

INFORME FINAL CON INFORME EJECUTIVO

PROYECTO N° 3.07.04

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ADULTOS

AUDITORIA DE GESTION

Buenos Aires, Noviembre de 2008

**AUDITORIA GENERAL
DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES**

Presidente:

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales:

Dr. Santiago De Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Lic. Josefa A. Prada

Dr. Juan Carlos Toso

Código de Proyecto: 3.07.04

Nombre del Proyecto: Cirugía Cardiovascular Adultos

Objeto: Prácticas de cardio-cirugía en Hospitales de la Ciudad

Objetivos: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia de las prácticas de Cirugía Cardiovascular Adultos (CCVA) en hospitales de la Ciudad

Período bajo examen: Año 2006

Fecha de presentación de informe: septiembre de 2008

Equipo Designado:

Directora de Proyecto

Gamez, Maria Mercedes

Auditor Supervisor

Raimondo, Jorge (Contador)

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Bs. As., octubre de 2008
Código del Proyecto	3.07.04
Denominación del Proyecto	Cirugía Cardiovascular Adultos
Período examinado	Año 2006
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia de las prácticas de Cirugía Cardiovascular Adultos (CCVA) en hospitales de la Ciudad
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 Nº 325. El examen se realizó mediante los datos obtenidos a través de: • Revisión de la Normas de funcionamiento existentes. • Entrevistas con los responsables de las áreas de CCV en los efectores seleccionados de la muestra. • Relevamiento: ▪ Centro Quirúrgico: ▪ Recursos Materiales: ▪ Recursos Humanos: ▪ Registros: ▪ Listas de espera. ▪ Análisis estadístico. Construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos de la gestión por procesos ▪ Estructura ▪ Proceso ▪ Resultados ▪ Calidad • Análisis de la actividad de los servicios en términos de efectividad. Articulación de los Servicios intra e interhospitales (Red).
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se desarrollaron entre el 12 de abril y el 15 de noviembre de 2007
Limitaciones al alcance	La falta de un adecuado registro de la información, dificultó el acceso a la documentación necesaria para el control de la gestión, en diferentes aspectos: • Falta de homogeneidad en la información recabada sobre los pacientes, sus diagnósticos y su clasificación nosográfica, • Falta de registros unificados de pacientes en espera de cirugía. Excepto en el Hospital Argerich, los efectores no informaron detalladamente respecto de la cobertura, obra social de los pacientes y la facturación de las prácticas realizadas
Aclaraciones	No hay presupuesto de "Cirugía Cardiovascular de Adultos" y no existen

Previas

metas físicas ni financieras específicas fijadas, como tampoco se segregan los créditos correspondientes a la misma. Asimismo no existe una planificación formal anual de las actividades, que son de carácter repetitivas en cuanto a su estructura, procedimientos y periodicidad.

Se seleccionó una muestra de cinco Hospitales Generales de Agudos, donde se realizan Cirugías Cardiovasculares Central y Vascular periférica y son:

- Hospital General de Agudos, Dr. Cosme Argerich
- Hospital General de Agudos, Dr. Carlos Durand
- Hospital General de Agudos, Dr. Juan A. Fernández
- Hospital General de Agudos, Donación F. Santojanni
- Hospital General de Agudos, Bernardino Rivadavia

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires con valores que superan el 25% del total anual de muertes para el año 2005.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

a) Epidemiología

Las enfermedades cardiovasculares son las responsables de un tercio de las muertes que se producen en el mundo, concretamente fallecen al año 17 millones de personas por este motivo. En Argentina, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbimortalidad en la población adulta.

La elevada prevalencia de factores de riesgo (hipertensión arterial, tabaquismo, colesterol elevado y sobrepeso-obesidad) revisten suma importancia en la persistencia de las elevadas tasas de mortalidad.

b) Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades no transmisibles (ENT) entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares, constituyen un problema que requiere estrategias complejas para su control y reducción, pero aún así, son prevenibles.

La prevención es la herramienta más eficaz y económica para conservar la salud y evitar la aparición de enfermedades.

EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

a) Prevalencia de la enfermedad

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires con valores que superan el 25% del total anual de muertes para el año 2005. Según la misma fuente, en el año 2006 se mantiene la misma tasa de mortalidad por esta causa que en el año anterior.

El 48,51% de las enfermedades cardiovasculares se atienden entre los cinco efectores que cuentan con Servicio de Cirugía Cardiovascular.

b) Mortalidad por causa y por comuna. Regiones Sanitarias

El artículo 28 de la Ley Básica de Salud considera la delimitación geográfico poblacional, basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación. En tal sentido la Resolución N° 31 - MSGC/08 establece la creación de las

Regiones Sanitarias I, II, III y IV, apuntando a la descentralización de la gestión y en concordancia con la Ley N° 1.777 que establece para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una división política y administrativa en quince (15) Comunas; “tendiendo a una mejor programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias que posibilite articular los tres subsectores, fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes locales de salud”

c) Distribución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares por Comuna:

Si se analiza la distribución de la tasa de mortalidad por causas de enfermedades cardiovasculares, la mayor corresponde a la Comuna 9 que tiene como Hospital de referencia el Santojanni. Le siguen las comunas 10, 11, y 12 con los Hospitales Vélez Sarsfield, Zubizarreta y Pirovano, que no cuentan con cirugía cardiovascular central. El Hospital Fernández de la comuna 14 registra la cifra más baja contando con cirugía cardiovascular. Las comunas 1 y 5 no tienen hospital de referencia y ostentan cifras superiores a la media de la ciudad.

PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular

La Resolución N° 1883/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, define como Servicio de Cirugía Cardiovascular de una unidad de atención de la salud, aquel destinado a resolver acciones de promoción, prevención, control, diagnóstico y/o tratamiento, procedimientos quirúrgicos, ablaciones, transplantes, implantes, explantes, recuperación y reinserción social de pacientes con patología cardiovascular.

Los servicios de Cirugía Cardiovascular que efectúan transplantes de órganos en lo relativo a estos procedimientos deberán cumplimentar las normativas del INCUCAI y/o sucedáneos provinciales.

Cirugía de implante de marcapasos:

Es la opción de tratamiento para las personas con un ritmo cardíaco lento (bradicardia). Tras la implantación del marcapasos es conveniente tener monitorizado 24 horas al paciente.

El implante de marcapasos puede hacerse en un quirófano de Cirugía Cardíaca, o en una sala de Hemodinámica, aceptando que debe ser considerada como intervención programada, antes que una técnica urgente (salvo excepciones).

Biopsia Endomiocárdica:

En los pacientes con trasplante cardíaco la biopsia endomiocárdica es el patrón de oro para el diagnóstico de rechazo agudo. Los hallazgos microscópicos de la biopsia implican respuestas terapéuticas inmediatas.

La toma de la biopsia endomiocárdica es un procedimiento clínicamente seguro, con una mínima tasa de complicaciones.

ASPECTOS GENERALES

La creación y organización de las áreas de Cirugía Cardiovascular en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires no responde a una planificación basada en criterios epidemiológicos y de geo-referencia. Esto condiciona la eficacia y eficiencia del sistema, con desajustes en la asignación y distribución en los recursos

Recursos Físicos:

Las características de la cirugía cardiovascular y el requerimiento de equipos e instrumental específico reconocen limitaciones que el relevamiento pone de manifiesto en los efectores considerados, fundamentalmente: falta de quirófanos propios, insuficiente cantidad de camas de recuperación y de bombas de circulación extracorpórea y balón de contra pulsación.

ASPECTOS PARTICULARES

a) Hospital Argerich:

Reciben pacientes derivados de todos los hospitales, inclusive de los otros 3 que estarían en condiciones de realizar cirugías centrales (Santojanni, Durand y Fernández), también del interior y el exterior. La demanda que ingresa por urgencia se superpone con la programada, debiendo postergarse estas últimas por la falta de camas de recuperación. Las existentes son compartidas con Unidad Coronaria (UCO).

Es importante el déficit en enfermería, dado el mayor grado de dependencia de los pacientes, cada paciente requiere un enfermero permanente y por momentos, otro simultáneo para colaborar en la instrumentación de los soportes tecnológicos y monitoreo específicos. Actualmente tienen un enfermero cada 3 ó 4 camas.

Recursos Humanos:

La falta de designación del personal de Perfusión y Asistencia Circulatoria es un factor de suma importancia para el desarrollo de la actividad.

Tienen 20 camas para internación de cuidados críticos que resultan insuficientes para cubrir la demanda.

El servicio cuenta con un equipo de cinco anestesiólogos asignados.

El Hospital Argerich cuenta con servicio de hemodinamia las 24 horas.

Transplante cardíaco: no tiene estructura formal dentro del Hospital y los profesionales perciben sus haberes como suplencias de guardias. Cuentan con cuatro camas de pre transplante y cuatro camas de Módulo de transplante.

b) Hospital Durand

En el hospital se realizan cirugías vasculares periféricas y centrales. Cuenta con servicio de hemodinamia las 24 hs.

Las cirugías centrales que se realizan son siempre programadas, ya que no hay personal suficiente para atender urgencias. Las mismas se derivan a los hospitales Argerich y Santojanni. Desde septiembre de 2006 se realizan entre tres y cuatro cirugías programadas por semana. Reciben derivaciones de otros hospitales.

El personal del servicio es insuficiente para que los dos quirófanos funcionen simultáneamente.

La planta física del servicio esta conformada por dos quirófanos específicos y un tercero compartido. La sala de Recuperación Cardiovascular cuenta con cinco camas, de las cuales están disponibles cuatro, sólo dos cuentan con equipamiento para monitoreo, las otras dos funcionan como camas de sala común de internación. Por otro lado, el hospital cuenta con bomba de circulación extracorpórea, pero no cuenta con instrumental adecuado, ya que el disponible es obsoleto o compartido con otros servicios.

No se registran los pacientes en lista de espera.

Cirugía vascular Periférica:

El arco en C¹ con el que cuenta el Hospital es antiguo y no es específico para cirugía cardiovascular. No graba imágenes o secuencias y es compartido con cirugía general y traumatología (esto último implica que las cirugías que requieren radioscopia sólo pueden realizarse una vez por semana).

La demora actual para cirugía periférica varía entre uno y dos meses. Las causas de la espera son múltiples.

La falta de ecodopler en el servicio desde hace más de un año, obstaculiza el desarrollo de las actividades.

El Servicio no cuenta con personal administrativo.

Como en el resto de los Servicios, el perfusionista del área no posee designación formal.

c) Hospital Fernández

La Unidad de Cirugía Cardiovascular de Adultos (CCVA) fue conformada en mayo de 2005, en una etapa posterior a la instalación del servicio de hemodinamia, con frecuentes suspensiones en sus prestaciones que adjudican a la irregular situación contractual en que se hallan los profesionales (cirujanos ayudantes, anestesiólogos y los técnicos en perfusión). Cuenta con un cirujano designado, que se desempeña como Jefe de Unidad y tres cirujanos ayudantes (dos con nombramientos en trámite). Están designadas dos instrumentadoras quirúrgicas. Se está concursando una vacante para técnico en perfusión.

La Unidad cuenta con un quirófano propio disponible en el horario de planta, los fines de semana y en horario nocturno se operan urgencias por quirófanos de guardia. No cuentan con sala de recuperación, se proporcionan dos camas de unidad coronaria para ser utilizadas con ese fin. Se efectúan una cirugía cardiovascular central a la semana (en horario matutino), una periférica también con frecuencia semanal y por la tarde se realizan operaciones menores (sistema PROCA²)

Equipamiento:

La Unidad cuenta con una bomba de circulación extracorpórea que ha sido cedida por el Hospital Argerich y que pertenece al mismo. La consola de balón de contra pulsación aórtica se encuentra en comodato. No cuentan con intercambiador de calor, cuya licitación se encuentra en curso. Existe una sola caja completa de instrumental delicado para cirugía coronaria.

Circuito de admisión: Cuando un paciente está en condiciones de ser operado se lo interna en Unidad Coronaria según la disponibilidad de camas. Una vez realizada la operación, se lo interna en dicha unidad por un plazo aproximado de dos días. La Unidad de CCVA del Hospital Fernández recibe derivaciones de pacientes de los hospitales Vélez Sarsfield, Rivadavia, Ramos Mejía y Pirovano.

Recursos Humanos:

El servicio cuenta con un cirujano cardiovascular de planta como jefe de equipo. Los tres ayudantes restantes están nombrados como suplentes de guardia al igual que los anestesiólogos. El técnico en perfusión no está designado hasta el momento, pese a haber accedido al cargo por concurso.

