

INFORME FINAL DE AUDITORIA Con Informe Ejecutivo

Proyecto 3.12.09.a

RED DE ANESTESIOLOGÍA DE LA CABA

Relevamiento

Período 2011

Buenos Aires, Junio de 2013

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 – 6º Piso
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Presidente

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

Lic. Eduardo Ezequiel Epsteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marcó

Dra. Paula Oliveto Lago

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.12.09

NOMBRE DEL PROYECTO: RED DE ANESTESIOLOGÍA DE LA C.A.B.A.-
RELEVAMIENTO

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2011

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Dra. Guadalupe Navarro

Supervisor: Dr. Edgardo Palacios

OBJETIVO: Identificar las debilidades y áreas críticas de la Red de Anestesiología de la C.A.B.A.

Aprobado por Unanimidad en Reunión de Colegio de Auditores de fecha 05/06/2013

RESOLUCION AGC N° 176/13

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Ciudad Autónoma de Bs. As. – Junio de 2013
Código del Proyecto	3.12.09
Denominación del Proyecto	Relevamiento de “Red de Anestesiología de la CABA”
Período examinado	2011
Objetivo de la auditoría	Identificar las debilidades y áreas críticas de la “Red de Anestesiología de la CABA”.
Alcance	El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325. A tal fin se procedió a relevar la normativa, datos e información general y particular, relacionada con el funcionamiento de las áreas vinculadas al proyecto, obteniendo así la base para evaluar los procedimientos de auditoría a aplicar en la etapa de ejecución.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoría de campo se desarrollaron entre Febrero y Julio de 2012.
Aclaraciones previas	Breve Reseña Histórica <u>Historia de la Anestesia en Argentina</u> • <i>Etapa Preanestésica (1810-1847)</i> En la época de la Revolución de Mayo de 1810, la población de Buenos Aires recibía atención médica por 3 hospitales (el Hospital San Martín de Tours o de Santa Catalina, el Hospital General de Mujeres o de la Caridad, y el Hospital General de Hombres o de la Residencia). Las operaciones se realizaban en

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	los nosocomios o en las casas de los propios pacientes, siendo las más frecuentes: amputaciones, resecciones de tumores externos, reducción de fracturas y luxaciones, cauterizaciones con hierro candente, apertura de abscesos y suturas de heridas, con un elevado número de complicaciones (infecciones, gangrenas). Las sustancias empleadas para “aliviar” el dolor quirúrgico eran el opio (extracto, tintura, píldoras), el electuario (jarabe) analgésico de beleño opiado y el alcohol (vino Carlón, caña, ron). Muchas veces, sin emplear estas sustancias, se recurría a la sujeción, la sorpresa y el engaño. • <i>Etapas de la Anestesia General Inhalatoria (1847-1899)</i> En la Biblioteca Nacional de Buenos Aires se conserva un documento que certifica que en el año 1847, el Dr. Tuksbury (se trata del médico y cirujano dental americano Dr. Jacob Merrill Tewksbury, 1814-1877), practicó una anestesia general para una operación de estrabismo. Al año siguiente (1848), el cirujano inglés Dr. John William Mackenna utilizó por primera vez el cloroformo en el actual Hospital Británico de Buenos Aires. Esta etapa se extendió aproximadamente hasta fines del siglo XIX. Entre los anestésicos generales fueron usados, preferentemente el cloroformo y luego el éter, los cuales eran administrados por enfermeros, estudiantes de medicina y hermanas de caridad. • <i>Etapas de los Bloqueos Anestésicos efectuados por los cirujanos (1900-1935)</i> Se caracterizó por la dedicación que en forma personal asumieron los cirujanos para realizar las anestias raquídeas, peridurales y regionales, empleando primero el clorhidrato de cocaína y luego el de procaína. Fue el auge de la premedicación con morfina y atropina o escopolamina, y de la difusión del empleo del aparato de Ombrédanne para administrar éter, a partir de la década de 1910. Los agentes inhalatorios más empleados fueron: éter, ciclopropano y óxido nitroso. • <i>Etapas de la anestesiología moderna (1936)</i> Por iniciativa del Prof. José Arce, Jefe de Clínica Quirúrgica del
--	--

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	Hospital de Clínicas de Buenos Aires, se dictó en 1936 un Curso de Anestesia en el mencionado hospital. Entre los asistentes destacamos a los Dres. José C. Delorme y Juan A. Nesi, que años después se convertirían en pioneros y Maestros de la Anestesiología Argentina y Latinoamericana. Es en esos momentos que surge en nuestro país el verdadero Anestesiólogo, quedando la anestesia definitivamente en manos de médicos especialistas. El Prof. Alberto Gutiérrez, cirujano del Hospital Español de Buenos Aires y pionero mundial en el uso y difusión de la anestesia peridural, fundó en 1939 la Revista Argentina de Anestesia y Analgesia, que en 1950 se transformará en la Revista Argentina de Anestesiología. El 4 de enero de 1945 se reunieron en la Asociación Médica Argentina los Dres. José C. Delorme, Juan A. Nesi, Francisco J. Nesi, Roberto O. Elder, Osman Yanzón, Juan Ormaechea, Italo Nunziata, Pedro L. Franco, Leslie Cooper y Federico Wright, y fundan la Sociedad Argentina de Anestesiología, que al año siguiente se denominará Asociación Argentina de Anestesiología. La Comisión Directiva inauguró en 1947 el Primer Congreso Argentino de Anestesiología. La Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata creó en 1948 un Curso de Anestesiología para Graduados, designando a cargo del mismo al Dr. Gregorio M. Aranés, convirtiéndose en el primer Profesor Universitario de Anestesiología de nuestro país. En las décadas de 1950-60 los Anestesiólogos de la Ciudad de Buenos Aires y del interior del país, fundaron sus respectivas asociaciones afiliándose a la entidad madre, la Asociación Argentina de Anestesiología, que luego se transformará en la FAAAAR. (Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación). La Sociedad de Anestesiología de Buenos Aires (SABA) se fundó en diciembre de 1959, la que cambiará sucesivamente de nombre hasta transformarse en el año 2002 en la actual Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA).
Principales Debilidades Detectadas	V.1. Red de Anestesiología V.1.1. La Red carecía de información relevante del año 2011 al momento de realizar las tareas de campo: N° de Médicos Anestesiólogos por efector (Planta, Guardia y Suplentes), N° de quirófanos físicos y disponibles, N° de máquinas de anestesia por efector

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	(en uso, en V.1.2. espera de mantenimiento/reparación, obsoletas), N° de anestesias realizadas (urgencias, programadas, suspendidas), entre otros datos relevantes. V.1.3. No contaba con el Informe Final referido a las recomendaciones elevadas al Ministro para la compra de drogas madre y nuevas máquinas de anestesia durante el año auditado. V.1.4. No contaba con la distribución de las máquinas adquiridas en el año 2011, ni pudo definir el criterio utilizado para la misma.¹ V.1.5. No fue eficiente en la cobertura de cargos vacantes en Planta y/o Guardia, ni en casos de ausentismo de profesionales, según lo relevado en los efectores de la muestra. V.1.6. No cuenta con tablero de comando, u otra herramienta de gestión equiparable, que permita conocer la situación de Anestesiología de la CABA en tiempo real, permitiendo actuar con eficiencia y eficacia para la toma de decisiones necesarias en una especialidad con el grado de criticidad cual es la auditada.² V.1.7. No utiliza ningún tipo de indicadores de gestión. V.1.8. El Libro de Actas de sus reuniones no refleja con claridad las actividades desarrolladas durante el año 2011, ni las conclusiones a las cuales se arribaron. V.1.9. Cumplimiento parcial de las misiones y funciones asignadas por Resol. N° 222/GCABA/SS/05. V.2. Efectores de la muestra V.2.1. Htal. Piñero V.2.1.1. La máquina de anestesia del quirófano “F” no cumple con las normas de seguridad vigente, es obsoleta.
--	---

¹ Refiere el auditado que “El informe técnico desarrollado para la compra de las máquinas de anestesia, fue realizado por un bioingeniero de Nivel Central con su grupo de colaboradores. La Red fue citada oportunamente para corroborar si la compra de las mismas se ajustaban a lo solicitado por los Jefes de Servicio en lo que respecta a la complejidad de las mismas”.

² El auditado se refiere a cambios acontecidos a posteriori de la conclusión de las tareas de auditoría de campo en los siguientes términos: “El tablero de comando existe desde el momento que la Coordinación de la Red deja de pertenecer a la Dirección General de Redes y Programas para depender de la Subsecretaría de Atención Integrada de Salud....”.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	V.2.1.2. 2 máquinas de anestesia con pedido de reparación. V.2.1.3. 1 máquina de anestesia con pedido de mantenimiento. . V.2.1.4. Del total de 12 (doce) máquinas de anestesia, 7 (siete) tienen más de 15 años de antigüedad, 1 (una) más de 20 años y 2(dos) de ellas están en proceso de baja. Excluyendo los modelos Fabius, Fabius Plus, General Electric Advance y Adox Prestige, las demás no cumplen con la Norma IRAM-FAAA AB37202:2002, para aparatos de anestesia inhalatoria de flujo continuo para la utilización en el hombre (máquina de anestesia). Actualmente han dejado de funcionar por distintos motivos 4 (cuatro) mesas que no tienen reparación posible. V.2.1.5. Del total de 9 (nueve) oxicapnógrafos, 5(cinco) están para dar de baja con más de 15 años de antigüedad. V.2.1.6. Del total de 8 (ocho) oxímetros, 5(cinco) están para dar de baja con más de 15 años de antigüedad. V.2.1.7. Del total de 7 (siete) monitores cardiológicos, 3 (tres) están para dar de baja y todos tienen más de 15 años de antigüedad. V.2.1.8. Falta de renovación y mantenimiento del equipamiento. V.2.1.9. El quirófano sucio de Ginecología no cuenta con carro de paro propio, ni mesa de anestesia completa con monitor. V.2.1.10. Un Quirófano inhabilitado. V.2.1.11. La Planta Quirúrgica no cuenta con “doble circulación”. V.2.1.12. Escasa señalética y ausencia de cartelería visible con protocolos. V.2.1.13. No existe Plan de contingencia. V.2.1.14. Los quirófanos no cuentan con flujo laminar.
--	---

³ A posteriori de concluir las tareas de auditoría de campo, refiere el auditado: “Desde junio de 2012, fecha en que el entonces Ministro de Salud decretara la “Emergencia Anestesiológica Pediátrica” para el Hospital de Quemados, y contando ya con el equipamiento adecuado para el intraoperatorio, se realizan prácticas anestésicas regulares en niños mayores de 1 año, aunque se mantienen ciertas restricciones debido a la falta de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.” Ha mejorado notoriamente la prestación anestesiológica de los pacientes pediátricos, de hecho, están concurriendo anestesiólogos del Htal. Gutiérrez y de Casa Cuna”.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	V.2.1.15. No tienen sistema de respaldo por corte de gases centrales (tubo de O2 tipo H). V.2.1.16. No tienen sistema de aspiración de gases de uso anestésico. V.2.1.17. No están completas las drogas del carro de paro. V.2.1.18. Un matafuego está vencido en el Sector de Guardia. V.2.1.19. Higiene deficiente en área quirúrgica. V.2.1.20. La Sala de Recuperación no cuenta con carro de paro ni monitor multiparamétrico. V.2.1.21. Falta de RRHH para cubrir las licencias tomadas por los anestesiólogos. V.2.1.22. No tienen anestesiólogo asignado a la Sala de Recuperación. V.2.1.23. En 2011 se dispuso de 20 (veinte) mesas de anestesia menos por mes respecto al año 2010. V.2.1.24. Los Residentes que cubren Guardias no cuentan con ficha de Suplente de Guardia para cobrar la misma. V.2.1.25. No existe coincidencia en las causas de suspensiones de cirugías durante el año 2011, entre los responsables del Servicio de Anestesiología y del Departamento de Cirugía. V.2.1.26. Los Servicios de Ortopedia y Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología no pueden responder adecuadamente a la demanda quirúrgica por falta de anestesiólogos. Esto genera derivaciones de pacientes a otros efectores del Sistema. V.2.1.27. Los quirófanos dejan de funcionar a las 13hs (horario hasta las 18hs) por falta de anestesiólogos. V.2.1.28. La lista de espera quirúrgica del Departamento de Cirugía (totalidad de las especialidades quirúrgicas del hospital) es de 1.157 pacientes. V.2.1.29. Falta de participación en las actividades de capacitación, Comités del Hospital y Jornadas Hospitalarias. V.2.1.30. Escasa interrelación con profesionales de otras áreas.
--	--

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	V.2.1.31. Del análisis de las 25 HHCC auditadas, se desprende que: - o El 4% de las HHCC (1/25) no tienen Parte de Anestesia. - o El 4% de las HHCC (1/25) no tienen Informe Pre Anestésico. - o El 100% de los Parte de Anestesia (24/24) no especifica Técnica Empleada. - o El 100% de los Parte de Anestesia (24/24) no especifica Incidentes. - o El 4% de los Partes de Anestesia (1/24) no especifica Condiciones de Alta. V.2.2. Htal. de Quemados V.2.2.1. Se atendían niños menores de 2 (dos) años, a pesar de no tener Terapia Pediátrica (hasta julio 2011).³ V.2.2.2. No contaban con equipamiento adecuado (hasta julio 2011). V.2.2.3. No utilizaban normativa ni protocolos (enero a octubre 2011). V.2.2.4. No existen registros anteriores a octubre de 2011. V.2.2.5. El Jefe no destinaba horas de trabajo a gestión, ni participaba en las reuniones de la Red de Anestesia (hasta julio 2011). V.2.2.6. Falta nombramiento de la Jefa de Anestesiología y de anestesiólogos de Planta. V.2.2.7. La Jefa actual no realiza horas asistenciales (desde octubre 2011). V.2.2.8. Los anestesiólogos de Guardia cubren la Planta y cobran la tarea como Suplentes de Guardia. V.2.2.9. En algunos casos se superponen ambas actividades en la misma jornada laboral, cobrando por tareas de Guardia y Planta simultáneamente. V.2.2.10. Dificultad para cubrir las licencias tomadas por los anestesiólogos durante el periodo 2011. V.2.2.11. No se utilizan los quirófanos en turno vespertino (13 a 16hs.) por falta de anestesiólogos. V.2.2.12. No realizan visita preanestésica a los pacientes. V.2.2.13. No tienen anestesistas pediátricos.
--	---

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	V.2.2.14. No realizan Cirugía Plástica y Reparadora con anestesia general por falta de anestesiólogo de Planta. V.2.2.15. Lista de espera para Cirugía Plástica y Reparadora con demora de 2 (dos) años. V.2.2.16. No tienen Terapia Intensiva Pediátrica. V.2.2.17. No internan en Sala pacientes menores de 2 años desde abril de 2011. V.2.2.18. No realizan anestesia pediátrica. V.2.2.19. Derivación de pacientes pediátricos a otros nosocomios por no contar con anestesiólogos infantiles ni UTI Pediátrica. V.2.2.20. Del análisis realizado sobre las causas de cirugías suspendidas durante el mes de noviembre de 2011 se puede observar que la falta de anestesiólogo ocupa el tercer lugar. V.2.2.21. La Planta del Servicio de Anestesia cuenta con un sólo anestesiólogo que cubre dos días de la semana, el resto de los días son cubiertos por 4 anestesiólogos de Guardia. V.2.2.22. No se registraron planillas estadísticas de anestesia desde enero a septiembre del 2011. V.2.2.23. No hay coincidencia en las anestесias realizadas durante el mes de noviembre del 2011 entre el detalle mensual elevado por la Jefa de Unidad Anestesia y el cuadro anual estadístico elevado por el hospital. V.2.2.24. El cuadro estadístico anual de intervenciones quirúrgicas con anestesia del año 2011 no es confiable. V.2.2.25. Se constató que se mantiene la observación N° 6 del Informe Final de Auditoría 3.11.09 (Gestión Hospital de Quemados): <i>“Durante el periodo abarcado por las tareas de campo, el horario de funcionamiento de quirófanos estuvo reducido por falta de anestесistas”. “Del total de 190 cirugías generales programadas se realizaron 155 (del 14 de septiembre al 15 de Octubre de 2011) y la principal causa de suspensión fue la falta de anestесista (31%)”.</i>
--	--

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	V.2.2.26.1 Máquina de anestesia Prexas c/respirador Modelo 311, está patrimoniada y no se encuentra en el hospital. V.2.2.27. No se encuentra en el hospital parte del equipamiento patrimoniado del Servicio de Anestesia. V.2.2.28. No se realizaron las bajas del equipamiento obsoleto que está fuera de uso. V.2.2.29.1 Quirófano cerrado por falta de máquina de anestesia. V.2.2.30. En Sala de Recuperación: no funcionan 3 de los 5 paneles médicos, no funcionan los toma-corriente, faltan manómetros, faltan monitores, faltan 7 paneles de gases médicos centralizados. V.2.2.31. En el mismo lavabo de la Sala de Recuperación, donde se higienizan las manos los camilleros, se trabaja con material de limpieza (baldes, trapos de piso, cepillos, entre otros elementos). V.2.2.32. No poseen laringoscopio pediátrico en área quirúrgica. V.2.2.33. Faltan 4 arcos para pacientes (medio de transporte interno de pacientes quemados). V.2.2.34. Reutilización de materiales descartables. V.2.2.35. No respetan restricciones de área sucia y limpia dentro de planta quirúrgica. V.2.2.36. No poseen mapa de riesgo ni plan de contingencia. V.2.2.37. Los días miércoles no se realizan cirugías por limpieza de quirófanos. V.2.2.38. La limpieza es regular en la planta quirúrgica. V.2.2.39. No tiene un sistema de aspiración de gases. V.2.2.40. No cuentan con heladera para insumos. V.2.2.41. Del análisis de las 25 HHCC auditadas se desprende que: • El 8 % de las HHCC (2/25) no tienen Parte de Anestesia. • El 40% de las HHCC (10/25) no tienen Informe Pre Anestésico. • El 100 % de los Partes de Anestesia (23/23) no especifica Incidentes. • El 13 % de los Partes de Anestesia (3/23) no especifica la Escala de Recuperación. • El 30 % de los Partes de Anestesia (7/23) no
--	--

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	especifica las Condiciones de Alta. • El 4 % de los Partes de Anestesia (1/23) no especifica los Cuidados Post-Anestésicos efectuados. • El 4 % de los Partes de Anestesia (1/23) no especifica las Drogas suministradas. V.2.3. Htal. Elizalde V.2.3.1. No cuentan con la colaboración de Residentes de la AAARBA. V.2.3.2. En 2011 no se pudo implementar un sistema de programación de cirugías por carencia de RRHH de Anestesiología. V.2.3.3. No existió interrelación entre Servicio de Cirugía y Servicio de Anestesiología durante el Año 2011. Esta situación determinó que no se pudiera atender un mayor número de cirugías programadas. V.2.3.4. Los tiempos de espera quirúrgica superaron los 6 meses durante 2011. V.2.3.5. No hubo médicos anestesiólogos durante 13 (trece) días en el mes de agosto de 2011. V.2.3.6. Existen horas ociosas de quirófanos por falta de anestesiólogos. V.2.3.7. El elevado nivel de ausentismo del personal que desempeña tareas de anestesiología, además de la falta de personal para cubrir los puestos vacantes, obligó al Hospital Elizalde a derivar pacientes a otras instituciones. V.2.3.8. En 2011 no existió Consultorio Externo de Anestesiología (Consultorio de Dolor y Preanestésico). V.2.3.9. Actualmente no se realiza consulta preanestésica a la totalidad de los pacientes que serán intervenidos. V.2.3.10. No existe coincidencia entre los registros de las Planillas Resumen del Trabajo Anestésico, entregadas por la División Estadística, en el año 2011, y las suministradas por el Departamento de Cirugía para el mismo periodo. V.2.3.11. El sector de insumos de Farmacia, ubicado la
--	---

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	Planta Quirúrgica, no ofrece seguridad ante posibles sustracciones. V.2.3.12. La Planta Quirúrgica no cuenta con doble circulación. V.2.3.13. Los Quirófanos no cuentan con flujo laminar. V.2.3.14. Los Quirófanos no poseen filtros para gases anestésicos. V.2.3.15. Los Quirófanos no poseen un sistema de recambio de aire o extractor de aire. V.2.3.16. El área del Quirófano Central no disponen de ascensor para el traslado directo de pacientes a UTI o a Sala de Internación. El mismo se realiza a través de un pasillo y un ascensor de uso general. V.2.3.17. En el Quirófano Central no se visualiza cartelera con protocolos de evacuación. V.2.3.18. No existen los siguientes Registros: • Complicaciones Anestésicas. • Complicaciones en las 1º 48 hs. • Mortalidad. • Derivaciones a UTI. • Derivaciones a UCO. • Derivaciones a otras instituciones. • Derivaciones desde otras Instituciones. V.2.3.19. La heladera de medicamentos no posee un termómetro externo que permita controlar la temperatura de los fármacos. V.2.3.20. El sector Patrimonio registró dos veces, en periodos distintos, 2 máquinas de anestesia. V.2.3.21. Patrimonio no tiene registradas 3 máquinas de anestesia. V.2.3.22. Del análisis de las 25 HHCC auditadas, se desprende que: • El 24% de las HHCC (6/25) no tienen Parte de Anestesia. • El 32% de las HHCC (8/25) no tienen Informe Pre Anestésico. • El 5% de los Partes de Anestesia (1/19) no especifica Técnica Empleada. • El 5% de los Partes de Anestesia (1/19) no especifica Cuidados Post – Anestésico
--	--

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	V. 2.4. Htal. Zubizarreta V.2.4.1. Carecen de anestesista los días sábado, las ausencias las cubren con el personal de Planta del hospital. V.2.4.2. La Red de Anestesiología no ha cubierto las carencias de anestesiólogos de Guardia durante 2011. V.2.4.3. En febrero de 2012 existió un nombramiento de 5 anestesiólogos Suplentes de Guardia, los que se negaron a firmar y renunciaron antes de asumir los cargos. V.2.4.4. Demora en el nombramiento de la Jefa de Unidad Anestesiología (Concurso ganado en setiembre 2011). V.2.4.5. No han presentado trabajos de investigación, ni publicaciones en revistas científicas relacionadas con la especialidad. V.2.4.6. No han participado en la Red de Anestesiología de la CABA. V.2.4.7. No trabajan con indicadores. V.2.4.8. El junio de 2012 los turnos para visita preanestésica tenían una demora de 18 días. V.2.4.9. La estadística 2011 del Trabajo Anestésico no diferencia el número de anestesis provenientes de Guardia de las anestesis programadas por Planta. V.2.4.10. No coincide la información brindada por la Jefa de Unidad Anestesiología y lo entregado por el Jefe de Dto. Médico-Quirúrgico, en cuanto a las suspensiones quirúrgicas por falta de anestesiólogo durante el año 2011. V.2.4.11. Se encontraron diferencias entre los datos aportados por el Jefe de Emergentología y el libro de registro de quirófano, en los tres meses analizados del año 2011. V.2.4.12. Las cirugías programadas concluyen en horas del mediodía, aunque existen anestesiólogos con extensión horaria hasta las 18hs, V.2.4.13. Existen horas de anestesiología ociosas de acuerdo a la baja productividad quirúrgica del hospital.
--	--

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	V.2.4.14. Carecen de Sala de Recuperación Anestésica, los pacientes permanecen en quirófanos y luego pasan a la zona de transferencia. V.2.4.15. Los quirófanos carecen de doble circulación. V.2.4.16. Tienen puertas de dos hojas vaivén las que permanecen siempre abiertas. V.2.4.17. Carecen de libros de complicaciones anestésicas, complicaciones dentro de las 48 horas, mortalidad y derivaciones a otras instituciones. V.2.4.18. La heladera para conservación de fármacos carece de termómetro externo de control de Tº, y se observó la presencia de alimentos en la misma. V.2.4.19. Del análisis de las 25 HHCC analizadas, se deduce que: • El 8% de las HHCC (2/25) no contiene Parte de Anestesia. • El 44% de las HHCC (11/23) no contiene Informe Pre Anestésico. • El 100% de los Partes de Anestesia (23/23) no especifica Incidentes. • El 65% de los Partes de Anestesia (15/23) no especifica Técnica Empleada. • El 57% de los Partes de Anestesia (13/23) no especifica Monitoreo. • El 39% de los Partes de Anestesia (9/23) no especifica Cuidados Post - Anestésicos. • El 17% de los Partes de Anestesia (4/23) no especifica Condiciones de Alta.
Conclusión	La Red de Anestesiología de la CABA, durante el período 2011, ha cumplido parcialmente con sus misiones y funciones, siendo su mayor debilidad la falta de gestión adecuada de los recursos humanos de la Especialidad. Finalizado el trabajo de esta auditoría, con la inclusión del relevamiento de una muestra de efectores de la CABA, se concluye que se han realizado avances parciales a posteriori de la promulgación de la Ley de Emergencia en Anestesiología (año 2007), en cuanto a adquisición de drogas originales e insumos de calidad, y reequipamiento con incorporación de mayor tecnología en 2011, aunque resta terminar de equipar mayor número de quirófanos de la CABA. Sin embargo el relevamiento del recurso humano plantea aún un déficit en la cobertura de puestos de trabajo en los efectores de salud del

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

	subsector público de la CABA. Esta debilidad del sistema responde a tres factores fundamentales: el primero es la brecha entre los ingresos económicos percibidos por los Médicos Anestesiólogos, a igual carga horaria, entre el subsector público y el privado; el segundo es la injerencia de la Asociación de Analgesia, Anestesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA) en la formación del recurso, la determinación de sus honorarios y el manejo discrecional del equilibrio oferta/demanda; y el tercero es la lentitud del Ejecutivo en cuanto al tiempo de efectivización de los nombramientos de quienes ganan los cargos concursados. Consideramos que con tiempos de nombramiento adecuados, limitaciones a las injerencias de la AAARBA, y un proceso de mayor autonomía del Estado en cuanto a la formación de profesionales, a través de nuevos convenios con la Universidad de Buenos Aires y otras casas de altos estudios, y su inmediata habilitación para ejercer como Médicos Anestesiólogos, se conseguirá en el corto y mediano plazo solucionar esta carencia de recursos que continúa interfiriendo con su obligación primaria de brindar prestaciones de salud de calidad, con igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos.
--	--

**Informe Final de Auditoría
“Red de Anestesiología de la CABA”
Proyecto N° 3.12.09**

DESTINATARIO

**Señora
Presidente de la Legislatura
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. María Eugenia Vidal
S / D**

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de la Red de Anestesiología de la C.A.B.A. dependiente del Ministerio de Salud, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DEL RELEVAMIENTO.

Red de Anestesiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

II. ALCANCE.

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6° del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.

A tal fin se procedió a relevar la normativa, datos e información general y particular, relacionada con el funcionamiento de las áreas vinculadas al proyecto, obteniendo así la base para evaluar los procedimientos de auditoría a aplicar en la etapa de ejecución.

Se están realizando las siguientes tareas:

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- 1) Entrevistas con autoridades y funcionarios de distintos niveles de la estructura de la Red y de los hospitales seleccionados en la muestra, y prestadores de servicios a la misma:
 - Director de Redes y Programas.
 - Coordinadora de la Red de Anestesiología de la CABA.
 - Jefes de División Anestesia de los hospitales de la muestra.
 - Jefes de Departamento de Cirugía.
 - Jefes de Departamento de Emergencias.
 - Empresas Tercerizadas prestadoras de servicios.
- 2) Relevamiento del Nivel de Control Interno.
- 3) Informes anteriores: Defensoría, Procuración, SIGEBA, AGCBA.
- 4) Obtención de información relacionada con la estructura orgánica de la Red. Organigrama.
- 5) Recopilación y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría.
- 6) Misiones y Funciones.
- 7) Relevamiento de las actividades desarrolladas por la Red.
- 8) Recopilación de Manuales de Normas y Procedimientos de uso habitual.
- 9) Relevamiento del circuito de atención en los efectores de la muestra.
- 10) Tiempos de espera quirúrgicos.
- 11) Relevamiento del circuito de otorgamiento de turnos: visita preanestésica, consultorio de dolor, turnos quirúrgicos, otros.
- 12) Relevamiento de actividades de capacitación.
- 13) Relevamiento de controles de salud realizados al personal de anestesiología.
- 14) Obtención y análisis de estadísticas.
- 15) Relevamiento de la planta física.
- 16) Relevamiento de medidas de bioseguridad implementadas.
- 17) Información acerca de presupuesto asignado a la Red (equipamiento, insumos farmacéuticos, recurso humano) durante el período 2011.
- 18) Información relacionada con los recursos humanos de los hospitales de la muestra.
- 19) Relevamiento de equipamiento básico.
- 20) Relevamiento de drogas anestésicas. Circuito de compras. Stock.
- 21) Definición de Áreas Críticas.

III. LIMITACIONES AL ALCANCE.

Al momento de finalizar las tareas de campo de la presente auditoría no se ha recibido contestación de las solicitudes elevadas al Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda de la CABA, respecto a convenios/acuerdos con la AAARBA y sueldos de anestesiólogos del año 2011 en los efectores de la muestra respectivamente.

IV. ACLARACIONES PREVIAS.

Cierre de las tareas de campo: Julio de 2012.

a) Anestesiología.

La anestesia (que significa "insensibilidad") es un acto médico controlado, en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, sea en todo o parte de su cuerpo, y con o sin compromiso de conciencia.

La anestesia general se caracteriza por brindar hipnosis, amnesia, analgesia, relajación muscular y abolición de reflejos.

La anestesiología es la especialidad médica dedicada a la atención y cuidados especiales de los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas y otros procesos que puedan resultar molestos o dolorosos (endoscopia, radiología intervencionista, etc.). Asimismo, tiene a su cargo el tratamiento del dolor agudo o crónico de causa extraquirúrgica. Ejemplos de estos últimos son la analgesia durante el trabajo de parto y el alivio del dolor en pacientes con cáncer. La especialidad recibe el nombre de anestesiología y reanimación, dado que abarca el tratamiento del paciente crítico en distintas áreas como lo son la recuperación postoperatoria y la emergencia, así como el cuidado del paciente crítico en las unidades de cuidados intensivos o de reanimación postoperatoria. La especialidad médica de la medicina intensiva es un brazo más de la anestesiología.

Evaluación y preparación preoperatoria en el paciente quirúrgico:

Todo proceder quirúrgico debe comenzar con la evaluación preoperatoria del enfermo y la elaboración de un plan anestésico, cuya finalidad va dirigida a reducir la morbilidad y ⁴ Tratar que el paciente se encuentre en las mejores condiciones antes de la intervención quirúrgica para que el periodo perioperatorio se desarrolle de forma favorable.

La evaluación comienza con la recopilación de toda información que permita conocer la situación del enfermo, y estará en dependencia de muchos factores, dentro de los cuales se encuentran la enfermedad que exige el tratamiento quirúrgico, su naturaleza y estado evolutivo, situación de agravamiento o no, y lo que se pretende lograr. Resulta importante conocer la presencia de otras enfermedades y su estado de compensación, determinar si es conocida o sospechada y si resulta lo suficientemente peligrosa como para retrasar, modificar o contraindicar la operación, e identificar las enfermedades conocidas de acuerdo a la severidad, para prever complicaciones. Se precisará la ingestión de fármacos y la presencia de hábitos tóxicos, entre otros, ya que pueden repercutir sobre el desarrollo perioperatorio y/o la morbilidad.

Por tanto resulta importante la recopilación exhaustiva de datos de salud del enfermo. Para evitar el olvido de estos aspectos debe tenerse a mano una guía elaborada que los registre con exactitud.

⁴ Morbilidad es la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Evaluación: como fuente portadora de datos podemos citar la historia clínica. Este documento oficial, que presenta el paciente desde su ingreso en la unidad hospitalaria, contendrá información desde el comienzo de la enfermedad hasta las investigaciones realizadas para llegar al diagnóstico preoperatorio, así como antecedentes de otras enfermedades, por lo que presentará interrogatorios, exámenes físicos, estudios complementarios y los diferentes criterios médicos sobre diagnóstico, evolución y enfoques terapéuticos.

Hoja anestésica: ésta debe ser realizada por un anestesiólogo, quien analizará los datos de la historia clínica y efectuará su consulta en forma directa al enfermo. Se iniciará en la consulta pre-anestésica del preoperatorio, y debe realizarse con antelación al día de la intervención quirúrgica, de manera que permita la realización de algún otro estudio que se necesite.

Elaboración del Plan Anestésico: a partir de la información recopilada, se trazará una estrategia de trabajo que permita una mayor seguridad al enfermo. Se tomarán las medidas requeridas para la adecuada preparación y la aplicación del proceder anestésico, las cuales comienzan desde la información al paciente para crear un ambiente de confianza, hasta las indicaciones que exijan una preparación de acuerdo a lo hallado en la historia clínica y el examen. Se incluirá también el equipamiento y la monitorización necesaria para el seguimiento peri-operatorio.

Consulta Pre-anestésica: debe ser realizada en un local provisto de recursos que permitan la recolección de datos como peso, talla, examen físico, etc., con suficiente privacidad, y que brinde un ambiente propicio para que el enfermo se sienta seguro. El médico debe tener una participación activa y registrará en la hoja anestésica, que acompañará a la historia clínica, todo lo que considere de mayor interés y pudiera repercutir en el transcurso de la anestesia que se seleccione. Se revisará toda la documentación que acompañará a la historia clínica, incluyendo el consentimiento del enfermo. Todo ello ayudará a identificar y valorar riesgos.

La hoja de evaluación anestésica, de la que existen diferentes modelos, tiene el objetivo de recopilar datos de las distintas etapas, pre, trans y posoperatorio.

Intraoperatorio

El intraoperatorio consiste en la inducción de la anestesia, en su mantenimiento y en el despertar al finalizar la intervención. Asimismo, el anestesiólogo se ocupa del control y mantenimiento de las constantes: ECG (electrocardiograma) continuo, presión arterial, saturación de oxígeno (pulsioximetría) y capnografía⁵ como monitorización estándar. En casos de cirugías de alto riesgo o enfermos con patología de base grave, puede ser necesario una monitorización más cruenta, como catéteres de presión venosa central, monitorización de la presión de la arteria pulmonar y gasto cardíaco mediante un cateter de Swan Ganz. Al mismo tiempo puede ser necesario prescribir análisis urgentes intraoperatorios, sobre todo en cirugías muy agresivas, como puede ser el trasplante de hígado o de pulmón. Según estas analíticas debe prescribir transfusiones de productos

⁵ La capnografía consiste en la medición no invasiva de la concentración de dióxido de carbono (CO₂) durante un ciclo respiratorio.

sanguíneos: concentrados de hematíes, plasma o plaquetas. También puede ser necesario administrar iones: sodio, potasio o calcio.

Despertar intraoperatorio

El despertar intraoperatorio (DIO) es el estado en el que el paciente es consciente de hechos ocurridos durante una operación bajo anestesia general y los recuerda, es decir, puede narrar esos hechos una vez terminado el procedimiento. El paciente que tiene un DIO suele tener percepciones auditivas (las visuales son raras), sentir parálisis y/o dolor. Esto le provoca angustia, indefensión, desamparo o pánico. A mediano plazo, el DIO provoca trastornos psicológicos/psiquiátricos. El despertar intraoperatorio se debe a una insuficiente cantidad de anestesia. Con respecto a la incidencia, ésta se ubica entre el 0,1 y 0,2 % (es decir, 1 ó 2 casos por cada mil pacientes anestesiados). Esta incidencia puede aumentar hasta el 1% en pacientes de riesgo. Los factores de riesgo se clasifican en: relacionados con el paciente, con la técnica anestésica, y/o el tipo de intervención quirúrgica.

Posoperatorio

En la etapa postoperatoria es importante controlar al paciente que ha sido operado. Esto se lleva a cabo, durante algunas horas, en una sala con monitorización que se conoce con el nombre de *sala de despertar o de recuperación anestésica*. Algunos enfermos necesitan ser vigilados intensivamente en el posoperatorio inmediato y son trasladados a salas especializadas en cuidados intensivos donde muchas de ellas son dirigidas por Anestesiólogos. El posoperatorio inmediato es responsabilidad del equipo de recuperación, especialmente del anestesiólogo que recibe al paciente. Se evalúa al paciente con escalas o score, como el Aldrete, cuya valoración es de capital importancia para la toma de decisiones y del destino del paciente.

Tipos de Anestesia

Existen tres tipos principales de anestesia:

- Anestesia local: sólo se elimina la sensibilidad dolorosa de una pequeña zona del cuerpo, generalmente la piel.
- Anestesia locorregional: se elimina la sensibilidad de una región o de uno o varios miembros del cuerpo. Puede ser:
 - o a) Troncular de un nervio o plexo nervioso.
 - o b) Neuroaxial: actúa bloqueando el impulso doloroso a nivel de la médula espinal, y a su vez puede ser:
 - Epidural o peridural: se introduce el anestésico en las proximidades de la médula en el espacio epidural, sin perforar la duramadre; tiene una instauración menos rápida que la intratecal, los cambios hemodinámicos debidos al bloqueo simpático también se instauran más lentamente.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Intratecal o intradural: se perfora la duramadre y la aracnoides, y se introduce el anestésico en el espacio subaracnoideo, mezclándose con el líquido cefalorraquídeo.
- o Regional intravenosa o bloqueo de Bier: consiste en dejar exangüe un miembro por compresión con una venda elástica, mantenerlo en esa condición con un torniquete neumático y -finalmente- llenarlo con una solución de anestésico local, inyectada por vía venosa. Mientras el anestésico local se mantiene en el miembro que está aislado por el torniquete neumático, se distribuye por los vasos sanguíneos y actúa directamente en todos los tejidos de ese miembro. El efecto en los nervios produce la anestesia de todo el miembro, sin que el anestésico local llegue a la circulación general, gracias al torniquete. Al terminar la cirugía, se libera el torniquete para que el anestésico local remanente pase a torrente circulatorio y sea metabolizado por el organismo. En general, se recomienda liberar cuidadosamente el torniquete y observar al paciente durante ese período, para detectar a tiempo los signos de toxicidad sistémica que pueden aparecer.
- Anestesia general: se produce un estado de inconsciencia mediante la administración de fármacos hipnóticos por vía intravenosa (anestesia total intravenosa), inhalatoria (anestesia total inhalada), o por ambas a la vez (anestesia total balanceada). Actualmente se realiza combinación de varias técnicas, en lo que se denomina anestesia multimodal.
Los componentes fundamentales que se deben garantizar durante una anestesia general son: hipnosis, analgesia, amnesia, control autonómico y relajación muscular. La anestesia general persigue varios objetivos:
 - o Analgesia o abolición del dolor, para lo cual se emplean fármacos analgésicos.
 - o Protección del organismo a reacciones adversas causadas por el dolor, como la reacción vagal; para ello, se emplean fármacos anticolinérgicos como la atropina y otros.
 - o Pérdida de conciencia mediante fármacos hipnóticos o inductores del sueño, que duermen al paciente, evitan la angustia y suelen producir cierto grado de amnesia.
 - o Relajación muscular mediante fármacos relajantes musculares derivados del curare, para producir la inmovilidad del paciente, reducir la resistencia de las cavidades abiertas por la cirugía y permitir la ventilación mecánica artificial mediante equipos respiradores que aseguran la oxigenación y la administración de anestésicos volátiles en la mezcla gaseosa respirada.

b) Máquina de anestesia, sus componentes y funcionamiento.

La máquina de anestesia fue concebida originalmente como un aparato, capaz de administrar gases anestésicos aprovechando la absorción pulmonar de éstos.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Con el tiempo fue evolucionando hacia formas más sofisticadas de vaporizar líquidos y paralelamente de control de la función respiratoria, la cual como sabemos se puede ver afectada tanto por el estado anestésico propiamente tal, como por el acto quirúrgico (toracotomía, laparotomía, entre otros) o por necesidades derivadas del mismo acto (apnea, hiperventilación)

Lo anterior se ha ido complementando en el tiempo con el agregado de capacidades de monitorización de las variables respiratorias, de los niveles anestésicos propiamente tales en el organismo, y de la hemodinamia del paciente, conformando así una verdadera *estación de trabajo* que permite:

1. Administrar anestesia.
2. Controlar su profundidad.
3. Manejar por completo la respiración del paciente.
4. Monitorizar todas las variables respiratorias.
5. Monitorizar su propio funcionamiento.
6. Incorporar otras formas de monitorización de variados parámetros necesarios de controlar durante la anestesia general: hemodinamia, temperatura, transmisión neuromuscular, entre otras.

Para su funcionamiento se combinan diferentes dispositivos, algunos basados en principios neumáticos y otros de base electrónica y computacional.

Todas las máquinas de anestesia actuales, independientemente de su mayor o menor grado de sofisticación electrónica, comparten los mismos componentes básicos.

Esquema general de las máquinas de anestesia.

En su configuración existen tres áreas:

- I. Sistema de Alta Presión.
- II Sistema de Baja Presión.
- III. Sistema Circular o Circuito de Paciente.

I. Sistema de Alta Presión.

1. Fuente de Gases Clínicos.

Se denomina Sistema de Alta Presión, al conjunto de elementos que constituyen la provisión y admisión de gases frescos a la máquina de anestesia. Tres son los gases que se incorporan a ella: oxígeno, aire y óxido nitroso (N₂O).

Estos gases provienen normalmente de Sistemas Centrales del Hospital, a los cuales se accede por tomas mural. El gas proveniente de las tomas murales es entregado a una presión de entre 50 y 55 libras / pulgadas.

Adicionalmente toda máquina de anestesia debe contar con una fuente de gases de respaldo, ante fallas de la red. Este respaldo lo entregan cilindros del tipo E para cada gas. Los cilindros de gas comprimidos se fabrican de diferentes tamaños que van de la letra A, que es el más pequeño, a la letra G.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Los cilindros de O₂ tiene una presión de 2200 libras, y un reductor la lleva en su salida a 45 libras. En la medida que se consume O₂ la presión del cilindro baja proporcionalmente.

Los cilindros de N₂O tienen una presión de 750 libras y ésta es reducida a 45 libras por un reductor. A diferencia del O₂, el N₂O es un líquido y es gasificado parcialmente, por lo tanto mientras quede líquido la presión del cilindro no cae, sino hasta cuando queda un escaso remanente en el cilindro, en ese momento se inicia una bajada rápida de la presión reflejada en el manómetro.

Las máquinas de anestesia deben tener manómetros que permitan medir la presión de los gases en uso, sean de la red o de los cilindros.

Estos manómetros deben ser revisados siempre antes de iniciar el uso de la máquina, y comprobar que las presiones se encuentren en el rango de uso.

2. Dispositivos de Seguridad

Además de los manómetros que señalamos existen otros dispositivos de seguridad en el circuito de alta presión, los cuales forman parte de toda máquina de anestesia, y están destinados a impedir que el paciente respire una mezcla hipóxica en forma inadvertida por una caída de la provisión de O₂.

Cada vez que cae la presión de O₂ en el Sistema de Alta Presión se activa la alarma y la válvula de seguridad se cierra, interrumpiendo el suministro de N₂O.

II. Sistema de Baja Presión.

El Sistema de Baja Presión está conformado por:

- Válvulas de control de flujo.
- Vaporizadores.
- Salida común de gases y válvula de flujo rápido (flush) de O₂.
- Válvula "antireflujo" para impedir el flujo retrógrado al vaporizador.

1. Válvula de Control de Flujo.

Controlan el flujo de salida de cada gas. La presión de 50 libras que trae el gas desde su fuente de origen es llevada a nivel de la presión atmosférica y permite regular el flujo de gas que se administrará al circuito.

Los medidores de flujo, dependiendo del fabricante, podrán ser tubos de vidrio calibrados con un dispositivo flotante que señala el flujo, o bien un dispositivo electrónico para medir el flujo con un display digital en la pantalla.

Existe un cortocircuito en el sistema de baja presión mediante el cual el O₂ pasa directamente a la salida común de gases sin pasar por los medidores de flujo y permite flujos de 40 a 60 lts. por minuto.

2. Vaporizadores.

La transformación de los agentes anestésicos inhalatorios desde líquidos a gas se produce en los vaporizadores, los cuales tienen las siguientes características:

- a. Son específicos para cada agente.

- b. Son compensadores de flujo. Es decir, la vaporización es constante a diferentes flujos de gas.
- c. Son compensados para la temperatura ambiente y la presión atmosférica.
- d. Permiten entregar concentraciones exactas de un gas anestésico.

III. Sistema Circular (circuito de paciente)

El Sistema Circular tiene los siguientes componentes:

1. Entrada de gases frescos.
2. Válvulas unidireccionales (inspiratorias y espiratorias).
3. Tubos corrugados inspiratorios y espiratorios.
4. Conector en Y.
5. Válvula de sobrepresión APL (Ajustable - Presión Limitante).
6. Bolsa y Respirador.
7. Receptáculo de cal sodada.

El Sistema Circular permite tanto la realización de ventilación mecánica como la respiración espontánea de los pacientes, con la particularidad de que pueden re-inspirar dentro del circuito.

Así los gases anestésicos y los gases respiratorios (O_2 y aire), que no son absorbidos por el paciente, se suman a los gases frescos que se introducen al circuito y son utilizados en la siguiente respiración.

Lo anterior es importante ya que con ello se puede mantener la temperatura y humedad de los gases respiratorios (los cuales provienen secos y a temperatura ambiente desde su fuente). El sistema circular permite usar flujos bajos de gases con el consiguiente ahorro y disminución de la contaminación ambiente en la sala de operaciones.

El diseño del Sistema Circular impide que se re-inhale el aire espirado, ya que por la presencia de válvulas unidireccionales en cada rama del mismo, se produce un flujo de gases en el sentido inspiratorio - espiratorio.

El funcionamiento de las válvulas es por lo tanto clave para evitar la re-inhalación. Existen dos tipos de absorbentes para el CO_2 : cal sodada y cal baritada.

IV. Dispositivos de Seguridad.

Así como el sistema de alta presión tiene alarmas y válvulas de seguridad para eventuales fallas del aporte de oxígeno, así también el sistema de baja presión y el sistema circular tiene sus propios elementos de seguridad.

a. Control de la mezcla O_2 /NO

Todas las máquinas modernas cuentan con dispositivos que impiden administrar mezclas que sean hipóxicas.

b. Alarmas de baja y alta presión en el circuito

Avisan de baja presión por interrupción del flujo de gases o de hiperpresión en el mismo. Fallas de válvulas de evacuación, o unidireccionales o desconexiones son detectadas por estas alarmas.

c. Sistema de evacuación de gases

Los gases anestésicos no deben exceder cierto límite en los quirófanos, para ello el aire de los mismos debe tener una alta tasa de recambio o bien se deben dotar a las máquinas de un sistema de aspiración y eliminación al exterior.

d. Analizadores de O₂

Miden la concentración de O₂ en la rama inspiratoria del circuito, y están dotados de alarmas electrónicas.

c) Drogas de uso en Anestesia.

1) Hipnóticos: este grupo de drogas comprenden aquellas que tienen la propiedad de producir pérdida de la conciencia, con un estado similar al sueño fisiológico.

- Tiopental Sódico: (Nesdonal, Pentotal) ampolla de 1 gr y de 500 mg. Barbitúrico. Hipnótico de acción ultra corta. Anticonvulsivante. Disminuye la presión intracraneana. Inicio de acción: a los 15 segundos. Duración de acción: de 5 a 15 minutos aproximadamente (despertar).
- Propofol: (Anespro, Diprivan, Fresenius, Profol) ampollas de 10 a 20 ml con 10 mg/ml. Se emplea en la inducción y en el mantenimiento anestésico. Debe inyectarse en venas de alto calibre. Requiere ser conservada bajo refrigeración. Inicio de acción: a los 45 segundos. Duración de acción: aproximadamente 5 a 10 min.
- Diazepam: (Talema, Valium) ampollas de 2 ml/10 mg. Benzodiazepina. Se emplea en premedicación, inducción y mantenimiento anestésico. Anticonvulsivante. Inicio de acción: 2- 3 minutos por E.V (vía endovenosa). Duración de acción: 15 min. a 1 hora. Precipita al diluirse, siendo muy dolorosa su administración por vía E.V.
- Midazolam:(Doricum o Dormicun) amp. de 3 ml/15 mg. Benzodiazepina. Se emplea en premedicación, inducción y mantenimiento anestésico. Fuerte efecto amnésico. Inicio de acción: 5- 10 min. (E.V) duración de acción: 2 – 6 horas.
- Droperidol: ampollas de 10 ml/ 25 mg (2,5 mg/ml) Neuroléptico. Se emplea en premedicación, inducción y mantenimiento anestésico. Fuerte efecto sedante y antiemético. Se emplea asociado al Fentanilo (Thalamonal).
- Prometazina:(Fenergan) ampolla de 2 ml/50 mg. Sedante de larga duración, antihistamínico y antiemético. Inicio de acción: 5 – 8 min. Duración de acción: 2 a 6 horas.

2) Analgésicos Narcóticos: disminuyen el dolor y producen sedación. Pueden tener efectos secundarios indeseables, como depresión ventilatoria o paro respiratorio.

- Fentanilo: ampolla de 2 y 10 ml. (50 mg. /ml). Disponible también en parches cutáneos para terapia del dolor (en oncología).
- Thalamonal: (mezcla de Fentanilo y Droperidol) amp de 2 y 10 ml.
- Remifentanilo: ampolla de 2 ml con 4 mg.

- Morfina: ampolla de 1 ml/ 10 mg.
- Nalbufina: (ampolla de 1 ml/ 10 mg.

3) Anestésicos inhalatorios (halogenados): son agentes líquidos que, administrados con un vaporizador, producen en el paciente pérdida gradual de la conciencia y cierto grado de analgesia con relajación muscular. Pueden emplearse en anestesia general con el paciente intubado, o con mascarilla para complementar la analgesia de una anestesia local.

Actualmente se emplean:

- Halotano (Fluothane): Frascos de 250 ml.
- Enflurano (Ethrane).
- Desflurano (Suprane).
- Sevoflurano (Sevora).

Al usarse estos agentes debe contarse con un sistema de extracción de gases para no contaminar al personal de quirófano tras su uso repetido.

4) Relajantes musculares: Este término define a aquellos fármacos que impiden la transmisión neuromuscular, provocando imposibilidad para la contracción de la musculatura estriada.

Se emplean en anestesia para:

- Permitir la intubación endotraqueal, producir relajación muscular.
- Producir relajación muscular (intraoperatoria) de los músculos abdominales para cirugía de abdomen, así como de los miembros inferiores para cirugía traumatológica, también se emplean para mantener al paciente post operado con ventilación mecánica.

Actualmente se utilizan:

- Scoline: Ampolla de 2 ml/ 100 mg. Relajante muscular despolarizante. Inicio de acción: 30 a 60 segundos. Duración de acción: 4 – 6 minutos (E.V) requiere ser conservada bajo refrigeración.
- Bromuro de Pancuronio (Pavulon): Ampolla de 2ml/ 4mg. Relajante muscular no despolarizante de acción prolongada. Inicio de acción: aprox 3 min. Duración de acción: 25 a 30 min.
- Vecuronio (Norcuron): ampolla con polvo de 4mg. Relajante muscular NO despolarizante de acción intermedia. Inicio de acción: aprox 3 minutos. Duración de acción: 25 a 30 minutos.
- Bromuro de Rocuronio (Esmeron): Frasco/ampolla con 5ml/ 50mg. Relajante muscular no despolarizante de acción intermedia. Inicio de acción: 2 – 3 minutos. Duración de acción: 30 minutos. Requiere ser conservada bajo refrigeración.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Todos ellos se diferencian entre sí, además de su tiempo de inicio de acción y la duración de su efecto por:

- Su repercusión cardiovascular en el paciente.
- Su metabolismo.
- Sus efectos colaterales indeseables.

V. RELEVAMIENTO.

1. Breve reseña histórica.

Historia de la Anestesia Mundial

Luego que Morton durmiera a un paciente para ser operado el 16 de octubre de 1846 en el Massachusetts General Hospital de Boston, el médico y ensayista estadounidense Oliver Wendel Holmes (1809-1894) le sugirió el uso de una nueva palabra que llamó "anestesia". Este término había sido utilizado con sentido filosófico para señalar la falta de percepción o de sensación (anaesthesia) por los griegos, Platón en el 400 a.C. aproximadamente, Epicuro en el 300 a.C. y Pedanio Dioscórides en el siglo I d.C.

