

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Ricardo Speranza

BARRERAS DE ACCESIBILIDAD PARA UN PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEJIDAD, EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA NACIONAL

2014

Citar como: Speranza, R. (2014). Barreras de accesibilidad para un procedimiento cardiovascular de alta complejidad, en un hospital público de referencia nacional. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
3.1. Formulación del problema.....	9
3.2. Argumentación y descripción del Problema que se abordará en el trabajo.....	9
3.3. Importancia del tema.....	10
3.4. Definición de Objetivos (General y Específicos).....	12
4. METODOLOGÍA.....	13
4.1. Material y Métodos.....	13
5. DESARROLLO.....	15
5.1. Marco Teórico Conceptual y/o referencial.	15
5.1.1. Definición de LE.....	16
5.1.2. Estructura de las LE.....	17
5.1.3. Factores que condicionan a una LE.....	17
5.1.4. Tiempos de demora y gestión de LE.....	18
5.2. Análisis del Contexto Local en el marco de la Investigación.....	23
5.2.1. Sector Público de Salud. Hospital Nacional Prof. A. Posadas.....	23
5.2.2. Análisis de oferta y demanda de servicios de Salud.....	26
5.2.3. Oferta de un procedimiento cardiovascular en el Hospital Posadas.....	29
5.2.4. Análisis de listas de espera.....	31
6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
6.1. Encuestas. Análisis de datos.....	34
6.2. Relevamiento de Historias Clínicas.....	38
7. DISCUSIÓN.....	42

8. CONCLUSIONES.....	44
9. CONSIDERACIONES FINALES.....	45
10. BIBLIOGRAFÍA.....	47
11. ANEXOS.....	50

ABREVIATURAS.

FR: Factores de Riesgo.

HC: Historia Clínica

CCV: Cirugía Cardiovascular

CRM: Cirugía de Revascularización Miocárdica

EEF: Estudio Electrofisiológico

RF: Radiofrecuencia

LE: Lista de Espera

TE: Tiempo de Espera

Hab: Habitantes

RR.HH: Recursos humanos

H. Posadas: Hospital Posadas

RCV: Recuperación Cardiovascular

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

RV: Reemplazo Valvular

CC: Cardiopatías Congénitas

CDI: Cardiodesfibrilador Implantable

RESUMEN.

Antecedentes.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causas de muerte en países occidentales. El acceso rápido y oportuno ante un evento coronario reduce la incidencia de complicaciones muchas veces letales. Diferentes barreras de accesibilidad son ostensibles a la hora de acceder a la resolución quirúrgica de una patología cardiovascular en el Sistema de Salud Público Argentino. Es por ello que la actual investigación se posiciona desde un Hospital Público de Referencia Nacional, analizando las distintas barreras de accesibilidad, principalmente las relacionadas con la organización, y la problemática que generan las Listas de Espera (LE) en esta población vulnerable con necesidad de solucionar su padecimiento.

Objetivos. Identificar cuáles son los determinantes que provocan la falta de accesibilidad a un Procedimiento Cardiovascular de Alta Complejidad, de personas sin cobertura social, en un Hospital Público de Referencia Nacional.

Material y Método. En esta investigación se desarrolló una metodología de estrategia cualitativa y cuantitativa, admitiendo tres escenarios posibles. Para determinar oferta y demanda de un procedimiento cardiovascular se utilizaron fuentes primarias a partir de las consultas realizadas a diferentes sectores del hospital. Para el análisis de barreras de accesibilidad se utilizó una metodología cuantitativa/cualitativa tomando como unidad de análisis a la población consultante mediante la utilización de un instrumento estandarizado. Por último, la metodología cuantitativa de esta investigación evaluó cual fue el tiempo de espera promedio para realizarse una CCV en el Hospital Nacional A. Posadas, utilizando un diseño de estudio retrospectivo, descriptivo, con análisis cuantitativo, y muestreo al azar.

Resultados.

En el Hospital Nacional A. Posadas la oferta de procedimientos cardiovasculares cubre todo el espectro de la patología cardiovascular. La demanda asistencial en el Hospital es trascendental, atendiendo entre 300.000 a 400.000 consultas anuales, en diversas especialidades, siendo las consultas cardiológicas < del 5% de las consulta ambulatorias.

La principal barrera de acceso para recibir atención en el Hospital, es atribuible al sistema de salud, ya que el 84% de los consultados refirió tener dificultad para obtener un turno programado y/o quirúrgico, y limitaciones para atenderse por los paros hospitalarios. Un porcentaje relativamente bajo alegó que lo económico fuere una causa importante de accesibilidad.

El tiempo de espera para acceder a un procedimiento cardiovascular por cardiología intervencionista fue de aproximadamente 30 días. El promedio de tiempo de espera para una cirugía ambulatoria fue alrededor de 6 meses. La necesidad de resolver (priorización) al paciente internado, la demanda de pacientes de distintos distritos por falta de resolución en los niveles locales, un bajo volumen de procedimientos quirúrgicos, y barreras administrativas (paros hospitalarios) son los condicionantes de retraso a la hora de acceder a una cirugía cardíaca

Conclusiones.

El acceso a un procedimiento cardiovascular en el Hospital Posadas es posible. Diferentes barreras de accesibilidad a una cirugía cardíaca son ostensibles, dentro de las cuales se destacan las administrativas, ya que expresa un problema netamente de la organización. Mejorar los mecanismos de planificación y gestionar de manera más eficiente los medios disponibles parecen ser las medidas más adecuadas para el control de las listas y tiempos de espera para una cirugía cardiovascular.

La posibilidad de tener un **acceso rápido y oportuno** a un centro de salud de alta complejidad es fundamental en individuos que presentan un evento coronario, para reducir la incidencia de complicaciones muchas veces letales. Asimismo la atención adecuada y apropiada de estos pacientes que sobrevivieron a un evento o de aquellos que presentan una cardiopatía avanzada se torna imprescindible.

Diferentes barreras de accesibilidad son ostensibles a la hora de acceder a la resolución quirúrgica de una patología cardiovascular en el sistema público, siendo un problema visible desde hace mucho tiempo presentando una deuda pendiente con los pacientes sin cobertura social. En el sistema privado el acceso a estos procedimientos es más factible, concediendo una respuesta más expeditiva al problema de salud planteado, por parte de las instituciones privadas.

En nuestro país no existe una política pública que abarque esta problemática en la población adulta.

En el trabajo de investigación a desarrollar, para analizar las barreras de accesibilidad a una práctica quirúrgica, se tomará posición desde el Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, un Hospital público de referencia Nacional, con una gran área de influencia, el cual posee un servicio de cardiología intervencionista y de Cirugía Cardiovascular, que brinda a toda la comunidad procedimientos cardiovasculares de alta complejidad.

Durante el desarrollo abordaremos temas inherentes a población bajo responsabilidad programática, oferta y demanda de servicios de salud, recursos humanos y estructura organizacional, que nos permitirá conocer cuáles son los nudos críticos por la cuales la población de más bajo recursos no cuente con un acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud.

Dentro de las barreras de accesibilidad en esta investigación se pondrá particular énfasis a la situación actual de las Listas de Espera (LE) para acceder a un procedimiento cardiovascular de alta complejidad en el Hospital seleccionado, que es un tema relevante ya que como lo demuestran varios estudios la implementación de las mismas en el sector público pone en evidencia un déficit en la gestión de las organizaciones públicas de salud.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

3.1. Formulación del Problema.

Dificultad en el Acceso a un Procedimiento Cardiovascular de Alta Complejidad en el Sector Público de Salud, exteriorizada principalmente por Extensas Listas de Espera.

3.2. Argumentación y descripción del Problema que se abordará en el trabajo.

Existen diversas causas que generan una barrera de accesibilidad a los servicios de salud pública, entre las que se destacan barreras geográficas, temporales, culturales, económicas y administrativas (11).

Las barreras geográficas manifiesta la dificultad de acceso que tienen muchos pacientes por vivir en zonas alejadas, o en zonas rurales no pudiendo beneficiarse de programas preventivos, charlas comunitarias para preservar su salud, y más importante aún de lograr un diagnóstico y un tratamiento en centros de alta complejidad.

Las barreras temporales hacen referencia a aquellos pacientes que no pueden concurrir para una atención médica por causas laborales (carga horaria que coincide con el horario de atención hospitalaria).

Las barreras culturales están relacionadas a creencias en medicinas alternativas, idiomas, etc. En cuanto a las barreras económicas están vinculadas al costo de transporte, al gasto de bolsillo, etc. Esta barrera exhibe que la población de más bajo recursos económicos tiene menos posibilidad de acceder a una atención médica.

Las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios como son los horarios de atención o los turnos entre ellos la implementación de turnos quirúrgicos o LE.

Aunque todas estas barreras pueden coexistir en un país como el nuestro, expresadas en su amplia extensión territorial, la centralización de la atención de salud en las grandes urbes, las diferencias culturales manifiestas principalmente en el norte de nuestro país, y en su importante población de bajos recursos, la actual investigación se enfoca en las barreras administrativas, ya que constituye la causa más relevante en el contexto escogido. Esto implicará el análisis sobre la problemática que generan las LE, ya que

constituye un problema sensible, afectando a personas de bajos recursos con necesidad de solucionar su padecimiento, sin posibilidad de resolución más que en el sector público.

La implementación de LE para procedimientos cardiovasculares, programados (no urgentes), se observan fundamentalmente en los sistemas sanitarios de financiación pública.

Hay países con gran compromiso en mejorar los sistemas sanitarios y buscar equidad en la prestación de los mismos. En España esta búsqueda de equidad se encaminó en diseñar un Plan Integral de Reducción de la Lista de Espera Quirúrgica, con acceso libre de información para el paciente (12).

Diversos estudios han observado que frente a este problema de demanda aumentar la producción (es decir la oferta), o los recursos genera una disminución inicial de la LE, pero con un incremento posterior por mayor número de personas en las listas (a mejor servicio brindado mayor es la espera para un determinado procedimiento) (13).

En nuestro país, hay escasa información esencialmente en la población adulta que es asistida por parte de los sistemas sanitarios de financiación pública, por lo que es muy difícil cuantificar las personas que se encuentran en LE para un procedimiento cardiovascular. Los escasos y desactualizados datos que se conocen obedecen, como se verá más adelante, a registros retrospectivos obtenidos del colegio de perfusionistas (14), y de un relevamiento realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires llevado a cabo por la Defensoría del Pueblo de la Nación (15). No existen estrategias desde el Ministerio de Salud para tratar el tema en la población adulta, por lo que cada hospital gestiona su propia LE de acuerdo al criterio seleccionado.

3.3. Importancia del tema

La principal causa de muerte en países occidentales es la enfermedad cardiovascular. En Argentina el infarto agudo de miocardio es una causa importante de muerte y hospitalización, estimándose en 30.000 internaciones anuales, con una mortalidad intrahospitalaria del 10% en el IAM con supradesnivel del ST (16,17).