¹ Equipo portátil de radiología de alta definición

² Programa de Cirugía Ambulatoria

Cuentan con dos instrumentadoras de planta afectadas part-time. Respecto al pre-quirúrgico y la recuperación post cirugía están afectados dos médicos cardiólogos. Ambos tienen nombramientos de guardia en unidad coronaria, no dependen del servicio. El personal de enfermería es rotativo y depende de unidad coronaria.

d) Hospital Santojanni

El servicio actualmente funciona como “grupo de trabajo” no contando con una estructura formal.

Existen siete nombramientos de personal médico para el área de Recuperación Cardiovascular pero no se encuentra habilitada debido a la falta de nombramiento de personal de enfermería. La recuperación de pacientes se realiza en Unidad Coronaria, con la consecuente limitación de camas para este sector.

El instrumental quirúrgico fue aportado por los profesionales del equipo, no forma parte del patrimonio del Hospital. Esto se suma a las limitaciones anteriores y dado la necesaria esterilización del material, solo permitiría una cirugía diaria.

El quirófano que utiliza el Servicio está compartido con Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, entre otros.

No hay asignado al área instrumentadoras.

El plantel de enfermería depende de Cirugía General y es quién asigna el personal de acuerdo a las necesidades y disponibilidad.

La esterilización del material se realiza fuera del Hospital y puede extenderse hasta diez días, debido a que se realiza un pedido de esterilización conjunto con otros servicios.

e) Hospital Rivadavia:

En la actualidad no se efectúan cirugías cardíacas por falta de equipamiento. Desde hace más de 10 años no cuentan con bomba de circulación extracorpórea y debido a errores ocurridos durante el desarrollo de obras de construcción, se perdió la red eléctrica que suministraba energía en 380w, necesaria para el funcionamiento de tecnología específica como un angiógrafo que le fuera cedido por el hospital Argerich.

El Servicio cuenta con el personal necesario para operar el angiógrafo que también beneficiaría a otros servicios (Neurología, Neurocirugía). En consecuencia, los pacientes que requieren esta tecnología deben ser derivados a otros hospitales.

No tienen quirófano propio, los quirófanos centrales están muy deteriorados y la dinámica operativa es difícil dada la gran demanda.

Existe un proyecto de construcción de un espacio cuya licitación ya se encuentra en etapa de preadjudicación.

Además de falta de recursos materiales y tecnológicos, el servicio ve disminuida la producción de intervenciones debido a la falta de anestesistas. Cuentan con dos hemodinamistas que realizan guardias en el servicio de terapia intensiva hasta tanto se cuente con los recursos tecnológicos para realizar su tarea específica.

La producción actual de aproximadamente dos cirugías a la semana.

Listas de espera:

Entre los factores que condicionan la magnitud de la lista de espera relacionados con la oferta se encuentran: las horas médicas de las especialidades requeridas, personal de apoyo, tecnología necesaria,

disponibilidad de quirófanos y de camas (criterios de eficiencia en la gestión recomiendan que, en lo posible debe reservarse un porcentaje calculado de camas, para los diferentes niveles de cuidados por los que deberán transitar los pacientes ya operados en su evolución, lo que no se corresponde con la realidad relevada).

Como consecuencia de la falta de una red de cardiocirugía, no existe una base de datos con los pacientes en espera y cada efector elabora un registro propio con los pacientes que requieren cirugía consignando datos heterogéneos y la estimación del turno en que se efectuará la práctica sin tener en cuenta la disponibilidad del sistema.

Las listas de espera no se actualizan ni se realiza un seguimiento de los pacientes inscriptos.

Consultas Externas.

AÑO 2006		Consultas Externas Cirugías Cardiovascular Central			
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	Total
Argerich	398	245	1849	2492	64%
Durand	146	8	543	697	18%
Santojanni	340	0	370	710	18%
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS				3899	

AÑO 2006		Consultas Externas Cirugías Vascular Periférica			Total
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	
Argerich	244	0	2566	2810	27%
Durand	1630	162	1551	3343	33%
Santojanni	673	0	380	1053	10%
Fernández	835	566	676	2077	20%
Rivadavia	272	133	533	938	9%

TOTAL CONSULTAS EXTERNAS 10221

Cirugías realizadas:

Aporte de cirugías efectuadas por Hospital:

	2006	2007
Argerich	30,00%	17,30%
Durand	50,50%	34,60%
Fernández	45,00%	6,50%
Santojanni	15,00%	41,60%

Observaciones

Generales:

1. Insuficientes acciones de articulación con efectores de atención primaria para la promoción y prevención de la salud
2. La falta de homogeneidad en los registros de los distintos efectores impide determinar con precisión:

- la población atendida y cumplimiento de metas.
- diagnósticos y su clasificación nosográfica
- cantidad de pacientes y tiempos de espera
- motivo y cantidad de suspensión de cirugías

Toda esta información resulta indispensable para confeccionar indicadores de gestión comparativos.

3. Falta de planificación que condiciona la adecuación de la infraestructura a la disponibilidad de profesionales y de estos a la demanda, incrementando la lista de espera.

4. Falta de articulación entre los efectores (red):

- Inexistencia de una red que facilite la reasignación de recursos subutilizados
- Inexistencia de una base de datos unificada con los pacientes en espera para recibir atención o derivación.

5. Irregularidad contractual:

- Los técnicos perfusionistas no están considerados en la estructura formal del Ministerio. Los agentes cobran sus salarios por sistema de guardias técnicas.
- Profesionales con remuneraciones como suplencias de guardia.

6. Falta personal enfermería.

7. Falta personal administrativo

Hospital Argerich

8. Es insuficiente el número de camas de recuperación, indispensable para cada paciente intervenido quirúrgicamente. La demanda de cirugías de urgencia es alta y la falta de camas, obliga a suspender las programadas lo que incrementa la lista de espera.

9. La falta de disponibilidad de camas de recuperación se evidencia en la necesidad de compartirlas con Unidad Coronaria.

10. Los pacientes que van a ser intervenidos deben internarse para asegurar la cama sin fecha cierta para la cirugía. Son insuficientes las camas de internación en cuidados críticos.

Hospital Rivadavia

11. Por deficiencias en la planta física, no se efectúan en el hospital cirugías cardiovasculares centrales.

12. Los quirófanos no son propios, se comparten con otras especialidades, resultando insuficientes para el total de la demanda quirúrgica.

13. Falta equipamiento para cirugía cardiovascular central (bomba de circulación extracorpórea)

14. Cuenta con instrumental específico para el área (angiógrafo) y con técnicos capacitados para operarlo, pero se encuentra sin aplicación debido a que la red eléctrica no suministra el voltaje de energía requerido.

15. No cuentan con anestesistas designados para el área.

Hospital Durand

16. El instrumental del área es insuficiente, obsoleto o compartido lo que

	condiciona la realización de cirugías. 17. Las camas de recuperación no son propias, lo que provoca que las cirugías se realicen cuando se encuentran disponibles las de la UTI. Hospital Fernández 18. Los cirujanos ayudantes cobran servicios por suplencia de guardia 19. Existe una sola bomba de circulación extracorpórea que ha sido cedida por el Hospital Argerich 20. El instrumental específico no es propio 21. Las interrupciones en el funcionamiento del Servicio causan períodos de baja productividad. Hospital Santojanni 22. No cuentan con personal de enfermería para poner en actividad el área de recuperación, pese a que cuenta con médicos designados 23. La recuperación de pacientes se realiza en Unidad Coronaria, con la consecuente limitación de camas para ambos servicios. 24. Cuentan con un solo equipo de instrumental quirúrgico propiedad de los profesionales integrantes del grupo de trabajo, lo que supedita las cirugías a su disponibilidad (esterilización). El Ministerio de Salud no ha provisto de elementos ad hoc. 25. El único quirófano disponible se comparte con otros servicios (Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, entre otros). 26. No hay instrumentadoras asignadas al área. La esterilización del material se realiza fuera del Hospital y puede extenderse hasta diez días, debido a que se realiza un pedido de esterilización conjunto con otros servicios.
Recomendaciones	Al Ministerio de Salud: 1. Poner en funcionamiento la Red de Cirugía Cardiovascular de Adultos, con el objetivo de articular recursos de los distintos efectores y coadyuvar a la eficiencia y eficacia de la utilización de los mismos. Confeccionar criterios que unifiquen las necesidades que registren las demandas de las comunas (Observaciones 1, 2 y 3) 2. Profundizar las acciones de articulación con los efectores de atención primaria para la promoción y prevención de la salud, de manera de reducir la demanda de cirugía cardiovascular (Observación 4) 3. Resolver la situación laboral de los distintos profesionales que intervienen en los Servicios (Observaciones 5 y 18) 4. Designar profesionales médicos, instrumentadoras, personal de enfermería y administrativos (Observaciones 6, 7, 15, 18, 22 y 26) 5. Que a través de la Red de Cirugía Cardiovascular, evaluar la complejidad de los servicios existentes, los recursos disponibles y realice las acciones tendientes a completar los equipos humanos y físicos necesarios para satisfacer la demanda de CCV de la Ciudad. (Observaciones 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23 y 25) 6. Dotar a los Servicios de elementos técnicos necesarios para las prácticas que realizan (Observaciones 20, 24 y 27) Al Hospital Fernández: 7. Garantizar el funcionamiento continuado del Servicio (Observación 21)

Conclusión

La persistencia e incremento de listas de espera que revelan una respuesta parcial e ineficaz a la demanda de la población, requieren decisiones destinadas a desarrollar las potencialidades emergentes de la capacidad profesional y técnica con que cuenta el Sistema.

Las altas tasas de morbilidad por afecciones no transmisibles y prevenibles, pone de relieve la importancia de fortalecer estrategias de prevención y promoción para disminuir la demanda en el segundo y tercer nivel, de mayor costo y repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

En el mismo sentido, la formalización de una red de cirugía, organizada en función de los niveles de complejidad y tecnología que permita derivaciones ágiles e intercambio de recursos profesionales, contribuiría al decrecimiento de la demanda insatisfecha y paliar una realidad en la que las comunas más afectadas no cuentan con servicios de CCV en sus áreas programáticas.

**Informe Final de Auditoria
Proyecto N° 3.07.04
Cirugía Cardiovascular Adultos**

Señora
Presidenta de la +3
Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires
Lic. Gabriela Michetti
S / D

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135º de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de conformidad con las disposiciones de la Ley 70, artículos 131º, 132º y 136º, la AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, procedió a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto que se detalla a continuación.

I.OBJETO

Prácticas de cardio-cirugía en hospitales de la ciudad

II.OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia de las prácticas de Cirugía Cardiovascular Adultos (CCVA) en hospitales de la Ciudad

III.ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.
El examen se realizó mediante los datos obtenidos a través de:

- Revisión de la Normas de funcionamiento existentes.
- Entrevistas con los responsables de las áreas de CCV en los efectores seleccionados de la muestra.
- Relevamiento:
 - *Centro Quirúrgico:*
Numero de quirófanos y disponibilidad.
 - *Recursos Materiales:*
Instrumental e insumos.
 - *Recursos Humanos:*
Composición, carga horaria. Constitución de los equipos quirúrgicos, organización y coordinación.
Normas.
 - *Registros:*
Libro de Quirófano.
 - Listas de espera.

- Análisis estadístico. Construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos de la gestión por procesos
- Estructura
- Proceso
- Resultados
- Calidad
- Análisis de la actividad de los servicios en términos de efectividad. Articulación de los Servicios intra e interhospitalares (Red).

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 12 de abril y el 15 de noviembre de 2007.

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE

La falta de un adecuado registro de la información, dificultó el acceso a la documentación necesaria para el control de la gestión, en diferentes aspectos:

- Falta de homogeneidad en la información recabada sobre los pacientes, sus diagnósticos y su clasificación nosográfica,
- Falta de registros unificados de pacientes en espera de cirugía.
- Excepto en el Hospital Argerich, los efectores no informaron detalladamente respecto de la cobertura, obra social de los pacientes y la facturación de las prácticas realizadas.

V. ACLARACIONES PREVIAS

No hay presupuesto de “Cirugía Cardiovascular de Adultos” y no existen metas físicas ni financieras específicas fijadas, como tampoco se segregan los créditos correspondientes a la misma. Asimismo no existe una planificación formal anual de las actividades, que son de carácter repetitivas en cuanto a su estructura, procedimientos y periodicidad.

Se seleccionó una muestra de cinco Hospitales Generales de Agudos, donde se realizan Cirugías Cardiovasculares Central y Vascular periférica y son:

- Hospital General de Agudos, Dr. Cosme Argerich
- Hospital General de Agudos, Dr. Carlos Durand
- Hospital General de Agudos, Dr. Juan A. Fernández
- Hospital General de Agudos, Donación F. Santojanni
- Hospital General de Agudos, Bernardino Rivadavia

V.1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

a) EPIDEMIOLOGÍA

En septiembre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe en donde refería las causas de mortalidad estimada para los próximos años considerando que en la actualidad hombres, mujeres y niños están en riesgo frente a la enfermedad cardiovascular y el 80% de su carga se asienta en los países con menores ingresos: “Para 2020, la enfermedad cardíaca y el accidente

cerebrovascular (ACV) serán la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo".