La documentación más antigua del empleo de sustancias analgésicas la encontramos en una tabla de arcilla con escritura cuneiforme de la civilización sumeria, incisa alrededor del 3.000 a.C. y hallada en Nipur (hoy Nuffar), donde se menciona el uso del opio.

Han pasado 5.000 años y la morfina, principal alcaloide del opio, tiene plena vigencia, siendo considerada un potente y excelente analgésico. Durante milenios se recurrió fundamentalmente a la fitoterapia analgésico-narcótica para calmar el dolor.

En 1507 Américo Vespucio menciona el hábito de los nativos de América, de masticar hojas de coca adicionadas a cal para fortalecerse. Es posible, según hallazgos arqueológicos, que estas plantas fuesen utilizadas como anestésicos en los trépanos que practicaban así como en las amputaciones y reducciones de fracturas.

Las doce plantas más utilizadas fueron: Papaver somniferum (adormidera), Papaver rhoeas (amapola), Mandrágora officinarum (mandrágora), Atropa belladonna (belladonna), Hyoscyamus níger (beleño), Datura stramonium (estramonio), Solanum nigrum (hierba mora), Withania somnifera (Witania, orovale), Cannabis sativa (cáñamo indio), Conium maculatum (cicuta), Sáliz alba (sauce blanco) y Aconitum napellus (acónito).

El aislamiento de la morfina del opio (adormidera) por el alemán F. W. A. Sertürner en 1805 y de la atropina de la Atropa belladonna por los alemanes P. L. Geiger y G. H. Hess en 1833, significó la creación de las bases de la futura premedicación anestésica, que pudo concretarse cuando el francés Ch. G. Pravaz en 1853 ideó la jeringa de vidrio con aguja metálica desmontable. Durante la década de 1840, científicamente la más importante del siglo XIX, se administraron exitosamente y por primera vez, tres agentes anestésicos inhalatorios, uno de ellos aún vigente:

- Éter: en 1842, en los Estados Unidos, por W. E. Clarke y C. W. Long;
- Óxido Nitroso: en 1846, por W. T. G. Morton;
- Cloroformo: en 1844 por G. Q. Colton en Escocia;

Por sugerencia del Dr. Sigmund Freud, el alemán Karl Koller introdujo en 1884 la cocaína en la práctica médica, utilizándola para analgesia tópica en la cirugía de córnea. Ese mismo año los americanos W. S. Halsted y R.S.Hall realizaron analgesia troncular con cocaína bloqueando el nervio maxilar inferior. En 1892 el alemán K. L. Schleich difundió la analgesia por infiltración de cocaína. El alemán A. Kirstein practicó en 1895 intubaciones orotraqueales para intervenciones quirúrgicas con un laringoscopio de visión directa.

Al finalizar el siglo XIX y comenzar el XX, se logró suprimir el dolor con el paciente despierto en intervenciones quirúrgicas importantes. En 1898 el alemán A. Bier realizó y difundió la analgesia raquídea intradural con cocaína al 1% mientras que, el francés F. Cathelin introdujo en 1901 la analgesia extradural por vía sacra.

En 1910 el estadounidense E. I. McKesson creó el primer aparato con flujo intermitente de óxido nitroso y oxígeno, calibrado con porcentajes para ambos gases. Rowbotham fue el primero en practicar la intubación traqueal a ciegas, publicándolo en 1920. La reinspiración con absorción del CO₂ fue introducida por el inglés J. Snow en 1850 y usada en la anestesia clínica en 1920 por el americano R. M. Waters, publicando seis años más tarde su sistema de absorber el CO₂, llamado "to and fro" (vaivén). Ese mismo año el alemán Dräger patentó un aparato con circuito cerrado.

El español F. Pagés, introdujo en 1921 la analgesia extradural por vía lumbar. Para localizar el espacio peridural se describieron diversos métodos, siendo los más difundidos y aún vigentes el "cese de la resistencia" del italiano M. A. Dogliotti en 1931, y el de la "succión de la gota" del argentino A. Gutiérrez en 1932.

Una revolucionaria etapa se produjo en las décadas de 1930/40. El americano J. S. Lundy en la Clínica Mayo administró en 1934 por vía intravenosa el tiopental sódico, mientras que en Montreal, Canadá, H. R. Griffith y E. Johnson en 1942 inyectaron curare (Intocostin) para producir relajación muscular durante una intervención quirúrgica.

Las primeras experiencias con el empleo de la procaína endovenosa (Novocaína) como anestésico general fueron publicadas por los argentinos I. Bluske Castellanos y G. M. Aranés en 1949. Esta técnica se difundió luego en toda la República Argentina y en algunos países de América Latina.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la farmacología contribuyó significativamente con la especialidad: bloqueantes ganglionares, anestésicos inhalatorios halogenados e intravenosos no barbitúricos, derivados benzodiacepínicos, neurolépticos, hipnoanalgésicos, relajantes musculares, analgésicos locales, entre otros. Estos valiosos aportes y la moderna tecnología en controles y monitoreos, jerarquizaron la especialidad, ayudando a dar mayor tranquilidad y seguridad al paciente.

Historia de la Anestesia en Argentina

- *Etapas Preanestésicas (1810-1847)*

En la época de la Revolución de Mayo de 1810, la población de Buenos Aires recibía atención médica por 3 hospitales (el Hospital San Martín de Tours o de Santa Catalina, el

Hospital General de Mujeres o de la Caridad, y el Hospital General de Hombres o de la Residencia). Las operaciones se realizaban en los nosocomios o en las casas de los propios pacientes, siendo las más frecuentes: amputaciones, resecciones de tumores externos, reducción de fracturas y luxaciones, cauterizaciones con hierro candente, apertura de abscesos y suturas de heridas, con un elevado número de complicaciones (infecciones, gangrenas).

Las sustancias empleadas para “aliviar” el dolor quirúrgico eran el opio (extracto, tintura, píldoras), el electuario (jarabe) analgésico de beleño opiado y el alcohol (vino Carlón, caña, ron). Muchas veces, sin emplear estas sustancias, se recurría a la sujeción, la sorpresa y el engaño.

- *Etapas de la Anestesia General Inhalatoria (1847-1899)*

En la Biblioteca Nacional de Buenos Aires se conserva un documento que certifica que en el año 1847, el Dr. Tuksbury (se trata del médico y cirujano dental americano Dr. Jacob Merrill Tewksbury, 1814-1877), practicó una anestesia general para una operación de estrabismo.

Al año siguiente (1848), el cirujano inglés Dr. John William Mackenna utilizó por primera vez el cloroformo en el actual Hospital Británico de Buenos Aires. Esta etapa se extendió aproximadamente hasta fines del siglo XIX. Entre los anestésicos generales fueron usados, preferentemente el cloroformo y luego el éter, los cuales eran administrados por enfermeros, estudiantes de medicina y hermanas de caridad.

- *Etapas de los Bloqueos Anestésicos efectuados por los cirujanos (1900-1935)*

Se caracterizó por la dedicación que en forma personal asumieron los cirujanos para realizar las anestias raquídeas, peridurales y regionales, empleando primero el clorhidrato de cocaína y luego el de procaína. Fue el auge de la premedicación con morfina y atropina o escopolamina, y de la difusión del empleo del aparato de Ombrédanne para administrar éter, a partir de la década de 1910. Los agentes inhalatorios más empleados fueron: éter, ciclopropano y óxido nitroso.

- *Etapas de la anestesiología moderna (1936)*

Por iniciativa del Prof. José Arce, Jefe de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, se dictó en 1936 un Curso de Anestesia en el mencionado hospital. Entre los asistentes destacamos a los Dres. José C. Delorme y Juan A. Nesi, que años después se convertirían en pioneros y Maestros de la Anestesiología Argentina y Latinoamericana.

Es en esos momentos que surge en nuestro país el verdadero Anestesiólogo, quedando la anestesia definitivamente en manos de médicos especialistas. El Prof. Alberto Gutiérrez, cirujano del Hospital Español de Buenos Aires y pionero mundial en el uso y difusión de la anestesia peridural, fundó en 1939 la Revista Argentina de Anestesia y Analgesia, que en 1950 se transformará en la Revista Argentina de Anestesiología.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

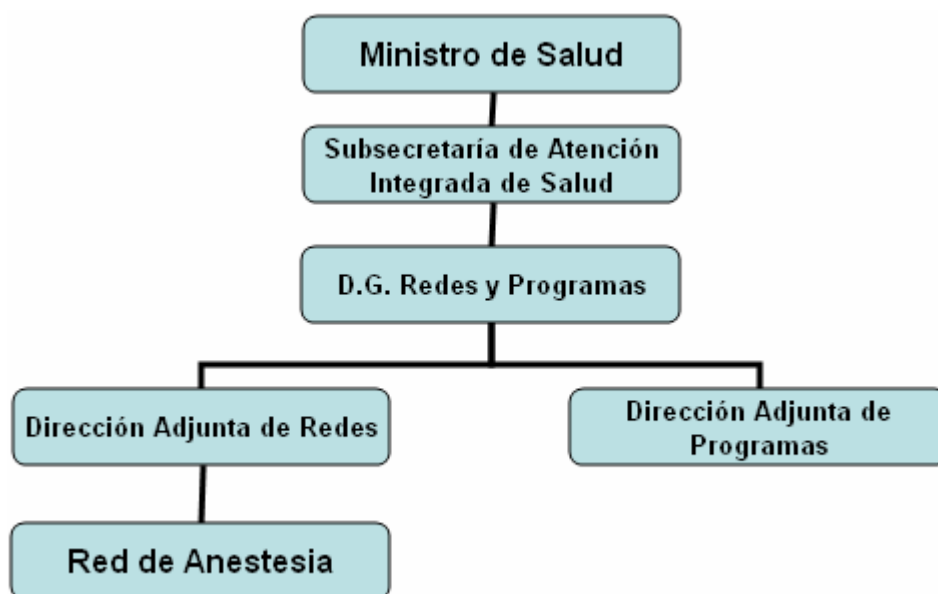
El 4 de enero de 1945 se reunieron en la Asociación Médica Argentina los Dres. José C. Delorme, Juan A. Nesi, Francisco J. Nesi, Roberto O. Elder, Osman Yanzón, Juan Ormaechea, Italo Nunziata, Pedro L. Franco, Leslie Cooper y Federico Wright, y fundan la Sociedad Argentina de Anestesiología, que al año siguiente se denominará Asociación Argentina de Anestesiología. La Comisión Directiva inauguró en 1947 el Primer Congreso Argentino de Anestesiología.

La Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata creó en 1948 un Curso de Anestesiología para Graduados, designando a cargo del mismo al Dr. Gregorio M. Aranés, convirtiéndose en el primer Profesor Universitario de Anestesiología de nuestro país.

En las décadas de 1950-60 los Anestesiólogos de la Ciudad de Buenos Aires y del interior del país, fundaron sus respectivas asociaciones afiliándose a la entidad madre, la Asociación Argentina de Anestesiología, que luego se transformará en la FAAAAR. (Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación).

La Sociedad de Anestesiología de Buenos Aires (SABA) se fundó en diciembre de 1959, la que cambiará sucesivamente de nombre hasta transformarse en el año 2002 en la actual Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA).

2. Organigrama



Modificación de las Estructuras Organizativas.

Mediante decreto **Nº 593/GCABA/11**, el 17 de noviembre de 2011 se crean en la Dirección Redes de Servicios de Salud, dependiente de la Dirección General Redes y Programas de Salud, los Departamentos Redes y Clínicas de Apoyo, Redes Quirúrgicas

Corrientes 640, Piso 6º - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. 4321-3700 / 4323-3388/6967/1796 – Fax 4325-5047

32

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”
y Anestesia y se modifican las acciones de la Unidad Sanitaria Móvil, creada por Decreto N° 439/09.



3. Normativa.

Se describen aquellas vinculadas al alcance de la presente auditoría.

Normativa General:

Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en su Libro Primero “Derechos, Garantías y Políticas Especiales”, Título Segundo “Políticas Especiales”, Capítulo Segundo “Salud”, artículo 20, garantiza el derecho a la salud integral. El artículo 21 establece que “la Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud” y fija sus lineamientos, los que fueron receptados en la Ley N° 153/99 denominada “Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”.

El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad⁶. El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires⁷. El subsector estatal de salud se organiza territorialmente en Unidades de Organización Sanitaria denominadas

⁶ Ley N° 153/99 – Artículo 10.

⁷ Ley N° 153/99 – Artículo 13.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Regiones Sanitarias, integradas cada una de ellas por Unidades Locales o Áreas de Salud⁸.

Las Regiones Sanitarias I, II, III y IV fueron creadas mediante Resolución N° 31/GCABA/MSGC/08, delimitándose geográficamente cada una de ellas.

Los Efectores son los Hospitales Generales de Agudos, Hospitales Generales de Niños, Hospitales Especializados, Centros de Salud Polivalentes y Monovalentes, Médicos de Cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud⁹.

Decreto n°12/96: establece la caducidad de todas las estructuras organizativas de la Ciudad hasta el Nivel de Dirección.

Decreto N°1424/97: Programa Nacional de garantía de Calidad de la Atención Médica.

Resolución N°869/98: Equipamiento Básico para Quirófanos y Salas de Parto (IRAM-FAA). Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.

Ley Básica de Salud N° 153/99: artículos pertinentes.

Resolución N° 1727/04: crea Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades.

Ley CABA N° 2585 /07: mantenimiento e infraestructura de subsectores de salud.

Resolución N° 31/GCABA/MSGC/08: se crean las Regiones Sanitarias I, II, III y IV. Esta resolución halla su fundamento en La Ley Básica de Salud y en la Ley de Comunas.

Decreto N° 556/GCABA/10: faculta a funcionarios a aprobar gastos de imprescindible necesidad.-

Resolución N° 593/2011: modifica parcialmente la estructura organizativa del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.-

Normativa Específica:

Ordenanza 40997/85 (GCBA): Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud.

Ordenanza 51475/86 (GCBA): Sistema de Residencias Médicas.

Resolución N°361/GCABA/SS/96: Creación del Programa de Redes de Atención de la Salud y Comisión Ejecutiva de Redes.

Resolución N°300/GCABA/SS/98: creación de la Comisión Asesora de Anestesiología de la S.S. de la C.A.B.A.

Resolución N°1421/GCABA/SS/02: modifica la Resol. 361/96.

Resolución N°1955/GCABA/SS/04: modifica la Resol 391/96.

Resolución 222/GCABA/SS/05: crea Redes de Salud, Coordinación de Redes y ordena las modificaciones de a la resol 361/96 realizadas por las resol 1421/02 y 1955/04.

Ley N°2288/07: declara la Emergencia en Anestesiología de los efectores del subsector estatal de salud, durante 1 año.

⁸ Ley N° 153/99 – Artículo 27.

⁹ Ley N° 153/99 – Artículo 24.

Decreto N° 465/07: ampliación a 5 años de duración del Programa de Formación de la Residencia Médica en anestesiología, a partir del ciclo lectivo 2007.

Acta Acuerdo 27/03/2007: suscripta entre Ministerio Salud CABA, AAARBA, AMM.

Ley N°601/01(modificada por Ley 2445/07): régimen de Residencias Médicas y Jefes de Residentes.

Decreto N°291/07: en su art.7 refiere “Llámesese a Concurso para la provisión de hasta 670 (seiscientos setenta) cargos de Residentes de Primer Año para el Ciclo Lectivo 2007 de los Sistemas de Residencias del Equipo de Salud, de apoyo al Equipo de Salud y de Enfermería del GCBA...”. Entre las disciplinas convocadas se encuentra Anestesiología. (Boletín Oficial N° 2634 del 28/02/2007).

Decreto N°365/07: en su art.1 aumenta a 700 el número de vacantes mencionadas en el Dec. 291/07, y en su art.2 establece para la Residencia Médica en Anestesiología un número no inferior de 50 cargos.

Ley N°2651/08: prorroga la Emergencia en Anestesiología.

Resolución 550/11: nombramiento de la actual Coordinadora de Red Anestesiología (en “comisión de servicios”).

Negociación Colectiva-Comisión Paritaria Sectorial-Médicos Municipales-Acta N°51/10.

Resolución N°1304/GCABA/MHGC/11: instrumenta el Acta de Negociación Colectiva N° 51/10

Resoluciones FAAAAR 2011

Normativa FAAAAR

Resolución N°619/GCABA/MSGC/12: establece una duración 5 años para la Residencia en Anestesiología.

3.1 Análisis normativo

Se analizó la evolución de la normativa aplicable al Sector Anestesiología, creación de Redes de Salud, emergencia anestesiológica, y Residencias. Cronológicamente se ordenaron las modificaciones y derogaciones de la normativa aplicable hasta la actualidad.-

• Antecedentes Normativos

A- Programa de redes

El 10 de diciembre de 1996 la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires dicta la **Resolución 361/GCABA/SS/96** mediante la cual crea el **Programa Redes de atención de la Salud**, dependiente del Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, bajo la responsabilidad de una Comisión Ejecutiva de Redes, presidida por el Subsecretario de Servicios de Salud, integrada por el Director General de atención de la Salud, el Director General de Planeamiento y Evaluación del desempeño, Director

General del Sistema de Atención Médica de Emergencia y Dirección General de Enfermería.

Tendrá por objeto la reorganización y articulación de los recursos de salud de la CABA, por ramas y por niveles de atención coordinados, a fin de garantizar una mayor accesibilidad y eficacia asistencial de la población y una óptima utilización de la capacidad instalada.

El Programa estará bajo la responsabilidad de una Comisión Ejecutiva de Redes, que dispondrá la creación de las Comisiones Específicas de Red.

A.1- Creación de la Red de Anestesiología.

El 24 de febrero de 2005 el Gobierno de la Ciudad dicta la Resolución N° 222/GCABA/SS/05 la cual ordena las modificaciones a la Res.N° 361/SS/96 efectuadas por las Res N°1.421-SS/02 y N°1.955-SS/04 y resuelve la creación de las Redes de Salud dentro de las cuales se encuentra la Red de Anestesiología que dependerá de la Dirección General de Atención Integral de la Salud.

En su Art.1, la mencionada Resolución crea las Redes en las distintas materias y con las dependencias que en cada caso se asignen, precisando que la Red de Anestesiología depende de la Dirección General Atención Integral de la Salud.

En su Art.9 modifica la Resolución 361/GCABA/SS/96, quedando redactado de la siguiente manera:

Art. 1º: El Programa de Redes de Atención de la Salud abarca a todas aquellas redes que operan en el Sistema Público de Salud del Gobierno-Subsector Estatal- de la Ciudad de Buenos Aires. Estará bajo la responsabilidad de una Comisión Ejecutiva de Redes presidida por el Subsecretario de Servicios de Salud, e integrada por el Director General Atención Integral de la Salud, el Director General la Coordinación de Redes de Salud.

Artículo 2º - Serán funciones y atribuciones de la Comisión Ejecutiva de Redes:

- a) Elaborar y actualizar periódicamente el listado de redes.
- b) Coordinar con las direcciones de los establecimientos asistenciales la obtención de los medios y recursos para el normal funcionamiento de las redes.
- c) Requerir a las diversas dependencias de la Secretaría la información y estudios necesarios para el cumplimiento de su objetivo.
- d) Solicitar a otras dependencias estatales e instituciones de la seguridad social y privadas, la información necesaria para su desempeño.
- e) Supervisar a las Comisiones específicas de red y sus Coordinadores.
- f) Asignar actividades, entre otras: talleres de planificación; talleres de gestión; congresos; seminarios; plenarios de gestión; cursos de especialización y toda otra actividad que optimice la operatoria de las redes.
- g) Determinar la distribución de los recursos humanos y equipamiento de acuerdo a las características de cada red.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

h) Emitir opinión acerca de los proyectos de inversión en recursos físicos y equipamiento para los establecimientos asistenciales cuando puedan incidir en la configuración u operatoria de redes.

Artículo 3° - La Presidencia de la Comisión Ejecutiva, emitirá el acto administrativo de creación de cada Comisión específica de red.

Artículo 4° - Las Comisiones de red estarán integradas por especialistas pertenecientes a: los distintos establecimientos del subsector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires, a efectores del subsector público de otras jurisdicciones con asiento en la Ciudad de Buenos Aires, y eventualmente a efectores del sector público del AMBA.

Realizarán actividades de: Asesoramiento; Programación; Coordinación no pudiendo asumir las competencias y responsabilidades propias de las estructuras orgánicas y asistenciales de los establecimientos.

Artículo 5° - Cada Comisión Específica de Red estará presidida por un Coordinador o más designado por la Comisión Ejecutiva a propuesta de la Coordinación de Redes de Salud. Serán designados por un plazo de 2 años, no pudiendo ser reasignado. La Comisión Ejecutiva de Redes podrá a propuesta de la Comisión de Redes de Salud revocar la asignación y nombrar otro profesional, en el momento que lo considere conveniente.

Artículo 6° - Serán funciones de los coordinadores de cada red conjuntamente con el Director General de la Coordinación de Redes de Salud y el Coordinador General de Redes:

- a) Convocar y organizar las actividades de la comisión de red respectiva.
- b) Coordinar el diseño y desarrollo de la red con las direcciones de los establecimientos comprendidos en las mismas y la Dirección General Adjunta de Hospitales.
- c) Desarrollar o solicitar los estudios epidemiológicos necesarios para el conocimiento de la demanda respectiva.
- d) Elaborar el programa de desarrollo de la red respectiva.
- e) Intervenir en las definiciones de niveles y normas prestacionales de la red.
- f) Solicitar a las distintas dependencias la información necesaria para su desempeño.
- g) Realizar la coordinación operativa de la red.
- h) Informar a la comisión ejecutiva y a las direcciones de los establecimientos los avances en las tareas.

B. Emergencia de los Servicios de Anestesiología.-

El 15 de febrero de 2007 la **Ley 2288/07** declara la emergencia de los servicios y/o unidades y/o divisiones y/o secciones de anestesia y/o anestesiología de los efectores del subsector estatal de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por un plazo de un (1) año prorrogable por un plazo equivalente, con el objetivo de sanear la situación crítica que atraviesa la prestación de la especialidad y llama a concurso para cubrir un número no inferior de 50 cargos para la residencia en anestesiología-.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

En el marco de mencionado estado de emergencia de las prestaciones en Anestesiología por **decreto N° 465** del 27 de marzo de 2007 se amplía la Residencia medica en Anestesiología a 5 años, la cual anteriormente era de 4 años.-

El mismo día se suscribió el **acta acuerdo** entre el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires y la Asociación de Médicos Municipales. En dicha acta acuerdo, el Ministerio de Salud se compromete a realizar los trámites de designación en un corto plazo y garantiza la inmediata toma del cargo de los médicos que resulten seleccionados por concurso. La Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires se compromete a colaborar con la difusión de los llamados a concurso para cubrir cargos de la especialidad y a colaborar con la instrucción teórica de hasta 50 residentes.

La **Ley N° 601** del 7 de junio de 2001, modificada por **Ley 2445** del 26 octubre de 2007 en su Art 3°.- Se sustituyen en el artículo 26 de la Ordenanza N° 40.997 (B.M. N° 17.720) los incisos a), b), c) y d) por los siguientes:

- a. El residente es un agente contratado. El contrato será por el total del tiempo estipulado para cada residencia, pudiendo rescindirse el mismo en caso de no promoción o por aplicación de lo dispuesto en los artículos 7° y 24 al 41 de la Ordenanza N° 40.401 (B.M. N° 17.489). (Conforme texto artículo 1° de la Ordenanza N° 42.954, B.M. N° 18.384);
- b. La característica del trabajo será de tiempo completo con dedicación exclusiva para residentes y Jefes de residentes y de tiempo completo para Instructores de residentes; Los residentes, Jefes de residentes e Instructores de residentes podrán ejercer la docencia e investigación universitaria, siempre y cuando la misma se realice fuera del horario de residencia. Esto no implicará el descuento del plus por dedicación exclusiva;
- c. El horario es de lunes a viernes, de 8 a 17 hs.
- d. Los residentes realizarán como mínimo veinticuatro (24) hs. de guardia por semana y como máximo treinta y seis (36) hs. de guardia por semana, gozando de doce (12) hs. de descanso tras veinticuatro (24) hs. de guardia.

El 13 de marzo de 2008 la **Ley 2651/08** prorroga la emergencia en los Servicios de Anestesiología por un año.-

C. Negociación Colectiva.

Comisión Paritaria Sectorial – Médicos Municipales (Acta n° 51/10 instrumentada por Res 1304/GCABA/MHGC/11)

El **28 de Diciembre del año 2010** se reúnen representantes del **Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por el Concejo Central para la Negociación Colectiva**, del **Ministerio de Salud**, y de la **Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de**

Buenos Aires y acuerdan una Excepción por Criticidad Anestesiología y desempeño de suplencias:

1-La creciente demanda de asistencia de urgencia en los Hospitales que integran la red de prestaciones dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires exige modificar el régimen del Sistema de residencias “del Equipo de Salud” en lo que respecta la especialidad de Anestesiología por ser un área crítica y que se encuentra en Emergencia Sanitaria, a fin de eficientizar las distintas áreas de los referidos centros asistenciales;

Modificar a partir del **1º de enero de 2011 y hasta el 30 de mayo de 2012** la distribución de la carga horaria (**40 horas semanales**) para aquellos profesionales que se encuentren realizando la residencia en la especialidad mencionada ut- supra y **que estén cursando el cuarto o quinto año** de la misma, manteniendo la actividad asistencial supervisada por profesional médico acreditado, disponiéndose que dicha carga horaria podrá readecuarse en **hasta dos jornadas de 8 horas semanales y una guardia de 24 horas**.

Se dispone que los mencionados residentes destinaran 16 horas semanales a la realización de tareas asistenciales en los nosocomios en los cuales adjudicaron su vacante de residencia y las 24 horas de guardia semanales las harán efectivas en los establecimientos que este Ministerio determine.

2-En particular los residentes médicos de la especialidad anestesiología, que **cumplan con lo indicado en el punto 1, podrán realizar una guardia semanal mas, en hospital distinto al que cumplan las 16hs.** de la adecuación, percibiendo por esta última, la remuneración equivalente al de un suplente de guardia, según sea el día de su realización.-

D. Modificación de las Estructuras Organizativas.-

Mediante decreto **Nº 593/GCABA/11**, el **17 de noviembre de 2011** se crean en la Dirección Redes de Servicios de Salud de la Dirección General Redes y Programas de Salud, los Departamentos Redes y Clínicas de Apoyo, Redes Quirúrgicas y Anestesia y se modifican las acciones de la Unidad Sanitaria Móvil, creada por Decreto Nº 439/09.-

E. Programa Docente de la Residencia Básica en Anestesiología-

La **Resolución 2293/MSGC/2011** del **29/12/11** Aprueba la Programa Docente de Residencia Básica en Anestesiología. Duración 5 años. (Ver Anexo II).

Luego de diversas derogaciones y modificaciones durante el año 2012, finalmente el **8 de mayo la Resolución Nº 619-MSGC/12** rectifica el art. 3 de la Res. 580/12, el cual quedó redactado de la siguiente manera: **“Establécese la duración de la Residencia de Anestesiología en 5 años, a partir del ciclo lectivo 2008, iniciado el 1 de junio del 2008”.**

5. Redes de Salud en la CABA.

Tienen como objetivo promover la interrelación de los servicios y prestaciones del Sistema de Salud de la Ciudad, garantizar el acceso a los mismos y asegurar la gratuidad de los beneficios.

La Dirección de Redes también se propone: generar ámbitos de discusión e intercambio entre los trabajadores del sistema y el Ministerio, definir políticas de adquisición de los recursos, y desarrollar guías y normas de atención.

La metodología de trabajo se compone de los siguientes elementos:

- *Reuniones mensuales.*
- *Relevamiento, seguimiento y control de los objetivos.*
- *Elección de referentes operativos para cada una de las Redes.*
- *Consolidación del trabajo en equipo.*
- *Desarrollo articulado del trabajo.*

Además, se organizan y controlan los siguientes aspectos del funcionamiento de las Redes:

- *Infraestructura edilicia.*
- *Seguridad.*
- *Control del equipamiento.*
- *Personal médico y no médico de las áreas.*
- *Horarios de atención y designación de turnos.*

Nota: el texto precedente fue extraído de la página del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires-Ministerio de Salud. En el listado de dicha página web no figura la Red de Anestesiología.

Coordinación de la Red de Anestesiología de la CABA

Conformación de la Red:

Por Resolución 361/96 se crea la Comisión de Red de Anestesiología y, posteriormente, por Resolución 300-SS/98 la Comisión Asesora de Anestesiología de la S.S. de la C.A.B.A.

La Comisión de Red estará integrada por los siguientes hospitales:

Coordinador: Htal. Álvarez.

Secretario: Htal. Álvarez.

Miembros: Htal. Argerich, Htal. Durand, Htal. Gutiérrez, Htal. Pirovano, Htal. Rivadavia, Htal. Santojanni, Htal. Sardá.

La Comisión de Red de Anestesiología tendrá por objetivo la formulación, implementación, coordinación y supervisión de la Red de Servicios de Anestesiología de los establecimientos asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires, pudiendo contar con la colaboración de los demás integrantes de la Comisión Asesora.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

La Comisión de Red de Anestesiología deberá cumplimentar las actividades previstas en la Resolución 361-SS-96, Art 5°, 7° y 8°, en la materia de su competencia.

La Dirección General de Atención de la Salud cursará invitación a la Asociación de Médicos Municipales para incorporar representantes a las Comisiones creadas.

La Comisión Asesora de Anestesiología de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires dependerá funcionalmente de la Dirección General de Atención de la Salud.

Estará integrada por los siguientes efectores:

Coordinador: Hospital Álvarez.

Secretario: Hospital Álvarez.

Miembros:

Htal. Argerich	Htal. Quemados
Htal. Durand	Htal. Ramos Mejía
Htal. Elizalde	Htal. Rivadavia
Htal. Fernández	Htal. Rocca
Htal. María Ferrer	Htal. Santa Lucía
Htal. Gutierrez	Htal. Santojanni
Htal. Lagleyze	Htal. Sardá
Htal. Marie Curie	Htal. Tornú
Htal. Muñiz	Htal. Udaondo
Htal. Penna	Htal. Vélez Sarsfield
Htal. Piñero	Htal. Zubizarreta
Htal. Pirovano	

Serán funciones de la Comisión Asesora:

- La elaboración y actualización permanente de los criterios y normas de atención de la especialidad, a fin de procurar su generalización en todos los establecimientos asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires.
- El asesoramiento a la Secretaría de Salud ante su requerimiento, sobre temas de incumbencia de la especialidad.

Las Comisiones podrán conformar subgrupos de trabajo e invitar a personalidades vinculadas con la materia de incumbencia, para el cumplimiento de sus funciones.

Dependencia dentro del Organigrama Ministerial y características generales:

La Red de Anestesiología depende de la Dirección Adjunta de Redes, la que a su vez forma parte de la Dirección General de Redes y Programas.

El Hospital Garrahan no integra esta Red de Anestesia. No cuentan con Servicio de Anestesiología los siguientes efectores: Tobar García, Dueñas, Quinquela Martín, Alvear, y el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. Los hospitales Borda y Moyano tienen un anestesiólogo cada uno, recurso humano suficiente para la cantidad de procedimientos quirúrgicos que realizan.

La actual Coordinadora es Jefa de División de Anestesia del Hospital Álvarez. Se encuentra en comisión en el Ministerio de Salud como Coordinadora de la Red de Anestesiología de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2010.

Misiones y Funciones de la Red:

Ordenar y universalizar, dentro de los efectores de la CABA, el equipamiento, los insumos y las normas de seguridad, para brindar una óptima calidad en la atención del paciente, logrando equiparar esta calidad entre todos los hospitales, independientemente del nivel de complejidad de los mismos.

Actividades:

Desde que se conformó la Red, en el año 1996, la Coordinación convoca a todos los integrantes a reuniones mensuales que se realizan en el Hospital Álvarez. Cuentan con un libro de Actas donde se registran sus actividades desde la creación de la misma.

En cada hospital se generan estadísticas propias de la especialidad en formularios consensuados con la Dirección General de Estadísticas, en los que constan cantidad de anestias, minutos utilizados en la realización de las prácticas, e indicadores de salud (Ver Anexo I). Esta estadística es enviada por cada Servicio a la División Estadística del efector y luego a Nivel Central.

Cuenta con Manuales de Normas y Procedimientos avalados por la AAARBA y la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación (FAAAR), la que a su vez se rige por normas internacionales.

Estadísticas:

Al momento de la entrevista realizada a la Coordinadora de Red de Anestesiología de la CABA, esta dependencia no contaba con estadísticas de productividad del año 2011.

Con la información recabada “a posteriori” se confecciona un cuadro comparativo entre los efectores de la CABA. (Ver Cuadro pág.25).*

Planta Física y Equipamiento:

Al momento de la entrevista realizada a la mencionada Coordinación no existían registros referidos a la cantidad de quirófanos existentes en los efectores de salud de la CABA, sus condiciones físicas, de bioseguridad, ni las características del equipamiento patrimoniado para cumplir con las actividades de anestesiología.* (Ver Cuadro pág.25).

Adquisición de Equipamiento y Drogas 2011:

En el año 2011 la Red elaboró un Informe Técnico asesorando la adquisición de nuevo equipamiento e insumos para la especialidad, priorizando la calidad de los fármacos “de escaso rango terapéutico”. Al solicitar a la Coordinación de Red dicho informe, no se contaba con el mismo.

En diciembre de 2011 se realizó la entrega de 35 máquinas de anestesia en los efectores de la Ciudad de Buenos Aires. Aún resta adquirir y distribuir otra cantidad similar de equipos para alcanzar un punto de equilibrio en tecnología aplicada a la especialidad.

La Coordinación no pudo dar cuenta de la distribución, ni del criterio empleado para la ubicación de los nuevos equipos adquiridos.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Adquisición de nuevo equipamiento – Año 2011

En el año 2011, por Licitación Pública N° 2107/11, el GCBA adquirió 35 máquinas de anestesia con su respectivo monitor multiparamétrico. El precio unitario fue de \$ 256.664, sumando una erogación total de \$ 8.983.240. (Ver Anexo VI).

Las mismas terminaron de instalarse en el mes de diciembre del año 2011, y actualmente están todas en funcionamiento.

Características del equipamiento adquirido:

Marca: GE Healthcare.

Modelo: Avance.

Cantidad: 35.

Cada máquina se adquirió junto con un monitor multiparamétrico:

Marca: GE Healthcare.

Modelo: Carescape B650.

Cantidad: 35.

Distribución entre los efectores de salud de la CABA:

EFECTOR	CANT.
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich	1
Hospital General de Agudos J.A. Penna.	1
Hospital General de Agudos Dr. José M. Ramos Mejía	1
Hospital de Enfermedades Infecciosas F. Muñiz	1
Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo	1
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde	1
Hospital General de Agudos D. Francisco Santojanni	3
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez	1
Hospital General de Agudos P. Piñero.	1
Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.	4
Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.	1
Hospital general de Agudos Abel Zubizarreta	1
Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield.	1
Hospital de Quemados	2
Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze	1
Hospital de Oncología Marie Curie	1
Hospital de Rehabilitación M. Rocca	1
Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.	2
Hospital General de Agudos I. Pirovano.	6
Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia	3
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica.	1

Fuente: Empresa JAEJ S.A (proveedora del equipamiento).

Corrientes 640, Piso 6º - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. 4321-3700 / 4323-3388/6967/1796 – Fax 4325-5047

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Presupuesto:

Esta Coordinación no maneja presupuesto propio, como así tampoco los Jefes de División que la componen.

Recursos Humanos:

En relación al RRHH, a fines del año 2007, con la aprobación de la Ley de Emergencia de Anestesiología (Ley N° 2288) se logró cubrir, a través del SAME, el 56% de los cargos vacantes en las Guardias, con el consenso entre la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA) y el Ministerio de Salud de la CABA.

Desde el año 1996,¹⁰ la formación de profesionales se realiza mediante un Convenio entre AAARBA, Ministerio de Salud de la CABA y la Universidad de Buenos Aires. Este convenio abarca también la formación de los postulantes a Médico Especialista en Anestesiología mediante un Curso Superior, dictado en la AAARBA que se realiza paralelamente a la formación práctica en los efectores de salud. Ningún profesional puede ejercer hasta tanto no concluya su etapa formativa con un examen integrador.

Todos los Médicos Anestesiólogos recibidos deben trabajar por cinco años en las Guardias de los hospitales de la CABA, logrando cubrir gran parte de los cargos vacantes en las mismas (decisión tomada en Asamblea Interna de la AAARBA – Marzo 2008, como consecuencia de la Ley de Emergencia en Anestesiología).¹¹

Durante los años 2010/2011 los hospitales Quemados y Elizalde tuvieron serios inconvenientes por escaso personal de Planta, contingencia que fue parcialmente superada hacia fines de 2011.

Todavía queda sin cubrir un 30% de los cargos de Anestesia de Planta de los diferentes hospitales.

La Red no posee injerencia en la designación de Recursos Humanos ni tampoco en la adecuación de la Planta Física de los lugares de trabajo.

Condiciones de trabajo:

La contaminación del área quirúrgica con gases anestésicos está reducida al mínimo por la incorporación de máquinas nuevas que trabajan con bajo flujo, lo que disminuye la eliminación de gases al ambiente.

Jornada Laboral:

Los nombramientos son de 30 horas semanales, que incluyen 6hs. de capacitación. Las 24hs/semana de servicio efectivo son distribuidas en 3 días de 8 horas. También existen nombramientos de 40 hs. semanales distribuidos en 1 Guardia de 24hs. y 16 hs. en Planta.

Docencia e Investigación:

En el año 2011 se presentaron trabajos de investigación en los hospitales: Ramos Mejía, Udaondo y Argerich. Hasta el año 2007 los cupos para el ingreso a la Residencia en Anestesiología eran de 14 vacantes/año para la CABA. A partir de la promulgación de la Ley

¹⁰ En el año 1986 por Dec. N° 2674 del 29/05/86 se firmó un acuerdo de capacitación de post-grado en Anestesiología entre la AAARBA y la Municipalidad de la CABA.

¹¹ En 2006 se propició, mediante AGE 21/06/06, la obligación de los Médicos Anestesiólogos que se incorporan de prestar servicio en Hospitales Públicos durante 2 años.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

de Emergencia se ampliaron las vacantes a 50/año durante la vigencia de dicha ley (2007/08). Posteriormente se redujeron nuevamente, ahora a 25 vacantes /año y así continúa hasta la actualidad. La Coordinadora de Red de Anestesiología refiere que existen limitantes para aumentar las vacantes, ya que no todos los efectores de salud de la CABA reúnen las condiciones necesarias para la formación de Residentes, quienes además necesitan 1 Instructor de Residentes por cada anestesiólogo en formación y éste es un recurso académico escaso.

Situación en efectores de la CABA (Año 2011):

HOSPITAL	NUMERO DE QUIROFANOS		ESTADISTICA			ANESTESIOLOGOS PLANTA		ANESTESIOLOGOS GUARDIA		RR.HH
	DOTACION	DISPONIBLES	Nº PROCED	CONSULT PREANEST	CONSUL. DOLOR	TITULARES	SUPLENTE	TITULARES	SUPLENTE	
ALVAREZ	9	5	1892	1624	665	10	0	0	6	Faltan 8
ARGERICH	14	10	3029	5907	3700	17	0	0	15	Faltan 6
DURAND	9	7	3696	2436	1080	11	0	0	9	Faltan 5
FERNANDEZ	10	10	4944	528	420	15	0	10	0	-
GUTIERREZ	11	10	3600	0	0	18	0	4	8	Faltan 8
LAGLEYZE	3	3	540	1200	0	3	0	0	6	Falta 1
PENNA	11	8	2640	3600	0	10	0	6	9	Faltan 5
PIÑERO	6	4	2040	2472	1920	9	0	0	10	Faltan 4
PIROVANO	14	11	3557	3571	1535	9	0	0	8	Faltan 6
RAMOS	15	7	3876	0	0	16	0	0	14	-
RIVADAVIA	8	6	2568	2800	0	5	0	2	10	Faltan 3
ROCCA	1	1	300	180	0	2	0	0	0	Faltan 3
SANTOJAN	11	4	1900	2100	0	5	0	4	9	Faltan 7
SARDA	4	4	3000	0	0	0	0	0	7	Faltan 4
STA. LUCIA	10	5	948	1200	0	3	0	0	6	Falta 1
TORNU	3	3	1814	0	2365	7	0	0	5	Faltan 7
UDAONDO	6	6	3600	3700	0	10	0	0	6	Falta 1
CURIE	Sin Datos									
ZUBIZARRETA	Sin Datos									
QUEMADOS	Sin Datos									
ELIZALDE	Sin Datos									
MOYANO (*)	Sin Datos									
BORDA (*)	Sin Datos									
IREP (*)	Sin Datos									
MUÑIZ (*)	Sin Datos									
(*) En estos efectores los anestesiólogos no están nucleados en un servicio específico, dependen del Departamento Quirúrgico del Efector. Los recursos necesarios se tramitan a través del respectivo Jefe de Cirugía.										

Elaboración propia. Fuente: Coordinación Red de Anestesiología del GCBA (información recabada en 2012 a pedido de Auditoría).

Indicadores:

La Coordinación de Red no cuenta con Indicadores de Anestesia que permitan el seguimiento y control de gestión de la misma.

Libro de Actas:

Se solicitó a la Coordinación de la Red de Anestesiología el libro de Actas de la Comisión de Red de Anestesia del GCABA. Para el análisis de la documentación se solicitó fotocopia de la página Nº 1 (conformación de la Red – año 1998) y fotocopia de los años 2010, 2011 y 2012.

Año 1998

En su primera hoja consta la 1º reunión efectuada el 27- 03-98, reuniéndose la Comisión de Red de Anestesia, en el Servicio de Anestesia del Hospital Álvarez, los profesionales del Hospital Rivadavia, Pirovano, Santojanni, y Udaondo, con la Coordinadora y la Secretaria de la Red, ambas pertenecientes al Hospital Álvarez.

Se trataron los objetivos de la Red, de acuerdo al temario presentado:

- Recursos Humanos.
- Recursos Materiales.
- Estandarización de la atención médica.
- Estadísticas anestésicas.
- Costos en anestesia.

Además se conformaron distintas subcomisiones:

- Recursos Humanos y Materiales.
- Costos en anestesia.
- Normas de derivación en UCPA Y UTI, con la estandarización de la Ficha Anestésica.

Se trató la temática de la realización de Anestesia Pediátrica, concluyendo que se mantendrá la Normativa de la Secretaría de Salud (7 años para cirugías de urgencia y 12 años para las programadas).

Año 2010

02-03-2010: Se reúne la Comisión Asesora y de Red, con la finalidad de establecer las necesidades de cobertura de vacantes en Planta y Guardia ante la apertura de un nuevo Concurso. Surgió la necesidad de solicitar una nueva reunión con Directores de Región, para agilizar las designaciones del Concurso Abierto de 2009.

16-04-2010: Se reúne la Red, con motivo de decidir el fundamento de la falta de vacantes de Residentes en los Hospitales Penna, Rivadavia y Vélez Sarsfield. Se decide por votación disminuir en 1 Residente aquellos hospitales que cuentan con 3 Residentes, y los Hospitales Tornú y Álvarez que cuentan con 2, ceder 1, para no interrumpir la Residencia en el resto de los Hospitales Públicos.

08-06-2010: Se reúne la Comisión Asesora de Anestesia para tratar el tema de la falta de RRHH para la cobertura de Guardias en los hospitales del GCABA.

Año 2011

07-03-2011: Se reúne la Comisión de Red, para reflatar el asesoramiento de fármacos, para solicitar la compra de “drogas-madre” en la especialidad crítica. Se unifican los informes previos y se presentan al Subsecretario de Salud con la firma de todos los Jefes.

26-04-2011: Se reúne la Comisión de Red para tratar sobre la adquisición de insumos de anestesia para bloqueos y anestesia general.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

16-06-2011: Se reúnen 3 integrantes de la Red para trabajar sobre la Licitación de Drogas Anestésicas y se emite informe.

20-10-2011: Se reúne la Comisión de Red para tratar la Licitación de Máquinas de Anestesia.

25-10-2011: Se reúnen los integrantes de la Red para la evaluación de las características que deben poseer las máquinas de anestesia que serán adquiridas para los hospitales de la CABA. Se consigna que las próximas reuniones serán en el Nivel Central, para el asesoramiento técnico, desde el punto de vista médico, del pliego de licitación.

Año 2012

23-02-2012: Se reúne la Comisión para tratar el tema referente a la auditoría de la Red por parte de la AGCBA, y se invita a las Jefas de Anestesiología de los Hospitales Piñero y Rivadavia, a concurrir junto a la Coordinadora a la próxima reunión con los auditores, y coordinar una reunión con la AMM para plantear la situación de los RRHH en las Plantas de Anestesiología.

6. Efectores de la muestra

Acerca de la muestra

Teniendo en cuenta que el objeto de esta auditoría es el “Relevamiento de la Red de Anestesiología de la CABA”, y siendo que la tarea primaria y sustancial está referida a relevar las características de dicha Red a nivel ministerial (historia, normativa, misiones y funciones, protocolos, estadística, recursos disponibles, actividades de capacitación, docencia e investigación, entre otras), se ha seleccionado una muestra de efectores a criterio del auditor. Se tuvo en cuenta para dicha selección la significatividad de los mismos (productividad, ubicación geográfica, características epidemiológicas, especialidades médicas, entre otras variables consideradas). De esta forma se pretende cruzar información sustancial y evaluar la realidad observada en la tarea de auditoría de campo.

Los efectores tenidos en cuenta para dicha muestra de auditoría son:

- Htal. Parmenio Piñero.
- Htal. Abel Zubizarreta.
- Htal. de Quemados.
- Htal. Pedro Elizalde.

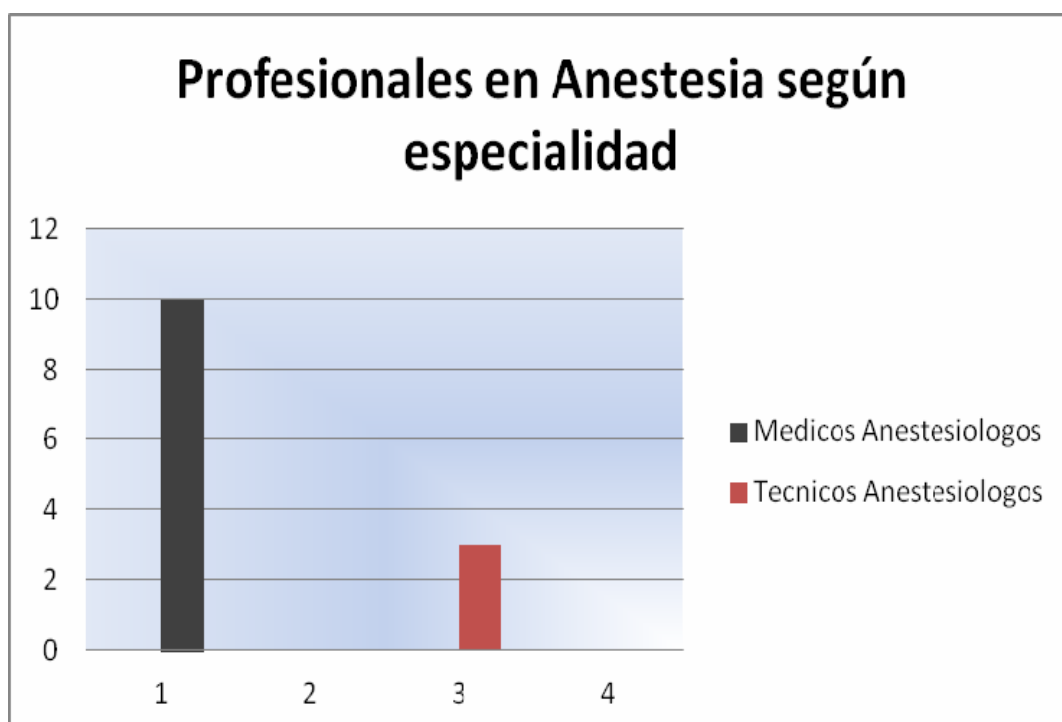
6.1- Hospital Parmenio Piñero

División Anestesiología

Recursos Humanos

El Servicio cuenta con 10 Médicos Anestesiólogos de Planta, más la Jefatura, y 3 Técnicos en Anestesia de Planta de 30 horas semanales.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

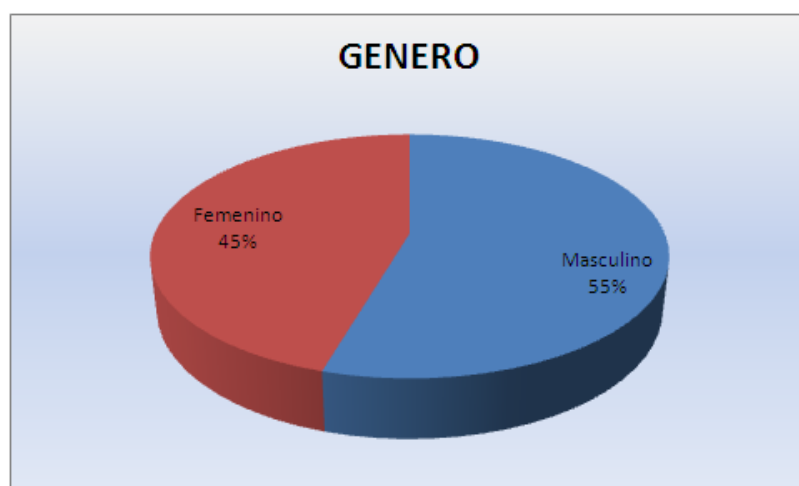


Elaboración propia. Fuente: División Anestesiología.

La Planta no tiene cobertura total por falta de RRHH. No existe personal para cubrir licencias ordinarias, por enfermedad o ausencias imprevistas.

Actualmente no existe personal con Licencias por “largo tratamiento”, sólo se encuentra un profesional con Licencia por Enfermedad.

Porcentaje de Anestesiólogos según género



Elaboración propia. Fuente: División Anestesiología.

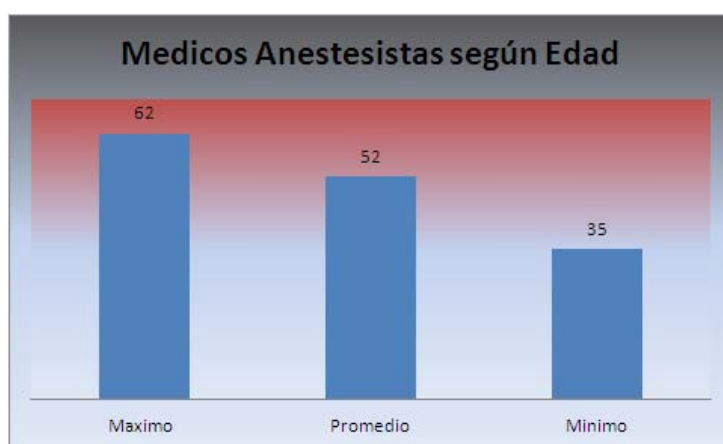
“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Porcentaje de Anestesiólogos según corte etario

EDAD	PROFESIONALES	PORCENTAJE
30 a 40	2	19%
41 a 50	3	27%
51 a 60	3	27%
61 a 70	3	27%
TOTAL	11	100%

Elaboración propia. Fuente: División Anestesiología.

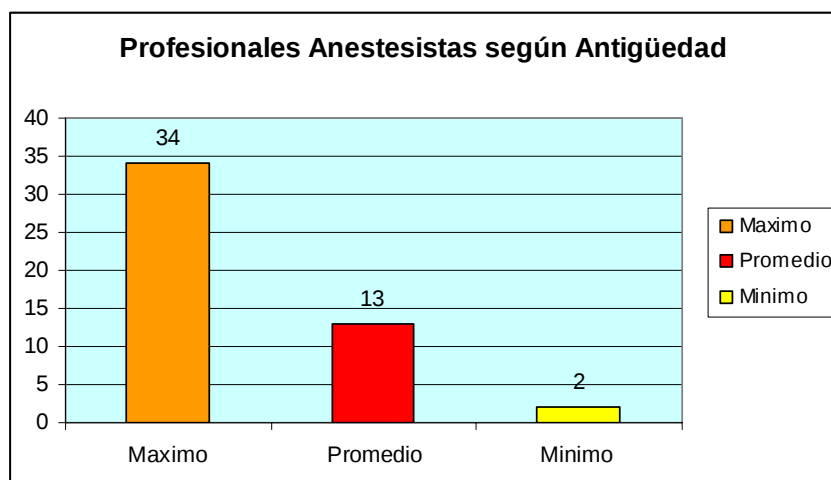
La edad promedio de los Médicos Anestesiólogos de Planta es de 52 años, con un máximo de 62 años y un mínimo de 35 años.



