

INFORME FINAL DE GESTION

**Proyecto 3.06.05 b
Gestión del Hospital de Oncología María Curie
Ministerio de Salud**

Período 2005/2006

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 piso 5º Capital Federal

Presidente

Dr. Vicente Brusca

Auditores Generales:

Lic. Josefa Arminda Prada

Dra. Alicia Margarita Boero

Dr. Juan Carlos Toso

Dr. Antonio Rubén Campos

Lic. José Luis Giusti

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.06.05 b

NOMBRE DEL PROYECTO: Gestión del Hospital de Oncología María Curie

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2005/2006

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: Noviembre de 2006

EQUIPO DESIGNADO:

Coordinadora: Lic. Mercedes Gamez

Supervisora a/c: Cdora. Patricia Campana

OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión, en áreas críticas del hospital Maria Curie (significativas por su importancia y por las debilidades observadas), detectadas en el Relevamiento.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Noviembre de 2006.		
Código del Proyecto	3.06.05 b)		
Denominación del Proyecto	Gestión del Hospital de Oncología María Curie		
Período examinado	Año 2005/2006		
Objetivo de la auditoría	Evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión, en áreas críticas del hospital Maria Curie (significativas por su importancia y por las debilidades observadas), detectadas en el Relevamiento.		
Presupuesto (expresado en pesos)	Programa	Descripción	Vigente
	20	CLINICA MEDICA ADULTOS	5.715.239,00
	21	CIRUGIA	2.193.331,00
	26	SERVICIOS AUXILIARES DEL SIST. DE ATENCION	9.952.882,00
	27	SERVICIOS GENERALES Y ADMIS. DE HOSPITAL	3.098.988,00
	30	URGENCIAS	24.685,00
	TOTALES		20.985.125,00
Limitaciones al Alcance	No se pudo evaluar la eficiencia en el empleo, respecto a la producción que realizan los profesionales durante sus horas extras, dado que en las planillas diarias de atención, no se discriminan los pacientes atendidos en el horario extra del profesional.		
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 3 de Agosto y el 3 de Noviembre de 2006.		
Aclaraciones previas	<p>V A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:</p> <p>1. La Resolución Ministerial 169/97, aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Oncología de los Establecimientos Asistenciales, que se incorpora al Programa Nacional de Garantía de calidad de la atención medica.</p> <p>Los servicios de Máxilofacial, Patología Mamaria y Ginecología, basan su atención conforme las guías de diagnostico y tratamiento, de cada servicio:</p> <p>a. Las normas generales para el servicio de Máxilofacial, incluyen la evaluación del examen clínico, examen endoscópico y controles radiológicos, incluyendo la tomografía axial computada. Cuando el enfermo es derivado de otro centro asistencial, es obligatorio la revisión de la biopsia.</p>		

	<p>b. El servicio de Patología Mamaria realiza examen clínico, mamografía y biopsia dirigida, para determinar la patología y su estadio.</p> <p>c. Los protocolos oncoginecológicos de mayor relevancia, hacen hincapié en el diagnóstico, para el tratamiento de acuerdo a la estadificación. El diagnóstico en cáncer de cuello uterino¹, se realizará a través de: examen ginecológico, estudios colpocitológicos, biopsias exo-endocervicales, además de estudios complementarios (laboratorio, ecografía ginecológica, radiografía de tórax, entre otros).</p> <p>2. El Decreto 1659/80 aprueba el contrato de comodato firmado entre la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y la Ex Municipalidad. A través de dicho contrato, la Ex Municipalidad da en comodato a la Academia, un Equipo Acelerador Lineal², para terapia en el tratamiento de enfermedades oncológicas.</p> <p>La Academia se compromete a realizar prestaciones a pacientes que lo requieran a través de una indicación médica y en forma gratuita a los pacientes que sean derivados por la Ex Municipalidad, a través del Hospital Municipal de Oncología para tratamiento con el Acelerador Lineal. La Academia se compromete a soportar todas las erogaciones que correspondan a los gastos de preinstalación, funcionamiento, utilización, conservación y mantenimiento de los aparatos. El contrato se firmó por 12 años.</p> <p>Por Decreto 5701/MCBA/91 se convalidó el Convenio firmado entre la Ex Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad y el Centro de Estudios y Tratamientos Oncológicos S.A. (CETRO S.A.) mediante el cual se otorgó el uso y explotación del Servicio de Terapia Radiante a dicha empresa, encargándose de proporcionar la dotación de médicos y técnicos necesarios y pagando el canon locativo mensual a favor de la Academia Nacional de Medicina. Se estipula como obligación la prestación de treinta aplicaciones diarias, los 365 días del año.</p> <p>Por Resolución 787/SS/04 se autoriza la contratación directa para la locación del inmueble propiedad de la Academia Nacional de Medicina, destinada a la continuidad de la instalación del equipo Acelerador Lineal y a la contratación directa con el Centro de Estudio y Tratamiento Oncológico S.A. para el uso y explotación de dicho equipo.</p> <p>3. Conforme lo tratado en reunión del Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) de fecha 15/12/92, sobre normatización de drogas no provistas por la Unidad de Farmacia, los fármacos no utilizados para el</p>
--	--

¹ Para carcinoma de vulva, carcinoma de endometrio, sarcoma de útero, cáncer de ovario, entre otros, se realizarán además otros métodos de diagnóstico.

² Equipo de irradiación de Rayos X, de electrones y fotones

	<p>tratamiento, en caso de suspensión de medicación indicada por razones médicas, alta o fallecimiento del paciente, el médico tratante deberá comunicar la novedad en forma inmediata a la Unidad de farmacia, la que procederá a incorporarla al patrimonio del Hospital.</p> <p>4. La Resolución 1914/SS/03 modifica el Anexo I de la Resolución 1125/SS/03 que aprueba los requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de investigación en Hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</p> <p>Por Resolución 1154/SS/03 se crea el Comité Central de Bioética en Investigación en Salud, estableciéndose entre sus misiones y funciones las de supervisar, evaluar y emitir dictámenes sobre los proyectos generados en los Hospitales dependientes de la Ex Secretaria de Salud.</p> <p>Las investigaciones clínicas son financiadas por un patrocinante, pudiendo el hospital brindar prestaciones relativas a tal investigación.</p> <p>En la presentación de los proyectos de investigación, se requiere la incorporación de la póliza que cubra daños y perjuicios durante el ensayo clínico.</p> <p>La Asociación Argentina de Investigación Clínica, a través de su Comité de Ética, establece que ningún comité de ética o bioética, como tampoco</p>
--	---

³ La Asociación Argentina de Investigación Clínica informó que en la actualidad se cobra 1.000 dólares por paciente bajo protocolo.

⁴ Los profesionales en salud, cumplirán un horario reducido de 3 hs de lunes a viernes; los ayudantes de radiología y fisioterapia o fotógrafos 4 hs de lunes a viernes con una guardia rotativa de 3hs cada 6 sábados igual que las enfermeras a quienes se les agrega una guardia dominical rotativa compensatoria; los profesionales preparadores y ayudantes de Radium e isótopos, 3 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de igual duración en día sábado; personal de laboratorio, preparadores de histología 4 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de 3 horas cada 6 sábados; personal administrativo, enfermeras de cirugía y consultorios, mucamas y todo otro personal que se desempeñe en Radioterapia o radiodiagnóstico, 5 hs diarias de lunes a viernes, y una guardia rotativa de tres hs cada seis sábados; personal de mucamas de servicio y obreros de oficio, no comprendidos en otros acápite, 6 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de 3 hs y media cada 6 sábados.

⁵ Ordenanza N° 21.074: s/ “Autorización y pago de gastos de ejercicios vencidos”

Art 1°: La autorización y pago de los gastos correspondientes a ejercicios vencidos se ajustará en lo sucesivo al siguiente procedimiento:

- a) Cuando se determina la existencia del gasto, la actuación será remitida a la Contaduría General, la cual, luego de recabar los informes que estime necesarios, se expedirá acerca de la procedencia del mismo, lo registrará en una cuenta de orden que abrirá al efecto y lo elevará a consideración superior por intermedio de la Secretaría de Economía.
- b) El Departamento Ejecutivo, por decreto, declarará el gasto de legítimo abono, si así correspondiere.

⁶ Actualmente la Dirección General de Recursos Físicos en Salud.

⁷ Comprende las áreas de: quirófano central, salas de internación 3er. piso (incluye vestuario y office de enfermería y sala de médicos), unidad de terapia intensiva, internación 2do. piso (incluye vestuario y office de enfermería), baños 2do. piso, 1er. piso completo y subsuelo completo.

otros comités que tienen el deber legal de aprobar los protocolos de investigaciones clínicas, pueden desconocer los acuerdos económicos pactados por los investigadores y los patrocinantes, ya que dichos acuerdos forman parte de los requisitos solicitados para la aprobación del protocolo, a fin de mostrar transparencia en los mismos. Si este acuerdo no es presentado, no debería aprobarse el protocolo³.

V B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

1. La Dirección General Adjunta de Recursos Humanos, dependiente del Ministerio de Hacienda, se ocupa del ingreso de novedades que estén referidas a las prestaciones mensuales de guardias medicas, no existiendo en el proceso de liquidación diferenciación alguna entre la Figura de Suplencia de Guardia y Suplencia de Guardia Fuera de Dotación.

La Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, advierte que no se encuentra reglamentada en la normativa vigente la Figura de Guardia Fuera de Dotación. No obstante ello, es de destacar que , ante la necesidad de recurso humano y la demora en las designaciones, se ha autorizado a la realización de Suplencias de Guardia en planta fuera de las dotaciones que se encuentran contempladas por la normativa vigente para el área de urgencias.

La Dirección General SAME, autoriza las Suplencias de Guardias; no ocurriendo lo mismo con las Guardias Fuera de Dotación, dado que las mismas son efectuadas fuera del área de urgencia, no cumplimiento con lo reglamentado por la Resolución 315/02.

2. El Hospital se rige bajo la Ordenanza N° 14.838/58⁴, quien determina en su Art. 3° el régimen de trabajo para el personal del Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia.

Los servicios de rayos convencionales están regulados, por Radiofísica Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación.

La Autoridad Regulatoria de Energía Atómica (Organismo competente en los Servicios de rayos no convencionales), informa que las Normas básicas de seguridad Radiológica (AR 10.1.1, AR 8.2.1, AR 8.2.3 Rev. 3) no establecen restricciones sobre la extensión de la jornada laboral, solo indica la restricción de dosis de 6 mSv/año, para cada tipo de practica. Sin embargo, desde el punto de vista regulatorio el personal ocupacionalmente expuesto es **aquel que trabaja en relación al servicio en cuestión**, recibiendo el beneficio neto en consecuencia.

El Decreto 5/7/943 (B. M. 6894) regula el cumplimiento del horario,

estableciendo que los registros de asistencia se cerrarán exactamente a la hora fijada para el comienzo de las actividades del personal. Determina las sanciones a aplicar por cada llegada tarde (descuento de medio día de sueldo, si la demora no excede de quince minutos y el día íntegro si el atraso fuere mayor) y por salida anticipada (un día de suspensión).

El Decreto 8717/69 en su artículo 3º determina que todas las licencias de los agentes deben ser archivadas en el legajo personal.

3. La Ley Nro. 154/99 regula la generación, manipulación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de todos los residuos patogénicos provenientes de la actividad de la atención de la salud humana.

El Decreto Nro. 1886/01 aprueba la Reglamentación de la Ley 154/99, incorporando al mismo el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos, elaborado por la Ex Secretaria de Salud, Ex Dirección General Adjunta de Hábitat Físico para la Salud, año 2000.

Los Residuos Peligrosos se rigen por la Ley 24.054/92, siendo competencia del nivel nacional.

Por Expediente 38.135/04 tramitó la Licitación Pública N° 865/05 correspondiente al Servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los Residuos Patogénicos, quedando en la misma desierta la prestación del servicio para los Hospitales: Álvarez, Dueñas, Durand, Legleyze, María Curie, Pasteur, Pirovano, Rocca, Vélez Sársfield y Zubizarreta.

Para garantizar la continuidad de la prestación del servicio, y hasta tanto se regularice el mismo, dentro de los términos del Decreto 5720/PEN/72, el gasto devengado se aprobó según los términos del Decreto 1370/GCBA/2001. Actualmente, se encarga de brindar este servicio la Empresa Hábitat Ecológico S.A. percibiendo por el mismo \$ 8.319 promedio mensual.

La empresa debe recolectar los residuos patogénicos desde el sitio de almacenamiento final del Hospital, ocupándose del tratamiento y disposición final de los mismos.

El tratamiento interno de los residuos patogénicos, es realizado por la empresa prestadora del servicio de limpieza.

4. El servicio de limpieza y mantenimiento del hospital se divide en áreas concesionadas (realizada por la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A.) y áreas no concesionadas (realizadas por la empresa Logística Ambiental S.A.).

