial para hemorragias digestivas. Se discontinuó su uso por la rotura e imposibilidad de encontrar técnicos que la repararen.
Equipos a fibras, alto pediátrico y bajo, sumergibles (2)	Propio	No	Se utilizan en caso de no poder utilizar la torre y en ocasión de estudios pediátricos en quirófano. Son antiguos, su estado no es aceptable y tienen poca vida útil ya que los equipos a fibras se deterioran aun con uso mínimo. Dificultad para conseguir repuestos.
PH metro marca Sand Hill (2012)	Propio	No	

Neumonología

Equipo	Estado	Funcionamiento	Mantenimiento	Comentarios
Espirómetro c/pletismografía mca. Medical graphics mod 1085 dl	Obsoleto	-	-	Donación
Fibrobroncoscopio pediátrico mca. Storz mod.11002bd	-	Sin funcionamiento. Irreparable	-	
Broncofibroscopio bf-1t10 tipo oes (sistema endoscópico olympus serie 2613403		Bueno		Donación
Broncoscopio mod. Chevallier jackson	Obsoleto	-		
Broncoscopio hf-30 s/nº serie		bueno		