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles – ENT– (enfermedades cardiovasculares, tumores y lesiones) está en aumento. Las enfermedades cardiovasculares son las responsables de un tercio de las muertes que se producen en el mundo, concretamente fallecen al año 17 millones de personas por este motivo. Según datos OMS, cada dos segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular, cada 5 segundos un infarto de miocardio y 6 seis segundos un ictus. En Argentina, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbilidad en la población adulta. En el año 2003, sobre un total de 302.064 muertes, 95.090 se produjeron por causas cardiovasculares y 54.949 por cáncer. Ambas causas reúnen el 52% de las muertes.

La primera Encuesta Nacional de **Factores de Riesgo**³ revela que los principales indicadores a nivel nacional concluyó:

FACTOR	PREVALENCIA
Baja actividad física	46,20%
Consumo de tabaco (18 a 64 años)	33,40%
Consumo de tabaco (en adultos)	29,70%
Presión elevada (*)	34,40%
Sobrepeso-obesidad	49,10%
Bajo consumo de frutas y verduras	35,30%
Diabetes (*)	11,90%
Colesterol elevado (*)	27,80%
Consumo de alcohol de riesgo	9,60%

(*) En personas que se controlaron

Para casi todos los factores de riesgo evaluados se observó mayor prevalencia en la población de menores ingresos, con necesidades básicas insatisfechas y menor nivel educativo.

La elevada prevalencia de factores de riesgo (hipertensión arterial, tabaquismo, colesterol elevado y sobrepeso-obesidad) revisten suma importancia en la persistencia de las elevadas tasas de mortalidad⁴.

b) Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Las **enfermedades no transmisibles (ENT)** entre las que se incluyen las **enfermedades cardiovasculares**, constituyen un problema que requiere estrategias complejas para su control y reducción, pero aún así, son prevenibles.

La prevención es la herramienta más eficaz y económica para conservar la salud y evitar la aparición de enfermedades.

³ www.msal.gov.ar (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 – Ministerio de Salud de la Nación)

⁴ Daniel Ferrante Programa VIGI+A, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; Rev. Argent. Cardiol. v.74 n.3 Buenos Aires mayo/jun. 2006.

Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria basada en los condicionantes socioambientales y factores de riesgo se considera la estrategia con mejor relación costo-efectividad, más sostenible y financiable para afrontar esta epidemia⁵.

La prevención secundaria consiste en medidas orientadas a un diagnóstico precoz para detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente (en un individuo o en una población), en cualquier punto de su aparición.

La prevención terciaria abarca el conjunto de medidas y tratamientos para evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problemas de salud, tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas enfermas, que implica la asignación de recursos humanos, materiales y económicos que comprometen la eficacia y eficiencia del sistema de salud. Su repercusión sobre la comunidad particularmente por las secuelas incapacitantes que determina en la mayoría de los casos, compromete a su vez, más recursos en terapias de rehabilitación o trasplantes.

V. 2. EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

a) Prevalencia de la enfermedad

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires con valores que superan el 25% del total anual de muertes para el año 2005.

El siguiente cuadro muestra la tendencia en relación al total de muertes y las correspondientes a enfermedades del corazón (tasa por mil) de los años 2003, 2004 y 2005⁶

Principales causas de muerte	2003			2004			2005		
	Casos	Tasa ‰	%	Casos	Tasa ‰	%	Casos	Tasa ‰	%
Total	33.197	10,9	100,0	32.613	10,8	100,0	31.792	10,5	100,0
Enfermedades del corazón	7.839	2,6	23,6	7.301	2,4	22,4	8.114	2,7	25,5

Según la misma fuente, en el año 2006 se mantiene la misma tasa de mortalidad por esta causa que en el año anterior.

Las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares concentran más de la mitad de las muertes registradas en los años presentados. Sin embargo, se observa una reducción de la mortalidad por enfermedades del corazón, probablemente debida a un mejoramiento en la certificación de la causa de muerte. Es decir, se habría reducido la cantidad de casos en que la insuficiencia cardíaca, el infarto agudo o el paro cardíaco aparecían como única causa de muerte en los informes estadísticos de defunción.

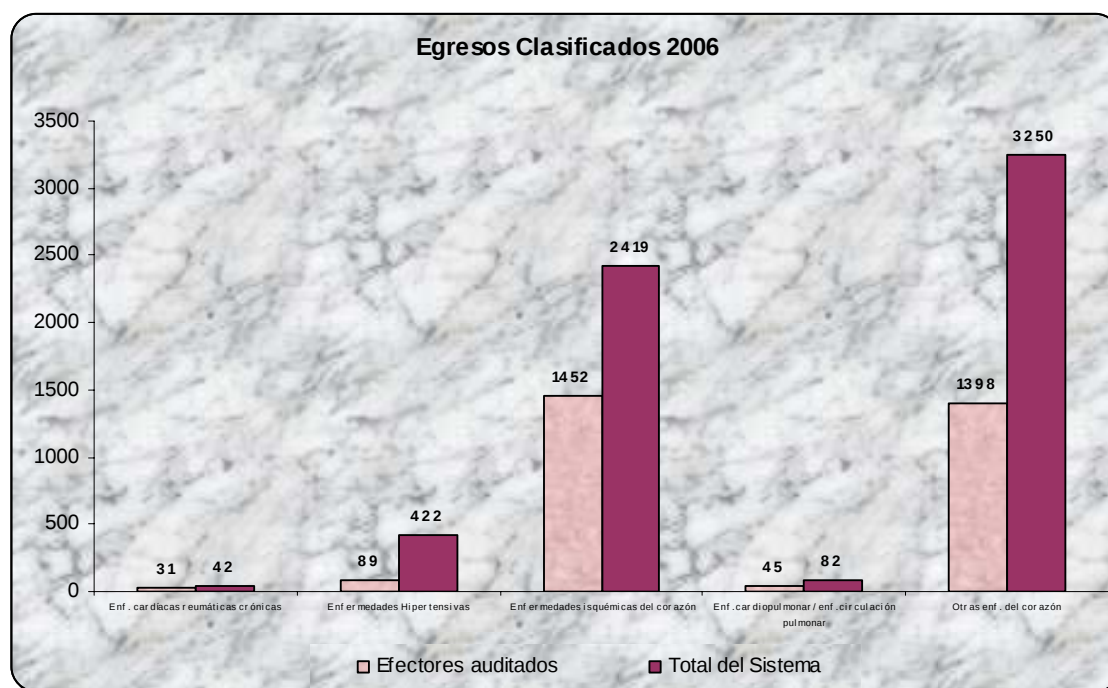
Egresos Cardiovasculares 2006	Efectores auditados	Total del Sistema	% en efectores auditados
-------------------------------	------------------------	----------------------	-----------------------------

⁵ Rev. Argent. Cardiol. v.75 n.1 Buenos Aires ene./feb. 2007.

⁶ Fuente: Anuario estadístico 2005 Dirección de Estadísticas y Censos de la CABA

Egresos Cardiovasculares 2006	Efectores auditados	Total del Sistema	% en efectores auditados
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	31	42	73,81
Enfermedades Hipertensivas	89	422	21,09
Enfermedades isquémicas del corazón	1452	2419	60,02
Enfermedad cardiopulmonar/enfermedad circulación pulmonar	45	82	54,88
Otras enfermedades del corazón	1398	3250	43,02
Totales	3015	6215	48,51

(Fuente: Dirección Estadísticas para la Salud - Elaboración propia)



El 48,51% de las enfermedades cardiovasculares se atienden entre los cinco efectores que cuentan con Servicio de Cirugía Cardiovascular⁷. El 60% corresponden a enfermedades isquémicas (una alta prevalencia considerando que son patologías controlables con una adecuada prevención), atendidas de acuerdo al cuadro siguiente:

Hospital	%
Argerich	35
Santojanni	20
Durand	19,5
Fernández	19
Rivadavia	6,5

⁷ Hospitales Argerich, Durand, Santojanni, Fernández y Rivadavia.

b) Mortalidad por causa y por comuna. Regiones Sanitarias

El artículo 28 de la Ley Básica de Salud considera la delimitación geográfico-poblacional, basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, y de vías y medios de comunicación. En tal sentido la Resolución N° 31 - MSGC/08 establece la creación de las Regiones Sanitarias I, II, III y IV, apuntando a la descentralización de la gestión y en concordancia con la Ley N° 1.777 que establece para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una división política y administrativa en quince (15) Comunas; “tendiendo a una mejor programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias que posibilite articular los tres subsectores, fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes locales de salud”⁸

El siguiente mapa muestra las regiones sanitarias y las comunas que abarca:

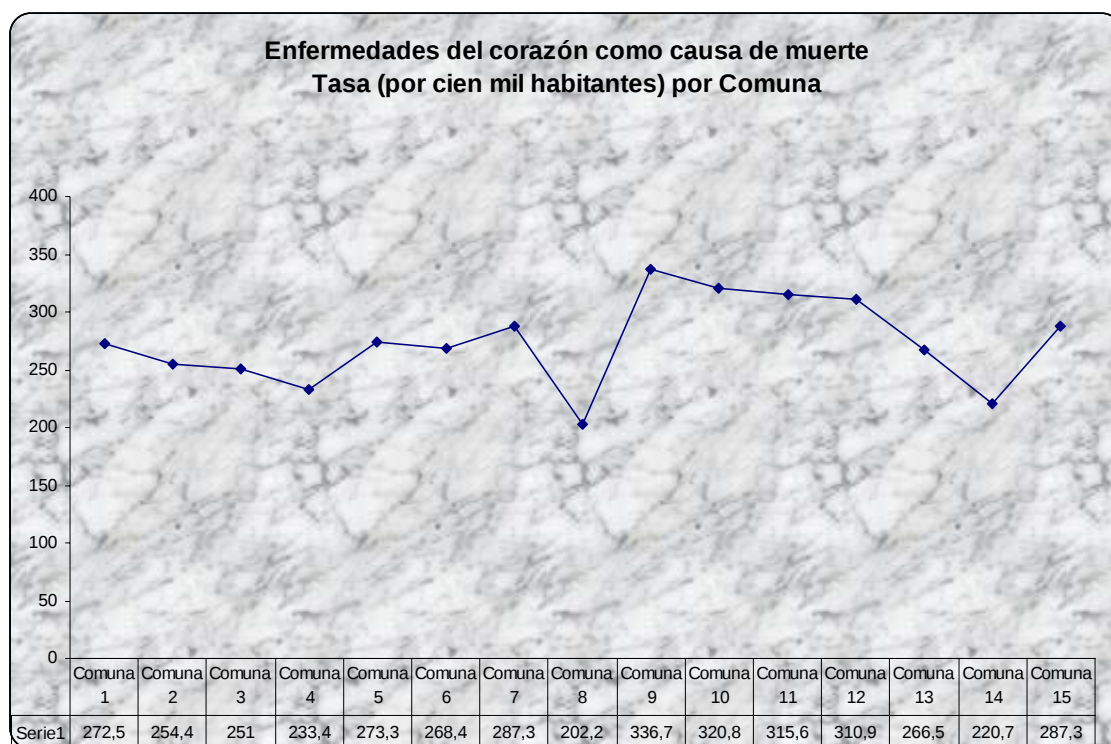


c) Distribución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares por Comuna:

Distribución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Año 2006 C.A.B.A.				
Comuna N°	Hospital de referencia	Tasa (por cien mil habitantes)		%
		Total muertes 2006	Muertes por enfer. Cardiovasc.	
1		1102,2	272,5	24,7
2	Rivadavia	960,8	254,4	26,5

⁸ Fuente: MSGCBA

Distribución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Año 2006 C.A.B.A.				
Comuna N°	Hospital de referencia	Tasa (por cien mil habitantes)		%
		Total muertes 2006	Muertes por enfer. Cardiovasc.	
3	Ramos Mejía	1013,2	251	24,8
4	Argerich / Penna	966,8	233,4	24,1
5		1065,3	273,3	25,7
6	Durand	1053,5	268,4	25,5
7	Alvarez / Piñero	1068,5	287,3	26,9
8		765,2	202,2	26,4
9	Santojanni	1198,9	336,7	28,1
10	Velez Sarsfield	1106,5	320,8	29,0
11	Zubizarreta	1089,4	315,6	29,0
12	Pirovano	1050,7	310,9	29,6
13		911,8	266,5	29,2
14	Fernández	852,3	220,7	25,9
15	Tornú	1026,9	287,3	28,0



Si se analiza la distribución de la tasa de mortalidad por causas de enfermedades cardiovasculares, la mayor corresponde a la Comuna 9 que tiene como Hospital de referencia el Santojanni. Le siguen las comunas 10, 11, y 12 con los Hospitales Vélez Sarsfield, Zubizarreta y Pirovano, que no cuentan con cirugía cardiovascular central. El Hospital Fernández de la comuna 14 registra la cifra más baja contando con cirugía cardiovascular. Las comunas 1 y 5 no tienen hospital de referencia y ostentan cifras superiores a la media de la ciudad.

