



**INFORME FINAL DE
AUDITORIA**
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.14.11

HOSPITAL MUÑIZ

Auditoría Gestión

Período 2013

Buenos Aires, Julio 2015



Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso -
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

PRESIDENTE

Lic. Cecilia Segura Rattagan

AUDITORES GENERALES

Dr. Santiago de Estrada

Ing. Facundo Del Gaiso

Lic. Eduardo Epszteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marcó

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.14.11

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital Muñiz

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2013

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 26 de marzo de 2015

Directora de Proyecto: Dr. Gabriel Rosenstein

Supervisora: Lic. Mercedes Gamez

OBJETIVO: Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones formuladas en del Proyecto 3.11.07 Gestión del Hospital de Infecciosas "F. Muñiz"

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME FINAL 15/07/2015

FORMA DE APROBACIÓN: POR UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN AGC N° 187/15



INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, julio de 2015
Código del Proyecto	3.14.11
Denominación del Proyecto	HOSPITAL MUÑIZ
Período examinado	Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones formuladas en el Proyecto 3.11.07 Gestión del Hospital de Infecciosas F. Muñiz.
Objetivo de la auditoría	<p>Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lectura y análisis de informe previo de auditoría de AGCBA. 2) Relevamiento y análisis de eventuales cambios relevantes (a los efectos de este Seguimiento) de estructura organizativa, objetivos, responsabilidades, normativa aplicable a las acciones del organismo auditado, circuitos, sistemas, etc. 3) Solicitud de información al organismo auditado sobre las decisiones y acciones adoptadas, con relación a las observaciones formuladas en la Auditoría de Gestión correspondiente al Ejercicio 2010. 4) Evaluación de la información recibida, determinación y aplicación de los procedimientos pertinentes según el objetivo del proyecto. 5) Entrevistas con funcionarios de las áreas correspondientes. 6) Verificación in situ de documentación respaldatoria, infraestructura edilicia en los casos que correspondieron. 7) Determinación de los procedimientos a aplicar a partir de la información suministrada por el organismo.
Alcance	No existieron limitaciones al alcance.
Limitaciones al Alcance	Las tareas de campo se desarrollaron a partir del 20 de septiembre de 2014 y hasta el 15 de febrero de 2015.



Período de desarrollo de tareas de auditoría

Los procedimientos para la tarea de seguimiento consistieron en la verificación de los avances informados por el ente auditado, desde el año 2010, (período de la auditoría anterior) al año 2013; así como la correspondencia de los mismos con las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.11.07.

Para ello, se examinó el informe y la documentación remitida por el hospital en respuesta a la nota enviada por esta Dirección: AGCBA/DGSALUD Nota N° 0271/14.

Metodología Adoptada para el Seguimiento

A los efectos de clasificar el grado de avance en las acciones cumplimentadas para corregir los desvíos, que motivaron las recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría N° 03.11.07, se utilizó una escala de evaluación de tres niveles.

- a) El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.
- b) El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.
- c) El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas, o bien la respuesta no se corresponde con las mismas.

Las tareas de relevamiento se desarrollaron a partir del 20 de septiembre de 2014 y hasta 15 de febrero de 2015.



Aclaraciones previas

Ajustándose a la normativa interna, respecto a los informes de seguimiento, se elaboró la siguiente tabla de evaluación del grado de avance de las observaciones del Informe de Gestión del Proyecto 3.11.17.

Se debe tener en cuenta que seis observaciones del total de veinte debieron abrirse en varios puntos, razón por la cual, para el análisis global se consideraron cuarenta opciones. El cuadro siguiente muestra el grado de avance obtenido:

Observaciones	Satisfactorio	Incipiente	No Satisfactorio
1) Adherencia a los tratamientos prescriptos: Son insuficientes las estrategias implementadas por el hospital tendiente a aumentar la adherencia a los tratamientos de las enfermedades (estadísticamente relevantes) de HIV y de Tuberculosis. Para ambas enfermedades la adherencia deficiente se reconoce como causa principal de fracaso del tratamiento, de la recaída y de la farmacorresistencia.		X	
2) La nómina de personal no discrimina en todos los casos la prestación de los agentes en concordancia a las áreas y servicios del organigrama formal y del cargo que desempeña.	X		
3 a) Presupuesto- Metas Físicas 1. El análisis de las metas físicas con posibles desvíos y medidas correctivas se efectuó solamente sobre el 4º trimestre y no del ejercicio completo del año 2010.	X		
3 b) 2. Del análisis efectuado por la Auditoría, el porcentaje de desvío máximo se alcanzó en el primer trimestre y fue disminuyendo en los siguientes.	X		
3 c) las posibles causas del desvío se mencionan en un sentido muy amplio y general, debiendo haber sido más específicas y concretas		X	
4) Concesión del Kiosco:			X

	<p>No se dio cumplimiento a la Disposición n° 62-HIFJM-08 de trasladar el kiosco de lugar atendiendo motivos de seguridad. Su ubicación física es peligrosa ya que obliga a la gente a circular y permanecer en la calle mientras espera para ser atendido.</p> <p>Se verificó que se ofertan productos elaborados siendo que se encuentra autorizado a vender productos envasados en origen.</p>			
	<p>5) Convenio con Universidades Existen diferencias en los registros del CODEI y de la Dirección General de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud en cuanto a la cantidad de alumnos de Universidades Privadas que asisten al Hospital Muñiz. El hospital no puede acceder y disponer del monto que le corresponde en concepto de lo abonado por Universidades Privadas debido a que la transferencia al Presupuesto es por "Fuente Financiamiento 14" que pertenece a la órbita de Nación.</p>		X	
	<p>Área médica</p> <p>6) En el Departamento de Infecciosas la división de camas en las salas de infectología es inadecuada (por tabiques), cuenta con baños comunes y carece de filtros HEPA En División Pediatría Infecciosa se carece de sala de aislamiento.</p>		X	
	<p>7a) En el Departamento de Urgencias se verificó que: Faltan nombramientos de médicos fisiólogos (se llamó a concurso para cubrir los puestos y no se presentó nadie).</p>	X		
	<p>7b) Falta anestesiólogo para el día viernes. En caso de emergencia quirúrgica se deriva al paciente a través del SAME.</p>			X
	<p>7c) Hay déficit de médicos pediatras y algunos días no está la dotación completa.</p>		X	
	<p>7d) No hay autorización para nombrar psicólogo y asistente social de guardia.</p>	X		
	<p>7e) La guardia carece de equipamiento de oxígeno central y de Aire comprimido</p>			X
	<p>8a) En el Departamento Atención Intensiva Paciente Infeccioso Crítico (DAIPIC) se verificó que: Existen 2 Unidades cerradas por problemas graves de estructura.</p>	X		
	<p>8b) No hay estructura para nombramiento de médicos de Terapia Intermedia.</p>		X	
	<p>8c) La falta de reparación de la Unidad de Terapia Intensiva genera que los pacientes deban ser internados en otras salas</p>	X		
	<p>8d) El indicador elaborado con datos a mayo de 2011 sobre</p>	X		



	<p>la relación entre camas existentes y habilitadas expresa que en la Sala 3 TI el porcentaje de camas habilitadas es del 25% solamente. Este dato adquiere mayor relevancia al considerar que las salas con menor proporción de camas habilitadas pertenecen a áreas críticas del Hospital como DAIPIC.</p>			
	<p>9) En el Departamento Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento se verificó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay secciones que no cuentan con personal administrativo ni técnico • No hay autorización para implementar una cabina con nivel de seguridad 3 para las Unidades y Secciones de Análisis Clínico. • No puede realizarse serología para HIV en el turno vespertino siendo que es horario de atención de consultorios externos para esa patología. • La Sección Hemoterapia presenta déficit de médicos especialistas. • Falta de personal, solo una bioquímica se encarga de realizar los análisis de la totalidad del banco de sangre. u La Sección cuenta con 2 heladeras de más de 20 años de antigüedad. • La Sección de Esterilización no cuenta con partidas para los cargos de Jefe Sección y Técnicos de Esterilización (Figuran con otro cargo) • Faltan médicos radiólogos (Del total, dos médicos superan la edad jubilatoria). <p>En Fisiopatología Respiratoria el equipamiento es obsoleto, cuentan con 1 espirómetro del año 1996 que no funciona y otro del año 2004 no computarizado.</p>		X	
	<p>10) En la División Servicio Social se verificó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de nombramiento de profesionales • Falta de recursos para canalizar las demandas que reciben. 			X
	<p>11) En Consultorios Externos (CCEE) se verificó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El movimiento hospitalario informa la atención de pacientes en consultorios externos en 23 especialidades. Además se relevó atención en otros 2 consultorios externos: en las salas 21 y 22 (SIDA) y en cirugía plástica. • Las 25 especialidades mencionadas atienden en 16 lugares diferentes del Hospital. • Esta dispersión de consultorios externos permite que cada especialidad médica implemente su propia modalidad de atención y registro. 			X
	<p>12) En Historia clínica se verificó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe un sistema informático de recolección de datos en red que provea a todos los sectores del 			X