Datos epidemiológicos sobre enfermedad cardiovascular en Argentina, revela que (18):

- La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por la edad para hombres y mujeres en 2006 —incluidas las enfermedades coronarias y los accidentes cerebrovasculares— fue de 206,4 por 100 000 habitantes (265,4 por 100 000 hombres y 161,8 por 100 000 mujeres).
- Representa el 34,2% de las muertes y 12,6% de los años potenciales de vida perdidos (APVP) ese año.
- Afecta a un importante número de personas jóvenes, en edad activa y productiva, generando importantes pérdidas económicas.

Aunque estos estudios epidemiológicos muestran que la mayor parte de la carga de la enfermedad en Argentina por enfermedades cardiovasculares está relacionada con FR modificables (evitables), y que podría reducirse mediante intervenciones poblacionales y clínicas basadas en un enfoque de riesgo(18), **es importante resaltar que una vez que el paciente presenta un evento cardiovascular, el mismo tenga la posibilidad a un acceso adecuado a un Centro de alta Complejidad, para un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la patología cardiovascular, disminuyendo la mortalidad por esta causa, logrando de esta manera un acceso equitativo a la atención sanitaria, sin depender de la capacidad de pago del paciente.**

Una de las principales barreras de acceso a un procedimiento quirúrgico en el sistema de salud público, es la implementación de LE por parte de los Centros Asistenciales. Las LE para una Cirugía Cardíaca conllevan a un riesgo incrementado de muerte para el paciente que espera para ser intervenido quirúrgicamente, y que depende del tiempo de espera (TE), tipo de procedimiento, función ventricular, etc.

La mortalidad global en series internacionales publicadas es de 0.48% al 2.6% (19). Es importante remarcar que esta mortalidad es de series cuyo tiempo de espera fue solamente entre 1 y 3 meses. En nuestro país los datos son escasos, pero un relevamiento realizado en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires reportó TE de hasta 3 años no describiendo mortalidad (15).

3.4. Definición de Objetivos: General y Específicos.

Objetivo general.

- Identificar cuáles son los determinantes que provocan la falta de accesibilidad a un Procedimiento Cardiovascular de Alta Complejidad, de personas sin cobertura social, en un Hospital Público de Referencia Nacional.

Objetivos Específicos.

- Analizar demanda y oferta de un procedimiento cardiovascular de alta complejidad
- Conocer el área programática y perfil epidemiológico de la población consultante.
- Estipular el TE para realizarse una cirugía cardíaca que surgirá del análisis del estudio de investigación que utilizará como universo de estudio los pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca en el Hospital Nacional A. Posadas.

4. METODOLOGÍA.

4.1. MATERIAL Y MÉTODOS:

Para iniciar este trabajo de investigación, con la finalidad de introducirnos en el tema escogido, se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura especializada en Medline (Pubmed), Embase, Cochrane Library utilizando como palabra clave barreras de accesibilidad/ listas de esperas quirúrgica/procedimientos cardiovasculares (castellano e inglés).

En esta investigación se desarrolló una metodología de estrategia cualitativa y cuantitativa. La investigación se desarrollo en tres escenarios.

Para un conocimiento acerca de demanda y oferta de servicios de salud del Hospital Posadas, cantidad de procedimientos de alta complejidad realizados por cardiología intervencionista y CCV, cuantificación de RRHH y físicos disponibles, y TE para un procedimiento cardiovascular en las secciones de electrofisiología y hemodinamia, se consideró como unidad de análisis siempre fuentes primarias como fue la información proveniente de la sección de estadística del hospital, del personal del hospital, la mayoría médicos cardiólogos y personal administrativo del área de cardiología intervencionista, y de los cuaderno de registro de turnos de las correspondientes sesiones.

Para el análisis de barreras de accesibilidad se utilizó una metodología cuantitativa/cualitativa tomando como unidad de análisis a la población consultante mediante la utilización de un instrumento estandarizado (Anexo 1). Para este análisis se aplico un cuestionario -encuesta por muestreo- a 88 pacientes que concurrieron al consultorio de CCV (valoración pre y postquirúrgica) del hospital estatal seleccionado, en el período mayo-julio del 2013.

Por último, La metodología cuantitativa de esta investigación persiguió el objetivo de evaluar cual fue el tiempo de espera promedio para realizarse una CCV, en una población que ya había sido intervenida.

- Tipo de estudio: retrospectivo, descriptivo, análisis cuantitativo. Muestreo al azar.
- Universo: Pacientes que fueron sometidos a una CCV en el período 07/2007-07/2011.

- Muestra: 62 HC de pacientes sometidos a una CCV en el período 07/2007-07/2011.
- Fuente de datos primarios: los datos son extraídos de las HC del archivo general del Hospital Posadas.

Variables:

- a) Características basales de la población (Edad, sexo, nacionalidad, localidad de residencia)
- b) Cobertura social de los beneficiarios.
- c) Tipo de CCV efectuada
- d) Internado / Ambulatorio
- e) Tiempo de Espera para realizar una CCV (días)

Cabe aclarar que se excluyeron pacientes internados que fueron resueltos como emergencias/urgencias, como aquellos con síndromes coronarios agudos inestables, lesiones de tronco coronario izquierdo inestables, y patología aórtica aguda (disección). Los pacientes incluidos fueron aquellos estables, que completaron los exámenes prequirúrgicos durante la internación o en forma ambulatoria.

Para variables cuantitativas se utilizó como método estadístico media y desvío estándar.

5. DESARROLLO.

5.1. Marco teórico conceptual y/o referencial.

La accesibilidad es definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, definición que siempre fue entendida desde el lado de la oferta. Para algunos autores este concepto es más amplio ya que si lo vemos desde la perspectiva de la oferta queda invisible el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva (20).

El sistema sanitario es uno de los determinantes de la salud más substancial, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención.

La equidad en salud implica que cada individuo tenga oportunidad de obtener su máximo potencial de salud. La misma incluye la accesibilidad a la atención de su salud sin condicionantes. Por lo tanto hablamos de equidad en el acceso cuando una persona accede a una práctica determinada en el momento que la necesita.

Distintos modelos han sido utilizados para evaluar el acceso a la atención de salud. Una forma muy interesante de evaluar accesibilidad en los sistemas sanitarios es la propuesta por el modelo de "Cobertura Efectiva" de Tanahashi, definiendo a esta como la proporción de la población que recibe atención eficaz (21).

El modelo de Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso para obtener cobertura efectiva (fig.Nº1).

1-Disponibilidad, referida a la disponibilidad de los servicios en los centros de atención, recursos humanos, equipamiento, insumos, infraestructura e información.

2-Accesibilidad, física-geográfica (distancia, existencia y tiempo de transporte) organizacional/administrativa (requisitos para la atención, turnos, horarios de atención, LE) económicas (costo de transporte, pérdida de ganancia en el trabajo).

3-Aceptabilidad de los servicios que depende de la percepción de las prestaciones recibidas.

4- Contacto con el servicio, entendida como la continuidad de la atención otorgada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de atención

5- Cobertura efectiva.

El acceso o abandono de los servicios de salud pueden explicarse por los facilitadores y obstáculos (barreras) identificables en las diferentes etapas del proceso, que encuentra la población a la hora de adquirir contacto con los sistemas de salud.

Fig. N°1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad.



Fuente:Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Extraída de cita 21.

Dentro de las barreras administrativas las listas de esperas para un procedimiento quirúrgico resultan ser las más problemática, esto reside en que el paciente ya con el diagnóstico de su patología (y con un tiempo de espera que llevo realizar todos los estudios diagnósticos) necesita remediar su problema con premura.

5.1.1. Definición de listas de espera: Una LE es una cantidad (conjunto) de pacientes pendientes de recibir un determinado servicio de salud.

- *Para una consulta especializada*
- *Para un estudio diagnóstico o tratamiento.*

Las LE están asociadas a un TE desde que es ubicado en la lista hasta que recibe el servicio (se mide en días, meses, o años).

Es importante dejar en claro que la LE es un instrumento de gestión permitiendo a las instituciones utilizarla como una herramienta de planificación de trabajo, organizando de esta manera la actividad sanitaria.

La persistencia de los tiempos y LE constituye uno de los aspectos de mayor relevancia en la gestión de las organizaciones públicas de salud.

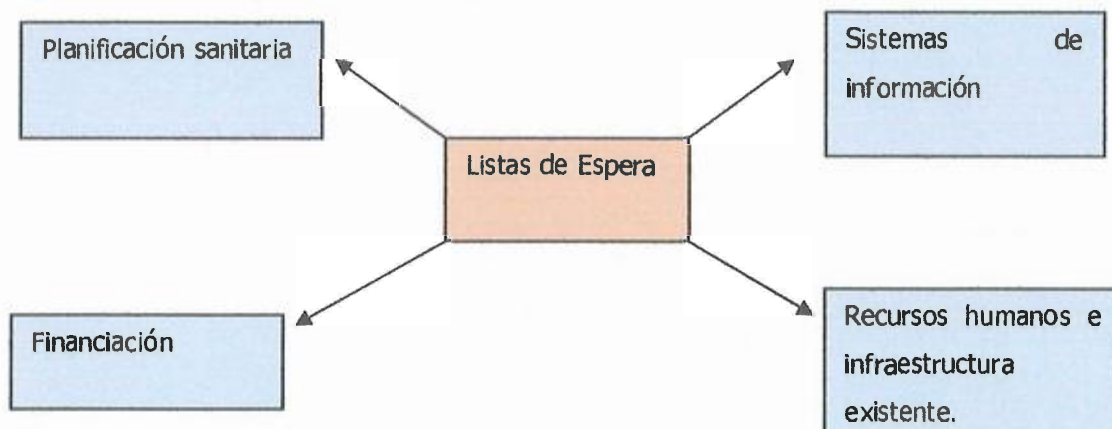
5.1.2. Estructura de las LE.

Las LE debieran tener una integración entre las diferentes fases por las que debe atravesar un paciente para la resolución de la espera (**consulta-prueba-intervención**) de tal manera que sea establecida como un continuo asistencial donde haya una adecuada vinculación de los diferentes actos que lo integran. Esto generalmente no ocurre, existiendo una fragmentación en los diferentes actos, ofreciendo una visión compartimentada y reflejando cada uno de forma independiente. En el transcurso del proceso asistencial el paciente va pasando por diferentes fases de espera organizadas en distintas colas (LE) de tal forma que el cómputo se reinicia en cada una (22).

5.1.3. Factores que condicionan a una LE.

Cuando analizamos los factores condicionantes a una LE evidenciamos cuatro cuadros relevantes para la gestión de las organizaciones de salud. La intervención sobre cada uno de ellos es muy importante a la hora de realizar una eficiente gestión de LE (Fig. Nº2).

Fig.Nº2. Factores que condicionan las LE.