Elaboración propia. Fuente: División Anestesiología.

Antigüedad

La antigüedad promedio de los Anestesiólogos del efector es de 13 años, con un máximo de 34 años.

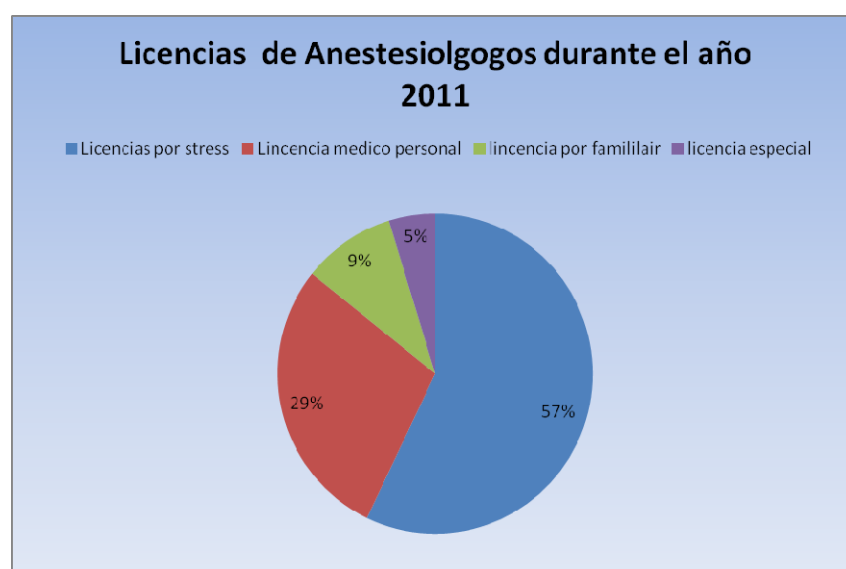


“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Licencias de Anestesiólogos durante el año 2011

	Anestesiólogos	Días de licencias
Licencias por stress	12	120
Licencia médico personal	6	106
Licencia por familiar	2	15
Licencia especial	1	54
total		295

Del total de 18 anestesiólogos con que cuenta el hospital se puede observar que se tomaron 295 días de licencias durante el año 2011, desagregadas de la siguiente manera: stress (120 días), personal (106 días), familiar (15 días) y especial (54 días). La muestra excluye las licencias ordinarias.



Todos los profesionales cuentan con Seguro de Mala Praxis de la AMM (Asociación Médicos Municipales).

La División cuenta con 10 (diez) Médicos Residentes: 2 de Primer año, 2 de segundo, 2 de tercero, 2 de cuarto y 2 de quinto.

Las jubilaciones, renuncias y fallecimientos resultaron en un desabastecimiento del plantel muy difícil de revertir. Se llamó a Concurso pero el RRHH no fue reemplazado según necesidades por falta de aspirantes a los cargos.

En el año 2007 se llamó a Concurso Abierto para todos los cargos vacantes de la especialidad en todos los hospitales del GCBA. En el Piñero, de 7 cargos de Planta sólo se cubrieron 3,

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

quedando los demás vacantes por renunciaciones inmediatas postadjudicación (las designaciones suelen tardar más de 6 meses) o por ausencia de postulantes.

En el año 2010 en el hospital se llamó a un nuevo Concurso abierto para un cargo de Planta de 30 hs. que se adjudicó a uno de los postulantes, el que, luego de esperar 9 meses para el nombramiento, decidió renunciar al mismo.

En 2011 faltaba cubrir 3 cargos para el área de Quirófanos, 1 para Consultorios y 1 para Tratamiento de Dolor. En este número no está considerada la necesidad de contar con más personal para cubrir las distintas licencias que les corresponde a los agentes. Actualmente falta el mismo número de cargos.

La Jefatura de División refiere que las notas elevadas a niveles superiores fueron gestionadas permanentemente a través de la Red de Anestesia y por las Jefaturas de los distintos hospitales en los últimos años, sin lograr solución dado el escaso RRHH.

Según la documentación aportada por la Jefa del Departamento de Recursos Humanos, el monto abonado en el año 2011 a los profesionales Anestesiólogos ascendió a \$1.966.409,96.

Circuito del paciente quirúrgico

Antes de llevar a cabo el acto quirúrgico el paciente tiene que realizar una serie de estudios que le indica el médico cirujano.

Consta de dos etapas:

- Evaluación preoperatoria del paciente. Se realiza con turnos preferenciales y se trata de realizar los estudios de rutina en el día, los especiales deben ser con turno programado. Los estudios según sea ambulatorio con anestesia local o general, o internados con anestesia local o general están normatizados.
- Acto quirúrgico.

Existen dos grupos de pacientes:

- Pacientes ambulatorios: estos pacientes cumplen con los estudios que le indicó el cirujano (chequeo preoperatorio). Concluida esta etapa concurre a la consulta pre-anestésica.

Las consultas pre-anestésicas son efectuadas por Residentes de 1er año, siempre junto a Residentes de 2do o 3er año, y están supervisadas por la Jefatura, quien avala o corrige dichas evaluaciones.

Los turnos para dicha evaluación se otorgan una vez completados los estudios solicitados por el Cirujano, y son concedidos para la misma semana o la siguiente a la solicitud. Cuando estos plazos se demoran es porque no pueden completar dichos estudios en menor tiempo.

- Pacientes internados: una vez realizado el chequeo preoperatorio, el médico Residente de primer año visita al paciente internado para llevar a cabo la evaluación pre-anestésica

Normativa:

El Servicio tiene protocolos y guías escritas.

Planta Física:

Cuentan con:

a. Consultorio Externo para Evaluaciones Pre - Anestésicas y Tratamiento de Dolor: 1 (uno).

Corrientes 640, Piso 6º - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. 4321-3700 / 4323-3388/6967/1796 – Fax 4325-5047

51

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- b. Quirófanos Centrales: 5 (cinco), se usan 3 por falta de RRHH y equipamiento.
- c. Quirófano de Maternidad: 1 (uno).
- d. Quirófanos de Guardia: 1 (uno).
- e. Sala de Recuperación: 2 (dos) camas en Quirófano Central.

Insumos:

Los de uso habitual son los siguientes: sevorane, remifentanilo, opiáceos, benzodiazepinas, relajantes musculares, flumazenil, naloxona, neostigmina, y otras drogas según necesidad y patología, además de anestésicos locales.

En la actualidad la compra es mayoritariamente centralizada.

La Red de Anestesia asesora a favor de la adquisición de drogas originales, ya que las copias que se comercializan no presentan los mismos efectos terapéuticos.

Equipamiento:

Cuentan con: máquinas de anestesia, oxícapnógrafos, oxímetros, y monitores cardiológicos.

El equipamiento no cuenta con mantenimiento preventivo, sólo es correctivo.

Los únicos que tienen mantenimiento preventivo mensual, realizado por el fabricante, son las mesas de anestesia Dräger y todos los equipos de esta marca.

Registros:

En Quirófano Central cuenta con:

- Libro de Actas: se registran los siguientes datos: fecha, especialidad, nombre y apellido del paciente, tipo de cirugía, 1º cirujano, 2º cirujano, anestesiólogo, Residente de anestesia, tipo de anestesia y observaciones.

Otros registros son:

- Planilla de Resumen del Trabajo Anestésico Mensual: con los siguientes datos: total de anestias (solicitadas, realizadas, suspendidas, comenzadas y suspendidas), total de anestias según técnica (general, bloqueo, otros), tiempo del trabajo anestésico en minutos, anestias según su duración (breve, intermedia, prolongada, muy prolongada), y anestias suspendidas según causa (diferentes motivos).
- Parte de Anestesia.

En Consultorio Externo:

- Ficha de Evaluación Anestésica Previa: en la que se registran los siguientes datos: nombre y apellido del paciente, antecedentes familiares, antecedentes clínicos personales, otros antecedentes clínicos, transfusiones previas, y medicación habitual.
- Consentimiento informado.
- Historia Clínica de Dolor: realizada en consultorio de Dolor.

Jornadas y Congresos:

Participaron en las dos Jornadas de Anestesia Hospitalarias como miembros del Comité Organizador y participaciones en distintos temas (años 2006 y 2010).

La Jefa de División Anestesia participa activamente de las reuniones convocadas regularmente por la Red de Anestesia, y en todas las que surjan por situaciones que lo ameritan.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Falta participación en las actividades de capacitación, Comités del Hospital y Jornadas Hospitalarias.

Departamento de Emergencia

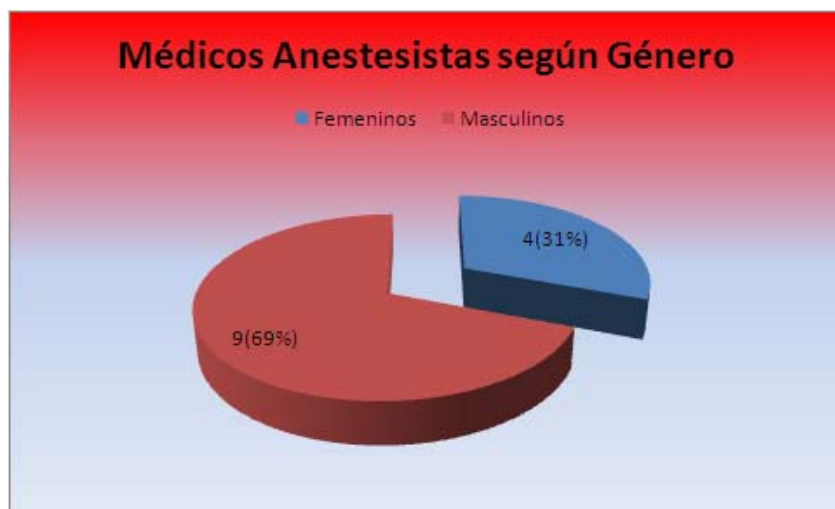
Recursos Humanos:

Los Anestesiólogos de Guardia dependen del Jefe de Departamento de Urgencias.

El Servicio cuenta con 2 (dos) anestesiólogos de Guardia por día. Un día de la semana cuenta con 1 (uno) solo anestesiólogo, por fallecimiento del otro titular. Por esta vacante se llamará a Concurso Interno para cubrir ese cargo.

De los 13 (trece) profesionales que cubren la Guardia de lunes a domingo, 3 (tres) son Suplentes (titulares del Hospital Argerich).

Del total de Médicos Anestesiólogos de Urgencia (13 especialistas) 9 (nueve) son de sexo masculino (69%) y 4 (cuatro) femenino (31%).



Elaboración propia. Fuente: Departamento Emergencia.

Ante una situación de emergencia, por falta de anestesiólogos, el Jefe de Urgencias se comunica con la Jefa de Anestesiología y ésta con la Coordinadora de la Red.

En Guardia el ausentismo se cubre a través de la AAARBA (Asociación Argentina de Anestesiología) en coordinación con el Ministerio de Salud. La Asociación de Anestesia envía un memo al hospital conteniendo el listado de nombres y apellidos de todos los Residentes autorizados a realizar Guardias en los hospitales de la CABA.

Durante el año 2011 se cubrieron Guardias por Médicos Residentes, acompañados siempre por un titular.

Los Residentes no cuentan con ficha de Suplente, por lo tanto un anestesiólogo titular presta su ficha para que pueda cobrar quien efectivamente cubrió la Guardia.

En 2011 siempre se resolvió el ausentismo de Guardia, durante ese período nunca derivaron pacientes por falta de anestesiólogo.

No recibieron demandas por mala praxis durante el año 2011.

No hubo durante el año 2011 accidentes de trabajo.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Durante 2011 hubo una licencia prolongada del Médico Anestesiólogo del día jueves, quien luego falleció.

Planta Física y Equipamiento:

El Servicio cuenta con un sólo quirófano que se encuentra en la Planta Baja del hospital. Está provisto con 2 (dos) mesas de anestesia, una de ellas con monitor multiparamétrico, y 2 (dos) carros de paro. En caso de urgencia se utilizan los demás quirófanos que se encuentran en el segundo piso del hospital (N° 4 y N°1 de Ginecología). Éstos son los que se usan habitualmente para cirugías programadas.

Normativa:

El Servicio utiliza las Normas de AAARBA.

Insumos:

No hubo faltantes en el año 2011. Ante requerimientos de insumos del Departamento de Urgencia, el Jefe de Enfermería lo solicita a Farmacia.

Patologías Prevalentes:

Heridas de trauma general.

Heridas penetrantes.

Accidentes de tránsito.

Apendicetomía.

Registros:

En cada Historia Clínica se adosa el parte quirúrgico y el parte anestésico.

Planta de Quirófanos Centrales

Se relevaron las condiciones físicas, medidas de seguridad y el equipamiento del Quirófano Central. Para tal fin se utilizaron grillas previamente diseñadas:

- Estructura física de la Planta Quirúrgica,
- Equipamiento de anestesia.
- Drogas e insumos anestésicos.

La recorrida se realizó con la presencia de un Técnico en anestesia 20/04/2012 y 26/04/2012. Todos los quirófanos de la Planta Quirúrgica presentan características similares, tanto en la estructura física, circulación de personal y equipamiento.

Planta Física:

Los Quirófanos Centrales están ubicados en el Pabellón II, distribuidos en 2 plantas.

Primer Piso: 2 vestuarios pequeños (mujeres y hombres) , con baños y lockers muy pequeños para la indumentaria de los profesionales; 1 baño general amplio; 1 lugar de estar para el personal; 1 depósito con montacargas que traslada insumos de Esterilización y Farmacia desde la Planta Baja y otro depósito más pequeño; 1 quirófano (denominado “F”) que se utiliza para cirugías con anestesia local (pacientes ambulatorios e internados) , con entrada independiente; zona de lavado de manos para profesionales; zona de ingreso de insumos varios; escalera interna (con antideslizante) que comunica con los quirófanos del 2do Piso.

Segundo Piso: Cuenta con 5 quirófanos, cada uno de ellos se encuentra identificado con una letra imprenta mayúscula (A,B,C,D,E), el quirófano “C” está inhabilitado ya que se utiliza como depósito general de insumos.

Las zonas de transferencia de pacientes son 2: una para ingreso a UTI y otra para ingreso a Sala (una a cada lado), de mamparas de acero inoxidable. La transferencia es una barrera para el ingreso de pacientes desde el exterior de quirófanos.

La Sala de Recuperación Anestésica, es un espacio pequeño de aproximadamente 8 mts.2 cubiertos (2x4), abierto, sin puertas, ubicada dentro del área quirúrgica, pegada a una de las zonas de transferencias. Cuenta con 2 camillas. La misma no tiene monitores, ni carro de paro. Tiene gases médicos centrales y tubos tipo H de oxígeno.

No cuentan con RRHH destinados específicamente para la sala de recuperación. Al estar dentro de quirófano son controlados por los Residentes, supervisados por el anestesiólogo actuante. Se utiliza para pacientes en el post-anestésico inmediato por ser de fácil accesibilidad.

El área de lavado de manos tiene bachas y grifería de acero inoxidable, con sistema de célula fotoeléctrica, y dispensadores de jabón antiséptico (idem a la de primer piso pero ésta es más amplia).

Los quirófanos se encuentran identificados en la puerta de ingreso (sentido de apertura vaivén) con una letra imprenta mayúscula color azul.

- “A”: Cirugías complejas.
- “B”: Cirugías complejas.
- “C”: Utilizado como depósito.
- “D”: Cirugías de menor complejidad.
- “E”: Cirugías de Ortopedia y Traumatología.

Generalidades de los quirófanos: amplios, luminosos, vidriados al exterior con aberturas herméticas, paredes revestidas en color azul claro y lavables, techos blancos en buenas condiciones, zócalo sanitario, pisos graníticos en buen estado, calefacción y refrigeración central (con filtros HEPA).

La Planta Quirúrgica no cuenta con “doble circulación”.

Disponen de un solo ascensor y no es exclusivo para pacientes (compartido con: profesionales, familiares, personal de mantenimiento, y transporte de residuos).

Existe una jabalina única para descarga a tierra de todos los equipos de electromedicina del CQ.

Las instalaciones eléctricas que pudieron observarse están en condiciones de seguridad (enchufes con tapa para corriente monofásica y trifásica, sin cableado a la vista).

Se observa escasa señalética interna (identificación de cada quirófano, carteles que indican “salida”) y ausencia de protocolos visibles para el personal.

No se observa la existencia de Mapa de Riesgo ni Plan de Contingencia.

Cuentan con 4 matafuegos ABC, dentro de la planta quirúrgica:

1 ubicado en transferencia de UTI

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

1 ubicado en transferencia de Sala y,
2 dentro de la Planta, todos con vencimiento en octubre del 2012.
No tienen sistema de aspiración de gases para uso anestésico.

Primer Piso

Quirófano “F”: El quirófano F se encuentra ubicado en el 1er piso del área quirúrgica, identificado con una letra mayúscula impresa en la puerta.

Sus m² cubiertos son 20 (5x4). No tiene rampas, ascensores ni zona de transferencia. No cuentan con flujo laminar, las ventanas están selladas y el aire acondicionado es central. El matafuego se encuentra fuera del quirófano.

Este quirófano se utiliza para intervenciones menores con anestesia local. Cuenta con una máquina de anestesia que tiene más de 20 años, obsoleta, no cumple con las normas de seguridad vigente, y está en proceso de baja. Registran las cirugías realizadas en un Libro de Anestesias Locales.

Segundo Piso

Quirófanos A, B, D y E:

Cada quirófano cuenta con una máquina de anestesia y un monitor multiparamétrico (con su oxímetro de pulso). Las máquinas de anestesia cumplen con todos los requisitos establecidos por la Resolución N° 869/1998 del Ministerio de Salud.

Tienen sistema de aspiración y oxígeno central. Además cuentan con un tubo de oxígeno tipo H de reserva para todos los quirófanos.

En cada uno de los mismos se pudo observar:

- laringoscopio,
- tubos endotraqueales,
- cánulas orofaríngeas y
- mascarar faciales para ventilación.

El set de máscaras laríngeas, el cricotirótomo y el equipo de microtraqueostomías, junto con el ambú, (respirador manual-bolsa) se guardan en el depósito “C” y es compartido por todos los quirófanos.

En relación a los elementos descartables, cuentan con inhaladores nasales de oxígeno (bigoteras), máscaras faciales tipo Campbell y sondas nasogástricas en todos los quirófanos. Las sondas vesicales y las bolsas colectoras de orina las maneja Enfermería.

Quirófano “C”: funciona como depósito, donde se guarda el material estéril y las drogas utilizadas por el personal de Anestesia. La mayoría de las mismas se encuentra en una vitrina con candado y el resto en la heladera.

En la vitrina se encuentran almacenados los hipnóticos: ketamina, midazolam, sevofluorano y tiopental, excepto el propofol que se guarda en la heladera; y el halotano y óxido nitroso que no se utiliza en el hospital.

De los relajantes musculares el atracurium y la succinilcolina se conservan en la heladera ; el vecuronio en la vitrina ; y el rocuronio no lo utilizan.

En relación a los anestésicos locales no cuentan con ropivacaina pero pueden solicitarla en los sets de bloqueos si desean usarla. Siempre cuentan con bupivacaina en los sets de

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

bloqueos con drogas incluidas. La lidocaína tiene dos presentaciones, una con epinefrina y otra sin.

De los analgésicos mayores la morfina se encuentra en la heladera y el fentanilo y remifentanilo en la vitrina.

La mayoría de las drogas registran su fecha de vencimiento entre el año 2012, 2013 y 2014.

Registros

Cuentan con un Libro de Anestesia para todos los quirófanos.

No tienen registro de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales.

Carro de paro-drogas.

Las drogas que se encuentran en el carro de paro son las siguientes: amiodarona, atropina, dobutamina y verapamilo (drogas de la grilla); además de isoproterenol, vasopresores, digoxina, atenolol y enalapril.

El resto de las drogas como el bicarbonato de sodio molar, clonidina, dexametasona, diazepam, esmolol clorhidrato, furosemida, lidocaína, noradrenalina, succinilcolina, sufato de magnesio y tiopental no están en el carro.

Además de las drogas que se encuentran en el depósito y las del carro de paro, cada quirófano cuenta con una caja denominada “pescadora” que es complementaria de las drogas del carro del paro. Son las siguientes: amioflina, atropina, dexametasona, furosemida, metoclopramida, hidrocloridato, diclofenac, ranitidina, midazolam, neostigmina, fentanilo, flumazenil, efortil, cafeína, dopamina, benadril, closidol y adrenalina. El vencimiento de todas es en el 2013.

Equipamiento

El Servicio de Anestesia cuenta con el siguiente equipamiento:

Máquinas de Anestesia

- M Dräger mod. Sulla 800 N. 8151 con respirador Dräger SRD- 0011 (+ de 20 años de antigüedad, fuera de normas se encuentra en proceso de baja y está ubicada en quirófano “F”). Se adjunta formulario.
- M Baguette mod. 732 completa (15 años de antigüedad se encuentra en proceso de baja). Se adjunta formulario.
- M Baguette mod. 732 completa (15 años de antigüedad, en depósito de guardia para dar de baja).
- M Kontron con respirador s 11967255 (15 años de antigüedad, ubicada en Quirófano “D” con pedido de reparación).
- M Leistung mod. 1625 c/respirador s. K99033 (15 años de antigüedad, en quirófano de maternidad 1º Piso).
- M Leistung mod. 1625 c/respirador s. K99015 (15 años de antigüedad, en sala de recuperación con pedido de reparación).
- M Leistung mod. 1625 c/respirador L000001K000052 (15 años de antigüedad, en quirófano de maternidad, 2º piso, con pedido de mantenimiento).
- M Takaoka mod. 1813 s. 0702 (15 años de antigüedad, en quirófano de maternidad, 2º piso, para dar de baja)

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- M Adox mod. Prestige (6 años de antigüedad en quirófano central “E”).
- M Dräger mod. Fabius con monitores (5 años de antigüedad, en Guardia).
- M Dräger mod. Fabius Plus con monitores (1 año de antigüedad, en quirófano central “B”).
- M GE Modelo Advance con monitores (menos de 1 año de antigüedad, en quirófano central “A”).

Oxicapnógrafos

- Gimini MKS-02272 s. GM (15 años de antigüedad, para dar de baja).
- Dyne Polimodal s. 026CA46 (15 años de antigüedad, para dar de baja).
- Dyne Polimodal s. 136-TA-55 (15 años de antigüedad, para dar de baja).
- Datex SCO 123/22/05 s. 87021 (15 años de antigüedad, para dar de baja).
- Datex s. 86054 (15 años de antigüedad, para dar de baja).
- Philips Multiparamétrico PE 72845320 (2 años de antigüedad).
- Philips Multiparamétrico PE 72845337 (2 años de antigüedad).
- Monitor Multiparamétrico LCD marca Dixtal s 101307286 (1 año de antigüedad).
- Monitor Multiparamétrico LCD marca Dixtal s 101307278 (1 año de antigüedad).

Oxímetros

- Nellcor s. 200019134 (+ de 15 años de antigüedad para dar de baja).
- Nellcor s. 23187 (+ de 15 años de antigüedad para dar de baja).
- Nellcor s. 20012124 (+ de 15 años de antigüedad para dar de baja).
- Biox Omheda s. FBEZ 00366 (+ de 15 años de antigüedad para dar de baja).
- Minor-oxim 6640 NF 50330 s.00035 (+ de 15 años de antigüedad para dar de baja).
- Mindray BY 97113487 (2 años de antigüedad).
- Mindray BY 97113448 (2 años de antigüedad).
- Mindray BY 97113484 (2 años de antigüedad).

Monitores Cardiológicos

Todos tienen más de 15 años de antigüedad.

- MCD 2000 SM 41023 (en desuso y fuera de funcionamiento para dar de baja).
- Marca E y M mod. C/20 B s.2029612 (para dar de baja).
- Marca E y M mod. C/20 B s.2049512 (para dar de baja).
- Portátil marca Fukuda mod. FC-560 s.29112207
- Portátil marca Fukuda mod. FC-560 s.29112206
- Portátil marca Fukuda mod. FC-560 s.29112205
- Monitor Bexen

El Hospital cuenta con un Bioingeniero que trabaja desde Octubre del 2011. Su función es gestionar las reparaciones, mantenimiento y compras del equipamiento anestésico.

No realiza mantenimiento preventivo ni correctivo.

En el 2011 no se registraron bajas de máquinas de anestesia. Actualmente se encuentra en proceso de gestión las bajas de:

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- M. Dräger mod. Sulla800 N.8151 c/respirador Dräger SRD-0011, con más de 20 años de antigüedad.
- M. Baguette mod.732 completa, con más de 15 años de antigüedad.

Planta de Quirófano de Guardia

Se relevaron las condiciones físicas, medidas de seguridad y el equipamiento del Quirófano de la Guardia.

Para tal fin se utilizaron grillas previamente diseñadas:

- Estructura física de la Planta Quirúrgica,
- Equipamiento de anestesia.
- Drogas e insumos anestésicos.

La recorrida se realizó con la presencia de dos Técnicos en anestesia el día 2/5/12.

Planta Física

El área de Guardia se encuentra en la Planta baja de la entrada general del Hospital.

Ingresando al área restringida se encuentra junto con el shock-room y el depósito, el quirófano de guardia.

Se observa señalética externa “Área restringida” a la zona donde está el quirófano y el shock-room. El quirófano tiene una superficie cubierta de 4,5 x 6 metros.

No se observa la existencia de Mapa de Riesgo ni Plan de Contingencia. Cuentan con 1 matafuegos ABC ubicado fuera del quirófano con vencimiento el 10/2011.

No tienen sistema de aspiración de gases exclusivo para uso anestésico, ni flujo laminar.

No cuentan con zona de transferencia, el paciente ingresa directamente por la puerta vaivén al área restringida. El traslado a UTI se hace por la calle (2 cuadras) hasta el pabellón II, 2º piso.

No hay ascensores ni rampas. Tiene aire acondicionado y sus ventanas están soldadas.

Se comprueba una falta de limpieza evidente en el suelo, en la cama de operaciones y en la mesa de anestesia.

Los techos son blancos en buenas condiciones, zócalo sanitario, pisos graníticos en buen estado, calefacción y refrigeración central. La vestimenta del personal no es totalmente apropiada, ya que no utilizan ambos estériles, pero sí barbijos, gorros, botas y camisolines estériles; que luego son desechados en bolsas rojas junto con el material contaminado, posterior a la cirugía.

Sala de lavado de manos para el personal que ingresa a quirófano.

El quirófano de Guardia no cuenta con Sala de Recuperación postanestésica, los pacientes se recuperan en el quirófano o en la internación de guardia.

Equipamiento

El quirófano cuenta con una máquina de anestesia Dräger mod. Fabius de 5 años de antigüedad, con monitor multiparamétrico (con su oxímetro de pulso). Las máquinas de anestesia cumplen con todos los requisitos establecidos por la Resolución N° 869/1998 del Ministerio de Salud, excepto que no tiene entrada de gases por tubos.

Tienen sistema de aspiración y oxígeno central. Pero no cuentan con un tubo de oxígeno tipo H de reserva. Tienen tubos endotraqueales, cánulas orofaríngeas medianas y grandes,

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

maskas faciales para ventilación grandes y una máscara laríngea nº 4. El laringoscopio, el mandril y el ambú (respirador manual) lo comparten con el Shock-room.

No tienen cricotirótomo y equipo de microtraqueostomías.

En relación a los elementos descartables, cuentan con inhaladores nasales de oxígeno (bigoteras), máscaras faciales tipo Campbell, sondas nasogástricas, sondas vesicales y bolsas colectoras de orina.

Carro de reanimación cardiorrespiratoria

Dentro del quirófano se encuentra el Carro de reanimación cardiorrespiratoria, el mismo cuenta con su caja de drogas, cardioversor-desfibrilador, elementos para permeabilizar la vía aérea, un respirador manual con bolsa autoinsuflable; pero no tiene unidad generadora para marcapaso transitorio. El mismo es revisado periódicamente. Es compartido con el Shock-Room.

Las drogas que se encuentran en el carro de paro son las siguientes: aminofilina, amiodarona, atropina, dexametasona, diazepam, dopamina y verapamilo (drogas de la grilla); además de flumazenil, nitroglicerina, adrenalina y dipirone.

El resto de las drogas como el bicarbonato de sodio molar, dobutamina, esmolol clorhidrato, furosemida, lidocaína, noradrenalina, succinilcolina, sulfato de magnesio y tiopental no están en el carro.

El vencimiento de las drogas oscila entre los distintos meses del 2013.

Drogas de uso Anestésico

Las mismas se distribuyen en un mobiliario sin llave, en el quirófano; otro mobiliario con llave y la heladera en el estar de enfermería (dentro del Área restringida).

En la vitrina se encuentran almacenados los hipnóticos: ketamina, midazolam, y sevoflurano, excepto el propofol que se guarda en la heladera; y el halotano, óxido nítrico y tiopental que no se utiliza en el hospital.

De los relajantes musculares el atracurium, la succinilcolina y el vecuronio se conservan en la heladera; y el rocuronio no lo tienen.

En relación a los anestésicos locales no tiene ropivacaina; la lidocaína viene con epinefrina y tienen bupivacaina.

De los analgésicos mayores tienen fentanilo, morfina y remifentanilo en la vitrina.

Además cuentan con naloxona, midazolam, cafeína y digoxina.

Las drogas registran su fecha de vencimiento entre el año 2013 y 2014.

Registros

Su único registro son los partes anestésicos, que luego se incluyen en la historia clínica.

Planta de Quirófano de Maternidad

Se relevaron las condiciones físicas, medidas de seguridad y el equipamiento del Quirófano de Maternidad.

Para tal fin se utilizaron grillas previamente diseñadas:

- Estructura física de la Planta Quirúrgica,
- Equipamiento de anestesia.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Drogas e insumos anestésicos.

La recorrida se realizó con la presencia de la Jefa de enfermería el día 15/05/2012.

1) Sala de Partos - Quirófano de Cesáreas

El quirófano donde se realizan las cesáreas se encuentra en el 1º piso del Área de Maternidad ubicada en el Pabellón IV. Tiene una superficie cubierta de 5,5 x 3,5m y se encuentra muy distante de la UTI (ubicada en el Pabellón II-2º piso).

No tiene rampas, escaleras con antideslizantes no ascensores. Los mismos se encuentran afuera del quirófano y no son exclusivos para pacientes (compartido con: profesionales, familiares, personal de mantenimiento, transporte de residuos, etc.)

Cuenta con tres ventanas selladas y aire acondicionado frío-calor que mantiene una temperatura adecuada. Tiene dos puertas, una grande y otra pequeña con sentido de apertura hacia adentro.

Su única medida de seguridad ante incendios es el matafuego ubicado fuera del quirófano. Se observa escasa señalética interna.

Equipamiento

Cuentan con una mesa de anestesia Leistung mod. 1625 c/respirador s. K99033 (15 años de antigüedad) y un monitor los cuales cumplen con todos los requisitos establecidos por la Resolución Nº 869/1998 del Ministerio de Salud. No poseen un mantenimiento preventivo de los equipos sino correctivo. Tienen sistema de aspiración y oxígeno central. No tienen tubo de oxígeno de reserva. Se solicita en caso de necesidad. No tienen un sistema de respaldo por corte de gases centrales.

En cada uno de los mismos se pudo observar:

- laringoscopio,
- tubos endotraqueales,
- cánulas orofaríngeas y
- mascarar faciales para ventilación.
- set de mascarar laríngeas
- respirador manual-bolsa(ambú)

No cuentan con cricotirótomo ni equipo de microtraqueostomía.

Los inhaladores nasales de oxígeno (bigoterar), máscaras faciales tipo Campbell, sondas nasogástricas, sondas vesicales y bolsas colectoras de orina se guardan en el depósito de materiales estériles y se coloca en el quirófano antes de la cirugía.

Dentro del quirófano se encuentra el Carro de reanimación cardiorrespiratoria, el mismo cuenta con su caja de drogas, un cardioversor-desfibrilador con paletas externas e internas, elementos para permeabilizar la vía aérea, un respirador manual con bolsa autoinsuflable; pero no tiene unidad generadora para marcapaso transitorio. El mismo es revisado periódicamente.

Tiene un sistema de respaldo en caso de corte de energía.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Registros

Sus registros son los partes de anestesia (que van dentro de la historia clínica de cada paciente) y un Libro de Cirugías donde registras las cesáreas realizadas.

No tienen registro de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales.

Drogas de uso anestésico

Las drogas se encuentran en un mobiliario sin llave ni candado que las resguarde. La heladera donde se guardan determinadas drogas a continuación detalladas, se ubica en el office de enfermería. Los hipnóticos: ketamina, midazolam, sevoflurano, y tiopental se guardan en el mobiliario, excepto el propofol que se guarda en la heladera. El oxido nitroso es de provisión central y el halotano no lo utilizan. De los relajantes musculares el atracurium y la succinilcolina se conservan en la heladera. No tienen vecuronio y rocuronio.

En relación a los anestésicos locales cuentan con bupivacaina y lidocaina, pero no con ropivacaina.

De los analgésicos mayores encontramos fentanilo y remifentanilo, no así morfina.

Otras drogas utilizadas son el klosidol, oxitocina y basofortina.

Sus vencimientos son en el año 2012, 2013, 2014 y 2015.

Carro de paro- Drogas.

Las drogas que se encuentran en el carro de paro se ubica por fuera del mismo y son las siguientes: amiofilina, amiodarona, atropina, bicarbonato de sodio molar, dexametasona, dopamina, furosemida y noradrenalina (drogas de la grilla); además de Cloruro de calcio, hidrocortisona, cloruro de sodio, vitamina c, nitroglicerina y digoxina.

La clonidina, lidocaina, succinilcolina, sulfato de magnesio, tiopental y verapamilo no se encuentran en el carro.

El vencimiento de todas las drogas es en el año 2013, excepto algunas que vencen en el 2012, 2014 y 2015.

2) Quirófano de Ginecología

En el 2° piso del Área de Maternidad ubicado en el Pabellón IV, se encuentra un quirófano denominado “sucio” donde se realizan intervenciones ginecológicas menores como legrados. Tiene una superficie cubierta de 5,5 x 6,5m y se encuentra muy distante de la UTI (ubicada en el Pabellón II-2° piso).

Cuentan con un aire acondicionado frío-calor que mantiene una temperatura adecuada. Sus ventanas no están selladas. Tiene una única puerta vaivén. Se observa escasa señalética interna.

Equipamiento

Cuentan con una mesa de anestesia Leistung mod. 1625 c/respirador L000001K000052 (15 años de antigüedad), que a pesar de su antigüedad cumple con todos los requisitos establecidos por la Resolución N° 869/1998 del Ministerio de Salud. El monitor multiparamétrico lo traen los anesthesiólogos cuando van a realizar la cirugía. No poseen un mantenimiento preventivo de los equipos sino correctivo. Tienen sistema de aspiración y oxígeno central. No tienen tubo de oxígeno de reserva. Se solicita en caso de necesidad. No tienen un sistema de respaldo por corte de gases centrales.

En cada uno de los mismos se pudo observar:

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- laringoscopio,
- tubos endotraqueales,
- cánulas orofaríngeas y
- mascarar faciales para ventilación
- set de mascarar laríngeas
- respirador manual-bolsa(ambú)

No cuentan con cricotirótomo ni equipo de microtraqueostomía.

El carro de paro junto con el material descartable (sondas nasogástricas y vesicales) lo traen los anestesiólogos previa la realización de la cirugía.

Tiene un sistema de respaldo en caso de corte de energía.

Farmacia

El gasto de las drogas anestésicas utilizadas por los distintos Servicios durante el año 2011 fue el siguiente:

- Servicio de Anestesia \$140.091,03.
- Servicio de Guardia \$161.808,34.
- Partos \$126.590,06.

La erogación total para la Especialidad sumó \$ 428.489,43.-

Estadística 2011

Se analizó y evaluó la estadística del Servicio de Anestesia según una muestra seleccionada a criterio del equipo de auditoría, correspondiente a los meses de marzo, junio y noviembre del año 2011.

Se comparó dicho análisis con la información brindada por el Departamento de Cirugía en relación a los motivos de suspensión de las cirugías.

Total de Anestesis realizadas durante los meses de marzo, junio y noviembre

Marzo 2011

TOTAL DE ANESTESIAS	Nº
Solicitadas	166
Realizadas	137
Suspendidas	29
Comenzadas y suspendidas	0

Elaboración propia. Fuente: División Anestesia.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”



Elaboración propia. Fuente: División Anestesia.

Junio 2011

TOTAL DE ANESTESIAS	Nº
Solicitadas	154
Realizadas	133
Suspendidas	21
Comenzadas y suspendidas	0



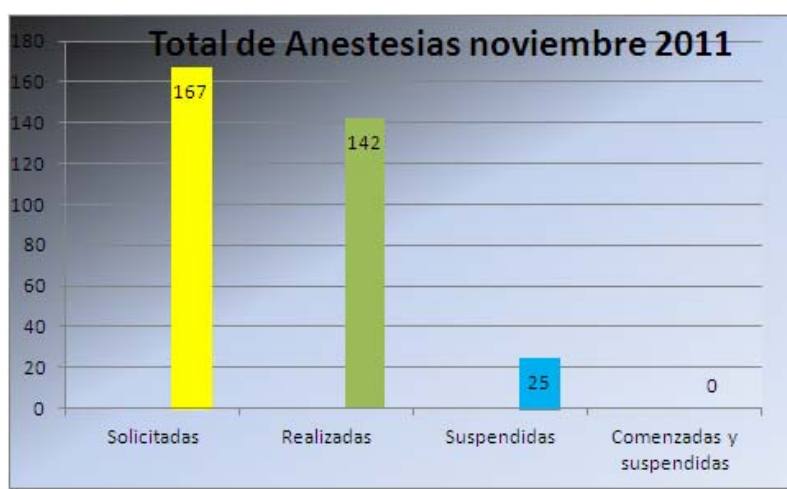
Elaboración propia. Fuente: División Anestesia

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Noviembre 2011

TOTAL DE ANESTESIAS	Nº
Solicitadas	167
Realizadas	142
Suspendidas	25
Comenzadas y suspendidas	0

Elaboración propia. Fuente: División Anestesia



Elaboración propia. Fuente: División Anestesia

De los tres meses analizados -marzo, junio y noviembre- se pudo observar que en el mes de noviembre se solicitaron y se realizaron la mayor cantidad de anestias, y durante el mes de marzo se registró la mayor cantidad de anestias suspendidas.

Total de Anestias según técnica

Marzo 2011

TOTAL DE ANESTESIAS SEGÚN TÉCNICA	Nº
General	81
Bloqueo	47
Otros	9
TOTAL	137

Junio 2011

TOTAL DE ANESTESIAS SEGÚN TÉCNICA	Nº
General	71
Bloqueo	47
Otros	15
TOTAL	133

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Noviembre 2011

TOTAL DE ANESTESIAS SEGÚN TÉCNICA	Nº
General	90
Bloqueo	35
Otros	17
TOTAL	142

De los datos obtenidos en los tres meses tomados para la muestra, se puede destacar que predomina la anestesia general sobre las demás.

Anestesias según su duración

Marzo 2011

ANESTESIAS SEGÚN SU DURACIÓN	Nº
Breve	16
Intermedia	44
Prolongada	73
Muy prolongada	4
Prolongadísima	0
Total	137

Junio 2011

ANESTESIAS SEGÚN SU DURACIÓN	Nº
Breve	18
Intermedia	36
Prolongada	75
Muy prolongada	4
Prolongadísima	0
Total	133

Noviembre 2011

ANESTESIAS SEGÚN SU DURACIÓN	Nº
Breve	23
Intermedia	54
Prolongada	62
Muy prolongada	3
Prolongadísima	0
Total	142

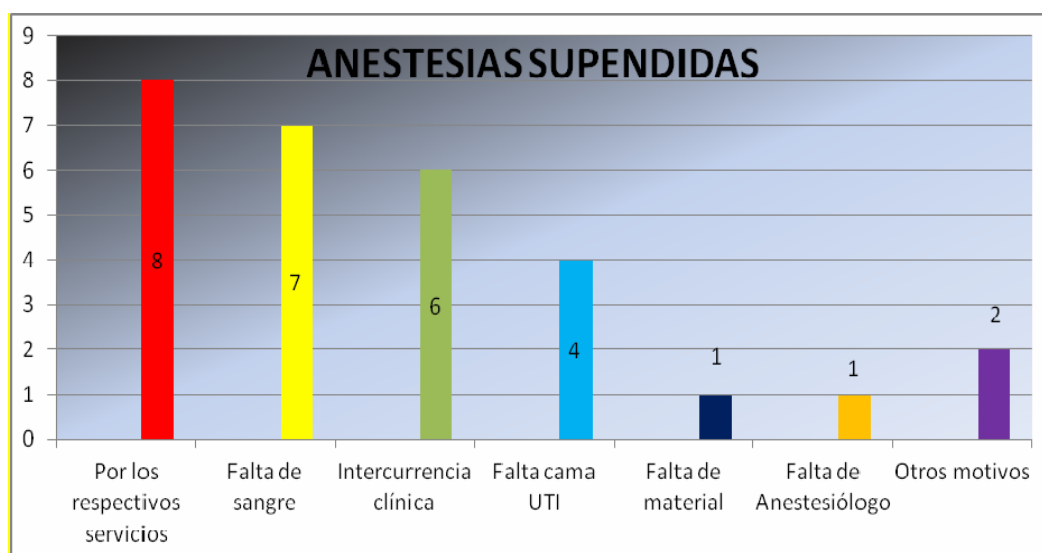
En los meses analizados la anestesia, según duración, que más se destaca es la prolongada.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Anestesia suspendida según causa

Marzo 2011

ANESTESIAS SUSPENDIDAS SEGÚN CAUSA	TOTAL
Por los respectivos servicios	8
Falta de sangre	7
Intercurrencia clínica	6
Falta cama UTI	4
Falta de material	1
Falta de Anestesiólogo	1
Otros motivos	2
TOTAL	29

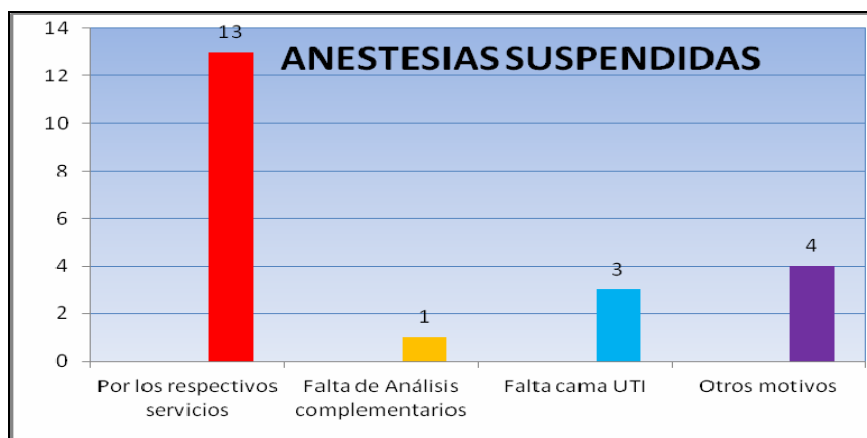


Elaboración propia. Fuente: División Anestesia

Junio 2011

ANESTESIAS SUSPENDIDAS SEGÚN CAUSA	TOTAL
Por los respectivos servicios	13
Falta de Análisis complementarios	1
Falta cama UTI	3
Otros motivos	4
TOTAL	21

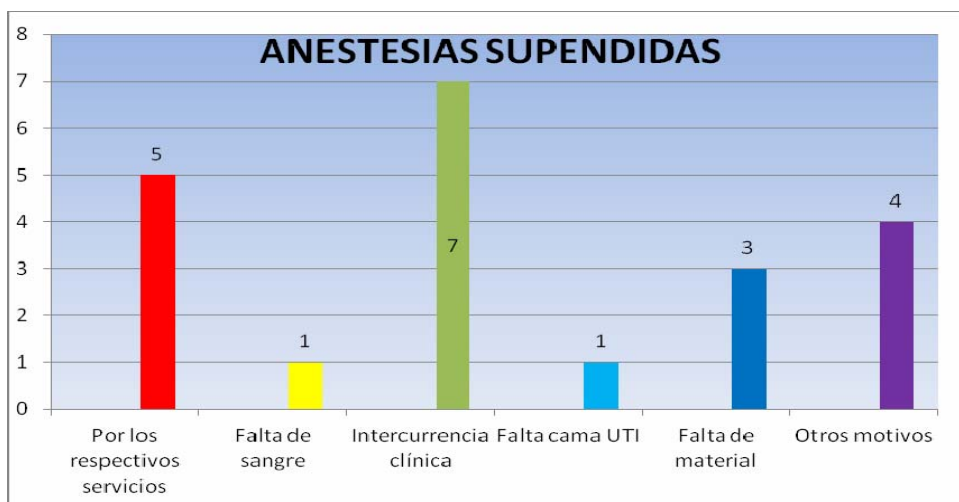
"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"



Elaboración propia. Fuente: División Anestesia

Noviembre 2011

ANESTESIAS SUSPENDIDAS SEGÚN CAUSA	TOTAL
Por los respectivos servicios	5
Falta de sangre	1
Intercurrencia clínica	7
Falta cama UTI	1
Falta de material	3
Otros motivos	4
TOTAL	21



Elaboración propia. Fuente: División Anestesia

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Las suspensiones más destacadas que se observan son: “por los respectivos servicios”. (marzo 8 y junio 13) y en noviembre la “intercurrencia clínica” con un valor de 7 suspensiones.

De la información del Departamento de Cirugía surge:

Cirugías realizadas durante el año 2011

Cirugías programadas	2155
Cirugías Realizadas	1767
Cirugías Suspendidas	387

Causas de Suspensión:

- Falta de cama de cuidados intensivos
- Falta de Sangre
- Falta de médico anesthesiologo.
- Rotura de aparatología de Quirófano(mesa quirúrgica, mesa de anestesia, etc)
- Falta de provisión de material ortopédico
- Prolongación de tiempo quirúrgico
- Descompensación de co-morbilidades.

Si comparamos la información brindada por el Departamento de Cirugía (período 2011) con la muestra seleccionada (marzo, junio y noviembre del 2011) de la estadística de anestesia en relación a las causas de suspensión de las cirugías, se desprende que las principales coincidencias serían la falta de cama en UTI y la falta de sangre.

El Jefe del Departamento Cirugía considera que una de las principales causas de suspensión es la falta de anesthesiologo y manifiesta que el Servicio de Ortopedia y Traumatología no está en condiciones de responder a toda la demanda de cirugía Ortopédica, por la falta de anestesia. Lo mismo ocurre con Oftalmología y Otorrinolaringología quienes derivan a los pacientes que no pueden solucionar en tiempo y forma, por falta de anestesia a otros Servicios de la Red.

Listas Quirúrgicas

La Jefa de Anestesiología a fin de mes, le indica al Departamento de Cirugía cuántas mesas de anestesia tienen por día de acuerdo a la disponibilidad de anesthesiologos. Con esa información el Departamento de Cirugía distribuye las mesas a los distintos Servicios y cada uno programa las cirugías según sus prioridades, con margen para alguna cirugía de urgencia.

Los quirófanos podrían funcionar hasta las 18 hs. pero lo hacen hasta las 13 hs. por falta de recurso humano anestésico.

Por día tienen disponibles entre 2 y 3 mesas de anestesia, resultando en un promedio de 50 mesas de anestesia por mes.

En el 2010 contaban con 70 o más mesas al mes. Actualmente disponen de 735 mesas de anestesia/año. La Jefa de Anestesia atribuye esta disminución a las licencias ordinarias prolongadas, licencias por estrés y por enfermedad.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

No se elevaron notas a la Dirección pues en breve será presentada la problemática en el CATA.

La lista de espera expresa la demanda insatisfecha, y todo lo que los Servicios están en condiciones de realizar y no pueden por falta de anestesiología (según refiere el Jefe del Departamento de Cirugía).

Lista de espera quirúrgica por Especialidad del Departamento de Cirugía

Especialidad	Nº de pacientes
Cirugía general	935
Cirugía Maxilofacial (Odontología)	83
Ginecología	62
Ortopedia y Traumatología	38
Oftalmología	12
Otorrinolaringología	3
Urología	24

Existen canales para informar a las autoridades lo realizado, pero no así para informar lo que los Servicios pueden producir y no logran concretar por falta de anestesiología.

6.2- Hospital Abel Zubizarreta

Departamento de Emergencia

Recursos Humanos

Se solicitó al Jefe del Departamento Urgencias, la nómina del personal de anestesiólogos a su cargo, con los datos de identificación, y registro de productividad correspondiente al año 2011.

Solamente los profesionales anestelistas pertenecientes a la Guardia de 24hs (seis en total), están bajo la dirección del Jefe del Dto. Emergencias.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Anestesiólogos de Guardia		
LUNES	MEDICO DE GUARDIA	FM: 384184
MARTES	MEDICO DE GUARDIA	FM 287916
MIERCOLES	MEDICO DE GUARDIA	FM: 401283
JUEVES	MEDICO DE GUARDIA	FM 326505
VIERNES	MEDICO DE GUARDIA	FM 302792
SABADO	SIN ANESTESIOLOGO(CONCURSO SIN POSTULANTES)	
DOMINGO	MEDICO DE GUARDIA	FM 442384

Elaboración propia. Fuente Dpto. Emergencia.

Carecen de anestesista los días sábados, las ausencias las cubren con el personal de Planta del hospital. Cuando han solicitado un suplente a la Red de Anestesia ésta nunca le ha enviado personal.

En febrero de 2012 el Ministerio nombró 5 (cinco) Suplentes de Guardia, pero al ser citados para firmar los cargos renunciaron al nombramiento aduciendo que “no era lo acordado con la AAARBA”

El Jefe del Dto. Emergencias hizo entrega de una fotocopia de la Res. N° 0183 (2 de febrero 2012, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), con los nombres de los profesionales asignados provisoriamente, los que posteriormente renunciaron, y las copias de las renunciaciones correspondientes.

Comenta el entrevistado, que la causa principal se debe a que la AAARBA, desvía a los anestesiólogos al sector privado.

El día de Guardia que carece de anestesiólogo, se cubre con anestesiólogos de Planta del hospital, y esa cobertura la cobran como Suplente de Guardia (Partida de Suplentes de Guardia N° 40221306).

Planta Física

La Guardia está situada en PB, cerca del acceso a la entrada por la calle Nueva York, posee tres dependencias, una de ellas corresponde al Despacho del Jefe, el resto dedicado a la atención de pacientes, sectorizado en Adultos y Pediatría. No posee quirófano propio, todas las cirugías se realizan en uno de los tres quirófanos del Servicio de Cirugía, ubicado en el primer piso. Una vez finalizadas las cirugías programadas, el quirófano que dejan listo para la Guardia es el N°3.

Equipamiento y Drogas utilizadas.

Utilizan el equipamiento y los insumos/drogas pertenecientes a la Unidad Anestesiología del hospital.

Normativa

No manejan normativa propia, se rigen por la utilizada en la Unidad Anestesiología.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Registros:

Poseen un único registro en quirófanos; es un libro foliado separado por áreas (Cirugías de Guardia y de Planta); de allí se extraen los datos para la estadística.

Productividad Año 2011

Los procedimientos anestésicos están agrupados en: Anestesia General: 153; Bloqueo: 32; Sedación: 11, sumando un total de 196 anestесias durante todo el año 2011.

Mes	TOTAL DE ANESTESIAS	A. GENERAL	BLOQUEO	SEDACION
Enero	19	16	2	1
Febrero	17	12	4	1
Marzo	25	24	1	0
Abril	15	11	3	1
Mayo	17	15	2	0
Junio	8	6	0	2
Julio	16	14	1	1
Agosto	20	17	1	2
Setiembre	8	7	0	1
Octubre	18	10	7	1
Noviembre	16	10	6	0
Diciembre	17	11	5	1
Total	196	153	32	11

Elaboración propia. Fuente Dpto. Emergencia.