	<p>Hospital de la información necesaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Hospital no cuenta con Historia Clínica única. Cada consultorio lleva una ficha donde se registran las atenciones en consultorio externo. • Las fichas se archivan en ficheros en los consultorios externos de cada especialidad a los que no se tiene acceso desde otros servicios. • La modalidad de archivo limita el acceso a la información de pacientes de otras especialidades o de las salas de internación. • La dispersión en el área de atención ambulatoria genera que el personal administrativo resulte escaso para satisfacer las demandas de cada servicio/sector. 			
	<p>13) Registros y Estadísticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el área de salud mental se consignan los pacientes en el libro de admisiones pero no se llevan registros del tipo de intervenciones y tratamientos que realizan los profesionales. Asimismo, no se registran en el área de salud mental las intervenciones que realizan los profesionales en las salas de internación del Hospital • El Hospital de Día no cuenta con registros informatizado de pacientes. • El servicio de Medicina Familiar lleva un registro en una base de datos que no discrimina claramente fecha de atención, niveles de adherencia al tratamiento e intervención de otras áreas. 		X	
	<p>14) Protocolos de Investigación. Responsabilidad Casos Especiales Se observó el caso de una paciente que debió recurrir a la Defensoría del Pueblo para poder continuar con el tratamiento (que resulto ser beneficioso) al finalizar el estudio de investigación.</p>	X		
	<p>15) Servicio de Mantenimiento, Limpieza y Residuos Patogénicos:</p> <p>El control de las tareas de limpieza y mantenimiento es efectuado por una persona dependiente del Ministerio de Salud que no tiene presencia permanente en el hospital. No existe en el hospital quien supervise cotidianamente dichas tareas.</p> <p>Durante 2010, el Comité de Control de Infecciones no realizó muestras al azar a fin de controlar los tanques de agua del Hospital por falta de personal y de reactivos.</p> <p>Desde 2009 al 2011 fueron cambiando los responsables de tomar las muestras de los tanques de agua del Hospital (laboratorio del Hospital, Empresa Indaltec, Empresa Iprana respectivamente.</p> <p>En 2010 los estudios estuvieron a cargo de la propia empresa concesionada.</p>	X		
	<p>Planta física</p>		X	



