

INFORME FINAL DE AUDITORIA

Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.11.04 b

"HOSPITAL GARRAHAN"

Período 2010

Buenos Aires, Octubre de 2012

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.11.04 b

NOMBRE DEL PROYECTO: "HOSPITAL GARRAHAN"

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2010

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: Septiembre de 2011

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Lic. Fernando Mancini

Supervisora a/c: Dra. Raquel Sussman

Aprobado por unanimidad en la Sesión de Colegio de Auditores de fecha 10/10/2012.

RESOLUCION AGC N°: 341/12

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Octubre de 2012
Código del Proyecto	3.11.04b
Denominación del Proyecto	Hospital Garrahan
Período examinado	Año 2010
Objetivo de la auditoria	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan.
Alcance	El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325. La auditoría de gestión es un examen sistemático de evidencias con el objeto de fundar una opinión independiente acerca de la gestión de una organización gubernamental, programa, actividad o función. Implica el examen de la gestión del ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados; la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos, con el objetivo de proveer información para facilitar la toma de decisiones por parte de funcionarios con responsabilidad para supervisar o iniciar acciones correctivas. En los programas y proyectos auditados correspondientes al sector público, se deberán contemplar los principios de ética y equidad, verificando la existencia de una adecuada protección y resguardo de las necesidades e intereses de la comunidad.
Período de desarrollo de tareas de auditoria	Las tareas de campo se desarrollaron entre el 10 de agosto y el 7 de noviembre 2011
Limitaciones al Alcance	El libro de actas del Comité de Historias Clínicas no registra reuniones durante el 2010. El libro presentado registra la última reunión con fecha marzo de 2009.
Aclaraciones previas	Con base en el informe de relevamiento fueron seleccionados algunos procesos que por sus características resultan sustantivos para el control interno y la calidad de gestión. Se elegidos dos macro-procesos, el macro proceso de Apoyo y el de Gestión de Calidad, dentro de cada uno de ellos se escogieron los procesos que se detallan en a continuación A. Macroproceso de Apoyo A.1. Servicios Generales A.2. Gestión de la información A.3. Desarrollo de sistemas informáticos A.4. Gestión contable y financiera

	B. Macroproceso de Gestión de Calidad B.1. Comités Hospitalarios B.2. Carpetas de Calidad
Procedimientos	A.1. SERVICIOS GENERALES: Gestión de Residuos Patogénicos Se realizaron dos relevamientos fotográficos para la obtención de evidencias físicas sobre el almacenamiento, manipulación, transporte y disposición final de residuos patogénicos en el Hospital Garrahan. A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Archivo Central del Departamento de Registros Médicos Para evaluar las tareas relacionadas con documentación y utilización de datos proporcionados por las actividades asistenciales e institucionales, se diseñaron procedimientos sobre el Departamento de Registros Médicos, específicamente sobre el Archivo Central. • Testimoniales: Entrevistas a la responsable del Archivo Central y la Dirección Asociada de atención al paciente. • Sustantivos: Análisis de la evidencia documental A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS: Área de Sistemas Se realizaron procedimientos • Testimoniales: Se realizaron entrevistas con el responsable de los Sistemas y el auditor interno del organismo. Se realizaron visitas al centro de cómputos con listas de verificación para constatar las medidas de seguridad físicas y lógicas en uso. • Sustantivos Se solicitó formalmente copia de la documentación del área de sistemas (a pedido del auditado). Se revisó y evaluó la documentación entregada A.4. GESTION CONTABLE Y FINANCIERA: Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud) Ante la inexistencia de un plan anual de auditoria, y las debilidades de la Unidad de Auditoria Interna como se observa en el Informe 3.11.04.a "Relevamiento del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", se seleccionó "Recursos de Cuentas Especiales" para realizar diversos procedimientos con el fin de identificar los puntos críticos y tomar acciones correctivas que mejoren el flujo de información para evitar la fuga de recursos, encausándola hacia el mejoramiento continuo, y fortaleciéndolo como modelo de hospital de autogestión. El proceso de facturación abarca:

	- Identificación y registro de información del usuario - Registro de Información de procedimientos - Liquidación de los servicios prestados - Proceso de recaudación Para la recolección de datos y evaluación de los procesos se implementaron procedimientos testimoniales, documentales y pruebas sustantivas Para el desarrollo e implementación de la auditoría en facturación se realizó: • Análisis del estado actual del proceso de facturación y admisiones. • Revisión de los de formatos de captura de información actuales. • Revisión del flujo de información. • Determinación de los procedimientos actuales del área. Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan " La Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría Prof Dr. Juan P. Garrahan fue creada por la resolución 242/ 2010, del Consejo de Administración. La misma estaría conformada por el Auditor Interno, la Dirección Asociada de Asuntos Jurídicos y la Dirección Médica Ejecutiva. Entre sus funciones están descriptas tareas de registro y control de las actividades que realiza la Fundación relacionadas con cuestiones relacionadas con el Hospital. Se entrevistó a la Dirección Medica Ejecutiva para verificar las tareas desarrolladas por dicha comisión, informándonos que dicha comisión no disponía ni de acta constitutiva ni actas de reuniones realizada B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS Considerando a la Historia Clínica, el documento por excelencia de la tarea asistencial de los pacientes, durante esta auditoria se realizaron distintos procedimientos sobre la misma. Se seleccionó al Comité de Historias Clínicas para verificar el cumplimiento de sus misiones y funciones, según la normativa vigente y el cumplimiento de la Ley Nacional que legisla sobre la confección y resguardo de las Historias Clínicas. Se implementaron dos procedimientos para dicha evaluación: el primero estaba relacionado con las actividades desarrolladas por el Comité. El Extravío temporario del libro de actas del Comité en el
--	--

	período de análisis y la ausencia de documentación respaldatoria con validez formal para su reemplazo resulto una limitación al alcance para evaluar el funcionamiento de dicho comité. El Libro de Actas de la Comisión de Historias Clínicas perdido en marzo de 2009 fue reencontrado en 2011. El segundo fue realizado sobre una muestra de historias clínicas para verificar la implementación de las evoluciones informatizadas ambulatorias en la HCL en papel, como prueba piloto. B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS: Carpetas de calidad Para obtener evidencia analítica sobre el funcionamiento de la Coordinación de Gestión de Calidad del Hospital Juan P. Garrahan establecidos por reglamentación interna, se verificó la tarea realizada por los evaluadores internos (auditores internos vg "Premio de Calidad") durante el año 2010, sobre las Carpetas de Calidad que se confeccionan en los distintos procesos. Tomando como de base el Marco Normativo Interno del Hospital, se solicitaron para su análisis dichas Carpetas.
Observaciones	A.1. SERVICIOS GENERALES: Gestión de Residuos Peligrosos Residuos Sólidos: El depósito intermedio de los contenedores de residuos domiciliarios y patogénicos ubicados en pasillos de uso común, sin el debido resguardo. Ambos sitios de acopio carecen de identificación externa que los distinga como área de almacenamiento intermedio de residuos patogénicos- acceso restringido, tampoco cuentan con la identificación internacional con el logo correspondiente. Asimismo, en las bolsas y recipientes de residuos patogénicos almacenadas en el local de acopio, el generador debe colocar una tarjeta con los datos de generación de dichos residuos al precintarse las bolsas y recipientes. Existencia de cesto con bolsa roja (para residuos patogénicos) ubicado en un lugar de acceso común que contiene residuo domiciliario, sin su respectiva tapa. Existencia de un contenedor rojo (para depósito de residuos patogénicos) sin la respectiva tapa y en su interior bolsas de residuos domiciliarios. Existencia de contenedor para residuos domiciliarios que transportan bolsas con residuos patogénicos. En el trayecto hacia el depósito final de residuos patogénicos las bolsas caen de los contenedores, quedando en evidencia que no son seguros para el transporte de los residuos.



- El lavadero de contenedores, que se encuentra emplazado en un pasillo de circulación, abierto, lo que puede provocar que las personas que por allí circulan tomen contacto con los fluidos contaminados.
- El depósito final de residuos del hospital, cuyo ingreso no se encuentra debidamente señalizado con letreros que indiquen la peligrosidad de los mismos. Las dimensiones del depósito no son las adecuadas para la cantidad de residuos generados diariamente (la fotografía 12 muestra los contenedores que no caben en el depósito). El depósito no tiene puerta de ingreso, pileta para limpieza del lugar ni carros de recolección con manguera y desagüe. Tampoco cuenta con luces germicidas. Un operario manipula residuos comunes y peligrosos sin la adecuada utilización de elementos de seguridad y protección

Residuos Líquidos

- Servicio de Patología: Los bidones están rotulados de acuerdo a normativa, aunque se encuentran abiertos y sin bandeja de contención. Las fotografías muestran un derrame de líquidos y el deterioro del material del piso en la zona de depósito de bidones. Asimismo se puede verificar que la ausencia de bandeja de contención de derrames permite el escurrimiento de líquidos por el alcantarillado pluvial
- El depósito final de líquidos que no es de uso exclusivo para los mismos, compartiendo el área de mantenimiento. Una parte de ellos bidones se encuentra depositado sobre una superficie porosa, el piso de cemento alisado y otra parte sobre unos pallets de madera. Ninguno cuenta con bandeja contenedora contra derrames. El estado de las paredes no es el adecuado para un depósito de residuos líquidos peligrosos. El matafuego que cumple con la normativa en cuanto a carga y vencimiento, su localización no es la adecuada, ubicándose en el fondo del depósito
- El frente del depósito sin la correspondiente inscripción de residuos líquidos ni el logo internacional de alta peligrosidad.

A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Archivo central

- El cargo de jefe de Dpto de Registros Médicos se encuentra vacante hasta la finalización de las



	tareas de campo, estando a cargo de dicha tarea la Directora Asociada de Atención al paciente desde el año 2005. • El numero de HCL faltantes durante el año 2008 fue de 171, en el 2009 fue de 139 y de 335 durante el año 2010. Entre los años 2008 y 2010 se registró un aumento del 95% en las historias faltantes. y entre 2009 y 2010 el aumento fue del 155,39% • El ingreso continuo de historias clínicas al archivo produce una disminución en el porcentaje de faltantes de años anteriores y explica que cuanto más cercano al año en curso es el análisis, mayor es el porcentaje de faltantes, lo que deja en evidencia la demora en el retorno de HCL al archivo. • En el año 2010 el 90% de las historias faltantes fueron por motivos de investigación científica, consultas (programadas y no programadas) e internación. • Un promedio de 4.8% de las historias clínicas solicitadas diariamente no pueden ser entregadas • El grupo de historias clínicas no entregadas es mayoritariamente responsabilidad de los servicios que no regresan en tiempo y forma al archivo los documentos solicitados. A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS: Organización • El área de Sistemas no es independiente de las restantes áreas de la Organización a las que presta servicio. La unidad de Tics es dependiente de la Gerencia Administrativa, es decir forma parte de un área usuaria. • La función de seguridad no es independiente del Área de Sistemas y de las áreas usuarias. El cargo de Administrador de la seguridad (aún vacante) fue propuesto en la estructura de Sistemas de Información que a su vez depende del área administrativa. • Se carece de una metodología formal y sistemática para la evaluación de riesgos. Esto ha llevado a que se realizaran evaluaciones parciales informales y no se cumpliera con todos los pasos aconsejados por la normativa, como por ejemplo: clasificación de la información, evaluación de la criticidad de los activos, la enunciación de las amenazas y su probabilidad de ocurrencia asociada y otros. • No hay un encargado de la seguridad física y lógica.
--	---

	El cargo y la función se encuentran en proceso de búsqueda y selección de un encargado general de seguridad. • No se ha efectuado la inscripción correspondiente de las bases de datos según lo exigido por la ley 26.326 de Protección de Datos Personales. Seguridad General • No existe un inventario de software por puesto de trabajo y no se dispone de una descripción del centro de datos alternativo. • No se han realizado evaluaciones de la seguridad de la red de datos como por ejemplo pruebas de penetración o ethical haking, evaluaciones de la necesidad de encriptación de información y no se guardan algunas de las revisiones de los reportes de los sistemas (logs). • No se limita la bajada e instalación o intercambio de archivos con código ejecutable y no existe un procedimiento formal para situaciones de alerta por detección de software malintencionado. • No se realiza capacitación sobre políticas seguridad en el uso de Internet. • No se encuentran debidamente formalizados las políticas y procedimientos relacionados con la rutina empleada para el respaldo de la información (back up), la guarda de registros de logs, la guarda en sede externa y el control de accesos al área de servidores • No todos los UPS se monitorean, sólo aquellos que trabajan en las funciones más críticas. Las pruebas no son formales, ni periódicas ni rutinarias. Seguridad Física del Centro de Cómputos • No existen luces de emergencia • No existe señalética de salidas • Sólo hay matafuegos móviles en las cercanías a la sala de servidores. • No existen procedimientos formales frente a situaciones de emergencias. Se realizan algunas pruebas y no se documentan. • No hay Plan de evacuación del centro ni de recuperación de desastre documentado. • Se efectúa una revisión anual de las amenazas a la seguridad física pero no se las documenta.
--	---

Seguridad lógica

- Hay aspectos de Seguridad Lógica que se realizan rutinariamente pero no poseen documentación formal.
- Las claves son alfanuméricas pero no son renovables.
- Sólo algunas claves de determinados sistemas son encriptadas.
- No está siempre limitada la cantidad de intentos de ingreso de los usuarios.
- Los procedimientos de depuración de usuarios no son formales, ni rutinarios ni periódicos.
- Los procedimientos de manejo de usuarios y claves de administradores no están formalizados.

A.4.GESTION CONTABLE Y FINANCIERA:

Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud)

- No se halló un manual formal de normas y procedimientos, ni descripción de tareas y asignación de responsabilidades para los agentes afectados al sector, aprobado por el Consejo de Administración.
- No se dispone de un modulo de costos operativos ni de una metodología de recupero de costos que permita elaborar un Nomenclador de prestaciones en función a los costos operativos.
- Emergencias, Laboratorio y catorce terminales de la Central de Turnos no cuentan con acceso a la pagina web del Anses, para la captación de beneficiarios de las obras sociales
- No se encuentra integrado el sistema informático de facturación con el sistema contable. .
- Se observó ausencia de control en forma sistemática auditoria de las cuentas involucradas en la facturación
- No se realiza la facturación en los tiempos establecidos por la normativa
- El contrato de prestaciones médico asistenciales con la obra social Pami se encuentra vencido.

Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan "

- No existen actas sobre las reuniones y actividades realizadas por dicha Comisión, esta situación motivó

	que fuera inviable realizar las actividades de auditoria sobre dicha Comisión y sobre el cumplimiento de la Resolución 242/ 2010 del Consejo de Administración de dicho Hospital B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS: Comité de Historias Clínicas. • .No existen registros en el libro de actas de acciones realizadas por el Comité durante 2010 • La documentación puesta a disposición de esta AGCBA en reemplazo del libro de actas carece de valor formal. La Dirección Médica Ejecutiva no exige formalidad a los documentos enviados por el Comité. • No existe registro de acciones en colaboración con Comités y Comisiones del Grupo de Calidad de Atención Médica. • No se cumplió con las funciones de diseño y revisión periódica de la historia clínica de papel según normativa vigente: Muestra de historias clínicas • El 94.2% de las historias clínicas relevadas no estaban foliadas. Se verificó que sólo lo estaban las que tenían solicitud de fotocopia. • El 4.2% de las historias clínicas relevadas no contaba con registro de diagnóstico principal • El 3.7% de las historias clínicas que debían tener el Registro de Consentimiento Informado no contaba con el mismo. • En el 13,5 % de las historias clínicas no estaban identificadas las actuaciones profesionales con firma y sello o aclaración en forma completa.¹ • El 6,5 % de las historias clínicas no posee la primera hoja pre-impresa con los datos identificatorios del paciente, su grupo familiar, el número de historia clínica y la fecha y motivo de inicio del registro médico. • El 19,2 % de los registros médicos evaluados no presentaban epicrisis² al alta del paciente. • Se verificaron registros de evolución informatizada solo en el 10,8% de las historias de la muestra, todos los casos correspondieron a la especialidad Neumonología, excepto una
--	--

¹ Cabe aclarar que se indican como incompletas las historias clínicas a las que les faltaba al menos un dato.

² En los Hospitales de Día Polivalente y Oncológico las epicrisis se denominan "Contrarreferencia".

	de ellas que correspondió a Endocrinología pero cuya evolución se registró en el año 2011. B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS: Carpetas de calidad • No se cumplió con la planificación programada de Evaluaciones Internas de Calidad para el período 2010. • No se registraron hasta la finalización de esta auditoria de campo (noviembre del 2011) evaluaciones durante el año 2011. • Los informes de los Evaluadores no mantienen una organización estándar para su confección, encontrándose los datos descriptos sin ordenamiento en común.
Recomendaciones	A.1. SERVICIOS GENERALES Gestión de Residuos Peligrosos Residuos Sólidos • Los lugares de acopio deben ser espacios ad-hoc, en áreas restringidas, con identificación externa, deberá poseer la siguiente leyenda "área de almacenamiento intermedio de residuos patogénicos – acceso restringido" y la identificación internacional de residuos patogénicos. Según normativa vigente • Los recipientes para residuos patogénicos deben ser cestos de material plástico rígido o acero inoxidable, con tapa a pedal o removible, fácilmente lavables. Según el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos del GCBA año 2000. • Los carros de tracción manual deben poseer llantas de goma. • El carro debe estar diseñado de tal forma que asegure la hermeticidad, impermeabilidad, facilidad en la limpieza para el drenaje a fin de evitar accidentes por derrame de los residuos • Deben tener preferentemente puertas laterales y estar debidamente identificados con símbolos de peligrosidad. • Se debe señalizar apropiadamente la ruta de recolección. • La recolección debe realizarse en horarios de menor tránsito interno. • De no contar con un ascensor de uso exclusivo, será acordado un horario para esta tarea. • Los carros deberán lavarse y desinfectarse al finalizar la operación en un área con las siguientes características según normativa vigente en la C.A.B.A.

	• Señalización de la entrada al depósito final: tendrá que tener letreros alusivos a la peligrosidad de los residuos que allí se depositan. • Los operadores a cargo de transporte de residuos no podrán ingresar a las áreas de circuito cerrado. El personal que realice el transporte no podrá desempeñar otra función mientras se halle abocado a esta tarea. Proveer al personal la ropa de trabajo e implementos de protección adecuada para el cumplimiento de su labor según normativa vigente. A.1.2. Residuos Líquidos • Los bidones donde se depositan líquidos peligrosos deberían contar con bandeja de contención para evitar derrames y estar correctamente cerrados por sus características volátiles. De acuerdo con la normativa vigente.. • De acuerdo con la normativa vigente, el local debería contar con estanterías especialmente acondicionadas para contener derrames. Los pisos y las paredes requieren de pintura ignífuga, debería ser de uso exclusivo para los residuos líquidos y contar con elementos de seguridad ubicados en un sitio cercano a la salida. Se observa la ausencia de un balde con arena para casos de contingencia (derrames). • Identificar correctamente la entrada del depósito de líquidos peligrosos de acuerdo a la normativa vigente. A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Archivo central • Cobertura del cargo de jefe del Dpto. de Registros Médicos. • Mayor utilización de las herramientas informáticas disponibles para el recupero de HCL faltantes. • Planificación temporal de los procedimientos de recupero de historias clínicas que se encuentran fuera del archivo. • Implementación de sistemas de alarma que informen sobre tiempos excedidos en la devolución de HCL por motivos no asistenciales. • Planificación de los procedimientos de control sobre el reordenamiento interno del Archivo Central • Implementación de una normativa interna que responsabilice a los servicios por la demora en el retorno de historias clínicas al archivo.
--	---

A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS

Organización

Mejorar corregir y ampliar los aspectos de la organización posibles de incrementar su eficiencia en base a la aplicación de metodologías apropiadas, mejorar su independencia en línea con lo requerido por la normativa y aumentar el nivel de cumplimiento legal mencionados.

Seguridad General:

Formalizar y eventualmente modificar los aspectos de la seguridad general enumerados en las observaciones, con incorporación de:

- Firma por parte de los usuarios de compromiso de uso responsable de la red.
- Compra Software de monitoreo de red y puestos de trabajo.
- Incorporar las Normas de SIGEN como lista de auto verificación.
- Recomendar cursos de capacitación de Firewall.

Seguridad Física:

- Evaluar y completar las medidas de prevención para incendios y evacuación del área de Sistemas.

Seguridad lógica:

- Evaluar, formalizar e incorporar las adecuaciones y modificaciones a los aspectos de seguridad lógica enunciados como potenciales debilidades. Incorporar Auditoría de Procesos y cursos de capacitación de seguridad de Oracle.

A.4.GESTION CONTABLE Y FINANCIERA:

Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud)

- Definir y aprobar por el Consejo de Administración las normas y procedimientos administrativos de área.
- Elaborar un plan de auditoría en forma continua e integral de las cuentas involucradas en la facturación.
- Proveer en las áreas faltantes de conexión a Internet para poder consultar las páginas Web de la superintendencia de seguros de salud y la pagina Web de ANSES.

	Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan Cumplir con las funciones establecidas en la Resolución 242/ 2010 del Consejo de Administración respecto de las tareas de control que debe realizar el Hospital sobre las actividades realizadas por la Fundación Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS: Comité de Historias Clínicas • Registrar en un libro de actas que se ajuste a la normativa, las acciones realizadas, de manera de garantizar que se plasme en un documento la tarea para poder someterla a control posterior • Exigir que las distintas áreas cumplan con la normativa, requiriendo documentación con valor formal. • Formalizar y registrar las acciones que el Comité debe realizar con otras áreas del hospital. • Cumplir con la totalidad de las misiones y funciones establecidas para el comité en lo referido a la revisión periódica de Historias Clínicas y la utilización de formatos de evaluación simples que permitan establecer objetivos medibles y puedan volcarse rápidamente al mejoramiento de los registros que permitan ser reevaluados. Muestra de historias clínicas • Foliar la totalidad de las Historias Clínicas según lo establecido en la Ley 26529 Capítulo IV art.15. • Consignar el diagnóstico principal en la totalidad de Historias Clínicas según establece la Ley 26529 Capítulo IV art.15 • Cumplir con la obligatoriedad del registro del consentimiento informado en la totalidad de las prácticas asistenciales establecidas taxativamente en la misma ley 26529 Capítulo III Art 6 y 7 • Cumplir en la totalidad de Historias Clínicas con la identificación en forma completa de los profesionales actuantes (firma y sello o aclaración) Ley 26529 Capítulo IV art.15 • Incorporar en la totalidad de las Historias Clínicas la hoja pre impresa con los datos
--	--

	identificatorios del paciente. • Incorporar a la totalidad de las Historias Clínicas el resumen de Internación (epicrisis) Ley 26529 Capitulo IV art.15 • Controlar y profundizar la implementación de los avances en la implementación de la Historia Clínica Informatizada en los servicios referidos como prueba piloto.. B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS: Carpetas de calidad • Adecuar la planificación de las evaluaciones a los tiempos y recursos humanos disponibles, de modo de poder dar cumplimiento a lo establecido. • Establecer un modelo de informe de evaluación donde se instaure un ordenamiento de los ítems a evaluar y criterios comunes de mensurarlos, con el objetivo de facilitar la observación del informe y la comparación con otras carpetas de calidad así como con las próximas evaluaciones a realizar sobre el mismo sector.
Conclusión	El Hospital Garrahan desarrolla sus múltiples actividades asistenciales, académicas, docentes y comunitarias con niveles de excelencia, como fue puesto de manifiesto en nuestro informe de relevamiento. La capacidad y compromiso de su recurso humano, en todos los niveles de ejecución, la tarea permanente de revisión de practicas y circuitos, el desarrollo y actualización de las tecnologías implementadas hacen del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. como el hospital referencia para la gestión de la salud. Durante el informe de gestión nos hemos avocado a auditar áreas existentes en cualquier hospital publico, así como sectores que son exclusividad de este Hospital. Es nuestro deber señalar que mas allá de las observaciones y recomendaciones que esta Auditoria a manifestado, el nivel de excelencia del Hospital Garrahan está en percentilos superiores al promedio de los prestadores de salud de la Cuidad de Buenos Aires y destacamos que en el informe de descargo el Ente comunica que muchas de las observaciones y recomendaciones están siendo puestas en practica, quedando para un informe de seguimiento la confirmación de las mismas. Queremos también destacar el nivel de compromiso que

	han asumido las autoridades del hospital con las recomendaciones, manifestando la aplicación de las mismas, que serán evaluadas en un futuro seguimiento. Así mismo agradecer la colaboración recibida durante las tareas de auditoria.
--	--

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
"HOSPITAL GARRAHAN"
PROYECTO N° 3.11.04 B**

DESTINATARIO

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

S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 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 siguiente.

I) OBJETO

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

II) OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital de Pediatría 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.

La auditoría de gestión es un examen sistemático de evidencias con el objeto de fundar una opinión independiente acerca de la gestión de una organización gubernamental, programa, actividad o función. Implica el examen de la gestión del ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados; la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos, con el objetivo de proveer información para facilitar la toma de decisiones por parte de funcionarios con responsabilidad para supervisar o iniciar acciones correctivas.

En los programas y proyectos auditados correspondientes al sector público, se deberán contemplar los principios de ética y equidad, verificando la existencia de una adecuada protección y resguardo de las necesidades e intereses de la comunidad³.

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 10 de agosto y el 7 de noviembre 2011.

IV LIMITACIONES AL ALCANCE

El libro de actas del Comité de Historias Clínicas no registra reuniones durante el 2010. El libro presentado registra la última reunión con fecha marzo de 2009.

V) ACLARACIONES PREVIAS

Con base en el informe de relevamiento fueron seleccionados algunos procesos que por sus características resultan sustantivos para el control interno y la calidad de gestión. Se eligidos dos macro-procesos, el macro proceso de Apoyo y el de Gestión de Calidad, dentro de cada uno de ellos se escogieron los procesos que se detallan en a continuación

A. Macroproceso de Apoyo

- A.1. Servicios Generales
- A.2. Gestión de la información
- A.3. Desarrollo de sistemas informáticos
- A.4. Gestión contable y financiera

B. Macroproceso de Gestión de Calidad

- B.1. Comités Hospitalarios
- B.2. Carpetas de Calidad

VI) TAREAS, PROCEDIMIENTOS Y NORMATINA VIGENTE

A. MACROPROCESO DE APOYO

A.1. SERVICIOS GENERALES:

Gestión de Residuos Patogénicos

El Hospital Garrahan participa de un Programa de las Naciones Unidad para el desarrollo (PNUD) que tiene entre sus objetivos la demostración y promoción de mejores técnicas y prácticas para la reducción de desechos generados por la atención de la salud.

Este compromiso asumido por el Hospital indujo al diseño de un procedimiento en el circuito de Residuos Patogénicos para verificar el proceso de recolección, almacenamiento, manipulación, transporte y disposición final de residuos

³ http://www.agcba.gov.ar/docs/Norm-NORMAS_EXTERNA.doc

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

patogénicos sólidos y líquidos y examinar el nivel de cumplimiento de las normativas vigentes.

A la fecha el Hospital está tramitando el Certificado de Aptitud Ambiental, en el libro de actas consta el Certificado de Gestión de Residuos Peligrosos⁴.

Marco Normativo:

- Decreto 1886/01 GCBA art. 25 Almacenamiento intermedio
- Manual de Residuos Patogénicos del GCBA, Año 2000
- Disposición de la DME 193 del 29 de marzo del 20110 y anexos I y II

Procedimientos:

Se realizaron dos relevamientos fotográficos para la obtención de evidencias físicas sobre el almacenamiento, manipulación, transporte y disposición final de residuos patogénicos en el Hospital Garrahan.

La evidencia física, para los residuos sólidos fue recogida el 6 de agosto de 2011. Para el circuito de residuos líquidos el 31 de octubre de 2011.

La recolección de residuos líquidos la efectúa el personal de acarreo, los días lunes, pasando por los servicios con un carro jaula, retirando los bidones (de 22 litros) cerrados y rotulados (por el servicio) y llevándolos al depósito final que se encuentra fuera del área cerrada del hospital.

Las empresas que retiran los residuos líquidos proveen bidones nuevos por cada extracción. Éstas se efectúan quincenalmente

A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Archivo Central del Departamento de Registros Médicos

Para evaluar las tareas relacionadas con documentación y utilización de datos proporcionados por las actividades asistenciales e institucionales, se diseñaron procedimientos sobre el Departamento de Registros Médicos, específicamente sobre el Archivo Central.

El archivo Central depende de la Dirección Asociada de Atención al Paciente.

Marco Normativo

Ley 26529 "Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado".

Procedimientos.

• Testimoniales:

- Entrevistas a la responsable del Archivo Central y la Dirección Asociada de atención al paciente.

⁴ Será renovado cada dos años y será otorgado o denegado por la autoridad de aplicación mediante el acto administrativo pertinente. Los sujetos alcanzados por la presente Ley deberán contar con el Certificado de Residuos Peligrosos para desarrollar sus actividades, en el marco de lo que disponga la autoridad de aplicación por la vía reglamentaria. Ley N°2214/06 Residuos Peligros. Ciudad de Buenos Aires. Capítulo IV Art. 16 y 17

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

Se recogió información testimonial de Archivo Central y se implementaron procedimientos creados a fin de auditar sus sistemas de clasificación, resguardo y disponibilidad de las historias clínicas.

