

INFORME FINAL DE AUDITORIA

CON INFORME EJECUTIVO

**Proyecto 3.11.04 a
"Hospital Garrahan"
Relevamiento**

Período 2010

Buenos Aires, Noviembre 2011

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640, piso 5º Ciudad de Buenos Aires

Presidente

Dra. Sandra Bergenfeld

Audidores Generales

Dr. Santiago de Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Lic. Josefa Prada

Dr. Juan Carlos Toso

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.11.04 a

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital Garrahan

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2010

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: Julio de 2011

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto:

Lic. Fernando Mancini

Auditora a cargo de tareas de campo:

Dra. Raquel Sussman

OBJETIVO: Identificar las debilidades y áreas críticas del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Aprobado por unanimidad en sesión de Colegio de Auditores de fecha 23 de noviembre de 2011.

Resolución AGC N° 380/11

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, noviembre 2011																																	
Código del Proyecto	3.11.04 a																																	
Denominación del Proyecto	Hospital Garrahan																																	
Período examinado	Año 2010																																	
Objetivo de la auditoría	Identificar las debilidades y áreas críticas del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"																																	
Presupuesto 2010	<p>La información suministrada por el hospital indica que durante el 2010 se ejecutaron \$ miles 568.824. El crédito asignado ascendió a \$ miles 568.349 El Tesoro Nacional transfirió \$ miles 297.231 y el Gobierno de la Ciudad Autónoma \$ 249.000 El hospital financió la diferencia entre lo presupuestado y lo ejecutado de la siguiente manera:</p> <table border="1"> <tr> <td>CRÉDITO ASIGNADO 2010</td> <td></td> <td>546.231.337,21</td> </tr> <tr> <td>M.S.N.</td> <td>297.231.337,21</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G.C.B.A.</td> <td>249.000.000,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEFICIT 2010</td> <td></td> <td>-22.118.246,87</td> </tr> <tr> <td>Fondos transferidos ejercicio 2009</td> <td></td> <td>57.172.086,20</td> </tr> <tr> <td>Saldo de cierre con fondos transferidos ejercicio 2009</td> <td></td> <td>35.053.839,33</td> </tr> <tr> <td>Compromisos de pago y transferencia no efectuadas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fondos no trasferidos ejercicio 2009 (GCBA) (mantenidos como reserva de ejecución)</td> <td></td> <td>-14.267.000,00</td> </tr> <tr> <td>Saldo retroactivo carrera 2009 pendiente de pago al cierre 2010</td> <td></td> <td>-12.000.000,00</td> </tr> <tr> <td>Bonos de Deuda GCBA valor residual al cierre 2010 (mantenidos como reserva de ejecución)</td> <td></td> <td>-5.483.761,80</td> </tr> <tr> <td>Saldo efectivamente no ejecutado Ej. 2010</td> <td></td> <td>3.303.077,53</td> </tr> </table>	CRÉDITO ASIGNADO 2010		546.231.337,21	M.S.N.	297.231.337,21		G.C.B.A.	249.000.000,00		DEFICIT 2010		-22.118.246,87	Fondos transferidos ejercicio 2009		57.172.086,20	Saldo de cierre con fondos transferidos ejercicio 2009		35.053.839,33	Compromisos de pago y transferencia no efectuadas			Fondos no trasferidos ejercicio 2009 (GCBA) (mantenidos como reserva de ejecución)		-14.267.000,00	Saldo retroactivo carrera 2009 pendiente de pago al cierre 2010		-12.000.000,00	Bonos de Deuda GCBA valor residual al cierre 2010 (mantenidos como reserva de ejecución)		-5.483.761,80	Saldo efectivamente no ejecutado Ej. 2010		3.303.077,53
CRÉDITO ASIGNADO 2010		546.231.337,21																																
M.S.N.	297.231.337,21																																	
G.C.B.A.	249.000.000,00																																	
DEFICIT 2010		-22.118.246,87																																
Fondos transferidos ejercicio 2009		57.172.086,20																																
Saldo de cierre con fondos transferidos ejercicio 2009		35.053.839,33																																
Compromisos de pago y transferencia no efectuadas																																		
Fondos no trasferidos ejercicio 2009 (GCBA) (mantenidos como reserva de ejecución)		-14.267.000,00																																
Saldo retroactivo carrera 2009 pendiente de pago al cierre 2010		-12.000.000,00																																
Bonos de Deuda GCBA valor residual al cierre 2010 (mantenidos como reserva de ejecución)		-5.483.761,80																																
Saldo efectivamente no ejecutado Ej. 2010		3.303.077,53																																
Alcance	<p>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.</p> <p>El propósito de este informe es obtener un conocimiento apropiado del ente, sus operaciones y sistemas; identificando la legislación y reglamentación que le son aplicables, como así también los métodos de procesamiento de información.</p>																																	

	<p>Con tal objeto se identificará en el organismo, su finalidad, áreas de actuación, estructura organizacional y operacional, recursos financieros y humanos utilizados, marco normativo al que está subordinado.</p> <p>Debido a su significatividad económica, naturaleza jurídica, complejidad organizacional y tecnológica, y a la inexistencia de auditorías integrales previas, el trabajo se acotará a relevar y evaluar el sistema de control interno de la entidad auditada, con el objeto de medir el grado de eficiencia de este sistema, determinar su nivel de confianza e identificar las áreas críticas.</p> <p>Los procedimientos para analizar el sistema de control interno del Hospital Garrahan-SAMIC¹ comprenden el análisis de: la existencia y funcionamiento de la Auditoría Interna, la adecuación de la estructura formal a los objetivos operativos de la organización, los planes de organización, operativo y estratégico; los métodos y procedimientos para supervisar su ejecución; las herramientas disponibles para revalidar o modificar las acciones realizadas en función del logro de objetivos, la evaluación de los riesgos inherentes a la actividad desarrollada y los controles establecidos acerca de toda la información que circula por la entidad, prestando especial atención a la corrección, confiabilidad e integridad de los datos procesados</p>
<p>Período de desarrollo de tareas de auditoría</p>	<p>Las tareas de relevamiento se desarrollaron entre el 10 de enero y el 10 de julio 2011.</p>
<p>Limitaciones al Alcance</p>	<p>No hubo</p>
<p>Aclaraciones previa</p>	<p>Este informe de auditoría asume un alto riesgo inherente a las características cuantitativas y cualitativas del organismo auditado y de su actividad, la complejidad de su organización, el tamaño de su estructura organizacional y la especificidad de sus actividades y un alto riesgo de detección por la inexistencia de auditorías integrales previas.</p> <p>Resulta de interés destacar algunos de los objetivos fijados al momento de fundarse la institución, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar prestaciones de mayor complejidad en la rama básica de la pediatría y en sus respectivas especialidades, haciendo que el establecimiento se constituya en hospital de referencia para todo el país. • Desarrollar programas de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad, en el área de atención médica y administrativa sanitaria. • Generar un modelo fuertemente descentralizado, y con una organización asistencial que incluyera características superadoras de los esquemas sanitarios tradicionales. <p>De su Naturaleza Jurídica</p>

¹ Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad

El hospital fue concebido como una unidad asistencial con un patrimonio especialmente integrado por un inmueble donado por el Estado Nacional y por recursos aportados –en partes iguales- por dos jurisdicciones: por un lado la Nación y por el otro, la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, hoy devenida en Gobierno de la Ciudad Autónoma. Conforme al estatuto, el Consejo de Administración se encuentra integrado –en partes iguales- por miembros designados por cada jurisdicción partícipe, ejerciéndose la presidencia de manera rotativa y alternada.

Cabe señalar que, a los fines de la aplicación del Decreto GCBA 1721/97, el hospital se asimila a una entidad descentralizada del sector público de la Ciudad de Buenos Aires, toda vez que su personal se encuentra alcanzado por los aportes y beneficios dispuestos en el mismo, como cualquier otra entidad pública descentralizada o autárquica de esa jurisdicción.

Aspectos normativos

Norma	Fecha Publicación	Síntesis
NACIONAL		
Ley 17.102	20/01/1967	Faculta al Poder Ejecutivo Nacional para reformar régimen de constitución, funcionamiento y manejo vigente en los organismos asistenciales o sanitarios dependientes de la Secretaría de Salud Pública. Crea los SAMIC (Servicios de Atención general para la Comunidad), entidades que reemplazan a organismos asistenciales o sanitarios preexistentes.
Decreto 8248-PEN/69	08/01/1969	Reglamenta la Ley 17.102
Decreto 1091-PEN/82	07/06/1982	Crea el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garran que funcionará como unidad orgánica del Ministerio de Salud Pública y Me
Decreto 598-PEN/87	07/09/1987	Crea el ente "Hospital de Pediatría – Servicio d Atención Médica Integral para la Comunidad" MIC). Establece que la fiscalización estará a cargo Tribunal de Cuentas. Ratifica el convenio suscripto el 9 de abril de 198 entre el Ministro de Salud y Acción Social y el Intendente Municipal de la Ciudad de Buenos Aires. Aprueba el Estatuto del Hospital.
Decreto 1159-PEN/87	10/09/1987	Aprueba los regímenes de Personal y Finan Económico y Contable.
Decreto 1209-PEN/87	15/09/1987	Aprueba el Régimen de Contrataciones.
Decreto 815-PEN/89	20/06/1989	Constituye en forma definitiva el ente Hospital d Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Ratifica el convenio suscripto el 7 de abril de 198 entre el Ministerio de Salud y Acción Social y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Aprueba el Estatuto del Hospital. Establece que la fiscalización del Hospital es cargo del Tribunal de Cuentas.
Decreto 578-	07/04/1993	Crea el Registro Nacional de Hospitales

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

PEN/93		Públicos d Autogestión (HPA).
Decreto 262- PEN/95	27/02/1995	Aprueba el convenio suscripto entre el Ministerio Salud y Acción Social y la Municipalidad de la dad de Buenos Aires con fecha 29 de agosto d 1994.
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES		
Ley 70	29/09/1998	Sistemas de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la CABA
Ley 2.180	28/12/2006	Aprueba el Presupuesto General de Gastos y Recursos de la Administración del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el Ejercicio 2007. Contempla el crédito destinado a solventar las transferencias, con el fin de cumplimentar los aportes del GCBA.
Ley 2407	27/08/2007	Modificaciones al Presupuesto Ejercicio 2007
Ordenanza MCBA 42.016	06/08/1987	Aprueba el convenio celebrado el 9 de abril de 1987 entre el Ministerio de Salud y Acción Social del Poder Ejecutivo Nacional y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objetivo es la constitución del ente Hospital de Pediatría SAMIC.
Ordenanza MCBA 43.523	07/08/1989	Aprueba el convenio celebrado el 13 de abril de 1989 entre el Ministerio de Salud Pública y Acción Social del Poder Ejecutivo Nacional y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objetivo es constituir en forma definitiva el ente Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan Garrahan, en la órbita de esta Comuna.
Decreto MCBA 989/94	27/09/1994	Ratifica el Convenio suscripto entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, con fecha 29 de agosto de 1994, el cual modifica parcialmente sus similares, de fecha 9 de abril de 1987 y 7 de abril de 1989.
Decreto 1721- GCBA/97	10/12/1997	Instituye un fondo compensador para todo el personal del GCBA y el de las entidades autárquicas y descentralizadas, para la cobertura de ciertas prestaciones de alta complejidad.
Decreto 2055- GCBA/01	19/12/2001	Modificación de la estructura orgánica del Gobierno de la Ciudad. Misiones y Funciones de la Dirección General de Contaduría
<p>Premio Nacional a la Calidad El Premio Nacional a la Calidad fue establecido por la Ley N° 24.127, y tiene como objetivo "la promoción, desarrollo y difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo de la calidad de los productos y servicios que se originan en el sector empresario y en la esfera de la administración pública, a fin de apoyar la modernización y competitividad de esas organizaciones". Se trata de un reconocimiento que entrega todos los años la Secretaría de la Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete a organismos y empresas que</p>		

	<p>implantan con éxito sistemas de gestión que ayudan a la mejora continua de su funcionamiento.</p> <p>En el año 2010 se otorgó este premio al Hospital Garrahan, con el que se le reconocen las acciones implementadas que muestran un estilo de liderazgo innovador, proactivo y participativo, una fuerte relación de los valores con la visión y la misión de la organización y el predominio de los valores de Calidad e innovación por sobre los valores tradicionales. (Ver Anexo I. Cuerpo del Informe Final).</p>
<p>Debilidades</p>	<p>1. Consejo de Administración No se da cumplimiento a lo establecido por las normas que rigen el funcionamiento del ente Según surge del Acta N° 222, de fecha 12 de febrero de 2005, del Consejo de Administración, la presidencia del mismo se encontraba a cargo del Dr. Goldberg, perteneciente a la jurisdicción nacional. En el Acta N° 429, del día 12 de marzo de 2009, se ratifica por un nuevo período a dicho representante. Esta situación se contrapone a lo enunciado por la normativa vigente, en cuanto a que, la presidencia debe ser ejercida en forma rotativa y alternada entre sus miembros, por periodos anuales (ver Anexo I). Por lo expuesto, el cargo como representante del Ministerio de Salud del Dr. Goldberg en el Consejo de Administración se encuentra agotado a la fecha del presente y no se cumple con la norma de rotatividad en la presidencia.</p> <p>2. Control Interno El Hospital no cuenta con un Manual de Normas y Procedimientos Administrativos, aprobado por el Consejo de Administración².</p> <p>3. Macroproceso de Internación – SIG Dentro del Macro proceso de interacción son varios los ítems que aún no se encuentran dentro del Sistema Informático Garrahan (SIG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evolución diaria de la historia clínica • Las Interconsultas a los especialistas. • Pedidos a hemoterapia y realización de transfusiones • Controles y notas de enfermería <p>4. Macroproceso de Internación – Satisfacción de la demanda Habitualmente la demanda de camas de CIM supera a la oferta, por lo que muchos pacientes quedan internados en Guardia o en el Hospital de</p>

² Descargo del ente auditado: El hospital a la fecha y a través del Departamento Organización y Métodos dependiente de la Coordinación de Gestión de Calidad, iniciará a partir de septiembre un relevamiento en cada una de las áreas que ya cuentan con Normas y Procedimientos escritos, a fin de formalizar el acto administrativo aprobatorio. Se verificará su efectivo cumplimiento en un informe de seguimiento..

	<p>Día clínico –quirúrgico.</p> <p>5. Macroproceso ambulatorio</p> <p>a. La Coordinación de Atención Ambulatoria es un cargo que se encuentra sin designación.</p> <p>b. Macroproceso ambulatorio – Guardia y Emergencias La disponibilidad de camas en Guardia y Emergencias es superada lo que determinó el acondicionamiento de los pasillos para cubrir las necesidades.</p> <p>c. Macroproceso ambulatorio – Central de turnos El sistema informático de la central de turnos no está articulado con la base de datos de ANSES, lo que dificulta la detección de cobertura de obra social.</p> <p>6. Macroproceso de abastecimiento</p> <p>a. No cuentan con una normativa de contratación única y actualizada que cumpla con lo establecido en el Estatuto del Ente, procurando ordenar en un sólo instrumento todas las alternativas de contrataciones.</p> <p>b. No se encuentra normada la obligación de hacer públicos y difundir los procedimientos en la Página Web del hospital.</p> <p>7. Macroproceso de Apoyo. Gestión Contable y Financiera.</p> <p>a. Elaboración del Presupuesto: La gestión del presupuesto no se basa en la metodología del Presupuesto por Programas, ni utiliza la herramienta de clasificación que se encuentra disponible una vez adoptado el sistema de GRD</p> <p>b. Ejecución Presupuestaria El hospital utiliza en la elaboración de la ejecución presupuestaria del crédito el criterio de la etapa de afectación preventiva.</p> <p>c. Estados Contables Se observa un atraso significativo en la confección y aprobación de la Memoria, Balance General y Cuenta de Recursos y Gastos del ente. El expediente 977/2010 incorpora los antecedentes obrantes en la Gerencia de Contabilidad de Gestión que justifican el estado actual de la situación principalmente basado en la ausencia de herramientas informáticas para actualizar los registros contables y extracontables del hospital. El ente ha confeccionado un cronograma para poner al día la emisión de los Estados Contables atrasados. De la documentación suministrada, se puede observar que para el corriente año se espera la aprobación del ejercicio 2008, 2009 y 2010.</p> <p>d. Auditoria interna Falta de nombramiento del 50% de la estructura de cargos de la auditoria interna. En el Control de Gestión realizadas por la Unidad de Auditoria Interna, no se evidencia la aplicación de procedimientos sistemáticos</p>
--	--

	<p>en este sentido, que permita el seguimiento del desempeño del Hospital y la detección de desvíos a nivel global.</p> <p>El hospital argumenta que no pretende definir proyectos de auditoria que respondan a relevamientos estrictamente verticales y departamentales, sino, que se orienta a analizar las operaciones económicas, financieras y patrimoniales que realiza el Hospital, a los fines de saber cómo, para qué y con qué objetivo se realizan.</p> <p>El Auditor Interno Titular se encuentra ejerciendo las funciones de Gerente de Recursos Humanos desde el 26 de febrero de 2010 por Resolución 105/2010 A continuación se reproduce el descargo del ente auditado.</p> <p>“A fojas 40 se informa como agotado el plazo de las funciones del Auditor Interno del Hospital, que asumió transitoriamente las funciones de la Gerencia de Recursos Humanos. Al respecto, debo informar que dichas funciones se han prorrogado hasta el mes de noviembre de 2011 y a la fecha se ha tomado decisión de incorporación de un profesional, que hasta dicha fecha asumirá funciones de adscripto a la gerencia y con plan de tomar funciones definitivas como gerente de recursos humanos. Asimismo se encuentra en proceso de incorporación, haciendo los trámites pertinentes, el personal para cubrir las necesidades de los Departamentos y Sectores integrantes de la Gerencia tanto a nivel de ejecución como de conducción de los Departamentos.”</p> <p>Se mantiene esta debilidad, se verifica que para noviembre de 2011, el Departamento de Recursos Humanos puso a disposición de esta Auditoria las resoluciones con los nombramientos arriba referidos. Así mismo el Hospital ha presentado el Plan Anual de Auditoria para el año 2011</p>
<p>Conclusión</p>	<p>La capacidad y compromiso de su recurso humano, su sistema organizacional y el desarrollo y actualización de las tecnologías disponibles han validado, durante todos estos años, al Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. como el hospital pediátrico de referencia de alta complejidad, para todo el territorio nacional.</p> <p>El Hospital viene cumpliendo con sus múltiples actividades asistenciales, académicas, docentes y comunitarias con niveles de excelencia, como lo demuestra la confianza depositada en este hospital, tanto por las autoridades sanitarias como por la ciudadanía en general.</p> <p>Como característica asistencial desarrolló la internación pediátrica en unidades polivalentes organizadas según la criticidad de los cuidados que requieren los pacientes (cuidados progresivos) y la asistencia es gestionada por médicos clínicos que interconsultan con especialistas, formando equipos de trabajo interdisciplinarios, lo que permitió brindar una atención integral y holística a los niños y sus familias.</p> <p>Implemento el funcionamiento de los Hospitales de Día, el sistema de Medico Orientador para mejorar la eficacia en el uso de los recursos de atención ambulatoria y el tratamiento ambulatorio de infecciones severas, entre otras practicas innovadoras.</p> <p>Otro de sus logros destacables son:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de la Oficina de Comunicación a Distancia para optimizar el sistema de Referencia y Contrareferencia con todas las Provincias y la Oficina de Representación del Paciente para facilitar la gestión de dificultades desde la visión del usuario. • La creación de La Coordinación de Gestión de Calidad confirma su decisión de trabajo y compromiso con la mejora continua en todas sus actividades institucionales. <p>Esta Institución fue inaugurada, el 25 de agosto de 1987, como un hospital de gestión descentralizada económica, financiera y contable y un marco normativo propio, incrementado a partir de la Reforma Constitucional de 1994 que lo transforma en un Ente Bi Jurisdiccional, a partir del cambio de status jurídico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, motivo por el cual no se encuentra incluido en la Ley 24156</p> <p>Esta situación de autarquía legal y financiera constituye la base de sus fortalezas y oportunidades y también la de su responsabilidad y desafíos. La Auditoría Interna no desarrollo tareas relativas a su función específica durante el año 2010, no tenía confeccionado un plan anual de auditoría y su auditor Interno estuvo ejecutando tareas en el área de recursos humanos</p>
--	---

**Informe Final de Auditoría
Proyecto N° 3.11.04 A
Hospital Garrahan**

DESTINATARIO

**Señor
Vicepresidente 1°
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Oscar Moscariello
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 del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I) OBJETO

Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

II) OBJETIVO

Identificar las debilidades y áreas críticas del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

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.

El propósito de este informe es obtener un conocimiento apropiado del ente, sus operaciones y sistemas; identificando la legislación y reglamentación que le son aplicables, como así también los métodos de procesamiento de información.

Con tal objeto se identificará en el organismo, su finalidad, áreas de actuación, estructura organizacional y operacional, recursos financieros y humanos utilizados, marco normativo al que está subordinado. Asimismo, se recabará

información acerca de las metas e indicadores de desempeño para los programas o actividades que se desarrollen.

Debido a su significatividad económica, naturaleza jurídica, complejidad organizacional y tecnológica, y a la inexistencia de auditorías integrales previas, el trabajo se acotará a relevar y evaluar el sistema de control interno de la entidad auditada, con el objeto de medir el grado de eficiencia de este sistema, determinar su nivel de confianza e identificar las áreas críticas.

Los procedimientos para analizar el sistema de control interno del Hospital Garrahan-SAMIC³ comprenden el análisis de: la existencia y funcionamiento de la Auditoría Interna, la adecuación de la estructura formal a los objetivos operativos de la organización, los planes de organización, operativo y estratégico; los métodos y procedimientos para supervisar su ejecución; las herramientas disponibles para revalidar o modificar las acciones realizadas en función del logro de objetivos, la evaluación de los riesgos inherentes a la actividad desarrollada y los controles establecidos acerca de toda la información que circula por la entidad.

Para ello, se examinarán los informes emitidos por distintas instancias comprometidas con la supervisión de la consecución de las metas fijadas. Se relevará el sistema vigente aplicando la técnica que resulte más efectiva y eficiente, como la lectura de manuales de organización, organigramas, manuales de procedimiento, realización de entrevistas a funcionarios del ente, análisis del sistema informático de elaboración propia (Sistema Garrahan) para gestión de sistemas de salud, prestando especial atención a la corrección, confiabilidad e integridad de los datos procesados.

Las tareas de relevamiento se desarrollaron entre el 10 de enero y el 10 de julio 2011.

IV LIMITACIONES AL ALCANCE

No las hubo.

V) ACLARACIONES PREVIAS

Este informe de auditoría asume un alto riesgo inherente a las características cuantitativas y cualitativas del organismo auditado y de su actividad, la complejidad de su organización, el tamaño de su estructura organizacional y la especificidad de sus actividades y un alto riesgo de detección por la inexistencia de auditorías integrales previas.

³ Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad

V 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En el año 2009 la AGCBA realizó un Proyecto sobre Transferencias realizadas por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al Hospital Garrahan⁴. De dicho informe se extraen los siguientes antecedentes relacionados con la creación del Hospital Garrahan (en adelante "el hospital")

La historia del hospital comienza en 1969, cuando un grupo destacado de médicos pediatras del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, elabora un programa para un nuevo modelo de establecimiento pediátrico. Dicha propuesta se consolida y, a través de la Secretaría de Salud Pública de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MCBA), es elevada a las autoridades nacionales.

Sin embargo, recién en 1982, se sanciona el decreto PEN 1091 creando el Hospital Nacional de Pediatría Juan Garrahan, como unidad orgánica del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación, con dependencia jerárquica y funcional de la Subsecretaría de Promoción, Asistencia y Rehabilitación de la Salud.

Posteriormente, teniendo en cuenta los estudios realizados acerca de los servicios de atención pediátrica del área metropolitana y el elevado costo del equipamiento funcional, se estima conveniente modificar el criterio sentado por el decreto PEN 1091/82 y darle al Hospital Garrahan la naturaleza de Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC).

Estas razones son las que motivan la sanción del decreto PEN 598/87, mediante el cual se transforma el hospital en uno de los entes previstos en la ley 17.102, de creación de los SAMIC, a la vez que se aprueba el convenio celebrado el 9 de abril de 1987 entre el Ministerio de Salud (dependiente del PEN) y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires⁵ y el estatuto que regiría a partir de esa fecha, los destinos del hospital.

Entre las disposiciones más importantes, se destaca la intencionalidad de las partes de transferir el hospital a jurisdicción municipal, como también las cláusulas que definen la composición del patrimonio (conformado por el inmueble cedido en usufructo por el Estado Nacional) y de los recursos (integrados -principalmente- por aportes del Poder Ejecutivo Nacional y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires).

En 1989 se dicta el decreto PEN 815/89, que ratifica un nuevo convenio celebrado con fecha 7 de abril de 1989 entre la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Ministerio de Salud y Acción Social⁶.

El mencionado instrumento establece, en la cláusula 4°, que los firmantes se obligan a aportar por partes iguales los recursos presupuestarios anuales necesarios para asegurar el funcionamiento del hospital y su desarrollo.

También aprueba un nuevo estatuto y designa al ex -Tribunal de Cuentas de la Nación como órgano fiscalizador del hospital.

Por último, con fecha 29 de agosto de 1994, el Ministerio de Salud y Acción

⁴ <http://www.agcba.gov.ar/docs/Info-6%2008%2009%20%20Proy%20Informe%20Final%20Garrahan.pdf>

⁵ Aprobado por Ordenanza Municipal N° 42.016

⁶ Aprobado por Ordenanza Municipal N° 43.523

Social de la Nación y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires suscriben un tercer convenio⁷, con el objeto de introducir modificaciones parciales a sus antecesores.

Entre los cambios más relevantes con relación al convenio de 1987, es el abandono de la intención de transferir al hospital a jurisdicción Municipal, se lo categoriza como "de referencia nacional", aunque se dispone que ambas jurisdicciones contribuyan a su sostenimiento presupuestario.

Otro de los cambios introducidos al convenio de 1989, es en la conformación del Consejo de Administración, que pasa a ser de cuatro miembros titulares (dos por cada una de las partes), mientras que la Presidencia comienza a ser ejercida en forma rotativa y alternada por cada uno de sus miembros.

Resulta de interés destacar algunos de los objetivos fijados al momento de fundarse la institución, tales como:

- Brindar atención médica integral y de la mejor calidad disponible a la población infantil de su área de influencia.
- Actuar como Hospital de referencia del sistema de atención médica pediátrica, principalmente en el área Metropolitana, teniendo en cuenta su proyección en el ámbito nacional.
- Desarrollar programas de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad, en el área de atención médica y administrativa sanitaria.

Entre las funciones, se destaca la de brindar prestaciones de mayor complejidad en la rama básica de la pediatría y en sus respectivas especialidades, haciendo que el establecimiento se constituya en hospital de referencia para todo el país.

Por último, para alcanzar dichos objetivos fundacionales prevaleció la idea de generar un modelo fuertemente descentralizado, y con una organización asistencial que incluyera características superadoras de los esquemas sanitarios tradicionales.

V.2. NATURALEZA JURÍDICA

De acuerdo a los antecedentes reseñados en el punto precedente, el hospital fue concebido como una unidad asistencial con un patrimonio especialmente integrado por un inmueble donado por el Estado Nacional y por recursos aportados –en partes iguales– por dos jurisdicciones: por un lado la Nación y por el otro, la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, hoy devenida en Gobierno de la Ciudad Autónoma. Conforme al estatuto, el Consejo de Administración se encuentra integrado –en partes iguales– por miembros designados por cada jurisdicción partícipe, ejerciéndose la presidencia de manera rotativa y alternada.

Cabe señalar que, a los fines de la aplicación del Decreto GCBA 1721/97, el hospital se asimila a una entidad descentralizada del sector público de la Ciudad de Buenos Aires, toda vez que su personal se encuentra alcanzado por

⁷ Aprobado por decreto PEN 262/95 y por decreto MCBA 989/94.

los aportes y beneficios dispuestos en el mismo, como cualquier otra entidad pública descentralizada o autárquica de esa jurisdicción.
 Por último, la información incluida en página Web del hospital refiere al carácter descentralizado del mismo, al señalar que *".....está organizado como institución descentralizada y de autogestión....."*.

V. 3. ASPECTOS NORMATIVOS

Norma	Fecha Publicación	Síntesis
NACIONAL		
Ley 17.102	20/01/1967	Faculta al Poder Ejecutivo Nacional para reformar régimen de constitución, funcionamiento y manejo vigente en los organismos asistenciales o sanitarios dependientes de la Secretaría de Salud Pública. Crea los SAMIC (Servicios de Atención general para la Comunidad), entidades que reemplazan a organismos asistenciales o sanitarios preexistentes.
Decreto 8248-PEN/69	08/01/1969	Reglamenta la Ley 17.102
Decreto 1091-PEN/82	07/06/1982	Crea el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garran que funcionará como unidad orgánica del Ministerio de Salud Pública y Me
Decreto 598-PEN/87	07/09/1987	Crea el ente "Hospital de Pediatría – Servicio d Atención Médica Integral para la Comunidad" MIC). Establece que la fiscalización estará a cargo Tribunal de Cuentas. Ratifica el convenio suscripto el 9 de abril de 198 entre el Ministro de Salud y Acción Social y el Intendente Municipal de la Ciudad de Buenos Aires. Aprueba el Estatuto del Hospital.
Decreto 1159-PEN/87	10/09/1987	Aprueba los regímenes de Personal y Finan Económico y Contable.
Decreto 1209-PEN/87	15/09/1987	Aprueba el Régimen de Contrataciones.
Decreto 815-PEN/89	20/06/1989	Constituye en forma definitiva el ente Hospital d Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Ratifica el convenio suscripto el 7 de abril de 198 entre el Ministerio de Salud y Acción Social y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Aprueba el Estatuto del Hospital. Establece que la fiscalización del Hospital es cargo del Tribunal de Cuentas.
Decreto 578-PEN/93	07/04/1993	Crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos d Autogestión (HPA).
Decreto 262-PEN/95	27/02/1995	Aprueba el convenio suscripto entre el Ministerio Salud y Acción Social y la Municipalidad de la dad de Buenos Aires con fecha 29 de agosto d 1994.
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES		
Ley 70	29/09/1998	Sistemas de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la CABA
Ley 2.180	28/12/2006	Aprueba el Presupuesto General de Gastos y Recursos de la Administración del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el Ejercicio 2007. Contempla el crédito destinado a solventar las transferencias, con el fin de cumplimentar los aportes del GCBA.
Ley 2407	27/08/2007	Modificaciones al Presupuesto Ejercicio 2007
Ordenanza MCBA 42.016	06/08/1987	Aprueba el convenio celebrado el 9 de abril de 1987 entre el Ministerio de Salud y Acción Social del Poder Ejecutivo Nacional y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objetivo es la constitución del ente Hospital de Pediatría SAMIC.

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Norma	Fecha Publicación	Síntesis
Ordenanza MCBA 43.523	07/08/1989	Aprueba el convenio celebrado el 13 de abril de 1989 entre el Ministerio de Salud Pública y Acción Social del Poder Ejecutivo Nacional y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objetivo es constituir en forma definitiva el ente Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan Garrahan, en la órbita de esta Comuna.
Decreto MCBA 989/94	27/09/1994	Ratifica el Convenio suscripto entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, con fecha 29 de agosto de 1994, el cual modifica parcialmente sus similares, de fecha 9 de abril de 1987 y 7 de abril de 1989.
Decreto 1721-GCBA/97	10/12/1997	Instituye un fondo compensador para todo el personal del GCBA y el de las entidades autárquicas y descentralizadas, para la cobertura de ciertas prestaciones de alta complejidad.
Decreto 2055-GCBA/01	19/12/2001	Modificación de la estructura orgánica del Gobierno de la Ciudad. Misiones y Funciones de la Dirección General de Contaduría

V.4. PREMIO NACIONAL A LA CALIDAD

El Premio Nacional a la Calidad fue establecido por la Ley N° 24.127, y tiene como objetivo "la promoción, desarrollo y difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo de la calidad de los productos y servicios que se originan en el sector empresario y en la esfera de la administración pública, a fin de apoyar la modernización y competitividad de esas organizaciones".

Se trata de un reconocimiento que entrega todos los años la Secretaría de la Gestión Pública de la Jefatura de Gabinete a organismos y empresas que implantan con éxito sistemas de gestión que ayudan a la mejora continua de su funcionamiento.

En el año 2010 se otorgó este premio al Hospital Garrahan, con el que se le reconocen las acciones implementadas que muestran un estilo de liderazgo innovador, proactivo y participativo, una fuerte relación de los valores con la visión y la misión de la organización y el predominio de los valores de Calidad e innovación por sobre los valores tradicionales.

Ver Anexo I. Resumen Premio Nacional a la Calidad.

VI) RELEVAMIENTO

VI. 1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL HOSPITAL

De acuerdo a su naturaleza jurídica, el hospital es una unidad asistencial cuyo financiamiento es sostenido por el Estado Nacional y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Conforme al estatuto, este hospital tiene diseñado un organigrama cuya máxima autoridad es el Consejo de Administración de quien depende la Dirección Médica Ejecutiva.

El Estatuto Orgánico del Ente, aprobado por Decreto N° 815/P.E.N/89 (B.O. N° 26657 expresa que los miembros del Consejo permanecen en el ejercicio de sus funciones por un periodo de dos (2) años, pudiendo ser redesignados: La presidencia debe ser ejercida en forma rotativa y alternada entre sus miembros, por periodos anuales. **(DEBILIDAD 1)**

Las autoridades del Consejo de Administración fueron designadas en distintos actos administrativos. Mediante el decreto n° 787/07, del 21 de junio de 2007, fue redesignado el Presidente del Consejo, para desempeñar sus funciones por un nuevo periodo de dos (2) años, a partir del día 08 de febrero de 2007, representando a la jurisdicción nacional. Luego, el Decreto 613/2010 BO 31896 del 4 de mayo de 2010 proroga nuevamente, por un nuevo periodo de dos (2) años comprendido entre el 8 de febrero de 2009 al 8 de febrero de 2011, su designación como representante del Ministerio de Salud.

Por medio del Decreto N° 693/08, de fecha 23 de abril de 2008, fue designada la representante del Ministerio de Salud para la integración del consejo de administración por dos años contados a partir del 1° de noviembre de 2007. El Decreto 613/2010 BO 31896 del 4 de mayo de 2010 proroga su representación por un nuevo periodo de dos (2) años comprendido entre el 1 de noviembre de 2009 al 1 de noviembre de 2011.

A partir del 1° de Noviembre 2010 según Decreto N° 809/10 y Decreto N° 810/10 del BO 3535 se designaron los representantes del Gobierno de la Ciudad.

Ver Anexo II Organigrama

VI.1.1 Estructura Funcional

La organización tradicional de los Hospitales en nuestro país fue concebida en base al sistema tayloriano (estructura jerárquica).

El Hospital Garrahan en el año 1987 optó por iniciar sus actividades buscando construir un hospital público descentralizado, autogestionado, con horario prolongado de sus profesionales, estructura matricial y organizando la atención e internación por cuidados progresivos jerarquizando la actividad interdisciplinaria, según el modelo de gestión por procesos y dirección por objetivos.

Una definición posible de "gestión por procesos":

Gestión de todas las actividades de la empresa que genera un valor añadido; o bien, conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados⁸

Para que una actividad sea considerada un proceso o subproceso debe ajustarse a los siguientes criterios:

- tener un propósito claro y una misión definida
- identificar claramente los insumos y los productos, los clientes y los proveedores
- ser susceptible de seccionarse en operaciones o tareas
- ser analizada en función de tiempos, recursos y costos

⁸[http://www.chospab.es/pv_obj_cache/pv_obj_id_2202B254CF5355336DFB006AFB578F4886450100/filename/Gestion de procesos.pdf](http://www.chospab.es/pv_obj_cache/pv_obj_id_2202B254CF5355336DFB006AFB578F4886450100/filename/Gestion%20de%20procesos.pdf)

- ser factible la asignación de responsabilidad del proceso a una persona.

Gestión por procesos y dirección por objetivos

El hospital enfoca la gestión con criterios de calidad, organizando su funcionamiento en macroprocesos y procesos de apoyo.

La arquitectura original surge de talleres en donde el personal analiza y describe las actividades de sus sectores de trabajo en términos de procesos. Estos posteriormente se agrupan en Macroprocesos con los que se construye el mapa de procesos y también el mapa de interacción de procesos del Hospital. De allí surge la diferenciación entre procesos de carácter estratégico y procesos de apoyo.

El Hospital funciona sobre la base de ocho macroprocesos:

- Macroproceso de Internación
- Macroproceso ambulatorio
- Macroproceso de Diagnóstico y Tratamiento
- Macroproceso de Docencia e Investigación
- Macroproceso de Abastecimiento
- Macroproceso de Dirección
- Macroproceso de Gestión de Calidad
- Macroproceso de Apoyo

Este último está integrado por los siguientes procesos:

1. Gestión de RRHH
2. Gestión de la información
3. Asistencia técnica y Mantenimiento de Infra estructura
4. Servicios Generales
5. Gestión Contable y Financiera
6. Desarrollo de sistemas informáticos
7. Relaciones Institucionales
8. Representante del paciente

VI.1.2. Estructura Física

El Hospital Garrahan cuenta con 112000 m² cubiertos de superficie y una datación de 500 camas, y cinco terapias intensivas⁹. La planta física se encuentra dividida por sectores que son reconocidos por diferentes colores en la cartelería informativa del hospital.

Desde el año 2006 la Dirección Ejecutiva del Hospital implementó un Plan de Obras Plurianual y un sistema de recorridos semanales con el fin de supervisar el avance de obras, el estado de la infraestructura edilicia y certificar que las empresas tercerizadas que prestan servicios en el Hospital, cumplan con lo pactado en el pliego de bases y condiciones, supervisando la calidad del trabajo y el cumplimiento de los plazos. Las recorridos se realizan con

⁹ Se anexa plano de planta física

miembros del staff¹⁰. El Plan de Obras y Mantenimiento se describen dentro del Macroproceso de Apoyo, que será desarrollado más adelante.

VI.1.3. Presupuesto

Aspectos institucionales

De acuerdo a la reglamentación vigente, el Consejo de Administración estableció la estructura orgánica y funcional del organismo a través de las Resoluciones N° 429/91, 309/92, 695/93, 799/93, 882/94, 709/95 y 333/96.

Los recursos del Hospital están constituidos por fondos de recaudación propia (Decreto 578/93), aportes del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (transferencias de la Jurisdicción 80) y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, aportando ambas partes por mitades los recursos presupuestarios necesarios para el funcionamiento, desarrollo y mantenimiento del Hospital (Decreto 815/89 y 262/95), de acuerdo a la elevación realizada por el Consejo de Administración.

