

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Junio de 2006		
Código del Proyecto	3.-05-03a		
Denominación del Proyecto	Planeamiento Estratégico de Red- Red de Cirugía		
Período examinado	Año 2004 y 2005		
Objetivo de la auditoría	➤ Evaluar la adecuación de los recursos de los Serevivos de Cirugía aplicados a la red		
Presupuesto (expresado en pesos)		Presupuesto Vigente	Devengado
		0	0
Alcance	➤ Recopilación y análisis de la normativa aplicable. ➤ Entrevistas con Directores de Hospitales, y responsables de los Departamentos de Cirugía y Guardia de los hospitales seleccionados y Coordinador de la Red de Cirugía. ➤ Análisis de la resolución de tres patologías seleccionadas de Cirugía General en los 7 hospitales seleccionados a tal efecto. ➤ Evaluación del estado de los servicios de cirugía que la Ciudad oferta ➤ Calidad y cantidad de prestaciones de cirugía brindada por los efectores. ➤ Solicitud de registros de atención de los pacientes en consultorio externo de cirugía, los registros de quirófano, Historias Clínicas de internación programadas y de emergencia. ➤ Análisis de los tiempos de internación previo y posterior a la cirugía. ➤ Análisis de listas de espera de pacientes con indicación quirúrgica. ➤ Examen de las causas de suspensión de cirugías. ➤ Elaboración y análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos. ➤ Composición y carga horaria del personal que interviene en el proceso quirúrgico. ➤ Análisis Global del Presupuesto asignado al plan		

	estratégico de redes. ➤ Análisis de los registros estadísticos de la Secretaria de Salud.
Limitación al Alcance	➤ Imposibilidad de determinar las fechas de la primera consulta, subsiguientes e indicación quirúrgica a los pacientes, así como también el N ° de consultas por falta de datos de la atención de los mismos, en consultorio externo. ➤ No se pudo obtener las Historias Clínicas de internación en el 48.14 % de los casos por no encontrarse las mismas en el archivo. ➤ No fue posible determinar las causas verdaderas de suspensión de cirugías programadas, debido a la falta de criterio unificado del concepto de suspensión de una cirugía entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso quirúrgico,
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 18 de Julio y el 23 de Diciembre de 2005.
Aclaraciones previas	➤ Se realizó un muestreo de 6 hospitales generales de agudos, y un Hospital Monovalente, 1) Hospital José M. Penna; 2) Juan A. Fernández; 3) Cosme Argerich; 4) Abel Zubizarreta; 5) Ignacio Pirovano; 6) Donación F. Santojanni, y el hospital de gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo. ➤ La auditoria se efectuó sobre las historias clínicas de pacientes atendidos o/y operados de litiasis vesicular, hernias y cáncer de colon en los meses de Enero, Abril, Julio, Octubre de 2004.
Observaciones principales	➤ No hay coincidencia entre la estructura formal y la real, por lo tanto no existen canales de comunicación entre la coordinación de la red y los distintos efectores. ➤ La Secretaria de Salud no aporta los datos estadísticos necesarios para la construcción de una red. ➤ No está en funcionamiento el proyecto “ Mejora en la accesibilidad quirúrgica”. ➤ Es alto el promedio de días de hospitalización prequirúrgico y posquirúrgico de los pacientes.