	<p>El contrato con la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A., data del año 1992 con duración por 10 años. Actualmente el contrato se encuentra vencido, pagándose el servicio por Legítimo Abono⁵.</p> <p>El Anexo IV del Contrato original, establece que todo lo relacionado a la prestación del servicio, será supervisado, controlado y coordinado por el órgano de control⁶ a través de la Inspección.</p> <p>Las observaciones, órdenes y actas de penalidades que la inspección emita, será asentado en el libro “Actas de Notificación”, en el cual, el concesionario estará obligado a dejar constancia diaria de su notificación.</p> <p>A partir del 20 de Abril del 2005, la empresa que realizaba el servicio de limpieza de áreas no concesionadas⁷ (Logística Ambiental S.A.) cesó el servicio de manera intempestiva, otorgándole la Dirección General de Recursos Físicos en Salud dicha concesión, a la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A.</p> <p>El pago del servicio se realiza por Decreto 1370/GCBA/2001. La empresa debe realizar el servicio con una dotación de trece operarios a turno completo, debiendo ajustar la distribución horaria del personal a las necesidades del nosocomio. El servicio incluye la recolección interna de los residuos patogénicos. Percibe por este servicio \$22.100 mensuales.</p>
<p>Debilidades detectadas</p>	<p>VII A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El sistema de turnos (entrega y confirmación) utilizado para la prestación del servicio asistencial, no es ágil, sino que perjudica al paciente que va a ser atendido en ese día y al que debe sacar un turno para recibir la atención, produciendo demoras innecesarias. En tal sentido se destaca que, no existen turnos asignados y que una vez que el paciente recibe un turno, corre el riesgo de ser atendido en cualquier horario. 2. El resultado obtenido del indicador tiempo promedio de atención por consulta, esta por arriba de la media normal establecida (promedio de 15 o 20 minutos) produciendo desvíos importantes (entre 20 y 40 minutos) que repercuten en los tiempos de espera para la obtención de un turno. 3. La productividad de las consultas, de los servicios verificados, resulta baja, en relación a la cantidad de horas médicas que se brindan para la atención. En tal sentido se resalta, que el aumento de las horas producto del uso de la Figura Guardia Fuera de Dotación, no es proporcional a la producción de cada servicio, es decir, mientras dichas horas aumentan, la producción permanece constante o se incrementa lentamente. 4. La producción quirúrgica de los servicios señalados, es baja, en relación a la cantidad de profesionales intervinientes y los días de quirófano disponible. Asimismo, el cálculo de prácticas quirúrgicas mensuales por profesional no alcanza las 3 cirugías por mes.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. La distribución del recurso humano de Enfermería se concentra en el turno noche de los días hábiles. Sin embargo, durante ese horario el paciente requiere de menor atención, descuidándose la misma, en horario matutino y vespertino donde se requiere de una actividad más dinámica. Para fines de semana y feriados, el recurso humano asignado resulta escaso. 6. Existe escaso cumplimiento (10%) de las guías de atención estipuladas para patologías oncoginecológicas. 7. El tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas, no es razonable en comparación con estándares (30 días) o valores de referencia de otros nosocomios (20 días), marcando un desvío significativo (37% del valor estándar y 49% del valor de referencia) que repercute en la pérdida de oportunidades. 8. No existen registros de stock, que aseguren la incorporación de drogas oncológicas al patrimonio del hospital, en caso que el paciente suspenda la medicación indicada por razones médicas, alta o fallecimiento del mismo. 9. El total de aplicaciones diarias estipuladas por Convenio entre ex-Secretaría de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la firma CETROS S.A., representa solo el 23% de las aplicaciones que pueden realizarse con el equipo Acelerador Lineal, reflejando un trato injusto en los pacientes derivados del hospital público, cuya demora en el tiempo refleja pérdida de oportunidad del tratamiento. 10. El grado de satisfacción del usuario del Hospital Curie (80.5% promedio ponderado), se encuentra por debajo de la media del indicador aplicado, en hospitales generales de un Estado Autónomo de Europa (91%) y del valor de referencia nacional, obtenido de una empresa prestadora de servicios de salud (92.3%). Influye sobre ello, el tiempo excesivo que el paciente debe esperar, desde que llega al hospital hasta que recibe la atención médica y el elevado número de días de espera, para realizarse un estudio en consultorio de Tomografía. 11. Falta de registro (documentación respaldatoria) y control en el manejo de fondos, derivados de acuerdos entre el investigador principal y el patrocinante de la investigación clínica, acrecentada por la ausencia de control desde el Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Bioética. 12. Ausencia de intervención, del GCBA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la sistematización de aspectos financieros de los Protocolos de Investigaciones Clínicas. 13. Existencia de vacío legal en normas que regulan esta materia (investigaciones clínicas), facilitando la situación descripta. 14. La existencia de un solo tomógrafo reduce la posibilidad de maximizar la producción del servicio de Tomografía, produciendo un exceso de horas profesionales destinadas para la atención en dicho servicios.
--	---

VII B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

15. La reducción horaria establecida por la aplicación de la Ordenanza 14.838/58, queda vulnerada. Los profesionales del hospital, realizan horas extras en contraposición a lo establecido por dicha Ordenanza.
16. Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (57.804 hs), se aproximan a las horas normales trabajadas (57.860 hs), superando la suma de ambas, un 17.9% respecto de las horas que deberían trabajar por nombramiento (98.100).
17. El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación, que no se encuentra regulada por normativa vigente, para el pago de horas extras a profesionales de la salud. Durante el año 2005, el hospital devengó por tal concepto el 73% (1.035.655) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales.
18. Los legajos del personal se encuentran incompletos. Existen comprobantes de licencias, archivados en cajas, donde se mezcla la documentación de los distintos agentes, incumpliendo con el Decreto 8.717/69.
19. Los registros de asistencia no son llevados de conformidad a las normas legales vigentes (Decreto 5/7/43). Solo se comunicó para su descuento el 30% de ausencias correspondiente a inasistencias y llegadas tardes.
20. Las horas extras trabajadas que se compensan con francos (personal de enfermería y mantenimiento), no pueden ser verificadas, dado que no se consigna en la planilla de asistencia el horario extra trabajado.
21. El circuito de facturación y cobranzas carece de controles que tornen confiable la información brindada por el mismo. Las deudas reflejadas no son reales.
22. La ausencia de control sistemático y permanente de los saldos de las obras sociales y la inexistencia de una política definida para ejercitar acciones destinadas al cobro de facturas atrasadas, señalan la debilidad de los controles internos, que incrementan los riesgos relacionados con la detección de irregularidades (retención de fondos, omisión o manipulación de documentación).
23. El Hospital no da cumplimiento a lo normado por el Decreto 1886/01, que reglamenta a la Ley 154/99 sobre Residuos Patogénicos, puesto que no realiza un adecuado control del traslado interno de los residuos patogénicos, no garantiza la provisión adecuada de elementos, no supervisa al personal asignado a la tarea y no asegura el correcto almacenamiento de dichos residuos.
24. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el inadecuado sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza

	<p>las tareas, la inadecuada dilución de elementos desinfectantes y la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc), son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.</p>
<p>Recomendaciones</p>	<p>VIII A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Replantear el circuito utilizado para la entrega y confirmación de turnos, a fin de minimizar las demoras ocasionadas por el mismo. (Observación 1) 2. Adaptar la cantidad de turnos otorgados en consultorios externos, en función a las horas médicas ofrecidas, con la finalidad de adecuar el tiempo utilizado en la consulta y maximizar la productividad de los servicios. (Observación 2 y 3) 3. Extender el horario de utilización de los quirófanos, a fin de optimizar su uso y maximizar la producción del recurso humano médico en concordancia con el resto del recurso humano necesario. (Observación 4) 4. Redistribuir el Recurso Humano de Enfermería en función a la cantidad de camas disponibles por áreas de internación y horarios de mayor actividad, que garanticen la adecuada utilización de dicho recurso. (Observación 5) 5. Realizar auditorias de historias clínicas con periodicidad, a fin de verificar el cumplimiento de las guías de atención. (Observación 6) 6. Ajustar los tiempos de espera obtenidos, a estándares o valores de referencia, a fin de disminuir la pérdida de oportunidades para el logro del objetivo básico del tratamiento: la curación y la prolongación de vida. (Observación 7) 7. Incorporar al stock del hospital, toda medicación o droga que ingrese al nosocomio por compras, donaciones u otros, a fin de contar con registros que garanticen la transparencia en el manejo de dichas drogas. (Observación 8) 8. Rever el Convenio firmado entre la Ex Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Centro de Estudios y Tratamientos Oncológicos S.A. (CETRO S.A.), a fin de reajustar la cantidad de aplicaciones diarias que la misma debe proveer en forma gratuita a los pacientes derivados del hospital público. (Observación 9) 9. Implementar medidas tendientes a solucionar las insatisfacciones de los usuarios (pacientes y agentes de salud), en el sistema de atención del hospital. (Observación 10) 10. Monitorear las distintas demandas generadas por los usuarios del hospital, con el fin de proporcionar un mayor grado de satisfacción. (Observación 10) 11. Incorporar, para la aprobación de protocolos de investigaciones

	<p>clínicas, a la Asociación Argentina de Investigación Clínica, a través de su Comité de Ética y dar participación a la Procuración General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de un especialista en la materia, a fin de bregar por la transparencia en acuerdos económicos derivados de la ejecución de dichos protocolos. (Observación 11)</p> <p>12. Intervención activa del GCBA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la elaboración de un Convenio que sistematice la investigación clínica y en el control del cumplimiento del mismo. (Observación 12)</p> <p>13. Revisión de la normativa vigente que regula esta materia. (Observación 13)</p> <p>14. Redistribuir al personal Técnico que realiza Tomografías, de manera tal que se logre cubrir las 24 hs. diarias, con el fin de maximizar la producción del Tomógrafo existente, y prever futuras adquisiciones de dicha aparatología. (Observación 14)</p> <p>VIII B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:</p> <p>15. Implementar mecanismos de acción tendientes a disminuir la situación descrita y revisión de la vigencia de la Ordenanza 14.838/58 por el Poder Legislativo. (Observación 15,16 y 17)</p> <p>16. Implementar un adecuado sistema de control de asistencia y archivo de documentación, que no permita la vulneración de las normas legales vigentes. (Observación 18 y 19)</p> <p>17. Confeccionar un registro de asistencia, que contemple un ítem específico para horas extras trabajadas y establecer un tope para la compensación de francos por agente, a fin de establecer transparencia en la verificación de los mismos. (Observación 20)</p> <p>18. Incorporar en el circuito de facturación y cobranzas, controles que permitan obtener información confiable para la gestión y toma de decisiones relacionados con la obtención de recursos. (Observación 21)</p> <p>19. Prever la incorporación del Sistema de Facturación implementado por la Dirección General de Sistemas de Información, dependiente del Ministerio de Salud, que reduzca los riesgos señalados y agilice la gestión de cobranzas. (Observación 22)</p> <p>20. Garantizar el cumplimiento del Decreto 1.886/01 (supervisión y controles adecuados) a fin de minimizar los riesgos producidos como consecuencia del manejo de residuos patogénicos. (Observación 23)</p> <p>21. Implementar mecanismos de control que acrediten la calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, y rever los medios de certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Observación 24)</p>
--	---

	<p>Finalmente, por decisión del Colegio de Auditores en sesión del día 26 de julio de 2007, se resolvió por las observaciones 11 y 12 el inicio de acciones administrativas tendientes al deslinde de responsabilidades en los términos del artículo 136 inc. K de la Ley 70. Respecto a las observaciones 18, 22 y 23 se sugirió la inmediata implementación de medidas correctivas y en su caso, de corresponder, la determinación del deslinde de responsabilidades.</p>
<p>Conclusión</p>	<p>El funcionamiento de un hospital de referencia, exige un cambio en la cultura asistencial que requiere un mayor compromiso de cada integrante de la organización, a fin de mejorar la calidad de atención, minimizar los riesgos provenientes de la práctica asistencial, mejorar los ingresos propios de la institución (sistema de facturación), satisfacer las demandas de los usuarios del sistema de salud (pacientes y agentes de salud) y monitorear los sectores críticos de la misma.</p> <p style="padding-left: 40px;">En tal sentido, la utilización racional del recurso humano y material (quirófanos), maximiza la productividad de los servicios en beneficio de los usuarios, garantizando el cumplimiento del rol de los agentes asistenciales, como actores sociales que son.</p> <p style="padding-left: 40px;">Asimismo, contar con un adecuado sistema de información resulta esencial para la construcción de las políticas de salud, siendo la base para la toma de decisiones.</p> <p style="padding-left: 40px;">Así, la elaboración de políticas concretas para la detección de pacientes con cobertura y la gestión de cobranzas, permitiría obtener más recursos del subsector obras sociales (sector privado), haciendo mas eficiente el uso de los recursos del Tesoro de la Ciudad.</p> <p style="padding-left: 40px;">Del mismo modo, promover la investigación clínica resulta esencial para el avance de la medicina asistencial. Sin embargo, la industria farmacéutica (patrocinante de las investigaciones) no retribuye al sistema público de salud en su conjunto, es decir, no existe contraprestación por parte de ésta, hacia el Hospital o hacia el GCBA, de la utilización que hace de sus recursos físicos y humanos.</p> <p style="padding-left: 40px;">En tal sentido, la inclusión de los usuarios (pacientes y agentes de salud) a la gestión del sistema de salud, mediante instrumentos como la encuesta de satisfacción, puede contribuir de manera relevante a la consolidación del sistema de salud.</p> <p style="padding-left: 40px;">Asimismo, contar con un Cuadro de Mando Integral, permite a una organización identificar y seleccionar indicadores estratégicos que definan la situación del ente. Además, permite al gestor, monitorear y evaluar los resultados de cada área de la organización, de</p>

	<p>manera tal, que pueda tomar decisiones durante la marcha de su gestión.</p>
--	--

Finalmente, sobre la base de las tareas descriptas en el alcance de auditoria, se concluye, que el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de la gestión analizada, no son razonables en sus aspectos significativos, de acuerdo con la normativa vigente. Asimismo, se sugiere la realización de una Auditoria Legal, Financiera y de Gestión, referida a Protocolos de Investigaciones Clínicas.