La Dirección Asociada de Atención al Paciente informó que la jefatura del Departamento de Registros Médicos se encuentra vacante y esta a su cargo desde el año 2005.

El archivo guarda 449.392 historias clínicas, en él se conservan las historias y placas de todos los pacientes atendidos en el hospital.

Estos documentos se encuentran separados en dos grandes grupos; las pasivas (pacientes que han fallecido, que han cumplido la mayoría de edad y no se atienden en el hospital y los que hace más de cinco años que no reciben atención en el hospital) y las activas (pacientes que han consultado por lo menos una vez en los últimos cinco años). Las primeras se encuentran en el subsuelo del archivo, las segundas en la planta baja, ubicadas en estanterías ordenadas para simplificar su búsqueda.

El sistema de archivo que utilizan es el Dígito Terminal Compuesto⁵ con Codificación en Color (primera serie amarilla del 0 al 999.999 y la segunda serie rosa del A0 al A999.999).

Cada historia clínica lleva adherido un sticker con su número⁶, seguido por el número de tomo⁷ en caso de que existiese, y un código de barras para su lectura por scanner. El código de barras permite ingresarlas al sistema y adjudicarle ubicación en el hospital (quién la tiene, dónde y desde cuándo). El uso del scanner agiliza la búsqueda de datos y localización de las historias.

Se entregan historias para la atención de pacientes ambulatorios e internados y también por pedidos judiciales, para ateneos, investigación científica y especiales particulares.

El Archivo Central (A.C.) funciona de lunes a viernes de 7 a 21 horas, las Historias Clínicas requeridas fuera de este horario (lunes a viernes de 21 a 7hs., fines de semana y feriados) son extraídas por el Secretario/a de Registros Médicos de la Guardia.

Este retiro es asentado en el sistema informático de la guardia, y no así en el SIG, por lo cual A.C. desconoce, tanto que ese documento fue retirado, como su destino.

El flujo diario de historias clínicas solicitadas para la atención de pacientes con turnos programados es de 900 a 1000 por día.

El circuito de entrega de historias clínicas para su atención es el siguiente:

⁵ método complejo que permite archivar las historias de manera rápida, segura y precisa. Se divide al Archivo en 100 secciones (00 – 99), cada una de las cuales a su vez se subdivide en 10 divisiones. Para archivar una historia clínica se toma como primer elemento los dos últimos, los cuales constituyen su sección; luego se toma el tercer dígito de derecha a izquierda y se ubica la división dentro de la sección correspondiente. Los tres primeros números sirven para ubicar el orden consecutivo que le corresponde dentro de la división respectiva. Es aplicable en archivos cuyo volumen es mayor de 100, 000 historias

⁶ El sistema genera un número de historia clínica en la primera consulta, se abra o no dicha historia. El número queda reservado para el paciente hasta que un evento amerite la apertura.

⁷ Los pacientes del hospital que reciben tratamientos largos o complejos adquieren historias clínicas voluminosas, razón por la cual se ideó separarlas en tomos y cuando se solicita una historia con varios tomos, sólo se entrega el último con las evoluciones más actuales.



Las secretarías de los servicios envían, por sistema, el listado de turnos programados para el día siguiente, a su vez, el Departamento de Sistemas imprime un listado que diariamente envía al Archivo para que ubique y distribuya las historias clínicas para el día siguiente.

Con este listado como insumo, el personal del área realiza la búsqueda, coloca los documentos solicitados en canastos y los distribuyen por los servicios cada mañana.

En cada listado de historias solicitadas se identifica con una F a las historias faltantes.

Las historias faltantes son buscadas por sistema para identificar su última localización, con ese dato es reclamada por personal del archivo en el sector que figure como último receptor de la misma.

Existen otros pedidos adicionales, que se realizan por sistema, para solicitar historias clínicas de pacientes que no programaron la consulta. Habitualmente hay un promedio de 150 diarios que acuden por demanda espontánea y 20 o 30 pacientes que concurren por emergencia o intercalados por los profesionales (listado "posterior"). Estas historias se buscan luego de entregar las programadas, en el transcurso de la mañana.

Cuando una historia solicitada tiene dos turnos programados para el mismo día el personal de archivo lo señala en el sistema informático para de esa manera detectar el lugar donde se encuentran, proceder a su recupero y de esa forma llegue a su destino programado.

Por la tarde, se inicia el retorno de las historias por personal del sector. Al llegar al archivo se registra el ingreso escaneando uno a uno los documentos, y luego se ordenan en una estantería por dígito terminal para luego ser reubicadas en su lugar correspondiente.

El Sistema informático realiza todos los días un balance entre las historias clínicas solicitadas y las faltantes. Se estima que el número de historias faltantes se encuentra entre el 8 al 10% del movimiento diario.

El sistema ofrece la herramienta informática para ubicarlas por servicio, motivo (investigación científica, pasivadas, ateneos, no asistenciales, consultorio programado, extraviada) y período de tiempo.

Desde que se inició el archivo no se produjo la destrucción de ninguna historia clínica.

De los registros estadísticos surgen datos significativos correspondientes al año 2010, como:

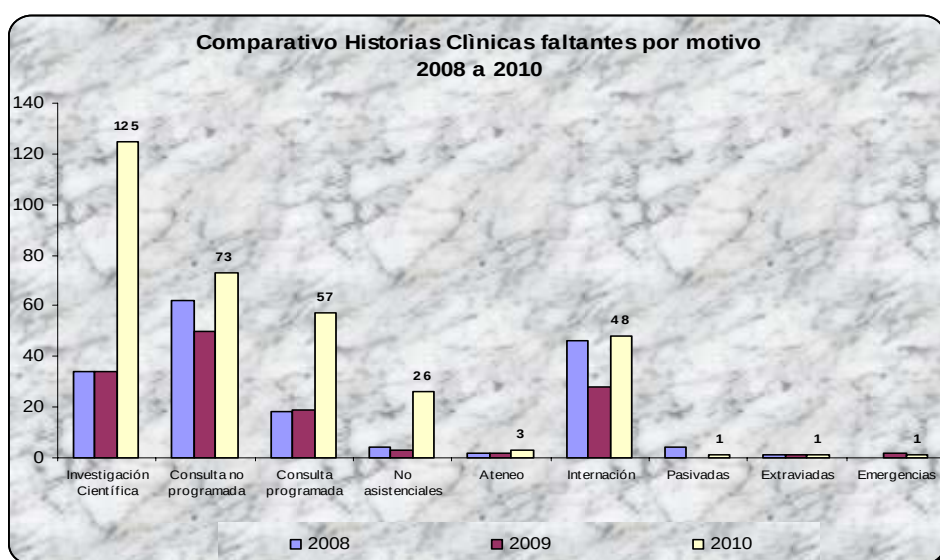
- Historias Clínicas ingresadas al sistema de archivo: 21.970.
- Historias Clínicas devueltas al archivo: 291.970.
- Movimiento Total de Historias Clínicas: 603.280.
- Movimiento total de Rx.: 90.354.
- Movimientos historias clínicas por categorías: ateneos: 3.413, consultas no programadas: 58.062, consultas programadas: 169.905, emergencias: 317, internación: 30.440, investigación científica: 14.170, no asistenciales: 13.277 y pasivadas: 21.956.

• **Sustantivos:**

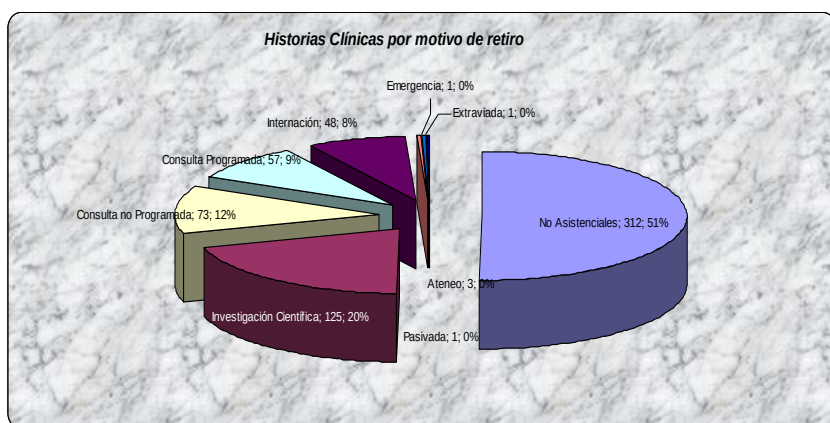
- Análisis de la evidencia documental para verificar el número de historias clínicas faltantes del archivo central correspondiente al año 2010 y su comparativo con años anteriores 2008/2009

Se solicitó a la responsable del Archivo los listados de historias clínicas faltantes durante el periodo mencionado, se obtuvieron los siguientes resultados:

Historias clínicas faltantes, período 2008 – 2010 por motivo



Con los mismos datos, se organizó la información de: Historias Clínicas faltantes por motivo de pedido 2010.



El Análisis de este listado por servicio evidenció que 621 historias habían sido retiradas en 2010 y no habían sido devueltas con fecha 25/08/2011.



- Verificación del porcentaje diario de historias clínicas faltantes, para la tarea asistencial con turno programado y análisis de sus causales.

Se solicitó al Archivo los listados diarios de turnos programados de la semana comprendida entre el 7 y el 13 de septiembre de 2011

Se verificó el porcentaje diario de faltantes y el resultado fue el siguiente:

	Total historias solicitadas	Total de faltantes	% de faltantes
07-Sep	902	80	8,86%
08-Sep	1005	99	9,85%
09-Sep	797	83	10,41%
12-Sep	1063	108	10,16%
13-Sep	955	79	8,27%
Total semanal	4722	451	9,6%

Se tomó como muestra el listado del día 07/09/11 donde se solicitaron 902 turnos y fueron señaladas como faltantes 80 historias clínicas faltantes (8,86%) Se consultó en el sistema informático del archivo los movimientos de las historias clínicas faltantes, verificando el lugar donde se encontraba la misma en el día en que fue requerida y si finalmente, fue entregada al profesional solicitante.

Del total de historias clínicas faltantes (8.86%), el 42.5% (34) fue finalmente entregada para la tarea asistencial

- El 29.4% (10) estaban en el propio archivo
- El 17.6% (6) fueron rastreadas por el sistema, ubicadas por personal del archivo y entregadas al solicitante
- El 52.9% (18) se encontraban desde antes en el servicio que tenía programado el turno

El 57.5% de las historias clínicas (46) que no fueron entregadas al sector solicitante se encontraron registradas en el sistema de la siguiente forma:

- El 21.7% (10) el sistema indica que estaban en el propio archivo
- El 78.3% (36) son deudas de servicios.

A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS:

Área de Sistemas

El área de Sistemas depende directamente de la Dirección Administrativa y está formalizada en una Gerencia de Sistemas, de esta dependen dos Departamentos: "Producción y Soporte Técnico" y "Desarrollo de Sistemas" y también el "Área Web".

Poseen una descripción de las misiones y funciones según el objetivo y los atributos necesarios para desempeñar la función en cada puesto de trabajo. Con el objetivo de evaluar de un modo general la contribución del Área de Sistemas a los fines de la institución mediante el Modelo CMM (Capability Maturity Model) aplicado por extensión a los principales procesos de TIC's (Tecnología de la Información y las Comunicaciones), se examinará el cumplimiento de los aspectos generales relacionados con la organización, las buenas prácticas, los estándares tecnológicos y la seguridad de la información de los principales procesos de tecnología.

Las tareas de se realizaron entre junio de 2011 y septiembre de 2011.

Marco Normativo:

Se utilizó el siguiente marco normativo:

- Normas Básicas de Auditoria Externa de la AGCBA
- las Normas Básicas de Auditoria de Sistemas de la AGCBA.
- la ley 70, ley 325 y complementarias.
- Manual COBIT IV. (Control Objectives for Information and Related Technology) de la Information Systems Audit and Control Association. Capítulo Buenos Aires.

Supletoriamente se utilizaron:

- Las normas y recomendaciones de seguridad establecidas por la ASI (Ex DGEySI).
- Manual de Auditoria Informática de la Sindicatura General de la Nación, SIGEN.
- Res. 48/05 SIGEN
- Manual CISA. (Manual de Control Information System Auditor)

Procedimientos:

- Se realizaron entrevistas con el responsable de los Sistemas y el auditor interno del organismo.
- Se realizaron visitas al centro de cómputos con listas de verificación para constatar las medidas de seguridad físicas y lógicas en uso.
- Se realizaron entrevistas con el responsable del área con un cuestionario de evaluación a fin de tomar conocimiento del nivel de desarrollo del área de sistemas.
- Se realizaron entrevistas con el responsable de Sistemas y colaboradores a fin de verificar la documentación del área.
- Se solicitó formalmente copia de la documentación del área de sistemas (a pedido del auditado).
- Se revisó y evaluó la documentación entregada

Descripción General del área de Sistemas

Organización y Dotación.

El área está bajo la conducción de un Gerente de Sistemas, que es asistido por un Asistente de Gestión (vacante) y un Asistente de Conducción Ejecutiva.

Dependen de la Gerencia de Sistemas:

- El Departamento de "Desarrollo de Sistemas": cuenta con 1 jefe y 6 Líderes de Proyecto, 1 Supervisor responsable de las tareas y 17 Puestos de Ejecución.
- El "Departamento de Producción y Soporte Técnico": 1 jefe del área, 2 Líderes de Proyecto, 1 Supervisor de Impresiones y 14 agentes distribuidos entre las diferentes aplicaciones que atienden.
- El "Área Web" cuenta con 1 Líder y de este dependen 4 Puestos de ejecución.

Servicios informáticos dependientes de la Gerencia de Sistemas Hospital. Garrahan

En la Gerencia coexisten dos servicios: uno prestado por agentes pertenecientes a la Gerencia de Sistemas y otro brindado por terceros (empresas contratadas).

El Departamento de Desarrollo de Sistemas es el encargado de confeccionar, mantener y administrar las aplicaciones y sistemas desarrollados específicamente para las distintas áreas del hospital. El Hospital cuenta con un

"Sistema Informático Garrahan" a fin de preservar la Propiedad Intelectual de la totalidad de los desarrollos de sistemas que se generen en el organismo.

El Departamento de Producción y Soporte Técnico es el encargado de la Administración y mantenimiento de la Red de datos (Física y Lógica); de la Administración de las Bases de Datos, Administración de Impresiones y de brindar Soporte Técnico, físico y lógico a todos los usuarios del Hospital.

Realiza procesos de copias de respaldo (backup) con un proceso automatizado que es ejecutado y controlado desde el centro de datos. Posee esquema diferenciado de respaldo (back up) para los programas fuente y las bases de datos.