Esto pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud (promoción y prevención) y el funcionamiento de redes que permitan la optimización de las acciones de los efectores existentes.

V.3. PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS A LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

a) Cirugía Cardiovascular

La Cirugía Cardiovascular constituye la rama de la Cirugía destinada a resolver acciones de promoción, prevención, control, diagnóstico y/o tratamiento, procedimientos quirúrgicos, ablaciones, transplantes, implantes, explantes, recuperación y reinserción social de pacientes con patología cardiovascular, tal como fuera definido en las Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cirugía Cardiovascular, incorporadas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación.

La existencia de un Servicio de Cirugía Cardiovascular como especialidad médica se justifica por la unidad fisiopatológica del aparato circulatorio y la analogía de los métodos diagnósticos y terapéuticos, así como los procedimientos técnicos empleados.

La Resolución N° 1883/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, define como Servicio de Cirugía Cardiovascular de una unidad de atención de la salud, aquel destinado a resolver acciones de promoción, prevención, control, diagnóstico y/o tratamiento, procedimientos quirúrgicos, ablaciones, transplantes, implantes, explantes, recuperación y reinserción social de pacientes con patología cardiovascular. Dicha especialidad puede comprender la resolución de cirugía vascular y cirugía cardíaca según procedimientos de: Corazón y Pericardio, Arterias y Venas de la Cavidad Torácica, Arterias y Venas de la Cavidad Abdominopelvianas, Arterias y Venas del Cuello, Arterias y Venas de los Miembros Superiores e Inferiores, Tórax y Transplantes Cardíaco, Pulmonar, Cardiopulmonar y Renal.

Los servicios de Cirugía Cardiovascular que efectúan transplantes de órganos en lo relativo a estos procedimientos deberán cumplimentar las normativas del INCUCAI y/o sucedáneos provinciales.

Las prestaciones que se pueden brindar podemos dividirlos en

- 1- cirugía en el corazón y pericardio
- 2- cirugía en arterias y venas de la cavidad torácica
- 3- cirugía en arterias y venas de la cavidad abdomino-pelviana
- 4- cirugía en arterias y venas del cuello.
- 5- cirugía en arterias y venas de los miembros superiores e inferiores.
- 6- cirugías en el tórax.

7- cirugía endovascular.

En virtud de las Normas precedentes, estos procedimientos se agrupan en tres niveles de resolución quirúrgica:

NIVEL I:

- Consultorios
- Guardia de Emergencia
- Sala de Cirugías ambulatoria

NIVEL II:

- Consultorios
- Guardia de emergencia UR
- Internación de cuidados básicos, Intermedios e Intensivos (Terapia intensiva tipo 2)
- Disponibilidad de unidades de traslado
- Quirófanos o centro quirúrgicos

NIVEL III:

- Consultorios
- Guardia de emergencia UR
- Internación de cuidados básicos. Intermedios e Intensivos (terapia intensiva tipo 1 o UCIC con recuperación cardiovascular)
- Disponibilidad de Unidades de traslado
- Quirófanos o centros quirúrgicos con disponibilidad de bomba de circulación extracorpórea y balón de contrapulsación

Los servicios de Cirugía Cardiovascular que efectúan transplantes de órganos en lo relativo a estos procedimientos deberán cumplimentar las normativas del INCUCAI y/o sucedáneos provinciales⁹.

b) Cirugía de implante de marcapasos:

El marcapasos es un pequeño dispositivo operado con pilas que ayuda a que el corazón lata regularmente y a una frecuencia apropiada. Es la opción de tratamiento para las personas con un ritmo cardíaco lento (bradicardia). Se implanta debajo de la piel, a través de una pequeña incisión, generalmente en el lado izquierdo del tórax. El médico utiliza rayos X para colocar las derivaciones en el corazón las que luego se conectan al marcapasos ubicado en el área del tórax, la piel circundante se cierra con suturas. Tras la implantación del marcapasos es conveniente tener monitorizado 24 horas al paciente.

El implante de marcapasos puede hacerse en un quirófano de Cirugía Cardíaca, o en una sala de Hemodinámica, aceptando que debe ser considerada como intervención programada, antes que una técnica urgente (salvo excepciones). Es de destacar que precisa un espacio físico suficiente, que permita acceso fácil al paciente para atender cualquier complicación que pueda sobrevenir (maniobras de intubación, reanimación, etc), como también camas disponibles.

⁹ Fuente: Anexo de la Resolución Ministerial N°433/01, que aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento de las áreas de Hemodinamia Diagnóstica y Terapéutica Endovascular por Cateterismo y Cirugía Endovascular ver Anexo I

Esta técnica que comenzó en el año 1958 fue durante muchos años realizada exclusivamente por cirujanos pero actualmente los implantes de marcapasos son realizados por cardiólogos y hemodinamistas (tal el caso del Hospital Rivadavia y Santojanni). Dado que más del 95% se realizan en la actualidad por vía endocavitaria, reservándose la técnica epicárdica para aquellos casos en que la primera de ellas no es posible por problemas de acceso al territorio venoso, o cuando el paciente precisa simultáneamente una intervención de cirugía cardíaca¹⁰.

c) Biopsia Endomiocárdica:

En los pacientes con trasplante cardíaco la biopsia endomiocárdica es el patrón de oro para el diagnóstico de rechazo agudo. Los hallazgos microscópicos de la biopsia implican respuestas terapéuticas inmediatas. La biopsia permite también la detección de complicaciones como infecciones oportunistas y enfermedades linfoproliferativas en los pacientes trasplantados. En la evaluación pre-quirúrgica se requiere la biopsia para el diagnóstico de cardiopatías previas que puedan recurrir después de la cirugía, tales como miloidosis, sarcoidosis, enfermedad de Chagas, miocarditis de células gigantes y miocarditis por hipersensibilidad, las cuales deben ser descartadas mediante la biopsia antes de que el paciente sea considerado apto para trasplante. Las muestras se obtienen del ventrículo derecho, la pared septal y en raras ocasiones, del ventrículo izquierdo.

La toma de la biopsia endomiocárdica es un procedimiento clínicamente seguro, con una mínima tasa de complicaciones¹¹.

Por lo tanto, en relación al grado de complejidad y dependencia del paciente, se requieren áreas de apoyo clínico y quirúrgico para los distintos niveles.

Es en estas donde residen las mayores debilidades del sector en la ciudad de Buenos Aires

V.4. ASPECTOS GENERALES

La creación y organización de las áreas de Cirugía Cardiovascular en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires no responde a una planificación basada en criterios epidemiológicos y de geo-referencia. Esto condiciona la eficacia y eficiencia del sistema, con desajustes en la asignación y distribución en los recursos

Dadas las diferentes características de la organización de las áreas de cirugía cardiovascular de los efectores relevados, sus diversas estructuras, la desigual jerarquización dentro de la institución, el grado de complejidad de la oferta, la integración de los equipos, la irregularidad en las designaciones y en la situación contractual de los profesionales y técnicos, los factores determinantes de la demanda (dificultad en el acceso, falta de percepción de riesgo) y otras, no se pudo elaborar una matriz homogénea de indicadores entre los distintos efectores que permitiera comparar la gestión entre sí o con un estándar, en el marco del sistema de salud de la CABA.

¹⁰ No se incluye el listado de servicios donde se implantan marcapasos, debido a que relevarlo hubiese excedido el objeto del proyecto.

¹¹ (Fuente: Rev. Col. Cardiol. 2001; 8: 313-316)

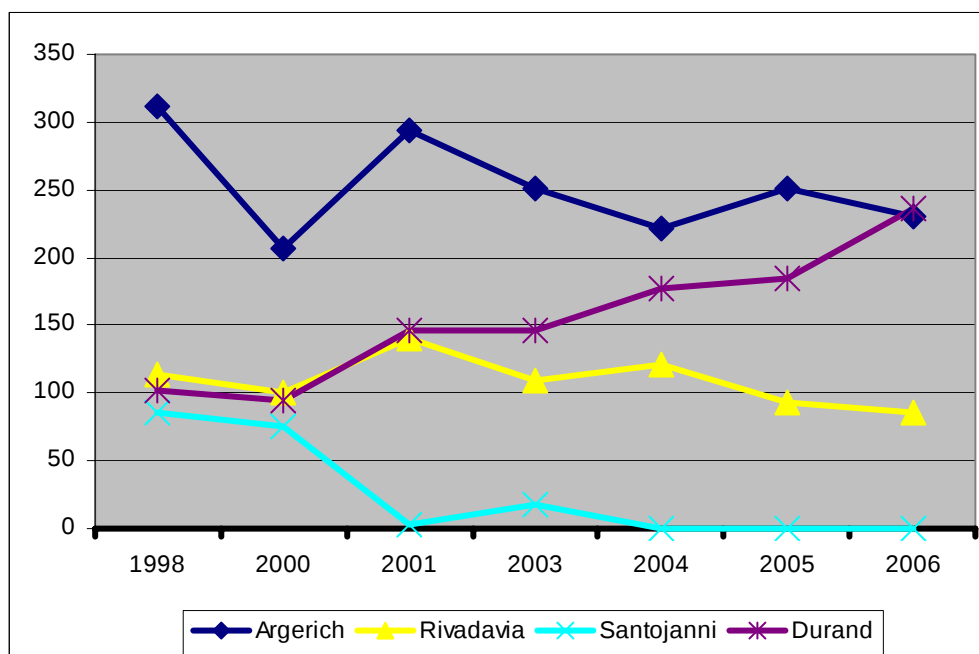
Se analizaron algunos de los factores que condicionan y limitan la productividad incrementando la cantidad de pacientes en lista de espera, considerada esta como el conjunto de pacientes que se encuentran pendientes de atención, en un determinado momento, de recibir una prestación asistencial, en relación al tiempo de la consulta y a la evaluación del cuadro clínico, pero ajeno a su decisión. La demora se mide como la diferencia entre la consulta con el registro de la indicación quirúrgica, y el momento en que esta se produce. Estas variables se comportan como interdependientes,

a) Estadísticas de Cirugía Cardiovascular

Datos publicados en el Movimiento Hospitalario de la Dirección de Estadísticas para la Salud muestran tendencias desiguales en la evolución de las consultas y los egresos producidos en Cirugía cardiovascular en los efectores del sistema de salud de la CABA¹²:

AÑO	EGRESOS POR HOSPITAL			
	Argerich	Rivadavia	Santojanni	Durand
1998	311	113	86	102
2000	207	101	76	94
2001	294	140	3	146
2003	251	110	17	146
2004	222	121	Sin datos en movimiento hospitalario	177
2005	251	93		185
2006	230	85		237

¹² El Hospital Fernández no registra egresos en el período 1998/2006 por cuanto el Servicio inició su actividad en el segundo semestre del año 2007.



Durante los tres últimos años no se publican de manera discriminada las cirugías cardiovasculares del Hospital Santojanni en el Movimiento Hospitalario.

El análisis del gráfico de tendencias permite evidenciar los efectos de la crisis del 2001/2002. El Hospital Durand incrementó sus prestaciones, no así el Rivadavia que no pudo resolver sus problemas de infraestructura, o el Hospital Argerich que mantiene una tendencia estable condicionada principalmente por la disponibilidad de camas.

Recursos Físicos:

Las características de la cirugía cardiovascular y el requerimiento de equipos e instrumental específico reconocen limitaciones que el relevamiento pone de manifiesto en los efectores considerados, fundamentalmente: falta de quirófanos propios, insuficiente cantidad de camas de recuperación y de bombas de circulación extracorpórea y balón de contrapulsación. Estas falencias no logran ser subsanadas por una red de cirugía cardiovascular de adultos que realice acciones de coordinación práctica de recursos.