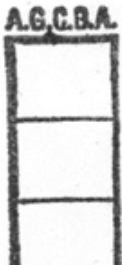
	<p>16a) Del relevamiento del estado edilicio de 79 espacios físicos diferenciados, se verificó que: El estado general del espacio mostró un 46,8% en estado regular. El deterioro más evidente se detectó en las paredes, con el 54,4% en estado regular y en cielo rasos, con un 55,7% en la misma situación. En general se trató de filtraciones de humedad o rajaduras.</p>			
	<p>16b) El estado de mobiliario mostró un 53,2% en estado regular, en general por rotura o deterioro debido a su antigüedad</p>	X		
	<p>16c) Se verificó que un 54% de los servicios relevados del hospital no cuenta con salidas de emergencia, un 20% no posee rampas de acceso y 97 % del espacio relevado sin detectores de humo.</p>			X
	<p>16d) Un 16,5% de las áreas relevadas no cuenta con matafuegos y un 5% de ellos se encontró en estado regular (roturas en los habitáculos o ubicación fuera de los mismos).</p>			X
	<p>17) Del Procedimiento implementado sobre 145 reclamos telefónicos de mantenimiento, se verificó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el 93% de las tareas solicitadas (135 casos) no se pudo conocer la demora de la empresa para responder a las demandas por no consignarse en la planilla la fecha de respuesta. • En el 7,6% de las planillas (11 casos) no se registró firma de conformidad del área solicitante <p>En el 28,4 % (38 casos) de los trabajos con firma de conformidad no se pudo identificar al firmante ni constatar que haya sido personal del área solicitante del hospital.</p>	X		
	<p>18a) Del relevamiento de tareas de Mantenimiento y Limpieza, se verificó que: La inexistencia de duplicado del total de llaves por parte de la administración del hospital, implica la cesión de esos espacios a usuarios varios sin asegurar ninguna posibilidad de control sobre los mismos o de acceso en caso de emergencia o necesidad.</p>			X
	<p>18b) Del total de 174 espacios físicos relevados un 13 % (23 casos) no contaba con una modalidad adecuada de depósito de basura. Asimismo, se observó acopio de muebles viejos y en desuso lugares inadecuados que deberían desafectarse del patrimonio del hospital para ser desechados (Pabellón 30, sala 5ª, sala 22 23)</p>	X		



	<p>18c) La totalidad de los servicios no cuenta con mecanismos de control de la actividad de la empresa de limpieza y de su personal lo que implica la imposibilidad de chequear el desarrollo de las tareas establecidas en el contrato.</p>		X	
	<p>18d) Ausencia de depósitos intermedios para acumulación de residuos patogénicos en algunas salas (pabellón 30, sala 5ª, sala 22 23) lo que implica la existencia de tachos de residuos patogénicos, en muchos casos sin tapa, en baños de pacientes, en galerías exteriores o en otros espacios de acceso público.</p>		X	
	<p>19a) Del relevamiento sobre tratamiento de residuos patogénicos, se verificó que: Existen carros de traslado de residuos en condiciones deficientes (falta de ruedas y tapas).</p>	X		
	<p>19b) algunos ascensores se utilizan para pasajeros y también para residuos.</p>		X	
	<p>19c) se encuentran residuos líquidos en malas condiciones de mantenimiento.</p>	X		
	<p>19d) no se cuenta con depósitos para residuos patogénicos en varias salas y en otras se utilizan espacios desafectados para otros usos.</p>		X	
	<p>19e) el hospital careció durante el período auditado y hasta la actualidad del Certificado de Aptitud Ambiental (se encuentra en trámite)</p>		X	
	<p>19f) del análisis de los certificados de destrucción de residuos sólidos retirados por el transportista se halló una diferencia en menos de 2359 kgs entre los que fueron retirados y los destruidos en 2010.</p>			X
	<p>20) Del total de 68 equipos de la muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 no pudieron ser relevados por diversos motivos: fue utilizado por otro servicio, son obsoletos, el área desconoce su existencia y en el último caso, se encuentra en juicio penal por falta de entrega. • no se realiza mantenimiento preventivo en el 78% de los casos • no cuenta con equipos de reemplazo en el 62 % de los casos. 			X
<p>Se observó un porcentaje mayor en la consideración de</p>				