Realiza recupero de datos a solicitud de usuarios o de forma aleatoria (no realiza recuperos de manera sistemática). Asimismo en los procesos de copia de respaldo genera una copia que es archivada.

El Área Web, dirigido por un Líder, crea, administra mantiene y desarrolla las aplicaciones Web del hospital.

Los servicios de aplicación tercerizados por el Hospital son el Sistema de Contaduría (Sistema Tango), de Microbiología y el de Hemoterapia.⁸

Seguridad Informática

No existe un área de Seguridad Informática, pero se informa que está prevista su puesta en marcha para este año. Por el momento esas funciones están a cargo del Dto. de Producción y Soporte Técnico. Se está realizando una búsqueda de personal para seleccionar un encargado de seguridad.

Planes de Capacitación

No existe un Plan Anual de capacitación, las capacitaciones se asignan según las necesidades que surgen en cada área y se contratan cursos acordes a las necesidades y a los proyectos próximos a ejecutarse.

Auditoría Interna

No existe especialista Tics en Auditoría Interna.

Plan de contingencia

Existe un Plan de Contingencia, pero el mismo es informal y no está documentado con forma de instructivos tales como: cuando y quien es el encargado de llevarlo a cabo y quien y cuando realizar las pruebas planificadas periódicamente.

En cuanto a la energía eléctrica, existen equipos UPS (automatizadas) distribuidos en diferentes áreas del hospital.

⁸ **Descargo del Ente:** Los servicios de aplicación tercerizados por el Hospital son el Sistema de Contaduría (Tango), de Microbiología y el de Hemoterapia. Se mencionan a modo de ejemplo. Se tercerizó la migración del Sistema Cpage, los desarrollos de Recursos Humanos (planificación de enfermería y ausentismo becarios, residentes y franqueros), desarrollo de sistema de requerimientos de mantenimiento, cuadro comparativo de compras y comercio exterior, sistema de inventario, interfase con el sistema Tango, sistema de solicitud de turnos vía web.



Descripción del Centro de Cómputos

El centro de cómputos central se encuentra en la planta baja del edificio, cuenta con:

Área de Servidores Rackeados con salida de fibra óptica y cables UTP, con piso técnico, refrigeración (sin equipo de respaldo), puerta de ingreso al área de apertura con tarjeta de proximidad

El centro de cómputos dispone de 38 servidores y una capacidad de almacenamiento (Storage) de 18 Tb9.

La red de Ethernet que transporta los datos está compuesta por 21 Racks10 de piso, 2250 bocas cableadas, 160 impresoras de red, una red inalámbrica compuesta por 40 puntos de acceso (access points) y con aproximadamente 1500 usuarios.

Infraestructura de Sistemas, Inventario

Llevar en forma sistemática un inventario de hardware en el que se detallan la ubicación física del equipo, el número de identificación, el detalle técnico del equipo y la fecha de alta.

Gestión del Área de Sistemas

- Solicitudes de usuarios:

Poseen un procedimiento formal para el "ciclo de vida de un requerimiento" donde se define y prioriza el tipo de tarea a realizar.

- Manual de tareas:

En el manual se detallan los procedimientos a realizar según el turno, instalación de programas, configuración y configuración de equipos según el usuario.

Planificación

- Proyectos

Son documentos formalmente aprobados con el nombre del proyecto, el estado de avance, la fecha de inicio estimada y la fecha de final estimada.

- Presupuesto

Es un documento detallado por año, número del expediente y los datos de contratación

Informes de Gestión

- Cronograma Tentativo de Desarrollo de Nueva Carrera

⁹ 1 Terabyte (Tb) es igual a 1024 Gigabytes.

¹⁰ Mueble para alojar elementos de comunicación.



Se implementa en un documento escrito, el Cronograma Tentativo de Desarrollo de una Nueva Carrera perteneciente a la Gerencia de Sistemas, detallando las fechas, tareas, Responsables y el estado de Avance.¹¹

Proyecto de Trazabilidad de insumos

Se desarrolla el Proyecto de Trazabilidad perteneciente a la Gerencia de Sistemas detallando el tipo de Tarea, Aplicación, Complejidad, Impacto y el Responsable.

Contratos y Licitaciones en curso

Consta el pliego de Bases y Condiciones de la licitación para la contratación del servicio de mesa de ayuda, reparación y mantenimiento operativo de estaciones de trabajo, equipos de comunicaciones y cableado.

Se adjunta el contrato realizado entre el Hospital Garrahan y Telefónica de Argentina SA la cual brinda el servicio de vínculo de acceso a Internet y residencia de los dominios: www.garrahan.gov.ar y www.garrahan.gob.ar.

Recibe (contratación directa) el servicio de la empresa Sinergia SA, para la migración de sistema C-Page de Oracle y de Baynet que provee el soporte técnico de los sistemas Novell Netware y Novell Groupwise.

Personal para cubrir puestos vacantes

Se prevé, mediante un llamado a concurso abierto, cubrir la vacante para el área de seguridad en la Gerencia de Sistemas.

Ingreso del personal al área

Disponen de un listado de personas habilitadas a ingresar físicamente al área de sistemas, clasificadas por su condición laboral en el organismo, plata permanente o locación

Planes de Evacuación.

Existe un documento que define las acciones a desarrollar en caso de emergencia dentro del hospital, clasificado por área, responsable y procedimientos operativos

Virus informáticos

Se almacenan los reportes y alertas de virus informáticos clasificados por el tipo, prevenciones de ataques y estadísticas.

Almacenamiento de datos informáticos

El área de sistemas posee un esquema de almacenamiento de datos centralizado con un Storage Hitachi AMS 200, un Switch Cisco y ISCSI,

¹¹ **Descargo del Ente:** El cronograma tentativo se dio a modo de ejemplo de informe de gestión.



conectados mediante fibra óptica a Sun X 4200, y Dell, interconectado con Red Ethernet a servidores Sun V490 y V240.

Se archivan los reportes de tareas realizadas de rotación de cintas y resúmenes de back up.

A.4.GESTION CONTABLE Y FINANCIERA:

A.4.1.Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud)

Ante la inexistencia de un plan anual de auditoria, y las debilidades de la Unidad de Auditoria Interna como se observa en el Informe 3.11.04.a "Relevamiento del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", se seleccionó "Recursos de Cuentas Especiales" para realizar diversos procedimientos con el fin de identificar los puntos críticos y tomar acciones correctivas que mejoren el flujo de información para evitar la fuga de recursos, encausándola hacia el mejoramiento continuo, y fortaleciéndolo como modelo de hospital de autogestión.

Existe en la Argentina una marcada segmentación en la cobertura de los beneficiarios del sistema de salud. Co-existen Obras Sociales de Dirección, Sindicales, Provinciales, el INSSPJP (PAMI), Monotributistas, asociados a Empresas de Medicina Prepaga, las ART, los sistemas de seguros y habitantes sin cobertura.

El Hospital Garrahan, de gestión autárquica, ha desarrollado un sistema de facturación basado en convenios con diferentes entidades aseguradoras a través de un nomenclador propio, o según el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas en caso de no existir convenio.

El Nomenclador propio se determina principalmente en base al Nomenclador utilizado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, no existiendo una metodología basada en una estructura de costos propia del hospital, exceptuando los casos de alta complejidad.

El sistema de facturación tiene por objetivo la registración y facturación de todas la prestaciones médico-asistenciales realizadas a los pacientes dentro de la Institución y que estén registradas en la Historia Clínica, a terceros pagadores (Obra Social, Prepaga, ART, planes "plan nacer" y sus respectivos convenios o contratos).

Durante el periodo auditado que corresponde al año 2010, el monto facturado por Recursos de Cuentas Especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud) fue de pesos 53.659.753,19

El proceso de facturación abarca:

- Identificación y registro de información del usuario
- Registro de Información de procedimientos
- Liquidación de los servicios prestados
- Proceso de recaudación

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

Procedimientos

Para la recolección de datos y evaluación de los procesos se implementaron procedimientos testimoniales, documentales y pruebas sustantivas

Para el desarrollo e implementación de la auditoría en facturación se realizó:

- Análisis del estado actual del proceso de facturación y admisiones.
- Revisión de los formatos de captura de información actuales.
- Revisión del flujo de información.
- Determinación de los procedimientos actuales del área.

Proceso de facturación

Para poder emitir la facturación es necesario tener en cuenta todos los eventos facturables, es decir todos los hechos o acontecimientos factibles de ser utilizados para originar una rendición presentable al cobro ante los entes prestatarios.

Se encuentran involucradas en la captación de eventos facturables las siguientes áreas:

- Central de Turnos – Área de Inscripción e Informes: Aquí se genera el bono de prestación y otorgamiento de turnos.
- Admisión de Pacientes
- Emergencias Medicas
- Consultorios Externos y Hospital de Día
- Laboratorio.

Para poder captar a los beneficiarios de Obras Sociales es necesario consultar el padrón entregado por la Superintendencia de Seguros de Salud¹² y la página web del ANSES

Cabe destacar que los padrones se actualizan cada tres meses y la pagina del ANSES cada 15 días, el Plan Nacer no cuenta con padrón de beneficiarios.

Se verificó que Central de Turnos tienen conectividad a Internet sólo en 4 de los 18 puestos existentes. En Emergencias Medicas y Laboratorio no existe conectividad.

La dirección responsable del proceso de facturación es la Dirección Asociada de Atención al Paciente y de ella dependen los siguientes Departamentos y sus recursos humanos:

- Departamento de Facturación: un Jefe, un Supervisor y dieciocho administrativos
- Departamento de Prestaciones: un jefe, un supervisor, tres médicos auditores y cinco administrativos
- Departamento de Convenios: un jefe Médico y un administrativo

¹² Se consulta en la pagina web de la SSS

El Sistema Informático no permite emitir listados de los eventos facturables por paciente ni por práctica, la facturación se confecciona globalmente por Obra Social.

No se dispone de un módulo de costos operativos ni de una metodología de estructura de recuperación de costos.

Los registros informáticos donde se procesan los datos que generan la facturación del hospital (Sistema informático Garrahan) no se encuentra en Red con los registros informáticos del área contable.

Los movimientos generados por el área de facturación son migrados mensualmente en forma manual al sistema Tango de Contabilidad.

Convenios

Se procedió a verificar los convenios existentes con las distintas Obras Sociales, se constató que el Convenio N°3103/D/93, INSSJP, del 25/10/1993 con la obra social PAMI se encuentra vencido.

Gestión de Facturación

Con el fin de monitorear el desempeño del sector facturación se analizó su evolución a lo largo de los años 2005-2010. Se verificó un crecimiento global del 174.02%.

El siguiente cuadro muestra los incrementos porcentuales en el monto total facturado entre los periodos 2005-2010:

DETALLE	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FACTURADO	26.048.461,88	22.775.837,31	29.318.204,42	33.159.832,21	46.598.845,74	56.638.817,15
NC	4.466.602,48	446.847,31	634.227,66	335.443,64	1.396.031,26	299.814,30
NDC	4.667.020,37	2.881.000,70	3.435.429,95	5.552.399,55	6.972.405,05	2.885.889,98
ND	2.667.455,69	1.358.057,71	2.040.007,09	3.357.211,18	5.338.017,64	171.976,26
NDI			19.324,64	1.840,00	8.988,52	34.664,06
TOTAL GRAL.	19.582.294,72	20.806.047,01	27.307.878,54	30.631.040,20	43.577.415,59	53.659.753,19
FACTURADO		6,25%	31,25%	12,17%	42,27%	23,14%
FACT. GLOBAL						174,02%
NC	17,15%	1,96%	2,16%	1,01%	3,00%	0,53%
NDC	17,92%	12,65%	11,72%	16,74%	14,96%	5,10%

El crecimiento porcentual en el año 2006 con relación al año 2005 fue de 6.25%, del 31,25% en el año 2007, del 12,17% en el año 2008, del 42,27% en el año 2009 y del 23,14% en el año 2010, siempre en relación al año anterior.

Los factores incidentes de este incremento fueron básicamente la incorporación del Departamento de Atención al Paciente en el año 2005, que permitió la mejor captación de eventos facturables, la actualización de convenios atrasados y la facturación del Plan Nacer.

Se analizaron los siguientes datos como Indicadores de eficiencia en la gestión:

- a. Indicador de captación de eventos facturables
- b. Indicador de Facturas emitidas con errores o problemas
- c. Indicador de Debitos no emitidos.
- d. Indicador del grado de confiabilidad de los registros
- e. Indicador del grado de atraso en la facturación
- f. Indicador del grado de cobranza.

a. Indicador de captación de eventos facturables

Este índice permite determinar el grado de captación de beneficiarios de obras sociales

$$\frac{\text{Beneficiarios con Obra social no capturados}}{\text{Total de Beneficiarios}}$$

Se seleccionó una muestra aleatoria de 96 pacientes atendidos en el hospital de día correspondiente al mes de abril 2010, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Beneficiarios con Obra Social capturados: 59
- Beneficiarios sin Obra Social: 13
- Beneficiarios con Obra Social no capturados: 24

$$\frac{\text{Beneficiarios con Obra Social no capturados: 24}}{\text{Total de beneficiarios: 96}}$$

Este índice refleja que el 25% de los beneficiarios de obras sociales que fueron atendidos en Hospital de Día no fueron captados para poder ser facturados

b. Indicador de Facturas emitidas con errores o problemas

Controla los errores que se presentan en la generación de la facturación del hospital y que inciden negativamente en las finanzas.

$$\frac{\text{Monto Total Notas Crédito}}{\text{Monto Total de Facturas Emitidas}}$$

En el 2010 fueron emitidas notas de crédito que representan, el 0.53% del total facturado, la tasa de disminución con respecto al año 2005 fue equivalente al -16.62%.

c. Indicadores de Débitos no emitidos



Se observó que existen Notas de Débito no emitidas, que se generan en los casos de discrepancias de la facturación entre el hospital y un agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Consiste en calcular el porcentaje real del Monto Total Notas de Débito no emitidas sobre el Monto Total de Facturas Emitidas. Este indicador determina el monto no recuperable en el periodo.