Elaboración propia.

A su vez se resalta que cada uno de estos condicionantes, enmarcan otras causas subyacentes como descripción de la morbilidad atendida, sistemas de remuneración e incentivos, oferta de servicios de salud en el ámbito privado, tecnologías existentes, etc.

Las medidas propuestas para afrontar las LE son diversas, y se pueden simplificar según estén orientadas sobre la demanda tratando de limitar las entradas, las dirigidas sobre la oferta con la finalidad de incrementar los recursos (de forma estable o temporal) y aquellas encaminadas a la mejora de los mecanismos de planificación y gestión de los medios disponibles.

5.1.4. Tiempos de demora y gestión de LE.

- **Contexto internacional.**

La implementación de listas de espera se presenta tanto en el contexto local como en el internacional principalmente en instituciones con gestión públicas de salud, constituyéndose en una forma de racionamiento de la demanda asistencial.

Los programas implementados en países desarrollados dirigidos a gestionar las listas de espera, tendiente a aumentar la productividad, han mostrado pobres resultados. Asimismo la evidencia internacional pone de manifiesto que los más pobres tienden a esperar más que los no pobres, es decir, erosiona la base de equidad y solidaridad en lo que se fundamentan los sistemas nacionales de salud.

Ante ello los países han diseñado programas y proyectos enfocados hacia la aplicación de tiempos de atención garantizada, priorización de las listas en función de criterios explícitos, y la incorporación de estrategias para mejorar la indicación de una intervención o prueba (23).

A continuación repasaremos brevemente como se lleva a cabo la gestión de LE en otros países, dependiendo de los modelos sanitarios implementados en los mismos.

Se presenta como un problema de política sanitaria en países como Australia, Canadá, Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Reino Unido y Suecia. En otros países como Alemania, Austria, Bélgica, Estados Unidos, Francia, Japón, Luxemburgo y Suiza este problema son prácticamente inexistentes (23).

Para hacer frente a las LE cada país dispone de una política sanitaria con el fin de abordar este verdadero problema sanitario, que compromete generalmente a la población de más bajos recursos. Otro punto importante es el sistema de priorización que utiliza cada centro sanitario para llevar adelante la gestión de las listas quirúrgicas. En la tabla N°1 se muestra un resumen de las estrategias implementadas en países desarrollados para reducir LE. Posteriormente se expone un ejemplo de sistema de priorización (Ontario) para una cirugía cardíaca.

Tabla N°1.Experiencia internacional de programas destinados a la resolución de LE.

Reino Unido	El National Health Service (NHS) establece para LE tiempos de garantías (1991). En la actualidad, se plantea garantizar tiempos máximos de respuesta de seis meses para intervenciones quirúrgicas, tres meses para consultas externas de especialista y dos días para acudir al médico de cabecera.
Irlanda	Los procedimientos utilizados para el abordaje de las LE se inician con un plan de choque para un número específico de procedimientos quirúrgicos (<i>Waiting list initiative</i> , 1993). En el Plan de Salud 2000-2004 se propone como objetivo final tiempos máximos de respuesta de tres meses para consultas externas de especialista.
Suecia	Fue el primer país en introducir tiempos máximos de respuesta en LE en la atención sanitaria .De esta forma, se establecieron tiempos máximos de tres meses para doce procedimientos, entre las que se encuentra la cirugía cardíaca.
Nueva Zelanda	-Creación de un comité asesor para gestión de LE. -Sistema de priorización de la LE (sistema lineal de puntos) para procedimientos evaluados (entre ellas <i>by-pass</i> coronario) -Implementación del <i>booking system</i>: los pacientes pueden saber en función de los puntos que tienen el plazo de tiempo en que serán atendidos. -Plan de choque para modificar el sistema de priorización de las LE y para reducir el TE.
Canadá	Dentro de las actuaciones respecto a LE, se desarrolló un sistema de

	priorización de pacientes para procedimientos de revascularización coronaria (según acuerdo entre proveedores y Gobierno); criterios (solo clínicos) establecidos por técnicas de consenso por un panel de 16 cardiólogos y cirujanos cardiacos.
--	--

Fuente: Elaboración propia, modificado cita 23.

Sistemas de Priorización para una cirugía coronaria: Experiencia de Ontario. El sistema de salud de Ontario (24) implementó una red provincial para facilitar el manejo de la referencia de pacientes candidatos a cirugía cardíaca. Utilizando un sistema para calificar la urgencia (se utilizó un score diseñado valorando los 2 años de experiencia de una oficina de referencia de Toronto) de la indicación quirúrgica de los pacientes y en función de éste se determinó los tiempos de espera máximos recomendados antes de la revascularización (A) Este modelo de calificación de 1 a 7, surge del análisis combinado de los factores clínicos que inciden en el riesgo de demorar la cirugía, conforme a la evidencia científica disponible (Tabla N°2).

Tabla N°2.Sistema de calificación para una cirugía coronaria. Canadá 1993.

Puntaje	Descripción	T° de Espera
1	Emergencia	Ninguno
2	Extremadamente Urgente	<24 hs
3	Urgente	24-72 hs
4	Semi-urgente	72 hs-14 días
5	Corto plazo	2-6 semanas
6	Diferido	6 semanas-3 meses
7	Manifiestamente Diferido	3-6 meses

Fuente: Elaboración a partir de referencia 24.

▪ **Contexto Nacional.**

En nuestro país no se conoce la cifra con exactitud de cuantas cirugías se realizan en adultos por año en el sector público, ni tampoco cual es la demanda potencial no satisfecha de pacientes candidatos a una cirugía cardíaca (Faltan relevamientos en el

sector público). Las barreras de accesibilidad para un procedimiento cardiovascular de alta complejidad son muy marcadas, cuando se comparan aquellos pacientes con atención en sistema público con aquellos que son asistidos por medicina prepaga o por obras sociales, generando una gran inequidad en la atención sanitaria.

Un relevamiento realizado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, permitió conocer algunas realidades en Hospitales de la Ciudad, en cuanto a infraestructura de Hospitales, cantidad de cirugías realizadas y listas de espera significativas en la resolución quirúrgica de pacientes con enfermedad coronaria y valvular (15). Este documento revela una cantidad significativa de pacientes (aprox. 1000) en lista de espera para una cirugía cardíaca; con tiempos de espera de 5 meses hasta 3 años para resolución de la misma.

En la población infantil hay esbozos de búsqueda de equidad por el Estado Argentino. En el año 2007 se observó una creciente lista de espera en niños con cardiopatías congénitas que requerían de una intervención quirúrgica. En respuesta a esta problemática, para tratar de resolver la Patología Quirúrgica Cardiovascular en listas de espera de niños de hasta 6 años, sin cobertura social, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia de la Subsecretaría de Salud Comunitaria creó el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas - resolución 107/2008 del 12/03/2008. (25,26).

Las cardiopatías congénitas son lesiones anatómicas de una o varias de las cuatro cámaras cardíacas, de los tabiques que las separan o de las válvulas o tractos de salida (zonas ventriculares por donde sale la sangre del corazón). Una cardiopatía congénita no diagnosticada o no tratada oportunamente puede derivar rápidamente en una muerte.

Las estadísticas vitales del año 2008 identifican una tercera parte (3.328) de las muertes como difícilmente reducibles, de un total de 9.341 defunciones de menores de un año. De esas muertes por causas difícilmente reducibles se estima que el 23% son debidas a cardiopatías congénitas, muchas de las cuales podrían haberse evitado a través de un diagnóstico y tratamiento oportuno. La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DNMI) estima –coincidentemente con la experiencia mundial-, que el total de casos de cardiopatías congénitas que requieren atención anualmente en el sub-sector público alcanza aproximadamente a 4.200 casos (1% de los nacimientos en el sub-sector público). Entre éstos, dos terceras partes (2.800 aproximadamente) son solucionables con oportuno

diagnóstico y tratamiento. A partir de ésta política pública implementada se logro reducir en 3 años las listas de esperas de manera significativa.

En hospitales públicos del conurbano bonaerense la información disponible sobre resolución quirúrgica de la patología cardíaca del adulto es escasa. Se observa falta de guías o procesos diseñados para una normatización de listas de espera por parte de estos establecimientos de salud, a diferencia de lo que ocurre en otros países.

Oferta de Procedimientos Cardiovasculares.

Tal como ocurre con un alto porcentaje de las intervenciones en medicina, las tasas de ejecución de las cirugías cardíacas difieren considerablemente entre un país y otro, y también se observan importantes diferencias regionales al interior de un mismo país. La existencia de tales diferencias entre países desarrollados no se encuentra del todo explicada, pero es claro que no responde exclusivamente a razones epidemiológicas. Por el contrario, existen ejemplos de países que exhiben tasas de CRM más altas que las de otros con mayores índices de cardiopatía isquémica. En la literatura gran parte del debate en torno a este punto y a la existencia de LE ha sido trasladado a las estructuras de los sistemas de salud –sistemas privados vs sistemas "socializados".

De acuerdo a un análisis retrospectivo realizado en nuestro país, en el año 2006-2007, se realizaron 10.476 cirugías en 172 centros de todo el país. Esto expresó una tasa de uso de 1 cirugía cardíaca cada 2673 habitantes por año – 374 cirugías por millón de habitantes, por debajo de los estándares mundiales (500 a 1.000 por millón), como las tasas canadienses (en general mayores de 70/100.000 hab. sólo para CRM) y norteamericanas (120 CRM/100.000 hab)(14)

Cuando se analiza la región 2 que corresponde a la provincia de Buenos Aires para ese período, se observa una Tasa de 1 cada 10.282 hab, una T. uso x millón de hab de 97, con un % sin cobertura de 48.8%. Esto expresa una tasa de uso de cirugía cardíaca muy por debajo de los valores estándar, y que la mitad de la población no tiene cobertura social. Cuando analizaron estos hallazgos en la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini, se evidenció una distribución inadecuada del acceso de toda la población a este tipo de práctica.

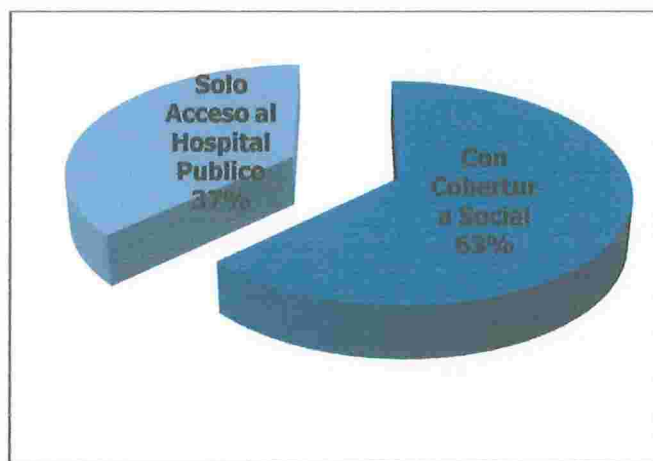
En nuestro Hospital se observa en los últimos años una demora en la resolución quirúrgica de la patología cardiovascular, en franco ascenso, y que está condicionada por múltiples causas que serán analizadas más adelante, generando una falta de equidad en el acceso al tratamiento de la patología cardiovascular, principalmente de la población de más bajos recursos.