	<p>grados de avance Satisfactorio e Incipiente.</p> <p>Del total de las 14 observaciones de carácter uniforme en sus grados de avance se mantienen 5 relacionadas en general con aspectos administrativos y de disponibilidad de recursos que exceden las posibilidades de resolución por parte del hospital.</p> <p>Son 4 las observaciones que se levantan y 5 presentan un grado de avance incipiente en cuanto se verificó una mejoría en las modalidades de derivación, de registro y oportunidad terapéutica de pacientes, disponibilidad de recursos humanos y de espacio físico. Aunque el Hospital adquirió un Tomógrafo Activion 16 computarizado para diagnóstico de cuerpo entero el nombramiento de dos profesionales es insuficiente.</p> <p>El equipamiento relevado continúa en un alto porcentaje sin Mantenimiento preventivo y sin equipo alternativo. Respecto de las 6 observaciones (N°3, 7, 8, 16, 18 y 19) que reflejaron grados de avance no uniformes serán desarrolladas a continuación.</p> <p>A modo de síntesis, en cuanto a Metas Físicas- Si bien las modalidades de registro han mejorado, continúan las dificultades para determinar causas y justificaciones de desvíos.</p> <p>En Guardia, hubo designación de profesionales pero existen dificultades con algunos llamados a concurso y nombramientos; el equipamiento requerido, se encuentra planificado en las reformas estructurales.</p> <p>En Terapia Intensiva, el 100% de las camas está habilitado, se encuentran operables las 2 Unidades y División de Asistencia Especial; Terapia Intermedia se encuentra en funcionamiento y sin estructura aprobada.</p> <p>Si bien se observó un mejoramiento del estado edilicio en general, se verificó un escaso cambio porcentual del estado y disposición de rampas de acceso, falta de matafuegos y algunos con su carga vencida. Algunos lugares permanecen cerrados y sin acceso.</p> <p>Finalmente, de la revisión efectuada, se concluye que los</p>
--	---



	<p>porcentajes de avance satisfactorios e incipientes son similares y guardan una relación positiva en cuanto a la gestión del Hospital Muñiz en tanto que las consideraciones negativas, en general, responden a limitantes que exceden la propia tarea, tales como designación de recursos humanos, concursos, acciones judiciales (Observación 4° situación irregular del kiosco) disponibilidad de recursos en otras áreas gubernamentales y realización de obras varias.</p>
<p>Grado de Avance del Seguimiento de las Observaciones</p>	



**INFORME FINAL DE AUDITORIA
HOSPITAL MUÑIZ
PROYECTO N° 3.14.11**

DESTINATARIO

Señora
Presidenta de la
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Maria 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 I) siguiente.

I. OBJETO

Hospital de Infecciosas "F. Muñiz". Auditoria de Seguimiento. Período 2013.

II. OBJETIVO

Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones formuladas en el Seguimiento de las observaciones del Proyecto 3.11.07 Gestión del Hospital de Infecciosas "F. Muñiz" a de Gestión. Período 2013.

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.

Este Informe tiene por objetivo verificar la puesta en marcha de las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.11.07 - Gestión Hospital F. Muñiz - en el organismo en materia de acondicionamiento, programas o actividades que se desarrollen y sistema de control interno. Los procedimientos de auditoría aplicados fueron determinados en base a las Recomendaciones formuladas en el Informe Final mencionado.

Los procedimientos aplicados son:

- 1) Lectura y análisis de informe previo de auditoria de AGCBA.
- 2) Relevamiento y análisis de eventuales cambios relevantes (a los efectos de este Seguimiento) de estructura organizativa, objetivos, responsabilidades, normativa aplicable a las acciones del organismo auditado, circuitos, sistemas, etc.



- 3) Solicitud de información al organismo auditado sobre las decisiones y acciones adoptadas, con relación a las observaciones formuladas en la Auditoría de Gestión correspondiente al Ejercicio 2010.
- 4) Evaluación de la información recibida, determinación y aplicación de los procedimientos pertinentes según el objetivo del proyecto.
- 5) Entrevistas con funcionarios de las áreas correspondientes.
- 6) Verificación in situ de documentación respaldatoria, infraestructura edilicia en los casos que correspondieron.
- 7) Determinación de los procedimientos a aplicar a partir de la información suministrada por el organismo

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE

No existieron limitaciones al alcance.

V. ACLARACIONES PREVIAS

Los procedimientos para la tarea de seguimiento consistieron en la verificación de los avances informados por el ente auditado, desde el año 2010, (período de la auditoría anterior) al año 2013; así como la correspondencia de los mismos con las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.11.07.

Para ello, se examinó el informe y la documentación remitida por el hospital en respuesta a la nota enviada por esta Dirección: AGCBA/DGSALUD Nota N° 0271/14.