Se seleccionó una muestra a criterio del auditor, correspondiente a los meses de marzo, junio y noviembre de 2011.

Del análisis del Libro de Registro de Cirugía del quirófano, se encontraron diferencias con la información estadística entregada por el Jefe de Dto. Urgencias en los meses de la muestra (marzo, junio y noviembre). En marzo 21 cirugías (4 de diferencia), noviembre 13 cirugías (diferencia de 3). En algunas de las intervenciones no especificaba que fuesen de “Guardia”, sin embargo al corroborar el horario se verificó que fueron realizadas durante la noche (ej: 22.00hs.).

Prevalencias

El tipo de cirugías que realizaron en el mes de marzo fueron: abdomen agudos, laparoscopías exploradoras; herida de arma blanca, toilettes; colangitis; apendicetomías. En el mes de junio: fractura de muñeca; herida de bala en abdomen, neumotórax, litiasis vesicular, litotricia uretral, abdomen agudo. En el mes de noviembre: fractura expuesta en tobillo, fractura de cadera, toilettes; laparotomía exploratoria, hernia inguinal; apendicetomías, adenoma de próstata, luxación de hombro.

Predominan en todos los meses de la muestra las laparoscopías y abdómenes agudos.

Unidad Anestesiología

Depende directamente de la Subdirección del hospital.

Se realizó entrevista a la Jefa de la Unidad Anestesiología, y se le solicitó la nómina del personal de anestesiólogos a su cargo, con los datos de identificación, registro de productividad correspondiente al año 2011, y toda otra documentación referida al objeto de esta auditoría:

- Listado del personal a cargo
- Registro de productividad correspondiente del año 2011.
- Organigrama Jerárquico Esc. Profesional.
- Fotocopia del libro N° 5 (foliado 1-400), para Anestesia Programada y de Guardia de anestesia, según copia de la portada que incluyó copias de los meses marzo, junio, noviembre del año 2011.
- Copias de las planillas Resumen de trabajo Anestésicos del año 2011.
- Listado de equipamiento del sector: Inventario de dominio privado bienes muebles de uso permanente.
- Hojas de insumos de Farmacia: listado de salidas en 2011.

Recursos Humanos:

El Servicio dispone, además de la Jefa de Unidad, de 5 (cinco) anestelistas y 1 (una) técnica en anestesiología.

En el año 2010 renunciaron 2 (dos) anestelistas, y uno en 2011. Los cargos quedaron vacantes, y la situación continúa sin resolverse debido a la falta de postulantes a los Concursos.

La Jefa anterior renunció al cargo en el mes de noviembre de 2010. El Concurso para la Jefatura se realizó en el mes de setiembre de 2011, donde se postuló y ganó la actual Jefa de Unidad. Durante los diez meses que la Unidad estuvo sin la designación de un Jefe, asumió interinamente el Director del hospital (el 1 de febrero del 2012 fue nombrado en la Región 3, con el cargo de Director General), continuando la Subdirectora del Zubizarreta, (actualmente Directora del hospital), hasta la designación de la actual Jefa de Unidad Anestesiología. Hasta la fecha no ha llegado este nombramiento, y debe ejercer ambas funciones, asistencial y jefatura.

Carecen de designación de Residentes, ya que han sido suspendidos a partir de junio del 2011. La orden de suspensión la dispuso el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Todo el personal profesional posee Seguro de Responsabilidad Profesional.

No poseen demandas vigentes por mala praxis.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Anestesiólogos de Planta

Médicos de Planta	FM	HORARIO(Hs) (30hs)
Médico Anestesista	306195	L. Mi y V: 07:00 a 15:00hs
Médico Anestesista	319510	Mi: 07:00 a 16:00, J: 07:00 a 16:00 V: 07:00 a 13:00
Médico Anestesista	379420	L: 07:00 a 15:00 Mi: 07:00 a 15:00 V: 07:00 a 15:00
Médico Anestesista	321283. En 2011 estuvo con licencia prolongada	L: 07:00 a 15:00 M: 07:00 a 15:00 Mi: 07:00 a 15:00
Médico Anestesista	400681	L: 15:00 a 18:00 M: 07:13:00 Mi: 15:00 a 18:00 J: 07:19:00
Médico Anestesista	326627	L.: 15:00a 18:00 M: 07:00 a 13:00 Mi 15:00 a 18:00 J: 07:00 a 19:00
Técnica en Anestesiología de Planta	427880	M: 07:00 a 14:00 Mi: 07:00 a 15:00 J: 07: 00 a 15: 00 Vi: 07:00 a 14:00

Elaboración propia. Fuente: Dto. Recursos Humanos y Unidad Anestesiología.

Cantidad de Anestelistas de Planta de la Unidad cuyos horarios se extienden más allá de las 13 hs:

DIAS	Número anestelistas	Horario
LUNES	5 (cinco)	3 hasta las 15 hs y 2 hasta 18hs
MARTES	1 (uno)	Hasta las 19 hs
MIÉRCOLES	6 (seis)	3 hasta las 15hs; 1 hasta 16hs; 2 hasta las 18hs
JUEVES	4 (cuatro)	Hasta las 19 hs
VIERNES	3 (tres)	Hasta las 15 hs / 19hs

Elaboración propia. Fuente: Dpto. de RRHH y Unidad Anestesiología

De manera aleatoria se observaron, del Parte Diario de Cirugías Programadas, los días: 25/4/2011 y 27/04/2011. Del primero se observó: el Nº de cirugías programadas fueron (7) siete, diagnósticos: nódulo mamario izquierdo; adenoma de próstata; hidrocele derecho; lipoma; quiste sacro cóxigeo; screening cáncer de colon; cáncer de mama operada (implante mamario). Del segundo se observó: Nº de cirugías programadas (4) cuatro, diagnósticos: toilette quirúrgico, fractura tibial, osteosíntesis, dos HPV (exéresis).

En reiteradas oportunidades – durante la realización de auditoría de campo - en el horario de 12:30hs, en el Sector Quirófano las únicas personas presentes fueron la Técnica de Guardia de Anestesiología y el personal de limpieza

Planta Física:

El Servicio de Cirugía cuenta con 3 (tres) quirófanos.

Carecen de las estructuras /áreas /sectores, específicos para un Servicio de Anestesiología, como por ejemplo área de recuperación post anestésica. También carecen de un consultorio externo propio asignado para las entrevistas preanestésicas. La atención se realiza en los consultorios externos disponibles al momento de la consulta; atienden dos días por semana (lunes de 15:00 a 16:40hs, y viernes de 08:30 a 11:30hs).

Se relevaron las condiciones físicas, medidas de seguridad y el equipamiento (instrumental que disponen y drogas) del Quirófano Central. Se utilizaron grillas estandarizadas previamente diseñadas para los objetivos requeridos y fotografías que registran las áreas comprometidas.

La recorrida se realizó en varias oportunidades ante la presencia de la Instrumentadora de Guardia y posteriormente de una Técnica en Anestesia.

Los tres quirófanos que integran la Planta Quirúrgica, presentan características similares, tanto en estructura física, circulación de personal y equipamiento.

Están ubicados en el primer piso del hospital. El acceso principal al área de quirófanos es a través de puertas vaivén que dan al *pasillo de transferencia (medidas aproximada 6 m²)*, existen armarios (con depósito de insumos biomédicos, material limpio para enviar a esterilizar y anestésicos locales que utilizan los médicos en procedimientos quirúrgicos que no requieren la presencia de anestesistas); y camillas que son utilizadas para los pacientes que deben permanecer luego de las cirugías a la espera de ser trasladados. A continuación, del lado derecho, se encuentra una habitación (de aproximadamente 5m²), que funciona como dormitorio del anestesista de Guardia, y como depósito (presencia de cajas con insumos).

Prosiguiendo en la misma dirección, se encuentra otra habitación (7.50m²), utilizada como vestuario de hombres. Se encuentran en el lugar armarios, un televisor, una computadora, y la heladera para la conservación de drogas. Existe en el pasillo externo central otra entrada que da al vestuario de mujeres (5.50m²). Cuentan con un único baño para todo el quirófano; con lockers; un pequeño sector con elementos de cocina, el cual funciona como office. Las condiciones de limpieza son buenas.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Este último sector, se comunica con la zona de transferencia que se continúa con el pasillo de antesala de quirófano, siendo su medida de aproximados 16,00 m². A la izquierda del mismo se encuentra una mesada de mármol (sobre ésta se encuentran los registros de cirugía y anestesia), armarios bajo mesada (donde se guarda el material esterilizado, la vestimenta, y material biomédico). Contiguo a la misma está el placard con las drogas de anestesiología y quirófano que permanece cerrado con llave. En el final de este pasillo se encuentran el área sucia (aproximadamente de 6,50 m²), presenta ventanas selladas con iluminación natural, en su interior hay 3 piletas, armarios y todos los elementos necesarios para la función que desarrollan; contigua a ésta se encuentra el área limpia de (aprox. 7,00 m²), ambas en buenas condiciones de limpieza y orden.

A la derecha del pasillo antesala del quirófano, se encuentran los tres quirófanos: identificados con los números del 1 al 3. El primer quirófano es el N° 3 (aprox. 24 m²), está asignado preferentemente a las cirugías de Guardia. A continuación se encuentran los quirófanos N°2 (de las mismas medidas), y a la derecha el N°1 de menor tamaño que los anteriores. Frente a las mesadas se encuentran 3 piletas con bachas de acero inoxidable y sus respectivas canillas, son para usos afines al personal de cirugía. Están en perfecto estado y cumplen con las normativas vigentes.

Sus pisos son de baldosas, y el sector de piletas cuenta en sus paredes con una alzada de azulejos, el resto está pintado con esmalte sintético brillante, en perfectas condiciones y limpieza.

Generalidades de los quirófanos:

Amplios, luminosos, vidriados al exterior con aberturas herméticas, paredes pintadas con esmalte sintético brillante de color verde claro, techos blancos en buenas condiciones, zócalo sanitario, pisos de baldosas graníticas en buen estado, calefacción y refrigeración central (con filtros HEPA).

Disponen de un sólo ascensor y no es exclusivo para pacientes (compartido con: profesionales, familiares, personal de mantenimiento, transporte de residuos, entre otros).

Existe una jabalina única para descarga a tierra de todos los equipos de electromedicina del CQ.

Las instalaciones eléctricas que pudieron observarse están en condiciones de seguridad (enchufes con tapa para corriente monofásica y trifásica, sin cableado a la vista).

Cuentan con matafuegos ABC dentro de la planta quirúrgica, todos en vigencia.

No tienen plan de contingencia.

Cada quirófano cuenta con una máquina de anestesia y un monitor multiparamétrico (con su oxímetro de pulso). Las máquinas de anestesia cumplen con todos los requisitos establecidos por la Resolución N° 869/1998 del Ministerio de Salud.

Tienen sistema de aspiración y oxígeno central. Además cuentan con un tubo de oxígeno tipo H de reserva para todos los quirófanos.

En cada uno de los mismos se pudo observar:

- laringoscopio.
- tubos endotraqueales.
- cánulas orofaríngeas.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- mascarar faciales para ventilación: poseen únicamente las de tamaño adultos, por no realizar cirugías para niños.

Set de máscaras laríngeas, junto con el ambú, (respirador manual-bolsa). En relación a los elementos descartables, cuentan con inhaladores nasales de oxígeno (bigoterías), máscaras faciales tipo Campbell y sondas nasogástricas en todos los quirófanos, sondas vesicales y las bolsas colectoras de orina. Material descartable poseen todos quirófanos.

Equipamiento:

Los equipos son patrimonio del hospital, no existen comodatos.

Se adjunta listado completo según datos de Patrimonio:

Aspirados Nebulizador C/2 frascos; oxícapnógrafo marca Datex, Modelo Oscar II (año 1993); mesa de anestesia Modelo Zulla 800-E marca Drager C/Respirador-Ventilog Arde0003 Marca Drager (año 1996); oxímetro de pulso Satélite Trans OSP 200 marca Datex (año 1994); pinza Magill de 20 cm. y de 23 cm.; vaporizador Drager serie Arej 0642, (año 1995), tijera mayo recta, laringoscopia mod. MC Coy (Penlon), (año 1996); carro de anestesia Simma c/equipo. Coman., marca Simma modelo ACM (año 1997); válvula reductora de oxígeno con manómetro y flumiter marca Concoa, modelo 806 4539 XF, (año 2000); oxícapnógrafo p/medición ECG, gasto cardíaco, temp., marca Dyne modelo MCD 300/31 (año 2001); kit mangos colin reusables c/ tubuladura, p/presión no invasiva marca Dyne (año 2001); sensor de temperatura regulable, rectal y esofágico, marca Yellow Spring USA modelo YSI 702 A, (año 2001); sistema calórico por aire p/mantas térmicas marca Sims modelo SW 3000, (año 2001); Estetoscopio S/D (2004); laringoscopia de tres ramas curvas de acero inox. Marca Mascintosh, (año 2004); laringoscopia en acero inox. de 3 ramas marca Hand, (año 2005); mesa de anestesia c/por circulares 0879/0880 Vaporizador 053872 Respirador volumétrico marca Neumovent, marca Baguette modelo GAG 732 tipo B, serie M_1257, (año 2005); mesa de anestesia c/por circulares 0881/0883 Vaporizador 053874 respirador volumétrico Neumovent, modelo BAG 732 tipo B, marca Baguette año 2005; equipo de neuroestimulador y neurolocalizador marca MYO TES, (año 2008); laringoscopia de 3 ramas (niño, adultos, Gde.), marca Timesco, modelo Optima Mac M. 2-3-4; tensiómetro aneroide portátil c/brazal adulto marca (no se visualiza) (año 2008); monitor CABEC Cardioversor-desfibrilador s/desfibrilador, dispuesto en un mismo gabinete, marca Dyne, modelo UCP- 210, (año 2009); monitor multiparamétrico LCD con capnografía, marca Dixtal modelo DX 2020, año 2011; mesa de anestesia de anestesia rodante (versión de software 3.32A), marca Drager, modelo Fabius Plus, (año 2011); mesa de anestesia c/vaporizador P/Adulto y pediátrica con distintos modos ventilatorios controlados por microprocesador, monitor MCA. G.E, mod. Carescape B650, marca General Electric modelo Avance (año 2011).

El hospital tiene asignado desde diciembre del 2011 un Bioingeniero de Planta.

Con respecto a las máquinas de anestesia, las dos adquiridas últimamente cuentan con garantía y mantenimiento incluido; la de mayor antigüedad (2008) tiene el mantenimiento contratado con la misma empresa que atiende a las otras, ello garantiza que todas cumplan con las normas correspondientes. Este criterio se aplica para todo el instrumental. Las empresas contratadas para el mantenimiento correctivo y preventivo son General Electric y Drager, una vez finalizada las garantías correspondientes a cada firma.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Todo el instrumental, se encuentra en condiciones y estado de funcionamiento adecuado.

Registros:

Los registros se encuentran sobre la mesada de mármol descripta anteriormente. Poseen un único libro para todos los quirófanos, tanto para cirugías Programadas como las de Guardia. Poseen Libros de Anestesia, Partes Quirúrgicos, de Anestesia de Planta y de Guardia. En la ficha de anestesia llevan registros de derivaciones de UTI y de UCO.

Drogas de uso habitual:

Los medicamentos se encuentran en el placard que corresponde a la Farmacia de quirófano, ordenada y clasificada en cajas, en condiciones de higiene y limpieza.

Con la excepción de: Atracurium, Succinilcolina, Propofol, que se guardan en la heladera.

- Hipnóticos: Ketamina, Propofol, Midazolan, Sevoflurano.
- Analgésicos mayores: Fentanilo, Morfina, Remifentanilo, Nabulfina, Klosidol.
- Relajantes musculares: Atracurium, Succinilcolina.
- Anestésicos locales: Lidocaína.
- Analgésicos mayores: Fentanilo, Morfina, Remifentanilo, Nabulfina, Klosidol.

El control de analgésicos mayores (morfina), lo realizan depositando las ampollas vacías en una bolsa de plástico, destinada para tal fin.

Medicamentos presentes en la caja de RCP (reanimación cardio-pulmonar):

Aminofilina, Amiodarona, Dobutamina, Dopamina, Furosemida, Lidocaína, Noradrenalina, Sulfato de magnesio, Verapamilo, Digoxina, Fenitoina, Gluconato de calcio, Isoproterenol, Labetalol, Cloruro de sodio, Gluconato de calcio, sol. Dextrosa, Nitroglicerina, Nitroprusiato, Cloruro de potasio, Propanolol, Nifedipina, Isosorbide.

Todos los medicamentos están con su fecha de vencimiento, algunos de ellos próximos a vencer en diciembre del 2012.

Compra de insumos:

Los circuitos de compras están todos centralizados, no registran faltantes de insumos.

Normativa:

Normativas 2009 Comité de Docencia e Investigación del Hospital Zubizarreta.

Normas para anestesia en cirugía fuera de quirófano.

Comisión de normas, procedimientos y seguridad en anestesiología de la AAARBA.

Recomendaciones para la transfusión de sangre y componentes de la sangre en pacientes quirúrgicos.

Docencia e investigación:

No han presentado trabajos de investigación, ni publicaciones.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Indicadores:

No trabajan con indicadores.

Participación en la Red:

La Unidad no participa en las reuniones de la Red de Anestesiología de la CABA desde noviembre de 2010.

Productividad

Las cirugías prevalentes son las de abdomen agudo, litiasis vesicular, y traumatológicas, entre otras.

Del Registro de Productividad Mensual correspondiente al año 2011, se extrajeron los tipos de anestias según técnicas empleadas (general, bloqueo y otros); el tiempo de trabajo anestésico en minutos (evaluación anestésica previa; horas anestésicas en quirófano, práctica fuera de quirófano, consultorio dolor, tratamiento dolor, tiempo en UCPA (Unidad de Cuidados Pediátricos Postanestésicos) y las anestias suspendidas:

Estadística 2011 planilla GCBA - Secretaria de Salud												
Gráfico A: Anestias según técnica	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
1.General	20	55	55	50	54	47	78	73	63	59	55	40
2.Bloqueo	9	18	20	16	23	19	19	26	18	24	33	21
3. Otros	5	8	7	6	12	12	11	15	18	18	11	5
Total de anestesia	34	81	82	72	89	78	108	114	99	101	99	66
Anestias Suspendidas por falta de Anestistas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0
Gráfico B:Tiempo del trabajo anestésicos en minutos	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
1. Evaluacion Anestésica Previa	1.180	1.060	1.700	1.200	1.220	1.320	2.120	1.960	1.260	2.040	1.200	480
2. Tiempo anestésico en quirófano	3.420	9.240	9.120	7.200	9.360	8.700	11.580	12.300	10.680	10.060	11.460	7.444
3. Practicas Fuera de quirófanos	0	1.215	1.230	1.080	1.335	1.170	1.620	1.710	1.485	1.515	1.485	990
4. Consultorio del Dolor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Tratamiento del Dolor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Tiempo en UCPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4.600	11.515	12.050	9.480	11.915	11.190	15.320	15.970	13.425	13.615	14.145	8.914

Elaboración propia. Fuente: Unidad Anestesiología.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

Grafico A

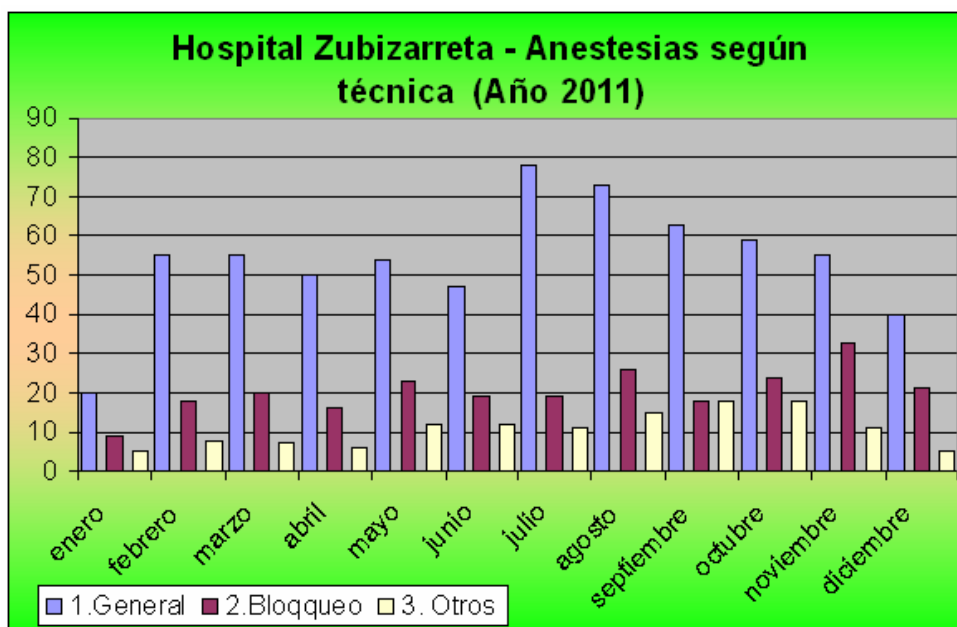
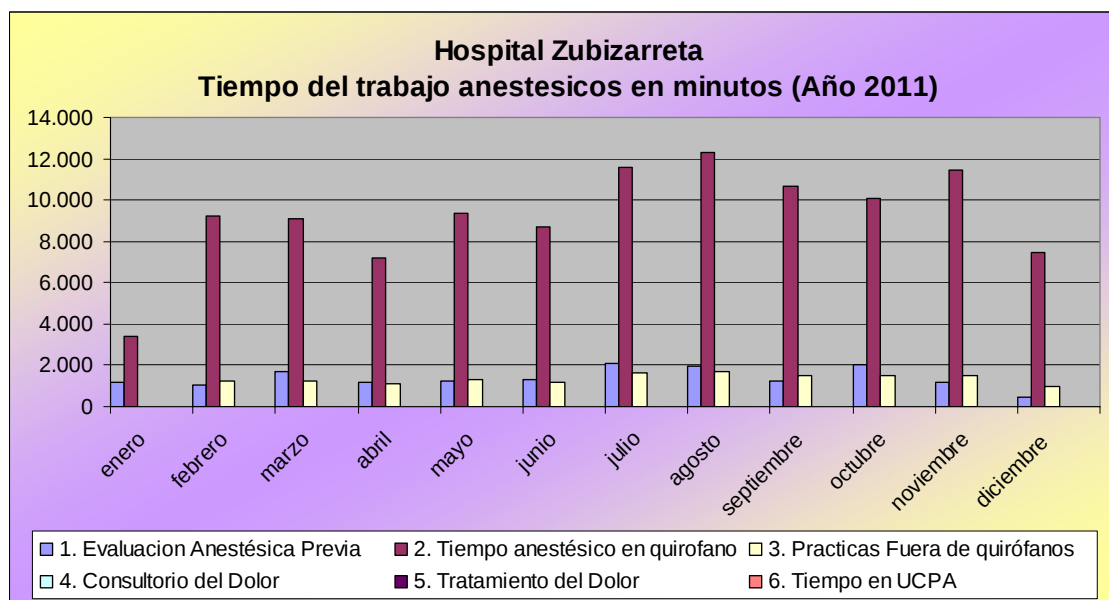


Grafico B



Del Libro de Registro N° 5 (Anestesia Programada y de Guardia realizadas por día), durante los meses de marzo, junio y noviembre del 2011, se calculó que el promedio fue de 4 (cuatro) cirugías diarias, y el tiempo promedio empleado en las mismas fue de 90 minutos.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Ante la falta de anestesista, las cirugías se postergan dentro del mismo día programado, evitando suspenderlas para días subsiguientes.

No se han derivado cirugías en el año 2011.

6.3- Hospital de Quemados

Unidad Anestesia

Recursos Humanos:

La Jefa de Unidad Anestesia se encuentra ejerciendo el cargo “en comisión” desde el 6 de octubre del 2011. La misma tiene un cargo de Planta de 30 horas en el hospital Álvarez.

El anterior Jefe de Servicio renunció con fecha 1º de julio de 2011, quedando el mismo acéfalo hasta el ingreso de la actual conducción. La misma ingresa al cargo “en comisión” por seis meses, los cuales fueron renovados por seis meses más. Cuando ingresó se encontraba a cargo el Subdirector del Hospital.

El Servicio de Anestesiología cuenta con 1 (uno) sólo Médico de Planta, el resto de las actividades se cubren actualmente con 5 (cinco) Médicos Anestesiólogos de Guardia que cubren la Planta los días lunes, martes, jueves y viernes, cobrando esta actividad como Suplentes de Guardia. En algunas oportunidades su día de Guardia coincide con el día en que cubren la Planta, en estos casos cobran por ambas tareas simultáneas.

Los días miércoles no se realizan cirugías por limpieza de quirófanos, salvo que el día lunes sea feriado o que necesiten realizar una cirugía plástica.

A la brevedad ingresarían 6 (seis) Anestesiólogos de Planta para el Servicio. Las designaciones llegaron al hospital el 12 de marzo próximo pasado, por lo cual los Anestesiólogos están siendo notificados. Las Resoluciones respectivas son la 165 MSGC 2012 y Res. 227.

Accidentes de Trabajo:

Desde octubre de 2011 no hubo accidentes de trabajo, ni demanda por mala praxis. Se desconoce si lo hubo antes de esa fecha.

Seguros Profesionales:

Todos los profesionales cuentan con Seguro de Responsabilidad Profesional, y el mismo puede ser contratado en Médicos Municipales o en AAARBA.

Normativa:

No cuentan con Normativa escrita ni Protocolos.

Al ingreso de la nueva Jefa de Anestesia se escriben normas mínimas para pacientes pediátricos y algunos requerimientos para optimizar el trabajo en quirófano, y se ponen en práctica a mediados de octubre del 2011:

- Ingreso de Pacientes a Quirófano: Los pacientes pediátricos sólo serán entregados al Anestesiólogo, sin excepción. No podrán ingresar a quirófano si el mismo no se encuentra presente.

- Pautas de ayuno: se respetaran las pautas de ayuno protocolizadas para el Servicio.
- Comienzo de procedimientos sobre el paciente: el Anestesiólogo comunicará a quien corresponde el momento en que se podrá comenzar cualquier tipo de procedimiento sobre el paciente.
- Transfusiones: hasta tanto se protocolicen las normas, las transfusiones serán decididas de común acuerdo entre los Cirujanos y el Anestesiólogo actuante para cada paciente en particular.
- Hasta tanto se consiga un Anestesiólogo que pueda hacerse cargo de la misma y con el objetivo de optimizar el tiempo de quirófano, se solicita la presencia de personal de Enfermería en la Sala de Recuperación Anestésica, desde el comienzo hasta la finalización de las cirugías programadas.
- Sala de Recuperación: el alta de la Sala de Recuperación será decidida por el Anestesiólogo actuante, quien entregará el paciente en Sala solamente a otro profesional médico.

Derivaciones:

De acuerdo a la complejidad del paciente se realizan derivaciones pediátricas al hospital Garrahan o Gutierrez. El Hospital de Quemados recibe pacientes adultos derivados de todo el país, con un alto porcentaje de demanda espontánea por Guardia.

Insumos:

La compra de insumos es centralizada. Se realiza un pedido anual a Farmacia del material descartable.

En cuanto a las drogas, el pedido es diario a Farmacia del hospital. Cada anestesiólogo realiza una ficha de “Insumos de quirófanos para Anestesia”.

No hubo faltante de insumos a partir de 6 de octubre del año 2011. Se desconoce el dato antes de esta fecha.

El hospital dispone de stock, ya que tiene que estar preparado ante situaciones de emergencia.

Registros:

1) Parte de anestesia: por duplicado, una es para la historia clínica y otra es archivada por la Jefa.

2) Ficha de insumos de quirófano para anestesia: se realiza una por paciente. Ficha de pedidos de drogas: es un pro-forma que ya tenía Farmacia, no es por paciente, aunque se separa en opioides, psicofármacos y resto de las drogas utilizadas. Se hace por duplicado, una copia queda para Anestesia al retirar el pedido donde constan las drogas entregadas y su cantidad. Esto no siempre coincide con lo solicitado.

3) Registro en libro de actas: nombre y apellido del paciente, cirugía, tipo de anestesia, número de historia clínica, nombre del cirujano y nombre del anestesiólogo. Este libro se encuentra en el Servicio de Anestesia.

Reuniones en la Red de Anestesiología:

El hospital no participa desde el año 2011 a la fecha.

Planta Física

4(cuatro) quirófanos centrales. Actualmente funcionan 3 (tres) quirófanos, por falta de equipamiento.

2 salas de baño (piletas de balneoterapia).

2 quirófanos de cirugía plástica. Se encuentran cerrados. Se desconoce desde cuando están cerrados y sus causas. (1)

1 sala de recuperación anestésica.

1 sala de estar para médicos.

1 sitio para los camilleros.

1 vestuario de hombres y otro de mujeres.

1 despacho pequeño para la Jefa de Unidad Anestesia.

No cuentan con Consultorio Externo de Anestesia (visita preanestésica y consultas por dolor).

La Planta Física cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos que está compuesta por 6 camas, y dispone de alta complejidad para la atención del paciente quemado crítico.

No cuentan con Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Actualmente se encuentra en construcción, estimando su finalización en el año calendario en curso. Contará con 10 camas, con equipamiento de alta complejidad.

A principios de abril de 2011 la Dirección del Hospital elevó una nota a la Dirección General de la Región Sanitaria N°3 (DGRS3) informando que: “el hospital tomó la decisión de no internar más pacientes pediátricos Grupo IV (pacientes críticos) por no tener la complejidad necesaria”. A través de esta nota se solicita a la DGRS3 que haga llegar dicha información al Ministro de Salud.

Desde entonces no se internan en el hospital niños menores de 2 años o que, sin importar la edad, presenten compromiso respiratorio real o posible de presentarse, politraumatismos, enfermedades preexistentes o quemaduras eléctricas con alteración del ECG (electrocardiograma). Todos pacientes que en el curso de su evolución pueden agravarse.

Se considera que la UTI Pediátrica y la dotación de Anestesiistas de Planta capacitados en Pediatría son necesidades impostergables para el Servicio.

A principio de Julio del 2011, luego de la renuncia del Jefe del Servicio de la Unidad de Anestesia del hospital, los Anestesiólogos que cubrían la Planta se vieron en la necesidad de reevaluar las condiciones de trabajo. En virtud de la reunión que mantuvieron el Director del Hospital, la Coordinadora de la Red de Anestesia y la Representante de la Región Sanitaria N°3, se expuso la problemática del Servicio en general, y en particular lo concerniente al área Pediátrica. Se dejó constancia, a través de una nota elevada a la Dirección, que el Servicio de Anestesiología del hospital no cumplía con las Normas Básicas de Equipamiento que rigen la especialidad, en particular en lo concerniente a la práctica pediátrica, así como tampoco con una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Haciéndose insostenible llevar a cabo la labor con un margen mínimo de seguridad, que proteja al paciente de riesgos totalmente evitables y conserve la integridad de los profesionales de la salud. Debido a esta situación se resolvió que no se iba a realizar anestesia en pacientes pediátricos menores de 6 años, hasta tanto no se garantizaran las condiciones mínimas de seguridad.

Además se solicitó que se solucione la carencia de anestesiólogos y la falta de equipamiento e infraestructura.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Actualmente el hospital está adquiriendo equipamiento y recurso humano como para poder brindar anestesia (por anestesiólogos) a los pacientes de Cirugía Plástica que así lo requieran.

Se relevaron las condiciones físicas, medidas de seguridad y el equipamiento de la planta quirúrgica. Para tal fin se utilizaron grillas previamente diseñadas:

- Estructura física de la Planta Quirúrgica.
- Equipamiento de anestesia.
- Drogas e insumos anestésicos.

La recorrida se realizó con la presencia de un Técnico en anestesia.

Todos los quirófanos de la Planta Quirúrgica presentan características similares, tanto en la estructura física, circulación de personal y equipamiento.

Primer piso: La Planta quirúrgica cuenta con 4 quirófanos identificados con números en la puerta de ingreso de cada uno de ellos: “1”, “2”, “3” y “4”.

Actualmente funcionan tres de los mismos, por faltar una de máquina de anestesia.

Cuentan con 2 salas de balneoterapia (piletas de balneoterapia), una sala de recuperación, 2 vestuarios (uno para mujeres y otros para hombres) con baños, lockers y un lugar de estar para el personal.

Posee una zona de transferencia de ingreso y egreso del paciente a la planta quirúrgica.

Donde comienza la transferencia se observa un riel que se desplaza por toda el área quirúrgica adosado al techo. A través de un guinche se engancha el arco/cama donde se cuelga el paciente quemado para trasladarlo al quirófano.

La Sala de Recuperación Anestésica, se encuentra lindera al área quirúrgica.

Cuenta con 9 camillas (5 arcos completos). El arco posee bandas plásticas de distintos colores para su fácil identificación en el caso de tener que levantar al paciente quemado. Cuenta con 5 paneles de gases médicos, solo 2 de ellos funcionan, cada uno con toma corriente en condiciones óptimas. El resto de los tomas corriente ubicados en la pared no funcionan. Contiene 8 tubos de oxígeno chicos, 1 solo manómetro y 1 tubo de oxígeno grande.

No cuenta con monitores.

Tiene un carro de paro que se utiliza para toda el área quirúrgica.

La sala posee recurso humano asignado (1 enfermero), es el responsable de la recuperación del paciente.

Este sector tiene una zona que se utiliza para el lavado de manos de los camilleros y para los elementos que se usan para la limpieza de la sala.

La limpieza de pisos, techos y paredes es regular.

Cuenta con un armario para los insumos de anestesia, una parte de éste se encuentra bajo llave y otra no.

Generalidades de los quirófanos durante el año 2011:

Durante este año funcionaban los 4 quirófanos y las 2 salas de balneoterapia.

Contaban con 4 mesas de anestesia obsoletas, 2 monitores cardíacos y 4 oxímetros de pulso, 2 respiradores, 2 carros de paro, 1 caja de paro obsoleta e incompleta, 2 laringoscopios de adultos obsoletos. No poseían laringoscopio pediátrico, y tampoco en la actualidad. Mal diferenciado entre área sucia y limpia. No se cumple con la norma de tránsito restringida/semirestringida (actualmente en igual condiciones).

Sistema de aspiración con reservorio de acrílico (no descartable) y reutilización de tubuladuras.

Se reutilizaban (actualmente en las mismas condiciones) máscara de respiración y sistema de codo- bolsa.

Quirófanos

Los mismos son amplios, luminosos, vidriados al exterior con ventanales sellados, paredes blancas lavables, techos blancos en buenas condiciones, pisos íntegros, calefacción y refrigeración central con 6 años de antigüedad (la refrigeración no llega al quirófano 3).

Existe una jabalina para descarga a tierra ubicada en el subsuelo.

Cada quirófano tiene su propia llave térmica.

La iluminación de la planta quirúrgica es por tubos.

Se observa escasa señalética interna (solo se identifica el quirófano N°1) y ausencia de protocolos visibles para el personal.

No se observa Mapa de Riesgo ni Plan de Contingencia. Existe un diagrama de evacuación externo a la planta quirúrgica, junto ascensores.

No cuentan con sistema de aspiración de gases exclusivo para uso anestésico.

No posee flujo laminar.

Limpieza regular en toda la planta quirúrgica.

En el área de lavado de manos cuenta con 4 lavabos con bachas y griferías de acero inoxidable con un sistema monocomando (fría/ caliente) de fácil uso y dispenser con jabón líquido antiséptico.

Quirófano N°1:

Cuenta con una mesa de anestesia cuyo estado es regular. Cuenta con un monitor multiparamétrico.

Tiene un sistema de aspiración y oxígeno central. No cuenta con tubo de oxígeno tipo H.

Quirófanos N° 2 y 3:

Cada quirófano cuenta con una máquina de anestesia nueva cuya compra fue realizada en el año 2011, las mismas cumplen con todos los requisitos establecidos por la Resolución N°869/1998 del Ministerio de Salud. Tienen monitor multiparamétrico.

En cada uno de los mismos se pudo observar:

- Laringoscopio.
- Tubos endotraqueales.
- Cánulas orofaríngeas.
- Máscaras faciales para ventilación (chica, mediana y grande).

Quirófano N° 4:

Este quirófano no funciona desde el mes de octubre del 2011 porque no cuenta con mesa de anestesia.

Sala de Balneoterapia:

La Planta quirúrgica cuenta con dos salas de balneoterapia. De las cuales solo una de ellas está funcionando y la otra esta en reparación edilicia.

Una linda con el quirófano N° 2 (no funciona) y la otra linda con el quirófano N° 3.

La medida de la sala de balneoterapia es de 4 metros largo por 2,5 metros de ancho.

Una de ellas se comunica con el quirófano N° 3 por una puerta vaivén.

Tiene 1 camilla de balneoterapia de acero inoxidable con una canilla monocomando agua fría y caliente, y un duchador, 2 cestos con bolsas rojas sin tapa, pisos y paredes de material lavable y zócalo sanitario.

Drogas Anestésicas

Las drogas se encuentran en un mobiliario bajo llave en la sala de recuperación. Algunas de ellas son: opioides halogenados y ketamina. En otro armario sin llave se acopian el resto de las drogas.

La caja de reanimación cardiorespiratoria cuenta con los siguientes medicamentos: aminofilina, amiodarona, atropina, bicarbonato de sodio molar, dexametasona, diazepam, dopamina, furosemida, lidocaina, noradrenalina, sulfato de magnesio, tiopental, verapamilo, adrenalina, nitroglicerina, gluconato, cloruro de sodio, flumazenil, hidroclorona. Los vencimientos oscilan entre los años 2012 y 2013.

No se encuentran en el carro: clonidina, dobutamina, esmolol clorhidrato y succinilcolina.

Según información de la División Farmacia, el gasto total de drogas anestésicas utilizadas por el Servicio durante el periodo 2011 fue de \$139.764,48.

Equipamiento

- 1 Máquina de anestesia Mca. Prexas c/respirador neumovent. Modelo 311. No está completa ni en condiciones de ser utilizada. Ubicada en la sala de recuperación.
- 1 Máquina de anestesia Mca. Prexas c/respirador. Modelo 311. No se encuentra.
- 2 Máquinas de anestesia Mca. Prexas s/respirador. No están en condiciones de ser utilizadas. Ubicada en la sala de recuperación.
- 2 (dos) máquinas de anestesia nuevas que ingresaron en enero del 2012 ubicadas en quirófano de quemados.
- 1 Máquina de anestesia marca Draguer modelo Narkomed 2 A serie 00611. Ubicada en quirófano de quemados, se encuentra en uso.
- 1 Máquina de anestesia marca Draguer modelo Narkomed 2 A serie N°A-27614. Ubicada en guardia del hospital se encuentra en uso.
- 1 Mesa de anestesia completa construida en chapa de hierro esmaltada c/ alzada p/colocar equipos electrónicos plano de la mesa de ac. Inox. c/3 cajones c/ cerradura porta suero cromado. La mesa montada sobre ruedas de 120mm. Ubicada en quirófano 4. No funciona. (quirófano cerrado).

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- 1 Monitor cardíaco M30T s/nro. Serie. Ubicada en quirófano 4 (quirófano cerrado).
- 2 Monitores conf. de EGG c/frc. E&M M-11T nro. de serie 50037-30037-40027 y 60037. En depósito de anestesia.
- Oxícapnógrafo BCI CAPNOCHECK Plus 9004 nro. de serie 700960089. En depósito de anestesia.
- Oxícapnógrafo BCI 9000. En depósito de anestesia.
- 6 Oxímetro de pulso para medición de saturación de oxígeno de sangre y pulso (frecuencia cardíaca) no invasiva MD300E Mca. CHOICE de mesa. Serie N°08321160019/61149/60693/61196/60113. En depósito de anestesia.
- 2 Oxímetro de pulso portátil Mca. Biosys mod. BPM 200. Oxímetro con alimentación dual a batería recargable o con tensión de línea de 220V 50HZ. Puede monitorear adultos, niños o neonatos nro. de serie 125-CB5323 y 125 CB 5298. En depósito de anestesia.
- 4 Oxímetros de pulso portátil Mca. Biosys mod. BPM 200. Oxímetro con alimentación dual a batería recargable o con tensión de línea de 220V 50HZ. Puede monitorear adultos, niños o neonatos nro. de serie 125-CB5328 y 125 CB 5329 y 125 CB 5237. En depósito de anestesia.
- 1 Oxímetro Mca. AADEE Modelo Novmetrix 515 A serie nro.69-3613 BGES SENSOR DIGITAL. En depósito de anestesia.

Las máquinas de anestesia obsoletas serán recicladas.

El jefe a/c del Departamento Administrativo del Hospital informa que no se registran bajas de equipamiento, correspondiente al Inventario del Servicio de Anestesia, durante el año 2011 hasta el mes de mayo del corriente año, según consta en los movimientos mensuales de bienes muebles de uso permanente.

En el mes de marzo del 2012 la Jefa de Anestesia que actualmente se encuentra en comisión, informa al Director del Hospital que deja constancia a través de una nota que no se han encontrado los siguientes elementos:

- 1 aparato para anestesia sistema circular
- 2 cajas para instrumental 20x10x5 cm
- 2 estetoscopios biauriculares (solo hay uno y está roto)
- 1 laringoscopio de 4 ramas
- 1 laringoscopio modelo Mac Instoch adultos con 3 ramas marca Prexa
- 1 laringoscopio niños de 3 ramas (solo hay uno y no funciona)
- 1 máquina de anestesia marca Prexa con respirador Neumovent modelo 311
- 1 mesa rodante para anestesia
- 2 monitores conf. De ECG c/frec. E&M M-11T
- 1 oxímetro BCI
- 1 porta sueros de pie duro
- 1 regulador de aire comprimido
- 11 soportes de metal para frasco de 1 litro

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- 3 tensiómetros aneroides con AB. de contacto MCA. Prexa con estuche para adultos
- 1 unidad de monitor MCA Bine modelo MCD
- 1 caloventor marca Kenwood
- 1 letrero
- 1 mesita con cajón
- 1 perchero de madera de 3 perchas
- 1 radiador de 12 elementos marca Philips
- 1 reloj eléctrico marca Spencer

Asimismo responsabiliza al Sector de Patrimonio la solución del equipamiento faltante solicitando que se abra para ello una investigación interna.

División Urgencias

Recursos Humanos:

La Jefa de División Urgencias está “a cargo” de esta jefatura -por Resolución Interna- desde marzo de 2011. Es Jefa de Guardia del día lunes con un cargo de 40hs en el mismo hospital, cobra por este cargo en la actualidad.

Los anestesiólogos de Guardia dependen de la Jefa de División Urgencias.

El Servicio cuenta con 6 Anestesiólogos titulares de Guardia y 1 Suplente. Entre todos cubren los 7 días de la semana.

Carecen de Suplentes de Guardia para poder cubrir las diferentes licencias.

El anterior Jefe de la Unidad Anestesiología, que renunciara el 1 de julio del 2011, era el que manejaba la Guardia y la Planta en el hospital. El mismo estuvo en el Hospital durante casi 30 años.

En Junio del 2011 el Jefe anterior decide no atender a menores de 2 años, y pide a la Jefa de División Urgencias que ella realice las derivaciones que ingresan a la Guardia.

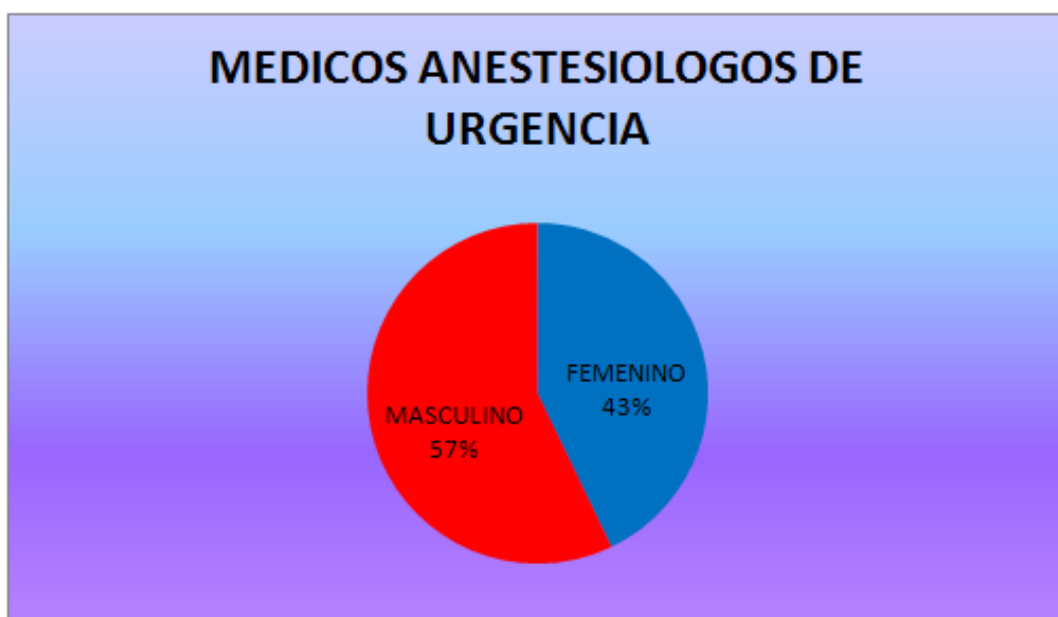
Ante esta situación la Jefa de Urgencias actual realiza una nota comunicando al solicitante que “no se va hacer cargo de las derivaciones de los niños”. A causa de dicha nota enviada por la actual Jefa de División Urgencias a la Subdirección, Médicos Internos y Jefes de Guardia, el solicitante renuncia en julio del año 2011. Esta nota fue avalada por el Subdirector Médico del hospital.

El Servicio de Anestesiología funcionaba en condiciones deficitarias y con equipamiento obsoleto en Planta y en Guardia.

Posteriormente a dicha renuncia el hospital le solicita a la AAARBA, que realice un reconocimiento del Servicio de Anestesia. A causa de esta situación de crisis que vivió el hospital, se realizó una reunión con representantes del Ministerio de Salud, AAARBA, Coordinadora de Red de Anestesia y el hospital, y se decide incorporar recurso humano y equipamiento para el Servicio.

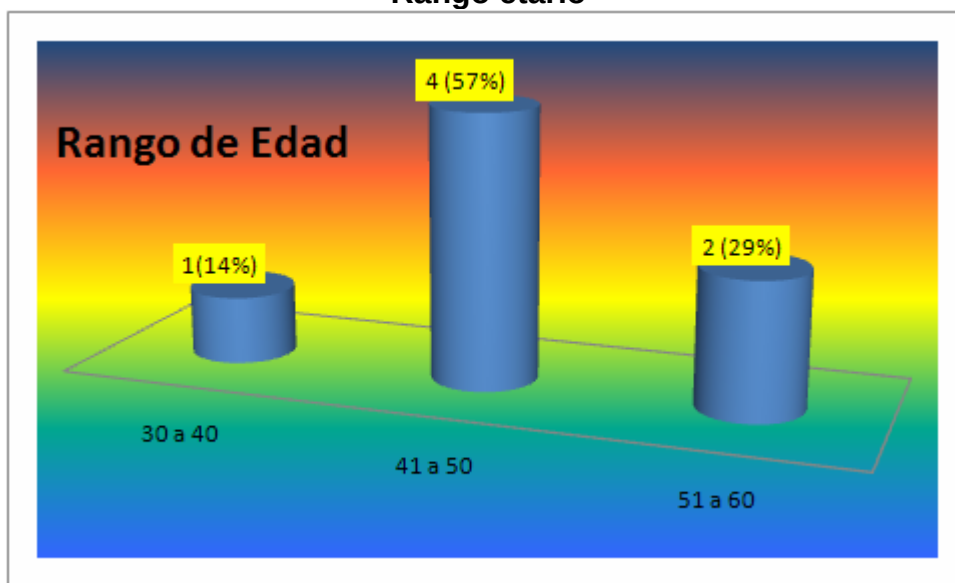
Del total de Médicos Anestesiólogos que pertenecen a la Guardia (7 especialistas), 3 (tres) (43%) son de sexo femenino y 4(cuatro) (57%) masculinos.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”



Elaboración propia. Fuente: División Urgencia.

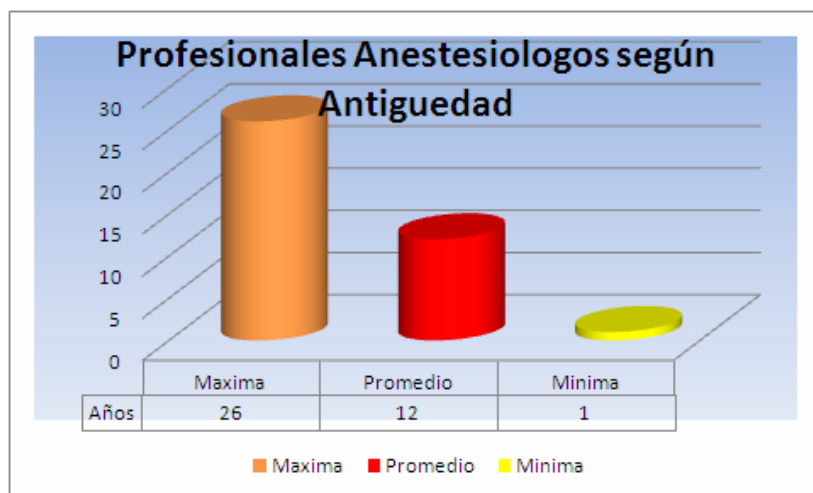
Rango etario



Elaboración propia. Fuente: División Urgencia.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Antigüedad de los Anestesiólogos de Guardia y Planta



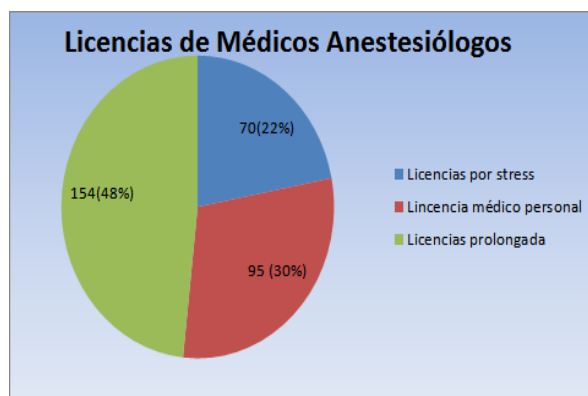
Elaboración propia. Fuente: Departamento de Personal.

La antigüedad promedio es de 12 años. Con un máximo de 26 años y un mínimo de 1 año.

Licencias de Anestesiólogos durante el año 2011

	Días de Licencia	Porcentaje
Licencias por stress	70	22%
Licencias médico personal	95	30%
Licencias prolongada	154	48%
total	319	100%

Del total de 9 anestesiólogos con que cuenta el hospital se puede observar que se tomaron 319 días de licencias durante el año 2011, desagregadas de la siguiente manera: stress (70 días), personal (95 días), y prolongada (154 días). La muestra excluye la licencias ordinarias. En tres casos no se pudo consignar la cantidad de días de licencias por enfermedad, ya que se indica sólo la fecha de inicio de la licencia pero no su culminación.



Se necesitan Suplentes de Guardia para poder cubrir las diferentes licencias.

Los anestesiólogos de Guardia se integran con los de Planta en situaciones de emergencia. Los anestesiólogos realizan la recuperación postanestésica. No cuentan con Técnicos en Anestesia en la Guardia.

Planta Física

Se relevaron las condiciones físicas, medidas de seguridad y el equipamiento del Quirófano de Guardia, utilizando grillas y entrevistas predeterminadas.

- Estructura física de la Planta Quirúrgica.
- Equipamiento de anestesia.
- Drogas e insumos anestésicos.

La recorrida se realizó con la presencia de la Jefa de Urgencia.

El área de Guardia se encuentra en la Planta baja ubicada hacia la derecha de la entrada general del Hospital. Tiene un ingreso independiente de entrada de ambulancia y de pacientes.