5.2. Análisis del Contexto Local en el marco de la Investigación.

5.2.1. Sector Público de Salud. Hospital Nacional Prof. A. Posadas.

El sector público de salud, está conformado por el Ministerio de Salud Nacional y las 24 Provincias, que junto con sus dependencias municipales brindan atención médica, universal y gratuita a toda persona que lo requiera. Alrededor de un 37% de la población tienen acceso solo a atención en Hospitales Públicos (Grafico Nº 1).(27) El Ministerio de Salud de la Nación además de sustentar las funciones de Rectoría administra los programas verticales, que son cedidos a las provincias, de los cuales, son especialmente remarcables el Programa Remediar + Redes, el SUMAR (ex Plan Nacer), y los Programas de Cobertura a enfermedades específicas (HIV, chagas, Tuberculosis, etc.), correspondiéndole a las provincias y municipios a través de sus propias estructuras federales (Municipios y Secretarías de Salud) la macro gestión local, y la meso y micro gestión de sus centros asistenciales (28-30).

Grafico Nº1. Porcentaje de atención en el sector público y privado.



Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Superintendencia de Servicios de Salud. (1991-2010).

Como se mencionó anteriormente hay antecedentes de la creación por parte del Ministerio de Salud de la Nación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas - resolución 107/2008 del 12/03/2008, como respuesta a una creciente lista de espera en niños con cardiopatías congénitas que requerían de una intervención quirúrgica, logrando una reducción considerable de la misma (25,26). Respecto a procedimientos cardiovasculares de alta complejidad no existe un programa implementado desde el Estado, que contemple el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías en el adulto.

El Hospital Nacional Prof. A. Posadas mantiene su funcionalidad como un ente descentralizado del Estado Nacional, bajo la órbita de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud de la Nación, participando de sus políticas y del desarrollo de los programas nacionales establecidos (tabla N°3). (31)

Tabla N° 3. Información General del Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Año 2013.

Acerca del Hospital Nacional Prof. A. Posadas.

- Hospital general de agudos de alta complejidad, público y gratuito
- Institución médico asistencial, que desarrolla tareas de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, así como actividades docentes y de investigación
- Posee una significativa partida presupuestaria otorgada desde Nación (mayor a los \$ 600 millones), aunque gran parte del mismo (75%) se destina a gastos en RRHH.
- Incluido en el régimen de Hospital de gestión descentralizada
- Efector de salud de mayor magnitud en relación a cantidad de camas, consultas especializadas, especialistas de todas las áreas, complejidad tecnológica y formación de recurso humano de la región del conurbano en su totalidad
- La organización del trabajo y administración de las camas se constituyó en una prioridad de la política institucional en un hospital complejo, ubicado en una región donde la disponibilidad de camas de internación del sector público es escasa
- Cuenta con 486 camas para internación
- Se atienden aproximadamente 400.000 consultas anuales
- Alta prestación de servicios en atención de enfermedades cardiovasculares:
 - Cardiología general (Consultorios y Atención de Demanda Espontanea)
 - Ecocardiografía (Bidimensional, Doppler color, Transesofágico, Eco Stress)
 - Ergometria y Holter 24 hs
 - Medicina Nuclear

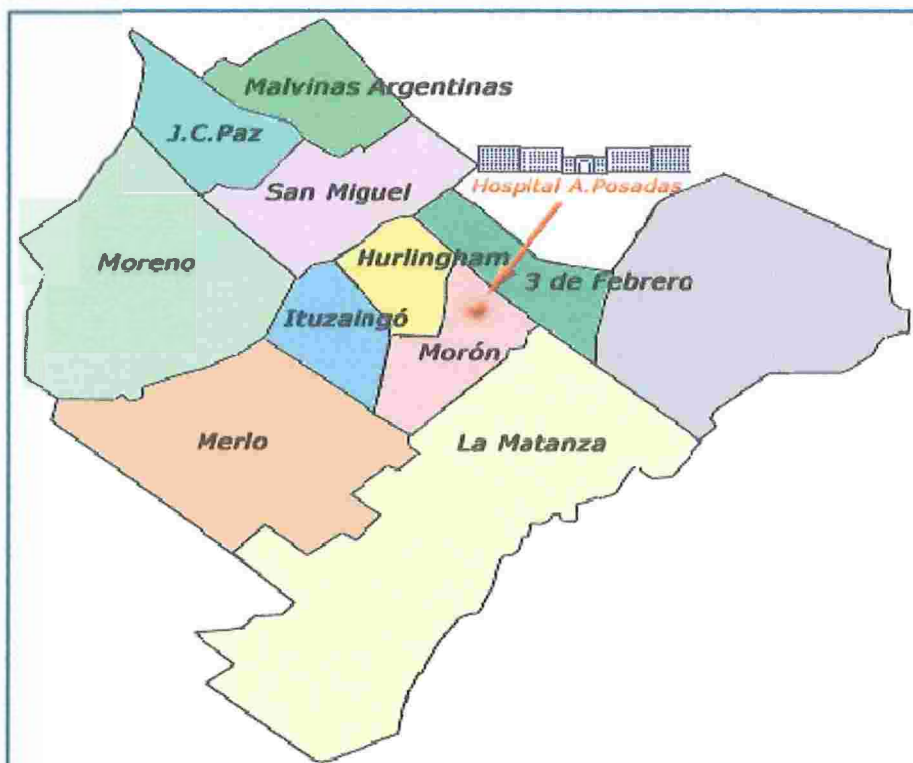
- Hemodinamia
- Electrofisiología y Marcapasos
- Cirugía Cardiovascular
- Rehabilitación Cardíaca e Insuficiencia cardíaca

Fuente: Elaboración propia.

Los municipios del área de referencia del Hospital Posadas (Este dato surge a partir del análisis de los egresos hospitalarios) corresponden a (Ver Fig. N°3):

- La Matanza
- Morón
- Moreno
- Merlo
- Ituzaingó
- Gral. Rodríguez
- Tres de Febrero
- Hurlingham
- San Martín

Fig. N°3. Mapa de municipios de área de referencia.



Fuente: Hospital Posadas.

5.2.2. Análisis de oferta y demanda de servicios de Salud.

La oferta de una cirugía cardiovascular en el sector público de salud en Argentina está por debajo de los valores estándar. Según los datos previamente relevados, en la Provincia de Buenos Aires:

La tasa es de 1 cada 10.282 hab, una tasa de uso x millón de hab de 97 (estándares mundiales 500 a 1.000 por millón), con un % sin cobertura de 48.8%.

En el Hospital Nacional A. Posadas la oferta de procedimientos cardiovasculares que brinda el Servicio de Cardiología y CCV del Hospital a la comunidad consultante, cubre todo el espectro de la patología cardiovascular (Ver tabla N°4)

Tabla N°4. Procedimientos Cardiovasculares de Alta Complejidad – H. Posadas 2013.

Sección de Hemodinamia (Adultos y Pediátricos):

- Cateterismo cardiaco derecho e izquierdo (Cinecoronariografía, arteriografía, angiografía cerebral, etc.)
- Angioplastia con implante de stent
- Colocación de endoprótesis aórticas y prótesis valvulares aórticas
- Implante de oclusores intracardiacos
- Valvuloplastia mitral percutánea
- Tratamiento del aneurisma cerebral (coil)
- Otros

Sección de Electrofisiología

- Estudio Electrofisiológico
- Ablación por radiofrecuencia (RF) Convencional
- Ablación por radiofrecuencia mediante mapeo electroanatómico
- Implante de Marcapasos definitivo
- Implante de Cardiodesfibriladores y Resincronización cardíaca
- Extracción de catéteres- Lead Extraction

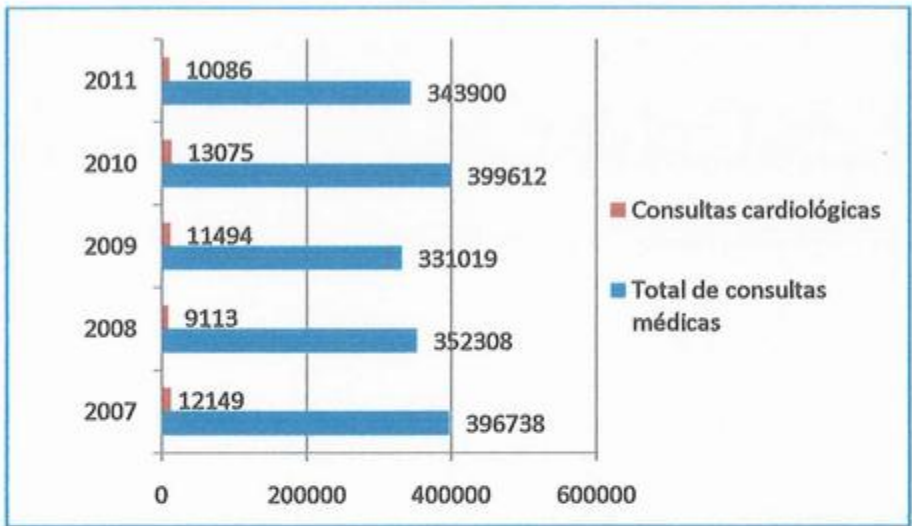
Servicio de CCV.

- Cirugía de Revascularización Miocárdica
- Cirugía de Reemplazo Valvular
- Plásticas valvulares
- Cirugía de la patología aórtica aguda
- Pericardiectomía
- Cirugía de Cierre de CIA –CIV
- Cirugía de CC del adulto.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la demanda de la población consultante si evaluamos las estadísticas generales del hospital, advertimos que por año se atienden entre 300.000 y 400.000 consultas médicas ambulatorias en todas las especialidades médicas, de las cuales las consultas cardiológicas representan < del 5% del total de consultas (ver gráfico N°2).

Gráfico N°2. Consultas médicas anuales. H. Posadas. Año 2007-2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de sección estadística.

Si analizamos el año 2011, de las consultas cardiológicas realizadas observamos que una alta proporción de estas (poco más del 40%) se realizaron en consultorios de demanda espontánea todas ellas como primera consulta. El resto fueron atendidas con turno programado de los cuales la mayoría de estas son pacientes que se encontraban en seguimiento. Los días de atención en el año 2011 fueron de 234 y 160 respectivamente.

