

“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 anestesis 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 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%)”.</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 anestesta 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.
--	--