**INFORME FINAL DE GESTIÓN
PROYECTO 3.06.05 b**

Señor
Vicepresidente 1°
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Dip. Santiago De Estrada
S _____ / _____ D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I) OBJETO

Debilidades y áreas críticas detectadas en el Hospital de Oncología María Curie.

II) OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión, en áreas críticas del Hospital María Curie (significativas por su importancia y por las debilidades observadas) detectadas en el Relevamiento.

III) 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.

Para evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión, en áreas críticas del Hospital María Curie detectadas en el Relevamiento, se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

a. Relativos a la Gestión Clínica:

- Análisis y evaluación de la producción del Recurso Humano afectado y su distribución por áreas críticas.
- Verificación de tiempo de espera entre admisión, cirugía y atención terapéutica, entre otros.
- Verificación del tiempo transcurrido entre la entrega y admisión de drogas oncológicas. Registros, rotulación, stock y disposición final en el hospital.
- Evaluación de la calidad de atención, a través de una Encuesta de Satisfacción a usuarios (pacientes o familiares) de servicios asistenciales detectados como áreas críticas.

- Análisis de los aspectos legales y financieros de los protocolos de investigación iniciados o programados durante el periodo auditado.
- Cruce y análisis de información suministrada por distintos entes, relacionados con el objeto de auditoria.
- Identificación de Indicadores cualitativos y cuantitativos de la Gestión.

b. Relativos a la Gestión Administrativa / Contable:

- Análisis de la Normativa vinculada a las debilidades detectadas.
- Verificación de horas laborales y horas de Guardias Fuera de Dotación, en relación con la Ordenanza 14.838/58.
- Vista de legajos y verificación de la correlación entre éstos, la planilla diaria de asistencia y el parte de comunicación mensual, a la Dirección General de Liquidación de Haberes.
- Evaluación del control interno del Departamento Económico Financiero: Arqueo de garantías. Verificación del circuito de facturación y cobranza a obras sociales.
- Análisis y alcance de las responsabilidades establecidas en Pliegos de bases y condiciones para las empresas tercerizadas (limpieza, mantenimiento edilicio y residuos patogénicos) y las que le competen a la División Servicios y Mantenimiento.

Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 3 de Agosto y el 3 de Noviembre de 2006.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No se pudo evaluar la eficiencia en el empleo, respecto a la producción que realizan los profesionales durante sus horas extras, dado que en las planillas diarias de atención, no se discriminan los pacientes atendidos en el horario extra del profesional.

V) ACLARACIONES PREVIAS

V A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:

1. La Resolución Ministerial 169/97, aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Oncología de los Establecimientos Asistenciales, que se incorpora al Programa Nacional de Garantía de calidad de la atención medica.

Los servicios de Máxilofacial, Patología Mamaria y Ginecología, basan su atención conforme las guías de diagnostico y tratamiento, de cada servicio:

- d. Las normas generales para el servicio de Máxilofacial, incluyen la evaluación del examen clínico, examen endoscópico y controles radiológicos, incluyendo la tomografía axial computada. Cuando el enfermo es derivado de otro centro asistencial, es obligatorio la revisión de la biopsia.

- e. El servicio de Patología Mamaria realiza examen clínico, mamografía y biopsia dirigida, para determinar la patología y su estadio.
- f. Los protocolos oncoginecológicos de mayor relevancia, hacen hincapié en el diagnóstico, para el tratamiento de acuerdo a la estadificación. El diagnóstico en cáncer de cuello uterino⁸, se realizará a través de: examen ginecológico, estudios colpocitológicos, biopsias exo-endocervicales, además de estudios complementarios (laboratorio, ecografía ginecológica, radiografía de tórax, entre otros).

2. El Decreto 1659/80 aprueba el contrato de comodato firmado entre la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y la Ex Municipalidad. A través de dicho contrato, la Ex Municipalidad da en comodato a la Academia, un Equipo Acelerador Lineal⁹, para terapia en el tratamiento de enfermedades oncológicas.

La Academia se compromete a realizar prestaciones a pacientes que lo requieran a través de una indicación médica y en forma gratuita a los pacientes que sean derivados por la Ex Municipalidad, a través del Hospital Municipal de Oncología para tratamiento con el Acelerador Lineal. La Academia se compromete a soportar todas las erogaciones que correspondan a los gastos de preinstalación, funcionamiento, utilización, conservación y mantenimiento de los aparatos. El contrato se firmó por 12 años.

Por Decreto 5701/MCBA/91 se convalidó el Convenio firmado entre la Ex Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad y el Centro de Estudios y Tratamientos Oncológicos S.A. (CETRO S.A.) mediante el cual se otorgó el uso y explotación del Servicio de Terapia Radiante a dicha empresa, encargándose de proporcionar la dotación de médicos y técnicos necesarios y pagando el canon locativo mensual a favor de la Academia Nacional de Medicina. Se estipula como obligación la prestación de treinta aplicaciones diarias, los 365 días del año.

Por Resolución 787/SS/04 se autoriza la contratación directa para la locación del inmueble propiedad de la Academia Nacional de Medicina, destinada a la continuidad de la instalación del equipo Acelerador Lineal y a la contratación directa con el Centro de Estudio y Tratamiento Oncológico S.A. para el uso y explotación de dicho equipo.

3. Conforme lo tratado en reunión del Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) de fecha 15/12/92, sobre normatización de drogas no provistas por la Unidad de Farmacia, los fármacos no utilizados para el tratamiento, en caso de suspensión de medicación indicada por razones médicas, alta o fallecimiento del paciente, el médico tratante deberá comunicar la novedad en forma

⁸ Para carcinoma de vulva, carcinoma de endometrio, sarcoma de útero, cáncer de ovario, entre otros, se realizarán además otros métodos de diagnóstico.

⁹ Equipo de irradiación de Rayos X, de electrones y fotones

inmediata a la Unidad de farmacia, la que procederá a incorporarla al patrimonio del Hospital.

4. La Resolución 1914/SS/03 modifica el Anexo I de la Resolución 1125/SS/03 que aprueba los requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de investigación en Hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por Resolución 1154/SS/03 se crea el Comité Central de Bioética en Investigación en Salud, estableciéndose entre sus misiones y funciones las de supervisar, evaluar y emitir dictámenes sobre los proyectos generados en los Hospitales dependientes de la Ex Secretaria de Salud.

Las investigaciones clínicas son financiadas por un patrocinante, pudiendo el hospital brindar prestaciones relativas a tal investigación.

En la presentación de los proyectos de investigación, se requiere la incorporación de la póliza que cubra daños y perjuicios durante el ensayo clínico.

La Asociación Argentina de Investigación Clínica, a través de su Comité de Ética, establece que ningún comité de ética o bioética, como tampoco otros comités que tienen el deber legal de aprobar los protocolos de investigaciones clínicas, pueden desconocer los acuerdos económicos pactados por los investigadores y los patrocinantes, ya que dichos acuerdos forman parte de los requisitos solicitados para la aprobación del protocolo, a fin de mostrar transparencia en los mismos. Si este acuerdo no es presentado, no debería aprobarse el protocolo¹⁰.

V B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

1. La Dirección General Adjunta de Recursos Humanos, dependiente del Ministerio de Hacienda, se ocupa del ingreso de novedades que estén referidas a las prestaciones mensuales de guardias medicas, no existiendo en el proceso de liquidación diferenciación alguna entre la Figura de Suplencia de Guardia y Suplencia de Guardia Fuera de Dotación.

La Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, advierte que no se encuentra reglamentada en la normativa vigente la Figura de Guardia Fuera de Dotación. No obstante ello, es de destacar que, ante la necesidad de recurso humano y la demora en las designaciones, se ha autorizado a la realización de Suplencias de Guardia en planta fuera de las dotaciones que se encuentran contempladas por la normativa vigente para el área de urgencias.

¹⁰ La Asociación Argentina de Investigación Clínica informó que en la actualidad se cobra 1.000 dólares por paciente bajo protocolo.

La Dirección General SAME, autoriza las Suplencias de Guardias; no ocurriendo lo mismo con las Guardias Fuera de Dotación, dado que las mismas son efectuadas fuera del área de urgencia, no cumplimiento con lo reglamentado por la Resolución 315/02.

2. El Hospital se rige bajo la Ordenanza N° 14.838/58¹¹, quien determina en su Art. 3° el régimen de trabajo para el personal del Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia.

Los servicios de rayos convencionales están regulados, por Radiofísica Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación.

La Autoridad Regulatoria de Energía Atómica (Organismo competente en los Servicios de rayos no convencionales), informa que las Normas básicas de seguridad Radiológica (AR 10.1.1, AR 8.2.1, AR 8.2.3 Rev. 3) no establecen restricciones sobre la extensión de la jornada laboral, solo indica la restricción de dosis de 6 mSv/año, para cada tipo de practica. Sin embargo, desde el punto de vista regulatorio el personal ocupacionalmente expuesto es **aquel que trabaja en relación al servicio en cuestión**, recibiendo el beneficio neto en consecuencia.

El Decreto 5/7/943 (B. M. 6894) regula el cumplimiento del horario, estableciendo que los registros de asistencia se cerrarán exactamente a la hora fijada para el comienzo de las actividades del personal. Determina las sanciones a aplicar por cada llegada tarde (descuento de medio día de sueldo, si la demora no excede de quince minutos y el día íntegro si el atraso fuere mayor) y por salida anticipada (un día de suspensión).

El Decreto 8717/69 en su artículo 3° determina que todas las licencias de los agentes deben ser archivadas en el legajo personal.

3. La Ley Nro. 154/99 regula la generación, manipulación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de todos los residuos patogénicos provenientes de la actividad de la atención de la salud humana.

¹¹ Los profesionales en salud, cumplirán un horario reducido de 3 hs de lunes a viernes; los ayudantes de radiología y fisioterapia o fotógrafos 4 hs de lunes a viernes con una guardia rotativa de 3hs cada 6 sábados igual que las enfermeras a quienes se les agrega una guardia dominical rotativa compensatoria; los profesionales preparadores y ayudantes de Radium e isótopos, 3 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de igual duración en día sábado; personal de laboratorio, preparadores de histología 4 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de 3 horas cada 6 sábados; personal administrativo, enfermeras de cirugía y consultorios, mucamas y todo otro personal que se desempeñe en Radioterapia o radiodiagnóstico, 5 hs diarias de lunes a viernes, y una guardia rotativa de tres hs cada seis sábados; personal de mucamas de servicio y obreros de oficio, no comprendidos en otros acápite, 6 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de 3 hs y media cada 6 sábados.

El Decreto Nro. 1886/01 aprueba la Reglamentación de la Ley 154/99, incorporando al mismo el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos, elaborado por la Ex Secretaria de Salud, Ex Dirección General Adjunta de Hábitat Físico para la Salud, año 2000.

Los Residuos Peligrosos se rigen por la Ley 24.054/92, siendo competencia del nivel nacional.

Por Expediente 38.135/04 tramitó la Licitación Pública N° 865/05 correspondiente al Servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los Residuos Patogénicos, quedando en la misma desierta la prestación del servicio para los Hospitales: Álvarez, Dueñas, Durand, Legleyze, María Curie, Pasteur, Pirovano, Rocca, Vélez Sársfield y Zubizarreta.

Para garantizar la continuidad de la prestación del servicio, y hasta tanto se regularice el mismo, dentro de los términos del Decreto 5720/PEN/72, el gasto devengado se aprobó según los términos del Decreto 1370/GCBA/2001. Actualmente, se encarga de brindar este servicio la Empresa Hábitat Ecológico S.A. percibiendo por el mismo \$ 8.319 promedio mensual.

La empresa debe recolectar los residuos patogénicos desde el sitio de almacenamiento final del Hospital, ocupándose del tratamiento y disposición final de los mismos.

El tratamiento interno de los residuos patogénicos, es realizado por la empresa prestadora del servicio de limpieza.

4. El servicio de limpieza y mantenimiento del hospital se divide en áreas concesionadas (realizada por la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A.) y áreas no concesionadas (realizadas por la empresa Logística Ambiental S.A.).

El contrato con la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A., data del año 1992 con duración por 10 años. Actualmente el contrato se encuentra vencido, pagándose el servicio por Legítimo Abono¹².

El Anexo IV del Contrato original, establece que todo lo relacionado a la prestación del servicio, será supervisado, controlado y coordinado por el órgano de control¹³ a través de la Inspección.

¹² Ordenanza N° 21.074: s/ “Autorización y pago de gastos de ejercicios vencidos”

Art 1°: La autorización y pago de los gastos correspondientes a ejercicios vencidos se ajustará en lo sucesivo al siguiente procedimiento:

- c) Cuando se determina la existencia del gasto, la actuación será remitida a la Contaduría General, la cual, luego de recabar los informes que estime necesarios, se expedirá acerca de la procedencia del mismo, lo registrará en una cuenta de orden que abrirá al efecto y lo elevará a consideración superior por intermedio de la Secretaría de Economía.
- d) El Departamento Ejecutivo, por decreto, declarará el gasto de legítimo abono, si así correspondiere.

¹³ Actualmente la Dirección General de Recursos Físicos en Salud.

Las observaciones, órdenes y actas de penalidades que la inspección emita, será asentado en el libro "Actas de Notificación", en el cual, el concesionario estará obligado a dejar constancia diaria de su notificación.

A partir del 20 de Abril del 2005, la empresa que realizaba el servicio de limpieza de áreas no concesionadas¹⁴ (Logística Ambiental S.A.) cesó el servicio de manera intempestiva, otorgándole la Dirección General de Recursos Físicos en Salud dicha concesión, a la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A.