Inclusión del hospital en el Presupuesto General de la Ciudad

En el ejercicio 2010 los créditos a favor del hospital se incluyen en la Unidad Ejecutora 551-Subsecretaría de Atención Integral de Salud, Programa 55 Atención Médica En Hospitales De Niños, dentro de la Jurisdicción 40-Ministerio de Salud del GCBA.

Evolución de las partidas asignadas en los últimos 5 años.

En el ejercicio 2006 las partidas asignadas totalizaron \$82.218.900 incrementándose en un 67% en el año 2007 con la autorización de \$ 137.212.500

En los años 2008, 2009 y 2010 la variación en las partidas asignadas fueron de 25%, 26% y 15.56 % respectivamente.

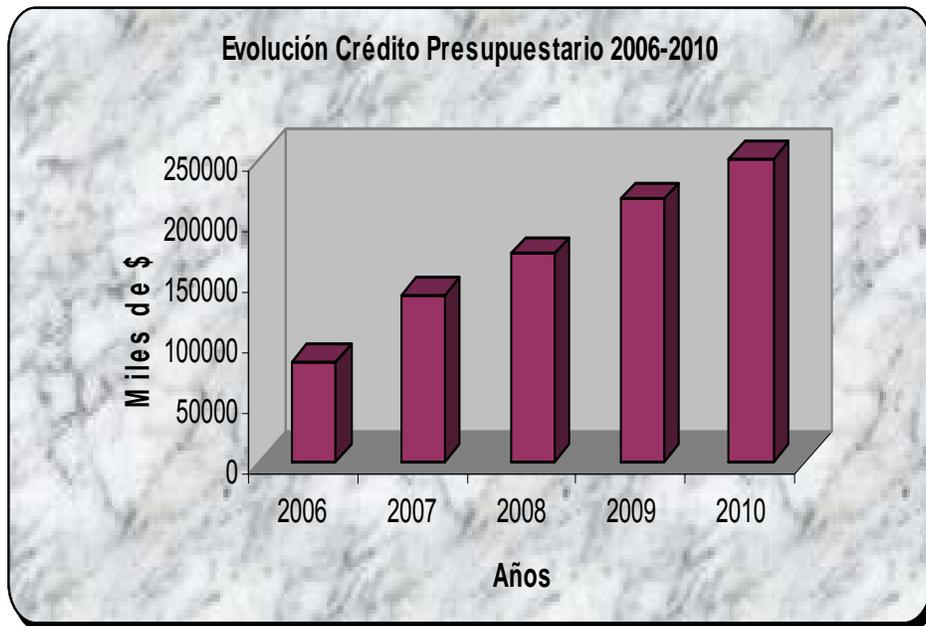
El siguiente cuadro muestra la evolución en las partidas presupuestarias asignadas al hospital durante los años 2006 al 2010:

	Compromiso Definitivo. Miles de \$				
	2006	2007	2008	2009	2010
*Gastos en personal	1.083,90	1.020	913,00	866,96	757,20
**Transferencias	81.135	136.192,50	170.642	215.267	249.000
Total	82.218,90	137.212,50	171.555	216.134	249.757
Variación porcentual anual		66,90%	25,03%	25,99%	15,56%

¹⁰ El Director Administrativo, los Gerentes de mantenimiento, de Servicios Generales, los Directores de Obras, de Proyectos (obras de mayor envergadura), los Supervisores de Transporte Horizontal, de Limpieza (empresa tercerizada), de Electricidad, de Refrigeración; los Jefes de Departamento de Atención al Usuario, Estudios y Proyectos, Coordinación y el Encargado de Seguridad

* Partida destinada al pago de agentes de la ex MCBA transferidos al Hospital.

** Transferencias para financiar los gastos de funcionamiento del hospital.



Participación de la partida acordada al hospital en el presupuesto ejecutado de Jurisdicción 40 en el año 2010

La partida presupuestaria Atención Médica en Hospitales de Niños representa el 5.78 % del presupuesto de la jurisdicción 40. Ocupando el segundo lugar en importancia luego del Hospital Cosme Argerich con el 6,23% del presupuesto

Presupuesto elaborado por el hospital para el ejercicio 2010

El hospital confecciona presupuestos con periodicidad anual. Para el ejercicio 2010, los gastos de funcionamiento estimados ascendían a \$ miles 558.659. Solicitándose para Gastos de Capital (Equipamiento médico, maquinas y equipos no médicos, equipamiento informático, proyectos de obras nuevas de infraestructura y de mantenimiento edificio,) \$ miles 66.189 y para Gastos corrientes (recursos humanos, y funcionamiento asistencial) \$ miles 492.470. El Origen del Financiamiento para el ejercicio 2010 ascienden a \$ miles 558.659, 50% con fondos provenientes del Tesoro Nacional y 50% con fondos provenientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En este análisis no se consideran los recursos propios provenientes de prestaciones medico asistenciales a efectores de salud.

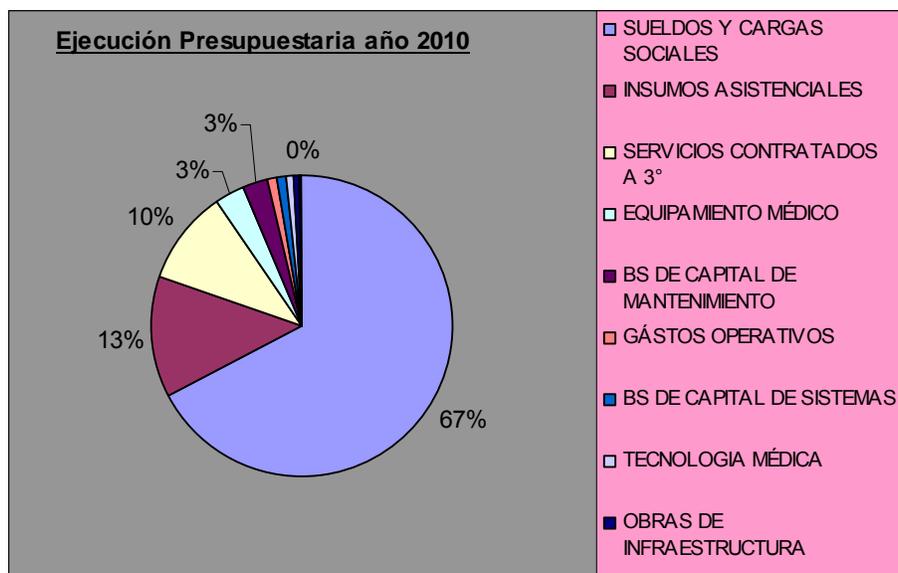
Ejecución presupuestaria

De acuerdo a la información suministrada por el hospital, durante el 2010 se ejecutaron \$ miles 568.824.

El rubro más representativo, sueldos y cargas sociales, representaba el 67,33% del total, seguido por insumos asistenciales (13%) y servicios contratados a terceros (10%)

Por su parte, el equipamiento médico constituía el 2,9% del total, mientras que las obras de infraestructura, el 0.5%.

El siguiente gráfico refleja la incidencia porcentual de los rubros en total ejecutado del año 2010 a saber:



Por lo tanto durante el 2010 se ejecutaron \$ miles 568.824 cifra que supera en \$ miles 22.118 (4,05%) el presupuesto definitivo del ejercicio 2010.

El crédito asignado ascendió a \$ miles 568.349 El Tesoro Nacional transfirió \$ miles 297.231 y el Gobierno de la Ciudad Autónoma \$ 249.000

El hospital financió la diferencia entre lo presupuestado y lo ejecutado de la siguiente manera:

CRÉDITO ASIGNADO 2010		546.231.337,21
M.S.N.	297.231.337,21	
G.C.B.A.	249.000.000,00	
DEFICIT 2010		-22.118.246,87
Fondos transferidos ejercicio 2009		57.172.086,20
Saldo de cierre con fondos transferidos ejercicio 2009		35.053.839,33
Compromisos de pago y transferencia no efectuadas		
Fondos no trasferidos ejercicio 2009 (GCBA) (mantenidos como reserva de ejecución)		-14.267.000,00

Saldo retroactivo carrera 2009 pendiente de pago al cierre 2010	-12.000.000,00
Bonos de Deuda GCBA valor residual al cierre 2010 (mantenidos como reserva de ejecución)	-5.483.761,80
Saldo efectivamente no ejecutado Ej. 2010	3.303.077,53

VI. 1.4 Macroprocesos

VI.1.4.a. Macroproceso de Internación

Los pacientes que se internan pueden provenir del sector de emergencias o Consultorios externos, especialidades, de los hospitales de día, egresos de las terapias intensivas, de los quirófanos o por derivación de todo el país. Los egresos del CIM pueden ser a quirófano, a terapias intensivas, a Hospital de día, a otro efector o egreso.

El macroproceso se inicia con el ingreso de un paciente al área de internación, e incluye todas las acciones cumplidas para arribar a un diagnóstico, administrar los tratamientos necesarios y controlar la respuesta al tratamiento, brindando, al mismo tiempo, cuidados relacionados con el alojamiento, alimentación, contención familiar, recreación, medidas de prevención, educación para la salud y rehabilitación. Finaliza con el egreso del paciente, programando su seguimiento.

El criterio de internación en el hospital, es la internación por cuidados progresivos (diferente a la internación clásica por patologías). El resultado de este concepto posibilita:

- El máximo aprovechamiento de los recursos disponibles (de infraestructura y personal capacitado adecuándolos a las necesidades de cada paciente)
- El adecuado ejercicio de la interdisciplina, ineludible para la atención del paciente complejo.
- Una utilización racional del recurso médico especializado que permite la participación del especialista en la atención de un mayor número de pacientes.
- La distribución racional de los recursos materiales y de personal en las diferentes áreas, basada en la tarea a desarrollar.
- La Incorporación de todas las actividades programadas en el Hospital (abastecimiento, docencia, etc.) para su mejor desarrollo,

Este Macroproceso comprende tres procesos principales.

1. Proceso de gestión clínica, formado por el subproceso de gestión diagnóstica, de tratamiento y de egreso.

El Proceso diagnóstico está coordinado por clínicos, con la participación de los especialistas y servicios de apoyo.

Los procedimientos para las evaluaciones diagnosticas están desarrolladas en las Guías de Diagnóstico.

En la etapa de tratamiento también existen guías y manuales elaborados por los distintos Comités Hospitalarios.

Se utilizan una hoja de indicaciones informatizada con triple control (médico, farmacéutico y de enfermería) para disminuir el riesgo de errores en la indicación.

El egreso es un proceso que involucra múltiples acciones, a partir de la indicación médica del alta. Considera el estado clínico del paciente, la adecuación del lugar de recepción (domicilio particular, otro Hospital, otra institución), los elementos necesarios para completar el tratamiento y los cuidados en casos especiales (medicamento, oxigenoterapia, alimentación enteral o parental, diálisis peritoneal, asistencia respiratoria no invasiva, monitoreo domiciliario), la organización de turnos para control, administración de tratamientos, reinternaciones y tipo de traslado necesario. Al alta o egreso se elabora una hoja de contrarreferencia informatizada (epicrisis) que contiene un resumen de antecedentes del paciente, diagnóstico, acciones efectuadas durante la internación e indicaciones y controles necesarios para el seguimiento. Esta hoja de contrarreferencia puede ser enviada por correo electrónico o fax a los hospitales regionales o médicos de cabecera. En esta etapa participan especialmente Servicio Social, Farmacia y dependencias extrahospitalarias de Ciudad de Buenos Aires y provincias.

2. Proceso de enfermería: interactúa y se desarrolla simultáneamente con el de Gestión Clínica. Comprende la administración de tratamientos, controles y cuidados (higiene, alimentación, contención familiar) que el paciente requiere según su complejidad. Administra los medicamentos indicados por el médico y coordina los desplazamientos de los pacientes hacia diferentes servicios de diagnóstico y tratamiento.

3. Proceso de gestión de la información: Este implica el registro de las decisiones médicas, cuidados de enfermería, recopilación de información estadística-filiatoria y de todo lo realizado durante la internación en el SIG y en la HC Única. **(DEBILIDAD 4)**

La internación en el hospital, entonces, esta organizada por medio de unidades de cuidados progresivos. Se denominan CIM a las salas de internación de Cuidados Intermedios y Moderados. Las excepciones a este modelo de internación son pocas especialidades (transplante de médula ósea, transplante renal y unidad de quemados). El criterio para alojar y/o derivar pacientes es el grado de criticidad de la patología, las necesidades de atención que requiere o la necesidad de aislamiento.

En las Terapias se internan pacientes que requieren atención continua con asistencia respiratoria mecánica.

Los **niveles de criticidad** están descriptos a continuación:

Grado I	Paciente estable que no requiere controles ni cuidados durante el período
---------	---

	a observar.
Grado II A	Paciente estable que requiere controles y cuidados intermitentes.
Grado II B	Paciente estable que requiere controles y / o cuidados "continuos" (por ej. oxigenoterapia, hidratación endovenosa, drenaje permanente de alguna cavidad, etc.)
Grado III	Paciente que se mantiene estable gracias a la administración de tratamientos en forma continuada. Requiere controles frecuentes o continuos (por ej. monitoreo no invasivo)
Grado IV	Paciente con riesgo de vida, inestable a pesar de los tratamientos administrados. Requiere controles continuos, monitoreo invasivo, asistencia respiratoria mecánica, etc. El sitio adecuado de atención, son las unidades de cuidados intensivos.
Grado V	Paciente sin posibilidades terapéuticas ni de recuperación, que se mantiene internado para la administración de cuidados paliativos y contención familiar.

El sistema de Cuidados Intermedios y Moderados (CIM) está constituido por 9 Unidades de Internación, en cada una se desempeña un Coordinador, un Jefe de clínica y 3 médicos clínicos asistentes, además de personal en formación (residentes y becarios). La enfermería del Área está coordinada por 2 Supervisoras de enfermería que dependen en forma directa de la Dirección Asociada de Enfermería. De ellas dependen los jefes/as de enfermería de cada CIM, 24 a 30 enfermeras por CIM (distribuidas en 3 turnos) y ayudantes de servicio que se ocupan de la logística (recepción y ordenamiento de medicamentos, insumos y otros).

La dotación de camas es de 306, con un promedio de 270 camas disponibles, por la necesidad de generar aislamientos. Todos los CIM tienen 34 camas (excepto el CIM 63 que tiene 40 camas, el 74 con 30 y el 41 con 32 camas con salitas de 2 camas para aislamiento para inmuno-suprimidos, equipadas con aire filtrado y presión positiva). Se están realizando modificaciones edilicias por lo cual todas las habitaciones del área pasarán a tener 2 camas y baño.

La recepción de solicitudes y la de camas disponibles, así como la asignación, se realiza en una secretaría con participación médica y administrativa. El promedio diario de camas disponibles e ingresos es de 41. Habitualmente la demanda supera a la oferta, por lo que muchos pacientes quedan internados en Guardia a la espera que se libere una cama de CIM (algunos son dados de alta directamente desde la Guardia, y otros se derivan a diferentes efectores de salud). **(DEBILIDAD 5)**

Los egresos del CIM (15.161 egresos + pases, en el año 2010) se dirigen a terapia intensiva, quirófano, otros efectores (hospitales o clínicas) o domicilio del paciente.

Cuidados Intermedios Y Moderados (CIM)

CIM	
32	Neurocirugía; Cateterismo. intervencionista.; Cirugía C. V; Transp. Pulmonar; Diálisis peritoneal; Catéter epidural
41	Patol. Hemato-oncología; Paciente. Inmuno comprometido; Diálisis peritoneal
42	42 Neurocirugía; ALTE; Catéter epidural

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

43	Neurocirugía; Aislamiento resp; Cirugía C. V.
61	Transplante hepático
62	Paciente Traqueo-tomizado; Ventilación no invasiva; transplante card.
63	Pre y postquirúrgico. Bajo y mediano riesgo
73	Cuidados. Esp. Posquirúrgicos; Ventilación; no invasiva Intestino corto; Catéter epidural
74	Unidad administración de citostáticos. Expansión de CIM en contingencias *

* El CIM 74, desde el año 2008 pasó a depender del Hospital de Día Oncológico, Área Ambulatoria.

Ejemplo de indicadores del macroproceso de internación

Macroproceso	Proceso	Indicadores	Objetivo asociado / niveles de aceptación
Internación	Gestión clínica Interdisciplinaria del paciente	Tasa de pacientes internados por causa no medica (CNM)	Ver documento "Indicadores y Objetivos" proceso de internación
		Tasa de identificación adecuada de los pacientes	Ver documento "Indicadores y Objetivos" proceso de internación
		Tasa de cirugías programadas suspendidas	Ver documento "Indicadores y Objetivos" proceso de internación
	Gestión de la Información del paciente	Compaginación y orden en la HC de internación	Ordenamiento y estandarización de HC
		Número de HC que vuelven al archivo dentro de las primeras 48 hs. Del alta	Esperable 98% de la HC
	Enfermería	Porcentaje de pacientes con pase de cama antes de las 14:00 hs.	Pase de Pacientes antes de las 14:00 hs.
		Porcentaje de pacientes con pase de cama después de las 14:00 hs.	Conseguir pase de pacientes después de las 14:00 hs.
		Porcentaje de traslados efectivos	Reducir al mínimo los traslados fallidos.
		Porcentaje de satisfacción positiva del usuario.	Lograr la óptima atención del usuario

VI.1.4.b. Macroproceso ambulatorio

Lo integran cinco procesos principales que dependen de la Coordinación de Atención Ambulatoria, cargo que se encuentra sin designación¹¹. **(DEBILIDAD 6)**

El área comprende Guardia y Emergencias, Médico Orientador, Consultorios Externos, Hospitales de Día y Central de turnos o Inscripción

Cada jefe de área cuenta todos los meses con información estadística sobre la producción de su servicio, herramienta que le permite realizar comparativos con años anteriores, construcción de indicadores, mensurar las demoras y analizar los desvíos.

1. Guardia y Emergencias: funciona las 24 horas para la atención de las urgencias, la demanda espontánea nocturna y la de los días sábados, domingos y feriados. La demanda espontánea diurna y vespertina es resuelta por el médico orientador y el consultorio de bajo riesgo.

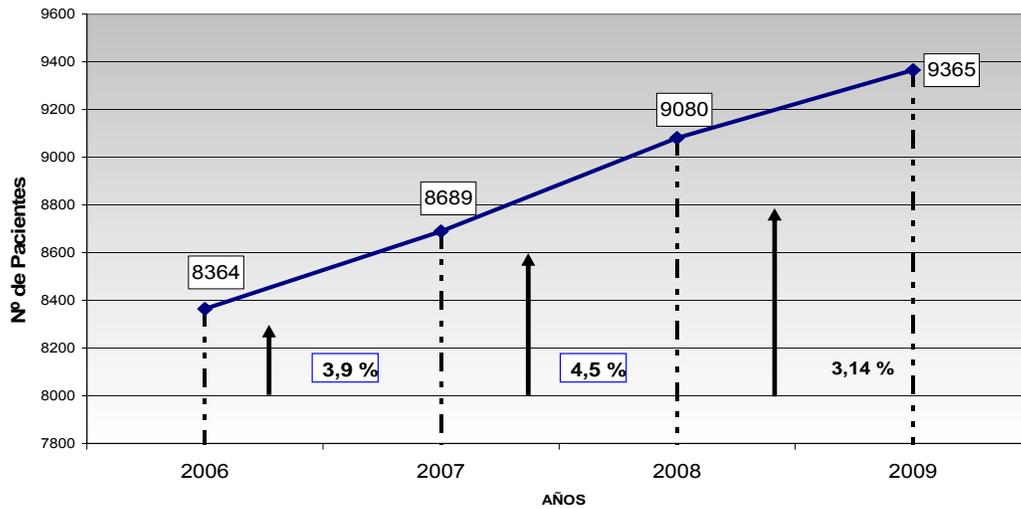
En los últimos años se produjo un aumento de la demanda de atención. Se ha llegado a internar en la guardia a 45 pacientes También se registraron incrementos estacionales por enfermedades respiratorias. Se acondicionaron los pasillos del área de emergencia con terminales de gases centrales y se

¹¹ En la actualidad la función de coordinar la atención ambulatoria ha quedado a cargo de la jefa del área de consultorios externos del jefe de emergencias

creó el *bronquiolario* que cuenta con 10 camas para dar respuesta a las situaciones antes descriptas. **(DEBILIDAD 7)**

El siguiente cuadro muestra el total anual de pacientes internados en el área de emergencias:

**TOTAL PACIENTES INTERNADOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA
 AÑOS 2006, 2007, 2008 Y 2009**



El área recibe pacientes derivados por médico orientador, otros hospitales, espontáneos y desde otras especialidades.

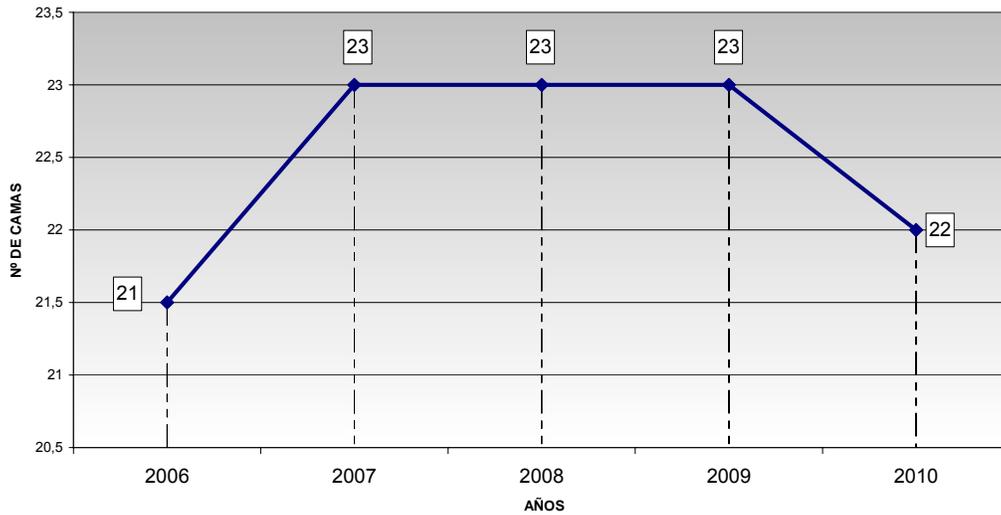
En el servicio hay 22 camas:

- 12 camas (Observación 1)
- 7 camas (Observación 2)
- 3 camas de aislamiento

En ocasiones, la guardia ha dispuesto de las 4 camas designadas para estudios (polisomnográficos) debido a la magnitud de la demanda.

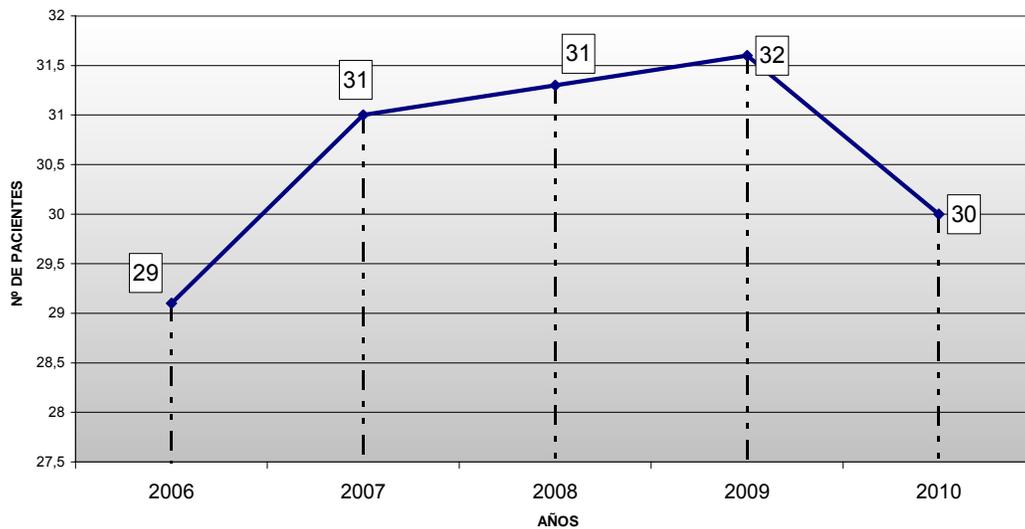
"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

**PROMEDIO CAMAS DISPONIBLES ÁREA DE EMERGENCIA
 AÑOS 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010**



En el año 2010 hubo un promedio de 30 pacientes/día internados. Las camas de dotación para el mismo año fueron 22.

**PROMEDIO PACIENTES DÍA ÁREA DE EMERGENCIA
 AÑOS 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010**



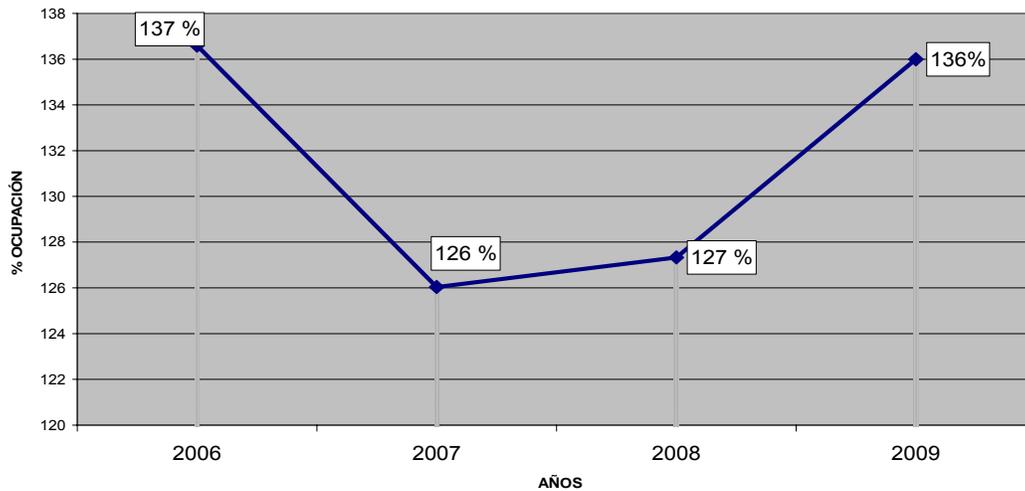
La información estadística proviene del registro en el Sistema Informático Garrahan (SIG) donde se vuelcan todos los movimientos de pacientes del área. Utilizan las mismas alertas que el resto del hospital.

En la guardia funciona hasta las 16hs un Triage (un profesional experto en emergentología) que a través del primer contacto evalúa la criticidad del paciente y la urgencia de su atención). Este sistema implica que los pacientes de la guardia no son atendidos por orden de llegada, sino por un criterio médico de urgencia.

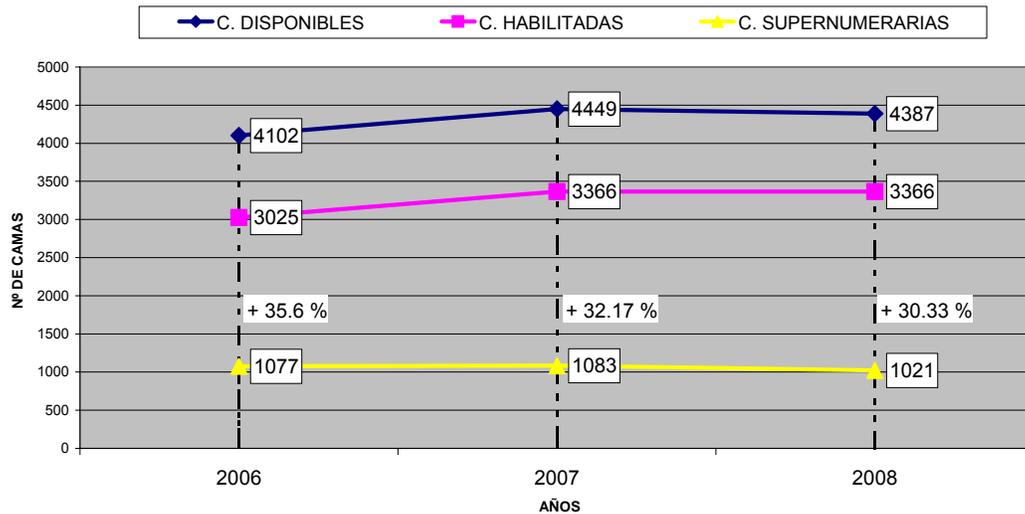
Cuando la capacidad de internación es superada, se intenta articular con el SAME, Hospital de Niños Dr. Pedro Elizalde y Casa Cuna. Habitualmente la respuesta de la red pediátrica es insuficiente. También coordinan informalmente con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y otros hospitales de la Ciudad.

Los gráficos siguientes informan sobre la cantidad de camas disponibles, habilitadas y el porcentaje de supernumerarias del área para el período 2006-2008.

**PORCENTAJE DE OCUPACIÓN ÁREA DE EMERGENCIA
 AÑOS 2006, 2007, 2008 Y 2009**



COMPARACIÓN CAMAS DISPONIBLES, CAMAS HABILITADAS Y % CAMAS SUPERNUMERARIAS ÁREA DE EMERGENCIA MAYO A SEPTIEMBRE AÑOS 2006, 2007 Y 2008

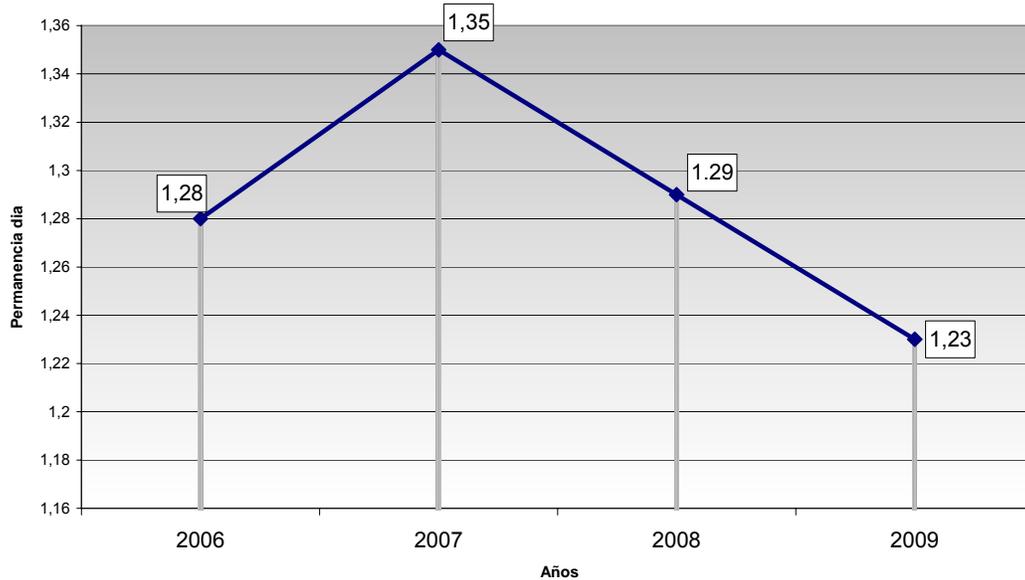


Participan del Programa de Calidad del Hospital, han designado un facilitador¹² para el área de Emergencias.

Con la información que se recaba en el SIG se ha podido establecer la disminución del promedio de días de internación en el área, proceso que se encuentra en revisión.

¹² Ver macroproceso de calidad

**PROMEDIO DE PERMANENCIA DÍA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA
 AÑOS 2006, 2007, 2008 Y 2009**



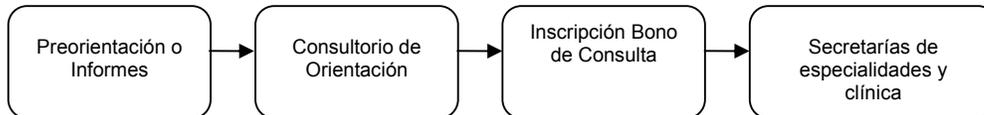
2. Orientación médica: este proceso tiene como objetivo la orientación de la demanda espontánea hacia la especialidad de atención correspondiente; según el riesgo, mediante un consultorio integrado por un binomio médico-enfermera

La orientación médica nace en el Hospital debido a la necesidad de organizar y clasificar la demanda de consultas de acuerdo a su patología y criticidad. En el inicio del Hospital toda la demanda era clasificada por la guardia. En la medida en que fue incrementándose la cantidad de pacientes, se creó un área específica capaz de clasificarla y dirigirla, con el objeto de priorizar la atención de patologías de alta complejidad, disminuir el tiempo de espera de los pacientes, realizar las derivaciones pertinentes a otros centros de salud, resolver in situ las situaciones que por sus características signifiquen un riesgo sanitario o que por su resolución simple signifiquen un costo innecesario de horas profesionales muy calificadas, dinamizar la llegada de los pacientes a las diferentes consultas solicitadas, evitar múltiples consultas por errores de derivación, centralizar la atención telefónica y crear redes de atención en todo el país conjuntamente con la oficina de comunicación a distancia.

Esquemáticamente podría decirse que existen tres tipos de pacientes:

- Los que ingresan con un cuadro de urgencia (se los deriva por la rampa roja al sector de emergencias)
- Los que llegan con un turno programado (conocen la especialidad a la que van) tienen asignado día y hora.
- Los pacientes de primera vez (derivados por un médico que no es del hospital, consultan espontáneamente, buscan una segunda opinión, etc)

El Médico Orientador se ocupa específicamente del último grupo de pacientes. El ingreso al Hospital se realiza por la entrada de la calle Pichincha, el siguiente flujograma muestra los primeros pasos que realiza cualquier paciente ambulatorio:



El área de **preorientación (informes)** funciona en el entrepiso blanco, en el horario de 6.30 a 8 horas y es el primer contacto que el paciente realiza con la institución. Allí se hace la primera evaluación (emergencia, turno programado o médico orientador) y se deriva al sector correspondiente.

Para los que serán derivados al médico orientador se les entrega un número de orden ya que frecuentemente los pacientes ingresan al hospital antes que se abran las oficinas de la orientación que luego es reemplazado por un ticket por el cual será llamado a la orientación.

El consultorio de **médico orientador** se encuentra en el piso de acceso al hospital, detrás de informes, a continuación de la central de turnos. El horario de atención es de 7.30 a 15 horas y la dotación diaria de personal es de 2 médicos de planta, un residente, un licenciado en enfermería una enfermera y una secretaria. Son derivados a este consultorio:

- Pacientes de primera vez que requieren de una orientación médica para acceder a la consulta en el servicio que corresponda (clínica, especialidades, emergencia).
- Pacientes en seguimiento en la institución que concurren por necesitar atención en otra especialidad, por primera vez, no relacionada con su enfermedad de base.
- Pacientes en seguimiento en la institución que presentan intercurencias agudas relacionadas o no con su enfermedad de base
- Pacientes con patologías de resolución simple o que por sus características signifiquen un riesgo sanitario para el resto de la población hospitalaria

En cambio, no deben concurrir al consultorio de orientación

- Pacientes citados con turnos programados
- Consultas ulteriores en las especialidades ya vistos anteriormente
- Pacientes recitados por cualquier servicio, excepto Emergencias o Bajo Riesgo
- Interconsultas de pacientes internados en el Hospital
- Controles de pacientes dados de alta de internaciones en el hospital, ya que de la internación se retiran con turnos otorgados para las especialidades

Si en otra oportunidad el paciente requiere una nueva atención sin haber sido citado, deberá iniciar el circuito desde el paso por el médico orientador.

Todos los días se realiza orientación de primera vez para todas las especialidades, pero la demanda que se satisface es limitada a una cantidad de turnos por especialidad. Si la oferta de turnos es menor que la demanda, se solicita al paciente que vuelva al día siguiente (siempre que la consulta no sea urgente, caso en el que se deriva a la guardia).

Sólo excepcionalmente se registran los datos del niño y se otorga un turno programado para la orientación (se tienen en cuenta la distancia del Hospital y/o razones sociales), este turno se resta de los disponibles del día para el que se otorgó. También se utiliza este sistema para pacientes que vienen del interior (los solicitan por fax, teléfono o mail). Diariamente se orientan entre 400 y 500 pacientes.

Se entregan un promedio de 100 o 120 turnos por día para la orientación.

Como resultado de este tipo de organización se ha logrado que aproximadamente el 85% al 90% de los pacientes que llegan en forma espontánea reciban algún tipo de atención en el día en que se presentan en el Hospital.

El área de orientación realiza informes que eleva periódicamente a la Dirección. Hay boletines estadísticos mensuales, semestrales y otro anual. Se registra información sobre la cantidad de pacientes que se atienden por día, en qué lugar son atendidos y que practicas les fueron implementadas.

3. Atención de Consultorios Externos

Existen cuatro tipos de consultorios externos, según especificidad y complejidad de la atención:

Consultorio de bajo riesgo para la atención de enfermedades prevalentes.

Consultorio de mediano riesgo para la atención multidisciplinaria de enfermedades complejas.

Consultorio de Clínica Pediátrica para la atención programada y seguimiento de pacientes externados.

Consultorio de especialidades médicas con orientación en el día y atención programada.

Luego de evaluar los desvíos y los indicadores sobre demora en la atención vespertina en el área de emergencia, se decidió crear un Módulo de Consultorio Externo de baja complejidad (Consultorio Vespertino) que funciona después de las 16 horas. Son 6 médicos que dan respuesta inmediata a pacientes con bajo grado de criticidad.

4. Hospital de Día:

Este proceso incluye el Hospital de día Clínico Quirúrgico (comenzó a funcionar en 1988), el Oncológico y el Tratamiento Ambulatorio de las Infecciones Severas (TAIS) (funcionan desde 1989)

4.a. Hospital de Día Polivalente o Clínico Quirúrgico: recibe pacientes estables pero con patologías de base complejas, quirúrgicos e internados por falta de camas en los otros servicios.

La característica fundamental en la prestación brindada en Hospital de Día es la resolución de los diferentes aspectos del paciente con la intervención de especialistas, sin necesitar de la internación convencional.

Se busca desde el servicio facilitar un vínculo con el paciente y el médico de cabecera cercano a su residencia a través de la contrarreferencia y la comunicación adecuada, articulando el Hospital de Día y la Oficina de Comunicación a Distancia

Ésta última, creada en 1997, es la encargada de recepción de consultas de las 140 oficinas distribuidas por todo el país. Se implementó un sistema mediante el cual por medio de un formulario estándar se efectúa consultas que dan por resultados sugerencias de tratamiento propuestas por un médico clínico del Hospital de Día. Cuando la consulta efectuada requiere intervención de un especialista se realiza una interconsulta y se envía el formulario con la respuesta. Se utilizan como medios de comunicación la vía telefónica y el fax.