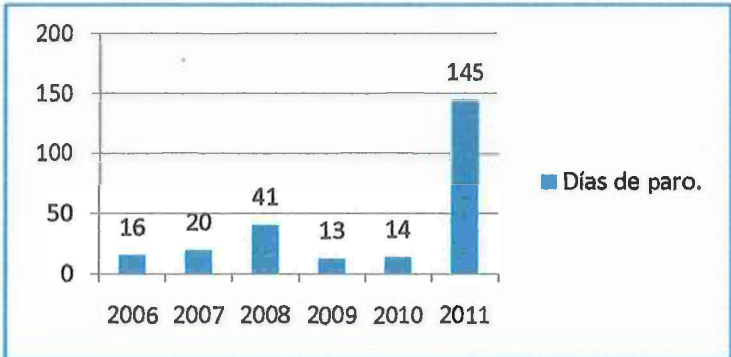
Tabla N°5. Número de consultas médicas e índices de consultorio externo, en servicio de clínica médica y cardiología. Año 2011.

SERVICIOS**	Días de atención	TOTAL	Primera vez	Ulterior	Promedio diario	Porcent. de 1era vez
TOTAL	244	343900	138347	205553	1409.4	40.2
DTO.MEDICINA	244	145457	53370	92087	596.1	36.7
Cardiología	160	5885	741	5144	36.8	12.6
ADE Cardiología	234	4201	4201	0	18.0	100.0
Clín. Médica	192	10301	2564	7737	53.7	24.9
ADE Clín.Méd.	254	23914	23914	0	94.1	100.0
C.A.I. Clín. Méd.	228	4397	1077	3320	19.3	24.5

Fuente: Sección de estadística H. Posadas.

De esto se puede concluir que la cantidad de días de atención en consulta programada fue baja cuando se la compara con la demanda espontánea, y que la atención en la visita programada fue de pacientes que ya se atienden en el hospital, siendo la consulta de primera vez solucionada casi siempre en la demanda espontánea. Como veremos más adelante en el año analizado hubo un paro de técnicos que duro casi 6 meses, afectando el normal funcionamiento del hospital (ver gráfico N°3).

Gráfico N°3. Días de paro H. Posadas. Período 2006-11



Fuente. Elaboración propia a partir de Memoria 2011. H. Posadas^{I II.}

^I En el año 2009 el hospital conformó un comité de crisis contra el H1N1, que involucró desde el armado de una planta física para la atención de estos pacientes a la reasignación y redistribución del RR.HH, y a la suspensión de consultorios externos, y cirugías programadas.

^{II} Cabe aclarar que en el año 2011 de los 145 días de paro, 1 día fue por paro de profesionales y 144 días fue por paro técnico por tema contractual. Se contabilizan los días ya que este recurso humano es muy importante en el hospital, y que aunque todos no se adhirieron disminuyeron considerablemente la actividad cotidiana en el hospital.

Menos información contamos a la hora de conocer el o los motivos más frecuentes de consulta ambulatoria en el servicio de cardiología, aunque cuando se les consulta a los cardiólogos de dicha área, estos reflejan que el motivo de demanda de atención más frecuente es la hipertensión arterial, seguida de la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, y valvulopatías. Además revelan que la fiebre reumática aún hoy sigue siendo la etiología más frecuente de valvulopatías, y la miocardiopatía chagásica una de las causas más importante de insuficiencia cardíaca.

De esto podemos concluir que la demanda asistencial en el Hospital Posadas es trascendental, donde se desarrolla una gran cantidad de consultas anuales, en diversas especialidades, siendo las consultas cardiológicas < del 5% de las consultas ambulatorias anuales. La cantidad de días de paro hospitalario es relevante afectando el esquema de atención de la institución, principalmente de las consultas programadas.

De lo expuesto un dato a considerar es que el motivo más frecuente de consulta cardiológica es la hipertensión arterial. Este punto es substancial ya que esta patología altamente prevalente e importante por el impacto epidemiológico que posee, correspondiera su atención en un nivel de atención inicial, permitiendo una mejor accesibilidad para aquellos pacientes con patologías más complejas.

Por último debemos mencionar que en la actualidad en nuestro país siguen existiendo causas de cardiopatías estrechamente vinculadas a países subdesarrollados como son las valvulopatías por fiebre reumática y las miocardiopatías por enfermedad de Chagas.

5.2.3. Oferta de un procedimiento cardiovascular en el Hospital Posadas

El Hospital Posadas cuenta con un servicio de cardiología intervencionista (Hemodinamia y Electrofisiología), de más de 20 años de experiencia, que ofrecen todo tipo de procedimientos de alta complejidad (descritos en tabla N°4). Dichas secciones cuentan con área quirúrgica propia, altamente equipada, con tecnología de última generación, y RR.HH. suficientes y capacitados. Ambas cuentan con una secretaría donde se administran los turnos para la resolución de interconsultas y procedimientos cardiovasculares (tabla N°6).

Tabla N°6. Cantidad de RR.HH y físicos en secciones de cardiología intervencionista y Cirugía CCV. H. Posadas. Año 2013.

Sección	Hemodinamia	Electrofisiología	CCVAdultos
Área quirúrgica propia	Si	Si	No, Compartida
Equipamiento adecuado	SI	SI	SI
Nº Médicos	7 med,2 fellows	5 C. Interv, 3 Fellows	3 CCV
Enfermeros	8	2	0
Técnicos	6	2(en cardiología)	2 (en perfusión)
Secretarias	3	1	0
Total de RR.HH	26	13	5

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte la sección de CCV, es relativamente nueva, llevando a cabo la primera cirugía cardíaca el 06/01/2004. Ofrece todo tipo de cirugía a corazón abierto, cuenta con un quirófano de alta complejidad, altamente equipado, aunque comparte turnos con CCV infantil y otras especialidades de alta complejidad como neurocirugía y cirugía de tórax.

Cuenta con recurso humano capacitado aunque no suficiente. No cuenta con secretaría por lo que las interconsultas son derivadas a esta especialidad a través de turnos otorgados en central de turnos.

Las tablas N° 7, 8 y 9 muestran el total de procedimientos cardiovasculares realizados en los años 2007 al 2011.

Tabla N° 7. Evolución interanual de Procedimientos Hemodinámicos.

Total Proced Anuales	2007	2008	2009	2010	2011
Estudios Diagnósticos	779	707	839	956	947
Proced Terapéuticos	119	159	220	323	354

Fuente: Sección estadística H. Posadas.

Tabla N° 8. Evolución interanual de Procedimientos por Sección Electrofisiología

Total Proced Anuales	2007	2008	2009	2010	2011
Estudios Electrofisiológicos	92	135	69	55	38
Ablación por Radiofrecuencia	88	99	79	98	116
Implantes de Marcapasos-CDI	82	103	77	99	130

Fuente: Sección estadística H. Posadas.

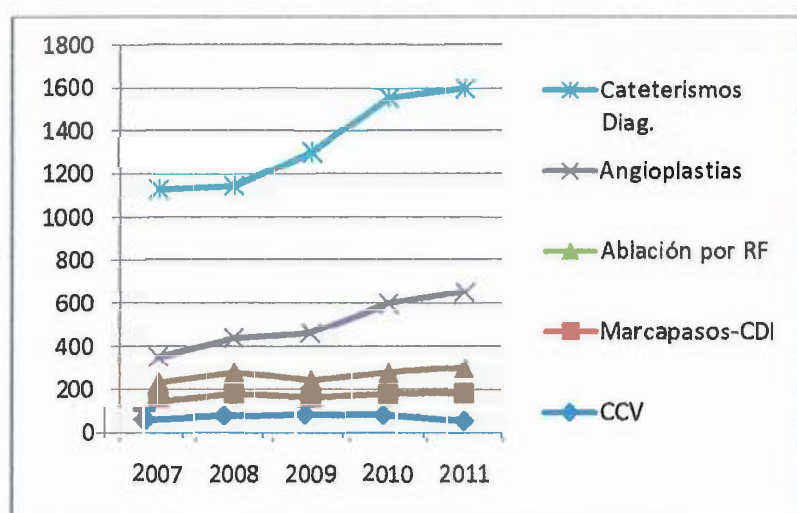
Tabla 9. Evolución interanual de CCV.

	2007	2008	2009	2010	2011
Total de CCV	63	78	87	81	59

Fuente: Estadística CCV. Posadas.

En el gráfico N°4 se evidencia un incremento interanual de los procedimientos llevados a cabo en las secciones de hemodinamia, y de electrofisiología. La curva de las cirugías cardíacas se mantiene estable, con un leve descenso en el último año.

Gráfico N°4. Evolución interanual de procedimientos cardiovasculares. H. Posadas. Período 2007-2011.



Fuente. Elab propia a partir de datos sección estadística.

5.2.4. Análisis de listas de espera.

Como ya fue mencionado precedentemente, en la estructura de las LE existe una fragmentación entre las diferentes fases por las que puede atravesar un paciente hasta el logro de la consecución de la espera (consulta – prueba – intervención), ofreciendo una visión compartimentada y reflejando que el tiempo de resolución de cada una de ellas sea en forma independiente, no guardando la integración lógica necesaria para una adecuada gestión de LE.

En el hospital Posadas el proceso asistencial es diferente para aquellos pacientes que demandan un procedimiento por las secciones de hemodinamia o electrofisiología que

cuando requieren la prestación de una cirugía cardiovascular, por eso serán analizados en forma separada.

En el primer caso, el paciente concurre derivado para una atención especializada, siendo admitido por el personal administrativo de la sección de hemodinamia o electrofisiología, quien gestiona directamente el turno para la entrevista con el médico especialista (evitando de esta manera la central de turnos), o en caso de ser enviado por cardiología del hospital con solicitud de un estudio diagnóstico, es evaluado en el mismo acto por el especialista otorgándose dicho turno.

Los Tiempos de Espera (TE) para un estudio diagnóstico o procedimientos terapéuticos para pacientes ambulatorios son menores a 1 mes (Ver Tabla N°10)

Para Marcapasos y CDI la demora surge hasta la entrega de la prótesis. La espera para cirugía un vez provista la prótesis es entre 15 y 21 días.

Tabla N°10: Tiempos de espera (TE) para un procedimiento hemodinámico o electrofisiológico.

<u>Electrofisiología y Marcapasos.</u> TE para un estudio diagnóstico (EEF)- < 15 días. TE para una ablación transcatéter: < 30 días. TE para implante de Marcapasos y CDI (con el dispositivo otorgado): 15 días. TE para implante de Marcapasos y CDI (desde el pedido del marcapasos): Dependerá de la cobertura social (PAMI < 1 mes –PROFE: desde 2 meses a 1 año), Ministerio de Salud: desde 2 meses a 6 meses. <u>Hemodinamia.</u> El TE para un estudio diagnóstico en pacientes ambulatorios no supera los 30 días. El TE para una angioplastia coronaria también es rápido, ya que cuentan con banco de prótesis, y en caso de proveer PAMI la entrega de la misma es menor a los 15 días (salvo prótesis muy específicas que tarda un poco más ya que para un proceso de auditoría)
--

Fuente: Elaboración propia.