El pago del servicio se realiza por Decreto 1370/GCBA/2001. La empresa debe realizar el servicio con una dotación de trece operarios a turno completo, debiendo ajustar la distribución horaria del personal a las necesidades del nosocomio. El servicio incluye la recolección interna de los residuos patogénicos. Percibe por este servicio \$22.100 mensuales.

VI) PROCEDIMIENTOS

VI A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:

❖ Producción

a) Consultorios Externos

Los pacientes atendidos en el turno mañana, son citados a las 8 hs para confirmar su asistencia en el Mesón de turnos. No se tiene en cuenta la frecuencia horaria de los turnos, lo que indica que un paciente que concurre a las 8 hs, puede ser atendido por el medico, tres horas después de su llegada al hospital. (**Observación 1**)

1. A fin de evaluar la eficiencia de la consulta externa, se seleccionó una muestra de 4 meses del año 2005 tomados al azar (abril, junio, agosto y octubre) de Planillas de consultas externas diarias de los servicios de: Patología Mamaria, Ginecología, Cirugía General, Terapia Radiante y Clínica Oncológica.

Sobre dicha muestra se aplicaron los siguientes **Indicadores**:

a. Tiempo Promedio de Atención en las Consultas Externas

TPACE: $\frac{\text{Total de horas medicas disponibles mensual}}{\text{Total de Consultas Externas durante el mismo periodo}} \times 60 \text{ Min.}$

¹⁴ Comprende las áreas de: quirófano central, salas de internación 3er. piso (incluye vestuario y office de enfermería y sala de médicos), unidad de terapia intensiva, internación 2do. piso (incluye vestuario y office de enfermería), baños 2do. piso, 1er. piso completo y subsuelo completo.

b. Producción Promedio Diario por Médico

PPDxM: $\frac{\text{Total de Consultas realizadas promedio diario}}{\text{N}^{\circ} \text{ médicos participantes}}$

Clínica Oncológica¹⁵

El servicio dispuso de 4 profesionales médicos (3 en turno mañana, 240 hs y 1 en turno tarde, 80 hs) durante los meses relevados, con consultorios para cada profesional.

Existe una diferencia mensual del 30%, entre turnos otorgados (1193) y consultas realizadas (832).

Asimismo, los pacientes de primera vez representan el 2% sobre el total de consultas relevadas en los meses de la muestra (3.329).

El tiempo promedio de atención en Clínica Oncológica para turno mañana es de 22.5 minutos por paciente (240hs/639*60) si se consideran las consultas realizadas y de 15 minutos (240hs/973*60) si se consideran los turnos otorgados. Cabe señalar que en dicho turno los pacientes no asisten a la consulta en el 33% de los casos.

En cambio en el turno tarde el tiempo promedio de atención por paciente es de 25 minutos (80hs/193*60), no variando significativamente si se lo calcula considerando los turnos otorgados. En este turno, no asisten a la consulta, solo el 13% de los pacientes.

El promedio diario de consultas es de 41.6 (832/4sem/5días). El servicio ofreció 16 hs diarias por profesional (4hs por profesional), lo que arroja una producción promedio diaria de 10 pacientes por profesional. El servicio no realizó horas extras.

Terapia Radiante (Cobalto)¹⁶

- ✓ Atención en Consultorio Externo

El servicio cuenta con 3 médicos en turno mañana, 2 en turno intermedio y 1 en turno tarde (6 médicos, 420 hs mensuales). Asimismo, registran para el periodo 2005, 68 hs extras promedio mensual (dos profesionales médicos, 2 horas

¹⁵ Para el cálculo de horas dedicadas a consultorio externo por cada profesional se tuvieron en cuenta los médicos que trabajaron en el servicio durante el año 2005 y se consideraron las horas informadas por el Jefe de servicio durante la etapa del Relevamiento.

¹⁶ Para el cálculo de horas dedicadas a consultorio externo por cada profesional se tuvieron en cuenta los médicos que trabajaron en el servicio durante el año 2005 y se consideraron las horas informadas por el Jefe de servicio durante la etapa del Relevamiento.

diarias). El promedio mensual de consultas es de 584. Disponen de un consultorio para cada profesional, por turno.

El tiempo promedio de atención en Consultorio de Cobalto es de 50 minutos por paciente ($488\text{hs}/584*60$) -considerados los tres turnos, de 8 a 20 hs-, realizando un promedio diario de 5 (29/6) consultas por profesional. **(Observación 2 y 3)**

- ✓ Aplicación de la Cobaltoterapia

Para la aplicación de la Cobaltoterapia se cuenta con el mismo plantel médico que realiza Consultorio Externo, más 7 profesionales técnicos que trabajan 580 hs normales, más 309 hs extras promedio mensual (6 hs diarias), efectuando 260 prestaciones diarias.

Durante el 2005, realizaron 37 prestaciones promedio diario por profesional (260/ 7 técnicos), es decir, 6 prestaciones por hora (37/6hs).

Los profesionales técnicos realizan aplicaciones, marcaciones y simulaciones; mientras que los profesionales médicos solamente están presentes en las marcaciones, representando el 2.2 % del total de las prestaciones. **(Observación 3)**

Las aplicaciones de rayos demoran entre 3 y 5 minutos, las marcaciones y simulaciones entre 20 y 30 minutos. Del total de prestaciones promedio diario por profesional (37), las marcaciones y simulaciones no superan las 2 prestaciones promedio diario. **(Observación 3)**

Cirugía General¹⁷

El servicio dispuso para la atención 160hs, 3 profesionales de planta (96hs) y 2 profesionales remunerados por Guardia Fuera de Dotación (64hs). El promedio mensual de consultas es de 196. Si se considera que el servicio dispone de 5 médicos que atienden 2 días a la semana, la producción por médico es de 5 pacientes diarios. **(Observación 3)**

El tiempo promedio de atención en Consultorio de Cirugía General es de 49 minutos ($160\text{hs}/196.5*60$) por paciente si se consideran las consultas realizadas y de 38 minutos si se consideran los turnos otorgados ($160\text{hs}/253*60$). Se señala que el 69 % de las consultas son de vez ulterior y que de éstas sólo el 52 % son consultas por cirugías de alta complejidad. **(Observación 2)**

Durante el año 2005, realizaron 464 hs promedio mensual, remuneradas por Guardia Fuera de Dotación (solo 64 hs dedicadas a consultorio externo); 113

¹⁷ Para el cálculo de horas dedicadas a consultorio externo por cada profesional se tuvieron en cuenta los médicos que trabajaron en el servicio durante el año 2005 y se consideraron las horas informadas por el Jefe de servicio durante la etapa del Relevamiento.

hs realizaron 5 médicos con nombramiento en otra repartición, 120 hs fueron realizadas por el Jefe de la Unidad (promedio diario de 6 hs extras) y el resto por otros médicos del hospital. Si sumamos las 3 hs que por ordenanza trabajan los profesionales médicos, obtenemos que el Jefe de Unidad trabajaría 9 hs diarias. **(Observación 3)**

Patología Mamaria¹⁸

El servicio dispuso para la atención de 336 hs médicas mensuales (5 profesionales de planta y 3 profesionales remunerados por Guardia Fuera de Dotación), que realizaron 746 consultas promedio mensual.

El tiempo promedio de atención por paciente es de 27 minutos ($336\text{hs}/746 \times 60$), no variando significativamente si se lo calcula considerando los turnos otorgados. Cabe mencionar que del total de consultas realizadas durante el año 2005 (8.841) sólo el 26% (2.327) corresponden a practicas, donde el promedio de minutos de atención por consulta, se relaciona con el promedio obtenido. **(Observación 2)**

El promedio diario de consultas es de 4.6 pacientes por profesional (37/8 médicos). Cuentan con cuatro cabinas para examinar al paciente y un ambiente amplio con escritorios contiguos. **(Observación 3)**

El servicio realizó durante el año 2005, 160 hs promedio mensual, remuneradas por Guardias Fuera de Dotación, de las cuales 96 hs se dedicaron a consultorio externo. **(Observación 3)**

Ecografía¹⁹

El consultorio de ecografía dispuso para la atención 236 hs promedio mensual, realizadas por 3 médicos, de las cuales 144 hs fueron remuneradas por Guardia Fuera de Dotación. La producción promedio mensual es de 248 ecografías. Disponen de 2 ecógrafos portátiles. **(Observación 3)**

El tiempo promedio de atención por estudio es de 57 minutos ($236\text{hs}/248 \times 60$). La producción diaria por profesional es de 4 ecografías ($248/20 \text{ días}/3 \text{ médicos}$). **(Observación 2)**

Además realizan estudios (biopsias y core mama) cuyo promedio diario es de 1 practica. Estas prácticas tienen un promedio de duración de 60 minutos y son realizadas por el jefe a cargo del área.

¹⁸ Para el calculo de horas dedicadas a consultorio externo por cada profesional se tuvieron en cuenta los médicos que trabajaron en el servicio durante el año 2005 y se consideraron las horas informadas por el Jefe de servicio durante la etapa del Relevamiento.

¹⁹ Para el cálculo de horas dedicadas a consultorio externo por cada profesional se tuvieron en cuenta los médicos que trabajaron en el servicio durante el año 2005 y se consideraron las horas informadas por el Jefe de servicio durante la etapa del Relevamiento.

Tomografía²⁰

El servicio dispuso para la atención de 3 profesionales médicos (166 hs promedio mensual), produciendo 580 TAC promedio mensual.

La producción diaria por médico es de 8 informes (580/20 días/3 médicos), de estudios realizados. Cabe mencionar que los profesionales médicos solo realizan los informes de los estudios y que el profesional técnico es quien realiza el estudio. **(Observación 3)**

Asimismo, contaron con 7 técnicos para la atención (560 hs mensuales, más 354 hs remuneradas por Guardia Fuera de Dotación). El tiempo promedio por estudio es de 1 hora con 9 minutos (568hs/485*60), solo considerando las horas mensuales; si se calcula incluyendo las guardias fuera de dotación, el tiempo promedio arroja 1 hora con 52 minutos por estudio. La producción diaria por técnico es de 3 tomografías (24/7 profesionales). Cuentan con 1 único tomógrafo. **(Observación 2 y 3)**

El servicio también realiza biopsias de pulmón y de hígado que en promedio tardan 40 minutos; estas practicas representan 0.6% del total y las realizan los profesionales médicos.

Teniendo en cuenta que el servicio cuenta con un solo tomógrafo y que el horario cubierto para su producción es de 8 a 20hs -12hs diarias- (horario de profesionales técnicos), de acuerdo a la producción promedio diaria (29 TAC), se verifica que realizan 2.4 tomografías por hora, es decir, una cada 30 minutos. **(Observación 14)**

Dicho tomógrafo podría aumentar su producción si se redistribuyera los horarios de los profesionales técnicos (24 hs), en lo que se justificaría las horas por guardia fuera de dotación. **(Observación 14)**

Queda demostrado que el número de profesionales técnicos debería ser menor ya que el equipo es insuficiente para la cantidad de profesionales, o debería incorporarse más aparatología, que garantice un aumento de la producción. **(Observación 14)**

Radiodiagnóstico²¹

El servicio dispone de 5 profesionales médicos (480 hs promedio mensual) y 9 técnicos para la atención (720 hs mensuales, más 144 hs remuneradas por Guardia Fuera de Dotación).

²⁰ Para el cálculo de horas dedicadas a consultorio externo por cada profesional se tuvieron en cuenta los médicos que trabajaron en el servicio durante el año 2005 y se consideraron las horas informadas por el Jefe de servicio durante la etapa del Relevamiento.

²¹ Para el cálculo de horas dedicadas a consultorio externo por cada profesional se tuvieron en cuenta los médicos que trabajaron en el servicio durante el año 2005 y se consideraron las horas informadas por el Jefe de servicio durante la etapa del Relevamiento.

Los profesionales médicos realizan estudios especiales²² y los informes de estudios convencionales, mientras que los técnicos realizan los estudios convencionales.

La producción promedio mensual medida en placas es de 3.130. La producción promedio mensual medida por estudios, es de 454 estudios convencionales y 1.152 estudios especiales.

La producción promedio diario por médico es de 31 informes medido por placas (3.130/4 sem/5 días/5 médicos) y de 12 estudios especiales (58 estudios diarios/5 médicos).

El promedio diario de producción por técnico es de 3 estudios convencionales (23 estudios diarios/9 técnicos) y de 17 placas (3120/4 sem/5 días/9 profesionales); si se considera que cada profesional trabajó en promedio 5 hs diarias, la producción es de 3 placas por hora. **(Observación 3)**

El servicio dispone de dos equipos mamográficos, dos equipos para estudios convencionales, un equipo rodante y un equipo de Arco en C.

b) Quirófano

1. Para evaluar la producción de las practicas quirúrgicas, se seleccionó una muestra de 3 meses del año 2005 tomados al azar (febrero, junio, octubre) de cirugías realizadas según el libro de cirugías del área del quirófano central. Se obtuvieron los siguientes resultados:

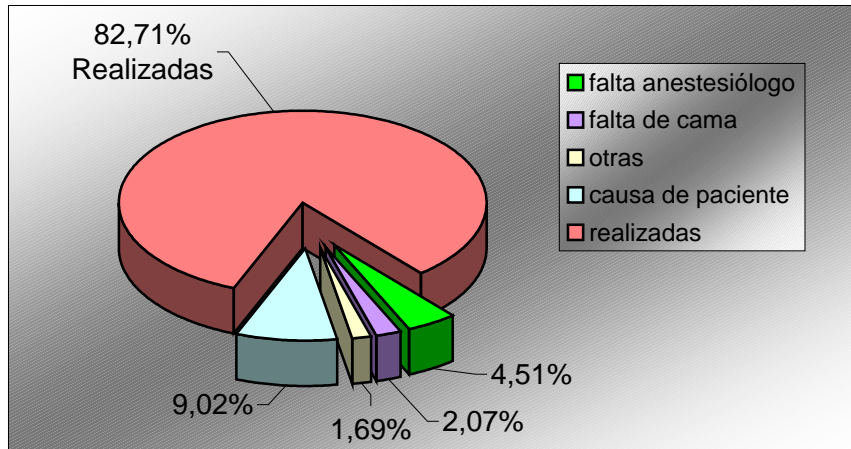
Durante el año 2005 se realizaron 147 cirugías promedio mensual, sobre un total de 172 programadas. Disponen de dos quirófanos para prácticas con anestesia general y uno para prácticas con anestesia local. En tal sentido, se señala que la producción por quirófano es de 2.2 practicas diarias (147/22 días/3 quirófanos). **(Observación 7)**

Cabe señalar, que durante el mes de febrero de 2005, el hospital sufrió paro de profesionales anestesistas. Sin embargo, este hecho no afectó significativamente la producción del área quirúrgica.