Metodología Adoptada para el Seguimiento

A los efectos de clasificar el grado de avance en las acciones cumplimentadas para corregir los desvíos, que motivaron las recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría N° 03.11.07, se utilizó una escala de evaluación de tres niveles.

- a) El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.
- b) El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.
- c) El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas, o bien la respuesta no se corresponde con las mismas.

Las tareas de relevamiento se desarrollaron a partir del 20 de septiembre de 2014 y hasta 15 de febrero de 2015

VI. Seguimiento de Observaciones

Observación

1) Adherencia a los tratamientos prescriptos:

De los procedimientos de auditoría y estudios realizados por profesionales del hospital se verificó que:

1. Son insuficientes las estrategias implementadas por el hospital tendientes a aumentar la adherencia a los tratamientos de las enfermedades (estadísticamente relevantes) de HIV y de Tuberculosis. Para ambas enfermedades la adherencia deficiente se reconoce como causa principal de fracaso del tratamiento, de la recaída y de la farmacoresistencia.
2. Se verificó una falta de articulación entre los servicios
3. En Salud mental, de la muestra de 100 pacientes solamente pudieron ubicarse 15 con oportunidad terapéutica. Asimismo, se verificó in situ la conformación de un taller semanal con participación mínima (tres personas), destinado a pacientes con HIV/SIDA y familiares convivientes, siendo que el Comité de Sida se propone promover y fortalecer la conformación de grupos de apoyo.
4. En Salud mental, de la muestra de 100 pacientes solamente pudieron ubicarse 15 con oportunidad terapéutica. Asimismo, se verificó in situ la conformación de un taller semanal con participación mínima (tres personas), destinado a pacientes con HIV/SIDA y familiares convivientes, siendo que el Comité de Sida se propone promover y fortalecer la conformación de grupos de apoyo.
5. El Hospital de Día no cuenta con un equipo de atención interdisciplinario que permita un abordaje de los tratamientos en forma más integral.
6. El hospital no dispone de programas, normativa y/o articulación institucional para abordar problemáticas complejas que exceden a la intervención médico-asistencial hospitalaria, a saber:
 - Adicciones
 - Situación de calle
 - Vulnerabilidad socio económica
7. No existe un mecanismo articulado de derivación a los Programas del Ministerio de Desarrollo Social que facilite el acceso a una atención integral, atendiendo diagnósticos/tratamientos médicos y situaciones de vulnerabilidad socioeconómica.
8. Falta un sistema de articulación eficaz que garantice la atención con sistemas de referencia y de contrarreferencia de pacientes que residen en la Provincia de Buenos Aires

Recomendación

- 1) ; 9) Adherencia a los tratamientos prescriptos: Implementar estrategias integrales



a fin de mejorar los niveles de adhesión a los tratamientos de las enfermedades de HIV y Tuberculosis:

- Implementar dispositivos de atención para pacientes dados de alta que faciliten una atención integral atendiendo diagnósticos/tratamientos médicos y situaciones de vulnerabilidad socioeconómica
- Llevar registros adecuados de pacientes atendidos en Salud Mental y aumentar las oportunidades terapéuticas a nivel individual y grupal.
- Dotar de un equipo interdisciplinario para el Hospital de Día.

Respuestas

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

Se han implementado estrategias para reforzar la adherencia: Actividades conjuntas con el Programa de SIDA del GCBA. En Pediatría se realiza la Internación Abreviada Programada para el seguimiento en la adherencia de los niños afectados por HIV SIDA. Esta se amplió y se aprobó la constitución de una forma de internación abreviada para tuberculosis de niños y adolescentes para disminuir el tiempo de internación y facilitar la adherencia. En el nuevo organigrama se aprobó la sección del Hospital de día, actualmente Grupo de trabajo. En su constitución se consideraron esos aspectos.

Recursos Humanos

En el Servicio Social, actualmente se desempeña una Jefa de División, dos Jefas de Sección y 4 Asistentes Sociales

En el año 1992 el grupo de profesionales de planta ascendía a 12. Los cargos que faltan fueron asignados a otros servicios.

Todos los profesionales pertenecen a planta.