Hospital	Cirugía Cardiovascular Central				Cirugía Vascular periférica		
	Quirófanos		Sala de recuperación	Camas	Quirófanos		Sala de recuperación
	Propios	Compartidos			Propios	Compartidos	
Argerich	2		SI	5			
Durand	2	1	SI	4		1	NO
Fernández	1		NO				
Santojanni		1	NO				
Rivadavia						1	NO

V.5. ASPECTOS PARTICULARES

a) Hospital Argerich:

Debido a su grado de complejidad y la creciente demanda, la **Unidad de cirugía vascular y torácica** desarrolla su actividad con limitaciones que comprometen su grado de efectividad.

Reciben pacientes derivados de todos los hospitales, inclusive de los otros 3 que estarían en condiciones de realizar cirugías centrales (Santojanni, Durand y Fernández), también del interior y el exterior. La demanda que ingresa por urgencia se superpone con la programada, debiendo postergarse estas últimas por la falta de camas de recuperación. Las existentes son compartidas con Unidad Coronaria (UCO). El 30% de las operaciones son suspendidas por esta causa, en algunos casos con el paciente ya preparado. La suspensión o postergación de una cirugía programada genera en el paciente inestabilidad emocional, incertidumbre o depresión, aspectos negativos que pueden incidir en su patología o en su tratamiento. Además, genera mayores costos para la familia.

Es importante el déficit en enfermería, dado el mayor grado de dependencia de los pacientes, cada paciente requiere un enfermero permanente y por momentos, otro simultáneo para colaborar en la instrumentación de los soportes tecnológicos y monitoreo específicos. Actualmente tienen un enfermero cada 3 o 4 camas. En la actualidad, el Departamento de Enfermería cede al Servicio 16 enfermeros para el área de estudios pre-quirúrgicos y 34 para la sala de recuperación de cirugías y trasplantes. Estos datos incluyen las 24 horas de servicio y los sábados, domingos y feriados. Cabe destacar que de la dotación mencionada existe un significativo grado de ausentismo por licencias y /o enfermedad que impacta sobre la atención de las camas.

Recursos Humanos:

En el siguiente cuadro se muestra el recurso humano afectado al área:

Médicos Guardia	2
Cirugía Vascular	
Médicos Guardia	4
Med. Espec. Guardia	4
Cirugía Cardíaca	
Jefe de Unidad Cirugía Cardíaca	1
Med. Espec. Guardia	3
Cirujano Cardiovascular	2
Trasplante Cardíaco	
Med. Espec. Guardia	2
Médico Cardiólogo	1
Med. Espec. Guardia	7
Perioperatorio CC	
Neumonólogo	1
Nutricionista Dietista de Planta	1

Psicólogo de Planta	1
Médico Especialista de Guardia	2
Servicio Social	1
Residentes y Concurrentes	
Jefe Residentes	1
Concurrentes	4
Residentes	3
Total	40

La falta de designación del personal de Perfusión y Asistencia Circulatoria es un factor de suma importancia para el desarrollo de la actividad, dado que hace 12 años están trabajando sin designación, no contando con cobertura de ART, ni licencias reglamentarias. Cobran sus haberes como suplencias de guardia.

Es frecuente que un paciente se encuentre durante 20 días internado esperando ser intervenido. Tienen 20 camas para internación de cuidados críticos que resultan insuficientes para cubrir la demanda.

El servicio cuenta con un equipo de cinco anestesiólogos asignados.

El Hospital Argerich cuenta con servicio de hemodinamia las 24 horas.

Transplante cardíaco: no tiene estructura formal dentro del Hospital y los profesionales perciben sus haberes como suplencias de guardias. Cuentan con cuatro camas de pre transplante y cuatro camas de Módulo de transplante.

b) Hospital Durand

El servicio de Cirugía Cardiovascular fue inaugurado en el año 1971. En el hospital se realizan cirugías vasculares periféricas y centrales. Cuenta con servicio de hemodinamia las 24 hs.

Las cirugías centrales que se realizan son siempre programadas, ya que no hay personal suficiente para atender urgencias. Las mismas se derivan a los hospitales Argerich y Santojanni. Desde septiembre de 2006 se realizan entre tres y cuatro cirugías programadas por semana. Reciben derivaciones de otros hospitales.

El personal del servicio es insuficiente para que los dos quirófanos funcionen simultáneamente.

La planta física del servicio esta conformada por dos quirófanos específicos y un tercero compartido. La sala de Recuperación Cardiovascular cuenta con cinco camas, de las cuales están disponibles cuatro, sólo dos cuentan con equipamiento para monitoreo, las otras dos funcionan como camas de sala común de internación. Por otro lado, el hospital cuenta con bomba de circulación extracorpórea, pero no cuenta con instrumental adecuado, ya que el disponible es obsoleto o compartido con otros servicios.

No se registran los pacientes en lista de espera.

Cirugía vascular Periférica:

El hospital Durand es el único que cuenta desde hace 25 años con cirugía vascular de urgencia.

Las cirugías programadas se realizan los días lunes y jueves en el quirófano central. (6º piso).

El arco en C¹³ con el que cuenta el Hospital es antiguo y no es específico para cirugía cardiovascular. No graba imágenes o secuencias y es compartido con cirugía general y traumatología (esto último implica que las cirugías que requieren radioscopia sólo pueden realizarse una vez por semana).

La demora actual para cirugía periférica varía entre uno y dos meses. Las causas de la espera son múltiples: escasos días de cirugía; excesiva demanda espontánea y urgente que ingresan por Guardia y de otros hospitales; no tienen camas propias de recuperación, encontrándose supeditados a las disponibles en UTI; demora por parte de PAMI en provisión de prótesis; internaciones por guardia de cirugías vasculares que no se resuelven en el área de urgencias.

La sala de recuperación se encuentra en el 7º piso; a ella sólo se accede por escalera, lo que genera limitaciones para familiares y personas con discapacidad. En este piso existen 2 quirófanos fuera de servicio y otros 2 disponibles, que no pueden funcionar simultáneamente por falta de personal.

La falta de ecodopler en el servicio desde hace más de un año, obstaculiza el desarrollo de las actividades, también la realización de un promedio de 10 amputaciones mensuales por patología diabética, demora las intervenciones de alta complejidad propias del Servicio. Realizan actividades de prevención de pie diabético.

El equipo de profesionales del área ha elaborado un proyecto de trabajo donde constan los requerimientos para la creación de un Centro de Concentración de Patologías de Aneurisma de Aorta Abdominal, que permitiría optimizar la actividad. Ver Anexo II

En el siguiente cuadro se muestra el recurso humano afectado al área:

Cirugía Cardíaca	
Cirujano Cardiovascular	2
Jefe de División	1
Instrumentador Quirúrgico	1
Medico de Guardia	2
Cardiólogo División Cardiología	1
Enfermero	14
Cirujano Cardiovascular de Guardia	1
Subtotal	22
Cirugía Vascular Periférica	
Jefe de Sección	1
Cirujano Vascular de Guardia	1
Medico Asistente	1
Medico Clínico, Neumonólogo y Terapeuta	1
Medico de Guardia	1
Cirujano de Guardia	1
Medio Concurrente	1
Otros	1
Subtotal	8
Total	30

¹³ Equipo portátil de radiología de alta definición

El Servicio no cuenta con personal administrativo.
Como en el resto de los Servicios, el perfusionista del área no posee designación formal.

c) Hospital Fernández

La Unidad de Cirugía Cardiovascular de Adultos (CCVA) fue conformada en mayo de 2005, en una etapa posterior a la instalación del servicio de hemodinamia, con frecuentes suspensiones en sus prestaciones¹⁴ que adjudican a la irregular situación contractual en que se hallan los profesionales (cirujanos ayudantes, anestesiólogos y los técnicos en perfusión). Cuenta con un cirujano designado, que se desempeña como Jefe de Unidad y tres cirujanos ayudantes (dos con nombramientos en trámite). Actualmente cobran sus servicios como suplencias de guardia. Están designadas dos instrumentadoras quirúrgicas. Se está concursando una vacante para técnico en perfusión.

La Unidad cuenta con un quirófano propio disponible en el horario de planta, los fines de semana y en horario nocturno se operan urgencias por quirófanos de guardia. No cuentan con sala de recuperación, se proporcionan dos camas de unidad coronaria para ser utilizadas con ese fin. Se efectúan una cirugía cardiovascular central a la semana (en horario matutino) una periférica también con frecuencia semanal y por la tarde se realizan operaciones menores (sistema PROCA¹⁵)

Equipamiento:

La Unidad cuenta con una bomba de circulación extracorpórea que ha sido cedida por el Hospital Argerich y que pertenece al mismo. La consola de balón de contrapulsación aórtica se encuentra en comodato. No cuentan con intercambiador de calor, cuya licitación se encuentra en curso. Existe una sola caja completa de instrumental delicado para cirugía coronaria.

Circuito de admisión: Cuando un paciente está en condiciones de ser operado se lo interna en Unidad Coronaria según la disponibilidad de camas. Una vez realizada la operación, se lo interna en dicha unidad por un plazo aproximado de dos días. La Unidad de CCVA del Hospital Fernández recibe derivaciones de pacientes de los hospitales Vélez Sarsfield, Rivadavia, Ramos Mejía y Pirovano.

Recursos Humanos:

El servicio cuenta con un cirujano cardiovascular de planta con 30 hs semanales como jefe de equipo. Los tres ayudantes restantes están nombrados como suplentes de guardia al igual que los anestesiólogos. El técnico en perfusión no está designado hasta el momento, pese a haber accedido al cargo por concurso. Cuentan con dos instrumentadoras de planta con 30 hs. semanales afectadas part-time. Respecto al pre-quirúrgico y la recuperación post cirugía están afectados dos médicos cardiólogos. Ambos tienen nombramientos de guardia en unidad coronaria, no dependen del servicio. El personal de enfermería es rotativo y depende de unidad coronaria.

Función	cantidad
---------	----------

¹⁴ Cinco en total

¹⁵ Programa de Cirugía Ambulatoria

Función	cantidad
Cirujano cardiovascular	1
Suplente de Guardia (ayudante de cirugía)	3
Técnico en perfusión	1
Instrumentador Quirúrgico	2
Médico Cardiólogo	2
Total	9

d) Hospital Santojanni

El servicio actualmente funciona como “grupo de trabajo” no contando con una estructura formal.

Existen siete nombramientos de personal médico para el área de Recuperación Cardiovascular pero no se encuentra habilitada debido a la falta de nombramiento de personal de enfermería. La recuperación de pacientes se realiza en Unidad Coronaria, con la consecuente limitación de camas para este sector

El instrumental quirúrgico fue aportado por los profesionales del equipo, no forma parte del patrimonio del Hospital. Esto se suma a las limitaciones anteriores y dado la necesaria esterilización del material, solo permitiría una cirugía diaria.

El quirófano que utiliza el Servicio está compartido con Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, entre otros.

No hay asignado al área instrumentadotas.

El plantel de enfermería depende de Cirugía General y es quién asigna el personal de acuerdo a las necesidades y disponibilidad.

La esterilización del material se realiza fuera del Hospital y puede extenderse hasta diez días, debido a que se realiza un pedido de esterilización conjunto con otros servicios.

Función	cantidad
Cirujano Cardiovascular	6
Técnico en Hemodinamia	1
Otros	1
Total	8

e) Hospital Rivadavia:

En la actualidad no se efectúan cirugías cardíacas por falta de equipamiento. Desde hace más de 10 años no cuentan con bomba de circulación extracorpórea y debido a errores ocurridos durante el desarrollo de obras de construcción, se perdió la red eléctrica que suministraba energía en 380w, necesaria para el funcionamiento de tecnología específica como un angiógrafo que le fuera cedido por el hospital Argerich.

El Servicio cuenta con el personal necesario para operar el angiógrafo que también beneficiaría a otros servicios (Neurología, Neurocirugía). En consecuencia, los pacientes que requieren esta tecnología deben ser derivados a otros hospitales.

No tienen quirófano propio, los quirófanos centrales están muy deteriorados y la dinámica operativa es difícil dada la gran demanda.

Existe un proyecto de construcción de un espacio cuya licitación ya se encuentra en etapa de preadjudicación. Se prevé construir un centro crítico con disposición vertical: un piso de guardia, uno con quirófanos, otro con terapia intensiva, uno para unidad coronaria y hemoterapia y otro con dormitorios para médicos de guardia (el

expediente se encuentran en BO2666 del 18-04-07 y la apertura de sobres fue el 29-06-07. Es la Licitación Pública 461-SIGAF-07 por un monto de \$23.285.184,81 con un plazo de obra de 720 días)

Además de falta de recursos materiales y tecnológicos, el servicio ve disminuida la producción de intervenciones debido a la falta de anestesistas.

Cuentan con dos hemodinamistas que realizan guardias en el servicio de terapia intensiva hasta tanto se cuente con los recursos tecnológicos para realizar su tarea específica.

La producción actual de aproximadamente dos cirugías a la semana.