El ingreso del paciente quemado a la Guardia se realiza a través de una puerta vaivén que conduce al “área restringida” integrada por el shock-room y el quirófano de guardia, cada una de ellas tiene una puerta vaivén de ingreso.

Se observan dos quirófanos, uno de ellos se utiliza para anestesia local; el otro cuenta con una máquina de anestesia y una camilla de balneoterapia.

Cuentan con un riel pero no se utiliza por falta de guinche.

Se observa señalética externa por fuera del “área restringida”.

El quirófano tiene una superficie cubierta de 4 x 4,5 metros.

Tiene aire acondicionado y no cuenta con ventanas al exterior.

No tienen sistema de aspiración de gases para uso anestésico y es centralizado.

No tienen flujo laminar.

Los techos son blancos y las paredes verde claro, los mismos se encuentran en buenas condiciones.

Los pisos se encuentran íntegros, los zócalos son sanitarios y se evitan ángulos, esquinas y hendiduras.

La vestimenta del personal es apropiada, utilizan ambos, barbijos, gorros, botas y camisolines estériles.

El quirófano de Guardia no cuenta con Sala de Recuperación postanestésica, los pacientes se recuperan en el quirófano o en la internación de guardia.

El traslado del paciente a UTI se realiza acompañado por el anestesista (sale por una puerta y se dirige al ascensor hasta el 2º piso donde lo recibe el terapeuta).

Tienen sistema de respaldo por corte de luz (grupo electrógeno).

Cuentan con un Plan de Contingencia interno.

Equipamiento

El quirófano cuenta con una máquina de anestesia, con monitor multiparamétrico.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

La máquina de anestesia cumple con todos de los requisitos establecidos por la Resolución N° 869/1998 del Ministerio de Salud.

La misma solo tiene mantenimiento correctivo.

Cuenta con sistema de aspiración, oxígeno central y un tubo de oxígeno tipo H de reserva. Tienen tubos endotraqueales, cánulas orofaríngeas chicas, medianas y grandes, máscaras faciales para ventilación (chica, mediana y grande).

Cuentan con 2 laringoscopios para adultos y 1 pediátrico.

No tienen cricotirótomo.

En relación a los elementos descartables, cuentan con inhaladores nasales de oxígeno (bigoterías), máscaras faciales tipo Campbell, sondas nasogástricas, sondas vesicales y bolsas colectoras de orina.

Carro de RCP (reanimación cardiorrespiratoria)

El carro de reanimación cardiorrespiratoria se encuentra en el shock-room, al lado del quirófano. El mismo cuenta con su caja de drogas, cardioversor-desfibrilador, elementos para permeabilizar la vía aérea, un respirador manual con bolsa autoinsuflable; pero no tiene unidad generadora para marcapaso transitorio. Es revisado periódicamente y se comparte con el shock-room.

Drogas de uso Anestésico

Las drogas que se conservan en heladera se solicitan previamente a la cirugía a la farmacéutica de Guardia.

Patologías Prevalentes:

Quemados.

Amputaciones.

Heridas cortantes.

Registros

- Libro de anestesia.
- Libro de guardia.
- Parte de anestesia.

Departamento de Cirugía Plástica y Unidad Cirugía Plástica (en relación a las prestaciones de Anestesiología).

Se realizó entrevista a la Jefa de Departamento de Cirugía Plástica y Quemados, y al Jefe de Unidad de Cirugía Plástica, con un check-list diseñado previamente a tal fin.

La población de mayor riesgo por quemaduras son los pacientes menores de 2 años, los cuales -por disposición interna desde Octubre del 2011- no son atendidos por que no cuentan con Anestesiólogos Infantiles ni Terapia Intensiva Pediátrica. Por lo tanto nunca se los sube a Sala, se los deriva directamente desde la Guardia. Los pacientes pediátricos, una vez que suben al Piso, no pueden ser derivados porque SAME sólo deriva a los internados en Guardia.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

A los niños entre 2 y 6 años se les pide derivación; si ésta no se puede concretar, se los anestesia y se los interna en la Sala del hospital. Dentro de la internación de Cuidados

Intermedios Pediátricos hay 3 camas que tiene algo más de complejidad que el resto, cuentan con médicos y enfermeros entrenados. Por lo tanto la carencia son los Anestesiólogos Infantiles.

Los lugares de derivación son el Hospital Gutiérrez, para los pacientes de menor complejidad; y el Hospital Garrahan, para los de alta complejidad.

Desde fines de junio de 2012 se determinó la “emergencia anestesiológica pediátrica” para el Hospital de Quemados por el trabajo mancomunado de la Asociación de Médicos Municipales junto con la Asociación Argentina de Anestesia y referentes del hospital. Por lo tanto a partir de dicha fecha se atienden menores de 6 años que no necesitan Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y/o intubación orofaríngea. (Memorandum 1156 -DGAM-89 ratificado por memorandum 1140 -DG SAME -91).

El horario de quirófano es de 8-12hs (matutino) y 13-16hs (vespertino). Este último horario no se puede habilitar por falta de Anestesiólogos de Planta, y la mañana la cubren los de Anestesiólogos de Guardia.

La limpieza de los quirófanos la realiza la empresa tercerizada Venger S.A. Cuentan con poco personal y es rotado frecuentemente, lo que genera una deficiencia en la higiene adecuada de la Planta Quirúrgica.

Las listas quirúrgicas son establecidas según grupo etario: los lunes y jueves mayores de 14 años, los martes y viernes pacientes pediátricos (a partir de los 2 años), y los miércoles se trabaja con Hospital de Corta Estadía (pacientes ambulatorios que se realizan intervenciones menores) con anestesia local.

El Departamento de Cirugía confecciona la lista quirúrgica el día anterior, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes, y se las consensua con la Jefa de Anestesiología. En realidad las únicas cirugías que se programan son aquellas que denominan “programación estratégica de curación” (son las curaciones quirúrgicas que se planifican por protocolo para determinados pacientes). Las mismas son consideradas cirugías de urgencia, ya que si no se realizan en tiempo y forma, el paciente tiene mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad. Las cirugías plásticas y reparadoras no se llevan a cabo por falta de Anestesiólogo. Solo se efectúan las de urgencia. Los pacientes pediátricos no pueden tratarse las secuelas en el hospital y son derivados al Hospital Garrahan o a su Obra Social; esto es debido a la falta de Anestesiólogos.

Todos son pacientes agudos. En caso de no realizarse la cirugía en el día, se difiere para el día siguiente.

Durante el año 2011 se realizaban 15 cirugías por día, y en la actualidad se realizan 6 por día a causa de la disminución de la realización de anestesia pediátrica.

La principal problemática durante 2011 fue la falta de recurso humano anestésico pediátrico y la falta de Terapia Intensiva Pediátrica.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

No se realiza visita pre-anestésica.

El Departamento no cuenta con registro estadístico propio, lo realizan las Instrumentadoras, quienes envían la información sobre las cirugías suspendidas al Servicio de Estadística.

En la Unidad Cirugía Plástica, desde el año 2009, se encuentran sin anestesiólogo para el Servicio; realizando solamente cirugías con anestesia local.

Anteriormente contaban con un solo anestesiólogo y realizaban una anestesia por semana.

Esta situación lleva a que el Servicio funcione en un 40% de sus actividades¹².

Estadística

Desde el mes de octubre de 2011 la Jefa de Unidad realiza la estadística diaria de todas las anestесias realizadas por Médicos Anestesiólogos. No se encuentran registros que den cuenta de lo actuado anteriormente.

El Servicio Técnico del hospital informó que los datos recabados de la estadística 2011, anterior al nombramiento de la actual Jefa de la Unidad Anestesia (6 de octubre de 2011), fueron tomados de los partes quirúrgicos diarios a pedido de esta Auditoría, ya que no se recibían los registros estadísticos del Jefe de Anestesiología en tal periodo.

Es por este motivo que de los meses de la muestra elegida a criterio del auditor (marzo, junio y noviembre 2011) para unificar criterio entre los hospitales seleccionados, solamente se analizó el mencionado mes de noviembre.

Se incluyó la información relevada en el Informe de Auditoría 3.11.09 - Hospital de Quemados-Gestión en el año 2011.

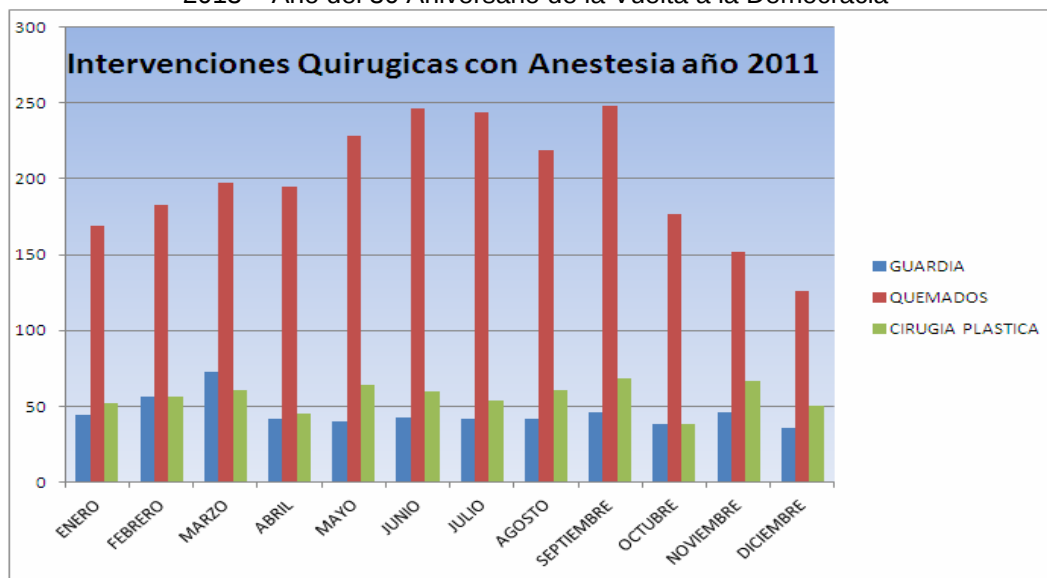
Intervenciones Quirúrgicas con Anestesia-Año 2011 (obtenidos de la producción de los partes quirúrgicos diarios)

MES	GUARDIA	QUEMADOS	CIRUGIA PLASTICA	TOTAL
ENERO	44	169	52	265
FEBRERO	56	183	56	295
MARZO	73	197	61	331
ABRIL	42	195	45	282
MAYO	40	228	64	332
JUNIO	43	246	60	349
JULIO	42	244	54	340
AGOSTO	42	219	61	322
SEPTIEMBRE	46	248	68	362
OCTUBRE	38	177	38	253
NOVIEMBRE	46	152	67	265
DICIEMBRE	36	126	50	212
TOTALES	548	2384	676	3608

Elaboración propia.Fuente: Servicio Técnico Hospital de Quemados.

¹² Cabe aclarar que el Servicio de Cirugía Plástica del hospital cuenta con 2 (dos) quirófanos que actualmente funcionan para Cirugías Programadas que se realizan bajo anestesia local y son administradas por el mismo cirujano, sin participación del Servicio de Anestesia (debido a la falta de equipamiento y recurso humano). Esta situación estaba dada desde antes del ingreso de la actual Jefa de Unidad Anestesia. Se desconoce la fecha en la que el Servicio de Anestesia dejó de concurrir a los quirófanos de Cirugía Plástica.

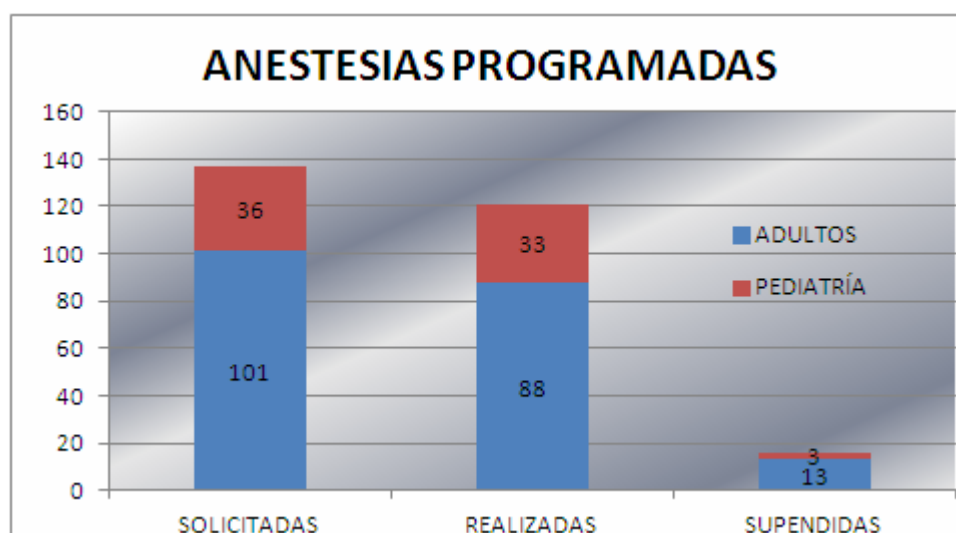
"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"



Elaboración propia. Fuente: Servicio Técnico Hospital de Quemados.

Anestesia Programada - Noviembre 2011 - Unidad Anestesia

	SOLICITADAS	REALIZADAS	SUPENDIDAS
ADULTOS	101	88	13
PEDIATRÍA	36	33	3
TOTAL	137	121	16

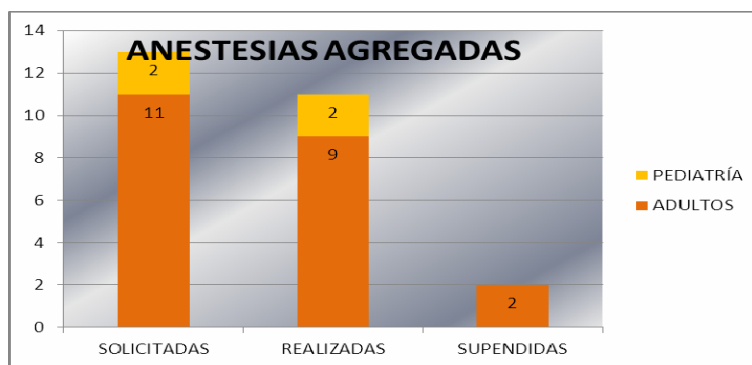


Elaboración propia. Fuente: Unidad Anestesia.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Anestesiología Agregadas-Noviembre 2011.

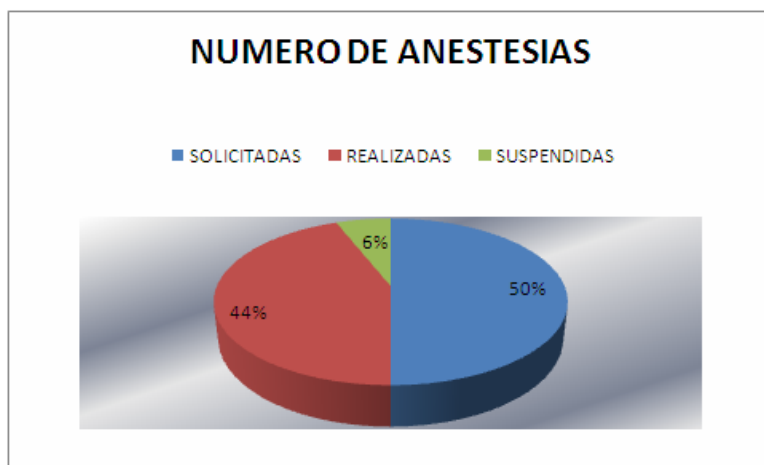
	SOLICITADAS	REALIZADAS	SUPENDIDAS
ADULTOS	11	9	2
PEDIATRÍA	2	2	0
TOTAL	13	11	2



Elaboración propia. Fuente: Unidad Anestesia.

Número Total de Anestesiología-Noviembre de 2011

Total de Anestesiología	
SOLICITADAS	150
REALIZADAS	132
SUSPENDIDAS	19



Elaboración propia. Fuente: Unidad Anestesia.

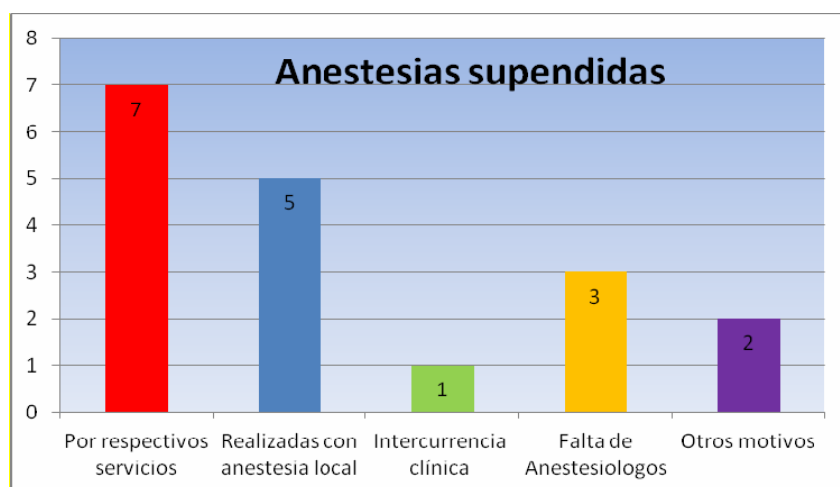
“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Total de Anestesiases según técnica	
Generales	132
Bloqueos	0

Anestesia Según duración	
Breve	125
Intermedia	6
Prolongada	1
Muy prolongada	0
Prolongadísima	0
total	132

Anestesiases suspendidas según causa	
Por respectivos servicios	7
Realizadas con anestesia local	5
Intercurrencia clínica	1
Falta de Anestesiólogos	3
Otros motivos	2
total	18

Según el análisis realizado se puede observar que la mayor causa de suspensión de anestesiases es “por respectivos servicios”.



Elaboración propia. Fuente: Unidad Anestesia.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

No se pudo realizar el análisis correspondiente en los meses de marzo y junio ya que no existen registros estadísticos en el hospital.

Del Informe Final de Auditoría 3.11.09 “Gestión Hospital de Quemados” se obtuvo la siguiente información:

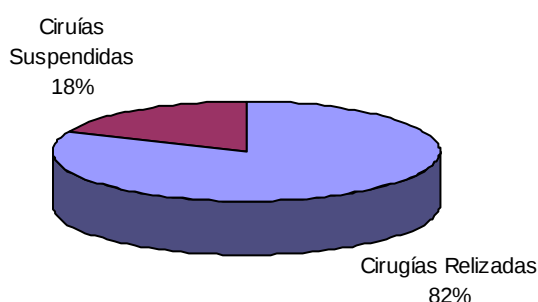
“Por falta de registro de las causas de cirugías suspendidas en los quirófanos de cirugía general en 2010, se consideraron las suspensiones desde el 14 de septiembre de 2011 hasta el 15 de Octubre de 2011, contando como registro los partes diarios de quirófano, las listas de pacientes programados para quirófano y los registros de las instrumentadoras, que es donde consta la causa de suspensión. Como pacientes programados se consideraron los programados en el día anterior y los programados en forma urgente en el mismo día.

Se obtuvieron los siguientes resultados:”

Día	CIRUGIAS		
	Programadas	Realizadas	Suspendidas
15/09/2011	20	18	2
19/09/2011	21	15	6
20/09/2011	12	10	2
22/09/2011	18	17	1
26/09/2011	22	16	6
29/09/2011	20	14	6
30/09/2011	12	9	3
03/10/2011	19	14	5
06/10/2011	16	15	1
11/10/2011	16	13	3
13/10/2011	14	14	0
TOTAL	190	155	35

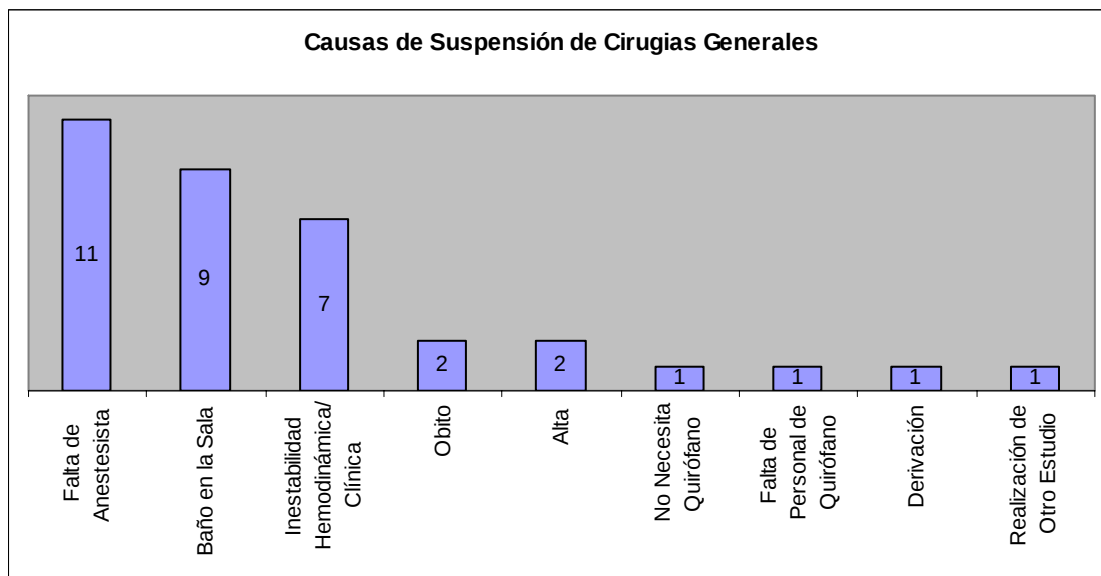
Elaboración propia. Fuente: Departamento Cirugía

Relación Cirugías Programadas y Suspendidas



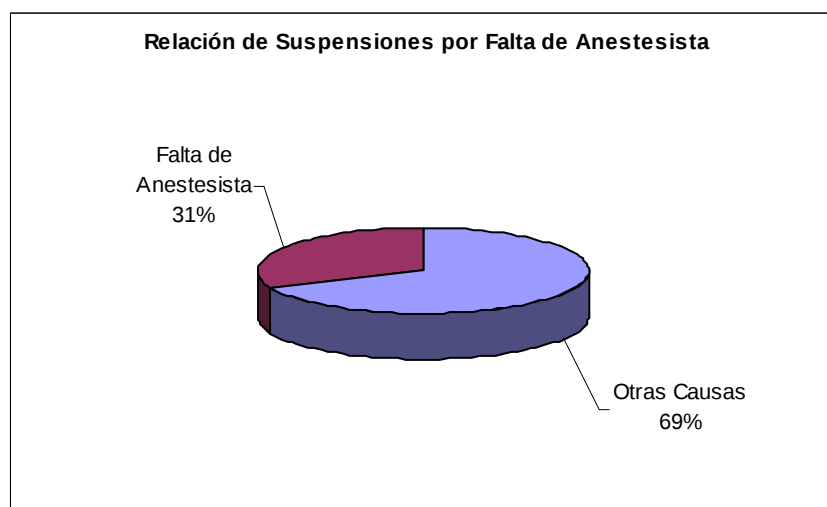
Elaboración propia. Fuente: Departamento Cirugía

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”



Elaboración propia. Fuente: Departamento Cirugía.

La principal causa de suspensión de cirugías fue la “falta de anestesiista”.



Elaboración propia. Fuente: Departamento Cirugía.

De las 35 cirugías suspendidas, 16 se debieron a causas ajenas al paciente y por los tanto evitables:

Falta de Anestesiista	11
Falta de Personal de Quirófano	4
Realización de Otro Estudio	1

El 31 % de estas suspensiones se debieron a falta de anestesiista, correspondiendo al 85 % de las suspensiones por causas evitables que se registraron.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

6.4- Hospital Pedro Elizalde

Se efectuaron entrevistas con el Jefe de Div. Anestesiología, el Jefe División Área Crítica (ya que el Jefe de Dpto. Urgencia se encontraba de licencia por enfermedad), y el Jefe del Dpto. Cirugía, a los fines de relevar los problemas que sufrió el efector, durante el ejercicio 2011.

Se solicitó documentación a la División Estadísticas del nosocomio, a los fines de poder determinar la productividad de los Anestesiólogos (Planillas Resumen del Trabajo Anestésico - mensual) y contrastarla con la documentación aportada por el Jefe del Dpto. Cirugía (Cirugías Programadas, de Guardia y Suspendidas).

Se solicitó al área de Recursos Humanos del hospital que informe, mediante una grilla, la composición del personal de Anestesiología, la antigüedad del mismo en el efector, los días y horarios de trabajo, el nivel de ausentismo, las remuneraciones que se abonaron al personal de Anestesia durante 2011, entre otros datos.

Se solicitó a la División Farmacia el consumo anual de insumos anestésicos y su valorización en moneda nacional del año 2011.

Se solicitó al responsable a cargo de la División Patrimonio el listado de las Mesas de Anestesia en poder del efector, marca, fecha de ingreso, valor unitario y su ubicación.

Recursos Humanos

En 2011, según la documentación entregada por el Jefe del Departamento Recursos Humanos, el plantel de anestesiología del efector, en Guardia y Planta Quirúrgica, estaba compuesto por 9 médicos Anestesiólogos y 2 Técnicos en Anestesiología. No obstante, también actuaron en forma regular 5 Suplentes de Guardia enviados de otros efectores del Sistema.

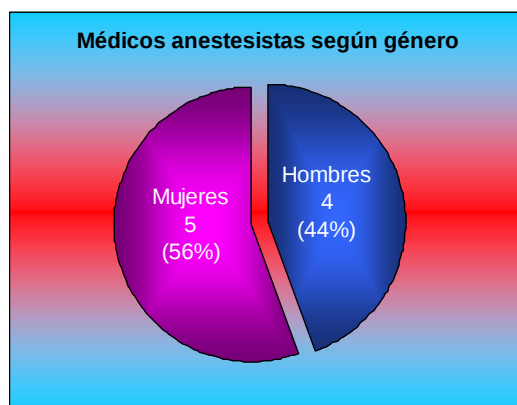


Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

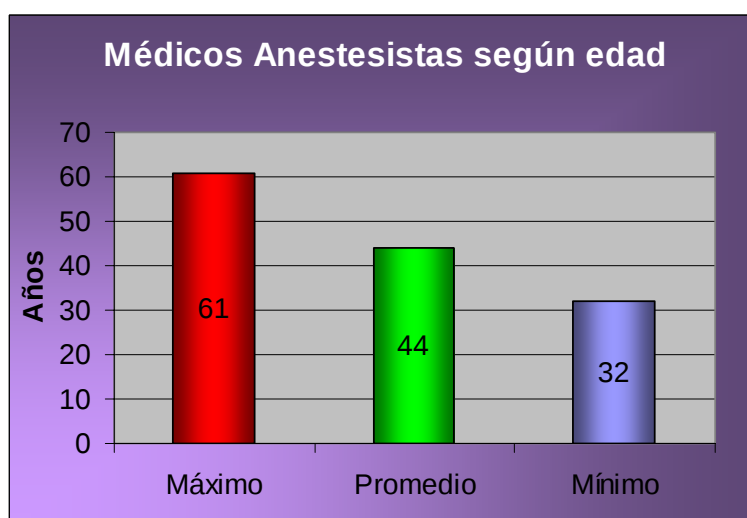


Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.



Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.

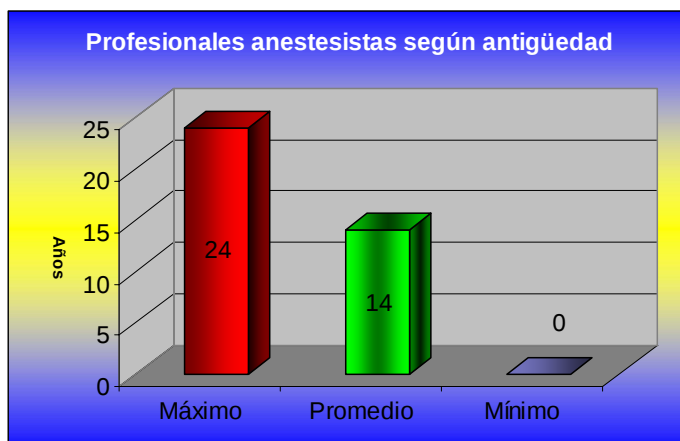
La edad promedio del plantel de Médicos Anestesistas es de 44 años con un máximo de 61 años y un mínimo de 32 años.



Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.

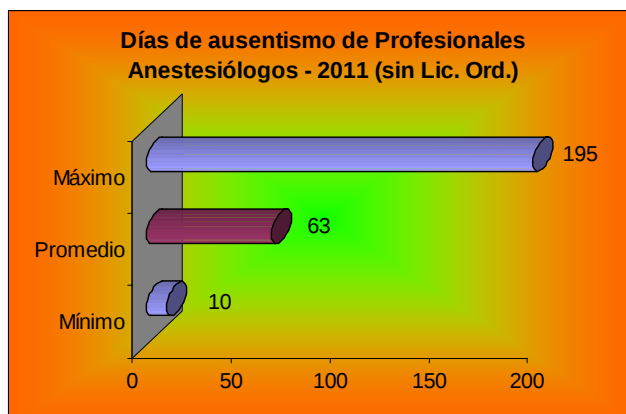
"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

La antigüedad promedio de los Anestesiólogos del efector es de 14 años, con un máximo de 24 años.

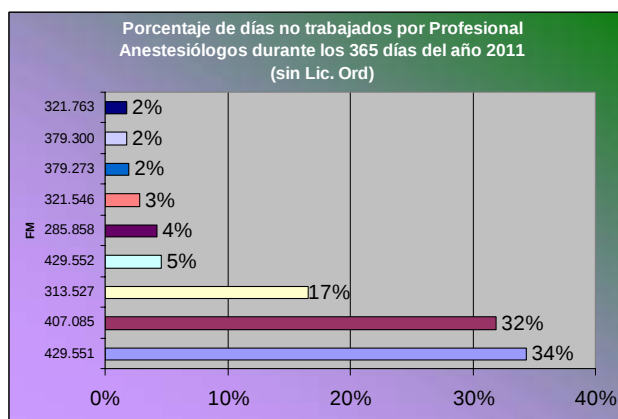


Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.

El nivel de ausentismo de los Médicos Anestesiólogos fue elevado. De los 365 días del año 2011 se registraron dos casos en donde los profesionales tuvieron licencias (no Ordinarias) que superaron los 180 días. En un caso fue por un embarazo de alto riesgo y en el otro por maternidad y post-parto.

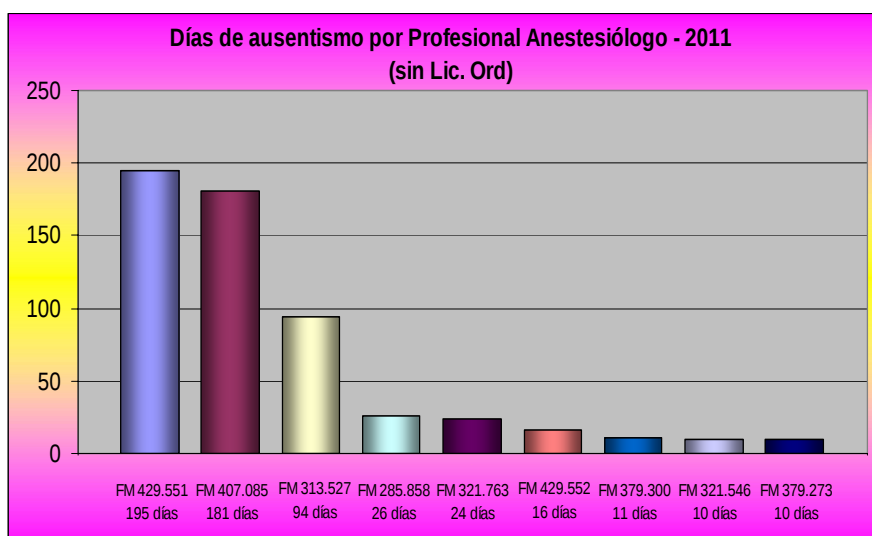


Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.



Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"



Elaboración propia. Fuente: Dpto. RRHH.

En 2012 la situación cambió, ya que se nombraron por concurso a 6 Especialistas de Guardia en calidad de Suplentes y 5 Titulares de Planta Quirúrgica.

Según la documentación aportada por el Jefe del Departamento de Recursos Humanos, el monto neto abonado en el año 2011 a los profesionales Anestesiólogos ascendió a \$1.120.679,43-

División Anestesia:

El efector tiene Anestesisitas trabajando en la División Anestesiología y en el Dpto. Urgencias (Guardia). Ambas áreas realizan los procedimientos quirúrgicos en el tercer piso del hospital, lugar donde se ubica el sector denominado Quirófano Central.

El Quirófano Central cuenta con 7 quirófanos, uno de ellos se utiliza como depósito (Quirófano N° 5) y otro está desafectado por falta de personal (cirujanos, instrumentadores, anestesisitas) para realizar los procedimientos quirúrgicos. En los restantes 5 se realiza intervenciones. El quirófano N° 1 es especializado en Hemodinamia. En forma separada del Quirófano Central funcional el Servicio Cardiovascular Infantil, con otros 2 quirófanos.

En noviembre de 2009 se jubiló el Jefe de Div. Anestesiología y, por Concurso Interno, el cargo fue ganado (noviembre de 2010) por un anestesiólogo que, hasta ese momento, se desempeñaba como Anestesiólogo Titular (con 24 horas en Guardia y 12 de Planta en el hospital). En mayo de 2011 renunció a la Jefatura.

La Red de Anestesiología trató de cubrir las Guardias de la especialidad, pero no así los cargos de Planta, o sea, sin solución para las Cirugías Programadas.

Esta situación se agravó cuando quien ganó el Concurso Interno se desempeñó como Jefe de División Anestesia ya que, en dicho período, no efectuó prácticas profesionales, sólo las administrativas del cargo, afectando aún más la falta de profesionales actuantes en Planta.

Ante la falta de un Jefe de Anestesiología, se efectuó un nuevo Concurso Interno, el cual quedó desierto. En noviembre de 2011 hubo un Concurso Externo que fue ganado por un profesional que asumió el cargo, el 16/01/2012 y actualmente continúa ejerciendo la Jefatura de Anestesia. La designación se hizo a través del Ministerio de Salud de la CABA.

Los Anestesiistas de Guardia dependen administrativamente del Jefe Dpto. Urgencias, pero en lo funcional dependen del Jefe de División Anestesia, quien le asigna las tareas y determina las técnicas a aplicar.

El Jefe de la División, cuando asumió, se hizo cargo de los 6 anestesiistas de Planta y se ocupó de suplir las Guardias descubiertas con el personal de Planta de su Servicio. Esto se estableció mediante un acuerdo interno entre ambas jefaturas.

No obstante, con el nombramiento del nuevo jefe se consiguió que 5 anestesiistas de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA) presten servicios en el Hospital Elizalde. En el año 2012 ingresaron a la Planta Permanente, mediante Concurso Externo, y fueron asignados al Departamento de Urgencias para cubrir las vacantes de Guardias.

En 2011, los fines de semana no había Anestesiistas de Guardia. El resto de los días, salvo el lunes, la Guardia era cubierta en forma irregular. Esto ocasionó que el Hospital Gutiérrez absorbiera la demanda insatisfecha. El problema se agravaba con los pacientes endógenos del Hospital Elizalde que no podían ser trasladados. En estos casos, era frecuente que los Anestesiólogos del Hospital Gutiérrez tuvieran que acudir al Elizalde para efectuar esas anestесias. A estos profesionales les confeccionaban una constancia firmada por el Jefe de RRHH y el Subdirector Médico del Hospital Elizalde, para ser presentada en el hospital de origen, a fin de cobrar esas Guardias como Suplencias de Guardias.

Desde Febrero de 2012, los días lunes y viernes cuentan con 2 Anestesiistas de Guardia. Los demás días (martes, miércoles, jueves, sábado y domingo) se cuenta con 1 Anestesiista de Guardia.

Según afirma el Jefe de la División Anestesiología, la producción de 2011 era baja por la falta de Anestesiistas. No obstante, tampoco cuenta con registros o documentación del período auditado.

El Servicio tiene 3 cargos vacantes de Anestesiología de 30 hs. cada uno pero, según la opinión del Jefe División Anestesia, se necesitarían 6 cargos de Planta más para satisfacer la demanda total de anestesiistas en el efector. Los 6 cargos mencionados serían para hacer funcionar todos los días el 5to quirófano, Tomografías (funciona 2 veces por semana), Hemodinamia (funciona 1 vez por semana) y Servicio Cardiovascular Infantil (funciona 3 veces por semana). No obstante, aunque se cuente con todo el plantel profesional de anestesiología, se requeriría incorporar también a Técnicos en Anestesia e Instrumentadoras. Por este motivo los quirófanos del Htal. Elizalde tienen horas ociosas.

Mantenimiento de las máquinas de anestesia

El hospital cuenta con una Bioingeniera y, la empresa de mantenimiento “Plan Obras”, tiene un especialista en electromedicina.

El mantenimiento de las máquinas de anestesia en el Hospital Elizalde lo efectúan 2 proveedores:

- Jaej: desde que recibieron las primeras máquina DATEX, una el 26/01/12 y la segunda el 01/06/2012), esta empresa realiza el mantenimiento correctivo y preventivo de las mismas. En el pliego de licitación de las dos máquinas se estableció una garantía de 2 años de mantenimiento.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Dräger: atiende las 7 máquinas de esa marca del hospital, y realizan el control preventivo y/o correctivo.

Ambos prestadores efectúan una visita mensual y/o acuden ante una emergencia.

Circuito de atención del paciente de Anestesia

En el Servicio de Anestesiología, siempre el paciente proviene de Internación, ya sea de Pediatría, Cirugía, UTI, Otorrinolaringología u Hospital de Día.

En 2011 no funcionaba ningún circuito de atención del paciente de anestesia.

A partir de año 2012 el Jefe de Quirófanos confecciona, con 24 hs de anticipación (promedio,) la “Planilla de Programación” con los siguientes datos:

1. Nombre y Apellido
2. Cama
3. Edad
4. Peso
5. Diagnostico
6. N° de Quirófano
7. Operación
8. Cirujano
9. Ayudante
10. Servicio de origen

El circuito finaliza cuando el paciente se recupera y sale del quirófano.

El paciente que ingresa por Guardia, se interviene en la misma Planta Quirúrgica, con el personal de Quirófano de Guardia, cirujanos y anestesiólogos.

Planillas de Programación Quirúrgica:

En 2011 no se pudo realizar una programación de las cirugías por falta de Anestelistas.

Por este motivo, con una semana de anticipación, se trató de consensuar con los Anestesiólogos de Planta la fecha de la cirugía. No obstante, ante una urgencia de la Guardia se postergaba lo programado y se debía reprogramar la intervención.

Las fechas de programación siempre fueron definidas por el Departamento de Cirugía. Por ello, ante la falta de Anestesiólogos en 2011, se dio prioridad a los casos de cáncer, siendo el 90% de las cirugías practicadas en dicho período. Para el resto se conformaron cupos por especialidad, cuando quedaban turnos de Anestesiólogos disponibles.

Desde marzo de 2012, con la designación del nuevo Jefe de Quirófanos (dependiente del Jefe del Departamento Cirugía), se comenzaron a conformar las planillas de programación de las cirugías en forma semanal, dividiéndolas por Especialidad. Estas planillas se remiten al Jefe de Anestesiología para su conocimiento y posterior designación del profesional actuante. Por este motivo se destaca que, en el año 2011 los Servicios de Anestesiología y Cirugía no trabajaron en equipo. Esta situación se revirtió en 2012.

Consultorios Externos de Anestesia

En el año 2011 no había Consultorios Externos de Anestesia.

A partir de 2012 se conforman los siguientes:

- Consultorio Prequirúrgico: atiende lunes y jueves de 8 a 14 hs con un profesional diario.
- Consultorio de Dolor: atiende miércoles de 8 a 14 hs con un profesional diario, y/o cualquier otro día que requiera la consulta programada.

Funcionamiento de Quirófanos

En 2012 los Quirófanos funcionan de lunes a viernes de 08 a 15:00 hs, salvo cuando se efectúan cirugías cardiovasculares, neurocirugías o de escoliosis, en estos casos se utilizan hasta la finalización de la cirugía, ya que se tratan de intervenciones prolongadas.

Los sábados, domingos y feriados sólo trabaja la Guardia.

Tipos de Cirugía

Todos los días hay un mix de cirugías, no más de 2 grandes por día, con un promedio de 12 cirugías diarias.

Patologías Prevalentes

Las patologías prevalentes son:

- Urgentes: Peritonitis, sobre todo en menores de 5 años.
- Programadas: por especialidad:
 - Cirugía General: Hernia inguinal.
 - Oncología: Tumor Renal o Suprarrenal.
 - Laparoscopia: Litiasis Vesicular con Pancreatitis.
 - Urología: Reflujo Vesicoureteral e Hipospadia.
 - Plástica: Paladar y Labio Leporino.
 - Coloproctología: Malformaciones-Ano Rectal y Enfermedad de Hirschsprung.
 - Otorrinología: Amígdalas, Adenoides y Colesteatoma.
 - Ojos: Estrabismo.

Médicos Residentes

En el hospital efectúan rotaciones Residentes de Anestesiología (11 por año). En la actualidad funcionan 3 modalidades distintas, de las cuales 2 son en el Hospital:

- Residentes de la UBA: Son médicos Pediatras que están terminando la Residencia. No son registrados en el CODEI del Elizalde y hacen procedimientos de anestesia, durante 2 meses, con un Anestesiólogo de Planta. No actúan solos.
- Residentes de la AAARBA: Son Residentes en Anestesiología que tienen un convenio firmado directamente con el GCBA y cobran del mismo. Se trata de médicos que se encuentran entre el 4º y 5º año de la especialidad. En su propio hospital hacen procedimientos de anestesia, y luego cubren Guardias en hospitales de adultos en los lugares donde la AAARBA los designe.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

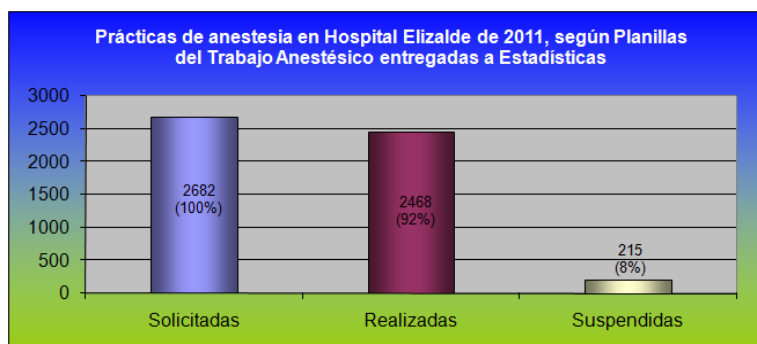
En el Hospital Elizalde, por ser Pediátrico, las Guardias se cubren con los Anestesiólogos recibidos. Por este motivo no cuentan con la colaboración de Residentes de la AAARBA.

- Residentes de Pediatría del GCBA: Estos profesionales tienen que registrarse en la Coordinación del CODEI de los Residentes del Elizalde. También hacen prácticas de anestesia durante un corto período.

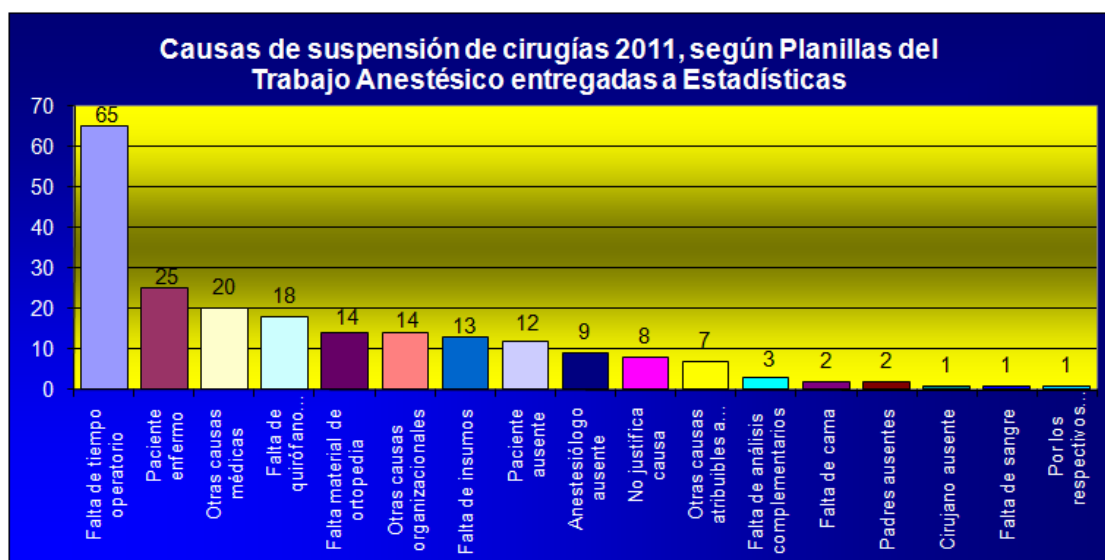
En la actualidad hay 1 Residente de Pediatría (de UBA) y 3 Residentes de Anestesiología de 2º y 3º Año.

Estadística

Datos extraídos de la documentación suministrada por la División Estadística del Hospital Elizalde¹³.



Elaboración propia. Fuente: Div. Estadísticas.



Elaboración propia. Fuente: Div. Estadísticas.

Causas de suspensión de cirugías

- Otras causas médicas: infecciones, fiebre, análisis prequirúrgicos vencidos (más de 6 meses), broncoespasmo.

¹³ Planillas Resumen del Trabajo Anestésico (enero a diciembre de 2011)

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Causas organizacionales: cuando Internación no notifica a Quirófanos que el paciente está internado; falta de camas en el hospital; cuando hay una cirugía que no puede esperar por la urgencia de la misma (en estos casos, se baja una cirugía programada para dar lugar a la urgencia).
- Causas atribuibles a pacientes: Por ejemplo, falta de ayuno, se niega a la cirugía.
- Falta de tiempo operatorio: no hay quirófanos disponibles.

Departamento Urgencias

En el Departamento Urgencias (tiene a su cargo los Anestesiistas de Guardia), antes de la jubilación del Jefe de Div. Anestesiología en 2009, había un anestesiista de Guardia por día. No obstante siempre hubo déficit de anestesiistas, respecto a la cantidad de Cirujanos de Guardia.

Hasta la llegada del actual Jefe Div. Anestesia, el efector tuvo problemas para cubrir las Guardias de Anestesiología de los días viernes, sábado, domingo y lunes. El resto de los días eran cubiertos con Anestesiistas de Guardia titulares. Si alguno se ausentaba no había forma de suplantarlos y se dependía de la Coordinadora de la Red de Anestesiología para encontrar reemplazo. Los puestos vacantes de Anestesiistas de Guardia que restan cubrir, según el Jefe del Dpto. Urgencias, son 4 cargos de primer anestesiista y 7 de segundo, 11 en total.

Actualmente, ante la ausencia de Anestesiista de Guardia o porque se necesita uno en lo inmediato, el responsable del Servicio se comunica por teléfono con el Jefe de Div. Anestesia y éste envía un Anestesiista de la Planta o se ocupa de conseguir uno.

Departamento Cirugía

Durante el año 2011, no hubo interrelación entre el Servicio de Anestesiología y el Departamento de Cirugía. Esto se debió a la falta de permanencia de un responsable del Servicio de Anestesiología y de escasos profesionales anestesiólogos en el hospital.

Circuito de atención de pacientes quirúrgicos

En el año 2011, al no existir el Consultorio Externo de Anestesiología, no había circuito. El cirujano solicitaba los exámenes pertinentes. No se efectuaba consulta preanestésica.

En el año 2012 se abrió el mencionado Consultorio, pero no se realiza consulta preanestésica a la totalidad de los pacientes que serán intervenidos. Actualmente a los pacientes con patología de corta estadía (hernia, fimosis), no se los envía. En el caso de menores que son ambulatorios y padecen tumores, hipertensión, miopatías, se los remite al consultorio los días prefijados (lunes y jueves). A los menores internados en el nosocomio, se los atiende todos los días, ya que el anestesiólogo los evalúa en el Servicio donde se encuentren.

Derivaciones

Durante el año 2011 hubo pocas derivaciones. Se trató de resolver los casos con la infraestructura del hospital. Por este motivo sólo se derivaron niños que necesitaron un trasplante, o los que requirieron alimentación parenteral ambulatoria, ya que el hospital no cuenta con medios para su administración.

Tiempos de Espera Quirúrgica

Durante el año 2011 el tiempo de espera superó los 6 meses.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

Estadísticas de Cirugías Programadas, de Guardia y Suspendidas en 2011.

Mes	Programadas	Guardia	Suspendidas	Observaciones x CX suspendidas
Enero	132	81	24	
Febrero	141	58	16	
Marzo	96	84	15	
Abril	118	68	18	
Mayo	105	55		Sin datos
Junio	149	96	41	
Julio	135	82	27	
Agosto	167	71	31	13 días sin anestesiólogo
Septiembre	131	61		Sin datos
Octubre	111	79	19	
Noviembre	172	67	20	
Diciembre	108	69	12	
Total	1565	871	223	
%	59%	33%	8%	

Fuente: Departamento Cirugía

Planta Física:

Todos los quirófanos de la Planta Quirúrgica presentan características similares, tanto en la estructura física, circulación de personal y equipamiento.

Generalidades de los quirófanos: amplios, luminosos, vidriados al exterior con aberturas herméticas, paredes revestidas en color verde claro y lavables, techos blancos en buenas condiciones, zócalo sanitario, pisos plásticos en buen estado, calefacción y refrigeración individual, sin filtros HEPA.

- La Planta Quirúrgica no cuenta con doble circulación.
- Los Quirófanos no cuentan con flujo laminar, no poseen filtros para gases anestésicos y no poseen un sistema de recambio de aire. Las puertas son de doble vaivén.
- No disponen de ascensor específico para traslado de pacientes.
- Todos los quirófanos, se encuentran en el 3º piso, mientras que la UTI está en el 2º, siendo su comunicación a través del pasillo general de circulación y un ascensor de uso general.
- La instalación eléctrica posee disyuntor y llave térmica. No se observan cables visibles o aparatos de iluminación en mal estado.
- La planta quirúrgica se encuentra en buen estado de conservación.
- El sistema para incendio es mediante detectores de humo y matafuegos.
- Cuenta con la señalética correspondiente.
- Todo el personal de quirófano utiliza la vestimenta apropiada: ambo, gorro, botas y barbijos descartables.

Las dimensiones de los quirófanos son las siguientes:

Quirófano	Destino	m2 aprox.
Nº 1	Hemodinamia	25
Nº 2	Guardia	30
Nº 3	Cirug. General	30
Nº 4	Cirug. General	25
Nº 5	Depósito	12
Nº 6	Cirug. General	30
Nº 7	Cirug. Ambulatoria	20

El Quirófanos N° 5, actualmente se lo emplea como depósito de aparatología por sus escasas dimensiones.

Sala de Recuperación Anestésica

Es un espacio de aproximadamente 70 m².

Se ubica en el 3º Piso, anexada a los Quirófanos.

Cuenta con un sector donde se guardan insumos de farmacia.

La misma cuenta con 11 plazas, de las cuales 7 son camillas y 4 son camas.

Cada plaza cuenta con su propia conexión de gases centrales (O₂, aire, y vacío).

Hay 5 Monitores Multiparamétricos y un Carro de Paro.

El recurso humano es asignado para cubrir tareas de lunes a viernes en el turno de la mañana. El turno tarde, sábados, domingos y feriados, no cuentan con personal.

Los pisos, techos y paredes se encuentran en buen estado de conservación y limpieza, pero no se evitan los ángulos, esquinas y hendiduras.

El área cuenta con lavabos. Sus canillas se encuentran en buen estado.

Sector de Insumos de Farmacia

El área donde se almacenan los insumos de farmacia es un espacio de aproximadamente 5 m². Tiene una puerta con cerradura, pero se encuentra abierta constantemente. Esto facilita el ingreso de cualquier persona en todo momento. No ofrece seguridad ante posibles sustracciones. El espacio cuenta con estantes con compartimientos estancos a fin de poder dividir el espacio y los insumos estibados.

También cuenta con armario, en donde se guardan los Relajantes Musculares.