En caso que el paciente es derivado para una prestación para cirugía cardíaca, el mismo es referido del servicio de cardiología del hospital o de los diferentes hospitales provinciales que carecen de servicio de cirugía con imposibilidad de resolver la patología quirúrgica del corazón.

En la figura N°3 se observa el proceso por la cual un paciente transcurre desde la admisión a la incorporación a las listas de espera. Los nudos críticos generalmente se observa en la fragmentación de las distintas etapas (consulta prequirúrgica- completar exámenes prequirúrgicos-Incorporación a LE) que va atravesando el paciente durante la atención que recae en un acrecentamiento de los TE. Un hecho importante es que al carecer de personal administrativo, los turnos para CCV en todo el proceso son otorgados por la central de turnos, originando retrasos en el tiempo de resolución de la patología cardíaca quirúrgica.

Fig. N° 4. Proceso asistencial para acceso a CCV.



Fuente. Elaboración propia.

La última etapa del proceso es la incorporación a la lista de espera. En nuestro Hospital el Sistema de Priorización esgrimido para ordenar las LE es realizado por el equipo de CCV,

utilizando el criterio clínico (Grado de Lesiones Coronarias, Sintomatología, Clase Funcional, Función Ventricular).

Aunque se le avisa al paciente la fecha aproximada del TE para una CCV, que el mismo es el resultado de la aplicación de un sistema de priorización fundamentada en las características de su patología, la misma no está explicitada en ningún sistema de información propio del Hospital, ya que carece a semejanza de lo que ocurre en todo el país de un sistema de gestión de LE abierto a la comunidad.

La información acerca del TE para una cirugía cardíaca ambulatoria no se conoce con exactitud ya que depende no solo de la lista propia del hospital sino de la incorporación permanente de pacientes derivados de otros hospitales; además de la demanda aleatoria de pacientes que se internan de urgencia para una cirugía cardíaca, hechos que imposibilitan, en un hospital de bajo volumen de cirugías, el normal cumplimiento de los tiempos estipulados de aquellos pacientes en LE.

Una aproximación más objetiva de los TE para una cirugía programada en nuestro Hospital, se alcanzará a partir de los resultados de la presente investigación, que tiene como población objetivo a pacientes que ya fueron intervenidos quirúrgicamente.

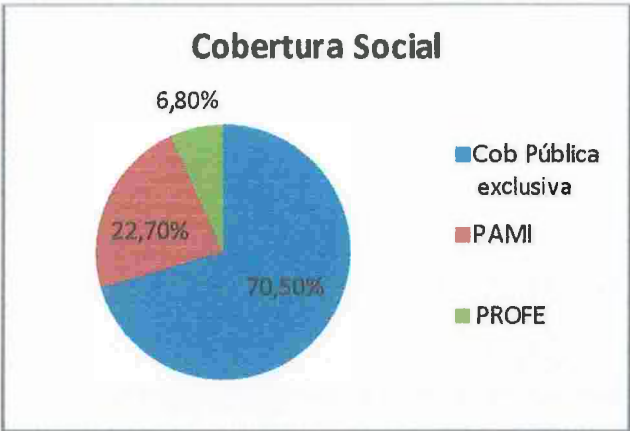
6.0. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1. Encuestas. Análisis de datos.

Como ya fue definido en el ítem referido a metodología, comenzaremos describiendo los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes que concurrieron al consultorio externo de recuperación cardiovascular (prequirúrgico y postquirúrgico), con la finalidad de conocer cuáles son las principales barreras de acceso percibidas por los paciente en el momento de demandar una atención o práctica especializada en el sector público. Además tendremos información de cuál fue el TE aproximado para una cirugía cardíaca en la población encuestada que ya había recibido dicha práctica.

Se realizó una encuesta a 88 pacientes consecutivos que concurrieron a consultorio, de los cuales 48 habían recibido una cirugía cardíaca en el hospital, 25 se encuentran bajo seguimiento por la especialidad, y 15 se hallan realizando estudios prequirúrgicos. Poco más del 70% de los participantes tenía cobertura pública exclusiva (Gráfico N°5).

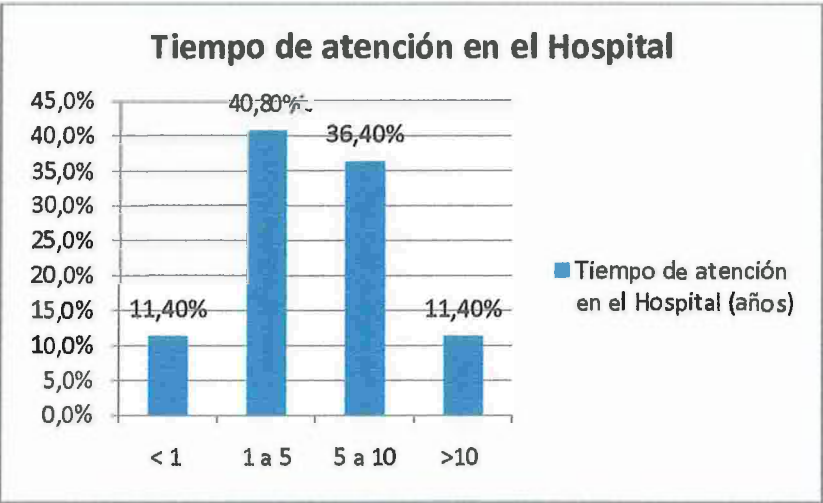
Gráfico N°5. Porcentaje de Cobertura Social.



Fuente: Elaboración propia.

El 88,6% reciben atención en el hospital desde hace más de 1 año (Gráfico N°6), y casi un 50% de los pacientes derivados al servicio son usuarios frecuentes del hospital. El otro 50% provienen derivados de cardiólogos de la zona, de otros Hospitales Provinciales, y de Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

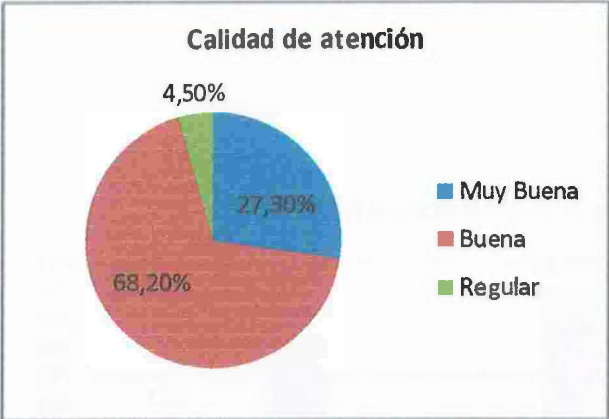
Gráfico N°6. Antigüedad en el tiempo de atención.



Fuente: Elaboración propia.

La percepción de calidad de atención revelo que el 95,5% de los encuestados definió a la atención recibida en el hospital como Buena y Muy Buena (Gráfico N°7).

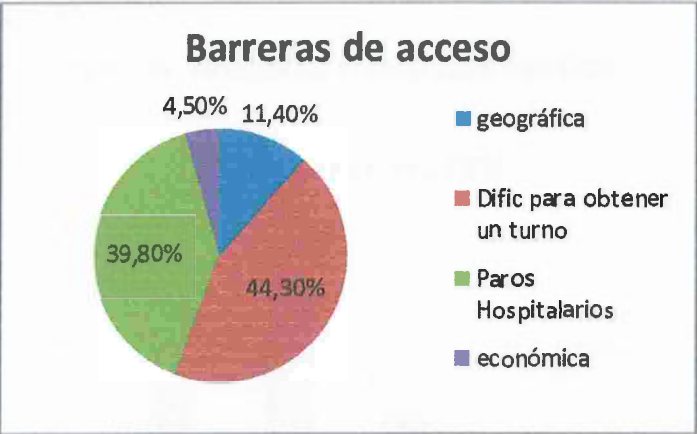
Gráfico N°7. Percepción de calidad de atención.



Fuente: Elaboración propia.

La principal barrera de acceso para recibir atención en el Hospital, es atribuible al sistema de salud, ya que el 84% de los consultados refirió tener dificultad para obtener un turno programado y/o quirúrgico, y limitaciones para atenderse por los paros hospitalarios. Un porcentaje relativamente bajo alegó que lo económico fuere una causa importante de accesibilidad (Grafico N°8).

Gráfico N°8. Barreras de acceso para una CCV.



Fuente: Elaboración propia.

El total de encuestados respondió que los turnos para especialistas son menores a 2 meses de espera (90% entre 1 y 2 meses y 10% < a 1mes), aunque ven como dificultad para obtener un turno que tienen que concurrir muy temprano para sacar número, y un tiempo de espera prolongado para obtener el mismo (ver gráfico N°9).

Conclusiones: Los datos obtenidos de esta encuesta revelan que la población entrevistada son mayoritariamente personas con cobertura pública exclusiva.

A pesar de encontrar como barreras de accesibilidad, dificultades propias al sistema de salud, como fue el problema para conseguir un turno programado y los paros realizados en el Hospital, la percepción de la atención brindada por el Hospital fue satisfactoria.

Esto puede deberse a que los encuestados son usuarios antiguos y frecuentes del Hospital (88.6% reciben atención en el hospital desde hace más de 1 año), que conlleva a que los mismos se adecuen a la burocratización que les impone el sistema público.

Otra cosa llamativa fue, si se tienen en cuenta la alta tasa de pacientes sin cobertura, que la económica no fue una causa significativa de barreras de acceso de la población consultante.

De los pacientes que fueron sometidos a Cirugía Cardíaca, el tiempo de demora fue menor a 6 meses; si analizamos a los pacientes según cobertura social (aunque el número de los grupos con y sin obra social no eran comparables) no hubo diferencia en el TE entre pacientes con y sin obra social.

Por último, un hecho relevante que se constituye en un problema en los sistemas de salud con financiamiento público es la dificultad a la hora de acceder a un turno programado, y no por el TE para un especialista ya que fue menor a 2 meses, sino valorada por el tiempo que se pierde para la obtención de los mismos (concurencia a la madrugada para sacar número y luego en la espera en la obtención del mismo).

6.2. Relevamiento de HC. Análisis de datos.

A continuación se describe los datos del análisis retrospectivo de una muestra de 62 HCL de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el período 07-2007 al 07-2011.