El servicio que más suspensiones tuvo es Máxilofacial (9 promedio mensual) seguido por Cirugía General (5 promedio mensual). Si se analizan las causas de suspensiones en su conjunto, el 8,3 % de las suspensiones se deben a problemas relacionados con el nosocomio.

²² Seriadas, mamografía completa magnificada, punción biopsia con control RSC, entre otros.

Grafico 1. Producción promedio mensual área quirúrgica



Del total de cirugías realizadas (147 promedio mensual), se analizaron los servicios de mayor producción: Cirugía Plástica (29), Cirugía Máxilofacial (29), Patología Mamaria (27) y Cirugía General (23). El resto de los servicios que operan²³ están por debajo de las 11 prácticas promedio mensual.

Para el análisis mencionado, se aplicaron los siguientes **Indicadores**:

a. Promedio Diario de Cirugías por Servicio:

PDCxS: $\frac{\text{Total de Cirugías realizadas por servicio en una semana}}{\text{Días de Quirófano asignado por semana}}$

b. Producción Promedio Mensual por Médico

PPMxM: $\frac{\text{Total de Cirugías realizadas en un período}}{\text{Nº médicos participantes}} \times \text{Nº quirófanos}$

Cirugía Plástica: el servicio opera 2 días a la semana por la mañana. Todas las operaciones fueron realizadas por el único profesional nombrado. Además colaboran dos profesionales (según la complejidad de la cirugía) que trabajan ad honórem, con autorización de la Dirección. El promedio diario de cirugías es de 3 prácticas, con duración horaria que varía entre los 20 y 60 minutos. El 100% de las prácticas se realizaron con anestesia local.

Cirugía Máxilofacial: el servicio opera 3 días por la mañana y 1 día por la tarde. El promedio diario de cirugías es de 4 prácticas, con duración que varía entre una hora y media y cinco horas. El 47% de las operaciones se realizaron con anestesia local. El servicio contó con 7 profesionales que realizaron cirugías, de los cuales solo dos son planta del hospital.

²³ Ginecología, Torácica, Proctología, Traumatología, Urología y Urgencias.

Patología Mamaria: el promedio diario de cirugías es de 1.7 prácticas. Operaron 3 días por la mañana y 1 por la tarde. El servicio dispuso de 11 profesionales que realizaron cirugías, de los cuales 3 son médicos ad honórem y 2 no son planta de este hospital. Según la complejidad de la cirugía participaron dos o tres profesionales por práctica. La producción promedio mensual por profesional fue de 2.4 (27/11) cirugías. El 88% de las prácticas se realizaron con anestesia general. La duración de las prácticas oscila entre una hora y media y dos horas y media. **(Observación 4)**

Cirugía General: el servicio dispone de 8 profesionales que solamente realizaron un promedio diario de 1.5 prácticas. Disponen del quirófano 3 días por la mañana y 1 por la tarde. Cada práctica requiere de dos o tres profesionales. La producción promedio mensual por profesional fue de 2.8 (23/8) cirugías. El 79% de las prácticas se realizaron con anestesia general. Las operaciones duraron entre una hora y cuatro horas y media. **(Observación 4)**

c) Enfermería

1. Se analizó la distribución del personal de Enfermería por área, a fin de verificar, si debe ser considerado como un recurso crítico.

El servicio cuenta con una dotación de 209 agentes, 10 de éstos, se encuentran con licencia por enfermedad prolongada o en comisión en otro nosocomio y 34 agentes se distribuyen en consultorios externos.

- Salas de Internación

PERSONAL DE ENFERMERÍA									
INTERNACION		DIAS LABORALES	HORARIOS LABORALES					TOTALES	
			6 a 9	10 a 13	14 a 17	18 a 21	22 a 5	Subtotal	Total
Internación 2º piso	Sala mujeres	Lu a Vi	4	2	4	3	6	19	28
		Sa, Do y Feri.	4		3		2	9	
	Sala hombres	Lu a Vi	3	2	3	1	5	14	21
		Sa, Do y Feri.	3		2		2	7	
Internación 3º piso	Sala mujeres	Lu a Vi	5	5	4	4	8	26	38
		Sa, Do y Feri.	4		4		4	12	
	Sala hombres	Lu a Vi	5	5	4	4	9	27	38
		Sa, Do y Feri.	5		2		4	11	

Las Salas de Internación del 2º piso, cuentan con una dotación de 49 agentes, 21 en Sala de hombres y 28 en Sala de mujeres.

En el 2º piso, Sala de mujeres, de lunes a viernes de 22:00 a 5:00 hs. hay 6 agentes, mientras que para el mismo horario los días sábados, domingos y feriados hay 2 agentes. En el horario matutino y vespertino disponen de entre 2 y 4 agentes. **(Observación 5)**

En el 2º piso, Sala de hombres, de lunes a viernes de 18:00 a 21:00 hs, hay solamente 1 agente, cuya función es auxiliar de enfermería; de 22:00 a 5:00 hs hay 5 agentes de lunes a viernes, mientras que para el mismo horario en días sábados, domingos y feriados hay 2 agentes. **(Observación 5)**

En el 3º piso, Sala de mujeres, de 22:00 a 5:00 hs. hay 8 agentes de lunes a viernes, mientras que, en el mismo horario los días sábados, domingos y feriados hay 4 agentes. **(Observación 5)**

El 3º piso, Sala de hombres, hay 9 agentes de lunes a viernes de 22:00 a 5:00 hs, mientras que, en el mismo horario los días sábados, domingos y feriados hay 4 agentes. **(Observación 5)**

- Guardia

PERSONAL DE ENFERMERÍA								
SERVICIO	DIAS LABORALES	HORARIOS LABORALES					TOTALES	
		6 a 9	10 a 12	14 a 17	18 a 21	22 a 5	Subtotal	Total
GUARIDA	Lu a Vi	2	1	2	0	1	6	6
	Sa, Do y Feri.	0		0		0	0	

No cuentan con personal de lunes a viernes de 13 a 14hs y de 18 a 22hs. Los sábados, domingo y feriados, no hay personal de enfermería. **(Observación 5)**

- Unidad de Terapia Intensiva

PERSONAL DE ENFERMERÍA								
SERVICIO	DIAS LABORALES	HORARIOS LABORALES					TOTALES	
		6 a 9	10 a 13	14 a 17	18 a 21	22 a 5	Subtotal	Total
TERAPIA INTENSIVA	Lu a Vi	3	3	2	2	4	14	21
	Sa, Do y Feri.	2		2	0	3	7	

No se cuenta con personal los sábados, domingos y feriados de 18 a 21hs. Disponen de 4 camas. **(Observación 5)**

- Curieterapia

PERSONAL DE ENFERMERÍA								
SERVICIO	DIAS LABORALES	HORARIOS LABORALES					TOTALES	
		6 a 9	10 a 13	14 a 17	18 a 21	22 a 5	Subtotal	Total
CURIETERAPIA	Lu a Vi	1	1	1	1	2	6	6
	Sa, Do y Feri.	0		0		0	0	

El servicio trabaja de lunes a viernes. Disponen de 6 camas.

- Hospital de día (Quimioterapia)

PERSONAL DE ENFERMERÍA						
SERVICIO	DIAS LABORALES	HORARIOS LABORALES			TOTALES	
		7 a 10	11 a 15	16 a 20	Subtotal	Total
HOSPITAL DE DIA	Lu a Vi	2	3	2	7	7
	Sa, Do y Feri.	0		0	0	

El servicio trabaja de lunes a viernes de 7 a 20 hs. Disponen de 9 sillones y 3 camas.

El 74,19% del personal de enfermería cuenta con una edad por encima de los 55 años²⁴.

❖ Evaluación de Demoras

1. Se seleccionó una muestra aleatoria de historias clínicas (100) de pacientes tratados en los servicios de: Patología Mamaria, Ginecología, Cirugía general, Cobalto (incluye tratamientos con Acelerador lineal) y Quimioterapia. Sobre dicha muestra se obtuvieron los siguientes resultados:

La evaluación de la aplicación de las guías de atención para la determinación del diagnóstico, arroja un desvío²⁵ del 90% de su uso, en pacientes derivados para confirmar diagnóstico al servicio de ginecología. El diagnóstico es tomado del informe histopatológico proveniente de otro organismo, no constando en las historias clínicas la confirmación del mismo (Normas del Programa Nacional de Garantías – Resolución Ministerial 169/97 Normas Generales de atención al paciente oncológico). **(Observación 6)**

Para la evaluación de demoras, se utilizó el indicador tiempo de espera:

a) Cirugías

Tiempo de espera Cirugía ²⁶	
Días entre indicación y cirugía	41 días

El paciente oncológico, debe esperar para realizarse una cirugía, en promedio, 41 días corridos. **(Observación 7)**

En tal sentido es de mencionar que los Hospitales Generales de Agudos, consideran las cirugías de patologías neoplásicas inmediatas a las urgencias, donde los tiempos de demora oscilan entre los 3 y 20 días²⁷.

²⁴ Se tomó como muestra 179 agentes (85,65% de la población).

²⁵ Se considera desvío cuando no se solicita al menos uno de los estudios determinados en las guías de atención.

²⁶ Incluye cirugías de Patológica Mamaria, Ginecología y Cirugía General.

Consultado al Jefe del servicio Cirugía General, confirma que con dicha demora (41 días) se pierde la oportunidad de un tratamiento menos invasivo.
(Observación 7)

Si se toma como parámetro estándar el tiempo de espera aprobado en los países Vascos, podría considerarse como límite máximo de espera para una cirugía oncológica, 30 días corridos²⁸.

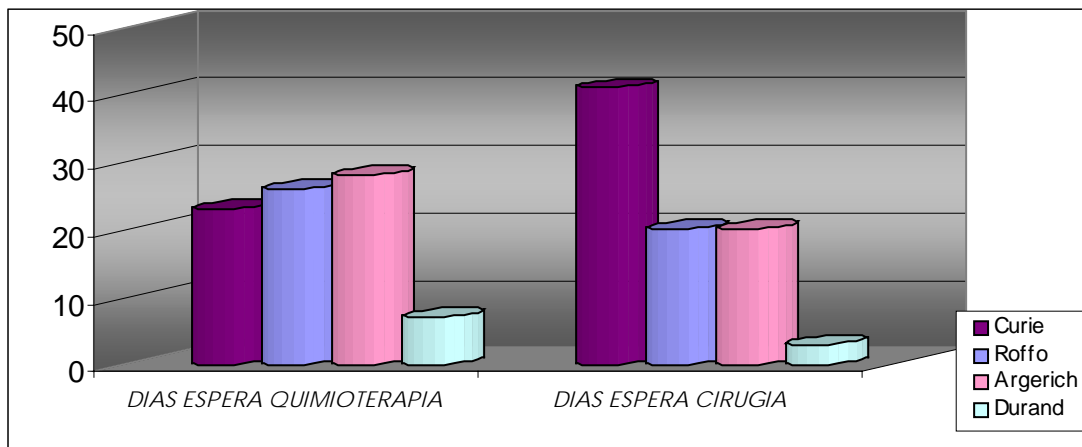
b) Quimioterapia

Tiempo de espera Quimioterapia	
Días entre indicación de tratamiento e inicio del mismo ²⁹	23 días

El tiempo de espera para tratamiento de Quimioterapia es de 23 días en promedio.

A fin de verificar la razonabilidad del tiempo de espera obtenido en prácticas quirúrgicas y quimioterapia, se consultaron a los servicios de oncología de tres nosocomios, con criterio de cercanía y hospital de referencia, cuyo resultado se expresa en el siguiente grafico:

Grafico 2. Demora Tratamiento de Quimioterapia y Cirugías



Se observa que el desvío mas significativo, se da en la espera para prácticas quirúrgicas (21 días respecto al Inst. Roffo y al Hospital Argerich, y 38 días respecto al Hospital Durand). Cabe mencionar que el Hospital Durand realiza pocas cirugías neoplásicas en comparación al resto de los nosocomios seleccionados.

²⁷ Hospitales consultados: Durand y Argerich.

²⁸ Decreto de aprobación de tiempos máximos de espera para una operación oncológica en países Vascos (23-03-2006).

²⁹ La fecha de inicio de tratamiento se obtuvo de la planilla semanal de medicamentos por paciente elaborada por la Unidad de Farmacia, donde se indica la fecha de tratamiento por ciclo y la hoja de prescripción de quimioterapia.