Prestaciones realizadas en el Hospital de Día Polivalente:

- Pacientes crónicos complejos
- Pacientes con enfermedades agudas o sin diagnóstico
- Programas de seguimiento de diferentes patologías
- Pre- quirúrgicos de baja complejidad
- Infusiones de medicamentos
- Entrenamientos
- Pruebas diagnósticas
- Procedimientos con sedación y/o analgesia
- Tratamiento ambulatorio de enfermedades severas

Físicamente la unidad tiene las mismas características que una sala de internación pero atiende pacientes que no pasan la noche allí. Eventualmente se habilitan una cantidad variable de camas para "internación breve" de pacientes pre ó post- quirúrgicos de 24 a 48 hrs. de estadía.

La atención ofrecida es programada y se brinda a pacientes estables con turnos otorgados previamente, abarcando todos los estudios y prácticas que se requieran. Este tipo de prestación se denomina a efectos estadísticos "sesión" y comprende a todo el equipo (atención médica, enfermería, especialistas y administrativos involucrados en la atención)

Según el tipo de prestación las sesiones pueden ser diagnósticas, de tratamiento y de seguimiento. Por la duración pueden ser menores a 3 horas, de 3 a 8 horas y de 8 a 12 horas. Por último, se clasifica a las sesiones por su frecuencia: únicas, múltiples o por programas.

Las ventajas de poseer un Hospital de día polivalente son: ahorro de camas de internación, evitar internaciones prolongadas, promover la integración de un equipo de trabajo y facilitar el encuentro de diferentes especialidades.

Utilizan el Sistema Garrahan (SIG) para coordinar los turnos, cargar los diagnósticos, criticidad y asistencia de los agentes. A este último dato tienen acceso únicamente la coordinadora del área y el jefe de clínica.

También se utiliza el sistema para las consultas de laboratorio. Todos los médicos del área tienen acceso a los datos médicos y resultados de prácticas realizadas a los pacientes.

El sistema arroja una serie de alertas, la de mayor utilidad para el área es la que indica la cantidad de días de internación.

Con los datos cargados en el SIG se realizan una serie de informes que tienen una periodicidad anual, semestral (estratégicos), mensual (estadístico). El área participa de las reuniones semanales con la Directora Médica Ejecutiva.

En ocasiones, ante el pedido de las Direcciones Médica Ejecutiva, se realizan informes puntuales sobre pacientes.

Periódicamente se realizan evaluaciones de los procesos del área y se programa su rediseño. En la actualidad se está analizando el proceso prequirúrgico. **Ver Anexos VI 1**

Los datos estadísticos del servicio contemplan indicadores tales como:

- Sesiones/día
- Observación (paciente que ingresan a una sesión y son derivados a internación)
- Internación breve (pacientes que duermen por falta de camas en internación en época de mayor demanda)

Total de sesiones por año

Sesiones	2008 (1)	2009 (2)	2010 (3)	I. Var 3/1	I. Var 3/2
Hospital de Día Polivalente	6973	6931	7384	5,89	6,54
TAIS	1895	2028	1863	-1,69	-8,14
Total	8868	8959	9247	4,1	8

Egresos por nivel de atención

Denominación	2008 (1)	2009 (2)	2010 (3)	I. Var 3/1	I. Var 3/2
Internación Breve	532	703	1488	179,7	111,66
Observación	1618	1564	1443	-10,82	-7,74
Total	2150	2267	2931		

A: % ocupación; B: promedio de permanencia; C: giro cama

	2008			2009			2010		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Internación Breve	81,4	1,36	79,17	71,28	1,15	77,42	88,16	1,23	198,45

Observación	2008			2009			2010		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
	100	1	247	100	1	245	100	1	246

Sobre las medidas de control interno, se propicia el proceso de reflexión-acción entre los distintos actores que intervienen, intra o extra servicio. Los responsables del control interno son el coordinador clínico, la coordinación de enfermería y la encargada administrativa.

Existen normas y manuales específicos del área. Están normatizados los horarios de permanencia, los procesos médicos, de enfermería y administrativos.

También las acciones médicas de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de los pacientes. En enfermería existen guías de atención con formularios específicos.

Las secretarías también tienen establecidas sus tareas, según normas de funcionamiento administrativo de la institución, con tareas diferenciales según la dinámica del sector.

Hay designado un facilitador como referente en el programa de gestión de calidad. Se mantiene actualizada la carpeta de calidad.

En ocasiones, cuando el paciente requiere ser internado, desde el Hospital de Día se realizan las gestiones para conseguir la cama.

4.b. Hospital de día oncológico

El diseño de los tratamientos oncológicos demanda muchas horas de permanencia en el hospital, varios días de la semana para recibir la medicación o la terapéutica apropiada y consultas a distintos especialistas.

Funciona en planta baja verde, con 40 camas destinadas a la atención espontánea y programada de pacientes. Cuenta también con una Unidad para la infusión de drogas antineoplásicas. Hay tres salas polivalentes¹³

Como ocurre en el clínico quirúrgico, el hospital de día oncológico mide su producción en "sesiones", distintas de las consultas habituales porque se trata de la intervención de varios profesionales en cada atención.

Diariamente atiende a aproximadamente 120 pacientes. En total, recibe un promedio de 400 pacientes oncológicos nuevos por año. Se estima que un tercio de los pacientes pediátricos oncológicos del país es atendido en el Hospital Garrahan.

Oncólogos y pediatras clínicos trabajan en el mismo espacio físico y en forma interdisciplinaria.

Las admisiones provienen de diferentes lugares de derivación: concurren pacientes que se acercan espontáneamente al hospital, son captados y derivados por el médico orientador; derivados por profesionales de otros

¹³ Una sala con diez camas para quimioterapia, una con nueve camas para pre y post anestesia y una sala de ocho camas para pacientes con enfermedades hematológicas

hospitales con sospecha de enfermedades hemato-oncológicas; pacientes del interior del país derivados y captados por la oficina de comunicación a distancia y pacientes que ingresan por guardia y requieren estudios para diagnóstico.

La incorporación de médicos pediatras clínicos mejora la atención debido a que éstos pueden brindar una visión global del paciente, establecer prioridades entre los distintos abordajes, evitar la repetición de exámenes complementarios. Este tipo de organización resulta en un aprovechamiento máximo de los recursos, tanto humanos como materiales, adecuado ejercicio de la interdisciplina y optimización de la utilización de las camas.

Las tres actividades primarias del hospital de día oncológico son los controles: clínico (concomitante con el control oncológico) de las infecciones y de nutrición.

La evolución de la cantidad de sesiones anuales fue:

2009	2008	2010
9287	9574	10722

En el primer trimestre de 2011 las sesiones fueron:

Enero	Febrero	Marzo
1851	1650	1773

Las sesiones de quimioterapia:

Enero	Febrero	Marzo
428	412	465

Tres veces por semana cuentan con anestesista para realizar procedimientos programados que no requieren internación (por ejemplo punción diagnóstica).

Cuentan con una sala especialmente equipada para tales prácticas.

Utilizan el SIG (sistema informático Garrahan) para cargar datos filiatorios y de diagnóstico de cada paciente (cabe aclarar que todos los pacientes del área tienen historia clínica abierta en el hospital), para consultar las alarmas médicas que arroja, los resultados de laboratorio y las epicrisis de las internaciones. La sala de médicos cuenta con tres terminales que permiten consultar el sistema.

Los médicos únicamente registran sus acciones en las historias clínicas convencionales, la secretaria del área realiza la carga del SIG.

No se realizan informes escritos. Todas las semanas la jefa del área se reúne con la Directora Médica Ejecutiva en la actividad pauta con los jefes en la que se tratan los problemas y se coordinan las soluciones.

Tienen designada una facilitadora para el comité de calidad.

4.c. Tratamiento Ambulatorio de las Infecciones Severas (TAIS) logra el cumplimiento del tratamiento medicamentoso de los pacientes con enfermedades infecciosas , evitando su internación.

5. Inscripción o Central de Turnos: es el proceso encargado de centralizar el registro de pacientes y la logística de las prestaciones indicadas y recibidas y el flujo del mismo dentro del macroproceso ambulatorio y su destino fuera de éste.El área depende de la Dirección Médica.

La central de turnos cuenta con tres subsectores: Consultorios Externos, Diagnóstico y Tratamiento y Admisión.

La Central de turnos tiene dos funciones básicas: otorgar turnos programados a todos los pacientes del hospital por todas las vías (personalmente, fax, mail y teléfono) y confeccionar la orden de prestación ambulatoria o bono, a quienes el servicio de orientación asume como paciente del hospital y deriva a consulta (después de las 10 horas dicha tarea se realiza directamente en los consultorios externos)

El horario de atención es de 7.30 a 16 horas para los pacientes que concurren, las otras vías están disponibles hasta las 20 horas. Todo paciente atendido en el Hospital que pasó por el Médico Orientador o que es recitado para completar estudios o para seguimiento, es derivado a la Central para programar la siguiente cita. Los estudios de diagnóstico por imágenes no están entre los que otorga el área central, esos se entregan directamente en la secretaría correspondiente.

En total trabajan 74 agentes (14 de ellos en Central de Turnos)

Para optimizar el recurso humano y adaptarlo a la dinámica del hospital, el personal administrativo de la central de turnos, desde el ingreso y hasta 10:00 hs. se dedica a la entrega de bonos (turnos espontáneos derivados por el médico orientador) y después de ese horario parte de los agentes otorga turnos programados y otra parte responde a la demanda de turnos telefónicos, fax y mail. El recurso humano destinado a la atención telefónica es uno o dos agentes de 10 a 16 horas y dos de 16 a 20 horas.

Se concursaron 33 puestos administrativos, 20 de los cuales están destinados para la atención al público en ventanillas, aún no se han puesto en funciones.

(DEBILIDAD 8 a.)

Las líneas habilitadas para la recepción de solicitud de turno son dos y con tecnología analógica. A principio de 2011 se licitó la adquisición de una central telefónica. A la fecha de la entrevista aun no había sido instalada. La particularidad que tienen las líneas analógicas es que no permiten llamadas en espera, pre atendedores y otros servicios que brindan las líneas digitales. La Central recibe las solicitudes vía fax y las convierte en correos electrónicos. No tienen la capacidad de hacer lo inverso por lo que a la hora de responder un fax tienen que imprimir el correo y adjuntar el turno.

La carga de datos al momento de expender un bono se da en el programa C-PAGE que es obsoleto. La detección de cobertura (verificación de que el

paciente tenga obra social) se hace consultando al paciente, ya que el sistema no está articulado con la base de datos de ANSES. **(DEBILIDAD 8 b.)**

Las agendas de consultorios externos se programan por año y se habilitan cada seis meses, cuando están consensuadas las horas disponibles por área (descontando feriados, licencias de los profesionales, etc). Las fechas de apertura de agenda de turnos se publican mediante carteles (exhibidos en las paredes de la Central de Turnos) y en la página web del Hospital, en donde se indica la fecha y las modalidades de otorgamiento (personal, fax, teléfono y mail).

Desde la central de turnos se busca dar orden a todas las agendas. Por la necesidad de atención al paciente, existen ciertos servicios que brindan atención sin turno programado. Esta forma dificulta la tarea a la hora de recopilar las historias clínicas de esos pacientes, situación que será resuelto cuando la Historia Clínica informatizada pueda ser utilizada en todas las áreas del hospital. A modo de ejemplo se está trabajando con las agendas de Ortopedia y Traumatología y los listados de pacientes que eventualmente atenderá el profesional del servicio.

Una vez que se agotan los turnos, el personal de la central informa a los servicios. A partir de ese momento, si un profesional considera que debe otorgarse una cita a un paciente debe adjuntarle una nota en la que se autorice a concederle un sobretorno.

Ejemplo de indicadores del macroproceso ambulatorio

Macroproceso	Proceso	Indicadores	Objetivo asociado / niveles de aceptación
Ambulatorio	Guardia	Tiempo de estancia en guardia hasta derivación interna o externa	Esperable menos de 12 horas
		Números de pacientes de guardia	Medir producción
	Hospital de día polivalente (1er Piso)	Pacientes citados con prequirúrgico completo / pacientes quirúrgicos por día	Tendientes al 100%
		Pacientes sin HC al ingreso / pacientes quirúrgicos	Tendientes a cero pacientes sin HC
	Hospital de día oncológico (Planta baja)	<i>a definir</i>	
		<i>a definir</i>	
	Orientación	Pacientes atendidos / pacientes orientados	<60 %
	Inscripción	Turnos otorgados presencial/ turnos totales	Tendiente a 0 HC faltante
Consultorios externos	% de ausentismo, pacientes ausentes sobre pacientes citados	minimizar el ausentismo	
	% de atención sin turno	Tendiente a minimizar la demanda espontánea	

VI.1.4.c. Macroproceso de Diagnóstico y Tratamiento

Este macroproceso se cruza con los macroprocesos ambulatorio y de internación. Como todos los macroprocesos, el Hospital ha establecido

indicadores de seguimiento. Uno de ellos es el consumo de insumos por práctica.

Hemos relevado el control interno de dos de las áreas que, por experiencia en la auditoría en hospitales, suelen ser críticas: farmacia y centro quirúrgico.

Forman parte de este macroproceso los siguientes procesos principales¹⁴:

- 1. Laboratorio:** cuenta con un Laboratorio Central y 18 laboratorios especializados. La toma de muestras biológicas está informatizada y centralizada; priorizando el cuidado del paciente en la obtención de un volumen mínimo de sangre. Existen programas de control internos y externos que aseguran la calidad en todos los subprocesos.
- 2. Interconsultas:** proceso interdisciplinario en el que interactúan el clínico y el o los especialistas necesarios para el adecuado diagnóstico y tratamiento del paciente.
- 3. Imágenes:** conforma las actividades relacionadas con el diagnóstico por imágenes coadyuvando en el proceso diagnóstico terapéutico de los pacientes.
- 4. Farmacia:** Las farmacias hospitalarias son consideradas uno de los lugares críticos desde la concepción de gestión de calidad y seguridad del paciente.

En este Hospital funciona dentro del proceso de farmacia, un Comité de Tecnovigilancia, uno de Farmacocinética, un Comité de Drogas y uno de Docencia., además cumplen con las normativas internacionales para la preparación de citostáticos y material estéril.

Dentro del sistema informático Garrahan (SIG) se encuentra almacenada la mayoría de la información relacionada a la medicación. El sistema informa la dosis, la frecuencia y la vía de administración de la medicación indicada a cada paciente. Toda la información queda registrada en la ficha de seguimiento fármaco terapéutico, donde se puede observar el registro individual, por paciente, de toda la medicación recibida durante su internación e incluso en internaciones anteriores. También se utiliza la información del sistema para controlar los consumos mensuales por sector y pesquisar excesos o alteraciones en los patrones habituales. Con ello se elaboran indicadores de utilización por drogas, vencimiento de medicamentos vencidos y su repercusión económica, etc. El sistema también arroja alarmas en caso de modificaciones en los consumos, indicaciones o interferencias en las prescripciones farmacológicas.

Descripción del flujograma de indicaciones farmacológicas:

La coordinadora del CIM (Unidad de cuidados intermedios y moderados) donde se encuentra internado el paciente, realiza las indicaciones de medicamentos en el SIG junto a una farmacéutica clínica que participa y controla las prescripciones. Los medicamentos

¹⁴ Documento entregado por el Hospital Garrahan. Premio Nacional de la Calidad.

generales de administración vía oral se envían una vez al día. Los medicamentos endovenosos se preparan en dosis unitarias y se envían rotuladas una hora antes de su administración. Hay medicaciones de mayor riesgo como los citostáticos que se preparan especialmente para cada paciente.

Como mecanismo de control y mejora continua se está intentando incorporar un reporte voluntario de error llamado "oportunidad de mejora" con el fin de evaluar y disminuir el porcentaje de errores relacionados a la medicación.

La farmacia emite mensualmente un boletín CIME con información actualizada de medicamentos con gran llegada a todo el personal.

5. **Hemoterapia:** comprende las tareas necesarias para el suministro de sangre y hemoderivados colaborando en el proceso diagnóstico terapéutico de los pacientes.
6. **Radioterapia:** conforma las actividades relacionadas con el tratamiento mediante la acción de elementos radiantes y de megavoltage colaborando en el proceso terapéutico de los pacientes.
7. **Alimentación:** supervisión y evaluación de la alimentación de la población hospitalaria y pacientes ambulatorios con el objeto de asegurar una alimentación correcta, adecuada a la patología y momento biológico.
8. **Kinesiología:** tareas asociadas a la recuperación y/o rehabilitación de diferentes afecciones, cardiopatías, funcionales y estéticas.
9. **Servicio Social:** son las acciones de asistencia social necesarias para colaborar en el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes.
10. **Patología:** comprende las actividades para el estudio histo-anatomopatológico de los tejidos con el objeto de colaborar en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
11. **Banco de tejidos:** comprende las actividades de ablación, procesamiento, almacenamiento, provisión, traslado, control de calidad y seguimiento postoperatorio de los tejidos.
12. **Esterilización:** implica las acciones necesarias para la provisión del material estéril requerido por los distintos procesos de la institución.
13. **Centro quirúrgico**¹⁵: dentro de la estructura formal del Hospital, la Coordinación depende directamente de la Dirección Asociada de Pediatría, organiza y coordina los recursos y actividades necesarios para la realización de acciones quirúrgicas.

El CQ cuenta con 14 quirófanos generales, 1 para endoscopías respiratorias y 1 para endoscopías digestiva. El Hospital Garrahan no tiene quirófano de Guardia, ante la urgencia quirúrgica se reordena la programación. Fuera del Centro Quirúrgico existen otros cuatro quirófanos, donde se realizan prácticas de menor complejidad.

¹⁵ CQ

Además existen otros 3 quirófanos que nunca fueron habilitados y se utilizan como: Farmacia, Tecnología Médica y Depósito del Centro de Pedidos.

Las Especialidades quirúrgicas que operan en el CQ son las siguientes:

- Cirugía General.
- Ortopedia y Traumatología.
- Cirugía Plástica y Quemados.
- Neurocirugía.
- Cirugía Vasular.
- Vasular periférico y Trasplante Cardíaco.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Urología y Trasplante Renal.
- Nefrología.
- Médula Ósea.
- Trasplante Hepático.
- Odontología

El CQ cuenta con un Servicio de Anestesiología, Instrumentadoras Quirúrgicas y Enfermeros de Quirófanos.

El personal de quirófanos también desarrolla sus actividades en el Banco de homo-injertos, resonancia magnética, tomografía computada, endoscopía digestiva, intervencionismo, oftalmología y oncología.

Si bien no existe un Sistema de Internación Domiciliaria para los pacientes en el postquirúrgico, se ha implementado una Guía para el Paciente y su Familia para el momento de la externación.

Los Protocolos Quirúrgicos están informatizados y se completan en tiempo real. El Hospital está trabajando para instalar a la brevedad la Historia Clínica Informatizada.

La ampliación de la UCI35 (Cx Vasular) mejoró mucho la disponibilidad de camas de Terapia Intensiva lo que facilita la programación y la decisión de la intervención Quirúrgica.

Ante la urgencia El CIM73 (Sector de mayor complejidad) recibe gran cantidad de pacientes con Cirugías de Alta Complejidad

El CQ habitualmente utiliza de 3 a 4 camas de UTI al día (principalmente Neurocirugía, Escoliosis, Plástica y algo de Cx General), actualmente solo dispone de 1. Cuando faltan camas de UTI el CQ, en consenso con los Cirujanos, deciden las prioridades quirúrgicas.

Ante una complicación quirúrgica y la falta de cama en UTI, se hace una "recuperación prolongada" en el CQ (Anestesiólogo más Enfermero).

El CQ trabaja coordinadamente con el Comité de Seguridad del Paciente, extremando las medidas de cuidado en cada práctica, a través de la implementación de protocolos y guías **Ver Anexos VI 2**

VI.1.4.d. Macroproceso de Docencia e Investigación

Su función es la de brindar servicios para favorecer la integración entre las actividades asistenciales, docentes y de investigación. Monitorean su actividad a través de la elaboración de dos grandes familias de indicadores, unos

relativos a la calidad de gestión y otros a la capacitación técnico-académica. En ambos se evalúan: cantidad de talleres y cursos ofrecidos, número de asistentes, cantidad de propuestas y proyectos presentados y aceptados. Otro de los indicadores de este macroproceso es el número de profesionales y técnicos capacitados por el hospital en calidad de: residentes, becarios, pasantes, alumnos de cursos de postgrado, etc.

VI.1.4.e. Macroproceso de Abastecimiento.

El abastecimiento del Hospital funciona bajo un modelo descentralizado basado en dos operadores de gestión: los Centros de Pedido (CP) y la Gerencia de Contrataciones y Suministros (GCyS).

A su vez, el Departamento Coordinación de Logística de Abastecimiento (DCLA) coordina la relación entre los CP y la CGvS.

Se define como **Sistema de Logística para el Abastecimiento (SLOPA)** al conjunto de elementos constituido por toda la normativa vigente, procedimientos e instructivos, mapas de los procesos alcanzados y las aplicaciones informáticas con sus manuales operativos.

Existe un plan de abastecimiento que se realiza anualmente y cuentan con un catalogo de productos propio.

La solicitud de compra se basa en el Punto de Pedido por el cual inicia el proceso de compras.

Existen depósitos donde se almacenan y se administran los stocks mediante el control de existencias.

La gerencia de Contrataciones y Suministros trata todas las actividades necesarias a partir del procesamiento del requerimiento de abastecimiento hasta la emisión de la Orden de Compra.

El hospital cuenta con un Registro de Proveedores, los aspirantes deberán cumplimentar una serie requisitos para su ingreso.

Las contrataciones del hospital se rigen por Reglamento de Contrataciones, aprobado por el Dto. 1209/87. Si bien este decreto fue derogado oportunamente, en la actualidad se encuentra nuevamente vigente.

El Consejo de Administración mediante Resolución N° 183 del 22 de marzo de 1990 mantiene su aplicación, excepto, en lo referido a la Contratación Directa que queda regulada a través de la Resolución N° 344 del 29 de agosto de 1996. **(DEBILIDAD 9 a.)**

Por Resolución 131/08 se introduce como procedimiento de compras el Régimen de compras de trámite simplificado.

Los procedimientos de compras actualmente son Licitaciones Publicas y Privadas y Régimen de compras de trámite simplificado.

El Hospital invita a participar de las siguientes licitaciones a aquellos proveedores que estimen estar en condiciones de presentar su cotización. Para ello podrán obtener el Pliego de Bases y Condiciones conformado por el Listado de Insumos, los Requisitos Particulares de la licitación y los Requisitos Generales que incluye la Declaración Jurada de Conocimiento y Aceptación que deberá ser agregada al sobre cerrado que contenga la oferta.

La página Web del hospital permite ver los llamados a licitación y las preadjudicaciones, no así las adjudicaciones finales. **(DEBILIDAD 9 b.)**
El Hospital ha desarrollado su Sistema de Logística para el Abastecimiento (SLOPA) bajo norma ISO 9001:2008.

Durante el ejercicio 2010 se realizaron las siguientes adquisiciones a saber:

Tipo de Contratación	Total	%
Total Contratación Directa	101.558.555,37	45,03%
Total Licitación Privada	24.770.573,92	10,98%
Total Licitación Pública	88.917.309,59	39,43%
Total Régimen Simplificado de Compra	10.274.739,62	4,56%
Total general	225.521.178,50	100,00%

El 84,46 % de las adquisiciones se realizaron bajo la modalidad de Contratación Directa 4 5,03%, el 39, 43% Licitación Pública.

El 15,54% restante se distribuyo mediante la modalidad de contratación Licitación Pública y el Régimen Simplificado de Compra n un 10,98% y 4.56% respectivamente

VI.1.4.f. Macroproceso de Dirección

Diseña y ejecuta el marco estratégico cumpliendo con la Visión y la Misión institucional procurando la mejora continua de los procesos.

En la Planificación existen dos niveles: el de la Planificación estratégica y el de la Planificación operativa.

Para la primera la Conducción Superior del Hospital utiliza la herramienta "Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas" (FODA), que reformula anualmente¹⁶.

Como resultado de ello se definen Objetivos Estratégicos que se convierten en el Plan Estratégico. Este se aprueba por Acta.

Para la Planificación operativa, los procesos y/o Unidades elaboran una propuesta presupuestaria para el próximo año, que contempla objetivos de calidad centrados en la satisfacción del usuario: definen nuevos proyectos, necesidades de equipamiento, de personal, infraestructura, etc.

Las Direcciones y Gerencias toman conocimiento de los planes, discuten y definen junto a sus sectores hasta definir la propuesta, basándose en la misión, visión y valores y en conocimiento de los Planes estratégicos,

Estas propuestas son elevadas a la Conducción que las evalúa en su alineación con el Plan Estratégico, para luego comunicar el Plan Operativo Anual y Presupuesto¹⁷.

¹⁶ Ver Anexo IV FODA 2010

¹⁷ Ver desarrollo del tema en el ítem "Presupuesto"

El personal participa desde su lugar de trabajo de acuerdo a sus competencias, recabando información, analizando desvíos, proponiendo soluciones y elevándolas al nivel superior.

VI.1.4.g. Macroproceso de Gestión de Calidad

El macroproceso de Gestión de Calidad interactúa con la totalidad de los procesos, con el objetivo de mantener el nivel de excelencia, propiciando la Mejora Continua de la Calidad.

Desde este macroproceso se impulsa la capacitación de facilitadores por área, (son seleccionados entre el mismo personal del sector), cuya función, como "embajadores de calidad" es impulsar y promover los grupos de mejoras continuas y la elaboración de las carpetas de calidad.

Uno de los pilares de este proceso es una base de datos (en soporte Oracle) creada por el Hospital que se denomina "Sistema Garrahan".

El sistema cuenta con distintos niveles de acceso a la información de acuerdo a los usuarios y el uso que le puedan dar a la misma.

Con la información obtenida del sistema se realizan distintos tipos de informes, que se consultan periódicamente para tomar medidas correctivas.

Los informes incluyen los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD), cuyas categorías fueron tomadas de manuales europeos.

Periódicamente (en forma semestral y anual) se entregan a los responsables de las salas de internación los resultados de la gestión con los datos del período, más los comparativos de los años anteriores.

La información se ordena destacando las salas con mejores y peores resultados (para los mismos GRD) datos que sirven para monitorear la propia gestión.

El Sistema Garrahan cuenta con alertas que marcan distintos eventos que los niveles de dirección utilizan como insumo para la toma de decisiones.

En lo administrativo, se registra el control de personal (asistencia y sueldos).

Los criterios de calidad sobre los que desarrolla su gestión se basan en:

- Planificación Estratégica
- Liderazgo
- Enfoque en el Usuario
- Desarrollo del Personal y Planificación eficaz del personal
- Información y Análisis

La información, la toma de decisiones y la gestión de los procesos provienen de:

- Seguimiento y monitoreo de los Indicadores de los Procesos.
- Percepción de satisfacción y gestión de quejas de los Usuarios.
- Desempeño de los proveedores.
- Satisfacción y clima laboral del Personal.

Las fuentes de información son:

- El Sistema Informático Garrahan (SIG)
- La Oficina Central de Estadísticas con su publicación de Informes periódicos consolidados.
- El Departamento Organización y Métodos con Informes no habituales a requerimiento de los usuarios, Gerencias y Direcciones, Tableros de Comando de los procesos de gestión y Dirección, herramientas de relevamiento de la percepción del cliente y de la gestión de sus quejas.

Para el análisis y registros de la información se conforman Tableros de Comando. Los datos de los Macroprocesos están centralizados y su acceso está limitado a las personas autorizadas.

La Coordinación de gestión de calidad centraliza y analiza toda esta información y coordina acciones de interfase entre los distintos procesos y luego lo presenta a la Dirección para su revisión e incorporación al Plan estratégico.

Validación:

- Controles de calidad externos.
- Controles por oposición de intereses
- Controles por evidencia clínica, etc.

Análisis de la información. Validación.

Herramientas de Control de Gestión:

- Herramientas informáticas,
- Sistemas de análisis estadístico – SPSS.-
- Revisión continua de la identificación de no conformidades y Desvíos.
- Estadística de Información Básica.

Debe tenerse en cuenta que el sistema, sus registros y responsables están definidos para la carga y reguardo de la información.

La Información Económica - Financiera es utilizada para mejorar resultados.

Como ejemplo del trabajo en la mejora continua de los procesos, el Hospital se encuentra estudiando, a partir de indicadores que demostraron la posibilidad de disminuir los días de internación, modificaciones en el proceso prequirúrgico.

Ver Anexos VI 1 y VI 2

Las siguientes áreas forman parte del macroproceso de gestión de calidad¹⁸:

- a) Dirección Asociada de Atención al Paciente
- b) Comité Central de Calidad
- c) Coordinación de Gestión de Calidad
- d) Departamento de Organización y Métodos

¹⁸ Se relevaron el Departamento de Organización y Métodos, Comités de Historias Clínicas y de Seguridad del Paciente

- e) Facilitadores de los procesos
- f) Auditores Internos
- g) Comités hospitalarios de: Historias Clínicas, Farmacovigilancia, Epidemiología, Tecno- vigilancia, Hemoterapia -sangre segura-, Seguridad del paciente, Mortalidad, Seguridad del trabajo, No conformidades y Desvíos, etc..

Comité de Historia Clínica

El Hospital cuenta con sistema de Historia Clínica Única (HCU) y actualmente se está trabajando en su informatización.

En el transcurso del Proceso de atención ambulatoria se utiliza también la HC con soporte papel la cual, según decisión del médico actuante determinada por el perfil del paciente y su dolencia, se reemplaza por el registro de los datos del paciente y la carga o no de la HCU en el sistema.

Las reuniones del Comité tienen una frecuencia mensual. La responsable del Comité también realiza una reunión semanal con el personal de Sistemas para ajustar la Historia Clínica Informatizada (HCI), otra semanal con la Directora Médica Ejecutiva y participa de los Ateneos de especialidades.

La función del Comité es monitorear la calidad del registro de acciones médicas en el manejo de los pacientes. Monitorear la calidad de la atención a través de los registros reflejando el trabajo interdisciplinario.

Estas reuniones, además de servir para monitorear avances y resoluciones que se toman en cada Comité, sirven para poner en conocimiento de todos los jefes las medidas que se van a aplicar, los cambios en los procedimientos, etc.

Además de este canal de comunicación de novedades, el Comité cuenta con la difusión de sus acciones en la Intranet

Generalmente las decisiones que adopta cada comité son vinculantes para el resto de la Organización, cuando no se logra la total adhesión de un área a una medida, se realizan reuniones con el jefe y la Directora Médica Ejecutiva.

Comité de Seguridad del Paciente

Los objetivos de este comité son evaluar y proponer conductas que tiendan a disminuir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos evitables y estudiar de modo sistemático los procesos de atención en las diversas áreas del Hospital, poniendo énfasis en la prevención del daño.

La seguridad en la atención de la salud se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica, de allí que la prevención constituye un tema fundamental en la organización y funcionamiento de todo sistema de Salud y tiene directa relación con la calidad en la atención de las personas.

Los estudios internacionales realizados desde los años 80 muestran importante incidencia del error en medicina. Estos mismos estudios muestran que estos errores se deben en mayor proporción a fallas en los sistemas y los procesos antes que a negligencia de los profesionales. Un gran porcentaje de eventos adversos son quirúrgicos y en la administración de medicamentos.

Los estudios epidemiológicos descriptivos sobre los orígenes de los eventos fueron transformándose en la premisa fundamental de la Calidad de la atención.

Las consecuencias del error pueden ser medidas en los costos, dado que la no calidad implica la prolongación de la Estancia media (EM) lo cuál es visible en las patologías ajustadas por Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)

La introducción de Programas de gestión de riesgos se centra en identificar los problemas existentes en distintas áreas clínicas trabajando conjuntamente con los profesionales de dichas áreas procurando el control y mejora de la seguridad y consecuentemente la disminución de los riesgos.

Esto requiere como soportes la Historia Clínica unificada, Guías Clínicas, Vademécum de la Organización, análisis de la mortalidad, farmacovigilancia, adecuada base informática.

Una de las medidas más trascendentes del Comité es la obligatoriedad del uso de un check list¹⁹, previo a cada intervención quirúrgica y la implementación de alertas en la distribución y administración de los tratamientos farmacológicos.

En relación al quirófano, las medidas de seguridad aplicadas son las siguientes:

- **Aplicación obligatoria del Checklist:** Triple control por Enfermería, Instrumentador/a en presencia de todo el equipo quirúrgico y antes de la incisión cutánea y nuevamente por la Instrumentador/a después de la finalización del acto quirúrgico, de la identificación del paciente, confirmación de procedimientos, estado del instrumental quirúrgico y equipo, consentimiento informado, exámenes complementarios, alergias, co morbilidades, identificación de los miembros del equipo, sitio quirúrgico, controles necesarios, etc.
- **Control del cumplimiento de las normas básicas de higiene**
- **Disciplina y Sistematización:** Listado de Tareas a distribuir con nombre y apellido
- **Documentación de los Procedimientos Administrativos del Centro Quirúrgico del Hospital Garrahan:** Descripción pormenorizada de la construcción del diagrama de planificación Quirúrgica y del Registro de de todos los Partes de Procedimientos en el Sistema Informático Garrahan (SIG)

VI.1.4.h. Macroproceso de Apoyo

Lo integran los siguientes procesos:

1. **Gestión de RRHH:** Integra Haberes; Empleos; Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo; Guardería y Jardín Maternal.

¹⁹ Ver Anexos VI 1 y VI 2

Conforme a las facultades conferidas en los Art. 10, 18 y 20 del Estatuto Orgánico del Ente, aprobado por Decreto N°815/P.E.N/89 (B.O. N° 26657) el Hospital cuenta con facultades para darse, dentro de un marco dinámico y ajustado a su plan de crecimiento, su Régimen de Personal, su estructura orgánica funcional y la dotación de personal necesaria para cubrir la misma. El Hospital se encuentra abocado a la estructuración de una nueva "Carrera Hospitalaria", basada en:

- La estructuración del personal por "tramos" (Médicos, Profesionales, Técnicos, Administrativos Especializados, Administrativos, Auxiliares, Ayudantes y Operarios).

- La movilidad (progreso estructural) por niveles escalafonarios, a través del cumplimiento efectivo de funciones, el cumplimiento satisfactorio de evaluaciones de desempeño anuales y la capacitación (acreditaciones curriculares) como sustento del progreso organizacional.

Esta estructuración generó la necesidad de proveer al ordenamiento funcional de la Gerencia de Recursos Humanos estableciendo la necesidad de una nueva dinámica del sector, la instrumentación de nuevas modalidades para la captación, selección e inducción del personal que el Ente requiere incorporar; como asimismo, la puesta en práctica de políticas tendientes a la capacitación de los recursos humanos existentes

Para poder hacer frente a la misma, el hospital estableció mediante la resolución N° 105 del 26 de febrero 2010, que el Auditor Interno del hospital, realice las tareas relativas al examen «in situ» de la estructura, las condiciones funcionales y los procesos de la Gerencia de Recursos Humanos; subsumiendo excepcional y transitoriamente, por un plazo de seis (6) meses, las funciones de conducción del Sector.

Dejando sin efecto la asignación de funciones de Gerente de Recursos Humanos anterior, establecida por Resolución P3° 8721CA105 y el reemplazo de personal para las funciones de Jefa del Departamento de Haberes, Control de Asistencia y Legajos

A la fecha el plazo de seis (6) meses, en las funciones de conducción se encuentra agotado y no se ha cubierto aun las vacantes en el sector de Recursos Humanos. **(DEBILIDAD 3)**

Tabla de cantidad de cargos por agrupamiento. Hospital Garrahan

Agrupamientos	Cargos
Conducción Ejecutiva Superior	20
Conducción Intermedia	79
Nivel Asistencial	2063
Administrativo	482
Mantenimiento	133
Servicios Generales	122

<i>Agrupamientos</i>	<i>Cargos</i>
<i>Docencia de post-grado según tipo año lectivo 2008</i>	
Residentes	200
Rotantes	534
Pasantes	63
Becarios	285
Observadores	138
Cursistas	131

Fuente: Información Estadística Año 2009. Dirección Asociada de Atención al Paciente. Registros Médicos – Oficina de Estadística. Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

2. Gestión de la información: Desarrolla tareas relacionadas con la documentación y la utilización de los datos proporcionados por las actividades desarrolladas con el paciente y también datos institucionales.

Para registrar la actividad hospitalaria en todos sus conceptos, se confeccionó un sistema informático. El Sistema Informático Garrahan (SIG), vincula informáticamente casi al 90% de las Áreas y Servicios del Hospital y constituye una herramienta de comunicación interna.

Para el registro y evaluación de la actividad hospitalaria se utiliza el sistema de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRDs),

Ver Anexo V Estadísticas

Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)²⁰

El GRDs se construye utilizando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el tipo de procedimiento quirúrgico realizado, edad, sexo y presencia de complicaciones o co-morbilidades. El propósito de esta clasificación es agrupar las enfermedades para asignar un valor en unidades físicas a cada uno, con el fin de mejorar la gestión de costos hospitalarios.

Los índices estadísticos tradicionales no muestran de un modo claro cual es la complejidad de la casuística que se atiende en un hospital. La necesidad de poder ponderar de un modo adecuado cuales son las características de la producción hospitalaria y tener indicadores que permitan la comparación con otras instituciones a nivel nacional e internacional, así como la comparación de diferentes períodos en la misma institución, llevó al desarrollo de una nueva herramienta para la gestión, los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Dicha herramienta ha sido incorporada en países como Australia, España, Canadá, los países Nórdicos, Alemania, Estados Unidos, para nombrar sólo algunos.

²⁰ Ver Anexo III

Este Hospital ha sido pionero en la Argentina y ha incorporado hace ya años, la clasificación y codificación de sus egresos con los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico).

Este sistema de clasificación de pacientes agrupa a los egresos hospitalarios en grupos que tienen coherencia desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista del consumo de recursos.

El Hospital Garrahan ha podido, a través de esta herramienta de gestión, comparar distintos períodos de la institución y acceder a comparaciones internacionales lo cual ha permitido iniciar tareas de optimización.

En los primeros cuadros se puede ver la evolución de la producción hospitalaria cuantificada.