Monto Total Notas Debitos no Emitidos
Monto Total de Facturas Emitidas

El 5,1 % del monto total de la Facturación emitida en el año 2010 se encuentra pendiente de resolución. Cabe destacar que se observaron notas de débito no emitidas que representan:

- 17,92% del monto total de la facturación del año 2005
- 12,64% del monto total de la facturación del año 2006
- 11,72% del monto total de la facturación del año 2007
- 16,74% del monto total de la facturación del año 2008
- 14,96% del monto total de la facturación del año 2009.

d. Grado de confiabilidad de los registros:

Este índice muestra el grado de confiabilidad en la registración de los datos

Registro de datos incorrectos o sin información de respaldo
Registros de datos correctos

Se seleccionó una muestra de 90 legajos correspondientes al mes de abril del año 2010, en la misma se verificó que el 3,33% de los legajos registrados en el sistema informático no cuentan con información de respaldo o corresponden a datos incorrectos.

e. Indicador del grado de atraso en la facturación

Consiste en calcular el porcentaje del monto total que surge de los legajos de internación facturados fuera del término legal, sobre el monto total de los legajos de internación facturados. Este indicador determina el monto susceptible de ser rechazado por la obra social por no encontrarse dentro del marco legal:

Monto total de la facturación emitida fuera de términos legales
Monto total de la facturación emitida en término



Se seleccionó una muestra sobre el Monto total de la facturación emitida según la fecha de alta de internación del mes de abril de 2010 y se obtuvieron los siguientes valores

Monto total de la facturación emitida fuera de términos legales: \$1.579.535,94

Monto total de la facturación emitida en término: \$ 3.468.564,5

El 45,53% de la facturación es susceptible de ser rechaza por las Obras Sociales por encontrarse facturada fuera de término

f. Indicador del grado de cobranza

Consiste en calcular el monto total de la facturación cobrada en un período, sobre monto total de la facturación en el mismo periodo por 360

Este ratio refleja la cantidad de días que el hospital necesita para realizar sus cobranzas.

Asimismo se debe tener en cuenta, que las cobranzas de un período no siempre refieren al período de facturación, por lo tanto, los montos expresados en el siguiente cuadro deben considerarse como montos relativos

Mes	AÑO 2010	
	FACTURADO	COBRADO
Ene	2.841.962,67	2.873.182,93
Feb.	3.015.353,42	2.460.462,79
Mar	3.823.881,89	2.439.507,84
Abr.	4.648.284,91	3.879.043,86
May	4.069.569,30	2.588.206,53
Jun.	4.290.370,71	4.267.897,61
Jul.	4.484.951,87	3.093.721,73
Ago.	5.088.694,62	4.039.830,71
Sep.	5.720.805,43	4.084.849,58
Oct.	4.510.041,19	2.215.164,52
Nov.	6.188.096,73	2.090.917,59
Dic.	4.977.740,45	3.432.366,27
	53.659.753,19	37.465.151,96

Facturación de un periodo cobrada* 360

\$37465151,96*360 días

Total facturado en el mismo periodo

\$53679753,19

Rotación de Cobranzas = 251,35 días

Teniendo en cuenta que el hospital debería cobrar sus facturas dentro de los 60 días corridos, el resultado del indicador seleccionado revela que el período de cobranza, supera cuatro veces la fecha prevista por la normativa vigente

A.4.2.Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan "

La Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan fue creada por la resolución 242/ 2010, del Consejo de Administración. La misma estaría conformada por el Auditor Interno, la Dirección Asociada de Asuntos Jurídicos y la Dirección Médica Ejecutiva. Entre sus funciones están descriptas tareas de registro y control de las actividades que realiza la Fundación relacionadas con cuestiones relacionadas con el Hospital:

- Ordenar y mantener actualizado el Legajo Permanente que debe obrar en el Hospital, en relación a la Fundación Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", incluyendo: Estatuto original y sus modificatorias aprobadas y en trámite, Aprobación e inscripciones ante la autoridad de aplicación y demás antecedentes. Autoridades. Actas de Consejo de Administración sobre designación, renuncia o remoción de autoridades. Integración actualizada del Consejo de Administración y distribución de cargos. Apoderados, Información sobre su estructura funcional y sus funcionarios, Nomina de Personal. Normas y Reglamentos Internos. Documentos normativos emanados del órgano de Dirección o Administración que regulan las competencias internas. Impuestos. Constancias de Inscripción, Exenciones y Declaraciones Juradas, IGJ. Autorizaciones. Comunicaciones pre y post Asambleas. Otras presentaciones y/ o requerimientos de la IGJ. - Estados Contables. —
- Mantener un registro ordenado de los espacios físicos que ocupa la Fundación en el inmueble sede del Hospital, y de los antecedentes en que se sustenta su usufructo.
- Mantener un registro ordenado de los contratos y/ o convenios que hacen al usufructo de espacios físicos en el Hospital, por parte de la Fundación, bajo la forma que el mismo adquiera: concesiones, explotaciones o similares.
- Entender en el circuito y los procedimientos que se deben cumplir para efectuar y „ registrar los requerimientos a la Fundación.
- Entender en los procedimientos que se deben cumplir a los efectos de recepcionar y conformar las prestaciones que se reciben por parte de la Fundación,
- Mantener un registro ordenado de las personas autorizadas á ingresar, permanecer y laborar en sedes ocupadas por la Fundación, dentro del inmueble sede del Hospital.
- Recabar información y antecedentes sobre aquellos contratos, convenios o acciones comerciales que involucren al Hospital en

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

campañas, promociones o acciones similares, por las cuales se recauden, por vía directa o indirecta, fondos cuya causa o destino publicitado sea el Hospital de Pediatría SAMIC 'Prof. Dr. Juan P. Garrahan'

- Recabar información y antecedentes sobre los programas que impliquen el aporte y la aplicación de fondos en función de objetivos, en cuyo cometido participe el Hospital.
- Recabar información y antecedentes sobre aportes, subsidios, legados o donaciones causadas en función de objetivos en cuyo cumplimiento se encuentre involucrado, directa o indirectamente el Hospital.
- Requerir documentación, información, aclaraciones o cualquier tipo de elemento de juicio, a las autoridades del Hospital, de la Fundación, de organismos públicos y a personas jurídicas o físicas, cuando lo considere conducente a su objetivo constitutivo.
- Proveer a la intervención de las áreas técnicas del Hospital, o a la obtención de informes profesionales sobre materias y/ o temas que ameriten contar con una análisis o examen particular o especializado.
- Informar al Consejo de Administración los casos en que advierta incumplimientos en los plazos o formas inherentes a la remisión de documentación o informes conducentes al cumplimiento de las funciones precedentes, o cuando advierta sobre base cierta situaciones que configuren un riesgo inherente o potencial para la imagen pública del Hospital.
- Administrar los recursos puestos a su disposición.
- Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

Procedimientos

Se entrevistó a la Dirección Médica Ejecutiva para verificar las tareas desarrolladas por dicha comisión, informándonos que dicha comisión no disponía ni de acta constitutiva ni actas de reuniones realizadas.

B. MACROPROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD

B.1. COMITÉ HOSPITALARIOS:

Considerando a la Historia Clínica, el documento por excelencia de la tarea asistencial de los pacientes, durante esta auditoría se realizaron distintos procedimientos sobre la misma.

Se seleccionó al Comité de Historias Clínicas para verificar el cumplimiento de sus misiones y funciones, según la normativa vigente y el cumplimiento de la Ley Nacional que legisla sobre la confección y resguardo de las Historias Clínicas. El periodo auditado es el año 2010.

Los integrantes de esta comisión refirieron, en sendas entrevistas, que las tareas desarrolladas durante el periodo auditado fueron exclusivamente el

diseño y armado de la Historia Clínica Informatizada para ambulatorio (HCI)¹³, para lo cual se incorporaron integrantes del sector de sistemas¹⁴.

A mediados de ese año se implementó con carácter de prueba piloto, el uso de la HCI en los Servicios de Neurología y de Escoliosis¹⁵, elegidos entre todos los Servicios, con la anuencia de sus profesionales de conducción e integrantes. Se realizó tanto la incorporación de datos del paciente como la evolución y seguimiento por parte del sector.

Las conclusiones de las reuniones, así como las novedades y mejoras que surgieron de ellas fueron notificadas tanto a la Coordinación de Calidad, como a la Dirección Ejecutiva del Hospital y difundidas por el Comité a la comunidad hospitalaria, en Ateneos y Jornadas Intrahospitalarias así como desde la Dirección Ejecutiva y la Coordinación de Calidad a través de notificaciones a los diferentes servicios involucrados.

En el año 2010 se inició la instalación de terminales de computación en los sectores ambulatorios¹⁶

Limitaciones al alcance:

El Extravío temporario del libro de actas del Comité en el período de análisis y la ausencia de documentación respaldatoria con validez formal para su reemplazo.

El Libro de Actas de la Comisión de Historias Clínicas perdido en marzo de 2009 fue reencontrado en 2011.

Marco normativo:

- Disposición de la DMA N° 13/5 del 11/ 04/01 (Art. 4 y Art. 24) y Anexo V

Esta norma establece como Misiones y Funciones del Comité de Historias Clínicas:

"Monitorear la calidad del registro de acciones médicas en el manejo de los pacientes sea ambulatorio o de internación.

Monitorear la calidad de la atención a través de los registros reflejando el trabajo interdisciplinario".

- Ley N° 26.529 Capítulo IV, art. 15ⁱ

Procedimientos

Se implementaron dos procedimientos, uno con el fin de auditar los mecanismos de control desarrollados por este Comité en el marco del macro-proceso de calidad y el segundo en el que se procedió a realizar, en una muestra de HCL, una prueba sustantiva sobre su confección.

Con la finalidad de obtener evidencia analítica sobre el funcionamiento del Comité de Historias Clínicas y la calidad de dichos documentos se instrumentaron procedimientos testimoniales, documentales y sustantivos.

¹³ Informe de Relevamiento 3.04.11^a papel de trabajo n° 11

¹⁴ Ver papel de trabajo N°1

¹⁵ Informe de Relevamiento 3.04.11^a papel de trabajo n° 11

¹⁶ Ver papel de trabajo N°1

- **Comité de Historias Clínicas**

Se realizó el análisis y comparación de la información obtenida a través de entrevistas y documentación respaldatoria de las actividades desarrolladas por Comisión de Historias Clínicas.

- Inspección ocular del libro de actas del Comité, recuperado.
Transcripción de información

Se constató que el libro está foliado y está precedido por la transcripción de la Disp DMA 13/5.

Las reuniones realizadas se encuentran registradas cronológicamente y en ella se inscriben la nómina de los integrantes presentes pero no así sus firmas ni sellos.

Las reuniones anuales realizadas según fechas consignadas en el libro de actas son:

Año	Cantidad de reuniones registradas
2001	14
2002	4
2003	14
2004	24
2005	13
2006	10
2007	15
2008	1
2009	1

- Transcripción y análisis de las actas informales conservadas en formato Word, testimonio de las reuniones del comité durante el año 2010.

Del análisis de la información obtenida en los archivos de Word, se clasificaron las acciones desarrolladas en cada reunión por tema y fecha.

Reuniones Comité Año 2010 / Temas tratados	10-Mar	07-Abr	12-May	30-Jun	10-Ago	07-Sep	20-Oct	17-Nov
Implementar progresivamente la HC informatizada en el área Ambulatoria, incorporando progresivamente distintos sectores del Hospital a su uso	x	x	X				x	x

Reuniones Comité Año 2010 / Temas tratados	10-Mar	07-Abr	12-May	30-Jun	10-Ago	07-Sep	20-Oct	17-Nov
Avanzar en la mejora de la HC informatizada		x			x	x	x	x
Implementar el uso de una hoja de resumen de la especialidad en prueba piloto (Urología)	x	x						
Reunión informativa con la Dirección Médica Ejecutiva			x		x			
Capacitar al personal para implementación de HC informatizada				x				x
Trabajo de supervisión y firmas de las HC de papel para envío a fotocopiar por pedidos		x						
Visita al Hospital Alemán, Departamento de Informática Médica			x					
Elaborar Manual de Instrucciones para Guardia y Bajo Riesgo				x				
Incorporar accesos a la información de la HCI						x		

El análisis demuestra evidentemente, que las actividades desarrolladas por el Comité tuvieron en su mayoría relación con la HC Informatizada. La única acción registrada por temas relativos a la historia clínica de papel fue el trabajo de supervisión y firmas para el envío a fotocopiar documentación por pedidos externos.

- Solicitud de actas de reuniones del Comité del 2010 recibidas por la Dirección Médica Ejecutiva, con el objeto de comprobar si cumplían con los requerimientos formales de todo documento (foliatura, firma y sello, fechas).

Debido al extravío del libro de actas, la responsable del Comité informó que en su ausencia se registraron las reuniones en documentos Word.

Las copias de los documentos de Word recibidas no tienen firma, sello ni numeración correlativa (foliado), por lo que no constituyen documentación con validez respaldatoria. Por esta causa se optó por solicitar la información a la Dirección Médica Ejecutiva, con el objeto de verificar que en esa instancia se las hubiera dotado de algún atributo que las tornara formalmente válidas.(Nota AGCBA N° 2160/11 y 2573/11)

Por respuesta obtuvimos la misma documentación.

• Análisis y Evaluación de una muestra de Historias Clínicas

Con base en la ley 26.529 Capítulo IV, art. 15 se confeccionó una planilla tipo de relevamiento de Historias Clínicas, con el objetivo de realizar un control de calidad en ellas¹⁷.

¹⁷ Art. 15.- Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

Se solicitó el listado de los pacientes atendidos durante el mes de julio del 2010 en los servicios de: UTI 35 (Cirugía Cardiovascular), Hospital de Día Polivalente, Hospital de Día Oncológico y Consultorio Externo de Enfermedad Fibroquística. La muestra se determinó según criterio del auditor considerando las características de cada sector.

El número de pacientes atendidos por sector fue el siguiente:

- UTI 35: 54
- Enfermedad Fibroquística: 47
- Hospital de Día Oncológico: 2035
- Hospital de Día Polivalente: 723

Se solicitó al archivo la puesta a disposición de 301 documentos, conformados por el total de las historias clínicas de UTI 35 y de Consultorio Externo de Enfermedad Fibroquística, 100 de Hospital de Día Polivalente y 100 de Hospital de Día Oncológico. Esta muestra se obtuvo utilizando el método de muestreo por azar.

Del total de historias clínicas solicitadas se obtuvieron 260, el resto (8.3%) no fue puesto a disposición por diversas causas.

Se consultó en el sistema informático del archivo, verificándose las causas que explicaban los motivos de su falta:

- a) La fecha de inicio de su confección;
 - b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
 - c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
 - d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
 - e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
 - f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.
- Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

¹⁷¹⁷ Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5° — Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

ARTICULO 6° — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7° — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

- turnos programados el día del relevamiento
- faltante del archivo (historias pasivadas, en investigación científica, errores de búsqueda, ateneos, etc.)
- errores en la selección muestra (HCL que durante el mes de julio de 2010 tuvieron mas de una practica asistencial)

Se verificó la confección de Historias Clínicas evaluando la existencia de diferentes datos que deben estar presentes en la historia, según se encuentra explicitado en el art 15 Capítulo IV de la Ley 26529

La siguiente tabla muestra la ausencia de la primera hoja con los datos identificatorios del paciente en la muestra de historias auditadas.