Respecto al indicador estándar, Tiempo de espera quirúrgico para países vascos, el desvío es de 11 días (37%), considerándose al mismo significativo³⁰.
(Observación 7)

Con relación a la espera para la realización de quimioterapia, la misma oscila entre los 23 días (Curie) y 28 días (Inst. Roffo y Argerich), con excepción del Hospital Durand cuya espera es de 7 días.

Se analizó también la entrega y guarda de drogas utilizadas en la quimioterapia:

- Entrega de drogas oncológicas

Las drogas oncológicas son retiradas, por el paciente o familiar, del Banco Nacional de Drogas, dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Se atiende de 9 a 13 hs, sin restricción de cantidad de pacientes. La primera entrega demora 48 hs, las próximas entregas se realizan en el día.

El Banco Nacional de Drogas, cubre en promedio 30.000 tratamientos por año, de los cuales el 40 % pertenece a pacientes residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Las drogas prescritas por los médicos oncólogos del Hospital M. Curie, guardan relación con las mencionadas en el protocolo del Banco Nacional de Drogas, utilizado como guía para tratamientos oncológicos.

- Guarda y conservación de drogas oncológicas

Los pacientes con tratamiento de quimioterapia dejan la medicación oncológica en la Farmacia central del Hospital o en la Farmacia de neoplásicos. Con la recepción de la misma, emiten el formulario de recepción y rotulan con los datos del paciente.

La medicación se guarda en la Farmacia central. No llevan stock de la misma, como tampoco, de aquella medicación que ingresa como donación por suspensión de tratamiento, alta o fallecimiento del paciente. En estos casos la medicación es utilizada para pacientes internados o con falta de medicación para completar el ciclo³¹. **(Observación 8)**

c) Terapia Radiante

Tiempo de espera Acelerador Lineal	
Días entre derivación a CETRO y tratamiento terapéutico	23 días

³⁰ El desvío se considera significativo cuando la comparación con el valor estándar arroja un valor que supera el 5% del mismo. Para la significatividad del desvío se consideró óptimo un Nivel de Confianza del 95% (grado de certidumbre sobre la exactitud de la estimación realizada).

³¹ Informado por la Jefa a cargo de Farmacia.

El tiempo de espera desde que el paciente es atendido por el servicio de Radioterapia y se lo deriva a la firma CETROS SA para iniciar el tratamiento de rayos con el equipo Acelerador Lineal, es de 23 días en promedio.

La firma CETROS SA (conforme convenio firmado) se compromete a realizar en forma gratuita 30 aplicaciones diarias (entre 12 y 15 pacientes), sobre un total de 130 (promedio diario) aplicaciones realizadas.

Las 30 aplicaciones representan un 23% del total diario realizado por la firma. En tal sentido cabe señalar que el servicio de Terapia Radiante del Hospital, informa que la cantidad de aplicaciones derivadas del convenio firmado con CETROS SA, resultan insuficientes para la cantidad de pacientes que deben recibir tal aplicación. **(Observación 9)**

Tiempo de espera Cobalto	
Días entre indicación de tratamiento e inicio del mismo	17 días

El tiempo de espera para iniciar tratamiento en Terapia Radiante, es de 17 días en promedio. En comparación con el Instituto Roffo, cuya demora es de 21 días, se concluye que el indicador aplicado al hospital Curie, arroja un resultado razonable.

❖ **Evaluación de la Satisfacción del Paciente**

1. Se confeccionó una encuesta de aplicación en pacientes ambulatorios, anónima, con preguntas cerradas, donde se relevaron las variables: turnos, demoras, trato del personal administrativo y medico y tiempo de espera para la atención.

La encuesta fue aplicada en los servicios que disponen de Consultorios Externos: Cirugía General, Clínica Oncológica, Cobalto, Ginecología, Patología Mamaria y en los consultorios de Ecografía y Tomografía.

Se aplicó la formula de muestreo estadístico utilizando como universo las consultas realizadas por dichos servicios durante el año 2005. Sobre dicha muestra (102 encuestas) se obtuvieron los siguientes resultados:

En los servicios relevados, el paciente consigue turno para la fecha que necesita, con excepción del servicio de Tomografía donde ningún paciente consigue el turno en fecha.

En el 69% de los casos, el tiempo de demora para la obtención de turnos es menor a 15 días. Queda excluido de este ítem el servicio de Tomografía, donde todos los pacientes coinciden en que la obtención de turnos es superior a 30 días. **(Observación 10)**

La atención del personal Administrativo/ Enfermero (68 %) y Medico/ Técnico (74%) se informa como muy buena para todos los servicios.

Con respecto al tiempo que se debe esperar, para obtener un turno en el mesón de turnos, el 44% informa que tuvo que esperar entre 15 y 30 minutos, mientras que el 23% informa que tuvo que esperar más de 30 minutos.

La demora para ser atendido el día del turno, es de más de 30 minutos en el 80% de los casos, comentando que la espera supera ampliamente las 2 horas.
(Observación 10)

Indicador “**Grado de Satisfacción**” de pacientes ambulatorios³²:

$$\text{Grado de Satisfacción \%} = \frac{\text{Puntaje Hallado}}{\text{Puntaje Máximo}} \times 100 = \frac{7.25}{10} \times 100 = 72.5$$

El grado de satisfacción del paciente ambulatorio es del 72,5 %, considerándose al mismo como bueno³³, aunque no alcanza los valores deseables.

2. Del mismo modo, se confeccionó una encuesta de aplicación en pacientes internados, anónima, con preguntas cerradas, donde se relevaron las variables: disponibilidad de camas, demoras, trato del personal de enfermería y medico y comodidad en las salas.

La encuesta fue aplicada en Salas de Internación Cirugía y Clínica Oncológica. Se realizaron 50 encuestas sobre un total de 86 camas en dichas áreas.

El 96% de los pacientes aseveran que consiguieron cama para la fecha que necesitaban. El tiempo de demora fue menor a 15 días. Los pacientes no necesitaron trasladado por falta de cama.

La atención del personal de Enfermería fue muy buena en el 66 % de los casos y la atención Médica en el 74% de los casos.

Respecto a la comodidad de las salas, se evaluó: privacidad, limpieza, seguridad y camas y ropa de cama, considerándose la misma como adecuada en el 85% de los casos (promedio ponderado).

Indicador “**Grado de Satisfacción**” de pacientes internados³⁴:

$$\text{Grado de Satisfacción \%} = \frac{\text{Puntaje Hallado}}{\text{Puntaje Máximo}} \times 100 = \frac{8.91}{10} \times 100 = 89.1$$

³² Para su cálculo se asignó puntaje a las respuestas. Cada pregunta tiene asignado 2,5 puntos.

³³ Valores deseables: Entre el 95% y 100% Excelente, entre el 80% y 94 % Muy Bueno.

³⁴ Para su cálculo se asignó puntaje a las respuestas. Cada pregunta tiene asignado 2 puntos.

El grado de satisfacción del paciente internado es del 89%, considerándose al mismo como muy bueno³⁵.

Si bien el promedio ponderado de los indicadores Grado de Satisfacción pacientes ambulatorios e internados, es del 80.5%, se observa que la satisfacción del paciente se ve afectada por el tiempo excesivo que debe esperar para ser atendido en consultorio externo. **(Observación 10)**

Dicha situación se ve influenciada, por la citación del paciente a las 8:00 hs para confirmar su turno en el Mesón de turnos, incrementando así, la espera del paciente que va a sacar un nuevo turno. **(Observación 10)**

Asimismo, se encontró que el indicador seleccionado, es utilizado en un Estado Autónomo de España (Andalucía), donde el valor medio del grado de satisfacción, medido en hospitales generales del área, es del 91%³⁶. También se encontró como valor de referencia nacional, el grado de satisfacción medido en una empresa prestadora de servicios de salud (OMINT), cuyo valor de satisfacción global de los servicios es del 92.3%³⁷.

❖ **Protocolos de Investigaciones Clínicas**

1. Se analizaron los aspectos legales y financieros, de la totalidad de protocolos de investigaciones clínicas, finalizadas en el período 2005-2006 (8 casos) y se verificaron su aprobación en el libro de actas del Comité de Docencia e Investigación y en el libro de Actas del Comité de Bioética.

La modificación al Anexo I de la Resolución 1125/SS/03 (BOCBA 1729 – 10/07/03) fue propiciada por la Subsecretaría de Servicios de Salud³⁸, a fin de agilizar los procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de Investigación, por Resolución 1914/SS/03 (BOCBA 1799- 20/10/2003).

Sin embargo se observa que una de las modificaciones realizadas en tal Anexo, se refiere al contenido mínimo que debe contener los proyectos presentados (Art. 4). En tal sentido el apartado m) refiere: fuentes de financiación, promotor y/o responsable financiero, si los hubiere... quedando redactado de la siguiente manera: Art.3 apartado o) patrocinante o responsable financiero (si lo hubiera)..., es decir, que dicha modificación elimina el contenido de información referida al financiamiento de la investigación clínica. **(Observación 13)**

El Comité de Docencia e Investigación (CODEI) no tiene registro de montos percibidos por el hospital ni por el investigador. **(Observación 11)**

³⁵ Valores deseables: Entre el 95% y 100% Excelente, entre el 80% y 94 % Muy Bueno.

³⁶ Ministerio de Salud de Andalucía, Encuesta de satisfacción entre usuarios de hospitales del área, 2004.

³⁷ Encuesta realizada por la empresa CISEM, a través de entrevistas telefónicas, para conocer el grado de satisfacción de los socios, año 2003, Argentina.

³⁸ Conforme surge del considerando de la Resolución 1914/SS/03.

Cabe señalar que el CODEI, como órgano encargado de aprobar los proyectos de investigación, conjuntamente con el Comité de Bioética, debería conocer el financiamiento de las investigaciones clínicas, como así también los montos percibidos por el/los investigadores, a fin de bregar por financiamiento para el nosocomio, que pone a disposición del ente privado, el profesional, las instalaciones y el paciente sobre el cual se realizará el ensayo clínico. **(Observación 11 y 13)**

Se verifica que por Acta Nro 177 de fecha 10/05/06 del Libro de Actas del CODEI, se re-aprueba el formulario de Solicitud de aprobación de los ensayos clínicos (el mismo había sido aprobado por Acta Nro 76 de fecha 21/06/02), conteniendo la siguiente información: lineamientos generales del ensayo, aseguramiento del ensayo (constancia de la cobertura total de daños y perjuicios), financiamiento del ensayo (fuente, cuantía, distribución de los gastos) y formulario de consentimiento informado.

Con respecto al financiamiento se observa que, si bien existe alguna información sobre el mismo (en tres carpetas se encontraron notas informando monto de financiamiento total de \$30.000 en promedio y de entre \$1.000 a \$4.000 por paciente), no se encuentra firmado ningún acuerdo o convenio entre el patrocinador y el investigador principal o el GCBA, por lo que no se puede establecer el destino de esos fondos. **(Observación 11 y 12)**

Asimismo, se observa que en tres casos, no se encontraron las copias del seguro por daños y perjuicios.

A partir de este análisis se puede determinar que el desarrollo de la investigación clínica por empresas privadas patrocinantes resulta gratuito, es decir, sin contraprestación por parte de estas entidades, hacia el Hospital o hacia el GCBA. Asimismo, la Ley Básica de Salud habilita al Ministro de Salud a contribuir a la formación de los recursos públicos mediante la contraprestación que ingrese por convenios de docencia e investigación³⁹. **(Observación 12)**

VI B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

❖ Recurso Humano

1. Se analizó la información suministrada por los distintos entes⁴⁰ relacionados con la Figura Guardia Fuera de Dotación.

Se verificó los profesionales que realizaron Guardias Fuera de Dotación (del nosocomio y de otros hospitales) durante el año 2005 y se valorizó el total de las mismas, en comparación con el sueldo bruto normal anual.

³⁹ Ley 153. Art. 33° - Recursos. Los recursos del presupuesto de salud son: ... c) Los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación;

⁴⁰ Mencionados en el punto de Aclaraciones Previas

Existen profesionales con nombramiento en el Hospital M. Curie, que realizan Guardias Fuera de Dotación en dicho nosocomio (57.804 horas para el año 2005), contraponiéndose esto a lo dispuesto por la Ordenanza 14.838/58. **(Observación 15)**

Asimismo, profesionales de otras reparticiones realizaron para el mismo período 30.180 horas por dicha modalidad.

Los profesionales relevados, según su nombramiento, debería trabajar 98.100 horas anuales. Sin embargo, conforme lo establecido por la Ordenanza 14.838/58, trabajaron 57.860 horas, durante el año 2005. **(Observación 16)**

La suma de las horas reales (57.860) y horas extras (57.804) –por Guardias Fuera de Dotación- supera sólo en un 17.9 % al total de horas que deberían trabajar por nombramiento. **(Observación 16)**

Si se analizan los servicios, donde los profesionales realizan Guardias Fuera de Dotación, se obtiene como resultado⁴¹ que el Departamento que más guardias realiza por esta modalidad es, Servicio Central Diagnostico y Tratamiento. **(Observación 15)**

SERVICIOS	GUARDIAS
Dpto. Serv. Central y Diag. y Tratam. (incluye Radiodiagnóstico, Tomografía y Ecografía)	495
Laboratorio	377
Quirófano (Instrumentistas)	363
Cirugía General	171
Alta Energía (Cobalto)	154

Fuente: Planillas Mensuales de Guardias Fuera de Dotación

Entre los profesionales que realizaron estas guardias, durante el año 2005, se encuentran: Médicos 22; Técnicos 40; Otros profesionales 17 (Kinesiólogos, Bioquímicos, Lic. Nutrición, Farmacéuticos).