Los insumos que requieren frío se almacenan en una heladera. Ésta no tiene termómetro externo para verificar la temperatura. Se ubica en un pasillo de circulación general, dentro de la Planta Quirúrgica.

Los insumos que se inspeccionaron estaban en buen estado de conservación y extensa fecha de vencimiento.

A fin de poder valorizar el gasto efectuado en 2011, sobre los insumos de anestesia, se solicitó a la División Farmacia el monto en moneda local de los mismos. Éste ascendió a \$ 314.001,30.-

Registros

Cuentan con un Libro de Cirugía, para todos los quirófanos, para cirugías programadas o de guardia.

En todo el Quirófanos Central no se visualizó cartelería con protocolos.

Carecen de los siguientes registros:

- Complicaciones Anestésicas.
- Complicaciones en las primeras 48 hs.
- Mortalidad.
- Derivaciones a UTI.
- Derivaciones a UCO.
- Derivaciones a otras instituciones.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Derivaciones desde otras Instituciones.

Equipamiento

A fin de establecer la cantidad de Mesas de Anestesia que existen en el efector, se solicitó a la División Patrimonio el detalle de las mismas.

En base a la información suministrada se realizó un recuento físico de las mismas y se estableció que el Servicio de Anestesia del Hospital Elizalde cuenta con el siguiente equipamiento:

Ubicación	Marca y modelo	Año adquisición	Situación en Patrimonio
Cardiovasc Q. 1	Drager Fabius Plus	2011	Inventariada
Cardiovasc Q. 2	Takaoca Nikkei Evo	2000	Inventariada
Q. 1 - Hemodinamia	Drager Fabius	2008	Inventariada
Q. 3	Datex Ohmeda Advance	2012	Inventariada
Q. 5	Takaoca Fujy Máximus	2005	Inventariada
Q. 5	Drager Fabius	2008	Inventariada
Q. 6	Drager Fabius	2008	Inventariada
Q. 7	Drager Fabius	2007	Inventariada
TAC	Drager Fabius	2007	Inventariada
Q. 2	Drager Fabius Tiro		Mal inventariada
Q. 5	Takaoca Fujy		Sin inventariar
Q. 5	Takaoca Fujy		Sin inventariar
Q. 5	Datex Engstron		Sin inventariar
	Datex Ohmeda Advance	2012	En Proceso de inventariado

No obstante el cuadro precedente, se destaca que se encontraron 2 máquinas Dräger-Fabius que estaban registradas 2 veces en las planillas de inventario.

Se detectaron 3 máquinas de anestesia que estaban físicamente en la Planta Quirúrgica pero no se encontraban registradas por Patrimonio.

Se detectó que la mesa de anestesia Dräger-Fabius-Tiro, que se ubica en el Quirófano N° 2, estaba mal registrada como Dräger Fabius S/N° visible.

7. Con los datos relevados durante las tareas de Auditoría de Campo realizadas en los efectores de la muestra, se construyó un Tablero de Comando.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

TABLERO DE COMANDO RELEVAMIENTO RED ANESTESIOLOGÍA C.A.B.A

Efector	Htal. de Quemados		Htal. Piñero		Htal. Zubizarreta		Htal. Elizalde	
	Planta	Guardia	Planta	Guardia	Planta	Guardia	Planta	Guardia
Nº total Anestesiólogos								
Planta	1	7	11	13	6	6	6	3
Suplentes de Guardia	0	0	0	0	0	0	0	0
Residentes	no	no	8	no	0	0	0	0
Otros	1 Tec. Anestesia		3 Téc. de anestesia		1 tecnico	0	2	
Nº total Hs/Anestesiólogos	30	210	337	360	190 hs	144 hs	220hs/semana	48hs/semana
Consultorio Dolor	no	no	5		no	no	0	0
Consultorio Preadestesia	no	no	14		4 hs 40 min/sem		0	0
Quirófano	30	210	318	360	24 hs		220hs/semana	48hs/semana
Recuperación	no	no	no	no	0		0	0
Otros	no	no	no	no			0	0
Planta Física								
Nº total de Quirófanos	4	2	4	1	3	0	8	1
Quirófanos disponibles(Nº y horas)	3	2	3	1	3 x 24hs	3x24hs	7	1
Nº camas de Recuperación	9	0	2		0	0	11	0
Nº total de Consultorios Externos	no	no	1		no es propio 1		1	0
Consultorios disponibles(Nº y horas)	no	no	5		0		1	0
Otros espacios laborales	no	no	no	no	0		2	0
Equipamiento								
Nº total máquinas anestesia	8	1	11	1	3		14	0
Nº máquinas fuera de uso	5	no	5	no	0		4	0
Nº máquinas funcionando	3	1	6	1	3		10	0
Nº adquiridas 2011/12 funcionando	2	no	1	no	2		3	0
Nº monitores (tipo y estado)	5	3(1 en desuso)	7(3 en desuso)	1	3(buenos)		14	0
Nº bombas de infusión(estado)	no	no	4(en comodato)	no	3 buenos			0
Mantenimiento equipos								
Preventivo - Empresa	no	no	Draguer 1 vez por mes		si		Jaej // Drager	Jaej // Drager
Correctivo - Empresa	no	no	Drauger		si		Jaej // Drager	Jaej // Drager
Bioingeniero	1 vez por semana		1		1		1	
Drogas uso habitual								
Hipnóticos	si	si	si	si	si		Si	Si
Relajantes musculares	si	si	si	si	si		Si	Si
Analgésicos mayores	si	si	si	si	si		Si	Si
Anestésicos locales	si	si	si	si	si		Si	Si
Caja de RCP(Nº completas)	si	si	si	si	si		Si	Si
Otros	no	no	no	no	si			
Total de anestias realizadas 2011	336		1536					
Generales	336		861		649		2468	
Bloqueos	0		517		246		0	
otros	0		158					
Total anestias según duración	336		1536					
Breve	298		210		326		1107	
Intermedia	36		564		597		824	
Prolongada	2		686		78		216	
Muy Prolongada	0		68		21		84	
Prolongadísima			8		1		242	Existe una dif de 5 anestias respecto a los otros registros de Anestias según duración (Planilla diciembre/11)
	0							
Total anestias solicitadas	417		1822		1079		2473	
Realizadas	336		1536		1023		2468	
Suspendidas	81		286		89		215	
Comenzadas y suspendidas	0		0		0		0	
Causas de suspensión anestias	81		282					
Por los Servicios solicitantes	52		111		7		1	
Falta de sangre/hemoderivados	0		28		1		1	
Cambio a anestesia local	13		0		0		0	
Falta Análisis complementario	0		5		0		3	
Intercurrencia clínica	1		49		33		0	
Falta cama UTI	0		36		0		2	
Realizada por Guardia	0		2		0		0	
Falta de material	0		15		12		27	
Falta de Anestesiólogo	12		1		5		9	
Otras causas	3		35		31		172	
Asistencia a Congresos 2011	no		si		0		No	No
Trabajos publicados 2011			si		0		No	No
Registros	partes anestiesicos		partes anestiesicos					
Libro de Anestesia	si		si					
Fichas de Evaluacion pre-anestiesica	no		si					

* Del Hospital de Quemados solo se tomaron los meses octubre, noviembre y diciembre por ser los unicos datos estadisticos confiables del año.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”
Elaboración propia. Fuente: información recabada durante la tarea de campo.

7.1 Se confeccionó una tabla comparativa entre los efectores de la muestra.

Tabla comparativa entre los efectores de la muestra				
Año 2011	Htal. P. Piñero	Htal. Zubizarreta	Htal. Quemados	Htal. P. Elizalde
N° Anestesiólogos	24	12	8	9
Sueldos de Anestesiólogos(\$)	1.966.409,96.-	s/d ¹⁴	s/d ¹⁵	1.120.679,43.-
N° máquinas anestesia	7	3	4	10
N° quirófanos disponibles	4	3	5	8
Gasto en drogas(\$)	428.489,43.-	252.010,04.-	139.764,48.-	314.001,30.-
N° anestesis realizadas	1536	875	336	2468

Elaboración propia. Fuente: auditoría de campo en los efectores, información de las correspondientes dependencias.

8. Se realizó una auditoría de Historias Clínicas en los efectores de la muestra, con la finalidad de evaluar, como indicador de calidad prestacional, la presencia en las mismas del Parte de Anestesia y su confección por parte del médico actuante. Se auditaron 100 HC en total, 25 HC por cada efector de la muestra.

Nota aclaratoria: los Partes de Anestesia no cuentan con la variable “anestesia general” dentro del campo “Técnica empleada”.

Procedimiento:

- Se solicitó el Registro de Quirófanos del mes de noviembre 2011.
- Se relevó la totalidad de las cirugías programadas y se ordenaron cronológicamente.
- Se seleccionaron las que eran múltiplo de 3 hasta completar 25 Historias Clínicas, y se solicitaron al Sector Archivo.
- Se confeccionó una grilla para auditar la presencia en las HC de Partes Anestésicos y su contenido, como así también los Informes Preadestésicos:
 - Fecha de Cirugía.
 - Nombre y apellido del paciente.
 - N° de Historia Clínica.
 - Informe Preadestésico.
 - Parte de Anestesia.

¹⁴ Sin datos. Se solicitó a RRHH del efector y a la D.G. RRHH del Ministerio de Hacienda de la CABA.

¹⁵ Idem pie de página ut supra.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

- o Técnica empleada.
- o Monitoreo.
- o Drogas utilizadas.
- o Signos vitales.
- o Incidentes.
- o Cuidados Post Anestésicos.
- o Escala de Recuperación.
- o Condiciones de Alta.

8.1 Htal. Piñero

Resultados

De las 25 HC examinadas, 1 no tiene el Parte de Anestesia (4%).

- Informe Pre anestésico

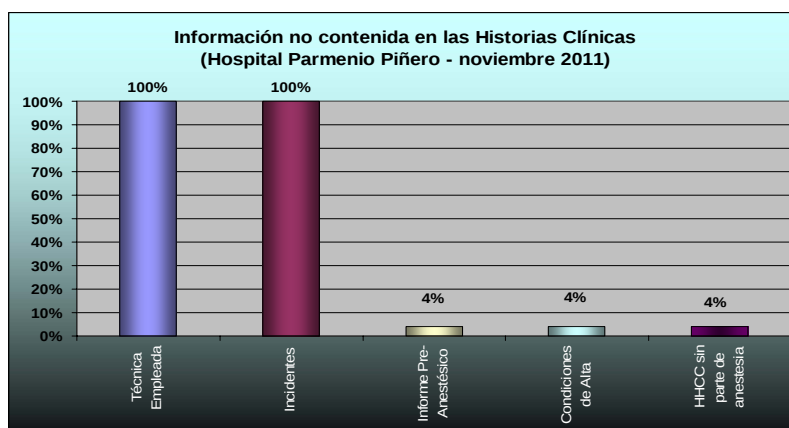
De las 25 HC examinadas, 1 no tiene el informe Pre Anestésico (4%).

- Partes de anestesia

De las 25 HC examinadas, 1 no tiene el Parte de Anestesia, por lo tanto los porcentajes son tomados sobre la base de las restantes 24 HC (100%).

De las 24 HHCC que tienen parte de anestesia, el 100% cuentan con los siguientes registros:

- Monitoreo.
- Drogas utilizadas.
- Signos vitales.
- Cuidados Post-Anestésicos.
- Escala de recuperación.



8.2 Htal. Zubizarreta

Resultados

De las 25 HC examinadas, 2 no tienen el Parte de Anestesia (8%).

- Informe Pre anestésico

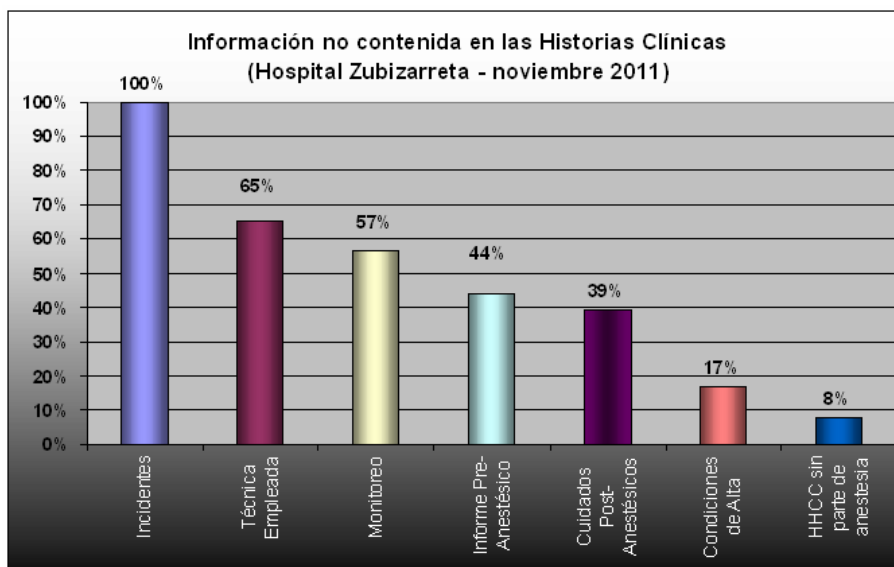
De las 25 HC examinadas, 11 no tienen el informe Pre Anestésico (44%).

- Partes de anestesia

De las 25 HC examinadas, 2 no tienen el Parte de Anestesia, por lo tanto los porcentajes son tomados sobre la base de las restantes 23 HC (100%).

De las 23 HHCC que tienen parte de anestesia, el 100% cuentan con los siguientes registros:

- Drogas Utilizadas.
- Signos Vitales.
- Escala de Recuperación.



8.3 Htal. de Quemados

Resultados

De las 25 HC examinadas, 2 no tienen el Parte de Anestesia (8%).

- Informe Pre anestésico

De las 25 HC examinadas, 10 no tienen el informe Pre Anestésico (40%) .

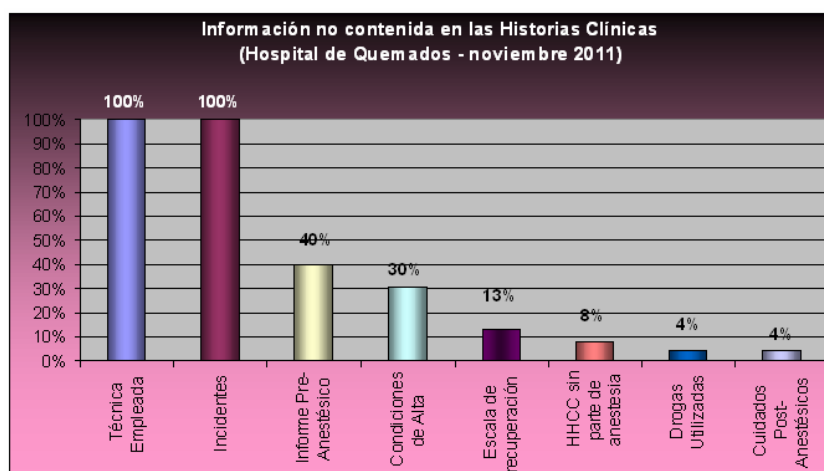
“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Partes de anestesia

De las 25 HC examinadas, 2 no tienen el Parte de Anestesia, por lo tanto los porcentajes son tomados sobre la base de las restantes 23 HC (100%).

De las 23 HHCC que tienen parte de anestesia el 100% cuentan con:

- Monitoreo.
- Signos vitales.



8.4 Htal. Elizalde

Resultados

De las 25 HC examinadas, 6 no tienen el Parte de Anestesia (24%).

- Informe Pre anestésico

De las 25 HC examinadas, 8 no tienen el informe Pre Anestésico (32%).

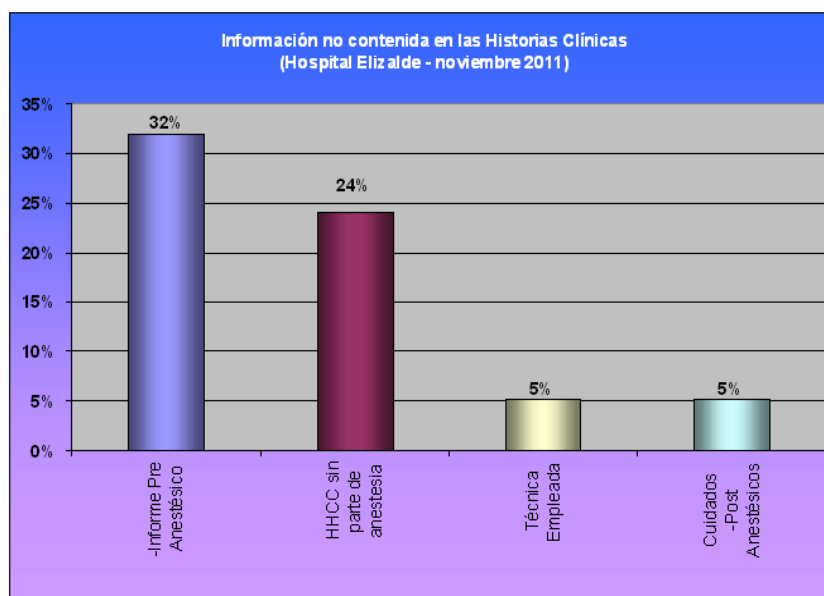
- Partes de anestesia

De las 25 HC examinadas, 6 no tienen el Parte de Anestesia, por lo tanto los porcentajes son tomados sobre la base de las restantes 19 HHCC (100%).

De las 19 HHCC que tienen Parte de Anestesia, el 100% cuentan con los siguientes registros:

- Monitoreo.
- Drogas Utilizadas.
- Signos vitales.
- Incidentes.
- Escala de recuperación.
- Condiciones de Alta.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”



9. Juicios, Presentaciones y/o Denuncias:

9.1 Denuncia ante la Inspección General de Justicia (IGJ).

El 7 de febrero de 2007, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, realizó una denuncia ante la Inspección General de Justicia a efectos de investigar a la Asociación de Anestesia Analgésica y Reanimación de Buenos Aires por exceder su marco de actuación conforme su personería y objeto, desvirtuando el reconocimiento otorgado por el Estado. También adjuntó a dicha denuncia copia del Informe sobre la inspección al Hospital Gutiérrez de esta Ciudad, realizado por el Área de Derecho a la Salud e Integración Social de esta Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, producido en la Actuación 574/07 motivada en denuncias por las demoras en las cirugías por falta de médicos anestesiólogos.¹⁶ La Inspección General de Justicia consideró que la actividad gremial que realizaba la AAARBA – al tiempo de la denuncia- estaba respaldada por los Estatutos en cuanto surgía de su Objeto la defensa de los intereses profesionales de sus asociados. Asimismo consideró la IGJ que la gestión de cobranza por cuenta y orden de sus asociados no implicaba directamente un alejamiento del objeto sin fines de lucro, aunque si resultaba preocupante que fuese su principal objetivo. (Ver Anexo III).¹⁷

¹⁶ Información suministrada por Nota N° 1450/12/AGCBA, remitida el 13/06/12 por Dirección General Secretaría Legal y Técnica – Defensoría del Pueblo de la CABA. Dentro de la Prueba de la Denuncia realizada, ítem documental.

¹⁷ Información suministrada por Nota N° 1450/12/AGCBA, remitida el 13/06/12 por Dirección General Secretaría Legal y Técnica – Defensoría del Pueblo de la CABA.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

9.2 ¹⁸ A fin de conocer la existencia de otras presentaciones similares a la informada por la Defensoría de la Ciudad, se consulta la página oficial del Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, Fuero Contencioso Administrativo y Tributario, hallándose el siguiente listado:

Tribunal	Numero	Caratula	Estado	Fecha Ingreso
JUZ 2	EXP 6441/0	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION DE BUENOS AIRES CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)</u>	EN DESPACHO	17/12/2002
JUZ 6	EXP 9481/0	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BS AS CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)</u>	ARCHIVADO	09/10/2003
JUZ 6	EXP 9481/1	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BS AS CONTRA GCBA SOBRE QUEJA POR APELACION DENEGADA</u>	ARCHIVADO	15/12/2003
JUZ 6	EXP 9481/2	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BS AS CONTRA GCBA SOBRE OTROS PROCESOS INCIDENTALES</u>	ARCHIVADO	18/12/2003
JUZ 11	EXP 14490/0	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA, ANALGESIA, Y REANIMACION DE BS AS CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)</u>	ARCHIVADO	23/12/2004
JUZ 12	EXP 16272/0	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BS AS CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)</u>	EN LETRA	21/04/2005
JUZ 1	EXP 17133/0	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BUENOS AI CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)</u>	ARCHIVADO	20/07/2005
JUZ 1	EXP 17133/1	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BUENOS AI CONTRA GCBA SOBRE OTROS PROCESOS INCIDENTALES</u>	ARCHIVADO	06/09/2005
JUZ 12	EXP 16272/1	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BS AS CONTRA GCBA SOBRE QUEJA POR APELACION DENEGADA</u>	EN LETRA	27/10/2005
JUZ 12	EXP 35814/0	<u>ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BS AS CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)</u>	ARCHIVADO	19/11/2009

9.3 Con el objetivo de relevar intervenciones de la Defensoría en relación a temáticas de Anestesiología de la CABA se concurrió a la sede de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires sito en Venezuela 842.

En entrevista con funcionario de la Secretaria Legal y Técnica, se nos informa que ese Organismo había tomado intervención en la causa “Asociación de Analgesia, y Reanimación de Buenos Aires contra GCBA sobre Amparo (Art 14 CCABA)”, Expte. 35814 /0 Juzgado 1ra Instancia, Fuero Contencioso Administrativo y Tributario. N° 12.

En dicha causa, la Asociación de Anestesia Analgésica y Reanimación de Buenos Aires reclama mediante acción de amparo a fin que se intime al GCBA a que emita los actos administrativos necesarios para concretar los nombramientos de catorce anestesiólogos de guardia, se abonen salarios caídos y se ordene al Gobierno de la Ciudad a realizar una inversión “razonable” en equipamiento y capacitación de personal, necesario para los sectores de Anestesiología. En primera instancia se ordena al GCBA a cumpla con lo dispuesto por el artículo 2º de la ley n° 2.288 en el plazo de 30 días, posteriormente en segunda instancia fue dejado sin efecto ya que no fue lo expresamente peticionado por la Asociación actora y se declaró desierto el recurso de la asociación por no haber realizado una crítica concreta y

¹⁸ Ver Anexo IV

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

razonada de la sentencia de primera instancia. Ya en primera instancia se había rechazado el reclamo de los sueldos caídos por no ser el amparo la vía idónea y también se rechazó el pedido de inversión razonable por no estar definido mínimamente el término “inversión razonable”. El presente reclamo ingresó al tribunal el 19 de noviembre de 2009 y la ley de emergencia anestesiológica 2288/07 data del 15 de febrero de 2007. Es decir que si bien la ley otorgó al Poder Ejecutivo un plazo no mayor a 30 días para designar los Residentes de anestesiología seleccionados, hasta la fecha del reclamo de la AAARBA (noviembre de 2009) todavía no se habían concretado las mismas.-

Del monitoreo realizado en el año 2009, la Defensoría de la Ciudad concluyó:

Sic “... las limitaciones operativas no se vinculan solo con una cuestión de falta de espacio físico, sino mas bien con una inapropiada gestión de dichos recursos, en efecto, en general existen quirófanos y salas UTI, solo que se encuentran inutilizables, ya sea por razones de infraestructura y/o de equipamiento”.

“Del resultado del monitoreo realizado así como de las entrevistas a profesionales entrevistados, autoridades hospitalarias y jefes de servicio de los hospitales visitados, surge la existencia de serias dificultades en cuanto a la posibilidad de administrar adecuadamente el recurso humano de anestesiología, vinculando dicha situación al manejo monopólico que efectúa de su oferta la entidad que los agrupa”.

“... para lograr una prestación efectiva del servicio y atender la demanda adecuadamente, es necesaria una decidida y pronta modificación y aceleración de los tramites de nombramiento a fin de hacer efectivos con la celeridad que corresponde, responsabilidad esta que corresponde tanto al Ministerio de Salud como al Ministerio de Hacienda de la CABA”.

“De todo ello surge la imperiosa necesidad que el Estado tome el control y regulación de la formación y matriculación de la especialidad en Anestesia, así como el nombramiento del número necesario de profesionales de la especialidad, para cubrir las necesidades quirúrgicas de los hospitales de la ciudad, restringiendo las prestaciones corporativas y por otra parte acelerando los tiempos de tramitación para los nombramientos”. (Ver Anexo V).

V. DEBILIDADES

V.1. Red de Anestesiología

V.1.1. La Red carecía de información relevante del año 2011 al momento de realizar las tareas de campo: N° de Médicos Anestesiólogos por efector (Planta, Guardia y Suplentes), N° de quirófanos físicos y disponibles, N° de máquinas de anestesia por efector (en uso, en espera de mantenimiento/reparación, obsoletas), N° de anestias realizadas (urgencias, programadas, suspendidas), entre otros datos relevantes.

V.1.2. No contaba con el Informe Final referido a las recomendaciones elevadas al Ministro para la compra de drogas madre y nuevas máquinas de anestesia durante el año auditado.

V.1.3. No contaba con la distribución de las máquinas adquiridas en el año 2011, ni pudo definir el criterio utilizado para la misma.

- V.1.4.** No fue eficiente en la cobertura de cargos vacantes en Planta y/o Guardia, ni en casos de ausentismo de profesionales, según lo relevado en los efectores de la muestra.
- V.1.5.** No cuenta con tablero de comando, u otra herramienta de gestión equiparable, que permita conocer la situación de Anestesiología de la CABA en tiempo real, permitiendo actuar con eficiencia y eficacia para la toma de decisiones necesarias en una especialidad con el grado de criticidad cual es la auditada.
- V.1.6.** No utiliza ningún tipo de indicadores de gestión.
- V.1.7.** El Libro de Actas de sus reuniones no refleja con claridad las actividades desarrolladas durante el año 2011, ni las conclusiones a las cuales se arribaron.
- V.1.8.** Cumplimiento parcial de las misiones y funciones asignadas por Resol. N° 222/GCABA/SS/05.

V.2. Efectores de la muestra

V.2.1. Htal. Piñero

- V.2.1.1.** La máquina de anestesia del quirófano “F” no cumple con las normas de seguridad vigente, es obsoleta.
- V.2.1.2.** 2 máquinas de anestesia con pedido de reparación.
- V.2.1.3.** 1 máquina de anestesia con pedido de mantenimiento. .
- V.2.1.4.** Del total de 12 (doce) máquinas de anestesia, 7 (siete) tienen más de 15 años de antigüedad, 1 (una) más de 20 años y 2(dos) de ellas están en proceso de baja. “Excluyendo los modelos Fabius, Fabius Plus, General Electric Advance y Adox Prestige, las demás no cumplen con la Norma IRAM-FAAA AB37202:2002, para aparatos de anestesia inhalatoria de flujo continuo para la utilización en el hombre (máquina de anestesia)”. “Actualmente han dejado de funcionar por distintos motivos 4 (cuatro) mesas que no tienen reparación posible”.
- V.2.1.5.** Del total de 9 (nueve) oxícapnógrafos, 5(cinco) están para dar de baja con más de 15 años de antigüedad.
- V.2.1.6.** Del total de 8 (ocho) oxímetros, 5(cinco) están para dar de baja con más de 15 años de antigüedad.
- V.2.1.7.** Del total de 7 (siete) monitores cardiológicos, 3 (tres) están para dar de baja y todos tienen más de 15 años de antigüedad.
- V.2.1.8.** Falta de renovación y mantenimiento del equipamiento.
- V.2.1.9.** El quirófano sucio de Ginecología no cuenta con carro de paro propio, ni mesa de anestesia completa con monitor.
- V.2.1.10.** Un Quirófano inhabilitado.
- V.2.1.11.** La Planta Quirúrgica no cuenta con “doble circulación”.
- V.2.1.12.** Escasa señalética y ausencia de cartelera visible con protocolos.
- V.2.1.13.** No existe Plan de Contingencia.
- V.2.1.14.** Los quirófanos no cuentan con flujo laminar.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- V.2.1.15.** No tienen sistema de respaldo por corte de gases centrales (tubo de O2 tipo H).
- V.2.1.16.** No tienen sistema de aspiración de gases de uso anestésico.
- V.2.1.17.** No están completas las drogas del carro de paro.
- V.2.1.18.** Un matafuego está vencido en el Sector de Guardia.
- V.2.1.19.** Higiene deficiente en área quirúrgica.
- V.2.1.20.** La Sala de Recuperación no cuenta con carro de paro ni monitor multiparamétrico.
- V.2.1.21.** Falta de RRHH para cubrir las licencias tomadas por los anestesiólogos.
- V.2.1.22.** No tienen anestesiólogo asignado a la Sala de Recuperación.
- V.2.1.23.** En 2011 se dispuso de 20 (veinte) mesas de anestesia menos por mes respecto al año 2010.
- V.2.1.24.** Los Residentes que cubren Guardias no cuentan con ficha de Suplente de Guardia para cobrar la misma.
- V.2.1.25.** No existe coincidencia en las causas de suspensiones de cirugías durante el año 2011, entre los responsables del Servicio de Anestesiología y del Departamento de Cirugía.
- V.2.1.26.** Los Servicios de Ortopedia y Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología no pueden responder adecuadamente a la demanda quirúrgica por falta de anestesiólogos. Esto genera derivaciones de pacientes a otros efectores del Sistema.
- V.2.1.27.** Los quirófanos dejan de funcionar a las 13hs (horario hasta las 18hs) por falta de anestesiólogos.
- V.2.1.28.** La lista de espera quirúrgica del Departamento de Cirugía (totalidad de las especialidades quirúrgicas del hospital) es de 1.157 pacientes.
- V.2.1.29.** Falta de participación en las actividades de capacitación, Comités del Hospital y Jornadas Hospitalarias.
- V.2.1.30.** Escasa interrelación con profesionales de otras áreas.
- V.2.1.31.** Del análisis de las 25 HHCC auditadas, se desprende que:
 - o El 4% de las HHCC (1/25) no tienen Parte de Anestesia.
 - o El 4% de las HHCC (1/25) no tienen Informe Pre Anestésico.
 - o El 100% de los Parte de Anestesia (24/24) no especifica Técnica Empleada.
 - o El 100% de los Parte de Anestesia (24/24) no especifica Incidentes.
 - o El 4% de los Partes de Anestesia (1/24) no especifica Condiciones de Alta.

V.2.2. Htal. de Quemados

- V.2.2.1.** Se atendían niños menores de 2 (dos) años, a pesar de no tener Terapia Pediátrica (hasta julio 2011).
- V.2.2.2.** No contaban con equipamiento adecuado (hasta julio 2011).
- V.2.2.3.** No utilizaban normativa ni protocolos (enero a octubre 2011).
- V.2.2.4.** No existen registros anteriores a octubre de 2011.
- V.2.2.5.** El Jefe no destinaba horas de trabajo a gestión, ni participaba en las reuniones de la Red de Anestesia (hasta julio 2011).
- V.2.2.6.** Falta nombramiento de la Jefa de Anestesiología y de anestesiólogos de Planta.
- V.2.2.7.** La Jefa actual no realiza horas asistenciales (desde octubre 2011).

- V.2.2.8.** Los anestesiólogos de Guardia cubren la Planta y cobran la tarea como Suplentes de Guardia.
- V.2.2.9.** En algunos casos se superponen ambas actividades en la misma jornada laboral, cobrando por tareas de Guardia y Planta simultáneamente.
- V.2.2.10.** Dificultad para cubrir las licencias tomadas por los anestesiólogos durante el periodo 2011.
- V.2.2.11.** No se utilizan los quirófanos en turno vespertino (13 a 16hs.) por falta de anestesiólogos.
- V.2.2.12.** No realizan visita preanestésica a los pacientes.
- V.2.2.13.** No tienen anestesistas pediátricos.
- V.2.2.14.** No realizan Cirugía Plástica y Reparadora con anestesia general por falta de anestesiólogo de Planta.
- V.2.2.15.** Lista de espera para Cirugía Plástica y Reparadora con demora de 2 (dos) años.
- V.2.2.16.** No tienen Terapia Intensiva Pediátrica.
- V.2.2.17.** No internan en Sala pacientes menores de 2 años desde abril de 2011.
- V.2.2.18.** No realizan anestesia pediátrica.
- V.2.2.19.** Derivación de pacientes pediátricos a otros nosocomios por no contar con anestesiólogos infantiles ni UTI Pediátrica.
- V.2.2.20.** Del análisis realizado sobre las causas de cirugías suspendidas durante el mes de noviembre de 2011 se puede observar que la falta de anestesiólogo ocupa el tercer lugar.
- V.2.2.21.** La Planta del Servicio de Anestesia cuenta con un sólo anestesiólogo que cubre dos días de la semana, el resto de los días son cubiertos por 4 anestesiólogos de Guardia.
- V.2.2.22.** No se registraron planillas estadísticas de anestesia desde enero a septiembre del 2011.
- V.2.2.23.** No hay coincidencia en las anestесias realizadas durante el mes de noviembre del 2011 entre el detalle mensual elevado por la Jefa de Unidad Anestesia y el cuadro anual estadístico elevado por el hospital.
- V.2.2.24.** El cuadro estadístico anual de intervenciones quirúrgicas con anestesia del año 2011 no es confiable.
- V.2.2.25.** Se constató que se mantiene la observación N° 6 del Informe Final de Auditoría 3.11.09 (Gestión Hospital de Quemados): *“Durante el periodo abarcado por las tareas de campo, el horario de funcionamiento de quirófanos estuvo reducido por falta de anestesistas”*. *“Del total de 190 cirugías generales programadas se realizaron 155 (del 14 de septiembre al 15 de Octubre de 2011) y la principal causa de suspensión fue la falta de anestesista (31%)”*.
- V.2.2.26.** 1 Máquina de anestesia Prexas c/respirador Modelo 311, está patrimoniada y no se encuentra en el hospital.
- V.2.2.27.** No se encuentra en el hospital parte del equipamiento patrimoniado del Servicio de Anestesia.
- V.2.2.28.** No se realizaron las bajas del equipamiento obsoleto que está fuera de uso.
- V.2.2.29.** 1 Quirófano cerrado por falta de máquina de anestesia.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- V.2.2.30.** En Sala de Recuperación: no funcionan 3 de los 5 paneles médicos, no funcionan los toma-corriente, faltan manómetros, faltan monitores, faltan 7 paneles de gases médicos centralizados.
- V.2.2.31.** En el mismo lavabo de la Sala de Recuperación, donde se higienizan las manos los camilleros, se trabaja con material de limpieza (baldes, trapos de piso, cepillos, entre otros elementos).
- V.2.2.32.** No poseen laringoscopio pediátrico en área quirúrgica.
- V.2.2.33.** Faltan 4 arcos para pacientes (medio de transporte interno de pacientes quemados).
- V.2.2.34.** Reutilización de materiales descartables.
- V.2.2.35.** No respetan restricciones de área sucia y limpia dentro de planta quirúrgica.
- V.2.2.36.** No poseen mapa de riesgo ni plan de contingencia.
- V.2.2.37.** Los días miércoles no se realizan cirugías por limpieza de quirófanos.
- V.2.2.38.** La limpieza es regular en la planta quirúrgica.
- V.2.2.39.** No tiene un sistema de aspiración de gases.
- V.2.2.40.** No cuentan con heladera para insumos.
- V.2.2.41.** Del análisis de las 25 HHCC auditadas se desprende que:
 - El 8 % de las HHCC (2/25) no tienen Parte de Anestesia.
 - El 40% de las HHCC (10/25) no tienen Informe Pre Anestésico.
 - El 100 % de los Partes de Anestesia (23/23) no especifica Incidentes.
 - El 13 % de los Partes de Anestesia (3/23) no especifica la Escala de Recuperación.
 - El 30 % de los Partes de Anestesia (7/23) no especifica las Condiciones de Alta.
 - El 4 % de los Partes de Anestesia (1/23) no especifica los Cuidados Post-Anestésicos efectuados.
 - El 4 % de los Partes de Anestesia (1/23) no especifica las Drogas suministradas.

V.2.3. Htal. Elizalde

- V.2.3.1.** No cuentan con la colaboración de Residentes de la AAARBA.
- V.2.3.2.** En 2011 no se pudo implementar un sistema de programación de cirugías por carencia de RRHH de Anestesiología.
- V.2.3.3.** No existió interrelación entre Servicio de Cirugía y Servicio de Anestesiología durante el Año 2011. Esta situación determinó que no se pudiera atender un mayor número de cirugías programadas.
- V.2.3.4.** Los tiempos de espera quirúrgica superaron los 6 meses durante 2011.
- V.2.3.5.** No hubo médicos anestesiólogos durante 13 (trece) días en el mes de agosto de 2011.
- V.2.3.6.** Existen horas ociosas de quirófanos por falta de anestesiólogos.
- V.2.3.7.** El elevado nivel de ausentismo del personal que desempeña tareas de anestesiología, además de la falta de personal para cubrir los puestos vacantes, obligó al Hospital Elizalde a derivar pacientes a otras instituciones.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- V.2.3.8.** En 2011 no existió Consultorio Externo de Anestesiología (Consultorio de Dolor y Preanestésico).
- V.2.3.9.** Actualmente no se realiza consulta preanestésica a la totalidad de los pacientes que serán intervenidos.
- V.2.3.10.** No existe coincidencia entre los registros de las Planillas Resumen del Trabajo Anestésico, entregadas por la División Estadística, en el año 2011, y las suministradas por el Departamento de Cirugía para el mismo periodo.
- V.2.3.11.** El sector de insumos de Farmacia, ubicado la Planta Quirúrgica, no ofrece seguridad ante posibles sustracciones.
- V.2.3.12.** La Planta Quirúrgica no cuenta con doble circulación.
- V.2.3.13.** Los Quirófanos no cuentan con flujo laminar.
- V.2.3.14.** Los Quirófanos no poseen filtros para gases anestésicos.
- V.2.3.15.** Los Quirófanos no poseen un sistema de recambio de aire o extractor de aire.
- V.2.3.16.** El área del Quirófano Central no disponen de ascensor para el traslado directo de pacientes a UTI o a Sala de Internación. El mismo se realiza a través de un pasillo y un ascensor de uso general.
- V.2.3.17.** En el Quirófanos Central no se visualiza cartelería con protocolos de evacuación.
- V.2.3.18.** No existen los siguientes Registros:
- Complicaciones Anestésicas.
 - Complicaciones en las 1º 48 hs.
 - Mortalidad.
 - Derivaciones a UTI.
 - Derivaciones a UCO.
 - Derivaciones a otras instituciones.
 - Derivaciones desde otras Instituciones.
- V.2.3.19.** La heladera de medicamentos no posee un termómetro externo que permita controlar la temperatura de los fármacos.
- V.2.3.20.** El sector Patrimonio registró dos veces, en periodos distintos, 2 máquinas de anestesia.
- V.2.3.21.** Patrimonio no tiene registradas 3 máquinas de anestesia.
- V.2.3.22.** Del análisis de las 25 HHCC auditadas, se desprende que:
- El 24% de las HHCC (6/25) no tienen Parte de Anestesia.
 - El 32% de las HHCC (8/25) no tienen Informe Pre Anestésico.
 - El 5% de los Partes de Anestesia (1/19) no especifica Técnica Empleada.
 - El 5% de los Partes de Anestesia (1/19) no especifica Cuidados Post – Anestésicos.

V. 2.4. Htal. Zubizarreta

- V.2.4.1.** Carecen de anestesista los días sábado, las ausencias las cubren con el personal de Planta del hospital.
- V.2.4.2.** La Red de Anestesiología no ha cubierto las carencias de anestesiólogos de Guardia durante 2011.
- V.2.4.3.** En febrero de 2012 existió un nombramiento de 5 anestesiólogos Suplentes de Guardia, los que se negaron a firmar y renunciaron antes de asumir los cargos.

- V.2.4.4.** Demora en el nombramiento de la Jefa de Unidad Anestesiología (Concurso ganado en setiembre 2011).
- V.2.4.5.** No han presentado trabajos de investigación, ni publicaciones en revistas científicas relacionadas con la especialidad.
- V.2.4.6.** No han participado en la Red de Anestesiología de la CABA.
- V.2.4.7.** No trabajan con indicadores.
- V.2.4.8.** El junio de 2012 los turnos para visita preanestésica tenían una demora de 18 días.
- V.2.4.9.** La estadística 2011 del Trabajo Anestésico no diferencia el número de anestesiología provenientes de Guardia de las anestesiología programadas por Planta.
- V.2.4.10.** No coincide la información brindada por la Jefa de Unidad Anestesiología y lo entregado por el Jefe de Dto. Médico-Quirúrgico, en cuanto a las suspensiones quirúrgicas por falta de anestesiólogo durante el año 2011.
- V.2.4.11.** Se encontraron diferencias entre los datos aportados por el Jefe de Emergentología y el libro de registro de quirófano, en los tres meses analizados del año 2011.
- V.2.4.12.** Las cirugías programadas concluyen en horas del mediodía, aunque existen anestesiólogos con extensión horaria hasta las 18hs,
- V.2.4.13.** Existen horas de anestesiología ociosas de acuerdo a la baja productividad quirúrgica del hospital.
- V.2.4.14.** Carecen de Sala de Recuperación Anestésica, los pacientes permanecen en quirófanos y luego pasan a la zona de transferencia.
- V.2.4.15.** Los quirófanos carecen de doble circulación.
- V.2.4.16.** Tienen puertas de dos hojas vaivén las que permanecen siempre abiertas.
- V.2.4.17.** Carecen de libros de complicaciones anestésicas, complicaciones dentro de las 48 horas, mortalidad y derivaciones a otras instituciones.
- V.2.4.18.** La heladera para conservación de fármacos carece de termómetro externo de control de Tº, y se observó la presencia de alimentos en la misma.
- V.2.4.19.** Del análisis de las 25 HHCC analizadas, se deduce que:
- El 8% de las HHCC (2/25) no contiene Parte de Anestesia.
 - El 44% de las HHCC (11/23) no contiene Informe Pre Anestésico.
 - El 100% de los Partes de Anestesia (23/23) no especifica Incidentes.
 - El 65% de los Partes de Anestesia (15/23) no especifica Técnica Empleada.
 - El 57% de los Partes de Anestesia (13/23) no especifica Monitoreo.
 - El 39% de los Partes de Anestesia (9/23) no especifica Cuidados Post - Anestésicos.
 - El 17% de los Partes de Anestesia (4/23) no especifica Condiciones de Alta.

VI. CONCLUSIÓN

La Red de Anestesiología de la CABA, durante el período 2011, ha cumplido parcialmente con sus misiones y funciones, siendo su mayor debilidad la falta de gestión adecuada de los recursos humanos de la Especialidad.

Finalizado el trabajo de esta auditoría, con la inclusión del relevamiento de una muestra de efectores de la CABA, se concluye que se han realizado avances parciales a posteriori de la promulgación de la Ley de Emergencia en Anestesiología (año 2007), en cuanto a adquisición de drogas originales e insumos de calidad, y reequipamiento con incorporación de mayor tecnología en 2011, aunque resta terminar de equipar mayor número de quirófanos de la CABA. Sin embargo el relevamiento del recurso humano plantea aún un déficit en la cobertura de puestos de trabajo en los efectores de salud del subsector público de la CABA. Esta debilidad del sistema responde a tres factores fundamentales: el primero es la brecha entre los ingresos económicos percibidos por los Médicos Anestesiólogos, a igual carga horaria, entre el subsector público y el privado; el segundo es la injerencia de la Asociación de Analgesia, Anestesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA) en la formación del recurso, la determinación de sus honorarios y el manejo discrecional del equilibrio oferta/demanda; y el tercero es la lentitud del Ejecutivo en cuanto al tiempo de efectivización de los nombramientos de quienes ganan los cargos concursados.

Consideramos que con tiempos de nombramiento adecuados, limitaciones a las injerencias de la AAARBA, y un proceso de mayor autonomía del Estado en cuanto a la formación de profesionales, a través de nuevos convenios con la Universidad de Buenos Aires y otras casas de altos estudios, y su inmediata habilitación para ejercer como Médicos Anestesiólogos, se conseguirá en el corto y mediano plazo solucionar esta carencia de recursos que continúa interfiriendo con su obligación primaria de brindar prestaciones de salud de calidad, con igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

VII. ANEXOS.

Anexo Nº	Detalle
I	Modelo utilizado de Planilla de Resumen de Trabajo Anestésico.
II	Programa Docente de la Residencia Básica en Anestesiología.
III	Presentación de Defensoría ante IGJ.
IV	Sentencias de Primera y/o Segunda Instancia de las causas detalladas en el Punto 7.2.
V	Expte. 35814 /0 Juzgado 1ra Instancia, Fuero Contencioso Administrativo y Tributario Nº 12. Sentencia de la Sala 2 de la Cámara de Apelaciones, Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, Fuero Contencioso Administrativo y Tributario.
VI	Adjudicación Licitación Pública Nº 2107/SIGAF/2011.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

ANEXO I

Modelo utilizado de Planilla de Resumen de Trabajo Anestésico

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARIA DE SALUD**

Planilla Resumen del TRABAJO ANESTESICO

HOSPITAL: _____ Mes: _____ AÑO _____

TOTAL DE ANESTESIAS (1)	N°
Solicitadas	
Realizadas (2)	
Suspendidas	
Comenzadas y suspendidas (3)	

TOTAL DE ANESTESIAS SEGÚN TÉCNICA	N°
Generales	
Bloqueos	

TIEMPO DEL TRABAJO ANESTESICO	MINUTOS
Evaluación Anestésica Previa	
Hora Anest. en Quirófano	
Práctica fuera de Quirófano	
Consultorio de Dolor	
Tratamientos de Dolor	
Tiempo en UCPA	
TOTAL	

ANESTESIAS SEGÚN SU DURACION	N°
Breve	
Intermedia	
Prolongada	
Muy prolongada	
Prolongadísima	
TOTAL	

ANESTESIAS SUSPENDIDAS SEGÚN CAUSA (4)	TOTAL
Por los respectivos Servicios	
Falta de sangre	
Realizada con anestesia local	
Falta de análisis complementarios	
Intercurrencia clínica	
Falta cama en UTI	
Realizada en Guardia	
Falta de material	
Realizada por urgencia	
Falta de Anestesiólogo	
Otros motivos	
TOTAL	

La información que se requiere para completar este formulario se deriva de los totales de la hos "Estadística de Anestesia" Formulario S/015/E/0005-DGOyM, Boletín Oficial N° 1195 del 18/5/01.

A tener en cuenta:

- (1) En este cuadro se suman las Anestesia Programadas y Condicionales correspondientes a cada categoría.
- (2) En el total de "Anestesia realizadas" se suman las Programadas Realizadas más las Condicionales Realizadas y las Realizadas por Urgencia.
- (3) Se debe distinguir entre "Anestesia suspendidas" y "Anestesia comenzadas y Suspendidas".
- (4) Se deberán respetar las causas de Suspensión de Anestesia Previstas en el formulario, indicando el resto en "otros motivos".

El presente resumen deberá ser enviado a la Dirección de Estadísticas para la Salud en forma mensual.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

ANEXO II
Programa Docente de la Residencia Básica en Anestesiología.



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

“2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro”

ANEXO

PROGRAMA DOCENTE DE LA
RESIDENCIA BÁSICA EN ANESTESIOLOGÍA

AÑO 2011

APROBADO POR RESOLUCIÓN 2293-
MSGC/2011

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FUNDAMENTACIÓN
3. CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA
4. PROPÓSITOS GENERALES
6. PERFIL DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA EN ANESTESIOLOGÍA. OBJETIVOS GENERALES
7. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MINIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA
8. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN
9. ORGANIZACIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES
10. OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR AÑO. PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS
- 11.- SISTEMA DE EVALUACIÓN
- 12.- BIBLIOGRAFÍA

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

1 INTRODUCCIÓN:

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGÍA

TIPO DE RESIDENCIA: MÉDICA BÁSICA

DURACIÓN: 5 años

La Residencia de Anestesiología al igual que el resto de las residencias del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se rige por lo dispuesto en la Ordenanza 40.997 B. M 17.720 11/2/86 y sus modificatorias (Ord. 51.475/97, Ley 601 y Ley 2445)

2. FUNDAMENTACIÓN:

La Anestesiología, como otras ciencias Médicas, en la actualidad ha acrecentado su complejidad. Requiere de una formación multidisciplinaria, teniendo en cuenta las demandas de atención de la comunidad, la calidad de vida de la sociedad moderna, la incidencia de los avances tecnológicos y farmacológicos que han mejorado sustancialmente las técnicas de admisión y cuidados anestésicos, como así también los métodos de estudio y tratamiento del dolor.

Fundamentan esta especialidad los conocimientos científicos en Anestesia, Analgesia, y Reanimación.

El objetivo de la formación en la residencia es que los médicos residentes alcancen una formación completa, para desempeñarse de forma idónea en una especialidad que requiere amplios conocimientos propios y otros derivados de las diferentes ramas clínicas y quirúrgicas. Esta instrucción incluye la obtención de la destreza en técnicas necesarias para realizar anestesis seguras, en diferentes edades y tipos de cirugías.

Durante este período de formación profesional, se adquieren también valores del comportamiento profesional y ético en la práctica de la medicina.

Toda la actividad académica y asistencial, es continuamente tutorizada por un médico anesthesiologistas o por el jefe o instructor de residentes. En este ámbito, se pretende estimular el pensamiento crítico y la generación de un vínculo humano sólido que permita el desarrollo del trabajo en equipo.

El anesthesiologistas no solo participa activamente del acto quirúrgico, sino también en la evaluación previa y en el seguimiento y la evolución de los pacientes. Esta modalidad facilita el aprendizaje, desarrolla el trabajo interdisciplinario, incrementa la experiencia asistencial y promueve la aplicación de complejas técnicas para el tratamiento del dolor durante el intra y el postoperatorio.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

3. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA DEL GCBA:

El Sistema de residencias:

Las residencias del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de post grado a tiempo completo con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

Las residencias en su conjunto se incorporan al Sistema de Atención de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas (Ordenanza 40997/86).

Las residencias como integrantes del Sistema de Atención de la Salud de, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 153).

Según dicha ley, la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El desarrollo de una cultura de salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y desarrollo.

La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud

La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.

El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual (Ley 153. Art 3 Definición. Selección)

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

El programa por especialidad:

El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad.

El programa de formación se desarrolla reconociendo al sistema de salud de la Ciudad como una red que aprovecha la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en sus diversos efectores.

El concepto de “red” relativiza a los distintos ámbitos como unidades autosuficientes de formación transformándolos en recursos complementarios.

Se busca romper con el aislamiento de los servicios y se fortalece la coordinación, generando interrelación y reciprocidad, reconociendo la riqueza de la diversidad para promover la calidad de los programas de formación.

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia: la Autoridad de aplicación¹, Coordinadores Generales, Jefes de servicios; Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

Por otra parte, el programa constituye un documento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora.

Al igual que ocurre con la puesta en marcha de cualquier desarrollo curricular, el presente programa deberá estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que permita junto a todos los involucrados garantizar su permanente ajuste y actualización.

¹ Organismo dependiente del Ministerio de Salud GCABA con responsabilidad directa sobre los sistemas de capacitación en servicio

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

4. PROPÓSITOS GENERALES:

El desarrollo del programa deberá:

- Garantizar la formación de médicos especializados en anestesia, analgesia y reanimación, conforme a los avances proporcionados por el conocimiento científico; técnico y humanístico, acorde al perfil profesional explicitado. Durante este período de formación profesional, se adquirirán también valores del comportamiento profesional y ético en la práctica de la medicina.
- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Formar profesionales que sean capaces de analizar el proceso de salud-enfermedad-atención en el contexto familiar y social
- Desarrollar capacidades para una fluida y adecuada comunicación médico-paciente y familia y/o equipo de salud
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.