Área Ambulatoria - Años 2005, 2006, 2007 y 2008				
Año	Consultas de Emergencia	Consultorio Externo	Hospital de Día *	Unidad Metabólica **
2005	52.171	224.770	29.618	668
2006	58.934	247.211	31.056	807
2007	58.516	237.824	27.957	714
2008	62.644	262.851	29.279	853

* El Hospital de Día incluye tratamientos oncológicos, clínicos, cirugía ambulatoria y tratamiento ambulatorio de infecciones severas

** La unidad Metabólica realiza estudios del metabolismo con internaciones de hasta 24 horas.

Área Observación Guardia - Años 2005, 2006, 2007 y 2008							
Año de Egreso	Casos	Traslados	Alta voluntaria o fuga	Fallecimientos	Peso medio	Casos totales	
2005	2.849	830	60	7	0,19%	3.746	
2006	2.903	795	60	14	0,37%	3.772	
2007	2.981	1.082	67	7	0,17%	4.137	
2008	2.908	1.182	48	10	0,24%	4.148	

En ésta área de la guardia los pacientes, por su patología, requieren estudios, interconsultas, y observar su evolución para determinar la conducta, todos ellos tienen o se les abre historia clínica y son agrupados en GRD

Área Internación - Años 2005, 2006, 2007 y 2008									
Año de Egreso	Casos Inliers	Casos Outliers	Casos No Depurables	Casos Día Cero	Traslados Internación	Alta voluntaria o fuga de Internación	Fallecimientos *	Casos Totales	
2005	10.647	880	652	345	17	38	210	1,67%	12.579
2006	11.635	944	758	318	50	27	238	1,73%	13.732

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Área Internación - Años 2005, 2006, 2007 y 2008									
Año de Egreso	Casos Inliers	Casos Outliers	Casos No Depurables	Casos Día Cero	Traslados Internación	Alta voluntaria o fuga de Internación	Fallecimientos *		Casos Totales
2007	11.496	925	854	272	35	21	295	2,17%	13.603
2008	12.276	892	842	276	53	33	282	1,96%	14.372

* Los pacientes fallecidos no están sumados en el total ya que se encuentran incluidos dentro de los casos inliers, outliers, no depurables o día cero

En el cuadro siguiente se pueden observar indicadores de gestión de la evolución del último año, así como su comparación con indicadores internacionales. Esta nueva dimensión de análisis cualitativo es posible a través de la utilización del GRD como herramienta.

Análisis de la casuística - Años 2005, 2006, 2007 y 2008												
Año de Egreso	Casos	Min04 G4 EMAC	Min04 G4 EMAF	Min04 G4 EM	Min04 G4 PM	Hospital Peso Medio	Hospital Estancia Media	Índice Func.	Razón Func. Estánd.	Índice case-mix	Días Ganados (-) Evitables (+)	
2005	10.647	7,15	6,69	7,2	1,84	1,89	6,89	0,99	1,03	0,93	2.153,78	
2006	11.635	6,64	6,76	7,2	1,84	1,92	6,62	0,92	0,98	0,94	-1.698,46	
2007	11.496	6,72	6,87	7,2	1,83	1,94	6,80	0,93	0,99	0,95	-779,85	
2008	12.276	6,62	6,85	7,2	1,83	1,96	6,84	0,92	1,00	0,95	-207,81	

Egresos de los años 2005 a 2008. Excluida la guardia y los pacientes de día cero (ingreso y egreso en el mismo día).

Los pacientes sin Inliers*, han sido quitados los extremos para permitir la comparación con el Estándar.

Min04 G4 es un conjunto multihospitalario de España con más de 500 camas, todos los servicios, alta complejidad y universitarios. Es el Estándar o Norma de comparación

EMAC: Estancia Media Ajustada por Casuística*.

EMAF: Estancia Media Ajustada por Funcionamiento*.

PM: Peso Medio*.

EM: Estancia Media*.

* ver glosario.

La EMAF del año 2008 disminuyó dos centésimos con respecto al año anterior, sin embargo el Índice Case-Mix se mantuvo en el mismo valor habiéndose atendido más pacientes.

El Índice Case-Mix se mantiene menor a 1 (uno), ya que el Hospital en estos años tiene menos pacientes que la Norma en GRDs de larga distancia.

Desde el punto de vista del consumo de recursos el Peso Medio (PM) del último año es superior al de los años anteriores y todos ellos son superiores al de la Norma.

Podemos decir que el Hospital está aumentando la atención de pacientes en GRDs de alto Peso Relativo (PR) y por lo tanto de alto costo, esto sumado al poco aumento de la estancia media verifica la eficiencia en la atención.

El Hospital ha sido también más eficiente que el Estándar ya que si bien el Índice Funcional llegó a 1, la Razón de Funcionamiento Estándar es menor a uno.

Por último en estos macroindicadores podemos concluir que en el año 2008 se ganaron casi 208 días con respecto a la forma en que el estándar hubiera atendido a la misma población.

Como vemos esta herramienta permite la comparación, no sólo en distintos períodos de la institución, si no también con otras instituciones a nivel nacional e internacional. **Ver Anexo III Glosario GRD**

3. Asistencia técnica y Mantenimiento de Infraestructura comprende el servicio al cliente interno en cuanto al mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento hospitalario: médico e informático y el mantenimiento edilicio y obras.

La metodología implementada por la Dirección Ejecutiva del Hospital para el control avance del Plan de Obras, el estado de la infraestructura edilicia y certificar que las empresas tercerizadas cumplan con lo pactado en el pliego de bases y condiciones, consiste en una recorrida semanal, supervisando la calidad del trabajo y el cumplimiento de los plazos acompañada por los responsables del proceso. A medida que se efectúa el recorrido la Dirección consulta al responsable de cada área por el estado edilicio, de obra y de servicios tercerizados (limpieza, mantenimiento de parques y jardines y seguridad) quien informa las novedades y toma nota de las inquietudes por acciones a realiza. Estas recorridas resultan ser un mecanismo de control de los altos mandos, donde se solicita información detallada y se requieren explicaciones por los desvíos encontrados. **Ver Anexo VII 1 Plan de Obras y Anexo VII 2 Presupuesto Obras**

Cada responsable responde sobre los requerimientos recibidos y da cuenta de los avances en la siguiente reunión.

El máximo responsable de la ejecución de las tareas de mantenimiento, obras y atención al usuario es el Gerente de Mantenimiento, Obras y Atención al Usuario.

Se esta confeccionando una guía sobre las tareas cuya responsabilidad atañen a este sector. Se encuentran trabajando en la generación de formularios para mantenimiento preventivo. El mantenimiento correctivo ya está bajo un circuito de procesos establecidos.

El usuario que requiera la intervención del área de servicios generales se comunica vía telefónica y hace su pedido, el cual queda registrado en el Sistema de Información Garrahan (SIG). La urgencia del pedido, evaluada por el área de atención al usuario, es la que fija el orden de prioridades para la realización de las tareas solicitadas.

Los supervisores de las áreas se encargan de controlar que los trabajos solicitados se lleven a cabo, con calidad y en buen término. La planta operativa y técnicos cubre un horario de 24 horas en 3 turnos. En total son 160 agentes de planta permanente.

El personal es suficiente, aunque se encuentra en análisis la estructura de todo el sector.

El sector realiza informes semanales en las reuniones con la Dirección Administrativa Adjunta. Se realizan informes mensuales de tipo estadístico.

Han tercerizado algunos servicios de mantenimiento preventivo.

Estas recorridas resultan en un mecanismo de control de los altos mandos, donde se solicita información detallada y se requieren explicaciones por los desvíos encontrados.

Con datos suministrados por la Dirección Administrativa, se realizó el siguiente listado sobre empresas prestadoras de servicios de mantenimiento que recibieron multas y otras sanciones durante el año 2010:

Tabla de sanciones aplicadas por incumplimiento a empresas tercerizadas

Orden de compra	Contrato de Obra de Mantenimiento	Monto del contrato	Monto de la sanción aplicada	Empresa	% sanción aplicada
1712/09	Marquesina s/ playón de estacionamiento	\$ 65.332,68	\$ 6.533,40	Constructora PREMART S.R.L.	10%
587/09	Provisión e instalación de rejas laterales en el predio del hospital	\$ 575.575,00	\$ 9.209,20	Constructora PREMART S.R.L.	2%
43/07	Carpintería reparación mde muros y pintura	\$ 6.118.237,60	Intimación y cumplimiento	AJIMEZ S.A.	0%
1760/09	Baranda de acceso por calle Pichincha y Sala de Padres en el 1° piso	\$ 111.040,00	\$ 1.110,40	TROTTA, Gabriel Guido	1%
131/09	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de ascensores y montacargas (*)	\$ 4.294.133,00	\$ 90.197,00	Ascensores SERVAS S.A.	2%
2534/10	Remodelación de quirófanos 15 y 19	\$ 2.033.649,40	Intimación y cumplimiento	TERMAIR S.A.	0%
1390/10	Remodelación de cinco sectores	\$ 1.890.000,00	Intimación y cumplimiento	Obras y Mantenimiento Urbano S.A.	0%
0007/10	Adecuación edilicia, laboratorio	\$ 507.559,00	Intimación y cumplimiento	Obras y Mantenimiento Urbano S.A.	0%
47/07	Ampliación sector emergencias	\$ 3.656.525,51	Intimación y cumplimiento	Compañía Americana de Multiservicio	0%

Obras concluidas en 2010:

- CIM72²¹ Unidad de aislamiento con capacidad 14 camas, con sistemas ininterrumpidas de energía y aire acondicionado (Unidad de tratamiento de aire) con presurización selectiva.
- Remodelación de la sala de espera y ampliación en 7 consultorios en el sector de emergencia con acondicionamiento de aire.
- En el marco del Programa Acumar²² se remodeló el laboratorio de absorción atómica y el sector de lavado por ácido nítrico²³

²¹ Sala de Cuidados Intermedios y Moderados

²² Autoridad Cuenca Matanza Riachuelo

- Remodelación del servicio Ortopedia y Traumatología con capacidad para 8 consultorios, sala de yeso y sala de espera. Totalmente climatizada con unidades de tratamiento de aire.
- Nuevo techado en formato de galería en Anatomía Patológica y sector de ambulancias.
- Se finalizaron las obras para el Centro de educación de pacientes referentes a la nutrición
- Rejas y protecciones perimetrales de todo el Hospital.
- Locales del Plan Nacer y ANSES en entrepiso

Obras pendientes 2010:

- Se inició en diciembre de 2010 el nuevo Centro Regional de Hemoterapia, obra financiada por el Banco Mundial, destinado a las nuevas técnicas de laboratorio y genética.
- Marquesina de playón de abastecimiento de mercadería sobre rampa de calle Combate de los Pozos.
- Instalación de aires acondicionado tipo splits, Rooftop y unidades de tratamiento de aire en cantidad en lugares variados.
- Aislación de cañerías y ductos para aumentar el rendimiento de las instalaciones.
- Se requiere la modernización con adecuación tecnológica de 21 ascensores y montacargas. A la fecha se han terminado 5 ascensores, se encuentran en proceso de inicio 4 y a la espera de una nueva contratación los 12 restantes.
- Obra: Recambio de carpinterías metálicas, muros y pintura (a la fecha del presente trabajo, el avance de la obra es del 30%)

Las carpinterías de ventanas y los revestimientos exteriores e interiores en todos los niveles del hospital, presentaban dificultades que en 2010 originaron la necesidad de iniciar un proceso de reparación y recambio, tarea que se ha ejecutado en parte.

Las carpinterías originales están compuestas por marcos de chapa que abrazan el espesor de pared y/o estructura, con carpintería de ventanas en aluminio natural. Hay vidrios de paños fijos o con movimiento tipo ventiluz.

Los marcos originales eran de hierro y presentaban un avanzado proceso de oxidación por ingreso y acumulación de agua dentro de las carpinterías.

Los muros acompañaron este proceso de degradación, manifestándose con la destrucción y desprendimiento de los revoques exteriores y del revestimiento vítreo y de la obsolescencia de la capa hidrófuga vertical permitiendo el ingreso de agua dentro del muro y generando a consecuencia el deterioro de los revoques interiores de yeso.

²³ El Hospital Garrahan cuenta con el primer o de análisis toxicológicos y absorción atómica para el análisis de contaminación por metales pesados e hidrocarburos en niños.

La obra se concentró especialmente en las salas de internación, interviniendo aproximadamente 130 habitaciones dobles del primer piso. En planta baja se intervinieron aproximadamente 150 ventanas en el área de laboratorio, sin alterar el funcionamiento del sector.

Se construyeron aproximadamente 3000 metros lineales de cerramientos de aislación doble con cámara de aire, construido con placas de yeso, fenólico y polietileno, según la necesidad de cada caso.

Se repararon más de 9000 m² de revoques y 14000 m² de pintura. Se reemplazaron más de 1800 módulos de ventanas. Junto con la recuperación de mecanismos nuevos, reemplazando los originales obsoletos. Esta primera etapa de la obra abarcó el desarrollo en aproximadamente 3000 metros lineales de muros en ambos lados.

De la obra total se ejecutó el 30% aproximadamente, en planta baja y primer piso.

Paralelamente se generó la recuperación integral de instalaciones eléctricas, poliductos, fluidos medicinales, fancoil²⁴ y sanitarios y pintura de las habitaciones. Además generaron aproximadamente 50 divisiones de habitaciones permitiendo optimizar la administración de camas.

Proyectos aprobados en 2010:

- Proyecto de modernización y adecuación tecnológica de toda la infraestructura eléctrica del Hospital que incluye tableros de media tensión, tablero de control de motores, centro de potencias, red de tierra y recambio de grupos electrónicos.

4. Servicios Generales tareas y controles relacionados con servicios de limpieza, seguridad, lavadero, ropería y manejo de residuos.

5. Gestión Contable y Financiera procesos encargados del registro de las operaciones y de los movimientos de fondo del Hospital y su correspondiente reglamentación y control respectivamente.

- **Elaboración del Presupuesto**

La elaboración del presupuesto se realiza tomando como base el presupuesto anterior y en función a proyecciones futuras (incorporación de nuevas tecnologías, aumento de la demanda asistencial, mejoras edilicias, etc) permiten predecir con razonable exactitud todos los elementos y factores que afectarán su marcha. Es decir en base a la secuencia de la experiencia pasada planifican el futuro. **(DEBILIDAD 10 a.)**

- **Ejecución del Presupuesto**

El hospital utiliza en la elaboración de la ejecución presupuestaria del crédito, el criterio de la etapa de afectación preventiva. **(DEBILIDAD 10 b.)**

²⁴ Unidades de climatización por agua fría

El marco normativo es el Artículo 59 de la Ley N° 70 (reglamentado por el artículo 31 del Decreto N° 1000/99), que define que "El compromiso preventivo no implica una relación jurídica con terceros y su registración se produce con el acto administrativo preparatorio que inicia el trámite de la misma"

Como establece el marco normativo, al no causar estado ante terceros, la etapa del llamado compromiso preventivo, sólo constituye una herramienta de gestión interna, es decir, constituye una reserva de crédito a la espera de la concreción de los procedimientos de compras y contrataciones.

• **Cuotas de ejecución no utilizadas**

Por diversas razones, el presupuesto del hospital no es ejecutado en su totalidad, con los saldos remanentes constituyen un fondo de reserva presupuestaria. Resultando ser una entidad pública interestatal integrada en partes iguales por la Nación y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Su fundamento es que efectivamente a la luz de la reforma constitucional de 1994, que dispuso que la Ciudad de Buenos Aires tendrá un régimen de gobierno autónomo (art. 129), la propia Procuración del Tesoro de la Nación ha sostenido en la providencia N° 89/97 del 20 de agosto de 1997 que es el nuevo status constitucional especial lo que ubica al Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires fuera del ámbito de aplicación de la Ley 19.983, de reclamos interadministrativos.

Asimismo en dictamen N° 163 del 21 de noviembre de 1997 y en relación específica a este Organismo, la Procuración del Tesoro de la Nación expresó que sin que le pasara inadvertido que el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" también pertenece al Estado Nacional, tal circunstancia no es de suyo apta para encuadrar el conflicto sometido a su intervención en el régimen de la Ley 19.983, pues en el supuesto de entidades constituidas entre personas públicas estatales correspondientes a distintas esferas de competencia constitucional, es patente y obvio que no existe subordinación ni supremacía de una entidad respecto de otra y por lo tanto no se da la posibilidad de que se ejerzan prerrogativas de poder público a excepción de las que autoriza la Constitución Nacional. (dictámenes 182:137; 206:207). Concordantemente y por diferentes temas sometidos a su consideración la Procuración del Tesoro de la Nación se ha pronunciado en términos similares (Dictámenes 142:302,146:278).

El Prof. Agustín Gordillo, en el dictamen del 30 de septiembre de 1987, se pronunció expresamente, en oportunidad de manifestar su opinión respecto al régimen jurídico de este Hospital, sobre el carácter convencional previsto en el régimen legal para el acto de creación y el carácter efectivamente convencional del nuevo ente creado, resaltando el carácter INTERJURISDICCIONAL del Hospital de Pediatría, el carácter asociativo en situación de igualdad de ambas partes contratantes y el no sometimiento a un poder reglamentario o normativo de una sola de las partes contratantes. ‘

Y atento el hecho de que se trata de una entidad interjurisdiccional, como antes quedó dicho, lo cual supone por de pronto y como primera característica, el no

estar sometida a las regulaciones administrativas de ninguna de las partes contratantes, salvo disposición en contrario del acta dispositiva."

• **Unidad de Auditoria Interna**

El Hospital no cuenta con un Manual de Normas y Procedimientos administrativos, aprobado por el Consejo de Administración (**DEBILIDAD 2**)

La estructura de la Unidad de Auditoria Interna del Hospital, fue aprobada por mediante Resolución N° 1491CN98 C.A. y Resolución N° 799/CA/93, sobre la base de la estructuración de cargos que a continuación se indican:

- Auditor Interno Titular: Nombrado
- Auditor Interno Adjunto y Operacional: Vacante
- Responsable de Auditoria de Gestión: Vacante
- Responsable de Auditoria Financiera: Vacante
- Auditor Asistente: Nombrado
- Auditor Técnico Administrativo: Nombrado

La Unidad de Auditoria Interna evalúa las rutinas administrativo — contables, los esquemas de flujo y movimiento de fondos y valores, las políticas aplicadas en el manejo y disposición de los activos fijos del Hospital; los mecanismos de compras y contrataciones; la gestión en el manejo de los stocks y la estimulación relativa a la generación de información gerencia tanto para el Consejo de Administración, la Dirección Médica Ejecutiva y las Direcciones Adjuntas del Hospital. (**DEBILIDAD 10 d.**)

• **Estados Contables**

En el Control de Gestión realizadas por la Unidad de Auditoria Interna, no se evidencia la aplicación de procedimientos sistemáticos en este sentido, que permita el seguimiento del desempeño del Hospital y la detección de desvíos a nivel global.

El hospital argumenta que no pretende definir proyectos de auditoria que respondan a relevamientos estrictamente verticales y departamentales, sino, que se orienta a analizar las operaciones económicas, financieras y patrimoniales que realiza el Hospital, a los fines de saber cómo, para qué y con qué objetivo se realizan

El Decreto N° 262/95 ratifica el convenio suscripto entre las dos (2) jurisdicciones, donde se establece que el Hospital es un ente de referencia nacional, por lo tanto deja sin efecto la intención de traspaso definitivo de la institución a la jurisdicción municipal. Dicho decreto modifica ciertos aspectos de los estatutos de creación, tanto el provisional como el definitivo, y determina el carácter de inter-jurisdiccional del organismo. Sin embargo, no varía los aspectos relacionados con la forma de fiscalización.

El Estatuto establece que la auditoria externa está cargo, únicamente, del Tribunal de Cuentas de la Nación, tarea que de acuerdo a la Ley de Administración Financiera corresponde actualmente a la Auditoria General de la Nación.

La Auditoria General de la Nación ha manifestado por medio de la nota 180/2010 en relación a la propuesta para la realización de la auditoria,

solicitada por el hospital, sobre los Estados Contables de los ejercicios finalizados al 31/12/2005 y al 31/12/2006, que por razones de programación de actividades y de recursos humanos y financieros, no resulta actualmente viable la realización de la misma.

Ante esta situación por Acta 488 del día_19 de mayo de 2010 el Consejo de Administración propicia la celebración de un Convenio Marco de Asistencia Técnica y de un Programa de Asistencia Técnica, entre el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan .P. Garrahan" y la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, que tiene por cometido, la verificación de los Registros Contables del Hospital para los años 2005, 2006 Y 2007 y la verificación y control de los circuitos contables para los mismos años.

Posteriormente se firma el 3 de diciembre otro convenio con la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires para la verificación de los Registros Contables del Hospital para los años 2008, 2009 Y 2010 y la verificación y control de los circuitos contables para los mismos años, por parte de la Facultad. **(DEBILIDAD 10.c)**

El cronograma previsto de cumplimiento es:

- 1- Balance ejercicio 2008: Desde 01/06/2011 al 31/07/2011.
- 2- Balance ejercicio 2009: Desde 01/08/2011 al 30/09/2011.
- 3- Balance ejercicio 2010: Desde 01/10/2011 al 30/11/2011.

Cuentas a cobrar

El hospital funciona como un hospital público de gestión descentralizada, realizando la facturación y cobranza a terceros pagadores, de los servicios brindados a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otras similares.

Los ingresos que percibe, en concepto de prestaciones facturadas a terceros pagadores, son administrados directamente por él hospital, quien determina el porcentaje a distribuir entre:

- a) Un Fondo de Redistribución Solidaria.
- b) Un Fondo para Inversiones, Funcionamiento y Mantenimiento del hospital,
- c) Un Fondo para Distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que el hospital determina en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Los recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico asistenciales a efectores de salud) del hospital se subdividen en:

Clientes por prestaciones de servicios

Clientes por prestaciones de servicios cuya recaudación tiene un fin determinado (Plan Nacer).

Otros Clientes (ART, Protocolos de Investigación, Canon de Concesiones de alimentos)

Durante el año 2010

La facturación fue de \$ 53.659.753,19 ascendiendo el porcentaje cobrado a un 69.82%

El siguiente cuadro muestra la evolución de la facturación y el porcentaje de cobro de la misma a saber

Facturación y cobranza mensual						
Años 2008-2010						
	Año 2008		Año 2009		Año 2010	
	Facturado	Cobrado	Facturado	Cobrado	Facturado	Cobrado
Enero	1.724.236,54	2.227.151,98	2.252.398,31	1.917.494,96	2.841.962,67	2.873.182,93
Febrero	1.839.712,03	1.805.687,33	3.252.840,51	2.145.995,97	3.015.353,42	2.460.462,79
Marzo	2.395.401,60	2.133.015,81	2.816.163,20	1.769.627,42	3.823.881,89	2.439.507,84
Abril	3.153.939,60	2.102.300,52	2.498.059,92	1.807.939,46	4.648.284,91	3.879.043,86
Mayo	2.394.206,48	1.914.726,77	2.358.174,96	2.480.056,30	4.069.569,30	2.588.206,53
Junio	2.713.448,67	1.865.417,00	3.557.968,36	2.644.764,87	4.290.370,71	4.267.897,61
Julio	2.887.886,28	2.292.676,56	3.415.528,01	2.568.421,15	4.484.951,87	3.093.721,73
Agosto	1.964.103,25	3.218.219,26	3.292.436,91	2.041.021,07	5.088.694,62	4.039.830,71
Septiembre	3.752.840,22	2.476.274,60	3.772.883,55	2.036.941,28	5.720.805,43	4.084.849,58
Octubre	2.925.435,16	2.922.460,15	6.184.594,97	2.514.097,25	4.510.041,19	2.215.164,52
Noviembre	2.550.485,75	2.747.692,86	7.763.522,37	2.128.986,54	6.188.096,73	2.090.917,59
Diciembre	2.329.344,62	3.192.752,44	2.412.844,52	2.339.384,50	4.977.740,45	3.432.366,27
Total	30.631.040,20	28.898.375,28	43.577.415,59	26.394.730,77	53.659.753,19	37.465.151,96

	Facturado	Cobrado	Cobrado/Facturado
Año 2008	30.631.040,20	28.898.375,28	94,34%
Año 2009	43.577.415,59	26.394.730,77	60,57%
Año 2010	53.659.753,19	37.465.151,96	69,82%
Total	127.868.208,98	92.758.258,01	

En el año 2008 el porcentaje cobrado sobre la facturación anual ascendió al 94.34% disminuyendo a 60.57% en el año 2009 y 69.82% para el año 2010

Las causas de la disminución porcentual en el cobro de las prestaciones facturadas se debieron principalmente a la falta de pago del Plan Nacer

Convenio PROFE

Las prepagas no reconocieron al hospital como acreedor, consideraban al hospital como una institución dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma

de Buenos Aires. Fue necesario emitir una circular aclarando que el hospital no se encuentra bajo el Régimen de cobro ejecutivo a cargo de la Agrupación Salud Integral, correspondiente a la facturación de prestaciones realizadas por las Instituciones de salud, dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires- Ley CABA N° 2808/08 y Decreto Reglamentario CABA N° 1566/008

6. Desarrollo de sistemas informáticos: desarrollo, actualización, resguardo e integración de las aplicaciones informáticas necesarias para el quehacer hospitalario.

Funciones del SIG:

- Administra una red de circuitos administrativos y áreas asistenciales, mediante módulos de gestión ambulatoria, historias clínicas, internación (estadía y censo diario), formulación de estadísticas, presupuesto, liquidación de sueldos, pagos, cobranzas y otras cuentas, legajos de personal y medicina del trabajo. También administra los sistemas de información de pedidos y distribución de insumos a los centros de pedido.
- Además, existe un sistema de información independiente y no integrados a la plataforma informática común, (sistema tango) que está bajo la responsabilidad de la Gerencia Contable. El "Sistema de Gestión Integrado Garrahan" emite subdiarios mensuales contables de los movimientos registrados y se cargan manualmente en el Sistema Tango. No existe actualmente migración automática entre un sistema y otro.
- Del Sistema Tango se extrae la información para la confección de los Estados Contables
- El sector desarrolla técnicas de mantenimiento y programación, las cuales se encuentran normalizadas y documentadas.
- En la actualidad se está trabajando para incorporar al sistema de gestión el módulo contable.
- El sistema brinda una serie de guías por sector:

En Recursos Humanos,

- Asignaciones Familiares
- Liquidación a la Art
- Manual de Alta de Pasantes y Rotantes
- Manual Gestión de Trámites Jubilatorios
- Planificación de Guardias
- Habilitación de usuarios a puertas (2 manuales)
- Sistema de Asistencia
- Personal en comisión especial
- Personal consultores
- Encasillamiento interno de Enfermería IReg.Méd/CI.Pediátrica
- Manual de Presupuesto de Haberes
- Manual de Operación de Ret.Imp.Gan.4ta.cat.
- Promociones de Grado

- Haberes de Becarios y Residentes
- Haberes de Planta
- Sistema de Embargos
- Planificación y Liquidación de Horas Módulo

En Cobranzas,

- Manual de operatoria de cobranzas
- Pasaje definitivo de cobranzas
- Remisión de Recibos con sus medios de pago a Tesorería
- Ingresos de Cobranzas

En el área Contable,

- Gestión de Carga de Facturas - Gestión automática
- Gestión de Carga de Facturas - Gestión manual
- Carga manual de ajustes
- Autorización por caja chica
- Gestión integral de ajustes
- Carga de comprobantes de proveedores
- Unificación de legajos de pago
- Reimputación de comprobantes
- Reliquidación de facturas
- Reemplazo de ajustes
- Generación de orden de pago interna

En Tesorería,

- Manual de ingresos varios (recibo)
- Depósito de valores al cobro
- Manual de Caja Bancos

En Abastecimiento,

- Normativa Vigente:
 - Reglamento de Contrataciones y Resoluciones ampliatorias y/o Modificadorias.
 - Régimen Simplificado de Compras
 - Registro de Proveedores
- Procedimientos Documentados y Gestiones Informáticas Asociadas:
 1. Procedimiento: Gestión de la Estandarización de Productos
 - 1.1 EGPDT: Gestión de los Productos y Catálogos.
 2. Procedimiento: Gestión del Requerimiento de Abastecimiento
 - 2.1 EGESTECO: Gestión Integral para el abastecimiento
 - 2.2 EGSOLCOM: Gestión de la Solicitud de Abastecimiento
 3. Procedimiento: Gestión de la Contratación de Proveedores
 - 3.1 EGCON: Gestión Integral para la Adquisición de Insumos
 - 3.2 EGCONX: Gestión Integral para la Contratación de Obras y Servicios.
 4. Procedimiento: Gestión del Registro de Proveedores
 - 4.1 EGREGPRO: Gestión del Registro de Proveedores Potenciales

4.2 EGPROVO 1: Gestión de los Proveedores Activos

En Facturación,

- Manual de Facturación
- Manual de notas de débito de clientes e internas
- Contable

7. Relaciones Institucionales tareas de relación e intercambio con otras instituciones del país y del extranjero. Oficina de comunicación a Distancia.

8. Representante del paciente (ORP)

La Oficina depende directamente de la Dirección de Atención al Paciente y eleva informes a la Dirección Médica Ejecutiva. A su vez, de la ORP depende el área de Informes.

La misión de la ORP es:

- ≈ Representar los intereses de los niños mejorando relaciones personales, el vínculo paciente-institución, el grado de satisfacción en relación a la atención.
- ≈ Resolver o mediar en conflictos que se susciten
- ≈ Contribuir con la atención directa al bienestar de quienes deben utilizar los recursos de la Institución
- ≈ Incorporar cuestiones relativas a derecho y trato humanizado
- ≈ Garantizar un adecuado proceso asistencial

La Oficina ha organizado un manual de procedimientos que titula Procedimiento RQSA²⁵ con el cual se busca sistematizar la resolución de las quejas y problemas de los pacientes a fin de tener indicadores de evaluación. El circuito a través del cual se da el funcionamiento de la Oficina es el siguiente:

Recepción del usuario, interiorización sobre la problemática, planificación de la resolución de la situación planteada. El procedimiento es confidencia.

El área realiza informes trimestrales y anuales que se elevan a la Dirección Médica Ejecutiva y al Consejo de Administración. Se elabora un informe individual que se dirige a los servicios involucrados con el objeto de implementar las mejoras necesarias para evitar la reiteración de la situación.

Cada sector debe designar uno o más responsables de recibir y dar el debido cumplimiento de las actividades correspondientes para dar tratamiento en área a los RQSA.

²⁵ Reclamos, quejas, sugerencias y agradecimiento

El Sistema del Registro de la Queja que la Oficina utiliza no está incluido en el Sistema Garrahan. De éste último sólo utilizan, de manera diaria, los datos para certificar la atención del paciente.

- La ORP lleva registro de todos los contactos que establece con los pacientes y sus familiares. Se realiza en un archivo de formato Excel y uno SPSS²⁶, donde se codifican los datos para realizar indicadores. Los indicadores se encuentran constantemente reevaluados, y se generan continuamente nuevas estrategias.

Otra de las tareas del Área es la realización de eventos, conjuntamente con otras organizaciones externas, en las distintas salas de espera.

En 2010 se realizó un informe en el que se mostraron los resultados de la gestión de 2009, mencionando las acciones correctivas que implementó la Institución con relación a los principales motivos de reclamo relevados por la ORP.

El detalle fue el siguiente:

PRESENTACIONES	ACCIONES CORRECTIVAS INSTITUCIONALES
Relación con el paciente. Falta de amabilidad	Presentación de proyecto de formación modular, incluyendo Comunicación Eficaz, Visión Compartida- Trabajo en Equipo, Resolución de Conflictos, Manejo de Stress. Se prevee su inclusión en el plan de capacitación institucional anual.
Tiempo de espera excesivo	Realización de un análisis exhaustivo de las quejas presentadas en la Oficina referentes al tiempo de espera. Luego de este análisis se decide realizar la toma de datos (400 casos) en un sector de Consultorios Externos cuyo informe resultante se eleva a Dirección y se trabajo con la Jefa de Consultorios Externos. Medición en los distintos tramos de atención, durante el 2010.
Extravío de HC	Seguimiento semanal de los reclamos de faltante de Historias Clínicas. La Jefatura del Archivo Central prevee la asignación de un referente para la búsqueda de las mismas y concientización dirigida a los distintos Servicios por distintas vías (Intranet, secretarios de servicio, etc) Requisa periódica por parte de Archivo Central.
Proceso administrativo. Incumplimiento de Circuitos	RESIDENTES: Realización de talleres, a cargo del Área de Atención al Público, con Residentes ingresantes informando los circuitos administrativos y la importancia de los mismos. SERVICIOS: realización de reuniones anuales a cargo de Jefatura de C. Externo, con Jefes de Servicios, secretarias; repitiéndose las mismas ante desvío de indicadores.
Servicio no prestado	Resolución de casos puntuales y posterior informe al Jefe respectivo. Establecer código de comunicación entre el paciente y el médico.

Durante 2009 la ORP efectuó encuestas de satisfacción a usuarios de Consultorios Externos y de Internación. Las medidas correctivas tomadas en 2010 se detallan a continuación:

²⁶ Programa informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado, muy popular debido a la capacidad de trabajar con bases de datos de gran tamaño.

PRESENTACIONES	ACCIONES CORRECTIVAS INSTITUCIONALES
Comunicación eficaz con la familia	*Reunión a cargo de la Coordinación de CIM para análisis y desarrollo de la problemática con los Jefes de cada sala, quienes trabajan la temática con sus respectivos equipos periódicamente *Realización de folleto para recepción de paciente internado, acerca de características del Hospital *Proyecto Garrahan TV, en proceso
Identificación del médico de cabecera	*Reunión de la Coordinación de CIM con Jefes de cada sala quienes trabajan la importancia de la identificación médica, con sus respectivos equipos
Identificación del conjunto de los profesionales	*Reunión con Coordinadora de Internación, quien solicitó la instalación de carteleras en cada sala con los nombres de los integrantes del equipo
Capacitación del equipo no médico	*Presentación de proyecto de formación acerca de competencias genéricas, incluyendo Comunicación Eficaz, Visión Compartida, Trabajo en Equipo, Resolución de Conflictos, Manejo Stress *Se prevee su inclusión en el plan de capacitación institucional
Trato de vigilancia	*Reunión con Jefe de Vigilancia - Observación directa de tratamiento de vigilancia al egreso del paciente *Elaboración de borradores del manual de Normas de Hospital, distribución al equipo de vigilancia *Diseño de hoja de sugerencias o inquietudes ante normas hospitalarias

VII. DEBILIDADES

1. Consejo de Administración

No se da cumplimiento a lo establecido por las normas que rigen el funcionamiento del ente

Según surge del Acta N° 222, de fecha 12 de febrero de 2005, del Consejo de Administración, la presidencia del mismo se encontraba a cargo del Dr. Goldberg, perteneciente a la jurisdicción nacional. En el Acta N° 429, del día 12 de marzo de 2009, se ratifica por un nuevo período a dicho representante. Esta situación se contrapone a lo enunciado por la normativa vigente, en cuanto a que, la presidencia debe ser ejercida en forma rotativa y alternada entre sus miembros, por periodos anuales (ver Anexo I).

Por lo expuesto, el cargo como representante del Ministerio de Salud del Dr. Goldberg en el Consejo de Administración se encuentra agotado a la fecha del presente y no se cumple con la norma de rotatividad en la presidencia.

2. Control Interno

El Hospital no cuenta con un Manual de Normas y Procedimientos Administrativos, aprobado por el Consejo de Administración²⁷.

²⁷ Descargo del ente auditado: El hospital a la fecha y a través del Departamento Organización y Métodos dependiente de la Coordinación de Gestión de Calidad, iniciará a partir de septiembre un relevamiento en cada una de las áreas que ya cuentan con Normas y Procedimientos escritos, a fin de formalizar el acto administrativo aprobatorio. Se verificará su efectivo cumplimiento en un informe de seguimiento.

3. Auditoria Interna

Se observa la falta de recursos humanos disponibles para poder cumplir con el plan de auditoria dispuesto, teniendo en cuenta además que el Auditor Interno Titular se encuentra ejerciendo las funciones de Gerente de Recursos Humanos desde el 26 de febrero de 2010 por Resolución 105/2010 A continuación se reproduce el descargo del ente auditado:

"A fojas 40 se informa como agotado el plazo de las funciones del Auditor Interno del Hospital, que asumió transitoriamente las funciones de la Gerencia de Recursos Humanos. Al respecto, debo informar que dichas funciones se han prorrogado hasta el mes de noviembre de 2011 y a la fecha se ha tomado decisión de incorporación de un profesional, que hasta dicha fecha asumirá funciones de adscripto a la gerencia y con plan de tomar funciones definitivas como gerente de recursos humanos. Asimismo se encuentra en proceso de incorporación, haciendo los trámites pertinentes, el personal para cubrir las necesidades de los Departamentos y Sectores integrantes de la Gerencia tanto a nivel de ejecución como de conducción de los Departamentos."

Se mantiene la formulación de la debilidad, puesto que el descargo confirma que al momento de finalización del trabajo de campo la situación era la descrita, se verificara su modificación en el Informe de Gestion.

4. Macroproceso de Internación – SIG

Dentro del Macro proceso de interacción son varios los ítems que aún no se encuentran dentro del Sistema Informático Garrahan (SIG):

- La evolución diaria de la historia clínica
- Las Interconsultas a los especialistas.
- Pedidos a hemoterapia y realización de transfusiones
- Controles y notas de enfermería

5. Macroproceso de Internación – Satisfacción de la demanda

Habitualmente la demanda de camas de CIM supera a la oferta, por lo que muchos pacientes quedan internados en Guardia o en el Hospital de Día clínico –quirúrgico.

6. Macroproceso ambulatorio

- a. La Coordinación de Atención Ambulatoria es un cargo que se encuentra sin designación.
- b. Macroproceso ambulatorio – Guardia y Emergencias La disponibilidad de camas en Guardia y Emergencias es superada lo que determinó el acondicionamiento de los pasillos para cubrir las necesidades.
- c. Macroproceso ambulatorio – Central de turnos
El sistema informático de la central de turnos no está articulado con la base de datos de ANSES, lo que dificulta la detección de cobertura de obra social.

7. Macroproceso de abastecimiento

- a. No cuentan con una normativa de contratación única y actualizada que cumpla con lo establecido en el Estatuto del Ente, procurando ordenar en un sólo instrumento todas las alternativas de contrataciones.
- b. No se encuentra normada la obligación de hacer públicos y difundir los procedimientos en la Página Web del hospital.