	➤ No se utiliza la técnica quirúrgica de laparoscopia en más del 50 % de los casos. ➤ No están en funcionamiento el 22 % de los quirófanos en los efectores auditados. ➤ Inadecuado mantenimiento y modernización del instrumental y la aparatología. No es adecuado el control de ingreso a las áreas semirestringidas del sector quirúrgico. ➤ No se encontraron el 48.14 % de las historias clínicas pedidas en los archivos de los hospitales. Siendo inadecuado el sistema de archivos de historias clínicas. ➤ No existe un formulario estandarizado para registrar a los pacientes que solicitan turno para operarse. ➤ Las listas de espera no tienen los datos necesarios para comunicarse o ubicar al paciente. ➤ No hay cruce de información de las listas de espera entre los efectores. ➤ No se cumple con el tiempo de espera para una cirugía determinada por el programa "mejora de accesibilidad quirúrgica" (2 meses), siendo la espera no menor a 8 meses ➤ No hay concordancia entre los datos de estructura brindados por la Secretaria de Salud y los observados en los efectores. ➤ Inadecuada distribución de los recursos humanos y físicos en los hospitales. ➤ No está implementada la Historia Clínica única en los efectores analizados, excepto en el Hospital Udaondo. ➤ No existen fichas de consultorios externos que registren las consultas de los pacientes , o se encuentran incompletas. ➤ No existe registro completo de las causas de suspensión de cirugías programadas, ni criterios unificados de clasificación.
--	--

	➤ La dotación de médicos anestesiólogos e instrumentadores en el plantel de los efectores de la muestra no cubre la oferta horaria de quirófano.
Recomendaciones	➤ Crear canales de comunicación adecuados entre la coordinación de la red y los efectores. ➤ Disponibilidad desde la secretaría de Salud de la documentación estadística necesaria para el funcionamiento de la red de Cirugía. ➤ Gestionar las medidas necesarias para poner en funcionamiento el proyecto “ mejora en la accesibilidad quirúrgica”. ➤ Implementar metodología adecuada para disminuir los días de internación. ➤ Aumentar la utilización de técnica laparoscópica. ➤ Aumentar la oferta quirúrgica habilitando la totalidad de los quirófanos en los efectores. ➤ Actualizar y mantener adecuadamente la aparatología e instrumental hospitalario, conservando la correcta utilización de la estructura. ➤ Implementar los instrumentos adecuados para el correcto archivo de las historias clínicas. ➤ Implementar registro único y confiable de los turnos solicitados para cirugías programadas. ➤ Mejorar la comunicación de los efectores, permitiendo el cruce de información entre los mismos. ➤ Implementar los proyectos aprobados a fin de disminuir los tiempos de espera para cirugía. ➤ Adecuar el cruce de información entre los efectores y la Secretaría de Salud respecto a la estructura hospitalaria. ➤ Adecuación en la distribución de recursos. ➤ Realizar la gestión correspondiente para la implementación de la historia clínica única.

	➤ Registrar adecuadamente los pacientes atendidos en consultorio externo. ➤ Unificación de criterios de suspensión de cirugías y correcto registro de las mismas. ➤ Adecuar la oferta de recurso humano a la oferta horaria de quirófanos.
Conclusiones	Desde el año 1997 está creada la red de cirugía. Pese al lapso transcurrido, la modalidad de oferta en red en cirugía no está en funcionamiento. Se elaboró el programa de “Mejora de Accesibilidad Quirúrgica” el cual no se está implementando, por lo que no se brinda respuesta a la demanda insatisfecha de los ciudadanos. Se advierte baja productividad en los servicios de cirugía de los efectores que se analizaron, que se refleja en demoras excesivas en prestar a los pacientes los tratamientos quirúrgicos. (listas de espera de más de 8 meses). Es poco utilizada la técnica de cirugía laparoscópica, lo que genera mayor tiempo de internación de los pacientes con el consiguiente aumento de los costos. No se registran datos estadísticos suficientes de fecha, ni cantidad de consultas realizadas u otros antecedentes que den información fehaciente de la demanda rechazada o postergada, tanto en los efectores auditados como en la Secretaría de Salud, lo que impide programar la adecuación de los recursos humanos y materiales eficientemente a las necesidades de los pacientes. El cumplimiento de la Ley Básica de Salud en lo concerniente a la implementación de una historia clínica única y la unificación en un registro estandarizado de los pacientes en espera de tratamiento quirúrgico, permitiría contar con la información necesaria para la toma de decisiones mejorando la gestión. No existe en los hospitales auditados oferta de recursos humanos que facilite realizar en forma programada cirugías vespertinas. El recurso físico no está adecuadamente conservado.