<i>datos identificatorios del grupo familiar</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>Total general</i>
UTI 35	4	45	49
Consultorio Externo Enfermedad Fibroquística	1	36	37
Hospital de Día Oncológico	9	72	81
Hospital de Día Polivalente	3	90	93
Total general	17	243	260
	6,5%	93,5%	

El siguiente cuadro indica la ausencia de epicrisis en la muestra de historias auditadas.

<i>epicrisis</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>No corresponde</i>	<i>Total general</i>
UTI 35	46	3		49
Consultorio Externo Enfermedad Fibroquística	27	7	3	37
Hospital de Día Oncológico	78	3		81
Hospital de Día Polivalente	59	34		93
Total general	210	47	3	260
	80,8%	18,1%	1,2%	

El Comité se dedicó en los años 2010 y 2011 a la puesta en marcha de la Historia Clínica Informatizada, según la información que obra en las entrevistas realizadas para el informe 3.11.04 a) Relevamiento del Hospital. Para verificar la implementación de las evoluciones informatizadas ambulatorias en la HCL en papel, como prueba piloto, se realizó, sobre la muestra, una prueba sustantiva.

Se hizo especial hincapié en la búsqueda de las especialidades de Neumonología, Clínica Médica, Crecimiento y Desarrollo, Endocrinología,

Mediano Riesgo y Nefrología; hallándose registros de atenciones de todas las especialidades, excepto en Patología Espinal y Adolescencia.

De las historias clínicas en las que había registros de evolución informatizada (10,8 %), todos los casos correspondieron a la especialidad Neumonología, excepto una de ellas que correspondió a Endocrinología pero cuya evolución se registró en el año 2011.

<i>Evoluciones Informatizadas de Consultorio Externo</i>	
Consultorio Externo Enfermedad Fibroquística	24
Hospital de Día Oncológico	1
Hospital de Día Polivalente	3
Total de evoluciones informatizadas	28
Total de la muestra	260
Porcentaje del total de la muestra	10,8%

B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS:

• Carpetas de calidad

Para obtener evidencia analítica sobre el funcionamiento de la Coordinación de Gestión de Calidad del Hospital Juan P. Garrahan establecidos por reglamentación interna, se verificó la tarea realizada por los evaluadores internos (auditores internos vg "Premio de Calidad") durante el año 2010, sobre las Carpetas de Calidad que se confeccionan en los distintos procesos.

Tomando como de base el Marco Normativo Interno del Hospital¹⁸, se solicitaron para su análisis dichas Carpetas. La jefatura del área informó que la entrega de la totalidad de carpetas no era posible debido a la dinámica del procedimiento de confección y mantenimiento de las mismas. Por tal motivo se determinó solicitar únicamente aquellas que durante el período 2010 habían sido auditadas por los Evaluadores (Auditores Internos).

Limitaciones al alcance:

Demora y dificultad en la entrega de documentación solicitada. Según referencia de la Jefatura de la Coordinación de Gestión de Calidad, esta problemática en el acceso a las carpetas de calidad estaba originada por las características dinámicas del proceso de confección de la documentación solicitada y porque el resguardo de las mismas estaba a cargo de cada sector involucrado

Marco normativo:

- Disposición 13/5 de la DME del 11/04/01 Art. 1 al 9.

¹⁸ Crea el Grupo de Trabajo sobre Calidad de Atención Médica, sus misiones, funciones e integrantes
Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

- Disposición 279 de la Dirección Médica Ejecutiva de fecha 06/05/09 y sus Anexos I, II, III y IV.¹⁹
- Disposición 591 de la Dirección Médica Ejecutiva de fecha 24/08/10 y sus Anexos I y II.²⁰
- Disposición 12 de DME del 2010. Anexo II²¹.

Procedimientos:

La Coordinación de gestión de calidad entregó cuatro Carpetas de Calidad correspondientes a las áreas de Servicio Social, Laboratorio, Enfermería de Internación y Alimentación.

Del trabajo realizado sobre las carpetas de calidad, en base a la normativa vigente, se ejecutaron las siguientes pruebas sustantivas:

- En todas las carpetas de calidad revisadas se encontró un cuadro con la planificación programada para el período 2010. De su análisis se destaca que de las 29 evaluaciones planificadas se efectivizaron solo 4 (13,79 %). Estas fueron realizadas en las fechas consignadas en la planificación. Hasta el final del trabajo de campo (noviembre del 2011) no se habían registrado evaluaciones durante el 2011.

Según normativa interna en los informes de los Evaluadores se debe incluir²²:

- Fecha de la Evaluación
- Grupo de Evaluadores asignados (Evaluador Líder, Evaluador, Representantes de Calidad)
- Proceso Evaluado
- Entrevistados
- Objetivo de la evaluación
- Criterio de la Evaluación
- Análisis de la Evaluación: Contenidos presentes y faltantes del proceso, (falta de títulos, firmas o versiones vigentes de los mapas de procesos, características de los organigramas y flujogramas del proceso, descripción de los procedimientos de Control de Documentos de Registros y de Desvíos, irregularidades en el uso de indicadores, presencia o no de acciones de mejora, presencia de Certificaciones Externas de Calidad)

¹⁹ Art. 1º: Apruébase a partir del 1º de mayo del 2009, el procedimiento de control de documentos

Art. 2º Apruébase a partir del 1º de mayo del 2009, el tratamiento de no conformidades. Anexo II.

Art. 3º Apruébase a partir del 1º de mayo del 2009, el procedimiento de identificación de acciones preventivas y acciones correctivas. Anexo III.

Art. 4º Apruébase a partir del 1º de mayo del 2009, el procedimiento de control de formularios y registros. Anexo IV.

²⁰ Art. 1º Apruébase las funciones de los Evaluadores Internos de Calidad. Anexo I.

Art. 2º Designese como Evaluadores Internos de Calidad a partir de la aprobación de la presente el listado de agentes propuestos. Anexo II.

Art. 3º Designese el Departamento de Organización y Métodos como ámbito para la supervisión y coordinación de los Evaluadores designados.

²¹ Funciones del Facilitador. Extraído del curso de facilitadores de marzo de 2010

²² Disposición 591/24 agosto 2010

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

En los cuatro informes analizados los evaluadores destacaron la predisposición de los facilitadores.

Para asegurar la calidad del proceso de confección de la Carpeta, existe documentación establecida por Gestión de Calidad y Organización y Métodos que consta de los siguientes ítems:

- Índice
- Política del Hospital Garrahan (visión, misión y valores).
- Mapa General de Hospital Garrahan
- Mapa de macroproceso
- Tabla de Actividades
- Procedimientos Documentados y Registros
- Desvíos y No Conformidades
- Indicadores de desempeño y de seguimiento

La Disp. 279/09 de la Dirección Medica Ejecutiva, Anexo I, describe las normativas para el control de documentos internos y externos a incorporar en el desarrollo de un proceso:

- Definición del proceso por algún integrante del mismo
- Ser aprobado por el responsable del proceso
- Sobre cada documento debe estar definido:
 - Título o denominación del procedimiento
 - Versión del mismo
 - Fecha de aprobación de la última versión
 - Identificación precisa de Proceso y Macroproceso al que pertenece dicho documento
- En caso de existir un cambio en la versión, debe tenerse la tabla de control de cambios
- Debe tenerse definido el lugar o condición de guarda de los documentos obsoletos, en caso que existieran

Cada proceso debe contener un listado de control de documentos en su carpeta de calidad en los que se encuentren los procedimientos documentados identificados como críticos para el procedimiento. Una copia de la misma debe ser remitida a Coordinación de Calidad en formato digital.

Cada usuario es responsable de controlar los documentos que utiliza, asegurando su actualización y ante un cambio, redefinir la versión, que deberá ser aprobada por quien esté designado a ese documento. Finalmente se da a conocer a los usuarios quienes son responsables de su conocimiento y cumplimiento de uso. Los documentos deben estar disponibles en sus versiones originales y en Copias que deberán estar nombradas como Copias Controladas²³. Los Desvíos o No Conformidades constituyen una metodología

²³ Disp. 279/09 Anexo I

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700



aplicable a todas las áreas del Sistema de Gestión de Calidad para mejorar los servicios y procesos internos o evitar que se repitan problemas potenciales que se han detectado como condición no deseada.²⁴ Pueden originarse en:

- Reclamos, quejas o comentarios del usuario, paciente o su familia.
- Identificación de incumplimiento a los procedimientos definidos dentro de los procesos del Hospital Garrahan
- Detección de productos o servicios no conformes por observación directa.
- Identificación de hallazgos en indicadores de procesos, auditorías internas o externas.
- Resultados de encuestas de satisfacción al cliente interno o externo.
- Reiteración de hechos menores.

Cada sector tiene formularios preimpresos de Tratamiento de Desvíos o No Conformidades. Disp. 279/09 Anexo III.

Ante la detección y registro de una Debilidad se genera una descripción detallada del evento, búsqueda de su causa real y definición de las acciones correctivas o preventivas. Estos procedimientos deben ser comunicados a la Coordinación de Calidad y luego ejecutar la acción de mejora. Al ser puesta en marcha la acción correctiva o preventiva se realiza la verificación y seguimiento por un integrante de Calidad y por el Jefe de Servicio.

La valoración de la confección y contenidos de la carpeta de calidad así como el seguimiento y supervisión de las acciones correctivas que surjan de las mismas, está a cargo de un agente denominado Evaluador o Auditor Interno que debe cumplir con las funciones establecidas en el Anexo I de la disposición de la DME 591 del 2010²⁵.

Dentro del proceso de evaluación se debe verificar si los responsables de cada área conocen la existencia de una serie de datos relacionados al proceso, tales como:

- Lugar de resguardo de la carpeta de calidad.
- Política de Calidad (visión, misión y valores del hospital).
- Objetivos del proceso del área.
- Periodicidad de revisión de la Tabla de Actividades del proceso.
- Conocimiento de usuarios internos y de sus requerimientos.
- Lugar de consulta de los procedimientos documentados sobre las áreas del sector.

²⁴ Disp. 279/09 Anexo II

²⁵ Conocer y actuar en consecuencia con la visión, misión y valores de la política de calidad del hospital. Guiar la ejecución de las etapas del proceso que se va a evaluar. Mantener fluido contacto con la Coordinación de Gestión de Calidad y el Departamento de Organización y Métodos. Poseer capacidad preactiva en la búsqueda de información para la preparación del proceso a evaluar. Poseer capacidad de planificación, comunicación y dirección de capital humano en lo que respecta a sus evaluaciones. Elaborar un informe de las correspondientes evaluaciones.

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

- Valoración de un procedimiento documentado.
 - Conocimiento e instrumentación de los Desvíos o No Conformidades.
 - Planificación de mantenimiento de equipamientos.
 - Existencia de copia de última versión vigente de formularios y/o registros en la carpeta de calidad y conocimiento de los procedimientos para modificar diseños o diseñar nuevas versiones.
 - Indicadores definidos para proceso y su utilización.
 - Visualización de las características del ambiente del área donde se realiza el proceso para detectar deficiencias que puedan afectar el normal desenvolvimiento del mismo.
- Tabla comparativa de ítems encontrados en carpetas de calidad

La siguiente tabla muestra los ítems que se verificaron en las carpetas de calidad analizadas. Cada columna indica la versión (V) y la fecha de la actualización.

Ítem a evaluar	Servicio Social	Laboratorio	Enfermería	Alimentación
Índice	sí	sí	sí	sí
Misión y visión del Hospital Garrahan	V12 16/04/10	V3 13/5/10 S/ DME/311	V3 13/5/10 S/ DME/311	V12 16/04/10
Mapa de Macroproceso Internación	V1 5/12/08	V1 5/12/08	V12 16/04/10	V1 5/12/08
Macroproceso Ambulatorio	V1 29/7/08	V1 29/7/08	V1 29/7/08	V1 29/7/08
Proceso para el abastecimiento	V0 5/9/08	V0 5/9/08	V0 5/9/08	V0 5/9/08
Mapa de proceso de Diagnóstico y Tratamiento	V2 13/02/09	V2 13/01/09	V2 13/01/09	V2 13/01/09
Mapa de proceso de apoyo	V1 19/03/09	no lo tiene	V1 19/03/09	V1 19/03/09
Macroproceso de Gestión de Calidad	V1 19/03/09	sin versión ni fecha	V1 19/03/09	V1 19/03/09
Mapa del proceso analizado	V1 9/12/08	preanalítico V5 del 2010	V1 14/07/08	no lo tiene
Tabla de actividades	V1 9/12/08	V3 17/09/08	No lo tiene	V2 marzo 2010
Procedimientos documentados y registros	sí	sí	no	sí
Desvíos y eventos como oportunidad de mejora	V1 19/01/09	no aplica. Está informatizado Qbnet	no tiene	V1 19/01/09
Cantidad de desvíos 2010	1	65	5	9
FODA	no	sí	no	no
Indicadores	sí	sí	sí	sí

Ítem a evaluar	Servicio Social	Laboratorio	Enfermería	Alimentación
Fecha de la evaluación	10/11/2010	10/09/2010	27/04/2010	14/09/2010

Uno de los ítems que deben ser valorados según el esquema planteado por el hospital es, si el evaluado, conoce el sitio donde se ubica la carpeta. En este sentido, se destaca la demora mencionada en las limitaciones al alcance de este trabajo.

Se observaron distintas versiones de documentos en las carpetas. En alguna de ellas están ausentes los documentos o las indicaciones de título, fecha y versión.

Existen diferencias cuanti-caulitativas en relación con los desvíos o no conformidades detectados y documentados en cada carpeta, diferencias que se corresponden con la experiencia de los facilitadores.

Áreas como el Laboratorio tienen registro de certificados de calidad externos tanto de entidades nacionales como internacionales. Asimismo, esta área lleva registros de gestión de calidad con una herramienta informática provista por el laboratorio Abbot. El sistema QBNet permite que los usuarios puedan acceder desde cualquier punto con conexión a Internet y ofrece información para medir la efectividad y eficiencia de los procesos, establecer acciones en relación con las no conformidades y sus causas.

En el caso de Alimentación, los procedimientos documentados se rigen por normas y reglamentos nacionales e internacionales.

- Análisis de los informes de evaluación de calidad efectuados por los evaluadores designados por el hospital.

Los informes presentan una serie de sugerencias a los sectores que no tienen carácter vinculante pero orientan el trabajo sobre procesos de mejora y calidad. Se verificaron las observaciones de los evaluadores y la implementación de variantes en los procesos para lograr la mejora.

Esta auditoria verificó que para noviembre de 2011 cuando se realizaron las tareas de campo, algunas sugerencias fueron consideradas y otras no.