8. Macroproceso de Apoyo. Gestión Contable y Financiera.

- a. Elaboración del Presupuesto
La gestión del presupuesto no se basa en la metodología del Presupuesto por Programas, ni utiliza la herramienta de clasificación que se encuentra disponible una vez adoptado el sistema de GRD
- b. Ejecución Presupuestaria
El hospital utiliza en la elaboración de la ejecución presupuestaria del crédito el criterio de la etapa de afectación preventiva.
- c. Estados Contables
Se observa un atraso significativo en la confección y aprobación de la Memoria, Balance General y Cuenta de Recursos y Gastos del ente.
El expediente 977/2010 incorpora los antecedentes obrantes en la Gerencia de Contabilidad de Gestión que justifican el estado actual de la situación principalmente basado en la ausencia de herramientas informáticas para actualizar los registros contables y extracontables del hospital. El ente ha confeccionado un cronograma para poner al día la emisión de los Estados Contables atrasados. De la documentación suministrada, se puede observar que para el corriente año se espera la aprobación del ejercicio 2008, 2009 y 2010.
- d. Auditoría interna
Falta de nombramiento del 50% de la estructura de cargos de la auditoría interna.
En el Control de Gestión realizadas por la Unidad de Auditoría Interna, no se evidencia la aplicación de procedimientos sistemáticos en este sentido, que permita el seguimiento del desempeño del Hospital y la detección de desvíos a nivel global.
El hospital argumenta que no pretende definir proyectos de auditoría que respondan a relevamientos estrictamente verticales y departamentales, sino, que se orienta a analizar las operaciones económicas, financieras y patrimoniales que realiza el Hospital, a los fines de saber cómo, para qué y con qué objetivo se realizan.

VIII. CONCLUSIONES

El Hospital Garrahan desarrolla sus múltiples actividades asistenciales, académicas, docentes y comunitarias con niveles de excelencia, como lo

demuestra la confianza depositada en este hospital, tanto por las autoridades sanitarias como por la ciudadanía en general.

La capacidad y compromiso de su recurso humano, su sistema organizacional y el desarrollo y actualización de las tecnologías disponibles han validado, durante todos estos años, al Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. como el hospital pediátrico de referencia de alta complejidad, para todo el territorio nacional.

Como característica asistencial desarrolló la internación pediátrica en unidades polivalentes organizadas según la criticidad de los cuidados que requieren los pacientes (cuidados progresivos) y la asistencia es gestionada por médicos clínicos que interconsultan con especialistas, formando equipos de trabajo interdisciplinarios, lo que permitió brindar una atención integral y holística a los niños y sus familias.

Implemento el funcionamiento de los Hospitales de Día, el sistema de Medico Orientador para mejorar la eficacia en el uso de los recursos de atención ambulatoria y el tratamiento ambulatorio de infecciones severas, entre otras practicas innovadoras.

Como otro de sus logros podemos destacar la Oficina de Comunicación a Distancia para optimizar el sistema de Referencia y Contra referencia con todas las Provincias y la Oficina de Representación del Paciente para facilitar la gestión de dificultades desde la visión del usuario.

La creación de La Coordinación de Gestión de Calidad confirma su decisión de trabajo y compromiso con la mejora continua en todas sus actividades institucionales.

Esta Institución fue inaugurada, el 25 de agosto de 1987, como un hospital de gestión descentralizada económica, financiera y contable y un marco normativo propio, incrementado a partir de la Reforma Constitucional de 1994 que lo transforma en un Ente Bi-Jurisdiccional, a partir del cambio de status jurídico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, motivo por el cual no se encuentra incluido en la Ley 24156

Esta situación de autarquía legal y financiera constituye la base de sus fortalezas y oportunidades y también la de sus responsabilidades, desafíos y amenazas: La Auditoría Interna no desarrollo tareas relativas a su función específica durante el año 2010, no tenía confeccionado un plan anual de auditoría y su auditor Interno estuvo ejecutando tareas en el área de recursos humanos

Anexo I - Presentación Premio Nacional a la Calidad

Año 2010

Categoría: Pública, Poder Ejecutivo, Nacional y Municipal, Descentralizado

Cat.IV, más de 1000 empleados

Inauguración 25/08/1987.

Misión: Ser modelo referencial de la alta complejidad pediátrica con un nivel de excelencia en sus prestaciones

A raíz del establecimiento de un ente jurídico administrativo se pretendía implementar un régimen de descentralización administrativa que implicara autarquía:

- Económica
- Financiera
- Contable

Surge un modelo de atención pediátrica de excelencia con niveles de máxima complejidad para cumplir la misión de ser un hospital de referencia nacional con integración gradual en una red de servicios pediátricos pluralista.

- 501 camas habilitadas: 140 de cuidados intensivos
- 2009-337045 consultas externas / 1964817 egresos de internación

Características:

Desarrollo de la internación clínica en el cuidado progresivo de los pacientes

Funcionamiento del Hospital de Día

Definición de perfiles para facilitar la selección de personal privilegiando la idoneidad

Horario prolongado para la mayoría de sus agentes

Formación de equipos de trabajo interdisciplinarios para la asistencia de los pacientes en las diferentes etapas del proceso de atención

La internación se realiza en unidades polivalentes relacionadas con la criticidad de los cuidados que se requieren.

Asistencia y gestión por médicos clínica y consultas a especialistas. Esto permite brindar una atención integral a los niños y sus familias.

Logros obtenidos a lo largo de la gestión:

- ≈ Historia Clínica unificada
- ≈ Médico Orientador
- ≈ Unidades de Internación Polivalentes gestionadas por médicos clínicos
- ≈ Hospital de Día

- ~ Tratamiento Ambulatorio de Infecciones Severas
- ~ Cuidados Especiales Postquirúrgicos
- ~ Ventilación Mecánica no Invasiva fuera del área de terapia intensiva
- ~ Oficina de Comunicación a distancia
- ~ Coordinación de Gestión de Calidad
- ~ Oficina de Representante de Paciente
- ~ Transplantología en el Hospital Público
- ~ Banco de Tejidos
- ~ Banco de Células Progenitoras Hematopoyéticas de Sangre de Cordón
- ~ Banco de Tumores
- ~ Implante Coclear
- ~ Farmacia Clínica con unidosis por paciente
- ~ Estudios de biología molecular, inmunología y citogenética
- ~ Formación de profesionales y técnicos nacionales y extranjeros
- ~ Residencia de Enfermería Pediátrica
- ~ Premios Nacionales e Internacionales

Se crearon:

- ~ Dirección de Atención al Paciente: para tratar de facilitar la gestión desde la visión del paciente
- ~ Proyecto de Referencia y Contrarreferencia: trabajando con diferentes provincias
- ~ 6 nuevas camas a Terapia Intensiva Cardiovascular: para afrontar la demanda de cirugías urgentes y el transplante cardíaco

Se optimizó la utilización del quirófano, se incorporó un RMN, un acelerador lineal, un ecógrafo tridimensional, el autoanalizador para el diagnóstico de enfermedades congénitas del metabolismo, el sistema de asistencia circulatoria mecánica y una cámara gamma (para estudios nucleares).

Durante el período 2006/2008 se repararon 17.300m² y se construyeron 9000 m² cubiertos.

Política de Calidad – Visión, Misión y Valores del Hospital Garrahan

VISION

Atender pacientes pediátricos con patologías complejas

Alto desarrollo tecnológico y nivel científico-técnico

Satisfacción de usuarios y personal

Mejorar continuamente la gestión

Preservar el medio ambiente

MISION

Asistir niños de 0 a 16

Centro de referencia para la atención de la alta complejidad

Abordaje integrador de los pacientes por medio de la coordinación de clínicos pediatras

Actividades de docencia e investigación

Desarrollo de avances científicos

Conducta ética y preservación del medio ambiente, seguridad y salud ocupacional

VALORES

Solidaridad, Equidad, Ética, Efectividad (eficacia + eficiencia)

CRITERIOS:

1) LIDERAZGO

Distintas acciones que muestran un liderazgo de tipo innovador, proactivo y participativo

Sucesivas direcciones centran su foco en el Paciente-cliente-usuario propiciando la coordinación por clínicos pediatras garantizando la "no fragmentación del paciente en sus diferentes sistemas biológicos"

1999: Comité de Central de Calidad

2003: Coordinación de Gestión de Calidad

Objetivos. Implementar, desarrollar y mantener una cultura de calidad con foco en el Usuario (Paciente y su familia) y en la mejora continua de los procesos.

El Hospital colabora con los principales efectores de las ciudades más importantes de cada provincia. Con la promoción de programas de reciclaje llega a la comunidad.

Mandos altos y medios involucrados en elaboración de presupuesto.

2005: Dirección Asociada de Atención al Paciente

2008: Oficina de Representante del Paciente

2010: Se amplía la estructura de la Coordinación de Gestión de Calidad incorporando al Departamento Organización y Métodos

Comité Central de Calidad se encuentra liderado por la Dirección del Hospital. Busca la participación operativa.

1997: Oficina de Comunicación a Distancia que es base del actual Programa de Referencia y Contrarreferencia.

Visión holística sobre el paciente de los médicos coordinando equipos interdisciplinarios.

Los valores de la institución: Solidaridad, Equidad y Efectividad.

Ejemplos donde se apliquen éstos valores:

- Dirección Asociada de Docencia e Investigación
- Oficina de Comunicación a Distancia
- Programa de Referencia y Contrarreferencia
- Atención de alta complejidad a niños de países vecinos
- Hospital de Día
- Tratamiento ambulatorio de Infecciones Severas
- Unidosis de fármaco por paciente
- Preparación de alimentación parenteral en forma centralizada
- Coordinación de Evaluación de Tecnología Sanitaria
- Organización de los Centros de Pedidos
- Selección de personal por concurso
- Licitaciones públicas
- Confidencialidad y resguardo de la información de pacientes
- Consentimientos informados
- Creación del Comité de Ética en 1994

El cumplimiento de la Misión queda demostrado en el "alto grado de credibilidad alcanzado en la comunidad". A través de medios objetivos (encuestas) y subjetivos (publicaciones en los medios) se puede evaluar la conformidad de los usuarios.

Año 2007 – Creación de Dirección Asociada de Atención al Paciente

Año 2008 – Inauguración de la Oficina de Representante del Paciente

Con estas herramientas se trabaja para conocer los niveles de satisfacción de los usuarios junto con la Coordinación de Gestión de Calidad.

1999 – Se define el Comité Central de Calidad

2003 - Coordinación de Gestión de Calidad

2010 - El Departamento Organización y Métodos se integra a la estructura de la **Coordinación de Gestión de Calidad**. Desde entonces, la Coordinación está conformada por **6 personas fijas, 35 facilitadores internos y 20 auditores internos**.

Acciones concretas relacionadas con la asignación de recursos son:

- Inicio de formación RRHH en el año 1998 con la participación y coordinación del Instituto Nacional de la Administración Pública
- 1998 - Se crea el comité de Medicina Basada en Evidencia
- Cursos de Calidad anuales de 50 y 100 hs
- Curso anual de gestión e investigación pediátrica
- Formación de facilitadores y auditores

- Desarrollo de sistemas de gestión autónomos para realizar certificaciones externas de calidad ISO 9001 y buscando la acreditación de técnicas de laboratorio según ISO 15189

Se invirtieron recursos económicos en consultoría externa.

Existen hechos que refuerzan el enfoque hacia la calidad como:

- Comité Central de Calidad interdisciplinario
- Comités hospitalarios
- Los facilitadores
- Auditores Internos
- Presentación a diferentes premios

Involucramiento del Equipo de Dirección:

- **Calidad en la planificación estratégica:** Aplicación de un FODA institucional para abordaje de objetivos vinculados con la misión y visión. Estos objetivos se traducen al Plan Operativo en el Presupuesto Anual
- **Despliegue de políticas, objetivos y metas de la calidad:** Reuniones periódicas con conducción superior e intermedia
- **Revisión cuidadosa de los planes y avances en calidad**
- **Dictado y participación en cursos y conferencias sobre el tema:** 1998- Revisión de procesos hospitalarios en talleres con la colaboración del Instituto Nacional de Administración Pública. Múltiples cursos sobre Medicina Basada en Evidencia. 2000- Cursos de Calidad. 2008- Curso Integral de Gestión de Calidad (150 hs). 2009/2010 – Auditores Internos, formación de facilitadores.
- **Participación en Comités o Equipos de trabajo de calidad:** Existen: Comité de Historia Clínica, Farmacovigilancia, Epidemiología, Tecnovigilancia, Hemoterapia, Seguridad del Paciente, Mortalidad, Seguridad del Trabajo, No conformidades y Desvíos.
- **Reconocimiento al personal por logros de calidad**
- **Asistencia a reuniones con usuarios y proveedores internos y externos:** Hospital tiene buzones y libros de quejas y sugerencias. Informes periódicos desde la Oficina de Representante del Paciente. A través de la Coordinación de Relaciones Institucionales y Comunicación Social y el Programa de Referencia y Contrarreferencia se vincula con otras instituciones de salud.
- **Seguimiento de estadísticas de satisfacción del usuario:** A través de la Oficina de Representante del Paciente. Anualmente se realizan encuestas de satisfacción del paciente internado y ambulatorio.

- **Atención a las demandas de la comunidad:** Oficina de Comunicación a Distancia Dirección da respuesta a las necesidades de los pacientes, cumpliendo con la visión y misión del Hospital, sosteniendo los valores institucionales todo el tiempo. El cumplimiento de los objetivos respecto del Sistema de Gestión de la Calidad evidencia el desempeño de la Dirección. Se refleja en la medición de indicadores de resultado de la Institución, de producción, encuestas de satisfacción, clima laboral, ejecución presupuestaria, etc.

Logros

- Creación de Dirección Asociada de Atención del Paciente
- Creación de la Coordinación de Gestión de Calidad y su unificación con el Departamento de Organización y Métodos
- Diseño de la gestión de compras con Centros de Pedido
- Historia Clínica Única
- Oficina de Comunicación a Distancia
- Oficina de Representante del Paciente
- Mejora de procesos permanente
 1. Disminución de pasos pre-quirúrgicos
 2. Disminución de la estancia media a través de revisión y la elaboración de nuevas guías clínicas
 3. Disminución de la lista de espera gracias a módulos vespertinos y aumento del número de camas
 4. Prolongación de horario de cirugías hasta las 20 horas
 5. Procesos en vías de acreditación (Hemoterapia, Laboratorio y Abastecimiento)
 6. Contrarreferencia: una copia al paciente y otra online al profesional que lo derivó
- Cambios estructurales:
 1. Foco en el paciente: incremento de camas en UTI, ampliación de los consultorios, reformas en la guardia, reestructuración edilicia para incorporar nuevos equipamientos, reestructuración de salas de internación
 2. Foco en cliente interno: Construcción de Jardín Maternal, ampliación de Laboratorio de Absorción Atómica y Toxicología, traslado y ampliación del área de Farmacia, refacción de los dormitorios de médicos y personal de guardia, remodelación y modernización de las aulas de la Dirección Asociada de Docencia e Investigación, etc.

3. Cambios en estructura Organizacional: Creación del Departamento Coordinación Logística de Abastecimiento, cambios en la estructura de Gerencia de Mantenimiento, Obras y Atención al Usuario, creación de Departamento Desarrollo de la Carrera Hospitalaria

2) ENFOQUE EN EL USUARIO

Usuario: Paciente niños y niñas de 0 a 16 años y sus familiares

- a) Conocimiento del usuario mediante distintos sistemas, herramientas y métodos:

1993- Encuesta de satisfacción de usuarios de CCEE (Se reprogramaron agendas con más turnos semanales para disminuir demoras)

1994- Cuestionario a personal sobre quejas y/o opiniones de usuarios

1995- Encuesta para conocer perfil epidemiológico de pacientes del Gran Buenos Aires

1997- Encuesta para determinar perfil epidemiológico y ajustar de acorde a él la organización interna. Finalidad: Optimizar derivaciones y personalizar la contrarreferencia

1998- Relevamiento de horario de llegada de pacientes (Se incorporó un enfermero a partir de las 6 am). Relevamiento de datos sobre tiempo de espera en Emergencias (Se creó el consultorio de Bajo Riesgo Vespertino hasta las 20hs). En el Hospital de Día Clínico-Quirúrgico se implementó un programa para Cirugías Blandas. Creación de Posta de Bronquiolitis por aumento de patologías respiratorias epidémicas.

2000- Encuesta de grado de satisfacción en el proceso de atención ambulatoria en comparación con el Hospital Durand y Alvarez. Encuesta de satisfacción que derivó en construcción de sanitarios nuevos, colocación de televisores en área de espera, modificación en agendas de consultorios externos y modificaciones en la Central de turnos.

2001- Análisis de libro de quejas implementando: buzones en área de atención, organizaciones de grupos de padres de pacientes con patologías crónicas, aumento de horas de bajo riesgo vespertino

2006- Creación de Dirección Asociada de Atención al Paciente. Evaluación en área de internación que derivó en: mejora en mecanismos de aceptación de derivaciones, elaboración de un formulario de derivación, creación de base de datos con información del profesional que deriva y del paciente.

2007- Evaluación que derivó en: Cambio en metodología para evitar sobretornos en consultorios externos. Agendas extras en algunos turnos. Consolidación del Call Center. Hoja de contrarreferencia informatizada

2008- Creación de la Oficina de Representante del Paciente. Elaboración del Manual de Orientación. Orientación programada vía fax. Habilitación de CCEE diferenciados y organización de talleres para adolescentes. Encuentro semanal de padres del interior con Servicio Social

2009- Talleres de capacitación para personal de la ORP con informes en sistemas de análisis estadísticos. Mejoras en salas de espera. Festejos de cumpleaños de internados. Publicación de revistas. Remodelación de sala de padres de Terapia Intensiva. Entrega de folletos sobre APS.

Proyectos a futuro- Garrahan TV. Revista para padres.

Sistemas para mejorar el servicio al ciudadano

ORP tiene como objetivo la resolución de situaciones de RQSA en el menor plazo posible de manera directa. Metodología: entrevistas, reuniones grupales de acercamiento. Se evalúa su pertinencia.

RQSA se pueden presentar a través de distintas vías: Presencial, Telemática, Correo postal Formularios, accionar, tiempos y estrategias para brindar respuestas están definidos. Las respuestas se transmiten a los familiares directamente en común acuerdo con los servicios involucrados y/o la Dirección si lo amerita.

ORP realiza informe trimestral y anual.

ORP + Direcciones + Gerencias + Servicios se encargan de hacer llegar evaluaciones a las áreas involucradas para que se generen los procesos de mejora necesarios.

Las evaluaciones para el ingreso del personal evalúan actitudes ante situaciones de estrés y dar respuestas inmediatas que incluyan contención, análisis, previsión de dificultades mayores y compromiso. Se busca conocer el marco de valores que encuadra a los postulantes. La metodología es producto del trabajo de un grupo de sociólogos. Luego se implementaron los Talleres de Trabajo acerca del Estrés Laboral (2003) a modo de mejorar el ambiente laboral.

Periódicamente se evalúa el desempeño individual del personal del sector.

3) DESARROLLO DEL PERSONAL

Los métodos para la participación del personal están enfocados en 4 aspectos:

- Capacitación: Dirección Asociada de Docencia e Investigación que implementa programas, cursos e iniciativas que promueven el desarrollo del personal.
- Diseño: Talleres que estimulan el análisis de las actividades con una mirada de procesos y el armado de un Mapa de Procesos
- Facilitación y Seguimiento: Designación de un facilitador buscando incrementar la responsabilidad en la mejora continua de la calidad. Nombramiento de auditores internos para monitoreo del desempeño de los procesos.
- Difusión: Video que explica herramientas de la calidad y experiencia de implementación. Espacio para gestión de calidad en la página intranet. Memos y circulares. Carteleras. Comunicación institucional de calidad al inicio de ateneos.

La documentación en actas sirvió para elaborar indicadores para medir el grado de participación del personal.

El Departamento de Organización y Métodos promueve y sostiene la utilización de herramientas de calidad en el Hospital

3.1 Educación

Capacitación planificada y gestionada desde la Dirección Asociada de Docencia e Investigación (DADI).

Iniciativas y temas se identifican a partir de cada servicio, la Coordinación de Gestión de Calidad y la DADI.

Los destinatarios del proceso son clasificados en 3 grupos:

- Educación continua: destinado al personal del Hospital facilitado por becas
- Capacitación: en el Hospital a través de programas que se desarrollan en la institución o como parte de una rotación, pasantía o visita observadora. La DADI interactúa con el GCBA, el Ministerio de Salud de la Nación y Universidades. Los programas se actualizan anualmente por medio de una evaluación.
- Oferta educativa: Para integrantes del equipo de salud externos a la Institución.

En el Hospital se desarrollan Jornadas, Congresos y demás eventos científicos originados en proyectos de los diferentes servicios.

La DADI recibe anualmente vía formularios *on-line* solicitudes de las áreas y servicios del Hospital para la programación docente del año siguiente.

Se ha priorizado la necesidad de evaluaciones sistemáticas para cursos y actividades. Se ha aprobado un sistema de acreditaciones que otorga un puntaje diferencial a aquellas actividades con evaluación final presencial e individual.

Además de las evaluaciones internas que certifican la actividad, se realiza el seguimiento de los egresados mediante indicadores que auditan la presentación a los exámenes que certifican la especialidad.

3.2 Desarrollo

Seguimiento de las capacidades adquiridas, sumado al conocimiento de las personales y laborales a través del contacto permanente con el responsable del sector.

El perfil de un nuevo puesto se determina al momento de la definición del mismo con las competencias y necesidades básicas y específicas. El Hospital realiza una continua revisión de los perfiles de los puestos de trabajo de acuerdo a los avances científicos, tecnológicos y de gestión.

El Hospital promueve el conocimiento y desarrollo de nuevas habilidades como base para el desarrollo de la carrera laboral.

La Carrera Hospitalaria se encuentra dividida en tres agrupamientos (Conducción, Logística y Asistencial) que a su vez se encuentran divididos en tramos de acuerdo a los requerimientos cognoscitivos de los puestos de trabajo que lo componen. Para promocionar de un nivel al

superior, el personal deberá acreditar la permanencia en el cargo, evaluaciones satisfactorias y capacitación curricular.

3.3 Desempeño y reconocimiento

Se mide el desempeño anualmente por medio de la Gerencia de Recursos Humanos con la intervención de cada jefatura. Se toma en cuenta: cumplimiento, calidad de trabajo, rendimiento e iniciativa y responsabilidad.

Existe un comité multidisciplinario con representantes de todas las áreas del Hospital que se encarga, junto con el Departamento Desarrollo de Carrera Hospitalaria, de investigar y preparar el nuevo instrumento de evaluación por competencias que se implementará con la nueva carrera.

La evaluación y mejora de la efectividad de los métodos mencionados se verán reformuladas a partir de la Nueva Carrera Hospitalaria.

3.4 Calidad de vida en el trabajo

La Dirección monitorea la evolución y cumplimiento de objetivo de mejora. La Coordinación de Calidad y el Comité de Clima Laboral aplican herramientas de monitoreo y asesoran en el tema. Desde cada proceso y área del Hospital se gestiona diariamente el ambiente de trabajo desde 3 ejes:

- Ergonómico: Analiza aspectos relacionados con el entorno del puesto de trabajo laboral.
- Infraestructura: Aspectos estructurales en relación al clima laboral.
- Relaciones humanas: Servicios al personal, equipo de psicología institucional, jardín maternal, promoción del trabajo en equipo, liderazgo participativo, entre otras.

La Dirección busca gestionar las relaciones humanas del personal en un ambiente de justicia, equidad y transparencia.

En el año 2005 se realizó la primera encuesta formal para investigar el clima laboral. En el 2007 se formó el Comité de Clima Laboral con representantes de diferentes ámbitos del Hospital. En 2009 se elaboró una encuesta que aborda temas como: Credibilidad, Respeto, Imparcialidad, Camaradería y Orgullo de pertenencia. A partir del 2010 se implementa encuesta anual y proyectos de investigación sobre el tema con grupos focales.

Las acciones correctivas o preventivas se presentan desde:

- a) Dirección: Líneas de acción globales para asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- b) Comité de Calidad: Se toman las definiciones de la Dirección para implementarlas en sus ámbitos de trabajo.

El Hospital promueve la participación de las asociaciones gremiales y profesionales.

4. INFORMACIÓN Y ANALISIS

El Hospital posee una caracterización de su cliente – usuario: paciente y familia a partir de quienes se comienza a conformar la fuente primaria de datos que incluyen:

- Nombre y apellido
- N° de documento
- Domicilio
- Sexo
- Fecha de Nacimiento
- Nombre y apellido de los padres
- Domicilios de los padres
- Datos de cobertura social

La Oficina de Comunicación a Distancia (OCD) cuenta también con el relevamiento de datos del usuario y del servicio que consulta.

Para conocer el desempeño de la organización en relación a la satisfacción del usuario se usan encuestas, relevamiento y análisis de quejas – reclamos y buzones de comentarios. La ORP se encarga de ésta actividad.

La información para la planificación y toma de decisión en la gestión de los procesos provienen de:

- a) Seguimiento y monitoreo de los indicadores
- b) Percepción de satisfacción y gestión de las quejas
- c) Desempeño de los proveedores
- d) Satisfacción y clima laboral

Las fuentes: Sistema Informático Garran (S.I.G.), Oficina Central de Estadística, Departamento de Organización y Métodos, gerencias, direcciones, Tableros de Comando.

Desde el 2006 la Dirección Asociada de Atención al Paciente gestiona periódicamente encuestas y analiza quejas y reclamos.

Los criterios que se toman para la selección de la información están definidos a nivel nacional o internacional y están alineados con la visión, misión y valores de la Institución. Los datos se registran en los puestos de trabajo y son verificados por niveles de responsabilidad. Los responsables de los procesos comunican los datos en todo sector involucrado.

Esta información conformará los tableros de comando de cada proceso y el Tablero de Comando Estratégico del Hospital.

Los datos de los macroprocesos están centralizados, son de acceso limitado y poseen un *backup* periódico.

La Coordinación de Gestión de Calidad (CGC) centraliza y analiza la información y coordina acciones entre los distintos procesos y lo presenta a la Dirección para su revisión e incorporación en el plan estratégico.

Existen, dentro de los procesos, sistemas de validación de la información. En algunos casos se realizan controles de calidad externos, en otros por oposición de intereses o por coherencia clínica.

El análisis de la información tiene dos instancias: a nivel de los procesos y a nivel de la revisión por parte de la Dirección. Periódicamente se reúne analizando las variables institucionales, de calidad y de monitoreo de los procesos.

Se utilizan herramientas informáticas, tableros de control, sistemas de análisis estadísticos y revisión continua de la identificación de no conformidades o desvíos.

La Dirección plantea el plan estratégico a través del presupuesto. La información de resultados económicos y financieros permite evaluar la marcha del cumplimiento de dicho plan y tomar decisiones sobre adquisición de insumos, nuevas tecnologías, etc.

Para evaluar los métodos de análisis de la información para generar un proceso de mejora continuo se dan análisis desde los integrantes de los procesos de desvíos y no conformidades, en las reuniones de dirección y/o coordinación de los indicadores, acciones correctivas, preventivas, quejas y resultados de mediciones de satisfacción, desde la CGC y por medio de una revisión anual desde la Dirección.

Para el proceso de referencia para comparación y mejora respecto de otras organizaciones, se seleccionan las áreas mediante análisis periódico del desempeño en su totalidad. El caso paradigmático es el de los "GDR de internación". Se dispone de un plan de concurrencia a congresos, jornadas, seminarios y actividades docentes anualmente a los servicios. La Oficina Central de Estadísticas provee una estadística de producción básica para comparación con otras organizaciones a nivel nacional y provincial.

Cuando se identifica un indicador correspondiente a un proceso de gestión con resultados desfavorables se elabora un plan de mejora fijando un objetivo alcanzable a la realidad del Hospital. Para asegurar un proceso de mejoramiento continuo del proceso de referencia se da una evaluación de la eficiencia de las acciones y métodos. Se dan revisiones bibliográficas, evaluaciones de tecnología sanitaria, evaluaciones del comité de fármaco-vigilancia y participaciones en congresos, jornadas y seminarios.

5. PLANIFICACION

A raíz de la crisis institucional en el año 2005 se impuso la necesidad de reformular objetivos y redefinir procesos y planes. Se aplicó la herramienta FODA de dónde se concluye:

Fortalezas:

- a) marco jurídico administrativo que contiene las características de autarquía financiera y autonomía funcional
- b) desarrollo y sistematización de los registros
- c) imagen pública

- d) estabilidad de la gestión
- e) crecimiento tecnológico y rápida actualización y adecuación del personal
- f) interdisciplina, trabajo en equipo
- g) alto grado de profesionalización en la línea de ejecución
- h) orgullo de pertenencia

Debilidades:

- a) Desarrollo asimétrico en el personal
- b) Crisis de liderazgo en conducción intermedia
- c) Perjuicio de áreas por priorización de gastos (2002)
- d) Insuficiente trabajo en la comunicación integral
- e) Generación intermedia escasa
- f) Salarios que no acompañaron el crecimiento de conocimientos y esfuerzos

Amenazas:

- a) Crisis económica con congelamiento de vacantes
- b) No aprobación o recortes en el presupuesto
- c) Decisión política cambiante para asegurar y sostener la disponibilidad de recursos económicos
- d) Exposición a cambios políticos y a luchas de poder
- e) Necesidades cambiantes de políticas públicas del sector de salud

Oportunidades:

- a) Continuar dirigiendo y administrando el Hospital conforme las disposiciones establecidas.
- b) Posibilidad de modificar estructura organizacional incorporando redes de comunicación internas y la profundización de externas
- c) Adecuar y continuar con la reglamentación interna del servicio
- d) Implementación y desarrollo de la Carrera Hospitalaria con la participación de todos los niveles.

Como consecuencia se definieron objetivos estratégicos a desarrollar:

- Consolidar el Hospital como modelo de gestión especializado en alta complejidad
- Generar canales institucionales de participación
- Lograr la participación de la Institución en las redes de atención y servicios
- Descentralizar áreas y servicios
- Planificar la remodelación edilicia
- Aumentar el porcentaje de camas para medicina de alta complejidad y realizar estrategias para internaciones cortas y optimización de la externación hacia lugares cercanos

- Crear áreas clínicas, comenzando por un programa piloto para pacientes con cardiopatías y patología neurológica
- Incorporar profesionales
- Mejorar los sistemas de Información
- Promover la Gestión de Calidad
- Desarrollar la estructura organizacional y profesional
- Enfatizan los procesos de Docencia, Investigación y formación continua.

La integración de los Valores, Visión, Misión, Políticas y Objetivos estratégicos se realiza en tres etapas:

1. Desglose de la Política de Calidad desde el Consejo de Administración y la Dirección Médica Ejecutiva
2. Reunión de Consejo de Administración, Direcciones y Gerencias para revisar y evaluar la información surgida de la gestión del Hospital. De esto surge el nuevo documento FODA institucional.
3. Definición de objetivos y planes de acción estratégicos

El personal participa desde su lugar de trabajo, de acuerdo a sus competencias, recabando información, analizando desvíos, proponiendo las soluciones. Son elevadas, analizadas, jerarquizadas y utilizadas en el proceso de planificación. Tal es el caso de:

- Datos relevados de los indicadores de los procesos.
- Datos relevados por la ORP
- Referencias (*benchmarking*) de macroindicadores
- Devoluciones a la dirección y a la coordinación
- Gestión de los intereses de los distintos grupos humanos

5.1 Planificación operativa

Los procesos y/o unidades en base a la misión, visión y valores y en conocimiento de los planes estratégicos elaboran una propuesta presupuestaria contemplando objetivos de calidad. Se definen nuevos proyectos, necesidades de equipamiento, personal, infraestructura. Se eleva a Direcciones y Gerencias, se discute y se define junto a los sectores hasta conformación definitiva. Las Direcciones elevan a la conducción superior las propuestas. Se evalúa el alineamiento de éstas con el plan estratégico y se desarrolla, aprueba, traduce y comunica el Plan Operativo Anual (POA) para su ejecución y seguimiento.

Las Direcciones, Gerencias y conducción intermedia monitorean el avance del cumplimiento y seguimiento de presupuesto y del POA. Desde el 2003 la CGC interviene en este proceso también. El monitoreo se da a través de un tablero de indicadores, con seguimiento diario, mensual, anual según el tema de que se trate y se analiza para detectar desvíos en el cumplimiento de los objetivos.

Los Ateneos de Indicadores constituyen una herramienta docente y de divulgación a la comunidad hospitalaria respecto del nivel alcanzado en los diferentes procesos.

6. ASEGURAMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD

8 macro procesos conformados por conjunto de procesos principales que interactúan entre sí. Todos los procesos cuentan con indicadores para evaluar su desempeño.

1. Macro proceso de Internación

Se inicia con el ingreso del paciente al área de internación. Incluye acciones para arribar a un diagnóstico, tratamientos necesarios, control de la respuesta al tratamiento, cuidados de alojamiento, alimentación, contención familiar, recreación, medidas de prevención, educación para la salud, rehabilitación. Finaliza con egreso del paciente, programando su seguimiento.

Puertas de entrada: derivación, demanda espontánea, internación programada desde CCEE u Hospital de Día.

La internación por cuidados progresivos convierte al paciente en el centro evitando su fragmentación en diferentes especialidades. Resulta en un máximo aprovechamiento de los recursos tanto humanos como materiales, adecuado ejercicio de la interdisciplina y optimización de la utilización de las camas.

Este macroproceso comprende tres procesos principales:

- a) Proceso de gestión diagnóstica utilizando Guías de Diagnóstico elaboradas en el Hospital. Tratamiento: Uso de Guías de Tratamiento y Manual Farmacoterapéutico para el uso racional de los medicamentos. Se utiliza una hoja de indicaciones informatizada con triple control (médico, farmacéutico y de enfermería). Puede ser necesaria la intervención de otras áreas como centro quirúrgico, intervencionismo, terapia radiante, kinesiología. Egreso: Considera estado clínico del paciente, adecuación del lugar de recepción, elementos necesarios para completar el tratamiento y los cuidados en casos especiales. Se ocupa de la organización de turnos para control, administración de tratamientos, reinternaciones, tipo de traslado necesario. Al alta se elabora una hoja de contrarreferencia informatizada (epicrisis). Puede ser enviada por correo o Fax a hospitales regionales o médicos de cabecera.
- b) Proceso de enfermería: Interactúa y se desarrolla con el de Gestión Clínica. Comprende: Administración de tratamientos, controles y cuidados que requiere el paciente y medicamentos. Coordinación de desplazamientos de los pacientes hacia diferentes servicios de diagnóstico y tratamiento.
- c) Proceso de gestión de la información: Registro de las decisiones médicas, cuidados de enfermería, recoplicación de información estadístico-filiatoria en el SIG y en la HC única permitiendo identificación unívoca, registro integral y acceso universal.

2. Macro proceso ambulatorio

- a) Guardia y Emergencias: Funciona las 24hs

- b) Orientación Médica: Hacia la especialidad de atención correspondiente según el riesgo mediante un consultorio integrado por un médico y un/a enfermero/a
- c) Atención de Consultorios Externos:
- Consultorio de bajo riesgo para la atención de enfermedades prevalentes
 - Consultorio de mediano riesgo para la atención multidisciplinaria de enfermedades complejas
 - Consultorio de Clínica Pediátrica para atención programada y seguimiento de pacientes externados
 - Consultorio de especialidades médicas con orientación en el día y atención programada
- d) Hospital de día:
- Clínico-quirúrgico: para la atención interdisciplinaria en el día de pacientes complejos.
 - Oncológico: para la atención espontánea y programada de pacientes con tumores malignos. Cuenta a su vez con Unidad para la infusión de drogas antineoplásicas.
 - Tratamiento Ambulatorio de las Infecciones Severas (TAIS) Logra el cumplimiento del tratamiento medicamentoso de los pacientes evitando su internación.
- e) Inscripción: centralización del registro de pacientes y la logística de las prestaciones indicadas y recibidas y el flujo del mismo dentro del macroproceso ambulatorio y su destino fuera de éste.

3. Macro proceso de Diagnóstico y Tratamiento

Atención de pacientes internados y ambulatorios.

- a) Laboratorio: 1 central y 18 especializados. Toma de muestras biológicas informatizada y centralizada.
- b) Interconsultas: Interactúan el clínico y especialistas necesarios
- c) Imágenes
- d) Farmacia: Preparación, farmacovigilancia, conservación, dispensación e información referente a drogas, medicamentos y material sanitario
- e) Hemoterapia: Suministro de sangre y hemoderivados
- f) Radioterapia: Tratamiento mediante la acción de elementos radiantes y de megavoltaje
- g) Alimentación: Supervisión y evaluación de la alimentación
- h) Kinesiología: Tareas asociadas a la recuperación y/o rehabilitación de diferentes afecciones cardiopáticas, funcionales y estéticas

- i) Servicio Social
- j) Patología: Actividades para el estudio histo y anatomopatológico de tejidos
- k) Banco de tejidos: ablación, procesamiento, almacenamiento, provisión, traslado, control de calidad y seguimiento postoperatorio de los tejidos
- l) Esterilización
- m) Centro quirúrgico

4. Macro proceso de Docencia e Investigación

Brinda servicios para favorecer la integración entre las actividades asistenciales, docentes y de investigación.

5. Macro proceso de Abastecimiento

Funciona bajo un modelo descentralizado basado en los Centros de Pedido (CP) y la Gerencia de Contrataciones y Suministros (GCyS). El Departamento Coordinación de Logística de Abastecimiento (DCLA) coordina la relación entre los CP y las GCyS.

Sistema de Logística para el Abastecimiento (SLOPA): conjunto de elementos constituido por toda la normativa vigente, procedimientos e instructivos, mapas de los procesos alcanzados y las aplicaciones informáticas con sus manuales operativos.

- a) Gestión de planificación para el abastecimiento: Asignación de rubros por CP, control de definición unívoca de los productos, asignación y reasignación de productos entre CP, definición de agrupamientos de compra.
- b) Gestión de estandarización de productos: Codificación de rubros y productos
- c) Gestión de requerimiento de abastecimiento: Generación de la solicitud de compra en pase al control del Punto de Pedido.
- d) Gestión de la homologación de proveedores y marcas: Conformación del registro de proveedores aptos para contratar y el registro de marcas aprobadas por el Hospital
- e) Gestión de la contratación: Actividades relativas al procesamiento del requerimiento de abastecimiento y posterior emisión de la OC/Contrato con los proveedores. Desarrollo de proveedores. Búsqueda de nuevas alternativas en el mercado.
- f) Gestión de los pedidos internos: Solicitud de entrega de productos que se requiere a los Depósitos internos para abastecer a los diferentes sectores del Hospital.
- g) Gestión de existencias: Administración de stocks y depósitos
- h) Gestión de la distribución interna: Puesta en el usuario de los materiales necesarios para su actividad

6. Macro proceso de Dirección

Diseña y ejecuta el marco estratégico cumpliendo con la Visión y Misión institucional

7. Macro proceso Gestión de Calidad

Interactúa con la totalidad de los procesos

8. Macro proceso de apoyo

- a) Gestión de Recursos Humanos
 - Haberes
 - Empleos
 - Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo
 - Guardería y Jardín Maternal
- b) Gestión de la Información: Documentación y explotación de los datos relacionados a las actividades desarrolladas con el paciente así como datos institucionales. Se está trabajando activamente en el proceso de informatización de HC.
- c) Asistencia Técnica y Mantenimiento de Infraestructura
- d) Servicios Generales
- e) Gestión Contable y Financiera: Registro de operaciones y movimientos del Hospital y su correspondiente reglamentación y control respectivamente
- f) Desarrollo de Sistemas Informáticos: Desarrollo, actualización, resguardo e Integración de las aplicaciones informáticas necesarias para el quehacer hospitalario.
- g) Relaciones Institucionales: Relación e intercambio con otras instituciones del país y del extranjero
- h) Representante del paciente: Implementación de acciones de mejora que permitan mediar y resolver los conflictos que se susciten en el Hospital, respetando los intereses de los niños y sus familias.