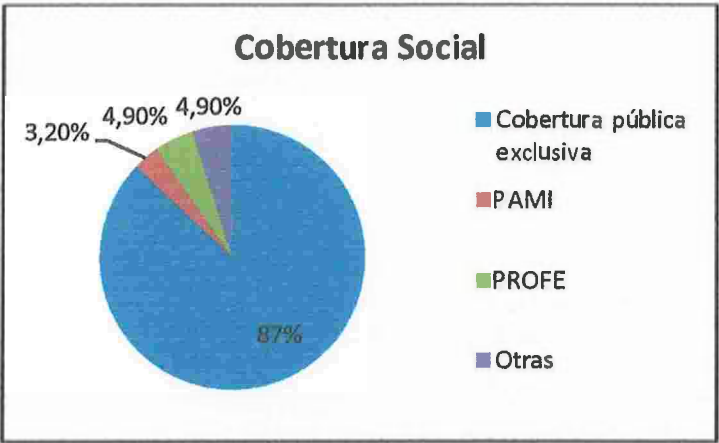
La muestra seleccionada estuvo representada por 38 varones y 24 mujeres, con una edad promedio de 52 ± 14 años, siendo el 92% de nacionalidad argentina, y el 8% extranjera. La Procedencia según la localidad de Residencia, mostró que la población consultante pertenece la mayoría a la gran área de influencia definida para el Hospital (Tabla N°11)

Tabla N°11. Procedencia de la población intervenida.

Provincia de Residencia	Partido	Cant. de pacientes
CABA		2
BUENOS AIRES	BRAGADO	1
	EL PALOMAR	2
	ESCOBAR	1
	GRAL RODRIGUEZ	1
	HURLINGHAM	3
	ITUZAINGÓ	3
	JOSECPAZ	1
	LA MATANZA	8
	LOMAS DE ZAMORA	1
	MERLO	6
	MORENO	7
	MORÓN	13
	PILAR	1
	SAN MARTÍN	1
	SAN MIGUEL	2
	TRES DE FEBRERO	6
CHACO		1
MISIONES		1
SAN JUAN		1

El 87% de los operados tenían cobertura pública exclusiva (Grafico N°11). 29 pacientes fueron intervenidos mientras estaban internados y 33 pacientes accedieron a la cirugía en forma programada (ambulatorio).

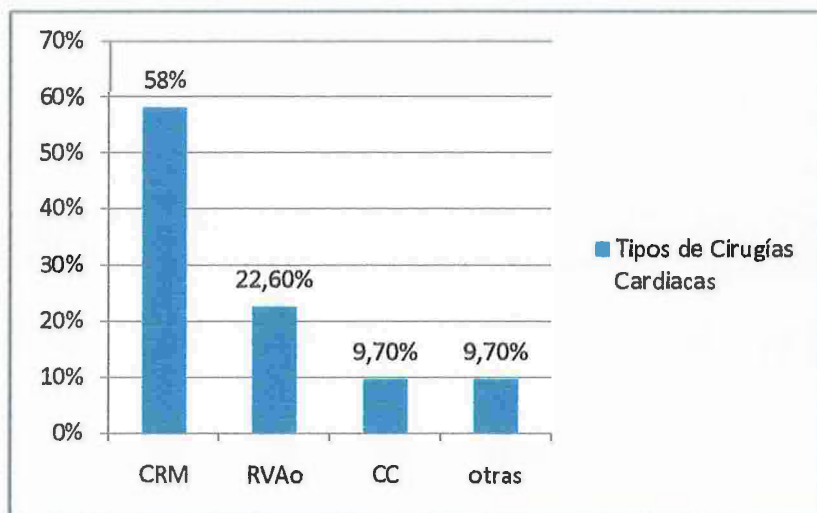
Grafico N°11. Cobertura social de pacientes intervenidos de CCV.



Fuente: Elaboración propia.

La mayor proporción de cirugías efectuadas fue la Cirugía de Revascularización Miocárdica, seguida del reemplazo valvular.

Grafico N° 12. Tipos de Cirugías Cardíacas



Fuente: Elaboración propia.

El tiempo de espera promedio para una Cirugía Cardíaca en padentes internados fue de 18 ± 9 días.

La indicación más frecuente de cirugía en pacientes internados fue la lesión de tronco coronario izquierdo, seguida de angina recurrente en paciente portador de lesión severa de 3 vasos (estos últimos derivados de otro Hospital para resolución quirúrgica).

Las causas de retraso más frecuentes en pacientes internados (estables) fueron:

- Tiempo de estabilización del cuadro clínico de ingreso mediante tratamiento médico
- Realización de exámenes prequirúrgicos (principalmente si se tiene que realizar varias extracciones dentarias)
- Escasez de hemoderivados
- Falta de anestesista especializado
- Falta de insumos (oxigenadores), solamente en 2 p del total de analizados

El tiempo de espera para una cirugía ambulatoria fue de 101 ± 67 días.

Cuando se analizan las causas de retraso de cirugía cardíaca ambulatoria, las más frecuentes fueron:

- Priorización de resolver la demanda de pacientes internados
- Falta de resolución de la patología cardíaca quirúrgica en Hospitales de la Provincia de Buenos Aires
- Porcentaje bajo de cirugías cardíaca anuales
- Paros hospitalarios

Esta investigación retrospectiva, muestra que el Hospital Posadas, recibe pacientes para una cirugía cardíaca no solo de su gran zona de influencia, sino de diferentes ciudades de nuestro país. Un 8% de los pacientes intervenidos son de nacionalidad extranjera, aunque la mayoría de ellos tienen su residencia en el país.

Un porcentaje elevado de pacientes tienen cobertura pública exclusiva.

El tiempo de espera para una cirugía ambulatoria fue menor a 6 meses, La demanda de pacientes de distintos distritos por falta de resolución en los niveles locales, un bajo volumen de procedimientos quirúrgicos, y barreras administrativas son los condicionantes de retraso a la hora de acceder a una cirugía cardíaca.

7. DISCUSIÓN.

En el trabajo de investigación realizado es evidente la coexistencia de los distintos tipos de barreras de accesibilidad a la que se expone una persona ante la demanda de atención en el sistema público de salud.

Hay dos situaciones a destacar que surgen como resultado de las encuestas realizadas, en primer lugar es la percepción satisfactoria de los usuarios respecto a la atención brindada, a pesar de las manifiestas barreras asignadas por el sistema sanitario. Esto podría corresponder a que los usuarios más viejos observan menos barreras para atención en el Hospital, ya que conocen mejor el sistema burocrático del hospital y de esta manera sortean permanentemente los obstáculos impuestos por el sistema público de salud, y por otro podría deberse a la habituación de los usuarios a dichas barreras, priorizando su atención médica

El otro punto llamativo teniendo en cuenta que la mayoría de los encuestados carecían de cobertura social, es que las barreras económicas no fueron relevantes para la población encuestada. Esto podría deberse, como está demostrado en varios estudios cualitativos, que los pacientes más vulnerables no tienen contacto con el sistema de salud, o es mucho más difícil la accesibilidad de estos grupos.

Dentro de las barreras administrativas, la percepción por parte del paciente sobre lo dificultoso que es acceder a un turno programado, ya que implica la necesidad de asistir al hospital a la madrugada para sacar un número, y luego una espera considerable para obtener el mismo, supone una necesidad de cambio de la organización interna del hospital, para modernizar y agilizar el otorgamiento de turnos programados. Esto último parece una tarea pendiente de las autoridades del hospital, aunque ya detectaron este problema y están apresto para darle una solución al mismo según lo revelado en el plan estratégico 2014-2016 (33).

Por otra parte las LE, originan un gran problema sanitario y son percibidas como un aspecto negativo de los sistemas de salud por parte de la población consultante. La LE siempre van a existir, aunque se torna inadmisibile cuando los TE son demasiado prolongado poniendo en riesgo la salud de la población, por ello es responsabilidad de las organizaciones y de sus gestores de apropiar las medidas tendiente a una adecuada planificación que conlleve a una gestión eficiente de las LE.

Durante el desarrollo hemos visto que dentro de las causantes que dificultan una adecuada gestión de LE, están la escasa planificación sanitaria, una financiación inadecuada, falta de un sistema de remuneración e incentivos (negociación con los profesionales), e inexistencia de sistemas de información y gestión.

No hay una única respuesta para resolver esta problemática. Los diferentes países esgrimen diversos métodos para adecuar los tiempos de espera para determinada práctica. Como ya fue mencionado precedentemente aumentar la producción (incrementar la oferta) para disminuir el volumen de pacientes es una mejoría transitoria de las LE, ya que al ofrecer una gestión más efectiva promoverá un aumento posterior de la demanda de pacientes en búsqueda de esa mejor atención brindada.

En nuestro país la estrategia para disminuir las listas de espera no parecen estar definida. Algunos centros pueden trabajar sobre la demanda es el caso de Hospitales de CABA que no atienden pacientes en que no tengan domicilio en ese distrito, enviando a los pacientes a operarse donde le corresponda según el domicilio de residencia.

Medidas tendientes a aumentar la producción tampoco son ostensibles, ya que el RRHH generalmente en el ámbito público es escaso, y tampoco existen incentivos para el personal para que realicen jornadas extraordinarias por falta de presupuesto (salvos casos puntuales en Hospital de CABA).

El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, una política pública llevada a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, logró una reducción en el volumen de las listas de espera en la población infantil. Parece necesaria la instrumentación de una política pública desde Nación que permita un abordaje integral de esta problemática en la población adulta. Poseer un registro nacional del volumen de pacientes que se encuentran en espera de una CCV, conocer la oferta para una CCV en hospitales públicos de todo el país, cuantificación de RR.HH y físicos en el sector público, y prever un financiamiento adecuado teniendo en cuenta un preciso estudio de costos, permitiría la adecuación de Hospitales Públicos para brindar una CCV; regionalizando la atención de estos pacientes con cardiopatías quirúrgicas, permitiendo una mejor accesibilidad, habida cuenta de la ya conocida asimetría territorial existente.

8. CONCLUSIONES.

El acceso a un procedimiento cardiovascular en el Hospital Posadas es posible. De acuerdo a los resultados relevados en este trabajo de investigación diferentes barreras de accesibilidad y en particular a una cirugía cardíaca son ostensibles, dentro de las cuales se destacan las administrativas, ya que expresa un problema netamente de gestión de la organización en estudio.

Dentro de estas barreras las listas de espera para acceder a una cirugía cardiovascular es la más relevante, ya que además de originar un importante problema sanitario expone a las personas en espera a un mayor riesgo de vida cuando los tiempos son inadecuados.

La necesidad de priorizar la resolución de la patología más urgente (paciente internado), la demanda de pacientes de distintos distritos por falta de respuesta en los niveles locales, un bajo volumen de procedimientos quirúrgicos, y barreras administrativas (paros hospitalarios) son los condicionantes de retraso más trascendentales a la hora de acceder a una cirugía cardíaca.

Aunque el recurso humano es escaso aumentar la cantidad de personal y de productividad no garantiza la sustentabilidad de la solución inicial del problema que generan estos cambios, sino se piensa en un abordaje integral donde se articulen los diferentes engranajes que posibiliten una eficiente gestión de las listas de espera.

Mejorar los mecanismos de planificación y gestionar de manera más eficiente los medios disponibles parecen ser las medidas más adecuadas para el control de las listas y tiempos de espera para una cirugía cardiovascular en el hospital seleccionado.