En el siguiente cuadro se muestra el recurso humano afectado al área:

Función	Cantidad
Jefe de servicio	1
Medico Hemodinamista	1
Medico Clínico	1
Cirujano Cardiovascular	2
Cirujano torácico	1
Clínica Neumonología Broncopista	1
Total	6

V.6. INDICADORES

a) DE ESTRUCTURA

a.1) N° camas recuperación/N° quirófanos (indica la posibilidad de utilización de los quirófanos en función de la disponibilidad de camas para recuperación)¹⁶

Hospital	Cirugía Cardiovascular Central				Cirugía Vascular periférica		
	Quirófanos		Sala de recuperación	Camas de recuperación	Quirófanos		Sala de recuperación
	Propios	Compartidos			Propios	Compartidos	
Argerich	2		SI	2			
Durand	2	1	SI	2		1	NO
Fernández	1		NO				
Santojanni		1	NO				
Rivadavia						1	NO

- Argerich 2 / 2 =1
- Durand 2 / 2 =1
- Santojanni La sala de recuperación no se encuentra activa por déficit enfermería
- Fernández la totalidad de las camas son compartidas

Los Hospitales Durand y Argerich ven supeditada la posibilidad de operación a la liberación de la única cama disponible por quirófano, por lo que utilizan camas de UTI o de Unidad Coronaria.

¹⁶ Se consideraron solo las camas disponibles y equipadas propias y quirófanos propios

El Hospital Santojanni tiene una capacidad teórica tres veces superior que los anteriores, pero se ve obstaculizada por falta de personal de enfermería para la habilitación de las camas.

El Hospital Fernández tiene condicionada la posibilidad de utilizar el quirófano propio a la disponibilidad de camas en otros Servicios.

b) DE PROCESOS

b.1) Camas disponibles, promedio de pacientes atendidos diariamente, porcentaje ocupacional de camas, promedio de permanencia, número de pacientes egresados y tasa de mortalidad hospitalaria

En el año 2005:

Hospital	Año 2005										
	Promedio camas disponibles		Promedio pacientes/día		% ocupacional		Promedio de permanencia		Giro		Tasa mortalidad hospitalaria
Argerich	18	59,25%	15,04	64,16%	83,53		12,88	43,11%	23,67	29,49%	0,94
Durand	6,02	19,82%	6,02	25,68%	100		9,52	31,86%	38,36	47,79%	7,79
Rivadavia	6,36	20,93%	2,38	10,15%	37,37		7,48	25,03%	18,23	22,71%	0,86
Santojanni	sin datos en 2005										
Fernández											

Cabe destacar que los Hospitales Santojanni y Fernández no discriminan de “cirugía” los pacientes atendidos en cirugía cardiovascular, por lo que no se ha podido incluirlos para el análisis.

Para analizar correctamente los datos, compararemos los resultados de los dos efectores semejantes (por el tipo de cirugía que realizan) es decir, los Hospitales Argerich y Durand, excluyendo al Hospital Rivadavia debido a que sólo se realizan allí cirugías vasculares (periféricas).

Utilizando los datos de los Hospitales con complejidad equivalente:

Hospital	Año 2005										
	Promedio camas disponibles		Promedio pacientes/día		% ocupacional		Promedio de permanencia		Giro		Tasa mortalidad hospitalaria
Argerich	18	74,94%	15,04	71,42%	83,53	45,51%	12,88	57,50%	23,67	38,16%	0,94
Durand	6,02	25,06%	6,02	28,58%	100	54,49%	9,52	42,50%	38,36	61,84%	7,79

Del total de camas que aportan los dos efectores comparados, resulta que el Hospital Argerich tiene el 75% de las camas para CCV (central) que el Hospital Durand, con ellas da cobertura a 15 pacientes de promedio diario, es decir que 7 de cada 10 intervenciones han sido efectuadas en aquel. El promedio de días de permanencia es 15% menor en el Hospital Durand que en el Argerich. El giro-cama, es decir, la cantidad de veces que se usó una cama en un año, es un 38% mayor en el Hospital Durand. Como contrapartida de indicadores que muestran mejor utilización de los recursos, se informa una tasa de mortalidad hospitalaria (la proporción de defunciones sobre el total de ingresos) muy superior en el Hospital Durand.

En el año 2006:

Hospital	Año 2006										
	Promedio camas disponibles		Promedio pacientes/día		% ocupacional		Promedio de permanencia		Giro	Tasa mortalidad hospitalaria	
Argerich	18	58,20%	16,64	62,23%	92,47	38,92%	15,11	46,64%	22,33	27,24%	1,74
Durand	7,77	25,12%	7,77	29,06%	100	42,09%	9,42	29,07%	38,74	47,25%	6,98
Rivadavia	5,16	16,68%	2,33	8,71%	45,12	18,99%	7,87	24,29%	20,92	25,52%	0
Santojanni	sin datos año 2006										
Fernández											

Utilizando los datos de los Hospitales con complejidad equivalente:

Hospital	Año 2006										
	Promedio camas disponibles		Promedio pacientes/día		% ocupacional		Promedio de permanencia		Giro	Tasa mortalidad hospitalaria	
Argerich	18	69,85%	16,64	68,17%	92,47	48,04%	15,11	61,60%	22,33	36,56%	1,74
Durand	7,77	30,15%	7,77	31,83%	100	51,96%	9,42	38,40%	38,74	63,44%	6,98

En el año 2006 se produce el aumento de una cama disponible en el Hospital Durand (respecto del 2005) y el correlativo aumento en pacientes/día atendidos conservando una ocupación del 100%. El Hospital Argerich, con recursos que se mantienen estables, produjo un aumento del 10,60% de pacientes/día. Esto repercute en un incremento en el porcentaje ocupacional de camas, que va acercándose a tener plena ocupación, pasando del 83% al 92%.

El promedio de permanencia de pacientes se mantiene relativamente estable en el hospital Durand, no así en el Argerich que aumenta en un 17,31 % comportamiento que se asocia al giro-cama, donde los valores del Hospital Argerich desmejoran, ya que la permanencia gravita en una disminución en el giro. Se produce, también un aumento en la tasa de mortalidad hospitalaria en el Hospital Argerich y un descenso en el Durand.

En el año 2007:

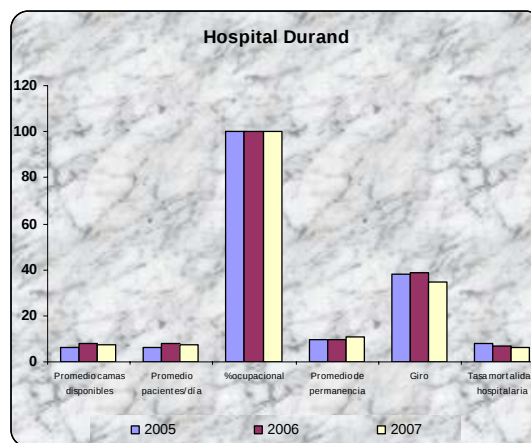
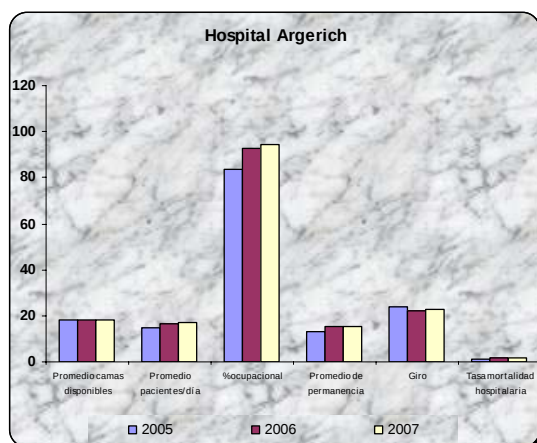
Hospital	Año 2007										
	Promedio camas disponibles		Promedio pacientes/día		% ocupacional		Promedio de permanencia		Giro	Tasa mortalidad	
Argerich	18	65,05%	17,01	65,83%	94,47	36,60%	15,33	49,09%	22,5	22,35%	1,98
Durand	7,35	26,56%	7,36	28,48%	100	38,74%	10,57	33,85%	34,54	34,31%	6,3
Rivadavia	2,32	8,38%	1,47	5,69%	63,67	24,66%	5,33	17,07%	43,63	43,34%	0
Santojanni	sin datos en Año 2007										
Fernández											

Utilizando los datos de los Hospitales con complejidad equivalente:

Hospital	Año 2007										
	Promedio camas disponibles		Promedio pacientes/día		% ocupacional		Promedio de permanencia		Giro		Tasa mortalidad
Argerich	18	71,01%	17,01	69,80%	94,47	48,58%	15,33	59,19%	22,5	39,45%	1,98
Durand	7,35	28,99%	7,36	30,20%	100	51,42%	10,57	40,81%	34,54	60,55%	6,3

Comparando los datos con los años anteriores, se produce un aumento del promedio de pacientes/ día en ambos efectores, el acercamiento a la plena utilización de los recursos disponibles evidenciado en un 94.5% de ocupación en el Hospital Argerich, un promedio de permanencia de los pacientes que va en aumento en ambos efectores, como también un aumento de la tasa de mortalidad.

Los siguientes cuadros muestran la variación de cada factor analizado, y su evolución anual.



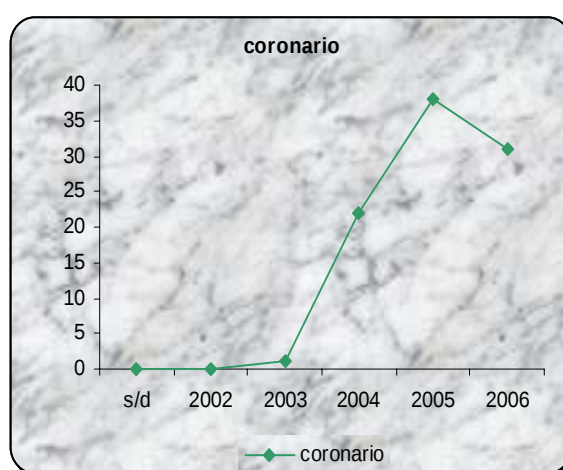
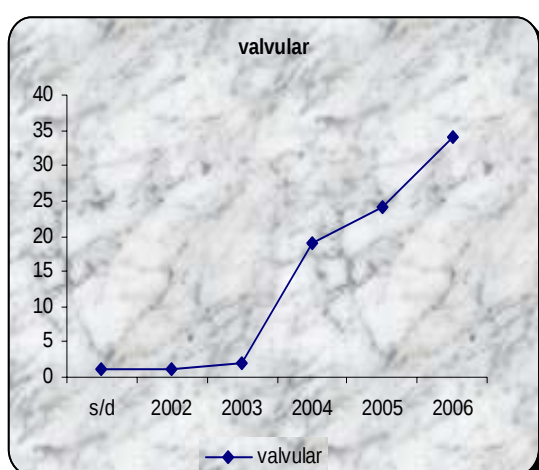
b.2) Listas de espera:

Entre los factores que condicionan la magnitud de la lista de espera relacionados con la oferta se encuentran: las horas médicas de las especialidades requeridas, personal de apoyo, tecnología necesaria, disponibilidad de quirófanos y de camas (criterios de eficiencia en la gestión recomiendan que, en lo posible debe reservarse un porcentaje calculado de camas, para los diferentes niveles de cuidados por los que deberán transitar los pacientes ya operados en su evolución¹⁷, lo que no se corresponde con la realidad relevada).

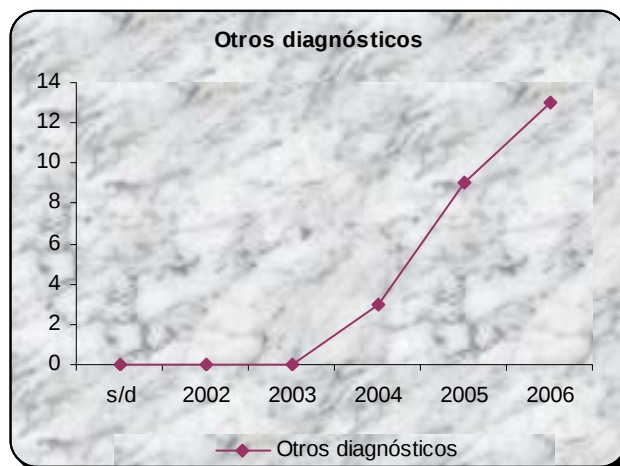
Como consecuencia de la falta de una red de cardiocirugía, no existe una base de datos con los pacientes en espera y cada efector elabora un registro propio con los pacientes que requieren cirugía consignando datos heterogéneos y la estimación del turno en que se efectuará la práctica sin tener en cuenta la disponibilidad del sistema.