El diseño del proceso implica: 1-identificación de las necesidades sanitarias de la población pediátrica argentina. 2- elaboración de un plan a través de un grupo de expertos en conjunto con la dirección. 3- evaluación de la factibilidad técnica y económica. 4-implementación. 5- Seguimiento y evaluación continua a través de indicadores de resultado y de proceso.

Las oportunidades de mejora de los procesos se identifican mediante las actividades de múltiples actores que utilizan como herramientas:

- Observación directa
- Evaluación y análisis de los indicadores de los diferentes procesos
- Gestión del producto o servicio no conforme
- Evaluación de encuestas y RQSA
- Resultados de Auditorías internas
- Resultados de controles de calidad externos

Los procesos de apoyo participan en el diseño, implementación y mejora de los procesos principales a través del trabajo interdisciplinario:

- Grupos específicos de mejora
- Comités
- Acciones de los facilitadores

Todos los procesos poseen indicadores que permiten medir la efectividad. La Dirección Ejecutiva cuenta con la información organizada en un Tablero de Comando y un Anuario Estadístico publicados en la intranet y analizados mensualmente.

Cada proceso posee una carpeta de calidad en la que se centraliza la documentación crítica del mismo.

Los procesos de atención a los pacientes internados y a los ambulatorios están documentados y registrados en la HC única. Las acciones médicas están basadas en el manual "Criterios de Atención pediátrica I y II" redactado por profesionales de la Institución. Ocurre lo mismo para Enfermería.

Para la prescripción de medicamentos, el Hospital cuenta con un Vademécum pediátrico.

La difusión de nueva información y actividades se realiza a través de la intranet, carteleras, ateneos centrales e institucionales.

Ante la necesidad de modificar un proceso, los involucrados se reúnen, discuten y elaboran un documento que refleja los cambios. Se presenta a las autoridades quienes lo evalúan y deciden su aprobación. Posteriormente se difunde. Estos cambios se plasman en la modificación del documento y su archivo en la carpeta de calidad de cada proceso y en copia digital en la Coordinación de Calidad.

6.2 Procesos especiales:

Aquellos procesos que complementan la atención de nuestros pacientes buscando la mejora en su calidad de vida. Podemos mencionar:

Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS): Actividad destinada a orientar la incorporación y el uso de tecnologías en salud en base a la mejor evidencia científica disponible

Taller de reanimación cardiopulmonar (RCP)

Taller de Hospital de Día oncológico: espacio para desarrollar actividades creativas, artísticas e informáticas a niños y adolescentes con patologías oncológicas

Programa de Referencia y Contrarreferencia: Destinado a facilitar la consulta y/o derivación adecuada y oportuna de los pacientes del interior del país

Escuela Hospitalaria: permite a los niños con tratamientos prolongados mantener sus actividades escolares y facilita de esta manera la reinserción a sus actividades

Biblioteca infantil

Sala de Juegos: bajo la supervisión del área de Salud Mental

Casa Garrhan: Gestionada por Servicio Social para niños del interior del país sin cobertura, con sus madres, bajo tratamiento ambulatorio de los Hospitales Garran, Elizalde y Gutiérrez.

Medicina Integradora: Creado en septiembre del 2006 para aplicar estrategias y técnicas integradoras a la atención pediátrica convencional

El Hospital a través de su relación con las autoridades sanitarias nacionales y provinciales se detectan necesidades en las comunidades. Con el programa de referencia y contrarreferencia

se da respuesta a las mismas a través de convenios con diferentes provincias. El contacto del paciente y su familia con los distintos miembros de la institución produce la detección de necesidades que se registran y son evaluadas por la dirección.

A través de los resultados de los indicadores de los procesos especiales y la satisfacción de los usuarios es como se evalúa la efectividad del sistema de diseño y sus posibles modificaciones

6.3 Control de Calidad

Los procesos principales y de apoyo son evaluados de manera permanente mediante indicadores de seguimiento y desempeño a través de las Direcciones, Coordinaciones, Jefaturas, los Comités interdisciplinarios, Auditorías Internas de Calidad y Facilitadores.

Las causas de las no conformidades o desvíos se analizan descentralizadamente en cada servicio. Para ellos se capacita a la conducción intermedia en la resolución de problemas, manejo de herramientas de calidad, liderazgo, resolución de conflictos y *Management* actitudinal.

Desde el 2009 se ha formalizado y estandarizado el manejo de no conformidades. La implementación es progresiva encontrándose a la fecha en ejecución en: Hemoterapia, Laboratorio, Abastecimiento, Centro de pedidos de laboratorio, Banco de Tejidos y Enfermería. Desde la conformación de Comité de desvíos, Acciones Preventivas y Correctivas se ha mejorado la herramienta evolucionando a un formulario electrónico y se centralizaron los esfuerzos de implementación y capacitación.

Las sugerencias y oportunidades de mejora detectadas por el personal son recogidas por la jefatura y la conducción intermedia. En reuniones semanales entre Jefes de Servicio con su Director Asociado se evalúan y discuten los desvíos potenciales. Las acciones preventivas propuestas son evaluadas y puestas en acción.

6.4 Proveedores

Los Centros de Pedido definen las características y estandarizan los productos que requieren según el rubro y agrupamiento de compra en el sistema informático. El criterio general para establecer si un producto es crítico está en relación con el impacto que su falta puede tener sobre el nivel de prestación del servicio que lo requiere.

La calidad de los productos, servicios y proceso de los proveedores se asegura a través de:

- Evaluación de las muestras presentadas por proveedores nuevos o de productos nuevos de proveedores habituales.
- Reportes a la Gerencia de Contrataciones y Suministros (GCyS) de los resultados de las evaluaciones
- Utilización del resultado para la toma de decisiones al realizar el informe técnico
- Evaluación de ofertas que los centros de pedido realizan
- El Hospital puede ordenar la inspección de las instalaciones de los proveedores

- Se está desarrollando un sistema que va a permitir un mayor control de calidad de los productos

Existe un mapa de procesos que incluye:

Evaluación inicial: el responsable del registro de proveedores recibe, controla y gestiona el análisis de la documentación requerida a los proveedores, ingresa los datos al registro, confecciona el legajo y lo archiva.

Evaluación de productos: El centro de pedidos solicita muestras cuya evaluación es documentada e informada a la GCyS para la actualización del registro.

Evaluaciones trimestrales: solamente para los proveedores de bienes y/o servicios críticos.

Rescisiones, sanciones y multas: Pueden solicitar ante la Gerencia de Contabilidad de gestión la rescisión de la orden de compra/contrato. Puede derivar en la aplicación de multas y sanciones previstas en el Reglamento de Contrataciones.

Calificación anual

El Hospital administra dentro de su registro proveedores potenciales, nuevos y activos.

Los potenciales son los q se presentan espontáneamente o bien pueden ser invitados por los compradores a cotizar en un trámite de compra pero que no han sido adjudicados previamente.

Los nuevos son los que fuero adjudicados al menos una vez en algún trámite de compra.

Los activos son los que fueron sometidos a una calificación anual.

En la actualidad cuenta con 4500 proveedores registrados, de los cuales 2200 fueron adjudicados al menos una vez. Anualmente, contrata en promedio con 617 proveedores y rotación promedio es del orden de 19.7%.

El nivel de requerimientos que el Hospital establece exige a los proveedores que implementen planes de mejora continua y encontrar la solución de compromiso entre calidad y precio.

Todo producto que es utilizado en la atención directa al paciente cuentan con la aprobación del ANMAT que exige entre sus requisitos la presentación de un manual de elaboración del producto que exprese la aplicación de un sistema de calidad.

6.5 Evaluación del Sistema de Calidad

Se encuentra bajo la responsabilidad de la Coordinación de Calidad y se operativiza a través de la interacción de los auditores internos de calidad y los facilitadotes. La frecuencia está dada por la planificación anual y el seguimiento es realizado por los facilitadotes y documentado en la Carpeta de Calidad. Calidad evalúa las carpetas, los informes de facilitadotes y resultados de auditorias elevando a la Dirección informes periódicos.

El desempeño del sistema de gestión de calidad se evalúa considerando el monitoreo de:

1. Reuniones quincenales del Comité Central de Calidad
2. Evaluación anual de satisfacción del usuario (encuestas) y evaluación trimestral de la ORP
3. Seguimiento de indicadores claves según la frecuencia definida para cada uno de ellos

4. Cumplimiento de los planes de mejora y eficacia de las acciones correctivas
5. Diseño e implementación de un plan de auditorías internas de calidad

El producto de los monitoreos, auditorías y resultados de revisión se documentan y difunden a los responsables de los procesos a modo de plan de acción. Coordinación de Gestión de Calidad es el responsable del monitoreo de dichas acciones. La confiabilidad del sistema de calidad está dada por la consistencia interna de las diferentes mediciones de los indicadores a través del tiempo y su comparación con resultados nacionales e internacionales.

7) IMPACTO EN EL ENTORNO FISICO Y SOCIAL

7.1 Ética en la gestión

El Hospital en su política de calidad se compromete con el valor de la ética. El "reglamento del personal" detalla deberes, derecho y prohibiciones del personal que reflejan los valores éticos de la institución. Dicho reglamento se entrega a todo el personal y se difunde en la intranet.

El Comité de Ética es el que centraliza los conflictos éticos tanto de asistencia como para la aplicación de protocolos de investigación. Se crea en el año 1994 y está conformado por personal de todas las disciplinas. En el 2003 se crea el Sub Comité de Ética de la investigación.

Los principios éticos de atención, administración y gestión rigen en toda la actividad asistencial tanto en personal con acción directa sobre pacientes así como también en el personal contratado o que trabaja para empresas contratadas por el Hospital.

La investigación llevada a cabo por la Dirección de Docencia e Investigación debe ser evaluada y aprobada por el Comité de Ética y el subcomité.

En forma planificada y con periodicidad semanal, el Comité de Ética se reúne con el fin de abordar la agenda de temas que requieren la discusión de los participantes del mismo.

7.2 Difusión y promoción de la cultura de la calidad en la comunidad

El compromiso hacia la sociedad se halla reflejado en la Misión y en la conducción del Hospital. El resultado se ve en la concreción de proyectos: secundario para adultos, cursos en casa Garrahan de cocina para madres con niños especiales y educación para la salud, cursos de RCP, cursos de educación y salud sobre el abordaje pedagógico del niño hospitalizado articulado por la Fundación Garrahan, entre otros.

El Hospital a través de su programa de Referencia y Contrarreferencia (en vigencia desde el 2005) sale a la comunidad capacitando a otros centros de salud y a la comunidad en temas asociados a la educación para la salud. La implementación de Oficinas de Comunicación a Distancia (OCD) en otros centros asistenciales, brinda una oportunidad de capacitación continua y difusión en red.

Desde la coordinación de calidad se desarrollan e implementan importantes iniciativas para la promoción de la cultura de calidad en otras instituciones y en el público en general.

La OCD cuenta con administrativos y profesionales propios. El programa de referencia y contrarreferencia cuenta con un conjunto de colaboradores, personal médico y administrativo que trabajan *parttime*. Se instalaron sistemas de comunicación a distancia en ciudades del interior. El Hospital cuenta con aulas tecnológicamente equipadas para el dictado de actividades de formación que conforman estos programas.

Aproximadamente 15% de las "horas profesionales" se destinan como referente de calidad en los programas externos y en la organización del curso "Modelo de gestión de calidad para servicios y programas de establecimientos asistenciales".

7.3 Preservación del medio ambiente

El compromiso hacia la preservación del medio ambiente se detalla en los objetivos estratégicos y metas del plan estratégico y planes de acción surgido del FODA institucional.

En 2005 se crea la "Unidad Pediátrica Ambiental Garrahan" (UPA) que trabajan a partir de las prioridades definidas por la Organización Mundial de la Salud. El compromiso con el medio ambiente se traduce en planes concretos para asegurar el rumbo de los programas medioambientales:

- ❖ Programa de Hospitales Saludables:
 - Recolección del mercurio: reemplazo de termómetros de mercurio por termómetros digitales y esfingomanómetros.
 - Programa de prevención de tabaquismo activo y pasivo
 - Programa de gestión de residuos: el Hospital participa del "Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo" que tiene por objetivo la demostración y promoción de mejores técnicas y prácticas para la reducción de desechos generados por la atención de la salud.
 - Convenio con ACUMAR (Autoridad de Cuenca Matanza-Riachuelo) para las determinaciones bioquímicas para los residentes del área
- ❖ Programas para introducir y concienciar al equipo de salud y a las familias que concurren a la Institución.
 - Programa educativo para prevención de intoxicación por monóxido de carbono
 - Programa educativo para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, Síndrome Urémico Hemolítico
 - Programa educativo para la protección de las radiaciones ultravioletas, para preservar la salud de la piel y el bienestar general

Se llevan a cabo a través de acciones internas de capacitación necesarias para la implementación del programa y externas de difusión. La información a la comunidad se realiza a través del desarrollo de material educativo para los niños y sus familias.

La UPA identifica y recopila requisitos legales medioambientales aplicables. Evalúa e implementa los nuevos requisitos y monitorea los existentes.

La estimulación y concientización se realiza didácticamente a través de cursos y charlas apoyadas por material gráfico. Se llevan a cabo talleres y encuestas. Se realiza una obra de teatro semanal en la sala de espera del consultorio.

Se utiliza al personal del Hospital destinando horas de su jornada laboral para desarrollar aquellas actividades destinadas a estimular y facilitar los programas. Semanalmente se realizan reuniones de seguimiento y evaluación de objetivos y planes de trabajo.

La Fundación Garrahan promociona y comunica los programas fuera del ámbito hospitalario. Anualmente la UPA evalúa los programas de preservación del medio ambiente y a partir de esto surgen los planes de mejora.

7.4 Sistemas de Gestión de seguridad y salud ocupacional

En su Política de Calidad y plan estratégico se expresan los objetivos con respecto a estas temáticas. En el 2009 la Dirección Médica Ejecutiva aprobó formalmente una "Política Institucional en Seguridad y Salud Ocupacional" donde los objetivos a gestionar son: alcanzar cero fatalidad, cero accidentes graves y cero enfermedades ocupacionales. La difusión se realiza a través de cursos, folletería, simulacros de emergencias. El manual de inducción para el personal sobre medicina, higiene y seguridad en el trabajo se encuentra en la intranet.

Los programas que se llevan a cabo son:

- Gestión en prevención de riesgos del trabajo
- Gestión en prevención e investigación de incidentes, accidentes y enfermedades profesionales
- Gestión de residuos en establecimientos de salud
- Vigilancia del medio ambiente laboral

Se realiza el entrenamiento de la brigada de emergencias conformada por planta del Hospital, la actualización del Plan de Emergencia y elaboración y actualización de mapas de riesgos.

Existen detectores de humo conectados a una central de alarma, rociadores automáticos contra incendios, bocas hidrantes de incendios, matafuegos (manuales y rodantes), dosímetros de radiación y cabinas de flujo laminar con filtros HEPA que protegen al operador, al medio ambiente y al paciente.

Se trabaja bajo un sistema de revisión y de auditorías internas y externas programadas. El cumplimiento de las mismas se desarrolla a través de las evaluaciones y mediciones en los diferentes puestos de trabajo. Asimismo la capacitación planificada en aspectos claves asegura el cumplimiento de las exigencias. El área posee planificado los controles periódicos conjuntamente con la Aseguradora de Riesgo del Trabajo.

Para desarrollo de los programas y acciones descriptas la organización dispone de recursos informáticos y la estructura de la DADI para capacitación.

El sector de Higiene y Seguridad posee capacitación a lo largo del año que estimula la concientización del empleado de reciente ingreso, rotantes, becarios y pasantes y del personal

de planta permanente. Se realizan talleres con diferentes organismos externos. La Fundación Garrahan posibilita la capacitación y entrenamiento en cursos externos para la Brigada Voluntaria de Emergencia.

En el 2010 el cronograma incluye:

- Inducción a la bioseguridad
- Líderes de evacuación
- Riesgo de oficinas
- Riesgo ergonómicos
- Ruidos
- Capacitación sobre riesgos biológicos in situ
- Riesgos biológicos
- Cuidado de equipo de protección personal
- Riesgo eléctrico
- Orden y limpieza
- Trabajo en altura

El área posee un tablero de indicadores que posibilita la medición y seguimiento de las actividades.

8, RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

8.1 Resultados obtenidos en la satisfacción de los usuarios

Del conjunto de encuestas realizadas se volcaron los resultados a las variables señaladas por la Dirección Asociada de Atención al Paciente. Del análisis surge que estimativamente el 5% se muestra insatisfecho o no conforme. La ORP focaliza su accionar en el intento de resolver las causas de esa insatisfacción. Uno de los instrumentos es el circuito de RQSA. Sólo el 6% de ese 5% no conforme especifica su queja o reclamo a través del circuito RQSA.

Se experimentó un incremento en el número de pacientes orientados que implica un mejor ordenamiento de la demanda y la satisfacción en el día de la consulta.

El sistema de orientación programada es una mejora que busca reservar turno diferido de orientación a pacientes que por distancia u otras razones justifica la imposibilidad de llegar temprano y acceder a la especialidad de acuerdo a los cupos preestablecidos. A partir del 2008 dichas Orientaciones programadas pueden ser realizadas a través del Fax. La orientación programada amplía la satisfacción de la consulta en aquellas especialidades que son más demandadas.

Mejoras en curso (2010): mantener nivel de resolución, mejorar la difusión y el conocimiento del funcionamiento de la Orientación médica.

8.2 Resultados obtenidos en la mejora del bienestar, la satisfacción, el desarrollo, el compromiso y el reconocimiento del personal

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Participación del personal en Gestión de Calidad				
	2007	2008	2009	2010
Cantidad de procesos		56	39	39
Cantidad de facilitadores de calidad	13	20	35	43
Facilitadores por proceso		0,4	0,9	1,1
Cantidad de Auditores internos de calidad			20	48
Auditores por proceso			0,5	1,2
Participantes en talleres del PNC (evaluadores)		3	2	5

Se llevó adelante una reestructuración en la Gerencia de Recursos Humanos creándose el Departamento Desarrollo de la Carrera Hospitalaria que impulsa y promueve acciones para la mejora del clima laboral.

Se trabaja en un nuevo indicador que evidencia el impacto de la difusión del manual de inducción y los planes de emergencia en la baja del registro de actividades laborales.

8.3 Resultados operativos obtenidos en la mejora de los resultados económico financieros, en la calidad de los productos y servicios, en la productividad y en los procesos principales, en la calidad de los servicios de apoyo y en la calidad de los proveedores y su desarrollo.

En el Premio a la Calidad se detallan tablas con:

1. Indicadores de seguimiento de los macroprocesos Internación y Ambulatorio de los años 2007, 2008 y 2009
2. Indicadores de seguimiento del macroproceso de Diagnóstico y Tratamiento de los años 2007, 2008 y 2009
3. Comparación de la calidad en la atención de pacientes internados con estándares nacionales e internacionales
4. Bacteriemias asociadas a vía central venosa (Infecciones intrahospitalarias) de los años 2007, 2008 y 2009. Dado el aumento de las bacteriemias en el 2010 se desarrolla el "Proyecto multidisciplinario de control de infecciones 2010" optimizando la calidad de atención.
5. Indicadores del macroproceso Docencia e Investigación
6. Indicadores del Sistema de Logística para el Abastecimiento
7. Indicadores económico-financieros. Se están implementando planes de refinanciación de deudas de distintas entidades de la seguridad social con el fin de disminuir la morosidad existente

8.4 Resultados obtenidos de la responsabilidad social del organismo con respecto al entorno físico y social.

- Curso de Reanimación Cardiopulmonar destinado a padres de pacientes, personal del hospital y la comunidad: 2007=300, 2008=540, 2009=540.

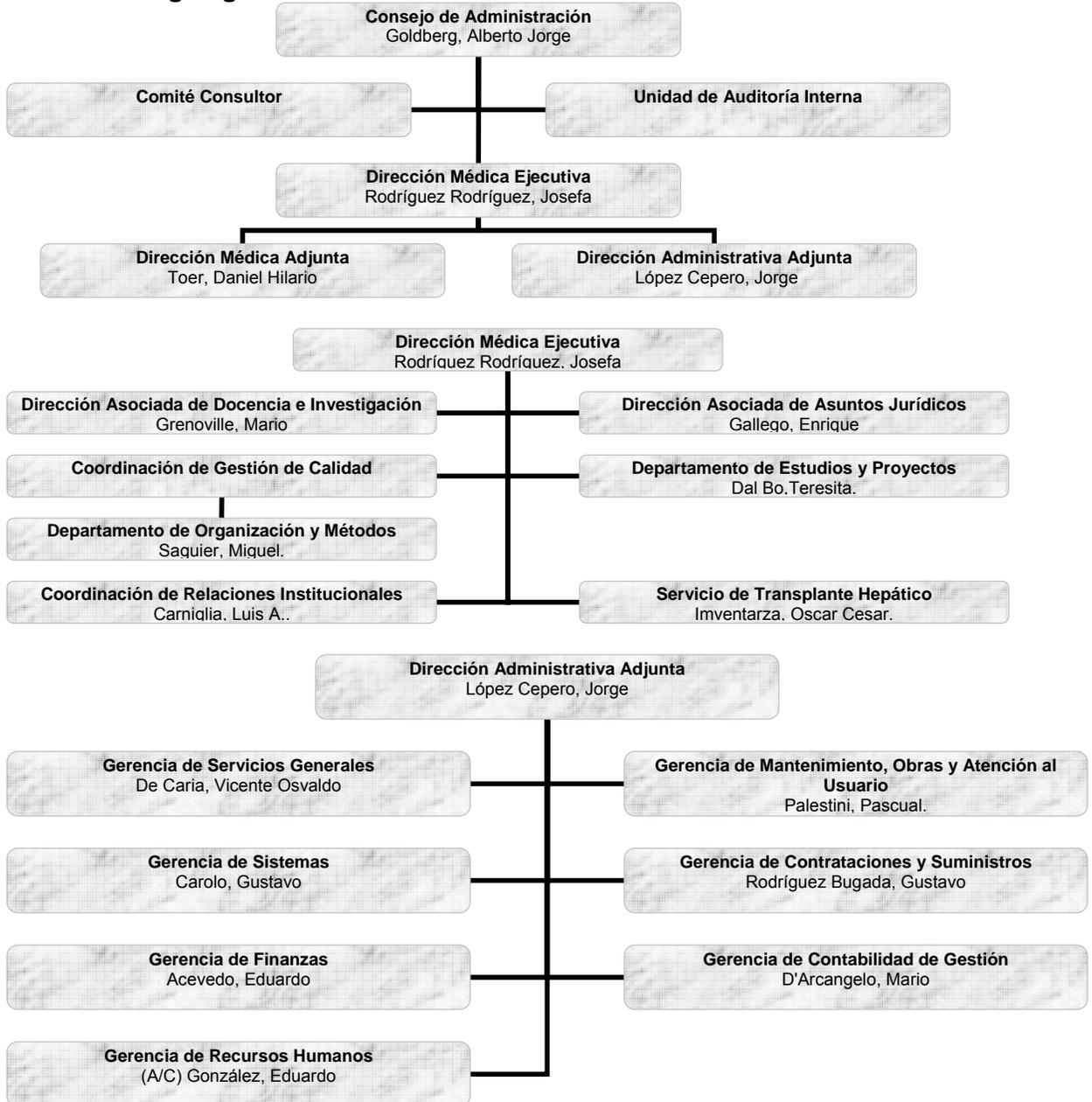
"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Actualmente se están implementando a través de la Fundación Garrahan en ciudad del interior del país.

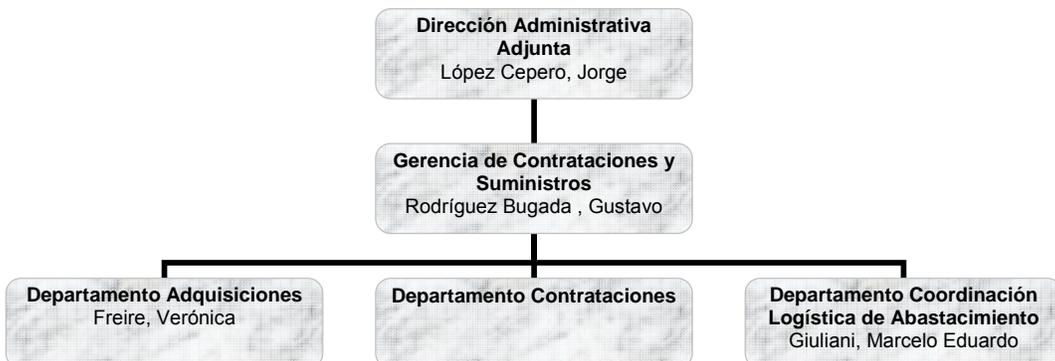
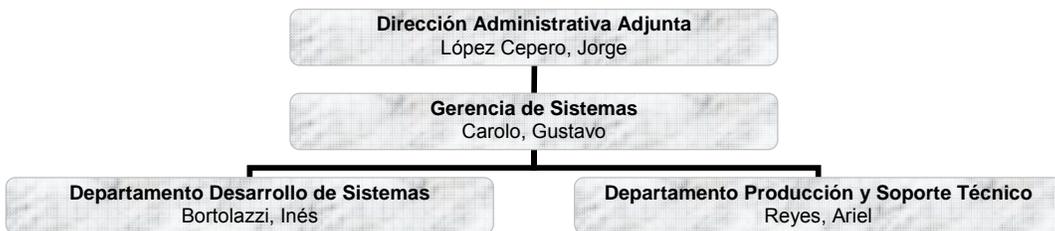
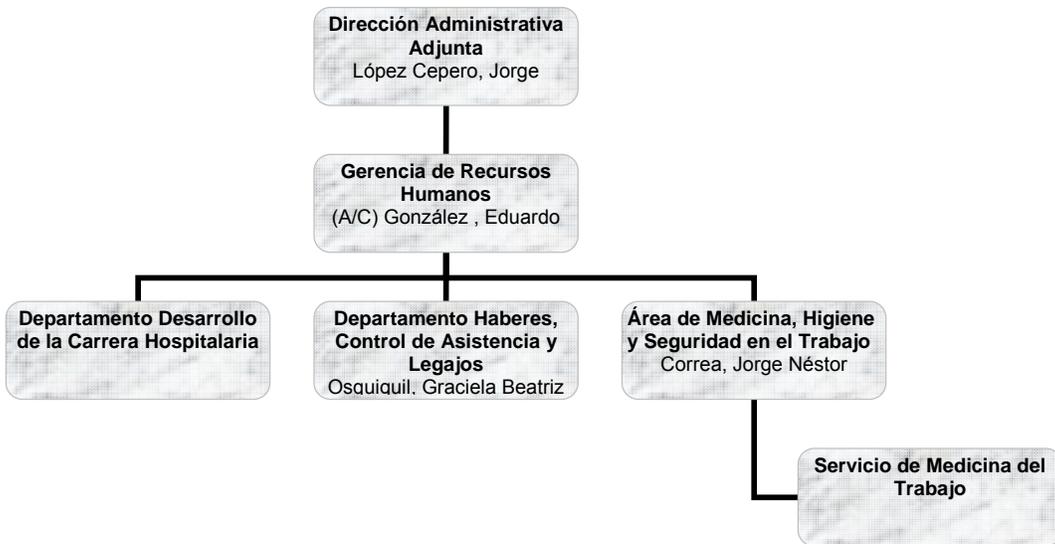
- Escuela hospitalaria: 2007=1.147, 2008=1.155, 2009=1.837
- Concientización en el Jardín Maternal para mejorar el proceso de segregación de mercurio y recambio de termómetros. Remoción de tensiómetros de mercurio. Recomendaciones para la adquisición de termómetros.
- Casa Garrahan
- Programa de reciclado de papel
- Programa de reciclado de tapas

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

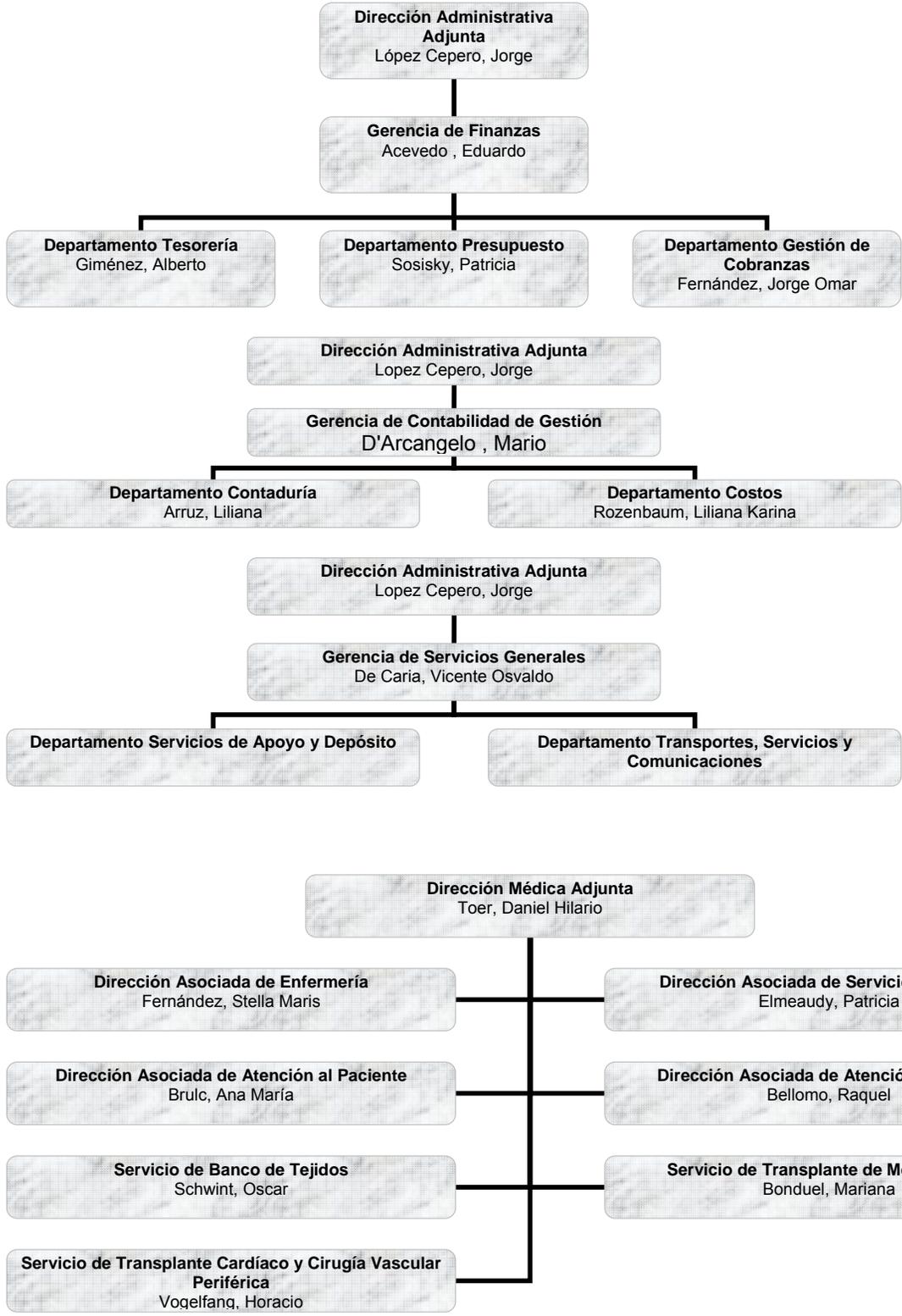
Anexo II – Organigrama



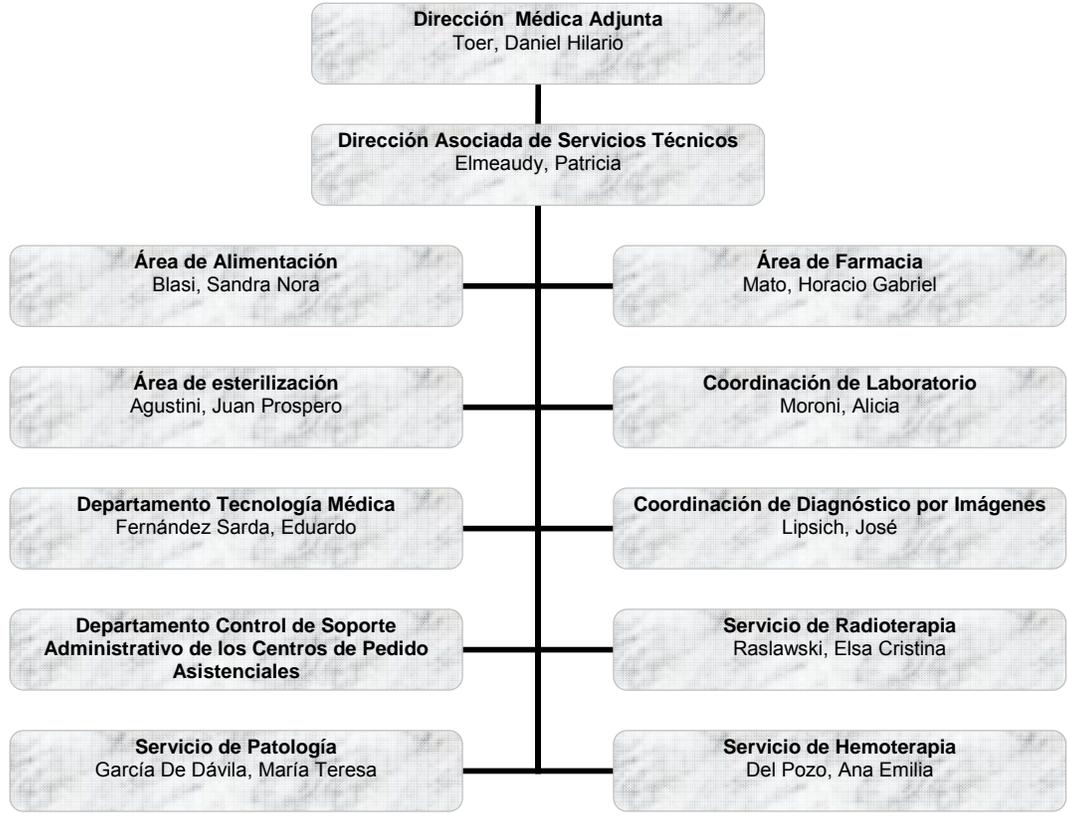
"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"



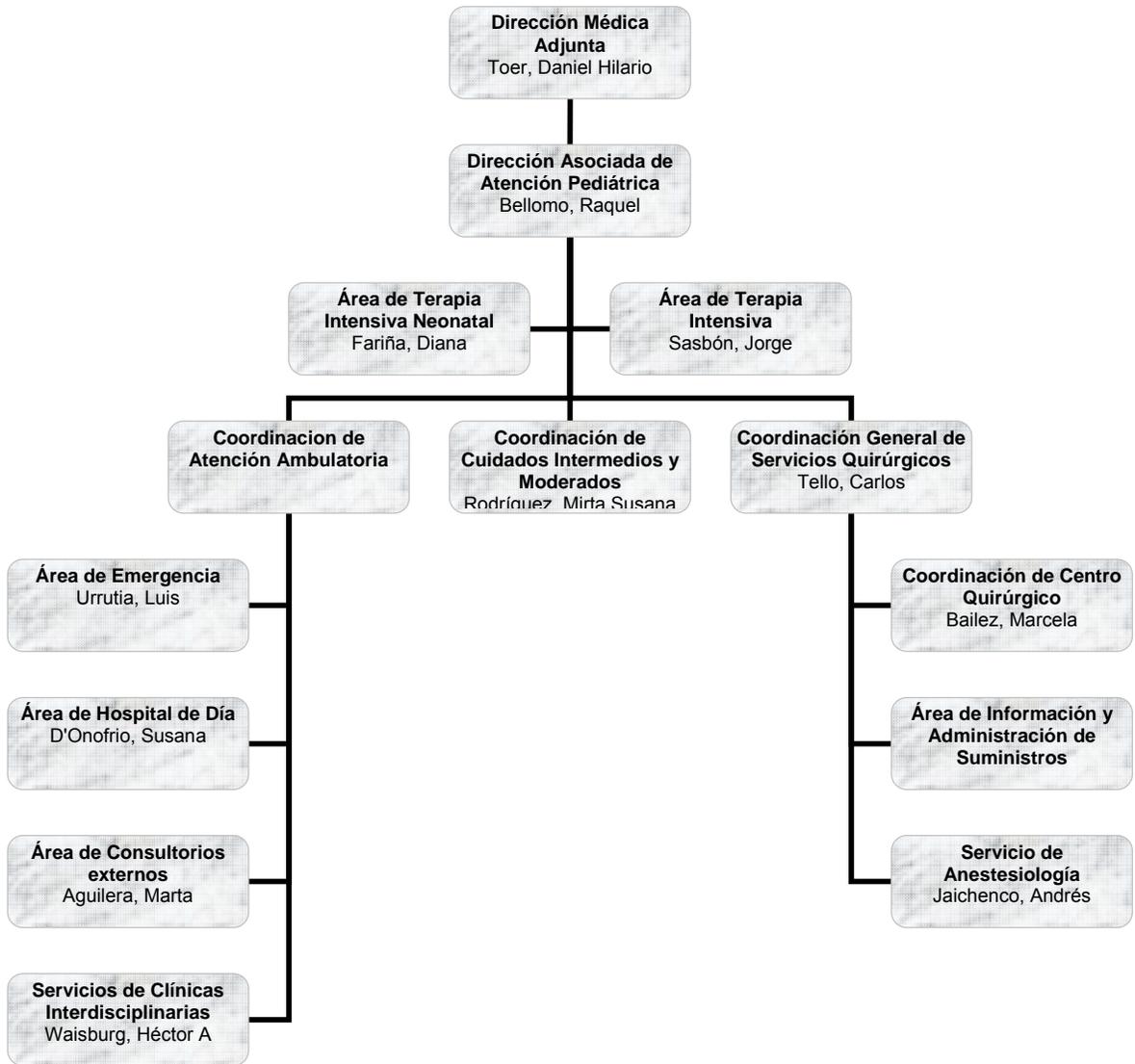
"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"



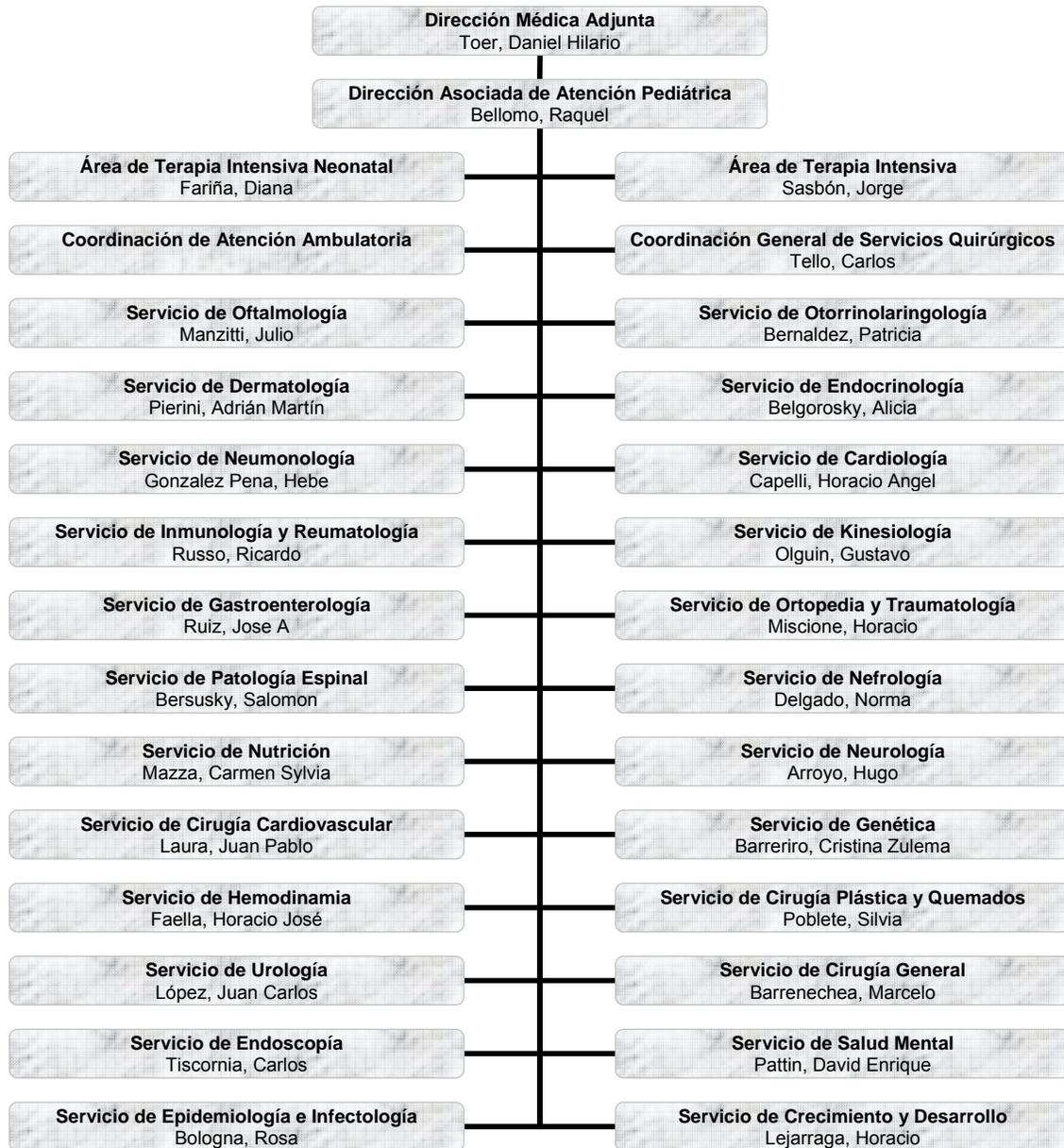
"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"



"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"



"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"



Anexo III - Glosario de Grupos Relacionados por el Diagnóstico

Casos de Día Cero

Son casos de pacientes internados que son egresados en el mismo día, a los fines estadísticos estos egresos se contabilizan con estancia igual a 1 y se analizan por separado ya que desvían las medias.