Cabe señalar que ante la inexistencia de una normativa que regule la figura de Guardia Fuera de Dotación, se aplica, en forma supletoria la Resolución 315/SS/02. **(Observación 17)**

Indicadores aplicados

Los indicadores seleccionados fueron aplicados, en relación a los profesionales (médicos y técnicos) con nombramiento en el Hospital que realizan Guardias Fuera de Dotación (79 agentes que representan el 42% del total de esta categoría):

⁴¹ Se detallan los primeros cinco servicios, con mayor cantidad de horas trabajadas por esta modalidad.

- b) los francos compensados (personal de enfermería y mantenimiento), no se pueden verificar ante la imposibilidad de cotejar los días y horas trabajadas de más en dichas planillas.
- c) se detectaron 669 casos donde se vulneran⁴⁷ los registros de asistencia. **(Observación 19 y 20)**

Indicadores aplicados

Confiabilidad de la información:

Total de descuentos comunicados	293	0,30
Total de descuentos reales	962	

El indicador confiabilidad de información, arroja como resultado que del total de inasistencias detectadas en la muestra (962 casos), solo el 30% de las mismas se elevó para su descuento, a la Dirección de Liquidación de Haberes. Ello remarca la ineficacia del circuito de control de asistencia. **(Observación 19)**

❖ Control Interno

1. Se realizó el recuento de las garantías existentes en poder de Tesorería, verificándose la fecha de cumplimiento de las mismas y su correspondiente devolución.

Del arqueo practicado, se verifica que en el 100% de los casos corresponden a garantías de adjudicación o de ofertas por licitaciones, que pertenecen a períodos vigentes.

2. Se practico la conciliación de cuentas de Obras Sociales (facturas, recibos y registros del área de facturación). Se comparó los saldos de los registros existentes con los saldos confirmados en la Circularización a Obras Sociales.

Se seleccionó una muestra aleatoria de Obras Sociales con facturación regular por el hospital (10 obras sociales) a fin de verificar la veracidad de los saldos informados por el área de Facturación. Sobre dicha muestra se obtuvieron los siguientes resultados:

⁴⁷Consignado por la División Recursos Humanos, AUSENTE o TARDE y arriba de éste, se encuentra la firma del agente.

OBRAS SOCIALES	Saldos al 31/12/05	
	Obra Social	Registros de Facturación
1. Ob. Social Docentes Particulares	7.768,00	1.080,00
2. Ob. Social Personal Ferroviarios	20.044,40	3.745,60
3. Ob. Social Bancaria	No respondió	796,60
4. Ob. Social Personal de Maestranza	-3.469,00	2.553,00
5. Ob. Social Actores	900,00	4.292,00
6. Ob. Social Renta Horizontal	No respondió	1.593,90
7. Ob. Social Personal Ind. del Plástico	3.263,40	2.399,60
8. Ob. Social Ind. Maderera	6.549,28	1.176,00
9. Ob. Social Personal Ind. Textil	142,80	4.368,70
10. Ob. Social IOMA Bs. As.	No respondió	35.524,00

Las cuentas corrientes de obras sociales, son llevadas en registros manuales, cuyas anotaciones carecen de claridad, dificultando el cálculo del saldo de las mismas. **(Observación 21)**

Si bien existen registros de intimación de pago de facturas a las obras sociales, se observa que la misma se realiza por única vez, resultando escasa la gestión de cobranza. **(Observación 22)**

Para la obtención de los saldos iniciales y finales del año 2005, el área de facturación tuvo que sumar las facturas individuales de cada obra social, desde el período que comenzaron a facturarle, hasta la fecha mencionada. Esto señala la falta de confiabilidad de la información contenida en los registros manuales. **(Observación 21)**

Asimismo, la circularización realizada a las obras sociales que respondieron, arroja discrepancias relevantes en saldos finales, en comparación con la información contenida en los registros de Facturación. **(Observación 22)**

Las deudas reflejadas por dichos registros, no son reales. **(Observación 21)**

Los formularios de facturación, no son prenumerados y existe doble numeración de los mismos (factura global y factura individual).

❖ Gestión y tratamiento Interno de Residuos Patogénicos

1. Se realizó una recorrida por el nosocomio junto al Jefe de División Servicios Generales y Mantenimiento, y el Encargado de la empresa que se ocupa del tratamiento interno de los residuos, a fin de verificar el circuito de traslado interno de los Residuos Patogénicos del Hospital.

Durante la recorrida realizada se observó:

La recolección de los residuos de los diferentes servicios no se realiza en los horarios mencionados por el responsable general en la etapa de relevamiento (cuatro veces al día, en los siguientes horarios: 7:30 hs – 11:30 hs – 15:00 hs – 19:00 hs, exceptuándose los casos donde los recipientes se encuentran llenos y son retirados antes de este horario). Se realizan en horarios de recorrida médica o traslado de pacientes. **(Observación 23)**

Los residuos son depositados y trasladados por contenedores rectangulares, de plástico reforzado, con movilidad (dos ruedas) y solo se encuentran identificados por el color de las bolsas en su interior o en algunos casos por la leyenda “peligro, residuos patogénicos”. Todos los carros contenedores poseen tapa rebatible, son impermeables y no permiten el drenaje de los líquidos de su interior.

El traslado de los recipientes que contienen los residuos, se efectúa en un ascensor que no es exclusivo, ya que también es usado por el personal del hospital y por los pacientes. **(Observación 23)**

Dentro de los pasillos de circulación del Hospital se aprecian los contenedores de residuos, ubicados en zonas de circulación del público. **(Observación 23)**

El depósito final se encuentra ubicado en el patio interno del hospital, a 1.60 mts de altura aproximadamente y con una rampa metálica de acceso.

En la parte inferior de la misma se encuentran depositados los residuos líquidos del hospital. Actualmente, no son retirados por la empresa concesionada dado que en forma imprevisible dejó de trabajar, por ende, son almacenados desde hace 3 meses, hasta que se determine su traslado. Durante dicho período se han producido deterioros en el envase de los mismos (perdida de líquidos). **(Observación 23)**

Las bolsas rojas con residuos patogénicos, quedan expuestas dentro de los contenedores en el patio interno del hospital, hasta terminar la recolección total de las mismas, para llevarlas todas juntas al depósito final, careciendo de seguridad que impida daños o accidentes a terceros. Asimismo no cumplen con el espesor indicado por la normativa vigente (120 micrones). **(Observación 23)**

Los residuos patogénicos retirados de la morgue, anatomía patológica y quirófano, son retirados por la Dirección Traslado Municipal, dependiente del G.C.B.A., quien se ocupa de su destrucción final en el cementerio de Chacarita.

El personal asignado a la recolección de los residuos no cumple con las normas de vestimenta (equipo de protección), seguridad e higiene. La única persona realizando esta tarea, solo contaba con unos botines de protección y

una mascara con filtro. No poseía delantal impermeable, antiparras y guantes resistentes. **(Observación 23)**

Respecto del tratamiento final de los residuos patogénicos, se verificó en los certificados correspondientes, que coinciden con la totalidad de kilogramos anotados en los remitos y en el libro de registro de retiro de residuos patogénicos.

Cabe mencionar que los agentes dependientes de la División Servicios y Mantenimiento, no participan en ninguna tarea inherente a la gestión y tratamiento de residuos patogénicos.

❖ Evaluación del Servicio de Limpieza

1. Se realizó una recorrida por el nosocomio junto al Jefe de División Servicios Generales y Mantenimiento, responsable del control de la limpieza en el hospital, a fin de verificar como se efectúa la misma en áreas concesionadas y no concesionadas.

Durante la recorrida realizada se observó:

El personal de limpieza no cumple con las normas de bioseguridad (vestimenta adecuada⁴⁸) para realizar el trabajo. **(Observación 24)**

Las Salas de Internación carecen de limpieza adecuada (existe suciedad o polvo acumulado, telas de araña y suciedad emanadas por las palomas) como así también del mantenimiento adecuado (desprendimiento de pintura en techos y paredes, falta de pastina en piletas del baño). **(Observación 24)**

En el Quirófano de Curieterapia no se realiza una limpieza adecuada de la aparatología existente. Además, en los zócalos y detrás de los aparatos hay suciedad acumulada (apreciable a simple vista) y pérdida de agua del aire acondicionado por falta de mantenimiento preventivo. **(Observación 24)**

En los Servicios de Quimioterapia y Medicina Nuclear existe suciedad en paredes, verificándose acumulación de polvo en el tubo de ventilación. El baño se encuentra notablemente sucio (piso y azulejos). **(Observación 24)**

Los pasillos de circulación interna de la Planta baja y subsuelo se encuentran con suciedad. Se depositan momentáneamente los elementos de limpieza (carro), provocando obstáculos e interferencias en el paso de los pacientes, como también las bolsas rojas y negras que serán llevadas con posterioridad al depósito final. Tanto la rampa como los ascensores tienen suciedad notoria. **(Observación 24)**

⁴⁸ Uso de delantal impermeable, barbijo y antiparras si hay riesgo de salpicaduras o en sectores de alto riesgo o aislamiento según corresponda. Uso de guantes resistentes.

En el Servicio de Hemoterapia se advierte que los azulejos, el techo y las ventanas no se limpian adecuadamente; cuenta con un tubo de hierro fundido que recorre el perímetro interno del servicio que se encuentra con evidente suciedad. Caso similar se observa en el Servicio de Laboratorio. **(Observación 24)**

Se reitera lo mencionado en el Informe de Relevamiento: la División Servicios y Mantenimiento dispone de personal, que podría ocuparse de las tareas inherentes a la limpieza y mantenimiento del nosocomio. En tal sentido se señala, que el Hospital devengó fondos en concepto de limpieza, por \$285.225,49 para el período 2005.

El control efectuado por el inspector del Ministerio de Salud (Dirección General Recursos Físicos en Salud) referido al mantenimiento y limpieza del nosocomio, se realiza dos veces por semana, consistiendo en la verificación del trabajo realizado y su certificación. Cabe señalar que durante el período auditado no se encontró documentación que sustente la certificación realizada, (Libro "Actas de Notificación") acreditando que el trabajo se halla realizado en tiempo y forma. **(Observación 24)**

2. Se verifico mediante entrevistas al personal, de tres áreas seleccionadas al azar, la satisfacción en el cumplimiento de las tareas de limpieza.

Salas de Internación:

No se realiza la limpieza de techos, paredes, ventanas y amoblamiento. La limpieza del servicio se realiza cuando los médicos inician la recorrida por las salas. El personal del servicio debe llamar al encargado de limpieza para que retiren las bolsas rojas y negras, ya que se acumulan los residuos de la noche porque no hay servicio de limpieza en horario nocturno. El servicio le provee al personal de limpieza ciertos elementos como guantes y barbijos, ya que no disponen de los mismos. **(Observación 24)**

Quirófano e Internación de Curieterapia:

No hay adecuada limpieza en las habitaciones. El personal de limpieza no posee la capacitación adecuada o desconoce las normas, para realizar el trabajo en tiempo y forma. No son correctas las diluciones utilizadas por el personal; mezclan agua lavandina con detergente, produciendo gases tóxicos y desactivando a la misma. No se realiza la limpieza terminal del servicio, al darse el alta del paciente. Al retirarse los residuos patogénicos, no se efectúa la limpieza y desinfección de los contenedores del servicio. En algunas oportunidades, no se retiran las bolsas rojas y negras, sino que se vierten dentro del contenedor de transporte, dejando las mismas bolsas en el servicio. También se han colocado bolsas negras en lugar de bolsas rojas, por no disponer de las mismas. **(Observación 24)**

Quirófano Central:

Existe un solo baño, donde el sector con duchas se usa como depósito de los artículos de limpieza. No existe un cuarto exclusivo para el almacenamiento

transitorio de la ropa sucia y de los residuos. Las fumigaciones han sido inefectivas, constatándose la persistencia de cucarachas, relacionadas además con la inadecuada limpieza. Se verifican fallas en el mecanismo de fumigación y ausencia de controles periódicos de la dilución de la lavandina. **(Observación 24)**

❖ **Utilización del Cuadro de Mando Integral**

Contar con un Cuadro de Mando Integral, permite a una organización identificar y seleccionar indicadores estratégicos que definan la situación del ente.

Asimismo, permite al gestor, realizar un seguimiento y evaluación de los resultados, de manera tal, que pueda tomar decisiones durante la marcha de su gestión.

A tal efecto, se expone en Anexo I el Cuadro de Mando de las áreas analizadas.