Se realizaron concursos por 30 horas semanales, de tal modo el plantel del personal esta reducido en 176 horas

El total de horas actuales es de 250. Además existen 120 horas distribuidas en: 30 hs. Profesional en Comisión Coordinación SIDA

30 hs. dos Profesionales con pase a Guardia en espera de nombramiento

30 hs. Profesional con pase al Htal Quemados (no se llamó a concurso)

En Salud Mental se desempeña un total de 24 profesionales:

Profesión	Cantidad de Profesionales Especialidad	Cantidad de horas semanales por profesional
Psiquiatra	4	94
Psicólogo	19	531
Psicopedagoga	1	29
Total	24	654

Relevamiento y Procedimientos de Auditoria

A) Adherencia y articulación entre los servicios: Puntos 1. 2. 6. 7 y 8.

Servicio Social

Si bien el hospital no cuenta con programas, normativas y /o articulación institucional para abordar problemáticas complejas las jefas de los servicios sociales de los hospitales se reúnen una vez por mes y tratan de aunar procedimientos y compartir información para abordar este tipo de problemáticas. Estas reuniones se realizan por iniciativas propias, sin nada que las regule. Son reuniones informales que favorecen el trabajo social y permiten la articulación con los Cesac, Hospitales y ONGs. Ante temas de derivación se comunican telefónicamente y se hace un seguimiento de los pacientes..

Para optimizar la articulación intersectorial han concurrido a dichas reuniones funcionarios del Ministerio de Desarrollo Social, de Justicia, de Tercera Edad y de Salud Mental.

Actividades del Servicio

Internación

Las salas de internación se dividen en 3 o 5 salas por asistente social, aproximadamente un promedio entre 80 y 100 camas en total.

Las salas con más demanda son HIV Pabellón 21 y 22 y pediatría (salas 29 y 32) Pabellón 30 (6 salas) Terapias

Hospital de día

HIV mujeres

HIV tuberculosis multiresistente

Pabellón Koch (tuberculosis)

Consultorio externo

El consultorio externo de Servicio Social no cuenta con profesionales suficientes para realizar las tareas de Educación para la Salud, en los diversos consultorios externos del hospital

Los pacientes son entrevistados en el servicio, se completa una Historia Socio Epidemiológica (esta informatizado este registro) No están informatizadas las derivaciones al Ministerio de Desarrollo Social.

Utilizan una Clasificación Tabular de Problemas objeto de intervención a fin de medir el grado de vulnerabilidad (bajo, medio, alto) a partir de la consideración de las diferentes problemáticas.

Las dificultades con los pacientes son principalmente la ausencia de respuesta a los problemas sociales que cada vez son más frecuentes. Desde el año 2012 el Ministerio de Desarrollo Social otorga subsidios habitacionales para alojamiento en hoteles para los pacientes con problemas de vivienda (por Ej.: personas en situación de calle).

Para la renovación de los subsidios, el Ministerio requiere un informe Socio Ambiental, como prueba de continuación del tratamiento. El Servicio no puede realizar dicho informe dado que el hospital es monovalente y no cuenta con Área Programática.

Para los programas alimentarios, y subsidios se realizan derivaciones de pacientes con los datos del mismo que constan en un formulario de derivación; ya que al no contar con área programática no pueden confeccionar un informe socio ambiental en el domicilio, tal como lo solicita el Ministerio de Desarrollo Social del GCABA y los diferentes municipios del Conurbano.

Mantienen una buena coordinación con el programa BAP al cual se acude para el traslado de pacientes.