9. CONSIDERACIONES FINALES.

Estos hallazgos descriptos en el Hospital Posadas no escapan a lo que ocurre en el sector público de salud argentino. En nuestro país no hay una política pública que dé respuesta a la problemática planteada. No existen en Argentina registros de las cirugías cardíacas en el sector público, y menos aún del volumen de pacientes que se encuentran en lista de espera, y de los TE para resolver la patología cardiovascular.

El Hospital Posadas cuenta con un servicio de cardiología y CCV, que ofrece como fue mencionado precedentemente, procedimientos de alta complejidad no solo a la comunidad de la amplia área programática, sino de todo el país. El acceso oportuno debería ser un derecho para todos los ciudadanos, sin importar la capacidad de pago que tiene el mismo, generando una mayor equidad en el sistema de salud argentino.

El cambio del paradigma del Hospital Público (Alta complejidad) hacia la resolución quirúrgica de patologías complejas, requiere una gestión más eficiente de la organización, que contemple desde la planificación y gestión del RR.HH, hasta una modernización del sistema de turnos, a través de la incorporación de nuevos sistemas de información y tecnologías innovadoras, que incluya turnos telefónicos, turnos protegidos, mensajes de texto para confirmación de visita programada, etc., con el fin de evitar retrasos innecesarios a la hora de solicitar un turno programado, permitiendo de esta manera un más ágil contacto de los ciudadanos con el sistema de salud.

Respecto a las LE en el Hospital Posadas, cada servicio quirúrgico gestiona su propia lista. Sustanciales problemas de gestión son evidentes cuando se analizan las causas de estos retrasos, y como fue mencionado en esta investigación en el caso de una CCV se utiliza principalmente el sistema de priorización por criterio clínico, que determina en última instancia proporcionar una respuesta a la demanda más urgente sin poder brindar información certera sobre TE a aquellos pacientes estabilizados que esperan una cirugía cardíaca. Desde lo institucional no existe una estrategia clara para atacar a las listas de espera; la falta de planificación y de un sistema de gestión abierto a la comunidad pone en evidencia una falla importante a nivel de la organización.

Las estrategias destinadas a mejorar las barreras de accesibilidad, y particularmente las listas de espera para una cirugía cardíaca deben considerar a los factores internos

inherentes a la organización como son una adecuada planificación y **una gestión eficiente de las prestaciones ofrecidas en un contexto de recursos limitados**. Sin embargo es imprescindible que esto se acompañe de políticas sanitarias que actúen sobre los factores externos a la organización principalmente lo concerniente a una mejor estructuración de la demanda por área programática y una apropiada articulación con los hospitales provinciales responsables de la salud de la población a cargo.

Para afrontar esta verdadera problemática es necesario su inclusión en la agenda desde la mesogestión, como una política pública a implementar. Es relevante que el órgano rector que es el Ministerio de Salud de la Nación elabore normas relativas a la planificación de listas de espera. Para ello deberá tener información certera sobre oferta y demanda de una CCV en el sector público, cuantificación del RRHH capacitado, estudio de costos, etc. El abordaje de las LE debe ser integral, como lo realizan la mayoría de los países desarrollados, comprendiendo normas relativas a la definición de criterios e indicadores, sistemas de información, área de comunicación para los usuarios y fijación de garantías de demora máxima en el acceso.

Por último, es necesario contar con RRHH suficientes, competentes, y principalmente comprometidos con la salud pública, cuyo objetivo persiga la de brindar una oportuna atención para todo aquel ciudadano que la demande, y de esta manera evitar las barreras de accesibilidad que son producto de inadecuada e ineficiente gestión de las organizaciones públicas de salud.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1- World Bank. Disease Control Priorities in Developing Countries. Washington DC. 2006.
- 2- Guide to community preventive services: Evidence based recommendations for programs and policies to promote population health. Disponible en: www.thecommunityguide.org.
- 3- Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Aspectos metodológicos. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2006. Disponible en: www.msal.gov.ar.
- 4- Ferrante D, Linetzky B, Konfino J y col. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas No transmisibles en Argentina. Estudio de Corte Transversal. Rev. Argent salud Pública, 2011; 2(6):34-41
- 5- Berger J, Jordan C, Lloyd Jones D, et al. Screening for cardiovascular risk in asymptomatic patients. J Am Cardiol 2010;55: 1169-77.
- 6- Favalaro RG. Injerto de vena safena en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de la arteria coronaria. Técnica quirúrgica. J Thorac Cardiovasc Surg 1969; 58:178-85
- 7- Gruntzig A. Transluminal dilatation of coronary-artery stenosis. Lancet 1978;1:263
- 8- Hannan EL, Racz M, Holmes DR, et al. The impact of completeness of percutaneous coronary intervention revascularization on long term outcomes in the stent era. Circulation 2006;113:2406-12
- 9- Lee MA, Morady F, Kadish A, et al. Catheter modification of the atrioventricular junction with radiofrequency energy for control of atrioventricular nodal reentry tachycardia. Circulation. 1991;83:827-835.
- 10- Jazayeri M, Hempe SL, Sra JS, Dhala AA, et al. Selective transcatheter ablation of the fast and slow pathways using radiofrequency energy in patients with atrioventricular nodal reentrant tachycardia. Circulation. 1992;85:1318-1328.
- 11- Julio Bonis. Cómo pueden romper algunas tecnologías las barreras al acceso a los servicios sanitarios. En: www.fcs.es
- 12- Lista de Espera Quirúrgica. Portal de Salud de la comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. En: www.madrid.org/listadeesperaquirurgica

- 13- Martí J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gac Sanit* 2002; 16: 440-3.
- 14- Felitti M, Pettinari H, Martinez G, y col. Estimación del número de cirugías cardíacas en la Argentina. *Rev. argent. cardiol.* 2007, vol.75, n.5
- 15- Alejandra Antuña, Livia Ritondo. Corazones que esperan. Documento de trabajo Defensoría del Pueblo de La Ciudad de Buenos Aires.2006, pag 1-75.
- 16- Ferrante D, Tajer C. ¿Cuántos infartos hay en Argentina? *Rev. Argent Cardiol* 2007;75; 161-2.
- 17- Blanco P, Gagliardi J, Higa C, y col. Infarto agudo de miocardio. Resultados de la Encuesta SAC 2005 en la República Argentina. *Rev. Argent Cardiol* 2007; 75:163-70.
- 18- Rubinstein et al. Carga de las enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Rev. Panam Salud Publica* 27(4), 2010
- 19-Dr. Miguel Araujo Alonso. Listas de Espera para Cirugía Cardiovascular con Circulación Extracorpórea. Revisión de la Literatura. Ministerio de Salud Chile.
- 20-Comes, Yamila; Solitario, Romina; Garbus, Pamela, y Col. El Concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y los Servicios. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV/ Año 2006, Pag.201-209.
- 21- Hirmas Aduay, Poffald Angulo, Jasmen Sepúlveda, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev. Panam Salud Pública.* 2013; 33(3):223-9.
- 22- Memoria 2011 - Consello de Contas. Informe de fiscalización sobre la resolución de las listas de espera a través de la autoconcertación y de la concertación con centros privados. Galicia 2011. pag 1-207. En: www.ccontasgalicia.es/files/memorias/Memoria_2011_C.pdf
- 23- Agustín Cañizares Ruiz, Álvaro Santos Gómez. Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis. Documento de trabajo 174/2011. En: www.falternativas.org
- 24- Naylor CD; Morgan, CD, Levinton CM. Waiting for coronary revascularization in Toronto: 2 years' experience with a regional referral office. *Can Med Assoc J* 1993; 149:955-92.

- 25- Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Disponible en: www.msal.gov.ar.
- 26- Creación del "Programa nacional de Cardiopatías Congénitas", Resolución 107/2008. Publicación Boletín Oficial. 17/03/2008.
- 27- Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación. Indicadores de Desarrollo Sostenible. Porcentaje de la población afiliada a sistemas de salud. En: <http://www.ambiente.gov.ar>.
- 28- Programa Remediar+ Redes. En: www.remediar.gov.ar
- 29- Programa Sumar. En: www.msal.gov.ar/sumar/
- 30- FESP 2. En: www.msal.gov.ar/fesp/index.php/fesp/fesp-2
- 31-Mecom
- 32-Comisión para la Contingencia de Influenza A (H1N1), Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Epidemia de influenza A (H1N1) en la Argentina. Experiencia del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. **Rev. Medicina, v.69 n.4, sep. /oct. 2009 (Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php>**
- 33- Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Plan Estratégico Institucional (2014-2016). En: www.hospitalposadas.gov.ar

11. ANEXO 1.

Cuestionario destinado a pacientes que reciben atención por Servicio de Cirugía Cardiovascular	
Esta operado del Corazón?	
☐ SI ☐ NO (Me encuentro en seguimiento por especialidad) ☐ NO (Estoy realizando estudios prequirúrgicos)	
Tiene alguna cobertura médica?	
☐ Cobertura Pública exclusiva ☐ PAMI ☐ PROFE ☐ Otra.	
Porque elige la atención en el Hospital Público?	
☐ Es la única opción ☐ Se lo recomendaron ☐ Porque confía en los profesionales de la salud ☐ Lo derivaron de otro centro de menor complejidad	
Hace cuanto tiempo se atiende en el Hospital?	
☐ Menos de 1 año ☐ Entre 1 y 5 años. ☐ Entre 5 y 10 años ☐ Más de 10 años	
Como califica su atención en el Hospital?	
☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala	
Cuál es la principal barrera para poder atenderse en el Hospital?	
☐ Vive muy lejos del Hospital ☐ Dificultad para obtener un turno programado y/o quirúrgico ☐ Paros hospitalarios ☐ No puede atenderse por problemas económicos (pago de transporte, no puede faltar a su trabajo, etc)	
Cuál fue la principal dificultad para solicitar un turno programado?	
☐ Ninguna, me atendieron mediante una recomendación ☐ Hay que concurrir al hospital a la madrugada ☐ Concurrencia excesiva de pacientes al Hospital ☐ Largas horas de esperas para acceder a un turno	
Cuál es el tiempo de espera a una consulta con el especialista	
☐ Menos de 1 mes ☐ Entre 1 y 2 meses ☐ Menos de 3 meses ☐ Mayor a 3 meses	
Como accedió al Hospital en búsqueda de la resolución quirúrgica?	
☐ Se atendió siempre en el Hospital ☐ Fue derivado por algún médico de la zona que lo contactó con el servicio ☐ Estaba en lista de espera en otro Hospital de la Provincia de Buenos Aires ☐ Lo derivaron de un Hospital de CABA (por tener domicilio en Provincia).	
En caso de estar operado del corazón, Cuanto tiempo esperó para realizarse una cirugía cardíaca en nuestro hospital (Desde el momento de concluir todos los estudios pre quirúrgicos)?	
☐ Menos de 2 meses	

○ <i>Menos de 6 meses</i> ○ <i>Menos de 1 año</i> ○ <i>Más de 1 año</i>	
---	--