Casos Íniers

Son los casos que resultan de la depuración estadística de la muestra.

Casos No Depurables

Son los casos de pacientes agrupados en GRDs poco comunes en el centro y por lo tanto no cuentan con casos suficientes (más de 30) para ser depurado estadísticamente.

Casos Outliers

Son los casos atípicos o extremos que resultan excluidos luego de la depuración estadística, estos casos son analizados por separado ya que desvían las medias.

Estándar (E)

Conjunto de datos multihospitalarios o del mismo centro en distintos períodos depurado estadísticamente, utilizado como norma de comparación.

Para el análisis de información basado en la casuística, se requiere de patrones de comparación o estándares. Un estándar ideal o, gold estándar, constituiría un objetivo al representar la excelencia.

La imposibilidad por el momento de disponer de estándares ideales obliga a la utilización de grandes bases de datos hospitalarias actuales como patrón de referencia. No se trata pues de un patrón oro o ideal, sino de la situación actual de los hospitales.

"Norma", es un término habitualmente utilizado como sinónimo de "Estándar".

Estancia

Las estancias o días de internación por episodio se calculan por diferencia entre la fecha del egreso y la fecha del ingreso.

Estancia Media (EM)

Relación entre las estancias y pacientes totales, en un determinado GRD o período (media aritmética de la estancia).

Estancia Media Ajustada por Casuística (EMAC)

Es la EM que tendría el Hospital si atendiera los pacientes del Estándar. Es una EM ajustada por COMPLEJIDAD.

Estancia Media Ajustada por Funcionamiento (EMAF)

Es la EM que tendría el Hospital si fuera el Estándar quien atendiera a sus pacientes. Es una EM ajustada por EFICIENCIA.

Índice Case-Mix (ICM)

Razón entre la EM ajustada por funcionamiento del Hospital (EMAF) y la EM bruta de la NORMA. Mide la COMPLEJIDAD relativa de la casuística de cada hospital respecto a la NORMA en términos de consumo de estancias.

Si el resultado es mayor de uno ($ICM > 1$)= el hospital tiene una proporción mayor de los GRD que consumen más estancias en la NORMA, o sea que la casuística del hospital es más compleja desde el punto de vista del consumo de días de hospitalización. Si es menor de uno ($ICM < 1$), la casuística del hospital es menos compleja que la de la NORMA.

Índice Funcional (IF)

Brinda información sobre el patrón funcional del Hospital respecto al Estándar. Se obtiene dividiendo la EM ajustada por casuística (EMAC) del hospital con la EM bruta de la NORMA. Es un indicador de la EFICIENCIA relativa de cada hospital respecto a la NORMA.

Permite la comparación entre distintos períodos siempre que en los cálculos se haya utilizado la misma norma o estándar.

Cuando este indicador es menor de uno ($IF < 1$), el hospital es más eficiente que la NORMA porque utiliza, para los mismos GRD, menos estancias que aquella; pero si es mayor de uno ($IF > 1$), el hospital está consumiendo más estancias en ciertos GRD que ya no puede explicar porque sea más complejo, pues se ha hecho el ajuste a una complejidad común (la de la NORMA); por lo tanto es más deficiente que la NORMA.

Las explicaciones al exceso de estancias pueden encontrarse en vicios de la práctica médica, en ineficiencias en la organización interna del hospital o de ciertos servicios y en distorsiones en el ambiente de trabajo, que prolongan innecesariamente la estancia de los pacientes.

Peso Medio del Hospital (PMH)

Razón entre el URP y la cantidad de egresos del hospital en el período de análisis. Su resultado representa un indicador de complejidad de la casuística – según los consumos de recursos- que permite comparaciones con otros centros, o con diferentes lapsos del mismo hospital.

Peso Relativo del GRD (PR)

Cada peso de cada GRD es una expresión del costo relativo del GRD respecto al costo del PACIENTE PROMEDIO en un hospital general, que se iguala a "1".

Estos "PESOS" de los GRD y su distribución proporcional en la NORMA se utilizan como "estándar" para el cálculo de otros indicadores comparables en todos los países que aplican esta metodología (como por ejemplo la población

estándar y las tasas tipo que se usan en los métodos de ajuste para obtener tasas de mortalidad comparables).

Los pesos relativos por GRD podrían variar de un entorno a otro, sin embargo, en tanto que son una estimación relativa del costo de tratamiento de cada tipo de paciente, cabe esperar que los más costosos en EEUU lo sean también en entornos de similar desarrollo, y viceversa, los menos costosos lo sean también en los dos ámbitos. En países europeos donde se han realizado estudios de costos locales, éstos han mostrado buena correlación con los pesos americanos.

Razón de Funcionamiento Estándar (RFE)

La RFE es la razón entre la EM observada en el hospital y la EM esperada (EMAF) si tratara cada GRD con la EM del Estándar.

Una RFE superior a 1 indica que el hospital requiere más estancias que el Estándar, y por lo tanto es menos eficiente.

Unidades de Peso Relativo (UPR)

Sumatoria de los productos de los egresos por cada GRD por su correspondiente Peso Relativo. Este total representa la complejidad (en cuanto a los consumos) del hospital medida en unidades homogéneas. Se utiliza por las jurisdicciones centrales para la distribución presupuestaria entre sus centros.

También mide la productividad entre hospitales o entre períodos de un mismo centro.

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Anexo IV. FODA

		Fortalezas									Debilidades				
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	D1	D2	D3	D4	D5
		Autarquía, autonomía y bijurisdiccionalidad	Continuidad en la Gestión	Alto grado de profesionalización en la línea de ejecución / capacidad de respuesta	interdisciplina, trabajo en equipo en la atención al paciente / estructura matricial	Actividad gremial con compromiso institucional / diálogo	Intercambio internacional de experiencias clínicas y de gestión	Alto grado de informatización e integración de sistemas	Alto grado de sentimiento de pertenencia del capital humano	Fundación Garrahan	Dificultades en la comunicación integral	dificultades en la implementación de la evaluación de desempeño	Tensión laboral / Burnout	Generación intermedia escasa	Limitada estructura edilicia / mantenimiento
Oportunidades	O1	Ductilidad en la toma de decisiones									OE6	OE12	OE6 OE12		OE13
	O2	Liderazgo de la red pediátrica nacional / mercosur (Ministerio de Salud) (\$jefatura de gabinete)		OE3 OE4 OE11				OE11			OE12			OE3	
	O3	Capacitación en el exterior		OE4											
	O4	Imagen pública(chapa garrahan)							OE14						
Amenazas	A1	Enfermedades emergentes / crónicas		OE5 OE9 OE10				OE8							
	A2	Decisiones políticas que afectan los recursos económicos / presupuesto	OE7 OE8 OE9					OE7							
	A3	Problemas no médicos de los pacientes o flia (sociales, administrativos, etc)			OE1			OE8							
	A4	Decisiones inadecuadas en la red pediátrica/social	OE8 OE9	OE8 OE9 OE10	OE2			OE8							OE13

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
------------------	----------	-------------	------	--

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
Internación	Gestión clínica Interdisciplinaria del paciente	Tasa de pacientes internados por causa no medica (CNM)	D/S	Ver documento "Indicadores y Objetivos" proceso de internación
		Tasa de identificación adecuada de los pacientes	D	Ver documento "Indicadores y Objetivos" proceso de internación
		Tasa de cirugías programadas suspendidas	D	Ver documento "Indicadores y Objetivos" proceso de internación
	Gestión de la Información del paciente	Compaginación y orden en la HC de internación	S	Ordenamiento y estandarización de HC
		Número de HC que vuelven al archivo dentro de las primeras 48 hs. Del alta	D	Esperable 98% de la HC
	Enfermería	Porcentaje de pacientes con pase de cama antes de las 14:00 hs.	D	Pase de Pacientes antes de las 14:00 hs.
		Porcentaje de pacientes con pase de cama después de las 14:00 hs.	D	Conseguir pase de pacientes después de las 14:00 hs.
		Porcentaje de traslados efectivos	D	Reducir al mínimo los traslados fallidos.
		Porcentaje de satisfacción positiva del usuario.	D	Lograr la óptima atención del usuario
	Abastecimiento Ambulatorio	Guardia	Tiempo de estancia en guardia hasta derivación interna o externa	D

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Números de pacientes de guardia	S	Medir producción
	Hospital de día polivalente (1er Piso)	Pacientes citados con prequirurgico completo / pacientes quirúrgicos por día	D	Tendientes al 100%
		Pacientes sin HC al ingreso / pacientes quirúrgicos	D	Tendientes a cero pacientes sin HC
	Hospital de día oncológico (Planta baja)	<i>a definir</i>		
		<i>a definir</i>		
	Orientación	Pacientes atendidos / pacientes orientados	S	<60 %
	Inscripción	Turnos otorgados presencial/ turnos totales	D	Tendiente a 0 HC faltante
	Consultorios externos	% de ausentismo, pacientes ausentes sobre pacientes citados	D	minimizar el ausentismo
		% de atención sin turno	S	Tendiente a minimizar la demanda espontánea
	Abastecimiento del Hospital Garrahan	Minimizar la cantidad de productos requeridos por demoras en el proceso	D	10%
		Tiempo promedio del proceso de abastecimiento ORDINARIO	D	120 días
		Tiempo promedio del proceso de abastecimiento URGENTE	D	30 días

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
Docencia e Investigación	Docencia	Número de residentes egresados por año	S	Medir la producción
		Porcentaje de residentes que aprueban la certificación de la Sociedad Argentina de Pediatría	D	100%
	Investigación (clínica / tecnología)	Número de trabajos de investigación presentados por año	S	Medir la producción
		Número de consultas evacuadas por el área de Investigación	S	Medir la producción
		Número de trabajos de investigación realizados y publicados	D	Lograr que el 50%
	Diagnóstico y Tratamiento	Centro Quirúrgico	Número de suspensiones de cirugía por día no por causa de paciente	D
Número de cirugía por complejidad			S	Aumentar el número de cirugías complejas
Número de pacientes que se intervinieron y no estaban en lista descartando urgencias			D	menor al 8% del total
Laboratorio		Pedido de nueva muestra	D	< 5 %
		Extracciones programadas NO realizadas (INTERNACIÓN)	D	< 5 %

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
	Interconsultas	IC efectuadas / IC solicitadas	D	100% las de resolución inmediata 100% las de resolución 24 hs.
		Tiempo de transcurrido desde la solicitud de la IC hasta su efectivización en cada una de las categorías (Emergencia-Urgencia-Mediata)	S	Adecuar el tiempo de resolución de la IC a las necesidades del paciente.
		Nro de IC efectivizadas en el GRD dado/Nro de pacientes del mismo GRD (de los 20 GRD más frecuentes en el Hosp.= 75% de las internac.)	D	Establecer un estándar de IC por GRD. Adecuar el Nro de IC al GRD
	Esterilización	Ciclos con parámetros fuera de rango vs. Total de ciclos	D	A determinar según historia generada de los datos relevados en primer semestre
		Número de ausencias de trabajadores	S	A determinar según historia generada de los datos relevados en primer semestre
	Imágenes	Número de exportaciones totales por cada modalidad de imagen	S	Producción nueva
		Lista de espera	S	Disminuir el tiempo de espera

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Porcentaje de repetición de exploraciones	D	menor a 3 %
		Correlación entre los diagnósticos radiológicos y clínico-patológicos	D	80%
		Exploraciones y unidades de actividad por radiólogo (médico y técnico)	S	Producción.
	Servicio Social	No. Prestaciones con resolución intrahospitalaria x mes VS. Total de prestaciones por mes	D	A determinar según historia generada de los datos relevados en primer semestre
		Total gestión medicación x mes VS. Total prestaciones por mes.	D	A determinar según historia generada de los datos relevados en primer semestre
	Alimentación	Cantidad de raciones mal o no servidas por mes/ cantidad de raciones totales servidas por mes	S	1%
		Cantidad de raciones mal o no servidas por mes/ cantidad de biberones y baxters totales servidas por mes.	S	1%
		Cantidad de raciones servidas por área de alimentación por mes	S	mas de 37.500

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Cantidad de biberones y baxters producidos por mes	S	mas de 30.000
		Cantidad de biberones y baxters servidos por mes	S	mas de 30.000
	Hemoterapia	Tipo de donación % de donantes altruistas.	D	Resultados de las actividades de la promoción de la donación
		Mala red venosa (%sobre el total de donantes)	D	Desempeño del operador
		Descarte por vencimiento (%de todos los componentes)	D	Gestión de Stock
		Cantidad de componentes transfundidos totales.	S	Productividad
		Porcentaje de cumplimiento del mantenimiento preventivo del equipamiento - frecuencia del relevamiento: semestral	D	≥95%
	Farmacia	Porcentaje de pacientes con hoja de seguimiento fármaco terapéutico.	D	>95%
		Unidades producidas por sector	S	
		Porcentaje de intervenciones farmacéuticas aceptadas.	S	>70%

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Porcentaje de productos faltantes vs entregados	S	0%
		Unidades de cuenta vencidas vs. unidades totales	D	A determinar según historia generada de los datos relevados en primer semestre
	Radioterapia	N° de niños que comienza la terapia radiante dentro de las 48hs de ingreso	D	100%
		Numero de tratamientos de radioterapia	S	Medir producción
	Patología	Casos ingresados a Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3 y Nivel 4.	D	A definir
	Kinesiología	Registro de pacientes atendidos	S	Medir producción
		Resolución de atelectasias	D	Superior 90%
		Porcentaje de pacientes con escaras	D	0%
	Banco de tejidos	% de descarte global (todos los tejidos)	S	Cumplir con los objetivos de banco de tejidos en función al estudio de aloinjertos
		Unidades de tejido producidas (UP)	D	Cumplir con los objetivos de banco de tejidos en función al estudio de aloinjertos

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Unidades de tejido distribuidas (UD)	S	Cumplir con los objetivos de banco de tejidos en función al estudio de aloinjertos
		Unidades de tejido distribuidas fuera del Hospital (UDF)	S	Cumplir con los objetivos de banco de tejidos en función al estudio de aloinjertos
		% de participación del banco de tejido en el procesamiento global de la Rep. Arg.	D	Cumplir con los objetivos de banco de tejidos en función al estudio de aloinjertos
		Porcentaje de tejidos descartados en disección/tej	D	menos 20%
		% tej descartados en criopreservación	D	menos 20%
		% tej descartados por microbiología	D	menos 20%
		cantidad total de donantes	S	
Procesos de Apoyo	RRHH-Higiene y Seguridad	Nro de cursos de capacitación en el Hospital	S	Producción
		Porcentaje de accidentes de trabajo con riesgo biológico	D	0%
	RRHH-Guardería y Jardín Maternal	Accidentes	D	0 (Cero)
	RRHH- Haberes	Altas por año	S	Producción
		Dotación anual	S	Producción
		Tiempo de carga de novedades en el sistema	D	Carga en menos de 24hs.

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
	RRHH-Empleos	Nro. De resoluciones en 6 meses	S	Producción
		Permanencia de expedientes en la oficina	D	< 10 días
	Desarrollo de Sistemas	Total de aplicaciones nuevas por año (discrim. Por forms/reports/browsers)	S	Producción nueva del departamento
		Total de aplicaciones modificadas por año/ total de aplicaciones	S	% de modificaciones realizados (mantenimiento)
		Cantidad de requerimientos solicitados por mes	S	Demanda de requerimientos usuarios
		% de requerimientos resueltos (dentro de los dos meses de efect. El requerim y fuera de esos dos meses)	S	Rta a la demanda, lo aceptable sería que el 80% se resuelvan antes de los dos meses.
		Cantidad de requerimientos que se resolvieron pasados 5 días la fecha prometida	D	Compromiso con el tiempo estimado/ evaluación del tiempo que lleva la resolución
	Gestión Contable y Financiera	Tiempo de generación de la orden de pago una vez presentada la factura	D	no mayor a 5 días
		Bienes de usos Altas y Bajas	S	Producción

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Facturación bruta / Neta / Cobranza	D	menor a 10% e/Fac. bruta y neta tendiente a 0 la dif. Entre Fac. Neta y cobranza
		Cumplimiento del presupuesto anual.	D	tendiente al 100%
	Servicios Grales	Retiro diario de residuos patológicos (KG)	S	Producción
		Cantidad mensual de ambos entregados a usuarios para su uso en centro quirúrgico	S	Producción
		Cantidad mensual de ambos no devueltos por usuario de centro quirúrgico	D	tendiente a cero
		Cantidad de equipos estándar esterilizados enviados para su uso en centro quirúrgico	S	Producción
		Cantidad de radio mensajes enviados desde el sector de telefonía	S	Producción
		Control de empresas contratadas. Cantidad de conformidades de servicio con observaciones/total	D	??

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
	Gestión de la Información hospitalaria	Tiempo transcurrido entre la finalización de un periodo y la generación del informe de dicho periodo	D	No mayor de 15 días para informes mensuales y 60 días para informes anuales
		Cantidad de informes realizados anualmente	S	Producción
	Rep. del paciente	Cantidad de QRS abiertas pendientes de tratamiento	D	A determinar según historia generada de los datos relevados en primer semestre
		Seguimiento de las QRS por sector	S	A determinar según historia generada de los datos relevados en primer semestre
	Asistencia Técnica y Mantenimiento	Numero de ordenes de trabajo	S	Registro de la información de producción
		Satisfacción del usuario	D	Evaluar la conformidad de las intervenciones
	Asistencia Técnica y Mantenimiento - Producción y Soporte	Cantidad de requerimientos solicitados por mes	S	Demanda de requerimientos usuarios
		Satisfacción del usuario	D	Evaluar la conformidad de las intervenciones
	Asistencia Técnica y Mantenimiento - Mantenimiento	Cantidad de ordenes de trabajo generadas por departamento y tipo de reparación	S	Medir la producción

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Cantidad de ordenes de trabajo realizadas por departamento y tipo de reparación	S	100% de las solicitadas
	Relaciones Institucionales - OCD	Cantidad de consultas realizadas desde el interior del país	S	Producción
		Cobertura territorial con oficinas de comunicación a distancia	D	Como mínimo con todos los lugares que cuenten con hospitales pediátricos. Obj final, comunicación con todo el país
Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Coordinación de Calidad	Grupo de avance de implementación de herramientas de calidad en los procesos.	D	Tener implementado en los 6 Macro procesos y en el conjunto de los procesos de apoyo la herramienta de Calidad: Identificación de desvíos, Acciones Correctivas y Preventivas
		Cantidad de tabla finalizadas vs. Cantidad de procesos.	D	Finalizar el desarrollo de las tablas de entradas y salidas en todos los procesos. 100% a Febrero 09.-

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Macro Proceso	Procesos	Indicadores	Tipo	Objetivo asociado; o niveles de aceptación
		Abordaje de la población encuestada en la medición de satisfacción del cliente	D	Realizar una medición anual de la satisfacción de los distintos tipos de usuarios/clientes del HG. 100% de la muestra a Dic'09.-
		Grado de avance en el plan de implementación	D	Obtener definido y en funciones a los "Embajadores" de Calidad en cada Macro proceso. 100% a Abril 09
		Cantidad de facilitadores en relaciona cantidad de procesos	D	Al menos 1
		Grado de avance del plan de capacitación	S	Planificar cursos y encuentros de capacitación y entrenamiento. Desarrollados desde la Coordinación de Calidad y desde RRHH. Cumplimiento del plan de capacitación. 100% a Dic 09

Anexo V. Estadísticas

Totales del hospital, por área e indicadores de internación Comparativo de los años 2008, 2009 y 2010

Totales de Hospital por año	Año 2008 (1)	Año 2009 (2)	Año 2010 (3)	Índice Variación (3) respecto de (1)	Índice Variación (3) respecto de (2)
Consultas externas	262.851	251.767	287.279	9,29%	14,11%
Emergencia	62.644	59.751	65.197	4,08%	9,11%
Egresos	19.375	19.648	21.003	8,40%	6,90%
Defunciones	293	265	266	-9,22%	0,38%
Tasa de mortalidad	1,51	1,35	1,27		
Promedio pacientes día	398,54	399,23	414,15		
Porcentaje ocupacional	89,39	89,51	91,22		
Promedio permanencia	7,53	7,42	7,2		
Giro cama	43,46	44,05	46,26		
Sesiones Hospital de día	29.279	27.527	31.053	6,06%	12,81%
Cirugías	9.226	9.651	9.438	2,30%	-2,21%
Trasplantes	111	86	108	-2,70%	25,58%
Imágenes	122.438	130.909	138.747	13,32%	5,99%
Laboratorio (unidades)	33.466.560,40	34.999.562,29	38.386.823,30	14,70%	9,68%

Consultas externas por servicio – Comparativo de los años 2008, 2009 a 2010

Servicio	Año 2008 (1)	Año 2009 (2)	Año 2010 (3)	Índice Variación (3) respecto de (1)	Índice Variación (3) respecto de (2)
Anestesia	1.698	1.723	5.817	242,58%	237,61%
Cardiología	7.549	7.479	8.449	11,92%	12,97%
Cirugía cardiovascular	33	89	97	193,94%	8,99%
Cirugía general	7.603	6.430	7.388	-2,83%	14,90%
Cirugía plástica y quemados	7.583	7.389	8.122	7,11%	9,92%
Clínica intermedia (P. Crónico)	2.556	2.509	2.110	-17,45%	-15,90%
Clínica pediátrica	59.917	55.643	69.545	16,07%	24,98%

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Servicio	Año 2008 (1)	Año 2009 (2)	Año 2010 (3)	Índice Variación (3) respecto de (1)	Índice Variación (3) respecto de (2)
-Cl. Orientación	1.605	1.025			
-Cl. Ped. Programada	13.901	13.715			
-Cl. Ped. Bajo Riesgo	21.741	18.933			
-Cl. Ped. Bajo Riesgo vespertino	8.612	8.677			
-Cl. Ped. Med. Riesgo	11.602	10.773			
-Cl. Ped. Ctról. Sínt. paliativos	1.140	1.214			
-Cl. Ped. Ginecología (#)	1.316	1.306			
Cons. Multidisciplinarios	8.648	9.372			
Crecimiento y desarrollo	1.747	1.587	2.838	62,45%	78,83%
Dermatología	11.395	11.172	13.198	15,82%	18,13%
Endocrinología	10.787	9.923	11.675	8,23%	17,66%
Endoscopia	2.503	2.495	3.122	24,73%	25,13%
Errores Cong. Del Metabol.	881	889	1.197	35,87%	34,65%
Gastroenterología	7.667	6.823	9.402	22,63%	37,80%
Genética	2.416	2.393	3.312	37,09%	38,40%
Hematología-Oncología	16.494	16.811	18.459	11,91%	9,80%
Hemodinamia	615	655	590	-4,07%	-9,92%
Hemoterapia: Clínica transfusional	364	316	293	-19,51%	-7,28%
Imágenes: Intervencionismo	346	392	431	24,57%	9,95%
Infectología	7.367	7.069	7.216	-2,05%	2,08%
Inmunología	2.211	1.703	2.422	9,54%	42,22%
Nefrología	7.584	7.513	8.114	6,99%	8,00%
Neonatología (Seg. R.N.A.R.)	1.814	2.065	3.364	85,45%	62,91%
Neumonología	5.542	5.539	7.500	35,33%	35,40%
Neurocirugía	3.848	3.801	4.034	4,83%	6,13%
Neurofisiología (##)	59	111	173	193,22%	55,86%
Neurología	15.431	14.880	18.182	17,83%	22,19%
Nutrición	7.355	8.754	10.837	47,34%	23,79%
Oftalmología	12.903	12.338	12.980	0,60%	5,20%

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Servicio	Año 2008 (1)	Año 2009 (2)	Año 2010 (3)	Índice Variación (3) respecto de (1)	Índice Variación (3) respecto de (2)
Ortopedia	23.898	21.733	23.404	-2,07%	7,69%
Otorrinolaringología	7.726	7.374	7.182	-7,04%	-2,60%
Patología espinal	4.907	4.510	4.159	-15,24%	-7,78%
Salud mental (*)	4.211	3.189	4.320	2,59%	35,47%
Terapia radiante	395	370	278	-29,62%	-24,86%
Trasplante hepático	2.348	2.414	2.067	-11,97%	-14,37%
Urología	4.450	4.314	5.002	12,40%	15,95%
Sub-Total	262.851	251.767	287.279	9,29%	14,11%
Emergencia	62.644	59.751	65.197	4,08%	9,11%
Total	325.495	311.518	352.476	8,29%	13,15%

Los totales incluyen las consultas de orientación.

(*) Este consult. Atiende en forma multidisciplinaria, a pacientes de 1º vez con patologías complejas o de M. Riesgo

(#) Alta Enero 2008

(#) Alta Julio 2008

Prestaciones de guardia y entrevista previa – Comparativo de los años 2008, 2009 y 2010

	Año 2008	Año 2009	Año 2010 (Ene-Abr)
Guardia @	49.173	46.821	17.161
Reanimación #	1.093	1.137	287
Posta de hidratación #	706	657	41
Atención prioritaria #	1.705	1.859	859
Urgencias *	9.967	9.277	3.557
Total	62.644	59.751	21.905

Atención las 24 Hs.

@ Lunes a Viernes de 16 hs. a 8 hs, Sábados de 12hs a 8 hs, Domingos y feriados de 8 hs a 8 hs

* Lunes a Viernes de 8 hs a 16 hs, Sábados de 8 hs a 12 hs

	Año 2010 (May-Dic)
Guardia @	36.103
Urgencias *	7.189
Total	43.292

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Reanimación #	1.201
Posta de hidratación #	170
Nebulizadorio #	13.431
Procedimientos #	635

Debido a que en el segundo semestre de 2010 ha sido modificado el sistema de registro en la planilla de guardia, resulta incompatible aplicar el mismo criterio de evaluación respecto de tablas anteriores.

	Año 2008 (1)	Año 2009 (2)	Año 2010 (3)	Índice variación (3) respecto de (1)	Índice variación (3) respecto de (2)
Entrevista Previa	102.443	105.588	123.253	20,31%	16,73%

Es la atención brindada a pacientes de 1º vez para la derivación a Servicios o Área correspondiente (efectuada por médicos clínicos)

Egresos por nivel de atención – Comparativo de los años 2008, 2009 y 2010

Nivel de Atención	Año 2008 (1)	Año 2009 (2)	Año 2010 (3)	Índice Variación (3) respecto de (1)	Índice Variación (3) respecto de (2)
U.T.I. 44	603	680	589	-2,32%	-13,38%
U.T.I. 45	374	463	537	43,58%	15,98%
U.T.I. 35	646	672	631	-2,32%	-6,10%
Total U.T.I.	1.623	1.815	1.757	8,26%	-3,20%
Trasplante Hepático *	16	-	-	-	-
Trasplante Renal R.	257	274	334	29,96%	21,90%
Trasplante Renal D.	7	17	12	71,43%	-29,41%
Trasplante Médula Ósea	74	98	87	17,57%	-11,22%
Neo U.T. Intensiva **	622	671	633	1,77%	-5,66%
Neo U.T. Intermedia **	-	-	216	-	-
Neo Recuperación	520	547	520	-	-4,94%
C.I.M.	13.046	13.315	13.159	0,87%	-1,17%

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Nivel de Atención	Año 2008 (1)	Año 2009 (2)	Año 2010 (3)	Índice Variación (3) respecto de (1)	Índice Variación (3) respecto de (2)
Quem. Intens.	104	126	190	82,69%	50,79%
Quem. Interm.	190	138	16	-91,58%	-88,41%
U.A.C.	1.288	1.328	1.392	8,07%	4,82%
C.I.M. 77 #	201	112	610	203,48%	444,64%
U.M.I.N.	125	123	151	20,80%	22,76%
Unid. Metab.	853	949	701	-17,82%	-26,13%
Observación	9.084	9.356	10.693	17,71%	14,29%
Inter. Breve ##	532	703	1.488	179,70%	111,66%
I.R.A. ##	121	99	181	49,59%	82,83%
Obs. Onco PB	2.097	2.061	2.572	22,65%	24,79%
Obs. Clin. Quir. 1° P.	1.618	1.564	1.443	-10,82%	-7,74%

* Sector dado de baja en 06/2008.

** A partir del mes de Mayo/10, Neo U.T.I. se desdobra para los registros estadísticos en Intermedia e Intensiva

El Sector funcionó entre Mayo y Septiembre para los años 2008 y 2009

Estos Sectores se habilitan según necesidades asistenciales

Total	19.375	19.648	21.003	8,40%	6,90%
--------------	---------------	---------------	---------------	--------------	--------------

Para el cálculo por Sector de Internación se Utilizaron "Egresos+Pases", para el Total del Establecimiento "Egresos"

Tasa de mortalidad por nivel de atención - Comparativo de los años 2008, 2009 y 2010

Nivel de Atención	Año 2008	Año 2009	Año 2010
U.T.I. 44	13,60	10,29	10,53
U.T.I. 45	13,37	10,58	9,12
U.T.I. 35	5,73	6,55	5,86
Total U.T.I.	10,41	8,98	8,42
Trasplante Hepático	31,25	-	-
Trasplante Renal R.	-	-	-
Trasplante Renal D.	-	-	-
Trasplante Médula Ósea	-	1,02	-
Neo U.T. Intensiva **	5,95	5,51	7,11

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Nivel de Atención	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Neo U.T. Intermedia **	-	-	0,46
Neo Recuperación	-	-	-
C.I.M.	0,47	0,38	0,40
Quem. Intens.	8,65	6,35	3,68
Quem. Interm.	-	-	-
U.A.C.	-	-	-
C.I.M. 77	0,50	-	0,16
U.M.I.N.	-	-	-
Unid. Metab.	-	-	-
Observación	0,12	0,05	0,10
Inter. Breve	-	-	-
I.R.A.	-	-	-
Obs. Onco. PB	-	-	-
Obs. Onco. Quir. 1° P	-	-	-
Total	1,51	1,35	1,27

Anexo VI.1. Admisión Preanestésica 2010

Octubre de 2010

PROGRAMA PREQUIRURGICO PARA PACIENTES AMBULATORIOS GESTION DE PROCEDIMIENTOS PREANESTESICOS EN PACIENTES AMBULATORIOS

Diagnóstico de situación:

En el Hospital se llevan a cabo aproximadamente 9600 intervenciones quirúrgicas anuales (7710 programadas y 1940 de emergencia en el año 2009) y 8.000 anestésicos para estudios y procedimientos (N° de cirugías programadas por día hábil: 30) Aproximadamente 60 procedimientos diarios que requieren anestesia.

Más del 50% de las camas de internación son utilizadas para pacientes que requieren estos procedimientos.

En este momento el Hospital tiene una gran capacidad de oferta para tratamientos quirúrgicos y procedimientos diagnósticos que sobrepasa la disponibilidad de camas para la internación de esos pacientes. Esta situación produce una sobredemanda permanente de las camas de internación que se traduce en aumento de las internaciones en el Área de Emergencia, necesidad de mantener abierto el Hospital de Día en horario nocturno, utilización de las salas de tratamiento para la internación de pacientes, cambio del perfil del CIM 63 con la internación de pacientes clínicos, suspensión o postergación de procedimientos rechazo de derivaciones justificadas, entre otras dificultades.

Todo el proceso quirúrgico, que comienza con la consulta del paciente al Hospital y la indicación médica para realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, y finaliza con el egreso con la demanda satisfecha, ha sido objeto de evaluaciones parciales en los últimos años. Se trata de un proceso muy complejo que ha brindado excelentes resultados desde la apertura del Hospital, pero es pasible de modificaciones para mejorar su rendimiento.

Para facilitar su evaluación y tratamiento, es adecuado dividirlo en tramos:

- Diagnóstico e indicación quirúrgicas. Turno preliminar.**
- Evaluación prequirúrgica. Seguimiento. Preadmisión.**
- Confirmación de turno y cama.**
- Ingreso quirúrgico. Tratamiento.**
- Destino posquirúrgico. Egreso hospitalario.**

El análisis individualizado de los diferentes tramos permitió detectar numerosas dificultades cuya solución permitirá mejorar la eficiencia del proceso. Se plantearán las dificultades y las propuestas para su solución o mejora.

Los objetivos de la propuesta son:

- ◆ Disminuir en un día la estancia hospitalaria de un grupo de pacientes quirúrgicos (disminuyendo la estancia preQ innecesaria).
- ◆ Optimizar la evaluación prequirúrgica.
- ◆ Disminuir la utilización de camas del Hospital de Día Polivalente (aumentar el número de altas de recuperación)
- ◆ Mejorar el confort del paciente y su familia.
- ◆ Disminuir el riesgo de infección intrahospitalaria.
- ◆ Optimizar el uso de los recursos hospitalarios.
- ◆ Unificar el ingreso de pacientes prequirúrgicos.
- ◆ Reducción de los tiempos de transición y espera en el Centro Quirúrgico.
- ◆ Ordenamiento de la documentación.