El informe de Servicio Social observa:

- actualizar la versión de mapa de proceso del hospital (realizado)
- colocar título, fecha y versión al mapa de proceso del servicio social (realizado)
- observaciones generales sobre la claridad en la producción de descripciones y actividades realizadas en el servicio (no realizado)

El informe de Enfermería sugiere:

- sistematizar el control de documentos, indicando versiones vigentes (realizado)

- completar la documentación de procesos en la carpeta de calidad (no realizado)

El informe de Laboratorio no señala observaciones, mientras que nuestro análisis de la carpeta pudo identificar:

- mapa de proceso de internación desactualizado (V1, la última verificada en la carpeta de enfermería es la V12)
- está ausente el mapa de proceso de apoyo
- el mapa de macroproceso de gestión de calidad no tiene versión ni fecha
- tanto el mapa de proceso, la tabla de actividades, los procedimientos documentados y las no conformidades y mejoras están referidos a parte de la tarea, únicamente al proceso pre-analítico. Las no conformidades y los procedimientos documentados y registros del proceso analítico se encuentran en el QBNet

El informe de Alimentación señala:

- realizar un mapa específico del proceso de alimentación (sin realizar)
- tener identificadas las actualizaciones de las versiones de los documentos (sin realizar)

VII) OBSERVACIONES

A.1. SERVICIOS GENERALES: Gestión de Residuos Peligrosos

A.1.1 Residuos Sólidos:

- Las fotografías 1, 2 y 3 muestran el depósito intermedio de los contenedores de residuos domiciliarios y patogénicos ubicados en pasillos de uso común, sin el debido resguardo. Ambos sitios de acopio carecen de identificación externa que los distinga como área de almacenamiento intermedio de residuos patogénicos- acceso restringido, tampoco cuentan con la identificación internacional con el logo correspondiente. Asimismo, en las bolsas y recipientes de residuos patogénicos almacenadas en el local de acopio, el generador debe colocar una tarjeta con los datos de generación de dichos residuos al precintarse las bolsas y recipientes.

fotografía 1 Cirugía Plástica y Quemados 1° piso



fotografía 2 CIM74 y 75



fotografía 3 CIM74 y 75



- La fotografía 4 muestra un cesto con bolsa roja (para residuos patológicos) ubicado en un lugar de acceso común que contiene residuo domiciliario, sin su respectiva tapa. La fotografía 5 muestra un cesto con bolsa roja situado correctamente pero al que le falta la tapa reglamentaria.²⁶

fotografía 4 CIM 75



fotografía 5 CIM 74



- Las fotografías fueron tomadas en el entrepiso técnico. La N°6 muestra un contenedor rojo (para depósito de residuos patológicos) sin la respectiva tapa y en su interior bolsas de residuos domiciliarios.

Las fotografías 7 y 8 muestran la misma situación, en este caso contenedor es para residuos domiciliarios que transportan bolsas con residuos patológicos.

La fotografía 9 muestra que durante el trayecto hacia el depósito final de residuos patológicos las bolsas caen de los contenedores, quedando en evidencia que no son seguros para el transporte de los residuos.²⁷

²⁶ **Descargo del Ente:** El comité de generación de residuos, periódicamente aconseja sobre la adecuada segregación de los residuos, se toma en consideración lo observado.

²⁷ **Descargo del Ente:** El Hospital ha adquirido nuevos contenedores color rojo y blanco con tapa, renovando aproximadamente el 50% de los existentes, a efectos de cumplir con la normativa vigente y evitar la caída de bolsas por el Entre Piso Técnico. Se estima completar el 50% restante para el primer trimestre del año 2013.
Corrientes 640, Piso 5° - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700

fotografía 6 Entrepiso técnico



fotografía 7 Entrepiso técnico



fotografía 8 Entrepiso técnico



fotografía 9 Entrepiso técnico



- Las fotografías 10 y 11 muestran el lavadero de contenedores, que se encuentra emplazado en un pasillo de circulación, abierto, lo que puede provocar que las personas que por allí circulan tomen contacto con los fluidos contaminados.²⁸

fotografía 10 lavado de contenedores



fotografía 11 lavado de contenedores



²⁸ **Descargo del Ente:** Actualmente el Hospital ha realizado la puesta a cero del lavadero de carros y contenedores, con hidrolavadora para limpieza, con agua a presión y mampara de acrílico para evitar salpicaduras.

Las fotografías 12 a 14 muestran el depósito final de residuos del hospital, cuyo ingreso no se encuentra debidamente señalizado con letreros que indiquen la peligrosidad de los mismos.

Las dimensiones del depósito no son las adecuadas para la cantidad de residuos generados diariamente (la fotografía 12 muestra los contenedores que no caben en el depósito).

El depósito no tiene puerta de ingreso, pileta para limpieza del lugar ni carros de recolección con manguera y desagüe.

Tampoco cuenta con luces germicidas.

fotografía 12 pasillo



fotografía 13 ingreso depósito final



fotografía 14 ingreso depósito final



- La fotografía 15 muestra un operario manipulando residuos comunes y peligros sin la adecuada utilización de elementos de seguridad y protección.

fotografía 15 manipulación de residuos



A.1.2. Residuos Líquidos

- Las fotografías 4 a 7 corresponden al Servicio de Patología. Los bidones están rotulados de acuerdo a normativa, aunque se encuentran abiertos y sin bandeja de contención. La fotografía 6 muestra un derrame de líquidos y el deterioro del material del piso en la zona de depósito de bidones. Asimismo se puede verificar que la ausencia de bandeja de contención de derrames permite el escurrimiento de líquidos por el alcantarillado fluvial.²⁹

Fotografía 4



Fotografía 5



Fotografía 6



Fotografía 7



- Las fotografías 8 a 11 muestran el depósito final de líquidos que no es de uso exclusivo para los mismos, compartiendo el área de mantenimiento.

Una parte de ellos bidones se encuentra depositado sobre una superficie porosa, el piso de cemento alisado y otra parte sobre unos pallets de madera. Ninguno cuenta con bandeja contenedora contra derrames.

El estado de las paredes no es el adecuado para un depósito de residuos líquidos peligrosos.

29

Descargo del Ente: Se han colocado bandejas de contención debajo de cada bidón. Se dieron las instrucciones precisas de mantener los bidones cerrados.

La fotografía 12 muestra al matafuego que cumple con la normativa en cuanto a carga y vencimiento, su localización no es la adecuada, ubicándose en el fondo del depósito.³⁰

Fotografía 8



Fotografía 9



Fotografía 10



Fotografía 11



Fotografía 12



³⁰ **Descargo del Ente:** Fue reubicado en sitio adecuado (al alcance de la mano en caso de ser necesaria su utilización).

- La fotografía 13 muestra el frente del depósito sin la correspondiente inscripción de residuos líquidos ni el logo internacional de alta peligrosidad.

Fotografía 13



A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Archivo central

- El cargo de jefe de Dpto de Registros Médicos se encuentra vacante hasta la finalización de las tareas de campo, estando a cargo de dicha tarea la Directora Asociada de Atención al paciente desde el año 2005.
- El numero de HCL faltantes durante el año 2008 fue de 171, en el 2009 fue de 139 y de 335 durante el año 2010. Entre los años 2008 y 2010 se registró un aumento del 95% en las historias faltantes. y entre 2009 y 2010 el aumento fue del 155,39%.³¹
- El ingreso continuo de historias clínicas al archivo produce una disminución en el porcentaje de faltantes de años anteriores y explica que cuanto más cercano al año en curso es el análisis, mayor es el porcentaje de faltantes, lo que deja en evidencia la demora en el retorno de HCL al archivo.
- En el año 2010 el 90% de las historias faltantes fueron por motivos de investigación científica, consultas (programadas y no programadas) e internación.
- Un promedio de 4.8% de las historias clínicas solicitadas diariamente no pueden ser entregadas

³¹ **Descargo del Ente:** Dado el movimiento diario producido por el ingreso y egreso de las H.C. del Archivo se realizan correcciones constantes en los listados de faltantes. Debe aclararse que en ningún caso la falta de H.C. en el momento de la consulta impide la atención del paciente si bien se reconoce que la misma es imprescindible para un proceso adecuado de calidad de atención médica.

- El grupo de historias clínicas no entregadas es mayoritariamente responsabilidad de los servicios que no regresan en tiempo y forma al archivo los documentos solicitados.³²

A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS:

A.3.1. Organización

Existen aspectos de la organización pasibles de incrementar su eficiencia en base a la aplicación de metodologías apropiadas, mejorar su independencia en línea con lo requerido por la normativa y aumentar el nivel de cumplimiento legal como:

- El área de Sistemas no es independiente de las restantes áreas de la Organización a las que presta servicio. La unidad de Tics es dependiente de la Gerencia Administrativa, es decir forma parte de un área usuaria.
- La función de seguridad no es independiente del Área de Sistemas y de las áreas usuarias. El cargo de Administrador de la seguridad (aún vacante) fue propuesto en la estructura de Sistemas de Información que a su vez depende del área administrativa.
- Se carece de una metodología formal y sistemática para la evaluación de riesgos. Esto ha llevado a que se realizaran evaluaciones parciales informales y no se cumpliera con todos los pasos aconsejados por la normativa, como por ejemplo: clasificación de la información, evaluación de la criticidad de los activos, la enunciación de las amenazas y su probabilidad de ocurrencia asociada y otros.
- No hay un encargado de la seguridad física y lógica. El cargo y la función se encuentran en proceso de búsqueda y selección de un encargado general de seguridad.
- No se ha efectuado la inscripción correspondiente de las bases de datos según lo exigido por la ley 26.326 de Protección de Datos Personales.

³²

Descargo del Ente: Esta última observación ha generado distintas estrategias institucionales. Por un lado, en forma diaria, el personal del Archivo tiene horarios de búsqueda de las H.C. en cada servicio durante los distintos turnos de atención para favorecerle recupero de H.C. Se emiten comunicados desde la Intranet informando de días especiales en los que se retirarán toas las H.C. obrantes en los Servicios. Se trabaja con los secretarios de servicio y se los concientiza acerca de que la H.C. es un documento que pertenece al paciente pero que es resguardado por la Institución y como tal debe ser protegido en el espacio físico que el Hospital ha definido: el Archivo. La Oficina de Representante del Paciente tiene como función recepcionar la queja de los padres, se las hubiese, en relación a la eventual pérdida de una H.C. y actuar en consecuencia reforzando la búsqueda, concientizando de la importancia a la Institución y conteniendo a los padres.

A.3.2. Seguridad General

Falta formalizar y eventualmente modificar aspectos de la seguridad general como:

- No existe un inventario de software por puesto de trabajo y no se dispone de una descripción del centro de datos alternativo.³³
- No se han realizado evaluaciones de la seguridad de la red de datos como por ejemplo pruebas de penetración o ethical haking, evaluaciones de la necesidad de encriptación de información y no se guardan algunas de las revisiones de los reportes de los sistemas (logs).
- No se limita la bajada e instalación o intercambio de archivos con código ejecutable y no existe un procedimiento formal para situaciones de alerta por detección de software malintencionado.³⁴
- No se realiza capacitación sobre políticas seguridad en el uso de Internet.
- No se encuentran debidamente formalizados las políticas y procedimientos relacionados con la rutina empleada para el respaldo de la información (back up), la guarda de registros de logs, la guarda en sede externa y el control de accesos al área de servidores
- No todos los UPS se monitorean, sólo aquellos que trabajan en las funciones más críticas. Las pruebas no son formales, ni periódicas ni rutinarias.

A.3.3. Seguridad Física del Centro de Cómputos

Faltan algunas medidas de prevención para incendios y evacuación tales como:

- No existen luces de emergencia
- No existe señalética de salidas
- Sólo hay matafuegos móviles en las cercanías a la sala de servidores.

³³ **Descargo del Ente:** Se está avanzando en la evaluación de productos comerciales tales como Altiris, Aranda y Tivoli y de código abierto. Esperamos terminar el proyecto en el tercer trimestre de este año 2012. También se está evaluando con distintos proveedores la provisión de un centro de datos alternativo.

³⁴ En diciembre del año pasado se puso en marcha un nuevo firewall Fortinet que permite este control. De todas maneras, la posibilidad de instalar software está restringida en el parque de PCs estándar.

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700



- No existen procedimientos formales frente a situaciones de emergencias. Se realizan algunas pruebas y no se documentan.
- No hay Plan de evacuación del centro ni de recuperación de desastre documentado.
- Se efectúa una revisión anual de las amenazas a la seguridad física pero no se las documenta.

A.3.4. Seguridad lógica

Falta formalizar e incorporar modificaciones a diferentes aspectos de la seguridad lógica como:

- Hay aspectos de Seguridad Lógica que se realizan rutinariamente pero no poseen documentación formal.
- Las claves son alfanuméricas pero no son renovables.
- Sólo algunas claves de determinados sistemas son encriptadas.
- No está siempre limitada la cantidad de intentos de ingreso de los usuarios.
- Los procedimientos de depuración de usuarios no son formales, ni rutinarios ni periódicos.
- Los procedimientos de manejo de usuarios y claves de administradores no están formalizados.

A.4.GESTION CONTABLE Y FINANCIERA:

A.4.1.Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud)

- No se halló un manual formal de normas y procedimientos, ni descripción de tareas y asignación de responsabilidades para los agentes afectados al sector, aprobado por el Consejo de Administración.³⁵
- No se dispone de un modulo de costos operativos ni de una metodología de recupero de costos que permita elaborar un Nomenclador de prestaciones en función a los costos operativos.

³⁵ **Descargo del Ente:** Existe una Resolución del Consejo de administración de marzo de 2006 que incluye Misión y Función de cada uno de los Departamentos y Servicios de la Dirección Asociada de Atención al Paciente y una descripción de funciones por agente. Se está trabajando en una actualización de circuitos y procesos de las áreas de Facturación a efectos de conllevar a un manual formal de normas y procedimientos.



- Emergencias, Laboratorio y catorce terminales de la Central de Turnos no cuentan con acceso a la página web del Anses, para la captación de beneficiarios de las obras sociales.
- No se encuentra integrado el sistema informático de facturación con el sistema contable.³⁶
- Se observó ausencia de control en forma sistemática auditoria de las cuentas involucradas en la facturación.³⁷
- No se realiza la facturación en los tiempos establecidos por la normativa.
- El contrato de prestaciones médico asistenciales con la obra social Pami se encuentra vencido.

A.4.2. Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan"

- No existen actas sobre las reuniones y actividades realizadas por dicha Comisión, esta situación motivó que fuera inviable realizar las actividades de auditoria sobre dicha Comisión y sobre el cumplimiento de la Resolución 242/ 2010 del Consejo de Administración de dicho Hospital.

B. MACROPROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD

B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS:

B.1.1 Comité de Historias Clínicas.

- No existen registros en el libro de actas de acciones realizadas por el Comité durante 2010
- La documentación puesta a disposición de esta AGCBA en reemplazo del libro de actas carece de valor formal.

