

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 IARC¹ 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>

¹ 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
TOTAL	115162	100.0	54953	100.0	60209	100.0

Fuente: Elaborado por SIVER/INC² 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

² 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 estadísticas³ 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.

³ 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 vellosos, 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.

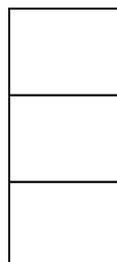
Los objetivos generales del programa se encuentran definidos en el anexo de la resolución y son los siguientes:

- ✓ 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.

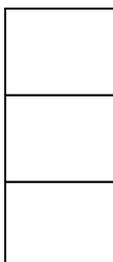
II) Programa de Detección Precoz de Cáncer Genitomamario- Cáncer de Cuello Uterino.

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>- Nación</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 anestesiólogos.
- 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

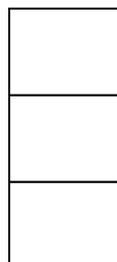
El equipamiento para la realización de los estudios diagnósticos carece de mantenimiento preventivo. En algunos casos es antiguo y ante desperfectos, la falta de repuestos imposibilita o dificulta su reparación. En ambos casos, la consecuencia directa es la suspensión de la práctica diagnóstica.

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"> - 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.
<p>Conclusión</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.