Permitirá:

- Disminuir los riesgos del paciente
- Disminuir el número de suspensiones
- Evitar internaciones innecesarias
- Aumentar la disponibilidad de camas en CIM 63. (aprox. 2100 días/cama/año)
- Liberar camas de Hospital de Día Polivalente en horario de la mañana.
- Optimizar el circuito prequirúrgico.
- Disminuir el costo de la atención (undía menos de internación, área de ingreso menos costosa.)
- Disminuir la pérdida de horas / quirófano
- Disminuir el consumo de horas del personal (administrativos, archivo, camilleros)
- Abreviar los tiempos de traslado y espera en Centro Quirúrgico

1. Diagnóstico e indicación quirúrgicas. Turno preliminar.

Actores	Función	Problemas	Mejoras propuestas
Médico	✓ Redacción de H.Clínica.	○ Recambio de personal	<input type="checkbox"/> Definir puntualmente los pasos a seguir y responsables de las acciones para cada especialidad
	✓ Diagnóstico	○ Ausencias	<input type="checkbox"/> Elaboración de guías de procedimiento para médicos y administrativos según especialidad y patologías prevalentes
	✓ Decisión quirúrgica o indicación de estudios no quirúrgicos que requieren anestesia.	○ Desconocimiento de acciones a efectuar por parte de los reemplazantes	<input type="checkbox"/> Elaboración de un cuadernillo preQ. Para cada paciente para el seguimiento del proceso
	✓ Definición de urgencia	○ Falta de normas de procedimiento	<input type="checkbox"/> Instruir al personal médico y administrativo sobre la utilización de las guías de procedimiento
	✓ Inicio del cuadernillo preQ	○ Información inadecuada a los padres	<input type="checkbox"/> Entrega de información escrita adecuada. Instructivos para padres
	✓ Informe al familiar sobre las características del procedimiento		<input type="checkbox"/> Elaboración de una base de datos preQ – pre anestésica

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Actores	Función	Problemas	Mejoras propuestas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indica la preparación preQ necesaria ✓ Explica y entrega el consentimiento informado ✓ Turno de ateneo - Turno quirúrgico preliminar ✓ Solicitud de prequirúrgico. Amplía la evaluación si es necesario. Define si se realizará en el lugar de origen del paciente. ✓ Solicitud de donantes ✓ Primera definición de lugar de ingreso e internación post Q. ✓ Confecciona la orden de internación. ✓ Informa al familiar sobre condiciones de ingreso y egreso ✓ Derivación a Servicio Social si se considera necesario 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Participación en la revisión del plan Q para mejorar su eficiencia. <p style="text-align: center;">Definir Turnos Volantes</p>
Secretario de servicio	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verifica y actualiza datos filiatorios (TE, domicilio). Corrige datos erróneos. <input type="checkbox"/> Registra el turno Q preliminar (o lo da). Lo incorpora en la base de datos Q. <input type="checkbox"/> Registro de datos de contacto <input type="checkbox"/> Cuestionario condiciones de egreso. AR <input type="checkbox"/> Recibe la solicitud de materiales Q. Orienta al paciente sobre cómo obtenerlos. <input type="checkbox"/> Inicia el seguimiento del proceso individual. <input type="checkbox"/> Cuando se obtienen los materiales necesarios para la cirugía: deja constancia en la base de datos. 		<p>Circuito del cuadernillo: el médico lo entrega al pte. Actúa el secretario de servicio. El paciente lo lleva a la O de Admisión. La O de A lo presenta en Cons. Pre Q. Se incorpora en la Hcl? Lo retiene la O de A hasta el día previo a la Q?</p>
Oficina de Admisión	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recibe el cuadernillo preQ de cada paciente <input type="checkbox"/> Continúa el proceso de seguimiento individual. Completa y controla la base de datos 		<p>Confirmación del TQ (cirujano, secretario de S, O de A?, CQ?)</p>

Actores	Función	Problemas	Mejoras propuestas
	<input type="checkbox"/> Otorga los turnos de preQ <input type="checkbox"/> Otorga turnos de consultorio preQ para pacientes del interior <input type="checkbox"/> Controla el registro del turno quirúrgico preliminar. Lo ingresa en caso de ausencia. <input type="checkbox"/> Registra fecha de internación preliminar <input type="checkbox"/> Realiza una llamada confirmatoria y verifica lo actuado dentro de las 48 hs. previas al turno Q. <input type="checkbox"/> Solicita a Archivo la HC dentro de las 24 hs. previas a la cirugía. <input type="checkbox"/> Incluye el cuadernillo preQ en la HC (o en cons. PreQ?)		

Cuestionario condiciones de egreso. AR (lo efectúa el personal entrenado):

1) ¿Qué cirugía va a tener su hijo?

Esta pregunta que aparentemente resultaría obvia esta dirigida a evaluar la información que la flia. ha recibido y su nivel de comprensión.

2) ¿El médico le ha solicitado algún elemento? NO/SI

3) ¿Tiene Obra Social? NO/SI

Pacientes del conurbano bonaerense:

Previo a la cirugía:

4) ¿Debe internarse? SI/NO

4.1) ¿El día anterior?

4.2) ¿Tiene alguna dificultad para estar ese día en el Htal.? SI/NO ¿Cuál? (Familiar, movilidad, económica, otras)

4.3) ¿El mismo día? SI/NO

4.4) ¿Tiene alguna dificultad para estar ese día en el Htal.? SI/NO ¿Cuál? (Familiar, movilidad, económica, otras)

Post-quirúrgico:

- 5) ¿Requiere internación? SI/NO
- 6) ¿Conoce las condiciones de su hijo en el momento del egreso? SI/NO
- 7) ¿Puede la familia con sus recursos resolver el egreso? SI/NO:
- 8) ¿Cuáles son las dificultades? (Económicas, de traslado, habitacionales, familiares, otras)
- 9) ¿Alta rápida: a al momento del egreso? SI/NO
- 10) ¿Puede la familia con sus recursos resolver el egreso? SI/NO
- 11) ¿Cuáles son las dificultades? (Económicas, de traslado, habitacionales, familiares, otras)
- 12) ¿Puede resolver la familia dichas necesidades? SI/NO

Pacientes del interior del País

- 13) ¿Para regresar en la fecha quirúrgica tiene la derivación organizada? SI/NO
- 14) ¿Cuenta con cobertura de estadía, viáticos y alimentos? SI/NO

2. Evaluación prequirúrgica, preanestésica. Seguimiento del proceso. Preadmisión.

A. Evaluación prequirúrgica, preanestésica.

Actores	Función	Problemas	Mejoras propuestas
Laboratorio Rayos Cardiología Consultorio prequirúrgico Enfermería Oficina de Admisión PreQ Secretarías de especialidades	✓ Otorga turnos para exámenes y evaluación preQ.	<ul style="list-style-type: none"> o Número de turnos de laboratorio insuficientes o Número de turnos de ECG insuficientes o Turnos para evaluación clínica preQ insuficientes o Insuficiente dotación de personal para realizar la evaluación preQ en el 100% de los casos o Falta de disponibilidad de turnos cuando la evaluación preQ debe realizarse en un lapso breve. o Exámenes incompletos o ausentes o Exámenes patológicos que 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Ampliar la disponibilidad de turnos de laboratorio Ø Ampliar la disponibilidad de turnos de ECG o generar la disponibilidad del ECG Ø Aumentar la planta del Equipo clínico-anestésico preQ Ø Seguimiento de la evaluación preQ y de los elementos necesarios para la cirugía a través de la Oficina de Admisión o de las Secretarías de Especialidades Ø Registro de la evaluación preQ en un cuadernillo y en el sistema informático Ø Citar a los pacientes del interior del país el día previo a Consultorio de Preadmisión Ø Puesta en funcionamiento del Consultorio de Preadmisión
	✓ Se realizan exámenes de laboratorio		
	✓ Se realizan otros estudios necesarios		
	✓ Se realiza ECG. Informe		
	✓ Evaluación clínica		
	✓ Evaluación anestésica		
	✓ Derivación a Salud Mental		
	✓ Video preQ		
	✓ Requerimiento de otras interconsultas		
	✓ Detecta y carga alertas en el Sistema		
	✓ Detecta necesidades especiales no percibidas previamente		
	✓ Verifica la comprensión del consentimiento informado		
✓ Verifica datos de contacto			

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Actores	Función	Problemas	Mejoras propuestas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instructivos para padres ✓ Instructivos para médicos del interior ✓ Confirma derivación a hemoterapia y pedido de donantes ✓ Da indicaciones de cuidados quirúrgicos (baños etc) ✓ Confirmación o cambio de lugar de ingreso y destino postQ (alta de recuperación, lugar de internación) ✓ Determina qué pacientes requieren preadmisión ✓ Confirmación o suspensión de turno quirúrgico ✓ Confirmación datos contacto 	<ul style="list-style-type: none"> requieren tratamiento especial o El paciente no está en condiciones de ser operado en la fecha prevista o No se obtuvieron los elementos necesarios para la cirugía o El paciente reside en un sitio alejado y llega para la cirugía el día previo con preQ incompleto 	

B. Seguimiento del proceso:

Actores	Función	Problemas	Mejoras propuestas
<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Admisión Secretarías de especialidades 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión del cuadernillo preQ, control de la información volcada al sistema informático ✓ Verificación telefónica 48 hs. antes de la cirugía ✓ Organización de la documentación para el consultorio de preadmisión ✓ Organización de la documentación para el Hospital de Día Q ✓ Solicitud a archivo de la Historia Clínica y estudios para que estén disponibles el día previo al procedimiento 	<ul style="list-style-type: none"> o No existe el seguimiento del proceso preQ organizado en forma sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adjudicar al Area de Admisión y a las Secretarías de especialidades la responsabilidad de realizar este proceso Ø Elaborar una hoja de verificación de acciones realizadas y estado del paciente para el llamado telefónico 48 hs. previas.

C. Preadmisión:

(Día previo a la cirugía o procedimiento, día viernes para cirugías del día lunes)

La preadmisión se está realizando en forma sistemática en diferentes áreas (CIM 63, oficinas y Consultorios de especialidades, Consultorio Pre Q, Emergencia, Oficina de coordinación de camas, pasillos del Hospital)

Población estimada: 25 pacientes por día

Se decide previamente (en consultorios de especialidades y Consultorio Pre Q) qué pacientes concurrirán a la preadmisión:

- Los que deben internarse el día previo porque requieren preparación preQ.
- Los pacientes que residen a gran distancia. Pacientes del interior del país.
- Los pacientes que pueden presentar dificultades para su traslado el día de la cirugía.
- Pacientes con tiempos inadecuados para la evaluación preQ.
- Pacientes con problemas detectados en el preQ que deben resolverse o controlarse antes de la cirugía.

- Pacientes con situaciones clínicas complejas y/o con posibilidades de cambios en su estado clínico.

Ubicación: Idealmente en área vecina o parte del Centro Quirúrgico, o relacionada con el Hospital de Día Quirúrgico.

Dotación de personal: personal administrativo, enfermera, médico clínico. Según necesidad: Servicio Social, Salud Mental, Especialista, Anestésista.

Actividades: Funcionamiento de lunes a viernes.

Por la mañana: Chequeo de la evaluación prequirúrgica, solicitud de estudios pendientes.

Por la tarde: entrevista del paciente y su familia, se recaban antecedentes de contacto con enfermedades infectocontagiosas. Evaluación clínica. Historia clínica disponible. Reunión de la documentación (historia, actualizaciones, laboratorio, EEC, estudios radiológicos, instrumental o elementos necesarios para la cirugía)

- Estado de salud actual
- Categorización clínico anestésica
- Verificación de evaluación prequirúrgica
- Verificación de turno quirúrgico
- Consentimientos (Cirugía, hemoterapia)
- Hemoterapia
- Visita guiada. Video prequirúrgico / Video de hemoterapia
- Refuerzo de medidas de higiene, baños prequirúrgicos, entrega de elementos
- Posibilidades de traslado (llegada en tiempo y forma, distancia al Hospital, medios de transporte, disponibilidad de sanitarios y agua caliente) Necesidad de alojamiento el día previo (en Casa Garrahan u hotel)
- Determinar oportunidad del egreso, informar a la familia (día de la cirugía, posterior)
- Requerimientos para el egreso (medicamentos, prótesis, complementos, forma de traslado, situación en el domicilio, posibilidad de retorno a control o ante emergencias)

Cirugía confirmada:

1. Retorno del paciente a su domicilio o alojamiento en Casa Garrahan u hotel. Preparación de la documentación (para que esté disponible en Hospital de Día Q, Centro Q). Confirmación en el Plan quirúrgico ("**planillón**", **sistemas**, **solicitud de camas**)

2. Internación en CIM 63 para preparación preQ (Si se mantiene abierto el Hospital de Noche podría realizar la preparación preQ en ese lugar)

Cirugía suspendida: por causa hospitalaria, falta de elementos quirúrgicos, etc: información al paciente. Información a Centro Quirúrgico. Información a especialidad. Información a Central de Camas.

Cirugía suspendida: por causas relacionadas con el paciente (laboratorio, examen clínico, ausencia sin aviso) Registro en HC, aviso a Centro Quirúrgico, aviso a especialidad. Citación de otro paciente.

3. Confirmación de turno y cama

Actores	Función	Problemas	Mejoras propuestas
<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Admisión Secretaría de especialidad Centro Q Coordinación de camas 	<p># Confirmar disponibilidades (quirófano, camas, equipo Q, instrumental)</p> <p># Confirmar que el seguimiento del proceso pre Q fue exitoso</p> <p># Confirmar que el seguimiento del proceso pre Q fue exitoso</p> <p># Inscribir casos nuevos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en la disponibilidad de quirófano Cambios en la disponibilidad del equipo Q Inadecuación N° de procedimientos / N° de camas disponibles Errores en la planilla de turnos (datos del paciente, procedimientos a realizar) No existe una planilla para los procedimientos anestésicos que no se realizan en el CQ 	<p>Ø Confeccionar la planilla de turnos en el sistema informático para que tenga acceso todo el personal involucrado y disminuir las incongruencias en los datos</p> <p>Confeccionar también una planilla para otros procedimientos que requieren anestesia</p> <p>Ø Adecuar el N° de turnos asignados a la disponibilidad de camas</p> <p>Ø Ordenar asignación de día de quirófanos según especialidad y N° de procedimientos para disminuir las asimetrías en la demanda de camas</p>

4. Ingreso quirúrgico. Tratamiento

Los pacientes ingresan por diferentes áreas:

- Hospital de Día Polivalente en el mismo día de la cirugía o procedimiento
- CIM 63 el día previo para preparación preQ
- Se encuentran internados en CIM, Neonatología, Unidad de Quemados o Cuidados Intensivos
- Directamente al lugar donde se efectuará el procedimiento (por ej: Hospital de Día Oncológico, TC, RMN)

Se sugiere organizar el Hospital de Día Quirúrgico relacionado físicamente con el Centro Quirúrgico, para ingresar por allí al mayor número de pacientes.

HOSPITAL DE DIA QUIRURGICO

1. Dependencia del área: Coordinador de centro quirúrgico.
Coordinador de Consultorio prequirúrgico.

2. Población estimada: 35 pacientes por día

3. Requisitos:

Area física: vecina o cercana a Centro Quirúrgico. Idealmente con comunicación directa.

Espacio amplio, subdividido en 4 sectores:

Espera de público

2 Consultorios

Acondicionamiento de pacientes (2 baños, 3 duchas, 3 piletones), calefacción, agua caliente

Espera limpia de pacientes ("Inducción")

Disponibilidad de comunicación telefónica y acceso a red informática.

4. Equipamiento:

- 2 camillas
- 2 camas
- 2 cunas
- 2 camas-cuna
- 2 biombos
- Balanza de plato para lactantes
- Balanza de pie
- Tensiómetro y estetoscopio
- Escritorio
- Archivero para HC
- Sillones, sillas y mesitas para padres y pacientes
- Elementos de juego y entretenimiento
- Televisor y videocasetera. Video prequirúrgico. Otros de entretenimiento.
- Computadora en red
- Teléfono

5. Insumos:

- Termómetros
- Jabón antiséptico
- Ropa blanca: toallones, camilleros, sábanas (para los pacientes que deben permanecer acostados)
- Camisolines, gorros y botas descartables
- Pulseras identificatorias
- Planillas de registro
- Hojas de actualización

6. Personal:

- Médicos clínicos (2 ó 3 de planta): Jefe de Clínica, 2 Asistentes, becarios, residentes
- Un administrativo coordinador quirúrgico, administrativos (uno por turno)
- 2 Enfermeras por turno
- Para interconsulta: Anestesiista, Cirujanos de las diferentes especialidades, Salud Mental, Servicio Social, Hemoterapia
- Servicios de apoyo: Limpieza, ayudante de servicio (compartido), archivo, farmacia, escuela hospitalaria

Los pacientes que se internan el día previo a la cirugía por requisitos de su preparación prequirúrgica, son evaluados en Preadmisión e ingresan por CIM 63 en forma habitual.

Día quirúrgico (Admisión) *En Centro Quirúrgico*

- Llega el paciente proveniente de su domicilio, hotel o Casa Garrahan
- Recepción administrativa
- Evaluación de la documentación
- Recepción de enfermería, control de signos vitales, baño prequirúrgico, control de higiene, vestimenta adecuada
- Evaluación médica clínica
- Apto quirúrgico
- Admisión. Identificación
- Pasaje a sector limpio prequirúrgico (el actualmente designado como Inducción anestésica) Adecuado para la espera hasta el ingreso a quirófano
- Solicitud de cama en CIM
- Traslado a quirófano del paciente y su documentación. Idealmente sin requerir intervención de camilleros.

Admisión de pacientes para procedimientos que incluyen anestesia para realizarse fuera del Centro Q:

A definir cuáles: procedimientos endoscópicos, intervencionismo, hemodinamia.

Post quirúrgico inmediato: Paciente en recuperación anestésica.

- Confirmación de la solicitud de camas.
- Aviso de cama no necesaria (por suspensión de cirugía o cambio de requerimiento post quirúrgico)
- Destino postQ:
 - Alta desde recuperación anestésica – Hospital de día Q (vestuario, consultorio)
 - Pase a UCI
 - Pase a CIM
 - Pase a CIM 63
 - Pase a Hospital de Día (cirugías blandas con alta en el mismo día pero que requieren mayor tiempo de observación)
 - Hospital de noche
 - Alta desde sitio periférico (Endoscopia digestiva, hemodinamia, intervencionismo, RMN, TC)
 - Algunos de estos pacientes se beneficiarían con una estancia en Recuperación u Hospital de Día.

Funciones del médico clínico del sector:

T. Mañana: Chequeo de cumplimiento de la rutina prequirúrgica de los pacientes que ingresan a quirófano en el día. Solicita interconsultas necesarias (anestesia, especialidad, salud mental, servicio social)

T. Tarde: Colabora con el anestesiista de recuperación anestésica para las altas de los pacientes. Participa del consultorio de preadmisión. Entrevista a los pacientes quirúrgicos ambulatorios del día siguiente. Puede incluir el circuito de los que se internan por Hospital de Día en el mismo día de la cirugía.

Escenario:

El médico:

Indica la cirugía o el procedimiento, redacta la historia clínica, da un turno preliminar, confecciona el bono de evaluación prequirúrgica (laboratorio, ECG, consultorio prequirúrgico), indica la preparación prequirúrgica necesaria, solicita los elementos necesarios, confecciona la orden de internación (preselecciona los pacientes para internar en el día previo o en el día de la cirugía y las posibles "altas de recuperación"), entrega y explica el consentimiento informado.

Secretarios de especialidades y Oficina de admisión:

Controlan los elementos solicitados, organizan el cuadernillo para seguimiento preQ, registran el turno de cirugía o procedimiento, constatan los datos filiatorios, de domicilio y teléfono, obra social. Otorgan los turnos para laboratorio, ECG, otros exámenes y consulta preQ. Ingresan todos los datos al Sistema informático.

Consultorio prequirúrgico: Su rutina habitual. Otorga el apto quirúrgico-anestésico. Confirma o cambia la indicación de día y lugar de internación pre y postQ según complejidad y criticidad y confirma o anula el "alta de recuperación". Cita los pacientes seleccionados según necesidades individuales para el día previo a la cirugía (Consultorio de Preadmisión) (Por ej. según distancia a su domicilio, condiciones socioeconómicas, comprensión familiar, requerimientos de preparación prequirúrgica, elementos pendientes de la evaluación prequirúrgica) Registra los datos en el cuadernillo preQ y en el Sistema informático. Da las indicaciones prequirúrgicas (baños, faneras, ayunos).

Secretarios de especialidades, Oficina de admisión, Secretaría de Centro Quirúrgico, Secretaría de coordinación de camas:

Generan la planilla de turnos (con carga en el Sistema informático). Avisan sobre los desvíos (suspensiones, casos dudosos, elementos faltantes, necesidad de reemplazo de paciente) a los partícipes necesarios (especialistas, centro Q, coordinación de camas).

Consultorio de preadmisión, Oficina de admisión:

Evaluación de los pacientes citados. Ordenamiento y evaluación de la documentación para la jornada quirúrgica inmediata (HC, cuadernillos). Última modificación de la planilla de turnos.

*Área destinada al ingreso del paciente
 Centro Quirúrgico o quirófano periférico
 Área destinada al egreso del paciente
 Hoja de contrarreferencia. Entrega y envío*

Seguimiento postQ: Comunicación telefónica para los pacientes egresados en el día de la cirugía.

ACCIONES A REALIZAR

1. Diagnóstico e indicación quirúrgicas. Turno preliminar.

- Definir puntualmente los pasos a seguir y responsables de las acciones para cada especialidad
- Elaboración de manuales de procedimiento según especialidad y patologías prevalentes
- Elaboración de un cuadernillo preQ. Para cada paciente para el seguimiento del proceso
- Elaboración de una base de datos preQ.
- Instruir al personal médico y administrativo sobre la utilización de los manuales de procedimiento.
- Entrega de información escrita adecuada. Actualizar los instructivos para padres

2. Evaluación prequirúrgica, preanestésica. Seguimiento del proceso. Preadmisión.

- Ampliar la disponibilidad de turnos de laboratorio
- Ampliar la disponibilidad de turnos de ECG - informes
- Aumentar la planta del Equipo clínico-anestésico preQ
- Seguimiento de la evaluación preQ y de los elementos necesarios para la cirugía a través de la Oficina de Admisión o de las Secretarías de Especialidades
- Registro de la evaluación preQ en un cuadernillo y en el sistema informático
- Citar a los pacientes del interior del país el día previo a Consultorio de Preadmisión
- Puesta en funcionamiento del Consultorio de Preadmisión, unificando las diferentes Areas en que se realiza actualmente. Definir su dependencia funcional y su ubicación física.
- Adjudicar a la Oficina de Admisión y a las Secretarías de especialidades la

responsabilidad de realizar el proceso de seguimiento de la evaluación preQ.

Este paso N° 2, puede ponerse en funcionamiento de inmediato, a modo de prueba, seleccionando una especialidad quirúrgica. Permitirá evaluar los déficits y dificultades a corregir.

3. Confirmación de turno y cama.

- Confeccionar la planilla de turnos en el sistema informático para que tenga acceso todo el personal involucrado y disminuir las incongruencias en los datos.
- Confeccionar también una planilla para otros procedimientos que requieren anestesia
- Adecuar el N° de turnos asignados a la disponibilidad de camas
- Ordenar asignación de día de quirófanos según especialidad y N° de procedimientos para disminuir las asimetrías en la demanda de camas.

4. Ingreso quirúrgico. Tratamiento.

Rediseño del Hospital de día Quirúrgico

Aspectos clave:

- Ubicación vecina al Centro Quirúrgico
- Dependencia: Centro Quirúrgico – Hospital de día Quirúrgico
- Estructura edilicia y mobiliario
- Dotación de personal

Anexos:

- Manual de procedimiento (propio de c/ especialidad)
- Manual de procedimiento oficina de admisión
- Orden de internación
- Cuadernillo de seguimiento preQ: Laboratorio, ECG, otros
- Hoja preQ (cons. preQ)
- Consentimiento informado
- Derivación a hemoterapia
- Check list cirugía ambulatorizable
- Check list para seguimiento telefónico post egreso
- Check list preQ
- Instructivo para padres

Indicadores:

Deberán establecerse indicadores para el seguimiento del proceso y su comparación histórica.

Preliminares:

- Estancia de los pacientes quirúrgicos en CIM 63
- Porcentaje de pacientes con evaluación prequirúrgica completa.
Incluyendo Consentimiento informado firmado previo al procedimiento.
- Número de cirugías realizadas, discriminadas por complejidad.
- Número de procedimientos realizados.
- Número de cirugías suspendidas por causas prequirúrgicas.
- Número de cirugías suspendidas por causas quirúrgicas.
- Número de cirugías suspendidas por falta de cama. Otras.
- Tiempo de espera quirúrgica. Listas de espera.

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Anexo VI.2 Checklist (Centro Quirúrgico)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD		
Antes de la inducción anestésica	Antes de la incisión cutánea	Antes de la salida del quirófano
<p>NOMBRE DEL PACIENTE:</p> <p style="text-align: center;">ENTRADA</p> <p>ENFERMERO/A CONFIRMA:</p> <input type="checkbox"/> Identidad del niño con pulsera identificatoria <input type="checkbox"/> Procedimiento <input type="checkbox"/> Ayuno según protocolo <input type="checkbox"/> Baño Prequirúrgico <input type="checkbox"/> Historia Clínica <p>CON PADRE/MADRE</p> <p>LA/EL CIRCULANTE CONFIRMA:</p> <input type="checkbox"/> Confirmación de esterilidad del instrumental <input type="checkbox"/> Chequeo del correcto funcionamiento de todos los equipos necesarios <p>CON ANESTESISTA</p> <input type="checkbox"/> Control de equipamiento de anestesia <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso colocado y funcionando <input type="checkbox"/> Chequeo de vía aérea (difícil/riesgo de aspiración)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si existe riesgo: hay equipo y ayuda disponible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Verificación de alergias conocidas en el paciente <input type="checkbox"/> Verificación de riesgo de hemorragia (> 7ml/kg) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si existe: se cuenta con accesos vasculares y fluidos disponibles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <p>CON CIRUJANO/A</p> <input type="checkbox"/> Consentimiento firmado por los padres <input type="checkbox"/> Marcación de sitio quirúrgico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Exámenes complementarios necesarios disponibles (si corresponde) <input type="checkbox"/> Imágenes <p>AMBOS</p> <input type="checkbox"/> Cirujano y anestésista conocen comorbilidades del paciente <p>FIRMA DEL RESPONSABLE:</p>	<p>HC:</p> <p style="text-align: center;">PAUSA QUIRÚRGICA</p> <p>LA/ EL CIRCULANTE CONFIRMA: (En presencia de todo el equipo quirúrgico)</p> <input type="checkbox"/> Todos los miembros del equipo son conocidos? <input type="checkbox"/> Todo el equipo confirma: § La identidad del paciente § El sitio quirúrgico § El procedimiento <p>CON EL EQUIPO</p> <p>CON CIRUJANO</p> <input type="checkbox"/> Duración prevista de la cirugía: Hs <input type="checkbox"/> Pérdida de sangre prevista <p>CON ANESTESISTA</p> <input type="checkbox"/> El paciente requiere algún control especial durante el procedimiento quirúrgico? (*) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Confirmación del uso profiláctico de antibióticos (se administraron dentro de los 60 minutos antes de la incisión?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No indicado <p>AMBOS</p> <input type="checkbox"/> Chequeo de control de decubitos y fijación del paciente <p>FIRMA DEL RESPONSABLE:</p>	<p>EDAD:</p> <p style="text-align: center;">SALIDA</p> <p>LA/ EL CIRCULANTE CONFIRMA:</p> <input type="checkbox"/> Nombre del procedimiento según consta <input type="checkbox"/> Recuento de gases y control de implantes e instrumental utilizado <input type="checkbox"/> Muestras correctamente etiquetadas identificando destino <p>CON TODO EL EQUIPO QUIRÚRGICO</p> <p>Hay condiciones especiales en el paciente a tener en cuenta durante la recuperación? (*) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hubo alguna complicación durante el acto quirúrgico? (*) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <input type="checkbox"/> Parte quirúrgico escrito en Historia Clínica <input type="checkbox"/> Parte anestésico escrito en Historia Clínica <p>OBSERVACIONES (*):</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL RESPONSABLE</p> <p>FECHA Y HORA:</p>

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Anexo VII.1 Obras

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN		
		29/05/2006
Obras por MNS - Primera etapa		
Ítem	Detalle	Precio estimado
1	Carpintería metálica exterior c/reparación muros y pintura	6.104.525
2	Puertas salida de emergencia	109.330
3	Mantenimiento techados y techos nuevos	582.708
4	Reparación techado shed	210.000
5	Cierre metálico EPT	79.300
6	Seguridad interior, vidrios laminados y elevación barandas	128.978
8	Aislamiento de cañerías de agua fría y caliente. Consumo y climatización(**)	
9	Banco de Sangre y Cordón (#)	1.800.000
10	Remodelación y ampliación baños públicos (#)	250.000
11	Reja perimetral	525.410
TOTAL		9.790.251
Obras por MNS - Segunda etapa (*)		
Ítem	Detalle	Precio estimado
1	CIM 61	1.700.000
2	Cocina Central y Lactario	250.000
3	Hospital de Día - TAIS - Tratamiento ambulatorio de infecciones severas	1.400.000
4	A°A° integral a instalar en áreas sin el servicio	5.000.000
5	Banco de Tejidos	1.950.000
6	Laboratorio de Retrovirus	800.000
7	Remodelación y ampliación UCIs	700.000
8	Centro Quirúrgico, reparación integral, 13 quirófanos (***)	1.950.000
9	Farmacia Central	650.000
10	Jardín maternal	700.000
11	Estas de Padres de Terapias	700.000
12	Depósitos subsuelo Pichincha, instalación contra incendio, rociadores	70.000
13	Iluminación exterior, con estudio luminotécnico	80.000
14	Reparación patios interiores	690.000
15	Salas de espera y circulaciones	650.000
16	Cubierta en voladizo en Dársena de Abastecimiento	35.000
17	Señalética	40.000
TOTAL		17.365.000

(#) pliegos en ejecución a entregar durante el mes de abril.

(*) Precio estimado

(**) Precio a confirmar por DT y DI

(***) Obra agregada a listado original

XX - Proyectos pendientes

2006/obras V5

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN		
		29/05/2006
Obras Presupuesto Hospital 2006		
Item	Detalle	Precio estimado

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN		
		29/05/2006
Obras Presupuesto Hospital 2006		
Item	Detalle	Precio estimado
1	Vestuarios generales	266.588
2	Locales limpieza tercerizada	38.523
3	CIM 72 (*)	900.000
4	CQ, Transferencias, recuperación y Q 15 (*)	160.000
5	Emergencia remodelación y ampliación (*)	80.000
6	Remodelaciones menores: Laboratorios, Ortopedia, Kinesio, etc. (*)	35.000
7	Reparación techados TMO, Neonatología, UCI 45	225.000
TOTAL		1.705.111
(*) Precio estimado. Pliegos licitatorios en ejecución a entregar durante los meses de abril y mayo		
XX - Proyectos pendientes		

OBRAS REALIZADAS 2005 - 2011		
2005		
Ítem	Obra	Información
1	Anatomía Patológica	Cámaras frigoríficas mortuorias modulares
2	Resonador Magnético Nuclear	... - Sup. 105m2
3	Acceso ambulancias sector imágenes	... - Sup. 640m2
4	Cambio de carpinterías en circulación exterior PB	Cambio de marcos, reparación revoques y pintura - 160 módulos
5	Barandas de acceso en sector Pichincha	Elevación de la altura existente - Desarrollo 47ml
6	Instalación UPS	En terapias y quirófanos
7	Remodelación baños públicos	4 baños
8	Cañerías de calefacción y refrigeración en EPT	Aislamiento térmico y protección - 1ra. Etapa
9	CIM 41 - Internación Cuidados Intermedios y Moderados	Remodelación aislamiento de protección 30 camas - Sup. 907m2
10	Nutrición y Diabetes	Remodelación y ampliación del sector - Sup. 149m2
11	Aire Acondicionado en Internación	Estares de Enfermería
12	Aire Acondicionado en internación intermedia	68 habitaciones
13	Torres de enfriamiento para A°A°	Reparación integral
14	Tanques de reserva	Reparación interior, completado
15	Techado sobre 1° Piso	Reparación 2500 m2
16	Iluminación en Subsuelo Pichincha	Renovación y ampliación instalación existente
17	Instalación eléctrica en cocheras subsuelo	Renovación instalación existente
2006		
Ítem	Obra	Información
1	Acelerador Lineal en Terapia Radiante	Instalación nuevo equipo

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

OBRAS REALIZADAS 2005 - 2011		
2	Remodelación Emergencia	Observación 1 y Estación Enfermería - Sup. 160m2
3	Otorrinolaringología	Cámara silente
4	Calefacción	instalación en espera de público en entrepiso
5	Cerramiento Metálico Perimetral en Entrepiso Técnico	620m2
6	CIM 62 - Internación Cuidados Intermedios y Moderados	Remodelación 10 habitaciones - 20 camas
7	Techado metálico sobre EPT	Reparación 2690m2
8	Techado sobre 1° Piso	Reparación 2500 m2
9	Aire Acondicionado	Instalación máquina enfriadora York
10	Depósitos en Subsuelo sector Pichincha	Construcción de 6 nuevos depósitos - Sup 3000m2
2007		
Ítem	Obra	Información
1	Consultorios Externos	Remodelación (18) y ampliación (6)
2	Simulador Terapia Radiante	instalación nuevo equipo
3	Baños Públicos	Remodelación cant. núcleos 4
4	Remodelación laboratorios de Laboratorio Central	Sup. 150m2
5	Patios de espera públicos - cantidad 8	Pisos, juegos, pintura - Sup. 745m2
6	Vestuarios personal - cantidad 2	Renovación de instalación sanitaria, revestimientos, pintura - Sup 420m2
7	Iluminación en Entrepiso Técnico	Renovación instalación existente
8	Transplante de Médula ósea	Remodelación habitaciones y salas médicas, adecuación y ampliación A°A° filtrado - Sup. 165m2
9	UCI 35 - Unidad de cuidados intensivos	Ampliación 6 camas
10	UCI 44 - Unidad de cuidados intensivos	Ampliación 4 camas
11	Internación	Realización de 18 aislamientos
12	Neurofisiología	Instalación y remodelación por nuevo equipamiento - Sup. 142m2
13	Barandas de seguridad en circulaciones en 1°P y 2°P	Elevación de la altura existente - Desarrollo 160ml
14	Estadísticas y Auditoría	Remodelación - Sup. 130m2
15	Remodelación integral 10 Aulas en Docencia 2°P	1.100m2 Video-teleconferencia, circuito video con Centro Quirúrgico
16	Techado Shed sobre CAP	Reparación - Desarrollo 6200m2
17	Techado sobre 1° Piso	Reparación 2500 m2
2008		
Ítem	Obra	Información
1	CIM 32 - Internación Cuidados Intermedios y Moderados	Remodelación 10 habitaciones - 20 camas

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

OBRAS REALIZADAS 2005 - 2011		
2	Cambio de carpinterías en aulas y oficinas 2°P	Cambio de marcos y pintura completado
3	Cambio de carpinterías en PB y 1°P	Cambio de marcos y pintura - 1ra. Etapa
4	Facturación	Remodelación y traslado - Sup. 115m2
5	Consejo de Administración	refuncionalización con reducción de superficie
6	Docencia - Cátedra Facultad de Medicina UBA	
7	Biblioteca - SID	10 puestos de trabajo para consulta en red
8	Techado sobre EPT de Centro Quirúrgico	Reparación 1ra. Etapa - Sup 3851m2
9	Techado sobre 1° Piso	Reparación completada - Total 12750m2
10	Techado sobre 3° Piso	Reparación - Sup. 3280m3
11	Puerta de salida de emergencia	Cambio de puerta en sector Imágenes
12	Habitaciones de guardia	Reparación y reciclado 1ra. Etapa
13	Puestos de red	Consultorios, áreas médicas, oficinas - 1ra. Etapa
14	Medicina Nuclear	Remodelación e instalación nuevo equipo de Cámara Gama
15	Emergencia	Ampliación 8 consultorios y sala de espera, remodelación salas de observación, enfermería, etc. - Obra
16	UCI 72 - Unidad de cuidados intensivos	Remodelación integral - 14 camas, salas médicas y de enfermería - Obra
2009		
Ítem	Obra	Información
1	Reja perimetral	Instalación reja perímetro exterior del Hospital 950m.l.
2	Rampas de circulación	Renovación pisos
3	Remodelación y ampliación Emergencia	350m2 - 8 consultorios y sala de espera, salas de observación, enfermería, etc.
4	UCI 72 - Unidad de cuidados intensivos y Aisla ietno de Protección, Aire filtrado 99,99%	Obra nueva, 14 camas, con locales de apoyo
5	Oficina de Representante del paciente	Obra nueva - 30m2
6	Remodelación integral Servicio de Control Epidemiológico e Infectológico	100m2
7	Reemplazo de Montacargas de Centro Quirúrgico	
8	Remodelación integral Habitaciones de guardia	30 habitaciones y baños
9	Cambio integral de carpinterías ventanas en PB y 1°P, con pintura exterior e interior	Cambio de marcos y pintura 1500 unidades
2010		
Ítem	Obra	Información
1	Laboratorios Cuenca Matanza. Absorción Atómica, Cromatografía	Remodelación y ampliación con equipamiento, 72m2
2	Jardín Maternal para personal del Hospital	Construcción nuevo edificio Sup. 800m2
3	Reparación en 8 Salas de Espera público en consultorios externos	Pintura, revestimientos, equipamiento 840m2

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

OBRAS REALIZADAS 2005 - 2011		
4	Transferencias para inducción y egreso del paciente y puerta de acceso automatizado en Centro Quirúrgico	
5	Marquesina sobre descarga Dársena de Abastecimiento	60m2
6	Marquesina exterior en acceso a ambulancias	25m2
7	Emergencia	Ampliación 8 consultorios y sala de espera, remodelación salas de observación, enfermería, etc. - Completado
8	UCI 72 - Unidad de cuidados intensivos	Remodelación integral - 14 camas, salas médicas y de enfermería - Completado
9	Ampliación Farmacia Central con equipamiento	330m2
10	Oficinas de Obras sociales, Plan Nacer, Prestaciones	53m2
11	Cañerías de calefacción y refrigeración en EPT	Aislamiento térmico y protección metálica 2.500m.l.
12	Sala de Padres Terapia Intensiva	Ampliación, remodelación
13	Internación de Plástica y Quemados	Remodelación quirófanos y habitaciones terapia intensiva
14	Remodelación ascensores y montacargas	En obra
15	Habitaciones de guardia	Reparación y reciclado - Completado
16	Cambio de carpinterías en PB y 1° P	30 habitaciones más
17	Servicio de Ortopedia, Escoliosis y Yesos	Remodelación y ampliación en obra 370m2
18	Posta de bronquiolitis	10 puestos
2011		
Ítem	Obra	Información
1	Centro Regional de Hemoterapia	Obra nueva, en construcción. 1500m2
2	Quirófanos de Neurocirugía y General con equipamiento	En Obra
3	Laboratorios de Nutrición, Pesquisa, Biología Molecular	En Obra. 290m2
4	Remodelación Depósitos de Farmacia y Esterilización	En Obra 280m2
5	Cambio de carpinterías en PB y 1° P	Cambio de marcos y pintura - 4ta. Etapa
6	Remodelación ascensores y montacargas	En obra 4 unidades
7	Terapia Intensiva Neonatal	Renovación tecnológica, 550m2
8	Cañerías de calefacción y refrigeración en EPT	Aislamiento térmico y protección - En Obra 3200m.l.
9	Sala de capacitación Pacientes de Nutrición en 3° P	
10	Remodelación y ampliación Banco de Tejidos	En Obra 190m2
11	Revestimientos en linóleo en circulaciones público	En obra 780m2
12	Instalación de zócalos en escaleras	9 núcleos, 31 tramos
13	Servicio de Limpieza completo	95m2

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

OBRAS REALIZADAS 2005 - 2011		
14	Pañol y depósitos Mantenimiento	220m2

"2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro"

Anexo VII.2 Presupuesto de Obras

Ver hipervínculo: [VII.2. Presupuesto de Obras.xls](#)