VII) OBSERVACIONES

VII A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:

1. El sistema de turnos (entrega y confirmación) utilizado para la prestación del servicio asistencial, no es ágil, sino que perjudica al paciente que va a ser atendido en ese día y al que debe sacar un turno para recibir la atención, produciendo demoras innecesarias. En tal sentido se destaca que, no existen turnos asignados y que una vez que el paciente recibe un turno, corre el riesgo de ser atendido en cualquier horario.
2. El resultado obtenido del indicador tiempo promedio de atención por consulta, esta por arriba de la media normal establecida (promedio de 15 o 20 minutos) produciendo desvíos importantes (entre 20 y 40 minutos) que repercuten en los tiempos de espera para la obtención de un turno.
3. La productividad de las consultas, de los servicios verificados, resulta baja, en relación a la cantidad de horas médicas que se brindan para la atención. En tal sentido se resalta, que el aumento de las horas producto del uso de la Figura Guardia Fuera de Dotación, no es proporcional a la producción de cada servicio, es decir, mientras dichas horas aumentan, la producción permanece constante o se incrementa lentamente.
4. La producción quirúrgica de los servicios señalados, es baja, en relación a la cantidad de profesionales intervinientes y los días de quirófano disponible. Asimismo, el cálculo de prácticas quirúrgicas mensuales por profesional no alcanza las 3 cirugías por mes.
5. La distribución del recurso humano de Enfermería se concentra en el turno noche de los días hábiles. Sin embargo, durante ese horario el paciente requiere de menor atención, descuidándose la misma, en horario matutino y vespertino donde se requiere de una actividad más

- dinámica. Para fines de semana y feriados, el recurso humano asignado resulta escaso.
6. Existe escaso cumplimiento (10%) de las guías de atención estipuladas para patologías oncoginecológicas.
 7. El tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas, no es razonable en comparación con estándares (30 días) o valores de referencia de otros nosocomios (20 días), marcando un desvío significativo (37% del valor estándar y 49% del valor de referencia) que repercute en la pérdida de oportunidades.
 8. No existen registros de stock, que aseguren la incorporación de drogas oncológicas al patrimonio del hospital, en caso que el paciente suspenda la medicación indicada por razones médicas, alta o fallecimiento del mismo.
 9. El total de aplicaciones diarias estipuladas por Convenio entre ex-Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la firma CETROS S.A., representa solo el 23% de las aplicaciones que pueden realizarse con el equipo Acelerador Lineal, reflejando un trato injusto en los pacientes derivados del hospital público, cuya demora en el tiempo refleja pérdida de oportunidad del tratamiento.
 10. El grado de satisfacción del usuario del Hospital Curie (80.5% promedio ponderado), se encuentra por debajo de la media del indicador aplicado, en hospitales generales de un Estado Autónomo de Europa (91%) y del valor de referencia nacional, obtenido de una empresa prestadora de servicios de salud (92.3%). Influye sobre ello, el tiempo excesivo que el paciente debe esperar, desde que llega al hospital hasta que recibe la atención médica y el elevado número de días de espera, para realizarse un estudio en consultorio de Tomografía.
 11. Falta de registro (documentación respaldatoria) y control en el manejo de fondos, derivados de acuerdos entre el investigador principal y el patrocinante de la investigación clínica, acrecentada por la ausencia de control desde el Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Bioética.
 12. Ausencia de intervención, del GCBA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la sistematización de aspectos financieros de los Protocolos de Investigaciones Clínicas.
 13. Existencia de vacío legal en normas que regulan esta materia (investigaciones clínicas), facilitando la situación descripta.
 14. La existencia de un solo tomógrafo reduce la posibilidad de maximizar la producción del servicio de Tomografía, produciendo un exceso de horas profesionales destinadas para la atención en dichos servicios.

VII B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

15. La reducción horaria establecida por la aplicación de la Ordenanza 14.838/58, queda vulnerada. Los profesionales del hospital, realizan horas extras en contraposición a lo establecido por dicha Ordenanza.

16. Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (57.804 hs), se aproximan a las horas normales trabajadas (57.860 hs), superando la suma de ambas, un 17.9% respecto de las horas que deberían trabajar por nombramiento (98.100).
17. El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación, que no se encuentra regulada por normativa vigente, para el pago de horas extras a profesionales de la salud. Durante el año 2005, el hospital devengó por tal concepto el 73% (1.035.655) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales.
18. Los legajos del personal se encuentran incompletos. Existen comprobantes de licencias, archivados en cajas, donde se mezcla la documentación de los distintos agentes, incumpliendo con el Decreto 8.717/69.
19. Los registros de asistencia no son llevados de conformidad a las normas legales vigentes (Decreto 5/7/43). Solo se comunicó para su descuento el 30% de ausencias correspondiente a inasistencias y llegadas tardes.
20. Las horas extras trabajadas que se compensan con francos (personal de enfermería y mantenimiento), no pueden ser verificadas, dado que no se consigna en la planilla de asistencia el horario extra trabajado.
21. El circuito de facturación y cobranzas carece de controles que tornen confiable la información brindada por el mismo. Las deudas reflejadas no son reales.
22. La ausencia de control sistemático y permanente de los saldos de las obras sociales y la inexistencia de una política definida para ejercitar acciones destinadas al cobro de facturas atrasadas, señalan la debilidad de los controles internos, que incrementan los riesgos relacionados con la detección de irregularidades (retención de fondos, omisión o manipulación de documentación).
23. El Hospital no da cumplimiento a lo normado por el Decreto 1886/01, que reglamenta a la Ley 154/99 sobre Residuos Patogénicos, puesto que no realiza un adecuado control del traslado interno de los residuos patogénicos, no garantiza la provisión adecuada de elementos, no supervisa al personal asignado a la tarea y no asegura el correcto almacenamiento de dichos residuos.
24. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el inadecuado sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza las tareas, la inadecuada dilución de elementos desinfectantes y la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc), son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

VIII RECOMENDACIONES

VIII A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:

1. Replantear el circuito utilizado para la entrega y confirmación de turnos, a fin de minimizar las demoras ocasionadas por el mismo. **(Observación 1)**
2. Adaptar la cantidad de turnos otorgados en consultorios externos, en función a las horas médicas ofrecidas, con la finalidad de adecuar el tiempo utilizado en la consulta y maximizar la productividad de los servicios. **(Observación 2 y 3)**
3. Extender el horario de utilización de los quirófanos, a fin de optimizar su uso y maximizar la producción del recurso humano médico en concordancia con el resto del recurso humano necesario. **(Observación 4)**
4. Redistribuir el Recurso Humano de Enfermería en función a la cantidad de camas disponibles por áreas de internación y horarios de mayor actividad, que garanticen la adecuada utilización de dicho recurso. **(Observación 5)**
5. Realizar auditorias de historias clínicas con periodicidad, a fin de verificar el cumplimiento de las guías de atención. **(Observación 6)**
6. Ajustar los tiempos de espera obtenidos, a estándares o valores de referencia, a fin de disminuir la pérdida de oportunidades para el logro del objetivo básico del tratamiento: la curación y la prolongación de vida. **(Observación 7)**
7. Incorporar al stock del hospital, toda medicación o droga que ingrese al nosocomio por compras, donaciones u otros, a fin de contar con registros que garanticen la transparencia en el manejo de dichas drogas. **(Observación 8)**
8. Rever el Convenio firmado entre la Ex Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Centro de Estudios y Tratamientos Oncológicos S.A. (CETRO S.A.), a fin de reajustar la cantidad de aplicaciones diarias que la misma debe proveer en forma gratuita a los pacientes derivados del hospital público. **(Observación 9)**
9. Implementar medidas tendientes a solucionar las insatisfacciones de los usuarios (pacientes y agentes de salud), en el sistema de atención del hospital. **(Observación 10)**
10. Monitorear las distintas demandas generadas por los usuarios del hospital, con el fin de proporcionar un mayor grado de satisfacción. **(Observación 10)**
11. Incorporar, para la aprobación de protocolos de investigaciones clínicas, a la Asociación Argentina de Investigación Clínica, a través de su Comité de Ética y dar participación a la Procuración General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de un especialista en la materia, a fin de bregar por la transparencia en acuerdos económicos derivados de la ejecución de dichos protocolos. **(Observación 11)**

12. Intervención activa del GCBA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la elaboración de un Convenio que sistematice la investigación clínica y en el control del cumplimiento del mismo. **(Observación 12)**
13. Revisión de la normativa vigente que regula esta materia. **(Observación 13)**
14. Redistribuir al personal Técnico que realiza Tomografías, de manera tal que se logre cubrir las 24 hs. diarias, con el fin de maximizar la producción del Tomógrafo existente, y prever futuras adquisiciones de dicha aparatología. **(Observación 14)**

VIII B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

15. Implementar mecanismos de acción tendientes a disminuir la situación descrita y revisión de la vigencia de la Ordenanza 14.838/58 por el Poder Legislativo. **(Observación 15,16 y 17)**
16. Implementar un adecuado sistema de control de asistencia y archivo de documentación, que no permita la vulneración de las normas legales vigentes. **(Observación 18 y 19)**
17. Confeccionar un registro de asistencia, que contemple un ítem específico para horas extras trabajadas y establecer un tope para la compensación de francos por agente, a fin de establecer transparencia en la verificación de los mismos. **(Observación 20)**
18. Incorporar en el circuito de facturación y cobranzas, controles que permitan obtener información confiable para la gestión y toma de decisiones relacionados con la obtención de recursos. **(Observación 21)**
19. Prever la incorporación del Sistema de Facturación implementado por la Dirección General de Sistemas de Información, dependiente del Ministerio de Salud, que reduzca los riesgos señalados y agilice la gestión de cobranzas. **(Observación 22)**
20. Garantizar el cumplimiento del Decreto 1.886/01 (supervisión y controles adecuados) a fin de minimizar los riesgos producidos como consecuencia del manejo de residuos patogénicos. **(Observación 23)**
21. Implementar mecanismos de control que acrediten la calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, y rever los medios de certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **(Observación 24)**

Finalmente, por decisión del Colegio de Auditores en sesión del día 26 de julio de 2007, se resolvió por las observaciones 11 y 12 el inicio de acciones administrativas tendientes al deslinde de responsabilidades en los términos del artículo 136 inc. K de la Ley 70. Respecto a las observaciones 18, 22 y 23 se sugirió la inmediata implementación de medidas correctivas y en su caso, de corresponder, la determinación del deslinde de responsabilidades.

IX CONCLUSION

El funcionamiento de un hospital de referencia, exige un cambio en la cultura asistencial que requiere un mayor compromiso de cada integrante de la organización, a fin de mejorar la calidad de atención, minimizar los riesgos provenientes de la práctica asistencial, mejorar los ingresos propios de la institución (sistema de facturación), satisfacer las demandas de los usuarios del sistema de salud (pacientes y agentes de salud) y monitorear los sectores críticos de la misma.

En tal sentido, la utilización racional del recurso humano y material (quirófanos), maximiza la productividad de los servicios en beneficio de los usuarios, garantizando el cumplimiento del rol de los agentes asistenciales, como actores sociales que son.

Asimismo, contar con un adecuado sistema de información resulta esencial para la construcción de las políticas de salud, siendo la base para la toma de decisiones.

Así, la elaboración de políticas concretas para la detección de pacientes con cobertura y la gestión de cobranzas, permitiría obtener más recursos del subsector obras sociales (sector privado), haciendo más eficiente el uso de los recursos del Tesoro de la Ciudad.

Del mismo modo, promover la investigación clínica resulta esencial para el avance de la medicina asistencial. Sin embargo, la industria farmacéutica (patrocinante de las investigaciones) no retribuye al sistema público de salud en su conjunto, es decir, no existe contraprestación por parte de ésta, hacia el Hospital o hacia el GCBA, de la utilización que hace de sus recursos físicos y humanos.

En tal sentido, la inclusión de los usuarios (pacientes y agentes de salud) a la gestión del sistema de salud, mediante instrumentos como la encuesta de satisfacción, puede contribuir de manera relevante a la consolidación del sistema de salud.

Asimismo, contar con un Cuadro de Mando Integral, permite a una organización identificar y seleccionar indicadores estratégicos que definan la situación del ente. Además, permite al gestor, monitorear y evaluar los resultados de cada área de la organización, de manera tal, que pueda tomar decisiones durante la marcha de su gestión.

Finalmente, sobre la base de las tareas descritas en el alcance de auditoría, se concluye, que el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de la gestión analizada, no son razonables en sus aspectos significativos, de acuerdo con la normativa vigente.

ANEXO I. CUADRO DE MANDO								
Dpto. Médico Quirúrgico								
ASPECTOS CLAVES	INDICADORES	RATIOS	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR O PREVISTO	RESULTADO DEL PERIODO	DESVIO DEL PERIODO	MISMO PERIODO AÑO ANTERIOR	DESVIO RESPECTO AÑO ANTERIOR
Atención	Tiempo de espera	Días entre el diagnóstico de Cirugía y realización de la Practica quirúrgica	Días					
Cantidad	Nivel de Producción de Cirugías	Producción total (Cx)/ Capacidad de Producción o Demanda total (Cx)	Pacientes Operados					
Cantidad	Promedio Diario de Cirugías por Servicio	Total de Cirugías realizadas en una semana / Días de Quirófano asignado por semana	Prácticas					
Cantidad	Producción Promedio Mensual por Médico	Total de Cirugías realizadas en un período / N° de médicos participantes en el mismo período	Prácticas					
Consultorios Externos								
Cantidad	Producción Promedio Diario por Médico	Total de Consultas realizadas promedio diario / N° de médicos participantes	Pacientes Atendidos					
Atención	Tiempo promedio de Atención en Consultas Externas	Total de Horas médicas disponibles en un período / Total de Consultas Externas durante el mismo período x 60	Minutos por Consulta					
Subdirección Médica								
Satisfacción - Encuesta	Grado de Satisfacción	Puntaje Hallado / Puntaje Máximo x 100	% Satisfacción					
Recursos Humanos								
Productividad Técnica	Eficiencia en el Empleo	Hs. Extras / Hs. Normales	% Horario					
Productividad Técnica	Rendimiento del Personal	Hs. hombre productivas/ Hs. hombre potenciales	% Horario					
Gasto	Participación en inciso 1	Gasto Bruto Hs. Extras Anual / Sueldo Bruto Anual	% del Gasto					
Confianza	Confiability de la información	Total de descuentos comunicados / Total de descuentos reales	% de información					

Asimismo, se sugiere la realización de una Auditoría Legal, Financiera y de Gestión, referida a Protocolos de Investigaciones Clínicas.