Hospital Argerich

ISTA DE ESPERA AL 2007. HOSPITAL ARGERICH							
	valvular	coronario	aneurisma	congénito	combinado	dissección	Total por año
s/d	1	0	0	0	0	0	1
2002	1	0	0	0	0	0	1
2003	2	1	0	0	0	0	3
2004	19	22	3	0	0	0	44
2005	24	38	3	4	2	0	71
2006	34	31	3	7	1	2	78
1º semestre de 2007	20	17	5	3	1	2	48
Total por tipo	101	109	14	14	4	4	246



¹⁷ Fuente: Auditoría Médica, Dr. Edmundo C. Aranguren, Dr. Ricardo A. Rezzónico, pp. 1369-1370. Centro Editor de la Fundación Favaloro



Las listas de espera no se actualizan ni se realiza un seguimiento de los pacientes inscriptos. El 60%¹⁸ de pacientes persisten inscriptos en la lista de espera desde 2002 y el 40% ingresó a la lista en 2006. Cabe destacar que la información se obtuvo en el primer semestre de 2007 y se han excluido los pacientes de ese período para el análisis¹⁹.

Los diagnósticos de pacientes en lista de espera se distribuyen uniformemente entre valvulares y coronarios.

El *Hospital Argerich*, ha realizado 105 intervenciones en al año 2006. Al año 2006 había pendientes 198 pacientes (un 153% de la capacidad de producción) es decir que el 100% de la producción promedio anual estaría comprometida en espera de operaciones.

El *Hospital Durand* no lleva registro escrito de pacientes en lista de espera, por lo que no le fue suministrada a esta Auditoría dicha información.

Hospital Fernández:

LISTA DE ESPERA AL 2007. HOSPITAL FERNÁNDEZ				
pacientes en espera	valvular	coronario	combinado	Total lista de espera
A agosto de 2007 ²⁰	10	5	1	16

¹⁸ Tomando como total de casos los informados hasta 2006, es decir, 198 pacientes.

¹⁹ Por considerarse un período menor a un año

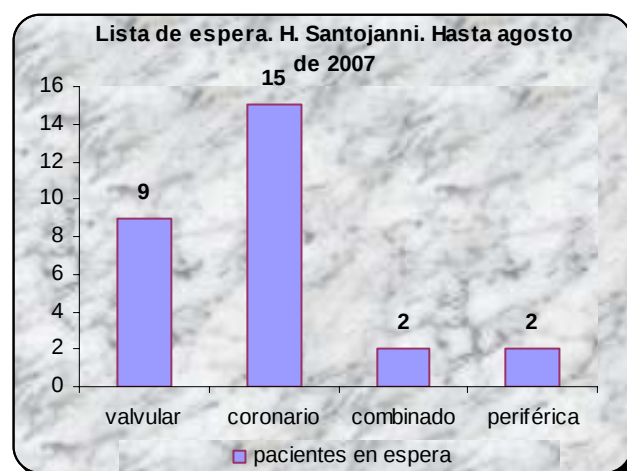
²⁰ En nota del Hospital se indica que los pacientes en espera son únicamente pacientes de 2007, no teniendo pendientes de operación a pacientes ingresados antes de ese año.



Los 16 pacientes que se encontraban en lista de espera son el 100% de la oferta del año 2006.

Hospital Santojanni:

LISTA DE ESPERA AL 2007. HOSPITAL SANTOJANNI					
	valvular	coronario	combinado	periférica	Total lista de espera
agosto de 2007	9	15	2	2	28



El **Hospital Santojanni** produjo un promedio de 45 cirugías en el período con datos publicados en el Movimiento Hospitalario²¹ (1998 a 2001 y 2003). Considerando la lista de espera informada al primer semestre de 2007, se requerían 28 operaciones, lo que supone tener comprometido un 62% de la capacidad del servicio.

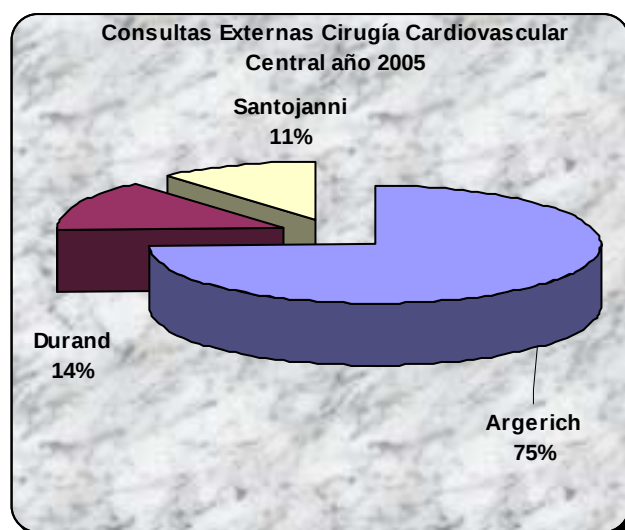
El **Hospital Rivadavia** no envió los datos de pacientes en lista de espera.

²¹ No se ha recibido respuesta a la nota de solicitud de copia del libro de cirugías, por lo que se optó por los datos publicados en el Movimiento Hospitalario.

c) DE RESULTADOS

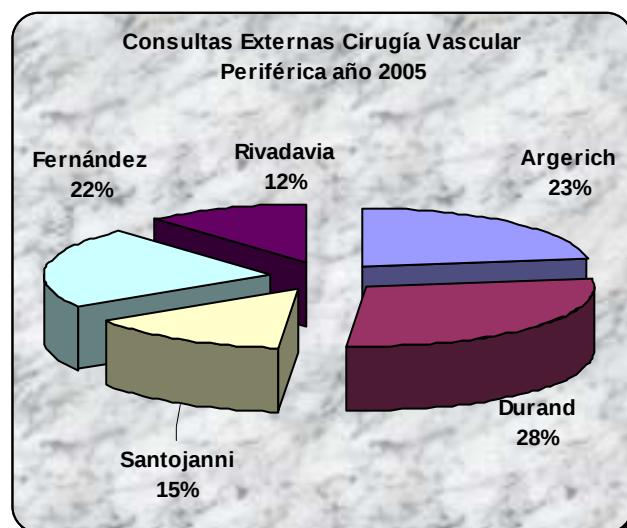
c.1) Evolución de las consultas externas:

AÑO 2005	Consultas Externas Cirugías Cardiovascular Central				Total
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	
Argerich	1612	492	2868	4972	74%
Durand	200		752	952	14%
Santojanni	416		344	760	11%
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS				6684	



Del total de consultas externas realizadas por pacientes en los Hospitales Argerich, Durand y Santojanni en el año **2005**, el 74% fueron canalizadas por el primer efector. De cada diez consultas realizadas, 7.4 las atendió el Hospital Argerich, 1.4 el Hospital Durand y 1.1 el Hospital Santojanni.

AÑO 2005	Consultas Externas Cirugías Vascular Periférica				Total
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	
Argerich	573		1750	2323	23%
Durand	1403	127	1389	2919	29%
Santojanni	969		533	1502	15%
Fernández	774	445	1043	2262	22%
Rivadavia	335	170	684	1189	12%
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS				10195	

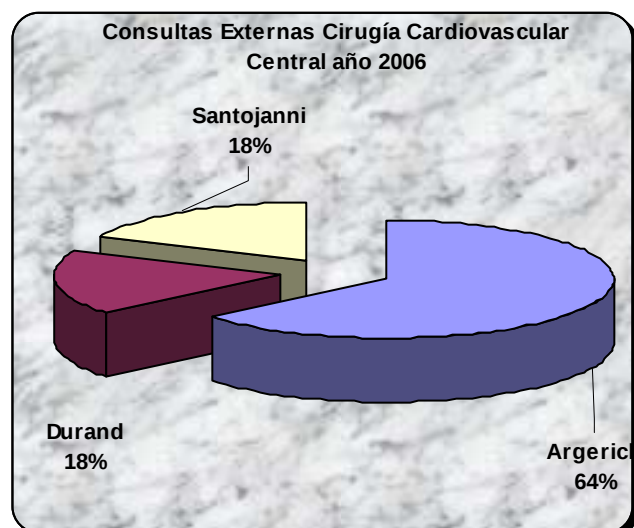


En cuanto a las consultas externas por afecciones relacionadas con la Cirugía Vascular Periférica, el efector con mayor número de consultas es el Hospital Durand, aportando el 29% de los casos, seguido por los Hospitales Argerich (23%) y Fernández (22%)

En el año **2006** los datos son los siguientes:

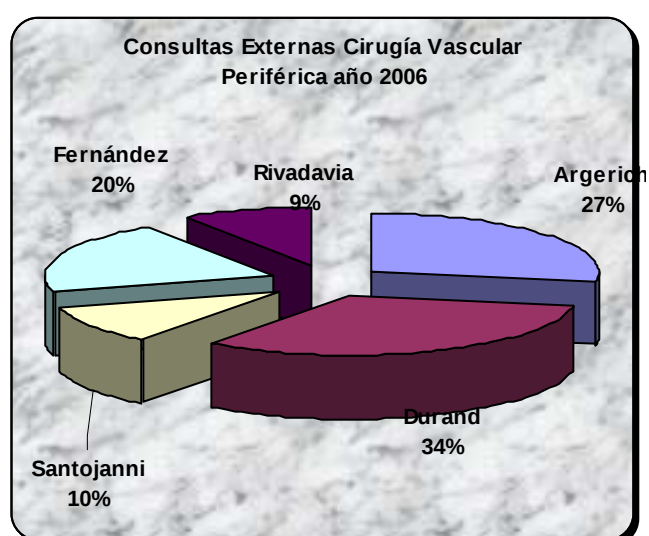
AÑO 2006	Consultas Externas Cirugías Cardiovascular Central				Total
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	
Argerich	398	245	1849	2492	64%
Durand	146	8	543	697	18%
Santojanni	340	0	370	710	18%
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS				3899	

Con un descenso global del 42% en las consultas externas por CCV, el Hospital Argerich permaneció como el efector con mayor cantidad de consultas aportadas al sistema (64%). De cada diez consultas efectuadas, 6.4 se realizan en el Hospital Argerich, 1.8 en el Hospital Durand y 1.8 en el Santojanni.



En cuanto a consultas externas relacionadas con C Vascular Periférica, el valor anual se mantuvo relativamente estable, produciéndose un leve aumento del 0.2%:

AÑO 2006	Consultas Externas Cirugías Vascular Periférica				Total
	1ra. vez	Inter consultas	Ulterior	Total	
Argerich	244	0	2566	2810	27%
Durand	1630	162	1551	3343	33%
Santojanni	673	0	380	1053	10%
Fernández	835	566	676	2077	20%
Rivadavia	272	133	533	938	9%
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS				10221	



En el año 2006 continuó la diferencia de seis puntos entre el primero y el segundo efecto con mayor cantidad de consultas, aportando el Hospital Durand el 33% del total, el 27% el hospital Argerich. Ambos efectores aumentaron el número de

consultas externas en el área en un 17% y 12.5% respectivamente. Los Hospitales Santojanni, Fernández y Rivadavia son los que aportaron menor cantidad de consultas que en igual período del año anterior, con una baja del 43%, 9% y 27%

c.2) Cirugías realizadas:

Cirugías efectuadas por el **Hospital Argerich**, discriminado por sexo.

TIPO DE CIRUGÍA	HOSPITAL ARGERICH					
	2006			2007		
	F	M	%	F	M	%
Valvular	19	22	39%	4	11	47%
Coronario	9	38	45%	1	13	44%
Congénito	4	3	7%	1		3%
Arritmias			0%			0%
Otras	2	8	10%		2	6%
Total general	34	71		6	26	
		105			32	

Cabe destacar que la producción del Hospital además incluye las Biopsias Endo Miocárdicas (BEM) que fueron ciento once en el año 2006 y cuarenta y siete en el primer semestre de 2007. Este procedimiento se excluye de la clasificación "tipo de cirugía" del cuadro precedente, debido a que es una intervención que puede ser realizada junto a la cama del paciente o en la sala de hemodinamia con apoyo de eco cardiografía y anestesia total.

También se han realizado 5 (cinco) trasplantes cardíacos en el año 2006 y 2 (dos) en el primer semestre de 2007.

a) Los eventos coronarios representan el 45 % de las cirugías CV, indicador de significación para una patología cuyos factores de riesgos son estimables y objeto de prevención. En segundo lugar se encuentran las patologías valvulares, muchas de las cuales también responden a los mismos factores, constituyendo entre ambos el 86 % de los egresos.

b) Las cirugías de urgencia representaron el 13% del total del período considerado.

Cirugías efectuadas por el **Hospital Durand**, discriminado por sexo.