5. PERFIL DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA BÁSICA EN ANESTESIOLOGÍA. OBJETIVOS GENERALES:

Al finalizar el período de formación de 5 años, el residente será capaz de:

- Aplicar los conocimientos y habilidades necesarias para efectuar anestias con bases racionales, que brinden seguridad para el paciente adulto y pediátrico.
- Dominar las diferentes técnicas anestésicas, en todas sus variantes.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Realizar la evaluación pre-quirúrgica y el potencial impacto de la misma durante el periodo peri-operatorio.
- Evaluar las condiciones psico-físicas de cada paciente
- Utilizar tecnología moderna para la asistencia y el monitoreo del paciente.
- Adquirir los conocimientos necesarios para el manejo fisiopatológico del paciente crítico y de alta complejidad.
- Alcanzar un profundo conocimiento de la farmacología anestesiológica en particular, y de las drogas de uso más frecuente en general.
- Desarrollar capacidades en las técnicas de reanimación cardiopulmonar básica, avanzada y protección cerebral.
- Realizar anestесias en pacientes que presentan compromiso de distintos sistemas orgánicos.
- Realizar anestесias dirigidas en cirugías de: tórax, cardiovascular con y sin circulación extracorpórea, transplantes, cirugías de duración prolongada, neonatos, etc.
- Resolver situaciones anestésicas poco frecuentes o de manejo exclusivo del anestesiólogo.
- Adquirir experiencia en la atención de enfermos en la Sala de Recuperación Anestésica.
- Efectuar procedimientos anestésicos fuera del quirófano y en cirugía ambulatoria.
- Conocer la fisiopatología del dolor agudo y crónico, sus consecuencias sobre el paciente y las modalidades de tratamiento posibles.
- Adquirir conocimientos en búsquedas bibliográficas y en el uso de la bibliografía anestesiológica habitual.
- Participar en protocolos de investigación que brinden los fundamentos para desarrollar esta actividad con serias bases científicas
- Actuar de acuerdo a los principios y normas de los aspectos éticos y legales de la profesión médica.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

7. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA:

La Residencia Básica de Anestesiología constituye un sistema de capacitación en servicio, a tiempo completo y con dedicación exclusiva para residentes y Jefes de residentes y de tiempo completo para Instructores de residentes

La duración del programa es de 5 años, con posibilidad de acceso al cargo de Jefe de residentes o Instructor.

Las actividades se desarrollan de lunes a viernes en el horario de 8 a 17 hs.

GUARDIAS:

Los residentes realizarán, de acuerdo a la Ley 601, como mínimo veinticuatro (24) horas de guardia por semana y como máximo treinta y seis (36) horas de guardia por semana, gozando de doce (12) horas de descanso tras veinticuatro (24) horas de guardia.

7.1 Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del programa en cada sede:

La Residencia es un sistema de formación en servicio que cobra sentido cuando se articula una sólida cadena de supervisiones la cual se extiende desde la coordinación general de la Residencia hacia el interior de la misma.

-Coordinador General de la Residencia

Son sus funciones y responsabilidades:

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia
- Actualizar periódicamente el Programa Docente General de la Residencia
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia
- Garantizar el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Asesorar en la selección de las sedes de la Residencia y participar en el monitoreo de su capacidad formadora
- Participar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora
- Coordinar y garantizar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa central, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio
- Propiciar el vínculo institucional entre la Residencia y las instancias superiores de la autoridad de aplicación: la Dirección de Capacitación dependiente de la Dirección General de Docencia e Investigación o el organismo que lo reemplace y la Dirección General de Redes y Programas
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación dependiente de la Dirección General de Docencia e Investigación, Comités de Ética en Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud, Coordinadores locales de Programas, Jefes y/o Instructores de Residentes y Residentes
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia acorde a la normativa vigente a través de la elaboración del examen, la orientación a aspirantes, la toma, la resolución de apelaciones y el análisis de los resultados del examen
- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes
- Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre algunas de las partes citadas
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice
- Promover la capacitación y actualización periódicas en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Coordinador local del programa

Son sus funciones y responsabilidades:

- Coordinar las actividades de formulación del programa de la sede, de acuerdo al programa general de la Residencia de Anestesiología.
- Coordinar las actividades que impliquen garantizar el cumplimiento del programa y, a través del mismo, la mejor formación de los Residentes
- Coordinar a través de reuniones periódicas con la Residencia la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa
- Intervenir junto a los Jefes de Residentes e Instructores de Residentes en las evaluaciones de desempeño profesional y de las rotaciones realizadas
- Programar las rotaciones fuera y dentro del hospital
- Mantener una comunicación fluida con la coordinación central de la Dirección de Capacitación y Docencia

- Instructor de residentes:

Según la ordenanza 40.997 el Instructor de residentes será un profesional con antecedentes acreditados en la especialidad y profesión y podrá pertenecer a la Carrera Profesional Hospitalaria. Se lo contratará anualmente pudiendo ser renovable. Cuando no haya postulantes para ser designados Jefes de Residentes, el instructor cumplirá las mismas funciones que éste. Habiendo jefe de residentes sus funciones serán:

- Brindar apoyo al Coordinador General y al Coordinador Local del Programa de la Residencia y articular acciones entre los diferentes niveles de responsabilidad de la formación
- Supervisar la implementación del Programa de formación de la Residencia
- Asesorar en el área de contenidos de su especialidad
- Realizar el seguimiento del desempeño de los residentes en áreas específicas

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Participar en la evaluación de los residentes

-Jefe de Residentes

Según la ordenanza 40.997, el Jefe de Residentes será un profesional contratado anualmente, que haya completado la Residencia en Anestesiología elegido por voto directo de los Residentes con la aprobación de la Subcomisión de Residencias. Sus funciones serán:

- Organizar la actividad asistencial y docente de los Residentes, según el programa, y supervisar sus tareas
- Actuar de acuerdo con Instructores de Residentes, Coordinadores Locales de Programas y Jefes de Servicio, en la supervisión y control de las actividades mencionadas, como así mismo, con Jefes de Residentes de otras especialidades y profesiones
- Cumplir sus actividades en todas las áreas que fija el programa respectivo, incluyendo consultorios externos, quirófano y servicio de urgencias
- Participar en la evaluación de los Residentes

7.2 Condiciones que deben reunir las sedes para el desarrollo de la residencia.

Las sedes deberán acreditar la capacidad formadora para poder llevar a cabo el programa docente y cumplir con los requisitos de acreditación debidamente estipulados por la autoridad de aplicación.

Los ámbitos de rotación deberán:

- ✓ Ser una Institución Pública o Privada de Salud reconocida por su capacidad de formación y compromiso.
- ✓ Cumplir con los objetivos específicos del programa general de la residencia
- ✓ Contar con consultorios docentes y profesionales de la especialidad responsables de la rotación
- ✓ Los profesionales referentes deberán realizar supervisión y evaluación de los residentes rotantes.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

8. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN:

Las estrategias de capacitación que se implementen deben adecuarse a los siguientes lineamientos:

8.1 Asegurar una Fuerte Formación Práctica

Se deberán elegir aquellas actividades que le permitan al residente tomar contacto con un número suficiente de pacientes y una gama amplia de patologías donde pueda ejercer las habilidades del manejo del paciente en la toma de decisiones.

8.2 Promover la Participación de profesionales de staff

Deberán planificarse actividades que interrelacionen a los residentes con los médicos de planta para lograr el objetivo del aprendizaje supervisado.

8.3 Estimular la Integración Asistencia –Docencia- Investigación

Es recomendable que el residente se incorpore en la forma lo más integral posible a todas las actividades que se realizan en el servicio. Desde la Residencia se promoverán todas las actividades que permitan articular las funciones de asistencia –docencia e investigación.

8.4 Integrar la Formación Teórica con la Práctica

Los ateneos y los cursos que se dicten en la residencia estarán vinculados con la práctica clínica diaria. Es esperable que se desarrollen todas las modalidades conocidas para la realización de ateneos y/o estudio de casos y que los cursos estén más articulados con la práctica.

8.5 Fomentar la Interdisciplina

Promover las actividades inter – residencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital y de otros hospitales del sistema

8.6 La Supervisión

La supervisión es el sistema que integra la evaluación al proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones de los residentes sino que es una instancia más para el aprendizaje. Es deseable que la supervisión se convierta en un medio para la formación que incluya pero que también supere el control de la tarea.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

9. ORGANIZACIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES

Las actividades estarán interrelacionadas de manera tal, que en los procesos de apropiación y producción, el conocimiento no resulte fragmentado y se fortalezca la relación dialéctica entre teoría y práctica.

En la organización de las actividades se recomienda tener en cuenta la inclusión gradual del residente a las mismas (observación, colaboración, asistencia asistida).

Toda la actividad académica y asistencial, será continuamente supervisada por un médico especialista. En este ámbito, se pretende estimular el pensamiento crítico y la generación de un vínculo humano sólido que permita el desarrollo del trabajo en equipo.

El médico residente no sólo participará activamente del acto quirúrgico, sino también en la evaluación previa y en el seguimiento y la evolución de los pacientes. Esta modalidad facilita el aprendizaje, desarrolla el trabajo interdisciplinario, incrementa la experiencia asistencial y promueve la aplicación de complejas técnicas para el tratamiento del dolor durante el intra y el postoperatorio.

El residente participará activamente en todas las reuniones científicas del servicio ya sean éstas clases teóricas, ateneos o discusión de casos clínicos, mostraciones de exámenes complementarios y actualizaciones bibliográficas.

Paralelamente a la realización de la actividad formativa asistencial, los residentes cursan la Carrera Universitaria de Especialistas en Anestesiología de la Universidad de Buenos Aires, de 5 años de duración, donde se aborda el marco teórico de la especialidad según lo establecido en el acta acuerdo firmada entre el Ministerio de Salud del GCBA, la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires y la Asociación de Médicos Municipales el 27 de febrero de 2007.

La actividad asistencial se complementará con la realización de Guardias, en el marco de la normativa vigente, cuyo objetivo es posibilitar el adecuado aprendizaje de la asistencia del paciente agudo. En todas las actividades de guardia será guiado y supervisado por el médico de guardia respectivo, tendiéndose a formar un equipo con afinidades y objetivos para la correcta asistencia del paciente.

Se espera que las actividades se subdividan en

Actividades formativas asistenciales

Actividades Académicas Sistematizada

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”
Actividades de Investigación

Actividades académicas sistematizadas:

- En áreas específicas disciplinares a través de clases, talleres, análisis y discusión de casos, cursos, ateneos
- En la actualidad se encuentra vigente el Acta acuerdo entre el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (A.A.A.R.B.A) y la Asociación de Médicos Municipales (A.M.M.), firmada el 27 de febrero de 2007 y se reconoce el convenio marco de colaboración y el convenio de cooperación docente entre la Facultad de Medicina y AAARBA, ratificado por Resolución N° 235/2010 del Consejo superior de la Universidad de Bs. As. donde se establece que dicha Asociación desarrollará las actividades teóricas del Programa, dentro del marco de la Carrera de médicos especialistas en Anestesiología (UBA).
- Inglés: se sugiere la realización del curso ofrecido por la autoridad de aplicación o la acreditación del nivel de conocimiento mediante el examen de nivelación
- Investigación: realización de un curso avalado por la autoridad de aplicación y producción de un trabajo científico a lo largo de la residencia, según lo requerido por dicho curso.

Las prácticas en investigación deberán estar enmarcadas en la ley vigente N° 3301 y sus decretos relacionados, atento a lo que estipula el Comité de Ética e Investigación de cada hospital.

- Cursos transversales de la Dirección (opcional)

10. OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR AÑO. PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS:

1er. Año

Al finalizar el primer año, el médico residente estará capacitado para:

- Conocer los principios físicos y el manejo de los sistemas de administración de anestesia.
- Describir las propiedades farmacológicas y administrar las drogas empleadas en anestesia.
- Conocer la fisiología respiratoria, los cambios producidos por la anestesia y los trastornos más frecuentes que originan hipoxemia.
- Conocer la fisiopatología respiratoria, evaluar la función respiratoria, conocer las técnicas de monitoreo, evaluar los mecanismos de hipoxia, manejar y conocer el funcionamiento de los respiradores mecánicos, indicar y utilizar diferentes modos de asistencia respiratoria, administrar anestesia en pacientes con patología respiratoria.
- Conocer la fisiología cardiovascular, evaluar al paciente cardíopata y manejar las drogas con efectos cardiovasculares.
- Conocer la fisiopatología cardiovascular, evaluar al paciente cardíopata, manejar las técnicas de monitoreo invasivo, manejar las drogas cardiovasculares y administrar anestesia en pacientes cardíopatas de bajo y alto riesgo.
- Reconocer los trastornos más frecuentes del medio interno.
- Utilizar diversas técnicas de monitoreo no invasivo.
- Realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.
- Conocer las técnicas de manejo inicial y manejo anestésico de los pacientes politraumatizados.
- Conocer las técnicas de sedación, analgesia y relajación en pacientes de cuidados intensivos.
- Conocer las bases de la administración de la anestesia general en pacientes adultos de bajo riesgo, bajo supervisión.
- Aplicar las técnicas standard de evaluación de la Vía Aérea
- Realizar intubaciones oro y nasotraqueales en pacientes sin predictores de intubación dificultosa.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

2do. Año

Al finalizar el segundo año, el médico residente estará capacitado para:

- Conocer, evaluar, diagnosticar y manejar los distintos trastornos del medio interno.
- Administrar anestesia general en pacientes adultos de bajo riesgo, bajo supervisión.
- Administrar anestesia general, bajo supervisión, en las distintas emergencias.
- Conocer las técnicas y el manejo del dolor agudo, y dolor postoperatorio.
- Administrar anestesia regional central en pacientes adultos de bajo riesgo, bajo supervisión.
- Conocer las bases fisiopatológicas de la anestesia para procedimientos videolaparoscópicos.
- Realizar intubaciones oro y nasotraqueales en pacientes con predictores de intubación difícil.

3er. Año

Al finalizar el tercer año, el médico residente estará capacitado para:

- Conocer la fisiología, fisiopatología, clínica y el manejo anestésico de los trastornos sanguíneos, renales, hepáticos, endócrinos, neuromusculares y metabólicos. Administrar anestesia en estas situaciones.
- Administrar anestesia general y regional, bajo supervisión, en las distintas emergencias.
- Administrar anestesia general y regional central espinal en pacientes adultos de bajo y alto riesgo, bajo supervisión.
- Administrar anestesia para procedimientos videolaparoscópicos
- Administrar analgesia para el parto en sus diferentes técnicas, bajo supervisión.
- Conocer el diagnóstico clínico de muerte cerebral y las técnicas de mantenimiento del donante.
- Aplicar anestesia para la ablación de órganos
- Administrar anestesia general y regional en pacientes obstétricas para procedimientos quirúrgicos, bajo supervisión.
- Administrar anestesia general, en pacientes pediátricos.
- Conocer técnicas de hipotensión controlada y autotransfusión y hemodilución aguda.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- Utilizar las técnicas complejas de intubación traqueal en pacientes con predictores de intubación dificultosa.
- Administrar anestesia a pacientes en: Cirugía Oftalmo y Otorrinolaringológica, Pacientes quemados, Cirugía Ambulatoria y Cirugía Plástica

4to. Año

Al finalizar el cuarto año, el médico residente estará capacitado para:

- Conocer los aspectos legales de la práctica anestésica
- Administrar anestesia general, inhalatoria, endovenosa y regional en pacientes pediátricos.
- Administrar anestesia general inhalatoria, intravenosa y regional, bajo supervisión, en pacientes adultos de alto riesgo
- Evaluar y manejar el dolor crónico oncológico y otras patologías frecuentes relacionadas
- Aplicar anestesia para implante de órganos
- Administrar anestesia para la cirugía torácica y cardiovascular central.
- Administrar anestesia a pacientes en Neurocirugía, Cirugía Vascular Periférica y Cirugía Bucomaxilofacial.

5to. Año

Al finalizar el quinto año del Programa, el médico residente habrá profundizado los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en años anteriores, y deberá desarrollarse en su práctica profesional específica, en las siguientes áreas, a través de rotaciones de formación intensiva:

- Anestesia en Pediatría
- Anestesia en cirugía Cardiovascular
- Dolor Agudo y Crónico
- Anestesia para Ablación e Implantes.
- Investigación Básica

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS

Como regla general, al finalizar su formación, el médico Residente deberá haber cumplido con las exigencias de número de casos que se listan a continuación:

Número total de procedimientos en 5 años:	1500
Anestesia General	1000
Anestesia Espinal	100
Anestesia Epidural	100
Bloqueos Nerviosos Periféricos	70
Anestesia en menores de 5 años	100
Anestesia en menores de 1 año	20
Anestesia en Obstetricia: Op Cesárea	50
Anestesia en Obstetricia: Epidural de conducción	30
Anestesia para cirugía Torácica	50
Anestesia Neuroquirúrgica	30
Anestesia para cirugía cardiovascular	30
Anestesia para cirugía urológica	50
Anestesia en cirugías Otorrinolaringológicas	50
Anestesia en cirugías Oftalmológicas	20
Anestesias fuera del quirófano	50
Anestesia Ambulatoria	50
Cateterizaciones arteriales	50
Cateterizaciones venosas centrales	50

11. SISTEMA DE EVALUACIÓN:

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación en servicio. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua.

11.1. La evaluación del desempeño del residente

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional. Esto incluye los modos de organización, retención y uso de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para esa práctica. Esta modalidad de evaluación se basa en la observación de la práctica profesional directa o a través de distintos indicadores.

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su instructor directo en la rotación correspondiente y siendo deseable que participe activamente de este proceso el jefe de residentes y el coordinador del Programa de la Residencia, cuando la rotación se desarrolla en la sede de origen.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Con respecto a la frecuencia, tanto en las rotaciones anuales como en las de menor duración, deberá asegurarse una instancia de evaluación formativa o de proceso al promediar la rotación y otra sumativa o de producto al finalizarla.

11.2. La Evaluación de las Rotaciones

Esta es una oportunidad para relevar información acerca de la percepción del residente acerca de la capacitación obtenida, quien la completará al finalizar la rotación y se adjuntará a su evaluación del desempeño en esa misma rotación.

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deberán conocer el Programa docente con los objetivos de aprendizaje, los instrumentos de evaluación y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación.

11.3 Metodología de la evaluación:

a) Se evaluarán la calidad y la cantidad de los procedimientos efectuados. Los médicos asistentes del servicio tienen la obligación de informar al jefe de residentes sobre la calidad de la técnica empleada.

b) Se realizarán al menos 3 evaluaciones por año de cada residente, por los encargados de la formación del mismo. Se considerarán: conocimientos teórico-prácticos, habilidad en los procedimientos, presentación de los pacientes, capacidad de evaluación diagnóstica, terapéutica implementada, relación con los pacientes, la familia y con el equipo de salud, actualización científica, compromiso con el cumplimiento del programa. Los coordinadores locales, junto con el jefe de residentes efectuarán entrevistas personales con el fin de brindar feed-back al residente

PROMOCIÓN ANUAL DEL RESIDENTE:

Se realiza según lo establece la ordenanza 40997, B. M 17.720 11/2/86 en los artículos 11 y 26 inciso K.

La PROMOCION ANUAL del residente se realizará tomando en cuenta la evaluación del desempeño obtenida en la residencia y la resultante de la Carrera Universitaria de Especialistas en Anestesiología de la Universidad de Buenos Aires.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

12- BIBLIOGRAFÍA

- Aldrete, J. Antonio. Texto de anestesiología teórico práctica. 2da. ed. -- Mexico : El Manual Moderno, 2004.
- Bonica, John J. The management of pain. 2nd. ed. Philadelphia : Lea Febiger, 1990. 2 vol.
- Coté, Charles J. A practice of anesthesia for infants and children. 4th. ed. Philadelphia : Saunders Elsevier, 2009.
- Gallardo Narcisi, Jorge. Manual de anestesia regional. Santiago: Mediterraneo, 2006.
- Jegier, Mario A. Monitoreo en anestesia. Buenos Aires : FAAAAAR, 2003. 2 vol.
- Jensen, Troels S. Clinical pain management : chronic pain. London : Arnold, 2003.
- Kaplan, Joel A. Thoracic anesthesia 2nd. ed. New York : Churchill Livingstone, 1991.
- Kaplan, Joel A. Kaplan's cardiac anesthesia. 5th. ed. Philadelphia : Elsevier Saunders, 2006.
- Matjasko, Jane. Clinical controversies in neuroanesthesia and neurosurgery . Orlando : Grune Stratton, 1986.
- Miller, Ronald D. Miller's Anesthesia. 7th. ed. Philadelphia : Elsevier Churchill Livingstone, 2010. 2 vol.
- Scavuzzo, Hugo G. Analgesia epidural en el parto. Buenos Aires : El autor, 2000.
- Shnider, Sol M. Anesthesia for obstetrics . 3rd. ed. Baltimore : Williams Wilkins, 1993.

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

Residencia Médica en Anestesiología

Formulario de EVALUACION

Nombre y Apellido del Médico Residente:

Año de Residencia:

Hospital:

Fecha:

Nombre y Apellido del Evaluador:

INSTRUCCIONES:

Marque con una cruz en la columna que corresponda en cada caso. Escriba en el renglón de observaciones todas las consideraciones particulares no contempladas en este instrumento.

Luego de evaluar los ítems de cada ámbito de desempeño, Ud deberá señalar si el Médico Residente se ha desempeñado en dicho ámbito de forma, altamente satisfactoria (**AS**), satisfactoria (**S**), poco satisfactoria (**PS**) o insatisfactoria (**I**). Con las mismas categorías, deberá valorar el desempeño global y definir una calificación numérica del 1 al 10, como síntesis de su evaluación general.

Esta grilla debe contener todas las firmas que correspondan, de lo contrario carecerá de validez.

N/O: no observado

N/C: no corresponde (según el nivel a evaluar)

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

1.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN SALA: (Corresponde a Sala de internación, Sala de Observación en Guardia Externa, y Sala de Recuperación Postanestésica)

	Casi siempre	A veces	Rara vez	N/O	N/C
1.1.- Historia Clínica					
Realiza correcta y sistemáticamente el interrogatorio y Examen Clínico					
Plantea una correcta orientación diagnóstica.					
La actualización diaria, si corresponde, refleja la evolución del paciente.					
Es ordenada, completa y prolija.					
Evidencia capacidad de síntesis.					
1.2.- Preoperatorio					
Es cordial, inspira confianza.					
Se interesa por la situación global del paciente. Mediante los estudios complementarios reafirma el diagnóstico presuntivo, el estadio evolutivo y las patologías asociadas.					
Tiene criterio para solicitar interconsultas y/o estudios complementarios.					
Individualiza la sistemática en la preparación del paciente.					
Demuestra conocimientos adecuados a su nivel para la determinación de/la estrategia anestésica a seguir.					
1.-3.- Postoperatorio					

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

Aplica la sistemática de tratamiento postoperatorio (dolor postoperatorio y complicaciones relacionadas)					
Hace un buen seguimiento clínico para reconocer posibles desviaciones del postoperatorio normal.					
Formula indicaciones adecuadas al caso.					
Realiza la inspección sistemática de las curaciones si correspondiere (punciones, vías centrales, bloqueos)					
Toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad.					
Resuelve adecuadamente las situaciones críticas.					
Jerarquiza los problemas según prioridades.					
Tiene criterio para solicitar interconsultas.					
Efectúa los controles de los pacientes internados.					

OBSERVACIONES:

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

2.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN QUIROFANO:

	Casi siempre	A veces	Rara vez	N/O	N/C
Demuestra habilidad técnica en maniobras básicas.					
Realiza maniobras siguiendo las técnicas apropiadas.					
Utiliza estrategias alternativas ante la imposibilidad de llevar adelante el plan original.					
Sigue el procedimiento con atención.					
Controla con celeridad las complicaciones intraoperatorias.					
Reconoce sus limitaciones consultando ante eventos que no puede manejar.					
Confecciona correctamente informes anestésicos como por ejemplo la Ficha Anestésica					

OBSERVACIONES:

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

**3.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN CONSULTORIO DE EVALUACION
PREANESTESICA:**

	Casi siempre	A veces	Rara vez	N/O	N/C
Realiza un interrogatorio adecuado.					
Realiza con idoneidad la semiología de la vía aérea, columna lumbar, etc.					
Interpreta los estudios complementarios					
Demuestra conocimientos a la hora de definir el pedido de nuevos estudios complementarios.					
Sostiene una buena comunicación con el paciente.					
Establece una buena relación médico-paciente.					

OBSERVACIONES:

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

4.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN GUARDIA EXTERNA:

	Casi siempre	A veces	Rara vez	N/O	N/C
Jerarquiza los problemas según prioridades.					
Adopta actitud proactiva en la resolución de problemas.					
Propone a sus superiores los algoritmos a seguir.					
Toma decisiones de acuerdo a su grado de responsabilidad.					
Prepara correctamente los recursos materiales a utilizar.					
Demuestra conocimientos y habilidades para el manejo de potenciales complicaciones, siempre de acuerdo a su nivel de formación.					
Se relaciona correctamente con el resto del equipo tratante.					

OBSERVACIONES:

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

5.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADEMICAS:

	Casi siempre	A veces	Rara vez	N/O	N/C
Realiza presentaciones claras y precisas					
Integra y jerarquiza la información presentada basándose en la bibliografía pertinente.					
Participa en las discusiones médicas					
Interviene en la elaboración de trabajos científicos					
Lee y se mantiene informado sobre temas de su especialidad.					

OBSERVACIONES:

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

6.- EVALUACION DEL DESEMPEÑO COMO SUPERVISOR:

	Casi siempre	A veces	Rara vez	N/O	N/C
Supervisa la confección de informes o Fichas Anestésicas.					
Supervisa el trabajo de guardia y es referente de consulta					
Orienta la adquisición de conocimientos					
Atiende las necesidades del supervisado.					
Se involucra en la organización de las tareas comunes a la Residencia.					

OBSERVACIONES:

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

CONCLUSIONES:	AS	S	PS	I
1.- DESEMPEÑO EN SALA				
2.- DESEMPEÑO EN QUIROFANO				
3.- DESEMPEÑO EN CONSULTORIO				
4.- DESEMPEÑO EN GUARDIA EXTERNA				
5.- DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADEMICAS				
6.- DESEMPEÑO COMO SUPERVISOR				
7.- ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD				
EVALUACION GLOBAL DEL DESEMPEÑO				

NOTA GENERAL: _____ PUNTOS

CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS AL MEDICO RESIDENTE

Firma y sello del Médico Evaluador
Residente

Firma y sello del Médico

Firma y sello del Jefe de Servicio
Comité

Firma y sello del Secretario del

o Coordinador de la Residencia

de Docencia e Investigación

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jefe de Gobierno

Ing. Mauricio Macri

Vice- Jefa de Gobierno

Lic. María Eugenia Vidal

Ministro de Salud

Prof. Dr. Jorge Lemus

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Prof. Dr. Gabriel Novick

Directora General de Docencia e Investigación

Prof. Dra. Kumiko Eiguchi

Director de Capacitación y Docencia

Dr. Ricardo Rodríguez a/c

Asesora pedagógica

Lic. Patricia Rodríguez

Representante de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA)

Dr. Alejandro Haidbauer

Buenos Aires 29 de Diciembre de 2011, Resolución 2293-MSGC/2011.

Convalida el programa del ciclo lectivo 2007, iniciado el 1 de junio.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

ANEXO III

Sra. Inspectora General de Justicia

Dra. Debora **COHEN**

ALICIA B. PIERINI, en mi carácter de Defensora del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, junto con mis letrados patrocinantes, la **Dra. Susana Lilian Ayala Ferraro** (Tº2 Fº187 CSJN) y el **Dr. Duilio Ferlat** (Tº71 Fº904 CPACF), constituyendo domicilio legal en la calle Venezuela 842, de esta Ciudad de Buenos Aires, respetuosamente me presento y digo:

I.- REPRESENTACION Y OBJETO

Que la suscrita fue designada para el cargo de Defensora del Pueblo (Titular) de la Ciudad de Buenos Aires mediante la Resolución N° 314/03 de la Legislatura porteña. A los fines de acreditar esta circunstancia se acompaña la copia del Boletín Oficial del 9 de diciembre de 2003 donde consta la referida designación. En el supuesto de que fuera desconocida la legitimación, solicito se libre oficio a la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires a los efectos de corroborar la información. (acompañó documentación letra “A”).

Que en el carácter invocado vengo a formular denuncia en defensa de los derechos humanos fundamentales y demás derechos, entre ellos, la salud pública de los habitantes de esta Ciudad, contra la Asociación Civil “Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires”(AAARBA) , inscripta en el RPC con fecha 28/09/64, bajo la Resolución N° 1604, con domicilio en la calle Aranguren N° 1323, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Que esta denuncia persigue que se investigue a la mencionada Asociación por exceder su marco de actuación conforme su personería y objeto, desvirtuando el reconocimiento otorgado por el Estado, y en su caso, de comprobarse lo denunciado, se proceda a su urgente intervención en virtud de los argumentos de hecho y de derecho que se expondrán.

Que como más adelante amplío, actúo en cumplimiento de la obligación legal de defender y proteger los derechos e intereses individuales, colectivos y difusos tutelados en la Constitución Nacional (art. 42, 43, 86), la Constitución de Buenos Aires (art. 137, 2do. y 3er. párrafo;

"2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia"

art. 46; art.20), y las leyes respectivas (art. 52, 53 Ley 24.240; art. 13 inc. h y conc. Ley 3 de la Legislatura de Buenos Aires), frente a la gravedad de los hechos y conductas desplegadas por la AAARBA bajo el velo de una asociación civil.

II.-LEGITIMACION ACTIVA

Que la legitimación de la suscrita tiene antecedentes institucionales que parten de mi antecesor en el cargo, con claros fundamentos en la Ordenanza 40.831, que creó la entonces Controladuría General Comunal de la que esta Defensoría es continuadora, que señalaba como misión fundamental del Controlador (Ombudsman) -hoy Defensoría del Pueblo de la Ciudad-, la defensa de los derechos e intereses legítimos y difusos de los habitantes (art. 1 y 2).

Que esta función y su legitimación fueron avaladas por la Excm. Cámara Nacional en lo Civil, Sala K, causa 84069, autos "Cartañá Antonio y otro c/Municipalidad de la Ciudad de Bs.As. s/Amparo", y ratificada por la Corte Suprema Nacional en los mismos autos, en fallo del 7 de Julio de 1993, Expte. C- 373/92 RHE.

Que estando ya reconocida esta legitimación para obrar en representación de los intereses colectivos y difusos de afectación a la comunidad, directa o indirectamente involucrada, la reforma constitucional de 1994 en el art. 43, 2da. parte, vino a establecer con relación a la acción de amparo, que: "Podrán interponer esta acción... en lo relativo a los derechos que protegen al usuario y al consumidor ... así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el Defensor del Pueblo y las asociaciones que propendan a esos fines...".

Que más aún, al sancionarse la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires el 1º de Octubre de 1996, quedó ratificado clara y expresamente en sus arts. 14 y 137, la legitimación procesal por los intereses difusos, y el amparo colectivo ya introducido por la Constitución Nacional según surge del art. 43 citado (ver Morello-Vallelín, "El Amparo Régimen Procesal", Ed. Platense, 1998, p g. 339 y ss.).

Que la doctrina resulta pacífica al entender la legitimación activa del Defensor del Pueblo, por lo que resulta inequívoco interpretar que los arts. 41, 43 y 86 de la Constitución Nacional, arts. 14, 26, 27 y 137 de la Carta Local, dan lugar a la adecuada instrumentación de los aspectos relacionados a la legitimación para el ejercicio de la tutela individual y colectiva.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Que la Institución tiene rango constitucional en la Ciudad, siendo su norma operativa la Ley Nº 3 de la Legislatura Porteña. En efecto, el art. 13 inc. h, dispone que podrá promover acciones administrativas y judiciales en todos los fueros inclusive el Federal. Asimismo tiene legitimación para interponer la acción prevista por el art. 113 inc. 2 de la Constitución de la Ciudad y sus normas reglamentarias, contra la validez de leyes, decretos y cualquier otra norma de carácter general emanada de las autoridades de la Ciudad anteriores o posteriores a la sanción de la Constitución de la Ciudad, para determinar si son contrarias a la misma o a la Constitución Nacional.

Que asimismo, también en el referido marco deben ser consideradas las disposiciones de la Ley 24.240 que protege en general los derechos de los consumidores y usuarios de los servicios privados y públicos.

Que así la Ley 24.240 se integra con las normas específicas relativas a los servicios de salud y se derivan y se subordinan a las garantías constitucionales expresas (art. 42 y 43 de la CN y 46 y conc. de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires).

III.-LEGITIMACION PASIVA:

*Que la **Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (AAARBA)** es un ente jurídico constituido bajo la forma de “Asociación Civil”, que persigue, en el marco de su objeto estatutario y de las normas que la regulan, el beneficio común de todos y cada uno de sus asociados, y el bien común de la sociedad en su totalidad.*

Que la AAARBA nuclea a médicos anestesiólogos y según su objeto, busca el perfeccionamiento académico y científico de esos profesionales y de la anestesiología como rama de la ciencia médica; desenvolvimiento con clara vinculación a la salud pública general de la población.

Que la AAARBA organiza y dirige los cursos de especialización, requisito previo y obligatorio para obtener el título de la especialidad de Anestesiología y Reanimación. Es la única entidad que capacita en las residencias en anestesiología, y sus asociados acceden, en virtud de los contratos y convenios firmados por la entidad, a desempeñarse en los hospitales públicos y sanatorios o clínicas privadas.

IV- ANTECEDENTES

Corrientes 640, Piso 6º - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. 4321-3700 / 4323-3388/6967/1796 – Fax 4325-5047

161

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Que originalmente la Constitución Nacional de 1853/60 no mencionaba en sus disposiciones el derecho a la salud. Sólo podía ser considerado como un derecho implícito acogido en el art. 33 del mencionado cuerpo legal.

Que a partir de la Convención Constituyente de 1994 se produjo un cambio sustancial en lo que atañe a la protección del derecho a la salud de los habitantes de la República Argentina. En primer lugar, la incorporación de una larga serie de pactos internacionales en materia de Derechos Humanos al texto de la Ley Fundamental (art. 75 inc. 22 C.N.) determinó su reconocimiento explícito. En segundo lugar, este reconocimiento vino acompañado por el trazado, por supuesto a grandes rasgos, de un verdadero programa sanitario con rango o jerarquía constitucional del que no pueden apartarse ni el legislador ni la administración. Este programa constitucional establece con claridad como deben ser encaradas las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y organizados los servicios de modo tal de asegurar a las personas un trato equitativo en condiciones de igualdad. En tercer lugar, el reconocimiento constitucional de los derechos del usuario y del consumidor (art. 42 C.N.) y el establecimiento de garantías para su ejercicio (art. 43 C.N.) determinó la existencia de una serie de mecanismos muy precisos para hacer posible el acceso en condiciones de igualdad a los servicios de salud.

Que basta la lectura de los referidos instrumentos internacionales para advertir los alcances que tiene este derecho en el orden jurídico argentino.

Que la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece en el art. IX el “Derecho a la Preservación de la salud y al bienestar”.

Que la Declaración Universal de Derechos Humanos determina (art. 25, entre otros) el derecho a la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece en el art. 12 “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y expresamente la obligación de asegurar “La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” y “La creación en condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Que la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial determina en el art. 5 punto IV “El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

Que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer establece en el art. 12, la atención médica igualitaria entre hombres y mujeres.

Que la Convención sobre los Derechos del Niño determina en el art. 24 que los Estados deben reconocer “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación” de los niños.

Que la decisión de garantizar el derecho a la salud no es un acto gracioso de los gobernantes sino una obligación para con su pueblo establecida por el Derecho nacional e internacional. En este sentido, los individuos tienen el derecho de exigir a los gobernantes el cumplimiento efectivo de estas obligaciones y de denunciar internacionalmente a los que son renuentes a hacerlo.

Que en esta instancia, es esa Inspección General de Justicia el órgano representativo de la responsabilidad del Estado en relación al presente caso para garantizar que no se vulnere el ejercicio del derecho a la salud.

V - HECHOS FUNDANTES DE LA DENUNCIA

Que esta Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires informó públicamente la gravísima situación que sufre el sistema de salud pública de la Ciudad.

Que esta situación que históricamente respondió a diversas causales, actualmente se produce por la falta de médicos anestesistas, motivo por el cual miles de cirugías no se pueden realizar. Esta misma situación se repite en los hospitales del Gran Buenos Aires.

Que en los hospitales de la Ciudad los quirófanos se encuentran trabajando sólo con urgencias por la falta de anestesistas, con mucha demora para las cirugías programadas. A

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

modo de ejemplo, hay 4.000 niños con cirugías de alta complejidad demoradas en el Hospital Ricardo Gutierrez y otros miles en diversos hospitales.

Que una situación similar se sufre en los hospitales bonaerenses, que quedaron con planteles reducidos de anestesistas como consecuencia de casi seis meses de conflicto con el Gobierno de la Provincia.

Que la demora se produce por la actitud que la entidad que nuclea a los anestesistas mantiene en relación con las autoridades de salud de ambas jurisdicciones.

Que como señaló públicamente este organismo, la oferta de anestesistas es totalmente insuficiente para cubrir la necesidad de los hospitales públicos, y ante la gran demanda, esos profesionales optan por ir a la actividad privada. Hay por ende una reducción de colaboración, que se manifiesta en un alto ausentismo.

*Que la **Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires** (AAARBA) desarrolla su vida dentro del ambiente médico, ligado en forma directa con la salud pública.*

Que en efecto, según lo expone en su objeto asociativo, la Asociación nuclea a médicos anestesiólogos y busca el perfeccionamiento académico y científico de esos profesionales y de la especialidad como rama de la ciencia médica.

Que no obstante la capacidad jurídica reconocida por el Estado, la Asociación se ha arrogado facultades que exceden su marco de actuación, desvirtuando su objeto social y el reconocimiento otorgado.

Que la Asociación, alterando su objeto social, se arroga facultades gremiales al intervenir, en representación de sus asociados, como monopolio que fija extorsivamente los aranceles que cobran sus profesionales. En efecto, ante la carencia de profesionales, los hospitales y sanatorios deben obligadamente recurrir a esta Asociación quien negocia honorarios exorbitantes para sus asociados.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Que es evidente que tal posición vulnera el fin legal de bien común que siempre deben perseguir las asociaciones civiles como requisito propio de su reconocimiento Estatal y capacidad legal.

Que la Asociación que nuclea a los anestesistas, que debe perseguir el bien común, ejerce facultades que no posee, impidiendo a sus asociados a prestar servicios en centros médicos asistenciales o jurisdicciones que no tratan con la Asociación, generando boicots y paros, provocando caos en la vapuleada salud pública.

Que esto es así pues mediante el abusivo ejercicio de facultades, la Asociación se ha logrado adueñar de las relaciones –en forma directa o indirecta- con las diversas instituciones asistenciales públicas o privadas, que ante el temor de verse impedidas de prestar el servicio público, terminan accediendo a las exigencias –económicas- de la Asociación. Es decir que ante la potencialidad de no poder brindar el servicio a la comunidad, los entes prestadores de salud, acceden a otorgarle a la Asociación la exclusividad en la designación y manejo de los recursos humanos, sin que pueda atribuirse tal facultad a ningún parámetro de legalidad.

Que esta conducta monopólica y abusiva fue verificada por la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia, que en una causa iniciada por sanatorios de la Ciudad de Buenos Aires, en la que se denunció que la Asociación que agrupa el 95 % de los anestesiólogos de la Ciudad, había decidido un aumento de los aranceles en los servicios de anestesiología.

Que la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia entendió que la AAARBA había promovido un boicot consistente en la interrupción de los servicios de anestesiología a los Sanatorios denunciantes, dictando una medida cautelar a fin que la Asociación cese en las conductas denunciadas.

Que uno de los objetos de la Asociación es el de alentar la formación de más profesionales de la especialidad, capacitarlos y prepararlos con tal fin.

Que sin embargo, la AAARBA no cumple con sus normas estatutarias ya que no estimula el ejercicio de la anestesiología, ni se encuentra dictando las residencias de especialización en la cantidad que son necesarias; además tampoco asiste al Estado a formar los anestesistas que se requieren. El problema planteado es netamente económico: la AAARBA ejerce un monopolio al controlar la capacitación de los residentes manteniendo una reducida cantidad de

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

profesionales, todo con el propósito de sostener una oferta inferior a la demanda de sus servicios aprovechando así de los altos honorarios. No hay otra especialidad médica con semejante lobby profesional.

Que es pública la posición del Consejo Federal de la Salud en cuanto declaró que se debe garantizar un adecuado servicio de salud para toda la población y que las actitudes monopólicas de las entidades que nuclean a los profesionales de la anestesiología ante el déficit de dichos especialistas ponen en peligro una especialidad crítica.

Que en efecto, la AAARBA ha logrado que a los fines de obtener el título de la especialidad de Anestesiología y Reanimación, los profesionales médicos interesados, deban asociarse y realizar como requisito previo y obligatorio para obtener dicho título, el curso superior que sólo puede ser dictado por la Asociación. De este modo únicamente pueden obtener el título de especialistas, aquellos profesionales que aprueben el curso superior dictado por la propia Asociación.

Que las conductas denunciadas vulneran los artículos 14, 18 y 19 de la Constitución Nacional. Esta Asociación Civil resulta monopólica y atenta contra la libertad de trabajo de los anestesiólogos, pero fundamentalmente atenta contra un derecho humano fundamental: la vida y la salud humana, violentando normas básicas de los Convenios Internacionales sobre Derechos Humanos, hoy con jerarquía constitucional.

Que el Código Civil supedita el otorgamiento de la personería jurídica a que la asociación tenga por objeto el bien común, condición esencial, razón de ser y el objetivo a alcanzar para obtener reconocimiento del Estado, que le otorga a la entidad la autorización para funcionar.

Que la solicitud al Estado de personería jurídica supone que se ha constituido una entidad con objetivos claros y precisos, cuyo elemento esencial es el bien común al que se equipara con el interés público, el de toda la comunidad.

Que en definitiva, esta denuncia persigue que esa Inspección General de Justicia adopte las medidas necesarias de fiscalización y control sobre la Asociación Civil “Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires”(AAARBA), a los efectos de hacer cesar todas las irregularidades denunciadas en clara violación de su objeto social y en

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

desmedro de la salud pública de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, disponiendo en su caso la intervención de la citada Asociación, y/o la eventual cancelación de la personería jurídica.

VI - CONEXIDAD

*Que habiendo tomado conocimiento de similar denuncia ante esa Inspección General de Justicia contra la **Asociación Civil “Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires”(AAARBA)**, bajo expediente Número correlativo 359835, expediente N° 57179, se solicita que la presente tramite en conexidad con la misma, y la prueba allí ofrecida se tenga por reproducida en la presente.*

VII - PRUEBA

Que ofrezco la siguiente prueba, sin perjuicio de ampliarla en lo sucesivo:

1. Documental:

- Resolución N° 314/03 de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, donde la suscrita fue designada para el cargo de Defensora del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.
- Copia del Informe sobre la inspección al Hospital Gutierrez de esta Ciudad, realizado por el Area de Derecho a la Salud e Integración Social de esta Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, producido en la Actuación 574/07 motivada en denuncias por las demoras en las cirugías por falta de médicos anestesiólogos.

2. Informativa

Para el caso de necesidad, se libre oficio a los diarios La Nación, Clarín, Perfil, Diario Popular, Infobae y Noticias Urbanas, a los efectos que se acompañe copia de los artículos publicados sobre el tema.

VIII - DERECHO

Que fundo el derecho que me asiste y protege los derechos que defiendo en las normas citadas en el texto y en la Ley 22.315 y respectivo Decreto N° 1493/82.

IX - PETITORIO

Por lo expuesto, solicito:

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

- 1. Se me tenga por presentada en el carácter invocado, y por constituido el domicilio legal.*
- 2. Se adopten las medidas necesarias de fiscalización y control sobre la Asociación Civil **“Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires” (AAARBA)**, a los efectos de hacer cesar todas las irregularidades denunciadas en clara violación de su objeto social y en desmedro de la salud pública de los habitantes de la Ciudad de Buenos.*
- 3. Se disponga la intervención de la citada Asociación, y/o su eventual cancelación de la personería jurídica.*

Proveer de conformidad

SERA JUSTICIA

ANEXO IV

Sentencias de Primera y/o Segunda Instancia de las causas detalladas en el Punto 7.2

“Asociación de Anestesia, Analgesia, y Reanimación de Buenos Aires contra GCBA sobre Amparo (Art 14 CCABA)”, Expte: 6441 Buenos Aires, junio de 2003. VISTOS: Estos autos, para resolver sobre el recurso de apelación interpuesto y fundado a fojas 75/6 por el actor, cuyo traslado fue contestado a fojas 83/84, contra lo resuelto en la instancia anterior a fojas 71; y Considerando: 1. Que a fojas 71 el **Sr. Juez a quo tuvo por desistido del proceso al actor** e impuso las costas en el orden causado. A tal fin, señaló –en primer lugar- que las costas del proceso de amparo deben imponerse al vencido, salvo si antes del plazo fijado para la contestación del informe requerido a la autoridad responsable cesa el acto u omisión en que se fundó su promoción. Seguidamente destacó que habiendo cesado las causas que fundaron la deducción de esta acción antes de haberse corrido traslado, las costas –por aplicación del artículo 65 CCayT- debían imponerse en el orden causado. 2. Que de esa decisión se agravia el actor, pues considera que pese a esa circunstancia corresponde imponerlas al accionado. Refiere que “la demandada no procedió espontáneamente a dar solución al grave problema al que había expuesto la salud de sus beneficiarios y afiliados. Lo hizo judicialmente forzada por la medida cautelar sabiamente adoptada en autos”. Agrega que “sería absolutamente injusto que [...] deba soportar las costas irrogadas por la actuación que se vio obligada a tomar en esta acción y totalmente desanimante para emprender futuros intentos de salvaguarda del bien común a asociaciones de [su] índole el saber que deberá sufragar los gastos causídicos inherentes a su actuación”. Finalmente, destaca que “si la acción de amparo debió iniciarse ello fue por la conducta insensata de las autoridades de la demandada” por lo que es “obvio que debe ser ella quien cargue con las costas del presente proceso”. 3. Que corrido su traslado, el demandado solicitó se declare desierto el recurso de apelación. En subsidio, sostiene que el actor no funda la razón o motivo por el cual el Sr. Juez a quo debió apartarse de lo previsto por el artículo 14 de la ley 16.986. Agrega que no solo el hecho que suscitó la promoción de la acción de amparo cesó antes de requerirse el informe previsto por el artículo 8 de la referida ley, sino que –además- el actor desistió del proceso. Por último, indica que en la presentación conjunta de fojas 57, donde ambas partes dieron cuenta del cumplimiento del objeto de la medida cautelar así como de la desaparición del peligro que inspiró la promoción del amparo, el actor nada dijo respecto a la carga de las costas. 4. **Que la parte actora – Asociación de Analgesia, y Reanimación de Buenos Aires- promovió acción de amparo contra la Obra Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el objeto que le ordene “adoptar las medidas funcionarias aptas para conjurar cualquier peligro para la vida o la salud de los beneficiarios de obra social en vista del cese de todo tipo de servicios médicos de anestesiología que se producirá el 31-12-02 conforme el preaviso dado por el conjunto de anesthesiólogos de dicha obra social a la misma el día 02 de diciembre de 2002”. Asimismo requirió el dictado de una medida cautelar consistente en “ordenar a la obra social demandada que con carácter urgente proceda a adoptar las medidas idóneas para contar a partir del día 31 de diciembre de 2002 con un servicio adecuado de prestaciones anestesiológicas para atender al menos las emergencias quirúrgicas estableciendo los mecanismos necesarios para efectuar derivaciones de las que presumiblemente no se está en condiciones de atender”**. A fojas 45/46 el Sr. **Juez a quo hizo lugar a la medida cautelar solicitada, la que una vez notificada a la demandada**

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

motivó la presentación conjunta de fojas 72 donde se da cuenta de la desaparición del “peligro inminente que inspiró la promoción de la acción de amparo”. Luego, ante el requerimiento del magistrado de las medidas adoptadas a fin de cumplir con la cautela ordenada, la accionada dio cuenta de la entrega al actor de dos cheques por la suma de cien mil pesos (\$100.000). Posteriormente, el actor desistió de la acción de amparo y solicitó se impongan las costas al demandado, a lo que se opuso esa parte, lo que motivó el dictado de la decisión apelada. 5. Que sentado lo expuesto, es preciso recordar que el artículo 14 de la ley 16.986 establece que “Las costas se impondrán al vencido. No habrá condena en costas si antes del vencimiento del plazo fijado para la contestación del informe a que se refiere el art. 8 cesara el acto en que se fundó la acción de amparo”. Tampoco puede dejar de señalarse que el artículo 67 del ordenamiento de forma prevé que “si el juicio terminase por [...] conciliación, las costas son impuestas en el orden causado”, a lo que a continuación añade que “si el proceso se extingue por desistimiento las costas son a cargo de quien desiste”. Lo que se quiere significar es que aún prescindiendo de la aplicación del artículo 14 de la referida ley, las constancias de autos interpretadas a la luz de las normas sobre costas previstas por el ordenamiento de rito tampoco favorecen la tesitura sostenida por el apelante. Por último, es preciso señalar que aún admitiendo que el objeto del amparo se encaminó a proteger la salud de los afiliados de la demandada, también como consecuencia de su promoción la actora obtuvo el pago de una importante suma que aquélla le adeudaba en concepto de honorarios, de lo que resulta que el interés tutelado no fue ajeno al fin propio de la asociación. Por lo expuesto, el Tribunal RESUELVE: Confirmar la resolución apelada. Las costas de la alzada se imponen al apelante vencido. Regístrese y notifíquese. Oportunamente, devuélvase.