³⁶ **Descargo del Ente:** Existe integración contable con el sistema informático de la facturación a través de la cuenta corriente. Por Expediente N° 1752/11, Orden de Compra N° 97/12, se efectuó la contratación de "Provisión de una interface (desarrollo) que permite integrar las aplicaciones del SIG Garrahan con el sistema Tango". Dicha contratación se encuentra en ejecución previniéndose su finalización para mediados del mes de mayo del corriente año.

³⁷ **Descargo del Ente:** En general, es dable indicar que la identificación de "objetos de examen" por parte de la Auditoría Interna, está referida al examen de los métodos y procesos de trabajo, normas orientativas y estructura básica de la entidad. En tal sentido, la observación precedente cabe ubicarla en torno a las disciplinas de control y los controles internos básicos inherentes al proceso que concluye en la facturación de las prestaciones asistenciales que efectúa el Hospital; cuya instrumentación es responsabilidad primaria de posniveles ejecutivos. En particular, cabe apuntar que el Plan de Auditoría Interna para el corriente ejercicio, incluye los procesos que llevan a la facturación de las prestaciones.

La Dirección Médica Ejecutiva no exige formalidad a los documentos enviados por el Comité.

- No existe registro de acciones en colaboración con Comités y Comisiones del Grupo de Calidad de Atención Médica.
- No se cumplió con las funciones de diseño y revisión periódica de la historia clínica de papel según normativa vigente:

"La Historia Clínica de los pacientes es la base para cualquier estudio de Calidad de la Atención Médica.

El diseño de la Historia Clínica, así como ser la revisión periódica debe ser una tarea principal del Comité Hospitalario de Historias Clínicas.

Al mismo tiempo el Comité se ocupará de revisiones periódicas de Historias Clínicas correspondientes a un Servicio (Ej.: C.C.V.), un procedimiento médico (niños que reciben transfusiones), un procedimiento organizativo (programa Quirúrgico) o una patología (mielomeningocele)

El Comité actuará en estrecha colaboración con los Comités y Comisiones del grupo de Calidad de Atención Médica

Utilizará formatos de evaluación simples y deberá establecer objetivos medibles que puedan volcarse rápidamente al mejoramiento de los registros y que permitan ser reevaluados". Disp DMA N° 13/5 (art 4 y 24)

B.1.2. Muestra de historias clínicas

- El 94.2% de las historias clínicas relevadas no estaban foliadas. Se verificó que sólo lo estaban las que tenían solicitud de fotocopia.
- El 4.2% de las historias clínicas relevadas no contaba con registro de diagnóstico principal
- El 3.7% de las historias clínicas que debían tener el Registro de Consentimiento Informado no contaba con el mismo.
- En el 13,5 % de las historias clínicas no estaban identificadas las actuaciones profesionales con firma y sello o aclaración en forma completa.³⁸
- El 6,5 % de las historias clínicas no posee la primera hoja pre-impresa con los datos identificatorios del paciente, su grupo familiar, el número de historia clínica y la fecha y motivo de inicio del registro médico.
- El 19,2 % de los registros médicos evaluados no presentaban epicrisis³⁹ al alta del paciente.
- Se verificaron registros de evolución informatizada solo en el 10,8% de las historias de la muestra, todos los casos correspondieron a la especialidad Neumonología, excepto una de ellas que correspondió a Endocrinología pero cuya evolución se registró en el año 2011.

³⁸ Cabe aclarar que se indican como incompletas las historias clínicas a las que les faltaba al menos un dato.

³⁹ En los Hospitales de Día Polivalente y Oncológico las epicrisis se denominan "Contrarreferencia".

B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS:

B.2. Carpetas de calidad

- No se cumplió con la planificación programada de Evaluaciones Internas de Calidad para el período 2010.
- No se registraron hasta la finalización de esta auditoría de campo (noviembre del 2011) evaluaciones durante el año 2011.
- Los informes de los Evaluadores no mantienen una organización estándar para su confección, encontrándose los datos descriptos sin ordenamiento en común.

VIII) RECOMENDACIONES

A.1. SERVICIOS GENERALES, Gestión de Residuos Peligrosos

A.1.1. Residuos Sólidos

Los lugares de acopio deben ser espacios ad-hoc, en áreas restringidas, con identificación externa, deberá poseer la siguiente leyenda "área de almacenamiento intermedio de residuos patogénicos – acceso restringido" y la identificación internacional de residuos patogénicos.

Según normativa vigente⁴⁰

- Los recipientes para residuos patogénicos deben ser cestos de material plástico rígido o acero inoxidable, con tapa a pedal o removible, fácilmente lavables. Según el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos del GCBA año 2000.

La normativa⁴¹ indica que el transporte interno de residuos consiste en la recolección y traslado entre el sitio de almacenamiento intermedio hasta el almacenamiento final donde se especifica las recomendaciones que se deben implementar y cumplir.

- Los carros de tracción manual deben poseer llantas de goma.
- El carro debe estar diseñado de tal forma que asegure la hermeticidad, impermeabilidad, facilidad en la limpieza para el drenaje a fin de evitar accidentes por derrame de los residuos
- Deben tener preferentemente puertas laterales y estar debidamente identificados con símbolos de peligrosidad.
- Se debe señalizar apropiadamente la ruta de recolección.

⁴⁰ Decreto 1886/01 GCBA art. 25 Almacenamiento intermedio

⁴¹ Manual de Residuos Patogénicos del GCBA, Año 2000

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700



- La recolección debe realizarse en horarios de menor tránsito interno.
- De no contar con un ascensor de uso exclusivo, será acordado un horario para esta tarea.
- Los carros deberán lavarse y desinfectarse al finalizar la operación en un área con las siguientes características según normativa vigente en la C.A.B.A.

...."el aseo de los recipientes se hará en el local de almacenamiento y en las mismas condiciones de desinfección en que se asea el local"...

....."El local deberá estar provisto como mínimo de un pico de abastecimiento de agua que permita conectar una manguera y un desagüe primario.

La pendiente del piso será del 1.5%. la provisión de energía eléctrica será la necesaria para un equipo optativo de aire acondicionado, una toma corriente monofásico más el alumbrado con una iluminación de 150 luxes.

Deberá también poseer protección contra incendio mediante un detector de humo iónico conectado a la central de alarma del establecimiento o bien a una alarma sónica si el hospital carece de central.

Se deberá conectar un matafuego de CO₂ emplazado a menos de 5 metros del hospital y balde de incendio colgado próximo al grifo.

Las dimensiones del local deberán ser tales que puedan depositarse los residuos patogénicos generados en el establecimiento como mínimo durante un día, dejando un espacio de no menos de 1 metro al frente y a un costado del lugar de almacenamiento a los fines del tránsito interno. La altura mínima del recinto será de 2.6 metros.

Las características constructivas de todos los elementos deberán ser resistentes al fuego y a la abrasión, de superficies lisas, impermeables, anticorrosivas y resistentes al contacto con líquidos, de ph de 1 a 13 a temperaturas de hasta 70°C y de limpieza fácil".

"La higiene de los recipientes se efectuará posteriormente a la recolección de los residuos y cada vez que sea necesario. La limpieza deberá realizarse con agua a presión, cepillo y detergente, desinfectando las veces que sea necesario. El hipoclorito de sodio deberá ser diluido 100 cm³ en 10 litros de agua. Utilizar lavandina diluida dentro de las 24 horas y conservar en envase opaco y cerrado".

"La limpieza y desinfección deberá ser realizada por personal exclusivamente destinado a esa tarea.

Los cielorrasos deberán ser pintados de color blanco. El local deberá tener una iluminación germicida mediante dos lámparas ultravioleta UV-B permanente.

- Señalización de la entrada al depósito final: tendrá que tener letreros alusivos a la peligrosidad de los residuos que allí se depositan.
- Los operadores a cargo de transporte de residuos no podrán ingresar a las áreas de circuito cerrado
El personal que realice el transporte no podrá desempeñar otra función mientras se halle abocado a esta tarea



Proveer al personal la ropa de trabajo e implementos de protección adecuada para el cumplimiento de su labor según normativa vigente.

A.1.2. Residuos Líquidos

- Los bidones donde se depositan líquidos peligrosos deberían contar con bandeja de contención para evitar derrames y estar correctamente cerrados por sus características volátiles. De acuerdo con la normativa vigente.
- De acuerdo con la normativa vigente, el local debería contar con estanterías especialmente acondicionadas para contener derrames. Los pisos y las paredes requieren de pintura ignífuga, debería ser de uso exclusivo para los residuos líquidos y contar con elementos de seguridad ubicados en un sitio cercano a la salida.
Se observa la ausencia de un balde con arena para casos de contingencia (derrames).
- Identificar correctamente la entrada del depósito de líquidos peligrosos de acuerdo a la normativa vigente.

A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

A.2. Archivo central

- Cobertura del cargo de jefe del Dpto. de Registros Médicos.
- Mayor utilización de las herramientas informáticas disponibles para el recupero de HCL faltantes.
- Planificación temporal de los procedimientos de recupero de historias clínicas que se encuentran fuera del archivo.
- Implementación de sistemas de alarma que informen sobre tiempos excedidos en la devolución de HCL por motivos no asistenciales.
- Planificación de los procedimientos de control sobre el reordenamiento interno del Archivo Central.
- Implementación de una normativa interna que responsabilice a los servicios por la demora en el retorno de historias clínicas al archivo.

A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS

A.3.1. Organización

- Mejorar corregir y ampliar los aspectos de la organización posibles de incrementar su eficiencia en base a la aplicación de metodologías apropiadas, mejorar su independencia en línea con lo requerido por la normativa y aumentar el nivel de cumplimiento legal mencionados.



Ejemplo: Separar funciones de Seguridad de la Administración de Sistemas. Separación del área de Sistemas de las áreas usuarias (en este caso del área administrativa).

A.3.2.Seguridad General:

Formalizar y eventualmente modificar los aspectos de la seguridad general enumerados en las observaciones, con incorporación de:

- Firma por parte de los usuarios de compromiso de uso responsable de la red.
- Compra Software de monitoreo de red y puestos de trabajo.
- Incorporar las Normas de SIGEN como lista de auto verificación.
- Recomendar cursos de capacitación de Firewall.

A.3.3.Seguridad Física:

- Evaluar y completar las medidas de prevención para incendios y evacuación del área de Sistemas.

A.3.4.Seguridad lógica:

- Evaluar, formalizar e incorporar las adecuaciones y modificaciones a los aspectos de seguridad lógica enunciados como potenciales debilidades. Incorporar Auditoría de Procesos y cursos de capacitación de seguridad de Oracle.

A.4.GESTION CONTABLE Y FINANCIERA:

A.4.1.Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud)

- Definir y aprobar por el Consejo de Administración las normas y procedimientos administrativos de área.
- Elaborar un plan de auditoría en forma continua e integral de las cuentas involucradas en la facturación.
- Proveer en las áreas faltantes de conexión a Internet para poder consultar las páginas Web de la superintendencia de seguros de salud y la pagina Web de ANSES.



A.4.2. Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan"

Cumplir con las funciones establecidas en la Resolución 242/ 2010 del Consejo de Administración respecto de las tareas de control que debe realizar el Hospital sobre las actividades realizadas por la Fundación Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan"

B. MACROPROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD

B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS:

B.1.1. Comité de Historias Clínicas

- Registrar en un libro de actas que se ajuste a la normativa, las acciones realizadas, de manera de garantizar que se plasme en un documento la tarea para poder someterla a control posterior
- Exigir que las distintas áreas cumplan con la normativa, requiriendo documentación con valor formal.
- Formalizar y registrar las acciones que el Comité debe realizar con otras áreas del hospital.
- Cumplir con la totalidad de las misiones y funciones establecidas para el comité en lo referido a la revisión periódica de Historias Clínicas y la utilización de formatos de evaluación simples que permitan establecer objetivos medibles y puedan volcarse rápidamente al mejoramiento de los registros que permitan ser reevaluados.

B.1.2. Muestra de historias clínicas

- Foliar la totalidad de las Historias Clínicas según lo establecido en la Ley 26529 Capítulo IV art.15
- Consignar el diagnóstico principal en la totalidad de Historias Clínicas según establece la Ley 26529 Capítulo IV art.15
- Cumplir con la obligatoriedad del registro del consentimiento informado en la totalidad de las practicas asistenciales establecidas taxativamente en la misma ley 26529 Capítulo III Art 6 y 7
- Cumplir en la totalidad de Historias Clínicas con la identificación en forma completa de los profesionales actuantes (firma y sello o aclaración) Ley 26529 Capítulo IV art.15

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700



- Incorporar en la totalidad de las Historias Clínicas la hoja pre impresa con los datos identificatorios del paciente.
- Incorporar a la totalidad de las Historias Clínicas el resumen de Internación (epicrisis) Ley 26529 Capitulo IV art.15
- Controlar y profundizar la implementación de los avances en la implementación de la Historia Clínica Informatizada en los servicios referidos como prueba piloto..

B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS:

B.2. Carpetas de calidad

- Adecuar la planificación de las evaluaciones a los tiempos y recursos humanos disponibles, de modo de poder dar cumplimiento a lo establecido.
- Establecer un modelo de informe de evaluación donde se instaure un ordenamiento de los ítems a evaluar y criterios comunes de mensurarlos, con el objetivo de facilitar la observación del informe y la comparación con otras carpetas de calidad así como con las próximas evaluaciones a realizar sobre el mismo sector.

CONCLUSIONES

El Hospital Garrahan desarrolla sus múltiples actividades asistenciales, académicas, docentes y comunitarias con niveles de excelencia, como fue puesto de manifiesto en nuestro informe de relevamiento

La capacidad y compromiso de su recurso humano, en todos los niveles de ejecución, la tarea permanente de revisión de practicas y circuitos, el desarrollo y actualización de las tecnologías implementadas hacen del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. como el hospital referencia para la gestión de la salud.

Durante el informe de gestión nos hemos avocado a auditar áreas existentes en cualquier hospital público, así como sectores que son exclusividad de este Hospital.

Es nuestro deber señalar que mas allá de las observaciones y recomendaciones que esta Auditoria a manifestado, el nivel de excelencia del Hospital Garrahan está en percentilos superiores al promedio de los prestadores de salud de la Ciudad de Buenos Aires y destacamos que en el informe de descargo el Ente comunica que muchas de las observaciones y

recomendaciones están siendo puestas en practica, quedando para un informe de seguimiento la confirmación de las mismas.

Queremos también destacar el nivel de compromiso que han asumido las autoridades del hospital con las recomendaciones, manifestando la aplicación de las mismas, que serán evaluadas en un futuro seguimiento. Así mismo agradecer la colaboración recibida durante las tareas de auditoria

ⁱ Art. 15.- Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.