TIPO DE CIRUGÍA	HOSPITAL DURAND							
	2006				2007			
	F	M	S/dato	%	F	M	S/dato	%
Valvular	17	14	3	19%	3	6		14%
Coronario	17	48	4	39%	2	33	3	59%
Congénito	3			2%	1			2%
Arritmias	13	25	3	23%	9	3		19%

HOSPITAL DURAND								
TIPO DE CIRUGÍA	F	2006 M	S/dato	%	F	2007 M	S/dato	%
Otras	13	17		17%	2	2		6%
Total general	63	104	10		17	44	3	
		177				64		

Cirugías efectuadas por el **Hospital Fernández**, discriminado por sexo.

HOSPITAL FERNÁNDEZ						
TIPO DE CIRUGÍA	2006			2007		
	F	M	%	F	M	%
Valvular	2	3	31%	1	2	25%
Coronario	2	2	25%		7	58%
Congénito	3	1	25%	2		17%
Arritmias			0%			0%
Otras	1	2	19%			0%
Total general	8	8		3	9	
		16			12	

Hospital Santojanni:

Hospital Santojanni			
Mes 2006	CV Periférica	CCV Central	Total Cirugías
Agosto		7	
Septiembre	6	6	12
Octubre	7	3	10
Noviembre	8	5	13
Diciembre	9	8	17
Total	30	29	52

Hospital Santojanni			
Mes 2007	CV Periférica	CCV Central	Total Cirugías
Enero	7	3	10
Febrero	9	2	11
Marzo	3	5	8
Abril	4	6	10
Mayo	2	6	8
Junio	5	10	15
Julio	9	6	15

Hospital Santojanni			
Mes 2007	CV Periférica	CCV Central	Total Cirugías
Total	39	38	77

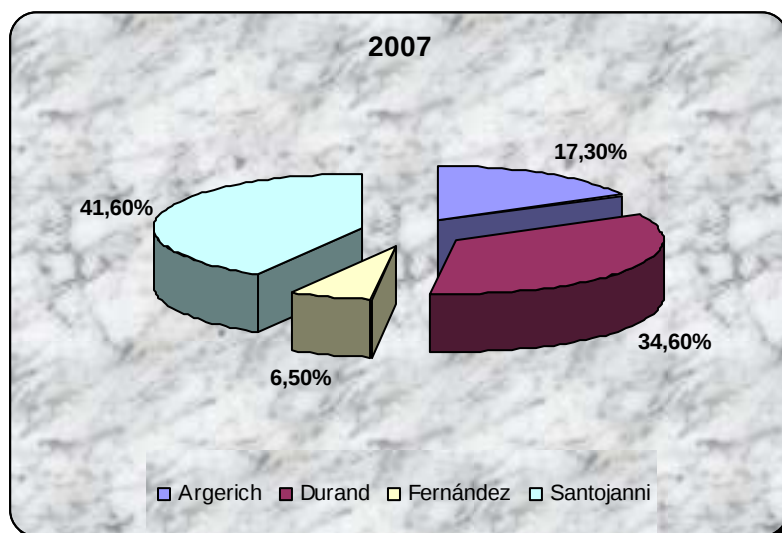
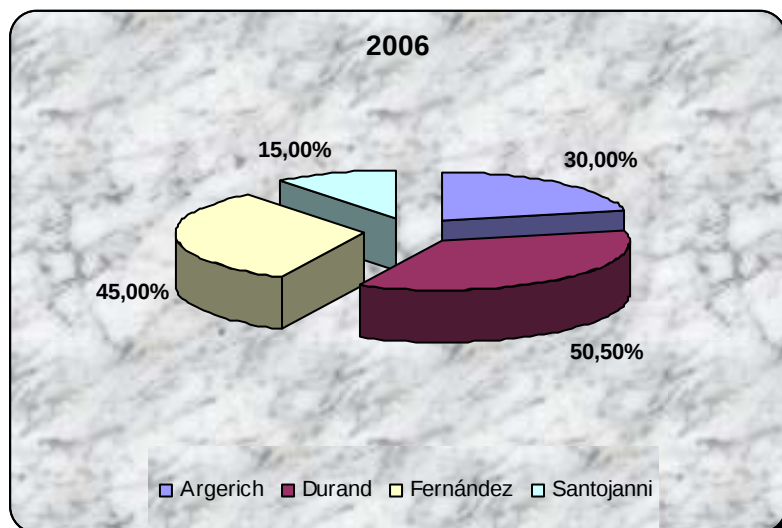
Cirugías efectuadas por el **Hospital Rivadavia**, discriminado por sexo. Cabe aclarar que debido a que el hospital solamente realiza intervenciones de cirugía vascular periférica e implante de marcapasos (no realizan cirugías centrales o cardíacas), se han utilizado ítems diferentes que los precedentes para el cuadro:

Tipo de Cirugía	2006			2007		
	F	M	%	F	M	%
Arritmias (MCP)	13	23	58%	8	3	55%
By pass	1		2%			0%
Angioplastia	1	2	5%			0%
Otras ²²	7	15	35%	3	6	45%
Total general	22	40		11	9	
	62			20		

Aporte de cirugías efectuadas por Hospital:

	2006	2007
Argerich	30,00%	17,30%
Durand	50,50%	34,60%
Fernández	45,00%	6,50%
Santojanni	15,00%	41,60%

22 Tipo de Cirugía	categoría	2006			2007		
		F	M	%	F	M	%
Arteriografía	OTRAS	2	6	13%			0%
sin datos	OTRAS	2	6	13%		3	15%
Exeresis	OTRAS	2		3%		1	5%
Implante Porta Cath	OTRAS		2	3%		1	5%
Colocación de tubo	OTRAS		1	2%			0%
Plástica	OTRAS	1		2%	1		5%
Cambio de cateter	OTRAS			0%	1		5%
Embolización	OTRAS			0%		1	5%
Resección escalonada	OTRAS			0%	1		5%
Marcapasos	ARRITMIAS	9	20	47%	6	2	40%
Cambio de generador	ARRITMIAS	4	3	11%	1		5%
Implante desfibrilador	ARRITMIAS			0%	1	1	10%
By pass Femoro-femoral cruzado	BY PASS	1		2%			0%
Angioplastia	ANGIOPLASTIA	1	2	5%			0%
Total general		22	40	62	11	9	20



c.2.1) Otras prácticas:

Biopsias endomiocárdicas:

La productividad del Hospital Argerich se ve incrementada por incorporación de esta prestación a su oferta de atención:

	2006			2007	
	F	M	Total	F	M
Biopsia Endomiocárdica	14	99	113		39

c.3) Cobertura:

De los datos suministrados por el Hospital Argerich, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tipo de cobertura	2006		2007		total período	
PAMI	6	6%	3	9%	9	7%
Otras	15	14%	3	9%	18	13%
Sin Cobertura		80%	26	81%	110	80%
Total	105	100%	32	100%	137	100%

El 20% de las cirugías cuentan con algún tipo de cobertura

VI) OBSERVACIONES

Generales:

1. Insuficientes acciones de articulación con efectores de atención primaria para la promoción y prevención de la salud;
2. La falta de homogeneidad en los registros de los distintos efectores impide determinar con precisión:

- la población atendida y cumplimiento de metas.
- diagnósticos y su clasificación nosográfica
- cantidad de pacientes y tiempos de espera
- motivo y cantidad de suspensión de cirugías

Toda esta información resulta indispensable para confeccionar indicadores de gestión comparativos.

3. Falta de planificación que condiciona la adecuación de la infraestructura a la disponibilidad de profesionales y de estos a la demanda, incrementando la lista de espera.

4. Falta de articulación entre los efectores (red):

- Inexistencia de una red que facilite la reasignación de recursos subutilizados
- Inexistencia de una base de datos unificada con los pacientes en espera para recibir atención o derivación.

5. Irregularidad contractual:

- Los técnicos perfusionistas no están considerados en la estructura formal del Ministerio. Los agentes cobran sus salarios por sistema de guardias técnicas.
- Profesionales con remuneraciones como suplencias de guardia.

6. Falta personal enfermería.

7. Falta personal administrativo

Hospital Argerich

8. Es insuficiente el número de camas de recuperación, indispensable para cada paciente intervenido quirúrgicamente. La demanda de cirugías de urgencia es alta y la falta de camas, obliga a suspender las programadas lo que incrementa la lista de espera.

9. La falta de disponibilidad de camas de recuperación se evidencia en la necesidad de compartirlas con Unidad Coronaria.
10. Los pacientes que van a ser intervenidos deben internarse para asegurar la cama sin fecha cierta para la cirugía. Son insuficientes las camas de internación en cuidados críticos.

Hospital Rivadavia

11. Por deficiencias en la planta física, no se efectúan en el hospital cirugías cardiovasculares centrales.
12. Los quirófanos no son propios, se comparten con otras especialidades, resultando insuficientes para el total de la demanda quirúrgica.
13. Falta equipamiento para cirugía cardiovascular central (bomba de circulación extracorpórea)
14. Cuenta con instrumental específico para el área (angiógrafo) y con técnicos capacitados para operarlo, pero se encuentra sin aplicación debido a que la red eléctrica no suministra el voltaje de energía requerido.
15. No cuentan con anestesistas designados para el área.

Hospital Durand

16. El instrumental del área es insuficiente, obsoleto o compartido lo que condiciona la realización de cirugías.
17. Las camas de recuperación no son propias, lo que provoca que las cirugías se realicen cuando se encuentran disponibles las de la UTI.

Hospital Fernández

18. Los cirujanos ayudantes cobran servicios por suplencia de guardia
19. Existe una sola bomba de circulación extracorpórea que ha sido cedida por el Hospital Argerich
20. El instrumental específico no es propio
21. Las interrupciones en el funcionamiento del Servicio causan períodos de baja productividad.

Hospital Santojanni

22. No cuentan con personal de enfermería para poner en actividad el área de recuperación, pese a que cuenta con médicos designados
23. La recuperación de pacientes se realiza en Unidad Coronaria, con la consecuente limitación de camas para ambos servicios.
24. Cuentan con un solo equipo de instrumental quirúrgico propiedad de los profesionales integrantes del grupo de trabajo, lo que supedita las cirugías a su disponibilidad (esterilización). El Ministerio de Salud no ha provisto de elementos ad hoc.
25. El único quirófano disponible se comparte con otros servicios (Neurocirugía, Ortopedia y Traumatología, entre otros).
26. No hay instrumentadoras asignadas al área.
27. La esterilización del material se realiza fuera del Hospital y puede extenderse hasta diez días, debido a que se realiza un pedido de esterilización conjunto con otros servicios.

VII) RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- 1) Poner en funcionamiento la Red de Cirugía Cardiovascular de Adultos, con el objetivo de articular recursos de los distintos efectores y coadyuvar a la eficiencia y eficacia de la utilización de los mismos. Confeccionar criterios que unifiquen las necesidades que registren las demandas de las comunas (**Observaciones 1, 2 y 3**)
- 2) Profundizar las acciones de articulación con los efectores de atención primaria para la promoción y prevención de la salud, de manera de reducir la demanda de cirugía cardiovascular (**Observación 4**)
- 3) Resolver la situación laboral de los distintos profesionales que intervienen en los Servicios (**Observaciones 5 y 18**)
- 4) Designar profesionales médicos, instrumentadoras, personal de enfermería y administrativos (**Observaciones 6, 7, 15, 18, 22 y 26**)
- 5) Que a través de la Red de Cirugía Cardiovascular, evaluar la complejidad de los servicios existentes, los recursos disponibles y realice las acciones tendientes a completar los equipos humanos y físicos necesarios para satisfacer la demanda de CCV de la Ciudad. (**Observaciones 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23 y 25**)
- 6) Dotar a los Servicios de elementos técnicos necesarios para las prácticas que realizan (**Observaciones 20, 24 y 27**)

Al Hospital Fernández:

- 7) Garantizar el funcionamiento continuado del Servicio (**Observación 21**)

VIII) CONCLUSIONES

La persistencia e incremento de listas de espera que revelan una respuesta parcial e ineficaz a la demanda de la población, requieren decisiones destinadas a desarrollar las potencialidades emergentes de la capacidad profesional y técnica con que cuenta el Sistema.

Las altas tasas de morbilidad por afecciones no transmisibles y prevenibles, pone de relieve la importancia de fortalecer estrategias de prevención y promoción para disminuir la demanda en el segundo y tercer nivel, de mayor costo y repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

En el mismo sentido, la formalización de una red de cirugía, organizada en función de los niveles de complejidad y tecnología que permita derivaciones ágiles e intercambio de recursos profesionales, contribuiría al decrecimiento de la demanda insatisfecha y paliar una realidad en la que las comunas más afectadas no cuentan con servicios de CCV en sus áreas programáticas.