“Asociación de Analgesia, y Reanimación de Buenos Aires contra GCBA sobre Amparo (Art 14 CCABA)”, EXP 9481 / 0 Buenos Aires de diciembre de 2003. Y VISTOS: Estos autos incidentales para resolver el recurso de apelación interpuesto y fundado a fs. 111/118 vta. contra la sentencia de fs. 103/105 vta.; y Considerando: **1. Que la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires (ex asociación de Anestesiología de Buenos Aires) inició acción de amparo con el objeto de que se decrete la inconstitucionalidad del artículo 33 del decreto 1201/982 y se condene a la demandada a abstenerse de ordenar a los anestesiólogos de guardia del Hospital General de Agudos “Abel Zubizarreta” que abandonen la guardia y participen como anestesiólogos en intervenciones quirúrgicas programadas.** En ese contexto, solicitó una medida cautelar dirigida a ordenar a la demandada que con carácter urgente proceda a adoptar las medidas idóneas para que ningún anestesiólogo de guardia sea llamado a participar en operaciones quirúrgicas programadas, de suerte de encontrarse permanentemente en disposición de atender a cualquier paciente que ingrese por guardia con destino a quirófano, debiendo informar dentro de las 24 horas de notificado qué diligencias ha adoptado en orden al cumplimiento de la petición. 2. Que la **señora juez de primera instancia hizo lugar a la medida cautelar solicitada y, en consecuencia, intimó al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a efectos de que por la vía y forma correspondientes proceda a arbitrar los medios para normalizar el funcionamiento del Servicio de Anestesiología del Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta a partir de la notificación del dictado de la medida, garantizando las prestaciones anestesiológicas tanto para las intervenciones programadas como para la guardia hospitalaria.** Para así

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

decidir tuvo en cuenta que resultaba en forma evidente de las constancias de la causa que el servicio de anestesiología del Hospital Gral. de Agudos Dr. A. Zubizarreta se encontraba en un cuadro de anomalía que impedía el normal desarrollo de su función, y que de ello se desprendía la posibilidad cierta de riesgos para la salud de los pacientes que asisten a cirugías programadas, como los que requieran auxilios de emergencia. **Consideró que en esos términos surgía una situación comprometida en cuanto a la responsabilidad profesional de los médicos anestesiólogos, hecho que avalaba prima facie el presupuesto de verosimilitud de su derecho. Recordó las normas que regulan la actividad, en particular que es considerado falta grave abandonar al paciente en cualquier momento de transoperatorio, así como descuidar la observación continua e ininterrumpida del paciente anestesiado, además de que es deber de los médicos anestesiólogos monitorear la actividad eléctrica del corazón durante todo el procedimiento. De tales disposiciones y otras que mencionó dedujo los riesgos en cuanto a la responsabilidad específica del profesional actuante en el supuesto de coexistir simultáneamente una operación programada y otra de urgencia.** Asimismo, a fs 108, la magistrado hizo saber a la demandada que dentro del plazo de tres días de haber sido notificada de la medida debería informar al tribunal los medios arbitrados en cumplimiento de lo dispuesto, modalidades, condiciones y demás circunstancias concernientes a su funcionamiento. 3. Que contra la resolución reseñada la demandada interpuso y fundó su recurso de apelación. Solicitó la revocación de la medida cautelar dictada en base a los siguientes argumentos: a) Falta de legitimación para obrar de la actora. Considera que la asociación actora carece de legitimación para la defensa del derecho a la salud de los pacientes y que tampoco estaría legitimada para actuar en defensa de las condiciones en que sus afiliados cumplen sus prestaciones laborales. Consideró que la legitimación procesal para impugnar la decisión adoptada recae en cada uno de los afectados quienes en el caso tienen un derecho subjetivo, individual y exclusivo, siendo ellos quienes son los titulares de la acción para reclamar el cese de la conducta lesiva. b) Inexistencia de requisitos de procedencia de la medida cautelar. Indica que se ha solicitado la colaboración de los anestesiólogos de guardia pero que en modo alguno se les ha impuesto la obligación de abandonar las actividades para las cuales fueron originariamente contratados, y menos aún, se les ha formulado un requerimiento desmesurado que ponga en riesgo su responsabilidad profesional o la salud de los pacientes. Sostiene que nos encontramos ante una necesidad del servicio que ha requerido una cobertura circunstancial y momentánea de funciones por quienes poseen capacidad profesional para ello. **Argumenta que la solicitud de colaboración se enmarca dentro de los parámetros legales a los que los actores han admitido ajustarse de acuerdo al artículo 33 del régimen de empleo público, y además, dentro de las funciones que han asumido. Sostiene que “anteponer las previsiones contenidas en el código de Ética, como lo pretenden los amparistas, a las necesidades del servicio, a las previsiones contenidas en normas de rango legal (el mentado artículo 33 del Régimen de Empleo Público), constituyen un absurdo jurídico que no pueden convertir en ilegítimo el accionar del GCBA” (fs. 116).** Indica que la oposición de la Asociación a que los médicos de guardia presten la colaboración solicitada pone en severo riesgo la salud de quienes asisten al Hospital Zubizarreta y esa misma oposición, muy al contrario de beneficiar a sus afiliados, podría hacerlos incurrir en responsabilidad profesional en caso de negativa a asistir a un paciente que “circunstancialmente” deba ser asistido en una operación programada. 4. Que entrando al examen de la cuestión

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

planteada, cabe recordar que las medidas cautelares tienden a impedir que durante el lapso que inevitablemente transcurre entre la iniciación de un proceso y el pronunciamiento de la decisión final, sobrevenga cualquier circunstancia que imposibilite o dificulte la ejecución forzada o torne inoperante los efectos de la resolución definitiva. La procedencia de dichas medidas se halla condicionada a que se acredite la apariencia o verosimilitud del derecho invocado por quien la solicita (*fumus bonis iuris*) y el peligro en la demora (*periculum in mora*), que exige la probabilidad de que la tutela jurídica definitiva que la actora aguarda de la sentencia a pronunciarse en el proceso principal no pueda, en los hechos, realizarse, es decir que, a raíz del transcurso del tiempo, los efectos del fallo final resulten prácticamente inoperantes. También requiere, en su caso, una contracautela suficiente por los eventuales perjuicios que pudiera ocasionar a la contraria de haber sido pedida sin derecho. 5. Que en primer lugar cabe resaltar que tal como afirmó la señora juez de grado y no fue negado por la **apelante resultó prima facie probado en autos el cuadro de anomalía en el servicio de anestesiología del Hospital Gral. de Agudos Abel Zubizarreta**. Así a fs. 73 obra una nota subscripta por el Dr. Alejandro Ramos, sub director médico del hospital, dirigida al Jefe del Depto. de Urgencias José Mobilio, a fin de “solicitar colaboración de los anestelistas de guardia en planta, atento a la particular situación actual del servicio de anestesia”. A esos efectos en la mentada nota se invocó el artículo 33 del digesto (AD 460.128) que prevé que “cuando razones de servicio así lo aconsejen, los profesionales y técnicos del Sector de Urgencia deberán colaborar con los Servicios Hospitalarios de su especialidad. Actuarán según las directivas del Jefe de Guardia del Día” (fs. 83). 6. Que en el Estatuto de la Asociación actora glosado a fs. 23, constan como objetivos: “defender los intereses profesionales de sus asociados” (art. 3º, inc. d); “velar por el fiel cumplimiento del Código de Ética de la Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación” (art. 3º, inc. e) (fs 22 vta.). Asimismo, **el Código de Ética de la confederación latinoamericana de sociedades de anestesiología prevé expresamente como una “falta a la ética realizar anestesis simultáneas, entendiéndose por tales aquellas que se practiquen de cualquier tipo que sea, a dos o más pacientes a la vez”** (art. 3. 22, fs. 30 vta.). En tales condiciones, se configuran los requisitos señalados por el artículo 43 de la Constitución nacional, en cuanto reconoce legitimación a sujetos potencialmente distintos de los directamente afectados (Fallos: 320:690; 321:1352) y el conflicto planteado constituye un “caso o controversia” en los términos señalados por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que requiere que se persiga en concreto la determinación del derecho debatido entre partes adversas (Fallos: 275: 282; 308:1489; 313:863, entre otros). Por lo demás, resulta innegable el interés de una asociación representativa de profesionales médicos en el adecuado servicio de salud prestado por sus afiliados, no siendo por lo demás aconsejable, ante las anomalías en el servicio puestas de resalto en el sub examine, esperar que los pacientes que eventualmente sufrieran un perjuicio inicien acciones legales en forma individual. **Además, el hecho de que los médicos puedan iniciar sus reclamos personalmente no quita a la actora la legitimación para reclamar en nombre de sus asociados la normalización del servicio**. 7. Que ello sentado, cabe recordar que desde antiguo se ha señalado que el Estado está obligado a proteger la salud pública (Fallos 31: 273) pues el derecho a la salud está comprometido dentro del derecho a la vida que es “el primer derecho natural de la persona humana preexistente a toda legislación positiva que, obviamente, resulta reconocido y garantizado por la Constitución nacional” (Fallos 302: 1284; 310:112). Así se entendió que en el Preámbulo de la Constitución Nacional “ya se encuentran

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

expresiones referidas al bienestar general, objetivo preeminente en el que, por cierto, ha de computarse con prioridad indiscutible, la preservación de la salud” (Fallos: 278: 313, considerado 15). 8. **Que a partir de la reforma constitucional de 1994 el derecho a la salud se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional en el artículo 75, inciso 22. En este sentido, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estableció que entre las medidas que los estados partes deberían adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, deberían figurar la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas (inc. c). Por lo demás, en el artículo 20 de nuestra Constitución se establece que “El gasto público en salud es una inversión prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad”. En tales condiciones, se infiere que la protección del derecho a la salud en forma oportuna es una obligación impostergable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de inversión prioritaria.** 9. Que en ese contexto cabe resaltar que según las manifestaciones de la actora desde hace años, por diversas causas, el servicio de anestesiología del Hospital Zubizarreta se ha visto reducido en cuanto a sus recursos humanos. En tal sentido la actora relata en su presentación inicial que ante el fallecimiento de los doctores Eduardo Nanut y Eduardo Berta y la jubilación del Dr. Juan Scalonga, no se ha procedido reemplazarlos, sino que se procuró cubrir el servicio recurriendo a los anestesiólogos de guardia. Indicó que la situación superó los límites de lo tolerable cuando la anestesióloga que se encuentra a cargo de la jefatura de Servicio, Dra. Laura Antonelli Varela, anestesióloga de planta que atiende operaciones programadas todos los días hábiles menos los miércoles, quedó embarazada y dejó de ingresar al quirófano. 10. Que por lo demás, es razonable admitir que un médico anestesista que labora en la guardia de un servicio hospitalario deba estar abocado en forma exclusiva a esa tarea, no pudiendo comprometer su labor en cirugías programadas. Parece verosímil admitir que un anestesista no debería estar comprometido en una cirugía programada en el momento de cubrir un servicio de guardia. 11. Que en tales condiciones, resulta fundado lo decidido por la señora juez a quo atento a que prima facie se advierte un comportamiento omisivo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, consistente precisamente en no arbitrar los medios necesarios para dar acabado cumplimiento a su obligación de cubrir adecuadamente las necesidades en materia de personal en el servicio de anestesiología del Hospital Zubizarreta. 12. Que por lo demás, fundamental es resaltar que la recurrente, al tomar debida intervención en autos, no intentó rebatir ninguna de las manifestaciones reseñadas. Sabido es que las decisiones judiciales no pueden limitarse a determinar el justo alcance de las facultades de la administración involucradas en el caso, menos aún al examen de la alegación abstracta de la

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

supuesta injerencia en facultades propias del GCBA, sino que, teniendo en cuenta que los procesos judiciales se integran con una faz de hecho y una de derecho, el control judicial de lo decidido por la administración debe penetrar el examen de los hechos, aspecto esencial que no puede dejarse relegado a su exclusiva órbita. Si bien al tratarse solo acerca de la procedencia de una medida cautelar ese examen no pretende llegar a ser exhaustivo, es necesario que las partes acompañen al tribunal elementos adecuados a efectos de valorar el derecho que les asiste. Es útil destacar que no se encuentra en tela de juicio la potestad del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de implementación de políticas de salud, de empleo público y utilización del presupuesto, así como tampoco se encuentra en tela de juicio el pleno control judicial de las decisiones tomadas al respecto, pero la presentación de fs. 111/118. no logra conmover en modo alguno lo resuelto por la señora juez de primera instancia. En efecto, la demandada limita su presentación a negar legitimación a la asociación actora, y a alegar la ausencia de acto lesivo o deber legal incumplido, pero omite toda referencia concreta al servicio de Anestesiología del Hospital Zubizarreta, sus necesidades operativas y las falencias reseñadas por la a quo así como toda propuesta encaminada a una rápida solución. Cabe señalar que al expresar agravios manifiesta que no se encuentran reunidos los presupuestos de procedencia de la medida cautelar pero ninguna referencia hizo la apelante a los trámites encaminados a la designación de personal faltante. Si bien la prueba aportada podría considerarse no concluyente a los efectos de resolver la cuestión de fondo debatida en el sub examine ante la ausencia absoluta de actividad probatoria de la demandada el material aportado por la actora, más el colectado por la señora juez a quo, se presenta como suficiente para tener por configurada prima facie la verosimilitud del derecho alegado. Por lo demás, como tantas veces se ha reiterado, el dictado de las medidas precautorias no exige un examen de certeza sobre la existencia del derecho pretendido, sino sólo su verosimilitud; aun más, el juicio de verdad en esta materia se encuentra en oposición a la finalidad del instituto cautelar, que no es otra cosa que atender a aquello que no exceda del marco de lo hipotético, dentro del cual agota su virtualidad (Confr. este tribunal, in re “LELOIR DE LANUS AMELIA contra GCBA sobre ACCIÓN MERAMANTE DECLARTIVA (ART. 277 CCAyT)- INCIDENTE-“ sentencia del 20/3/01, y sus citas). 13. Que en lo que respecta al periculum in mora el tribunal considera que se encuentra plenamente configurado atento a las demoras para normalizar el servicio que surgen del expediente, ya que por lo menos es claro que desde septiembre del corriente año la administración omitió arbitrar los medios para salvaguardar la adecuada prestación del servicio, con el consiguiente riesgo a la salud de los pacientes y el de los médicos anesthesiólogos de prestar servicios en condiciones contrarias a las normas de ética de su profesión, lo que más allá de los intentos de la apelante no puede ser minimizado. Por las razones expuestas el tribunal **RESUELVE:** **rechazar el recurso intentado y confirmar la sentencia apelada.** Con costas a la demandada debido a no hallar razones para apartarse del principio objetivo de la derrota. La Dra. Nélide Mabel Daniele no suscribe la presente por encontrarse en uso de licencia. Regístrese, notifíquese y devuélvase.

“Asociación de Anestesia, Analgesia, y Reanimación de Buenos Aires contra GCBA sobre Amparo (Art 14 CCABA)”, EXPTE: EXP 16272 / 0 Ciudad de Buenos Aires, 7 de septiembre de 2005 AUTOS Y VISTOS: I.- A fs. 1/7 la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires promueve la presente acción de amparo contra el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a fin de que **se ordene a la demandada a designar urgentemente en el Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, médicos anesthesiólogos de**

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

guardia activa para cubrir la guardia que comienza a las 8 horas de los días sábados y culmina a las 8 hs. del día siguiente, ello en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 5919/MCBA/93, con costas. Relata que desde que se produjo la renuncia del Dr. Calveiras y el traspaso de la Dra. Patricia Polivoy, no se ha instituido anesthesiologo alguno a efectos de cubrir las guardias señaladas. Sostiene que la ausencia de un médico anesthesiologo pone en riesgo elementales derechos y garantías constitucionales de los que goza la población entre los que se destacan el derecho a la vida y a la salud. Refiere que se encuentran reunidos los requisitos de admisibilidad del amparo, en tanto en virtud del incumplimiento del denunciado existe una situación de riesgo aumentado que no puede ni debe prolongarse. II. A fs. 71/74 la demandada produce el informe previsto en el art. 8º de la ley 16986 y solicita se declare abstracta la cuestión. Señala que en virtud de las constancias del Registro N°4389-SS-05 su parte ha resuelto el reclamo de la accionante. En tal sentido, manifiesta que el concurso público tendiente a seleccionar profesionales médicos especialistas en anestesiología se encuentra en proceso, y que en el marco del Decreto N°1888-GCBA-2001 procedió a designar – en carácter de suplentes – a profesionales de la referida especialidad en el Hospital Ramos Mejía. Entiende, en consecuencia, que no existen actos arbitrarios o ilegales, como así tampoco derechos lesionados, razón por la cual es improcedente el amparo incoado. III. A fs. 159 la suscripta dispuso el libramiento de oficios al Hospital General de Agudos José Ramos Mejía, los que han sido contestados y, Considerando: 1. Dado que al contestar el informe previsto en el artículo 8º de la ley n° 16986, el GCBA no ha cuestionado la vía amparística intentada ni la legitimación de la accionante, no me abocaré al análisis de tales cuestiones, que por lo expuesto las tengo por admitidas y consentidas por la demandada. 2. Me cabe en cambio determinar si la acción ha devenido abstracta, tal como pretende la accionada. Adelanto desde ya que no comparto tal parecer puesto que las constancias del expediente ponen de manifiesto una disociación entre los actos administrativos que presumiblemente resolverían la situación denunciada en el estricto de inicio y la realidad de las guardias del Hospital Ramos Mejía entre las 8,00 del sábado hasta las 8,00 del domingo. **En efecto, si bien se ha acompañado al expediente actos administrativos que dispondrían nombramientos interinos de médicos anestesistas en el Hospital Ramos Mejía - supeditados al resultado del concurso público abierto que tramita por el expediente n° 73542/04 - la respuesta brindada por el nosocomio a los oficios ordenados en autos dan cuenta de que en algunos casos, tales actos no han adquirido eficacia - puesto que sus destinatarios no han aceptados los cargos - y de que en otros, no han sido suficientes como para garantizar que la guardia de los días sábados y domingos esté permanentemente cubierta por algún profesional anestesista.** 3. En tal sentido, del informe obrante a fs. 173 se desprende que: El Dr. Juan Pablo Stigliano no se hizo cargo de la designación dispuesta mediante la Resolución N°868-SS-04, por lo que no ha realizado guardias. La Dra. Lorena Alejandra Schagordsky no se encuentra realizando guardias por haber caducado con fecha 30/09/04 su designación y no haberse hecho cargo de la prórroga de la misma dispuesta a su favor por Resolución n° 391/05. Se informa que la última guardia realizada fue el 15-01-2004. La Dra. Valeria Paula Boschini no se encuentra realizando guardias por haber caducado con fecha 30-09-04 su designación y no haberse hecho cargo de la prórroga de la misma dispuesta a su favor por Resolución n° 391/05. Se informa que la última guardia realizada fue el 28-12-2003. Ello implica que de los cinco profesionales anestesistas que se habrían designado durante el período octubre 2004 - abril 2005 para el Hospital

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Ramos Mejía (conf. fs. 85/93) tres no han asumido sus cargos. Si bien tengo por acreditado que los Dres. Carlos Massoni, Verónica Vellaio y Lucy Baltazar Omonte sí están desarrollando tareas en el Hospital aludido (conf. constancias de fs. 85 y 92/93) ello no sería suficiente para garantizar la cobertura de las guardias de todos los días sábado, tal como pone de manifiesto la copia del libro de guardias obrante a fs. 184/185, que es suficientemente esclarecedora en cuanto a que el día 21/05/05 la guardia del Hospital Ramos Mejía careció de médico anestesista. Si bien no puedo afirmar que esta situación se produzca todos los días sábados, ya que es dable suponer que de haberse repetido la ausencia, la parte actora hubiera solicitado la ampliación de la medida cautelar dictada en este expediente, sí puedo tener por acreditado que la situación denunciada por la parte actora en alguna ocasión aconteció. Ello no solo importa un incumplimiento del deber que estipula el Decreto nº 5919/83 en cuanto a la dotación diaria que debe tener el Departamento de Urgencia del Hospital General de Agudos Ramos Mejía sino que también implica la creación de un riesgo cierto para la salud de población en su conjunto. Siendo ello así, estimo que corresponde hacer lugar a la acción de amparo interpuesta con una finalidad preventiva, esto es, a fin de evitar que la guardia de los días sábado pueda quedar, en alguna oportunidad, desprovista de un anestesista. 4. El derecho a la salud ha sido reconocido a partir de la reforma constitucional de 1994 en el art. 75 inc. 22. En tal sentido, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. El art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la asistencia médica. El mismo tratamiento le otorga el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) . **Por su parte, el art. 20 de la Constitución porteña dispone que “Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente” y que “El gasto público en salud es una inversión prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de la salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención, y rehabilitación gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad”. A su vez, el artículo 21 estipula que la ley Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud. Financia el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privados y los organismos de seguridad social** De todo ello, no puedo más que inferir que la protección del derecho a la salud es una obligación impostergable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de inversión prioritaria. 5. Como señalé anteriormente, por las copias del libro de guardia acompañadas a la causa, **se probó que la guardia del día 21 de mayo del corriente quedo descubierta. Según los dichos de la amparista lo mismo ocurrió con la guardia del día 16 de abril de 2005.** Así las cosas, es adecuado señalar que la vida de las personas y su protección –en particular, el derecho a la salud- constituyen un bien fundamental, que, a su vez, resulta imprescindible para el ejercicio de la autonomía personal (Constitución Nacional, art. 19). Más que un derecho no enumerado –en los términos del artículo 33 de la Constitución Nacional- el derecho a la vida es un valor implícito, toda vez que el ejercicio de los demás derechos que el ordenamiento jurídico reconoce en forma expresa, requiere necesariamente de él y, por lo tanto, lo supone (conf.

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

Cámara del fuero, Sala I, sentencias dictadas en las causas “Lázzari, Sandra I. c/ O.S.B.A.”, y “Soria Jorge Mario c/ GCBA”, del 26 y 30 de abril de 2002, respectivamente). A su vez, la defensa de la salud es una consecuencia de la protección del derecho a la vida, valor supremo en un Estado de Derecho, que en la escala de prerrogativas humanas ocupa el primer puesto (conf. Cám. Cont. Adm. Fed., Sala I, sentencia dictada en la causa “Asociación Benghalensis y otros c/ M° de Salud y Acción Social –Estado Nacional”, del 5 de marzo de 1998) 6. Finalmente y como destaqué al hacer lugar a la medida cautelar solicitada, no puede soslayarse el riesgo que implica para la población en general el hecho de que un hospital carezca de un anestesiólogo de guardia para aquellas cirugías programadas pero sobre todo para las urgencias que podrían producirse. Lo expuesto, y el propósito de evitar que se repiten situaciones como las descriptas previamente, me convencen de hacer lugar a la acción solicitada. En tal sentido, ordenaré al GCBA, a que adopte los recaudos para asegurar la cobertura por médicos anestesiólogos de la guardia que comienza a las 8 horas de los días sábados y culmina a las 8 hs. del día siguiente en el Hospital Ramos Mejía. En tal sentido y para asegurar el cumplimiento de la presente sentencia, ordeno al director del Hospital Ramos Mejía a que en un plazo de veinte (20) días, informe al tribunal, qué profesionales anestésistas cubrirán dichas guardias hasta el 31 de diciembre de 2005 o hasta que se designen a los médicos ganadores del concurso público abierto que tramita por el expediente n° 73542/04. Deberá indicar concretamente, nombre, apellido y horario a cumplir tanto por quienes se designen como titulares como por quienes se nombren como suplentes o reemplazantes, para el caso que los titulares no pudieran hacerse cargo de la guardia. 7. En última instancia entiendo que frente a los derechos constitucionales en juego –derecho a la vida y a la salud de la población de la ciudad de Buenos Aires- lo único que podría endilgarse a la presente resolución es que ella resultaría inocua por cuanto –de todos modos, y como es debido- la Administración habrá de obrar conforme a la legalidad. Por todo lo expuesto, **RESUELVO: Hacer lugar a la acción de amparo intentada y consecuencia, condeno al GCBA, a que adopte los recaudos para asegurar la cobertura por médicos anestesiólogos de la guardia que comienza a las 8 horas de los días sábados y culmina a las 8 hs. del día siguiente en el Hospital Ramos Mejía. A fin de asegurar el cumplimiento de la presente sentencia, ordeno al director del Hospital Ramos Mejía a que en un plazo de veinte (20) días, informe al tribunal qué profesionales anestésistas cubrirán dichas guardias hasta el 31 de diciembre de 2005 o hasta que se designen a los médicos ganadores del concurso público abierto que tramita por el expediente n° 73542/04.** Deberá indicar concretamente, nombre, apellido y horario a cumplir tanto por quienes se designen como titulares como por quienes se nombren como suplentes o reemplazantes, para el caso que los titulares no pudieran hacerse cargo de la guardia. **Lo anterior se dispone bajo apercibimiento de aplicar, en caso de incumplimiento, sanciones conminatorias al Director del Hospital Ramos Mejía y a las autoridades de la Secretaría de Salud del GCBA (art. 30, CCAyT).** 3 Con costas a la demandada (conf. art. 62 del CCAyT) 4. Teniendo en cuenta la naturaleza, calidad, eficacia y extensión de la labor profesional desarrollada en autos por los Dres. Anibal Piaggio y Gisella Claudia Vila en el carácter de letrados apoderados de la actora, considerando el interés económico comprometido y el tipo de proceso regulo sus honorarios en conjunto en la suma de pesos MIL (\$ 1000); (arts. 6, 7, 38, 39 y conc. de la Ley N° 21.839, reformada por la Ley N° 24.432), fijándose para su pago el plazo de diez (10) días. Hágase saber que en oportunidad de depositarse los honorarios deberá agregarse el 1% del

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

monto fijado, equivalente a PESOS DIEZ (\$10) en razón de lo dispuesto por la ley nº 1181. 5. Regístrese, notifíquese a las partes por SECRETARIA y oportunamente archívese.

“ASOCIACION DE ANESTESIA ANALGESIA Y REANIMACION DE BUENOS AI CONTRA GCBA SOBRE OTROS PROCESOS INCIDENTALES”, EXPTE: EXP 17133 / 1 Buenos Aires, 15 de noviembre de 2005. Y VISTOS: Estos autos, para resolver sobre el recurso de apelación interpuesto y fundado por la parte actora —a fs. 68/72— contra la resolución obrante a fs. 57/58 vta., mediante la cual el señor juez de primera instancia hizo lugar a la medida cautelar solicitada. La Sra. Fiscal de Cámara dictaminó a fs. 117/118, propiciando que se confirme el pronunciamiento apelado. I.- **La actora inició acción de amparo contra la Ciudad, solicitando se condene a la demandada a designar urgentemente en el Hospital General de Agudos Jose M. Penna, médicos anestesiólogos de guardia activa para cubrir las guardias que comienzan a las 8 horas de los días sábados y domingos y culminan a las 8 horas del día domingo y lunes, respectivamente.** Asimismo, requirió el dictado de una medida cautelar que, hasta tanto se resuelva respecto del fondo de la cuestión, ordene el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 11, Anexo I del Decreto Nº 5919/MCBA/83, en cuanto establece la cobertura de los cargos de guardia de anestesiología en el referido establecimiento. A fs. 57/58 vta. **dictó sentencia el juez de grado, haciendo lugar a la medida solicitada, por considerar que se encuentran configurados los requisitos de verosimilitud del derecho y de peligro en la demora.** Para así decidir, tuvo en consideración que el derecho a la salud que invocó el actor se encuentra previsto en diversas normas constitucionales y legales las cuales, a su vez, establecen la existencia de una obligación irrenunciable por parte de la Ciudad en lo que respecta a su protección. En consecuencia, la mera presunción de su puesta en riesgo resulta, a criterio del a quo, suficiente para tener por verosímil el derecho invocado. Por su parte, en lo que respecta al peligro en la demora, el sentenciante entendió que éste es evidente, toda vez que la insuficiente dotación de anestesistas conlleva un elevado riesgo para la salud de quienes deben someterse a intervenciones quirúrgicas. A fs. 68/72 la accionada interpuso recurso de apelación, el que motiva la intervención de esta Alzada. II. Con respecto a las medidas cautelares en el proceso contencioso-administrativo la doctrina, la jurisprudencia y la legislación tradicionalmente han exigido como recaudos de admisibilidad la verosimilitud del derecho, el peligro en la demora y la no afectación del interés público, sin perjuicio de la complementaria fijación de una contracautela (esta Sala, in re “Rubiolo Adriana Delia y otros c/ G.C.B.A. s/ Amparo”, expte. nº 7; “Carrizo, Atanasio Ramón c/ G.C.B.A. s/ Medida cautelar, expte. nº 161/00; “Salariato, Osvaldo c/ G.C.B.A. s/ Impugnación de actos administrativos s/ Incidente de apelación-medida cautelar”, expte. nº 1607/01, “Casa Abe S.A. c/ G.C.B.A. s/ Acción meramente declarativa-art. 277 CCAyT) s/ Incid. apelación contra resolución de fs. 108/9 y aclaratoria de fs. 119” expte. 271, entre muchos otros precedentes). Estos requisitos fueron receptados y regulados, con sus peculiaridades, en la ley procesal local. Así, el art. 177, CCAyT, establece que las medidas cautelares son todas aquellas que tienen por objeto garantizar los efectos del proceso. Por su parte, la referida previsión agrega que aquel que tuviera fundado motivo para temer que durante el tiempo anterior al reconocimiento judicial de su derecho, este pudiera sufrir un perjuicio inminente o irreparable, puede solicitar las medidas urgentes que, según las circunstancias, fueran más aptas para asegurar provisionalmente el cumplimiento de la sentencia, aún cuando no estén expresamente reguladas II. Asimismo, el mencionado artículo 177 del CCAyT también admite expresamente el dictado de medidas cautelares de contenido positivo, aunque lo peticionado coincida con el objeto sustancial de la

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

acción promovida. No obstante, pero los recaudos que hacen a la admisibilidad de esta clase de medidas deben ser analizados con mayor prudencia, habida cuenta de que podrían configurar un anticipo de jurisdicción anterior al dictado del fallo final (CSJN, 10/12/1997, “Garré, Alfredo A. C/ Dirección General Impositiva”, LL, 1999-E-940; esta Sala, autos “Triay, Roberto Oscar c/ GCBA s/ Amparo”, del 24/11/00). De allí que se haya afirmado que “la aplicación de medidas cautelares innovativas, dados sus particulares efectos, debe juzgarse con criterio restrictivo y excepcional, determinando la concurrencia fáctica de los presupuestos a observar para el dictado de toda medida cautelar así como de uno que le es propio: la posibilidad de que se consume un perjuicio irreparable” (Falcón, Enrique M., Código Procesal Civil y Comercial de la Nación anotado, concordado y comentado, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997, t.V, pág. 108, nota 31). Ello, por cuanto la medida cautelar innovativa no persigue mantener el status existente sino, precisamente, alterar ese estado de hecho o de derecho vigente antes de su dictado. Por otra parte, tal como lo ha puntualizado la Corte Suprema de Justicia de la Nación, las medidas precautorias que persiguen la modificación del estado de hecho o de derecho vigente al tiempo de su dictado –esto es, las medidas innovativas, como la solicitada en este caso- exigen una mayor prudencia en la apreciación de los recaudos que determinan su procedencia (Fallos, 316:1833). Así, toda vez que la medida requerida por los amparistas en el sub examine reviste contenido positivo –por cuanto ésta significa alterar el estado de hecho existente- y, a su vez, coincide con el objeto substancial de la acción promovida –en el caso, que se cubran las guardias anestesiológicas de conformidad con lo establecido en el Decreto N° 5919/MCBA/83-, la demostración de los extremos que demuestran su procedencia debe ser apreciada con especial prudencia. III. Detallado en los considerandos previos el marco normativo y jurisprudencial que habrá de aplicarse en el sub lite a fin de analizar la procedencia de la medida solicitada por los amparistas y concedida por la magistrada de grado, cabe determinar a continuación si, tal como lo sostiene la parte actora, concurren los presupuestos que hacen procedente su dictado, o bien le asiste razón a la accionada y, entonces, la medida decretada en la anterior instancia debe ser revocada. En primer lugar, cabe recordar que tal como la doctrina y la jurisprudencia han señalado, el peticionante debe probar el *fumus bonis iuris*, para lo cual deberá armar los elementos idóneos para producir convicción en el ánimo del tribunal sobre la apariencia de certeza o credibilidad del derecho invocado como sustento de su pretensión (Martínez Botos, Raúl, Medidas cautelares, Universidad, Buenos Aires, 1996, pág. 41, y jurisprudencia allí citada). En efecto, como ya se ha sostenido anteriormente, el peticionante de una medida cautelar no puede quedar relevado del deber de comprobación de la verosimilitud de su derecho (in re, “Stagnaro, José c/ GCBA s/ Impugnación actos administrativos”, EXP 176/0; “Calabretta, Alejandro Antonio c/ G.C.B.A. y otros s/ Amparo, Exp n° 8311/0; Martínez Botos, Raúl, Medidas cautelares, Universidad, Buenos Aires, 1996, pág. 41, y jurisprudencia allí citada). En el presente caso cabe adelantar que, en sentido concordante a lo expresado por la sentenciante de grado, a criterio del Tribunal el accionante ha logrado configurar un grado de convicción tal respecto de la verosimilitud del derecho invocado que, en consecuencia, el dictado de una medida como la requerida ha quedado debidamente justificado. Ello así por cuanto, por un lado y tal como lo expresó el juez a quo, el derecho a la salud se encuentra garantizado en diversas normas de rango constitucional (Artículo 75 inc. 22 CN y 20 y 22 de la CCABA), disposiciones que a su vez establecen una obligación impostergable e indelegable en cabeza de la Ciudad de arbitrar todos los medios conducentes a su resguardo y protección. Por el otro lado, porque el Decreto N° 5919/MCBA/83 establece en los artículos 11, 27 y 31 de

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

su Anexo I que la dotación de anestesistas del Hospital de Agudos José M. Penna debe estar conformada por 2 (dos) profesionales y, asimismo, que las guardias deben ser diarias y por períodos de 24 horas, norma que ha sido incumplida en la práctica por cuanto, tal como surge de las constancias arribadas a la causa, actualmente solamente 1 (un) profesional anestesista se encontraría prestando guardias activas durante los fines de semana. Ahora bien, en relación con este aspecto del decisorio, la accionada se agravia porque señala que ha cumplido con la requisitoria judicial que le fuera dirigida por el juez de grado, a través de la cual se le solicitó que informe los nombres de los profesionales que cubren el servicio de guardia los fines de semana (vid. contestación obrante a fs. 62/66) y que no obstante ello, el sentenciante dictó la medida cautelar requerida por su contraparte, decisión que en ese contexto resulta arbitraria por cuanto prescinde de las constancias de la causa. Corresponde adelantar que el agravio planteado no puede prosperar, ello así, por un doble orden de fundamentos. En primer lugar, es necesario hacer notar que, como pone en evidencia la Sra. Fiscal de Cámara, al momento de dictarse sentencia en la anterior instancia el accionado no había presentado aún el informe que le había sido requerido por el juez de grado, pese a encontrarse ya vencido el término que a tal efecto se le había concedido. En segundo término, aún teniendo en cuenta la información proveída a través de la mencionada contestación - como ya se dijo, presentada extemporánemanete- igual solución se impone por cuanto, a diferencia de lo sostenido por la accionada, de ésta no surge que la manda judicial se encuentre cumplida, sino todo lo contrario. **En efecto, en el referido informe obra una nota del Jefe del Departamento de Urgencias del Hospital Penna en el cual señala que “las guardias de anestesiología de los días sábados y domingos se tiene previsto que serán cubiertas por los Dres. Renée Quinteros los días sábados, y por el Dr. Mariano Fragozo los días domingos”. Es decir, de acuerdo al informe presentado, solamente un médico anestesiólogo, y no dos profesionales -tal como exige el Decreto N° 5919/MCBA/83- se encontrarían en servicio de guardia activa los fines de semana en el Hospital Penna. A ello se suma que, en una nueva presentación (vid. fs. 81), el Director del Hospital informó a la Dirección General Adjunta de Hospitales, organismo dependiente de la demandada, que “el sábado 30 y domingo 31/07 excepcionalmente y con mucho esfuerzo se consiguió médico anestesista de guardia activa”. Es decir, del propio informe presentado por la demandada surge con prístina claridad que la situación de irregularidad y precariedad en la conformación de las guardias anestesiológicas durante los fines de semana no habría sido aún superada, puesto que éstas son cubiertas en forma excepcional y transitoria por el hospital, pero sin que exista al respecto un plan o cronograma fijo de cobertura.** Es evidente entonces que las circunstancias detalladas en los informes antes mencionados no hacen más que corroborar los dichos de la amparista en cuanto a que no se estarían cubriendo las guardias activas de anestesiología del Hospital Penna en la forma prescripta en el Decreto N° 5919/MCBA/83, situación que confiere suficiente verosimilitud –claro está, con la provisoriedad que caracteriza a este estadio de análisis- al derecho invocado por la accionante en sustento de su pretensión cautelar. Es por todo ello que, en el contexto antes descripto, la procedencia de la medida cautelar decretada por el sentenciante de la anterior instancia aparece a todas luces adecuada y encuentra suficiente sustento en las constancias obrantes en el sub lite, razón por la cual los agravios planteados por la accionada en relación con este aspecto del decisorio recurrido no habrán de tener favorable acogida. IV.- En segundo término, también corresponde señalar que, a criterio de esta Sala, también ha quedado demostrado en el sub

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

lite la existencia del segundo de los requisitos previstos en el artículo 177 del CCAYT, esto es, el peligro en la demora. Este presupuesto se identifica con el riesgo probable de que la tutela jurídica definitiva que aquél aguarda de la sentencia a pronunciarse en el proceso principal no pueda, en los hechos, realizarse, es decir que, a raíz del transcurso del tiempo, los efectos del fallo final resulten prácticamente inoperantes (Palacio, Lino E., Derecho procesal civil, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1992, t. VIII, págs. 32 y 34; esta Sala, in re “Ortiz Célica y otros c/ GCBA s/ Amparo s/ Incidente de apelación”, expte. n° 2779). En el sub exámine, en relación con este presupuesto el magistrado de grado ha señalado que la insuficiente dotación de médicos anestesistas conlleva un elevado riesgo para la salud de la población, de manera que la sola presunción de que el hospital no presta ese servicio en forma adecuada reviste extrema gravedad y justifica, entonces, la procedencia de la tutela cautelar. Por su parte, la accionada no ha rebatido estos argumentos en su escrito de expresión de agravios. En efecto, en relación con este punto la demandada solamente se limitó a señalar que no se había demostrado en autos que el transcurso del tiempo que insumiría el dictado de la sentencia podría tornar ilusorio el derecho que la actora dice lesionado. En consecuencia, toda vez que las apreciaciones del apelante no constituyen una crítica concreta y razonada de lo resuelto por el señor juez de primer grado y considerando que los argumentos por éste señalado no han sido eficazmente rebatidos en la expresión de agravios, en este punto el **recurso de apelación debe ser declarado desierto**. En mérito a las consideraciones vertidas, normas citadas, y de conformidad con lo dictaminado por el Ministerio Público Fiscal; el Tribunal **RESUELVE: Rechazar el recurso de apelación interpuestos por la accionada y, en consecuencia, confirmar en todas sus partes la sentencia de grado**. Costas a la vencida (art. 62, CCAYT). Notifíquese a la señora Fiscal de Cámara y devuélvase. Encomiéndase al juzgado de grado el cumplimiento de las restantes notificaciones, conjuntamente con la providencia que haga saber la devolución de los autos.- Se deja constancia de que el Dr. Esteban Centanaro no suscribe la presente por encontrarse en uso de licencia. Carlos F. Balbín Horacio G. A. Corti.

ANEXO V

Expte 35814 /0 Juzgado 1ra Instancia, Fuero Contencioso Administrativo y Tributario. Nº 12

Sentencia de la Sala 2 de la Cámara de Apelaciones, Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, Fuero Contencioso Administrativo y Tributario.-

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de septiembre de 2010 VISTOS; Y CONSIDERANDO: 1.- Que **la Sra. juez de grado, en su sentencia de fs. 177/181, admitió parcialmente la acción incoada por la Asociación de Anestesia Analgésica y Reanimación de Buenos Aires y, en consecuencia, ordenó al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para que en el término de 30 días procediera a acreditar el efectivo cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 2º de la ley nº 2.288.** Para decidir en ese sentido, consideró “... a los fines de ordenar lógicamente el presente proceso, deben en primer lugar diferenciarse las diferentes pretensiones que contiene y que pueden resumirse, conforme el punto II.- Objeto del escrito de inicio, en: **a) ordenar al GCBA que emita los actos administrativos de designación de los Dres. Ezequiel Badino, Rubén Burriel, Ignacio Gardenal Alizabide, Mariana López, Pablo Mori, Juan Pablo Paladino y Alberto Pérez Fernando como anestesiistas de guardia desde la fecha en que comenzaron a prestar sus servicios; b) Asignar retroactividad a la fecha en que comenzaron a prestar servicios a la designación de los Dres. Laura Arnolfo, Leonardo Briosch, Carolina Costantino, Carlos Romero, Silvana San Miguel y Ezequiel Vidal; c) pago de los emolumentos adeudados por haberse desempeñado como anestesiistas de guardia desde el 27/7/2009 (excepto respecto de los Dres. Mariana López y Juan Pablo Paladino, quienes comenzaron el 1/1/09 y el 1/3/09, respectivamente); d) ordenar al GCBA que efectúe una ‘inversión razonable’ en orden a la formación de especialistas en anestesiología**” (v. fs. 177 vta./178). Sentado ello, puntualizó que “... si bien en el Estatuto de la Asociación actora glosado a fs. 17/24, consta como objetivo ‘defender los intereses profesionales de sus asociados’ (art. 3º, inc. d), ello debe entenderse como la facultad de defender los intereses del colectivo de sus asociados, y no individuales de un grupo reducido de ellos, quienes en todo caso deberían accionar en nombre propio (o, en el mejor de los supuestos, generando un litis consorcio activo). En efecto, nótese que las pretensiones contenidas en los puntos a) y b) del acápite precedente –en la medida en que específicamente individualiza las personas que deberían ser designadas o desde qué fecha- sólo guardan interés para los involucrados, y en nada modifican la situación de la Asociación actora, del grupo o clase involucrado (anestesiistas) ni de la comunidad en su conjunto” (fs. 178). Sobre el punto, en suma, concluyó que la **actora no se encuentra legitimada**. Por otra parte, **en relación al reclamo por el pago de salarios caídos, rechazó la pretensión**, por cuanto, a su entender, la vía del amparo excluye la procedencia de reclamos de tipo pecuniario. Cita, en sustento, jurisprudencia de la Corte Suprema y del Tribunal Superior de Justicia de esta Ciudad. Por último, abordó la pretensión referida a la omisión del GCBA en efectuar una inversión razonable en orden a la formación de especialistas en anestesiología. En primer término, consideró legitimada a la amparista y luego la tutela constitucional y supranacional del derecho a la salud. Sentado ello, puntualizó que “... debe tenerse en cuenta que resulta imposible precisar el contenido de la expresión ‘inversión razonable’, particularmente cuando ello apunta a la formación de profesionales de la salud” (v. fs. 180 vta.). Agregó que no obstante ello “... debe tenerse en cuenta que la Ley

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

2288 (prorrogada por la Ley 2651), al momento de establecer la emergencia de los servicios de anestesiología, ordenó al Poder Ejecutivo llamar a concurso para cubrir un número no inferior a cincuenta (50) cargos de residentes médicos en anestesiología (art. 2º). Este mandato legal -señaló el a quo- no fue derogado ni modificado por la Legislatura de la Ciudad” (v. fs. 180 vta., el énfasis es del original). En ese orden, expresó que el Gobierno, en ocasión de contestar demanda, sobre el punto guardó silencio, “... centrando su argumentación en la designación de médicos especialistas en anestesiología titulares y asistentes de guardia” (v. fs. 180 vta.). Pero, a juicio del a quo, “... la designación de estos profesionales (que ya cuentan con sus títulos de especialistas en anestesiología, ver fs. 82, Requisitos), en nada se relaciona con el mandato legal de aumentar el llamado a concurso para el ingreso como residentes (es decir, para que inicien el proceso de formación en la especialidad que los llevará a obtener el título)” (v. fs. 180 vta.). Concluyó que al no “... haberse acreditado el llamado a concurso para ingresar en la residencia en anestesiología en los Hospitales de la Ciudad, no se ha dado cumplimiento con la clara pauta legal que condicionaba la actuación del Ejecutivo en un sentido determinado.” Y agregó que “[l]a realización del concurso dispuesto por Decreto 371/09 no se relaciona con el objeto puntual de la demanda, tendiente a instar la formación de especialistas en anestesiología” (v. fs. 180 vta.). 2.- Que contra lo resuelto apeló y fundó la actora a fs. 182/183 vta. Se agravó porque el a quo “... desinterpretando el petitum que hemos planteado al que ha trivializado como mero pretensor de satisfacción de los intereses pluri-individuales de unos anestesiólogos dejando en la penumbra o, dicho con mayor ajuste a la realidad, desconociendo el interés institucional involucrado” (v. fs. 182). Reitera que su pretensión procura evitar “... la renuncia en masa...” por las condiciones que relata de los anestesiólogos de la Ciudad. Textualmente expresó que “[q]uien no cobra y tiene oportunidades en otros lugares sólo es conjeturable que haga una sola cosa: irse de donde está, cobrarle (ya trabajando y cobrando en otro lado) judicialmente su crédito y proclamar en la revista de mi mandante lo que le pasa al que allí trabaja” (v. fs. 182 vta.). Por último, se agravó por la distribución de costas. 3.- Que el Gobierno apeló y fundó a fs. 185/192. Se quejó, en lo sustancial, por cuanto la Sra. juez de grado falló “extra petita” al exigir el efectivo cumplimiento de las leyes nº 2288 y la nº 2651, afectando su garantía de defensa en juicio. Por lo demás, adujo que dichas normas no se encuentran vigentes. En pocas palabras, entendió la demandada que la actora “... pretendía la titularización de 14 profesionales...” y no la convocatoria a concurso de los residentes (v. fs. 186 vta.). Expresó, por otro lado, que la vía del amparo resultaba inviable, habida cuenta que no existía en el proceder de su parte una conducta que, por acción u omisión, pueda ser calificada de manifiestamente arbitraria o ilegítima. Por último, calificó de arbitrario el pronunciamiento reseñado. 4.- Que el Gobierno contestó los agravios de la actora a fs. 199/202 vta. A su turno, la actora hizo lo propio, a fs. 203/204 vta.. **La Defensoría del Pueblo, por su parte, contestó los traslados conferidos a fs. 206/209 vta.** 5.- Que, por razones de tipo metodológicas, cabe, en primer término abordar el planteo de la parte actora. En tal sentido, corresponde señalar, de manera liminar, que el escrito de expresión de agravios debe consistir en una crítica concreta y razonada contra la sentencia de grado. Ello implica que no basta la mera disconformidad con lo decidido en la anterior instancia, sino que se exige un juicio crítico del recurrente que rebata con sustento jurídico y fáctico el temperamento sostenido en la anterior instancia. La actora, en su expresión de agravios, se limita a discrepar con el juicio empleado por el a quo, sin fundar –siquiera- mínimamente su parecer, introduciendo manifestaciones genéricas que resultan inconducentes a los fines de modificar

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

el temperamento de la Sra. juez de grado. En efecto, aún cuando se pondere el recurso con el criterio amplio que observa esta Sala, la presentación en análisis no cumple con los recaudos exigidos por el art. 236 del CCAyT, por cuanto la laxa reedición de algunos de los argumentos expuestos en el escrito inaugural, constituye una simple consideración inconducente y carente del debido rigor jurídico (Fallos: 310:2278; 311:1989 y 312:1819, entre otros). Así las cosas, **corresponde declarar la deserción del recurso de la actora.** 6.- Que, la demandada, en lo que importa a la suerte del recurso, consideró que el a quo falló extra petita al condenar a su parte a proceder al efectivo “... cumplimiento de lo dispuesto por el art. 2º de la Ley 2288...” (v. fs. 181). En primer término, cabe advertir que este Tribunal cuenta con una desarrollada jurisprudencia tuitiva de los derechos fundamentales, a nivel individual y social (entre muchos otros: esta Sala, in re “Fundación Madres de Plaza de Mayo”, exp. 33474/0, sentencia del 8/6/2010). Sin embargo, el planteo realizado por el pretensor debe ser lo suficientemente claro e idóneo para dejar precisada la conducta del Gobierno que, por acción u omisión, resulte lesiva de los derechos involucrados. Y, naturalmente, la pretensión tiene que estar acompañada de elementos de juicio idóneos, que permitan inferir la conducta constitucionalmente reprochada al GCBA. En autos, en su poco clara presentación inaugural (v. fs. 1/5 y 63/65 vta.) -y sin perjuicio, claro está, del esfuerzo interpretativo realizado por la Sra. juez de grado en su pronunciamiento de fs. 177/181- la actora requirió, textualmente, “... solicitamos que se intime al demandado para que efectúe una inversión razonable en orden a la formación de especialistas en anestesiología” (v. fs. 1). Ante el requerimiento del tribunal de grado para que, entre otros puntos, especifique “... el objeto concreto demandado en autos al cual se refiere cuando solicita la intimación ‘al demandado para que efectúe una inversión razonable en orden a la formación de especialistas en anestesiología’...” (v. fs. 57), la accionante -en su presentación de fa. 63/65 vta.- se limitó a efectuar consideraciones genéricas, tendientes a manifestar que su pretensión se dirigía a la tutela del bien común y referir que “... en más de una oportunidad el demandado, para encubrir su propia negligencia y morosidad, recurrió no solamente a las evitables declaraciones de emergencia a que [hizo] referencia en [su] escrito inicial sino también al socorrido argumento de la morosidad de [su] mandante en la formación de especialistas” (v. fs. 64 vta.). Asimismo, en forma sumamente genérica, expresó que el Gobierno “... retrocede en aportes para la formación de anestesiólogos...” e, insinúa, que el Tribunal debía estimar cuál “... debería ser el presupuesto que cumplimente con el derecho nacional y supra nacional [su] mandante se ha de circunscribir a los desaparecidos Instructores de Residentes” (v. fs. 65). Volviendo a la pretensión inaugural de la actora, cabe señalar que de su detenida lectura no llega a apreciarse -en ningún momento- a qué se refiere con el concepto “inversión razonable en orden a la formación de especialistas en anestesiología”, a la par que no se desprende que hubiese petitionado el efectivo cumplimiento del art. 2 de la ley 2288. Es más, consideró que dicha normativa estatuyó una “pseudo-emergencia” y califica dicho estado de cosas como un “... festival de elusiones de responsabilidad...” (v. fs. 1). Luego, en lo que interesa, textualmente expuso que “[e]s vergonzoso el casi nulo aporte económico que el Estado efectúa para la formación de anestesiólogos. Todo se lo ha dejado al bolsillo y a la vocación de bien público de asociaciones civiles de integración voluntaria.- En suma, se desplaza a los anestesiólogos por la vía oblicua de no nombrarlos y no pagarles...” (v. fs. 2 vta.). Toda la prueba ofrecida (v. fs. 4 vta. y fs. 65) y producida no logra identificar el punto central de qué es lo que se puede entender por “inversión razonable en orden a la formación de especialistas en anestesiología.” 7.- Que, en tal orden de cosas, quien promueve un pleito para la defensa de

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

bienes vinculados, al decir de la actora, con la preservación y resguardo de bienes de interés social, debe, en paralelo, proceder con la responsabilidad que la magnitud de su pretensión contiene, no sólo puntualizando con exactitud el objeto de su demanda sino también ofreciendo e intentando que se produzca la prueba suficiente para su acreditación. En definitiva, **asiste razón al Gobierno cuando manifiesta que la actora no petitionó, tal como lo resolvió el a quo, “... el efectivo cumplimiento de lo dispuesto por el art. 2º de la Ley 2288...” (v. fs. 181), razón por la cual cabe admitir el recurso y revocar el decisorio de grado**, más allá de reconocer el valorable esfuerzo interpretativo hecho por la jueza. Por lo demás, y a mayor abundamiento, es dable apuntar que **tampoco puede considerarse, entonces, la pretensión de ordenar al Gobierno a “una inversión razonable en orden a la formación de especialistas en anestesiología”, cuando no sólo no está mínimamente definido su alcance** ni tampoco hay prueba que, procediendo con prudencia, habilite su análisis y decisión. Por todo lo expuesto, el Tribunal RESUELVE: 1.- Declarar desierto el recurso de la actora. 2.- Admitir el recurso del Gobierno y, por ende, revocar la decisión de grado. 3.- Sin costas, art. 14 CCABA. Regístrese, notifíquese y, en su oportunidad, devuélvase.

ANEXO VI

EL MINISTRO DE SALUD RESUELVE

Artículo 1º.- Apruébase la Licitación Pública N° 2107/SIGAF/2011, al amparo de lo establecido en el artículo 31, primera parte del artículo 32 y concordantes de la Ley N° 2095 y su Decreto Reglamentario N° 754/GCBA/08 modificado por Decreto N° 232/GCBA/10, para la “Provisión de Equipos para Anestesia, con destino a diversos efectores dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

Artículo 2º.- Desestímase la impugnación presentada por la firma DRÄGER MEDICAL ARGENTINA S.A., a tenor de los fundamentos vertidos por la Dirección General Recursos Físicos en Salud y la Comisión de Evaluación de Ofertas.

Artículo 3º.- Adjudícase la Provisión establecida en el artículo 1º a la firma JAEJ S.A., CUIT N° 30-60656652-9, por la suma de pesos ocho millones novecientos ochenta y tres mil doscientos cuarenta (\$ 8.983.240.-) en su oferta base, conforme el siguiente detalle:

Renglón: 1 - Cantidad: 35 - Precio Unitario: \$ 256.664 - Precio Total: \$ 8.983.240.

Artículo 4º.- Desestímense las ofertas de JOSÉ A. BAGUETTE E HIJOS S.A.I.C., CENTRO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS S.A., INSTRUMÉDICA S.R.L., JAEJ S.A. (alternativa) y DRÄGER MEDICAL ARGENTINA S.A. (en sus ofertas alternativas N° 1 y 2), por no cumplir con lo solicitado en el Pliego de Especificaciones Técnicas según informe técnico y con respecto a la alternativa 2 de la última oferente citada, además con fundamento en el artículo 104 incs. e) y g) de la Ley N° 2095.

Artículo 5º.- La erogación que demande la presente gestión se imputa a la correspondiente Partida Presupuestaria de los ejercicios 2011 y 2012.

Artículo 6º.- Autorízase a la Gerencia Operativa Compras y Contrataciones a emitir la respectiva Orden de Compra.

Artículo 7º.- Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, en el sitio oficial de Internet del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Cartelera Oficial del Organismo licitante y para su notificación de conformidad con los artículos 60 y 61 de la Ley de Procedimientos Administrativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y

“2013 – Año del 30 Aniversario de la Vuelta a la Democracia”

demás efectos, pase a la Gerencia Operativa Compras y Contrataciones del Ministerio de Salud.

N° 3806 - 07/12/2011 Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires Página N°42