Procedimiento de Historias Sociales en Servicio Social

Objetivos:

1. Analizar las Historias Sociales de los pacientes que concurren al Servicio Social a fin de conocer la problemática que presentan y el grado de vulnerabilidad social definido por el área.
2. Evaluar las modalidades de derivación a diferentes organismos (motivos y lugar) en relación a su problemática

Determinación de la Muestra

Se realizó una muestra estadística de las Historias Sociales de los meses marzo y junio correspondientes al período 2013. Del total de Historias Sociales del año 2013 (34248) se solicitaron 2643 correspondientes al mes de marzo y 3500 del mes de junio

- Se revisaron la historias sociales correspondientes a los meses de marzo y junio a fin de seleccionar aquellas en las que los pacientes fueron derivados

- Se analizó el motivo de derivación, el grado de vulnerabilidad y el organismo adonde fue derivado

El equipo de auditoría elaboró una grilla para el análisis de la Historias Sociales según las siguientes variables:

- Número de Historia Clínica
- Sexo
- Edad
- Diagnóstico
- Nivel de vulnerabilidad
- Derivado(Si-No)
- Motivo de derivación
- A donde
- Adherencia al control y/o tratamiento

Resultados del Procedimiento

Se completaron las grillas con 102 Historias Sociales

Los cuadros siguientes muestran los resultados del procedimiento:

N°Hoja	Sexo		Edad	Diag.**		N. de Vulnerabilidad			Derivación	Asesoramiento	Adher. al control y/o trat.		Lugar de Resid.		Inter na ción	C.E/ Guardia
	F	M		HIV	TBC	A	M	B			Si	No	CABA	GBA		
1	5	8	36,2	8	5	12	1		6	7	4	9	3	10	8	5
2	5	8	37,3	9	6	12			5	8	5	8	1	12	10	3
3	2	9	36,2	10	5	11			7	4	4	7	1	10	11	
4	3	8	40,9	9	4	11			7	4	4	7	5	6	6	5
5	2	11	39,6	9	8	13			7	6	5	8	5	8	10	3
6	5	8	31,8	7	6	13			4	9	4	9	9	4	11	2
7	4	8	37,4	5	7	13			3	9	4	8	6	6	7	5
8	6	7	34,7	7	7	12	1		3	10	4	9	6	7	6	7
9	3		32	3		2	1		0	3	3			3	3	
Totales	35	67	36,2	67	48	99	3		42	60	37	65	36	66	72	30
%	34	66		66	47	97	3		41	59	36	64	35	65	71	29

**** En 13 (15%) casos de pacientes con ambas enfermedades.**

En cuanto a Motivos de Derivación:

Motivo de derivación	Cantidad
Subsidio .Habitacional	7
Subsidio .TBC.GBA	9
Subsidio .Económicos y alimentos	6
Problemáticas Familiares	4
Gestión traslado hogares	4
Problemáticas legales	3
Trámite Pensiones Certificad de discapacidad	7
Situación de calle	2
Total de pacientes derivados	42

Análisis:

El análisis de los totales de la muestra da como resultados lo siguiente:

- El 66% son varones
- El promedio de edad (femenino y masculino) es de 36 años
- El 66 % tiene HIV, el 47%tiene TBC y un 15% tiene HIV y TBC
- El 99% de los pacientes tiene un alto nivel de vulnerabilidad
- El 41 % fue derivado
- Los principales motivos de derivación se relacionan con subsidios habitacionales, económicos y por TBC (22 casos) el resto se vinculan a gestiones por traslado a hogares y por gestión de pensiones (11 casos).
- Fueron derivados por problemas familiares (4 casos) por problemas legales (3 casos) y por situación de calle (2 casos)
- La mayoría de pacientes fueron derivados a programas del Ministerio de Desarrollo Social de la CABA (15 casos), a hogares para adultos y niños (7 casos), a las zonas sanitarias de las Provincia de Buenos Aires por el

subsidio de TBC (8 casos); al ANSSES y pensiones asistenciales (6 casos); al Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Bs. As (2 casos); al Servicio Penitenciario (2 casos) y a escuelas (2 caso)

- El 59% recibió asesoramiento sin derivación específica
- El 36% refleja adherencia al tratamiento y /o controles
- El 71% estaba internado al momento de la consulta
- El 65% reside en la Provincia de Buenos Aires

Grado de Avance incipiente:

El alto nivel de vulnerabilidad de los pacientes de la muestra da cuenta de personas con problemas sociales complejos y con dificultades para mantener la adherencia al tratamiento y/ o controles.

El % de derivación es medio y comparando con el Informe de Gestión Htal. Muñiz Proyecto 3.11.07 (año 2011) se observó un aumento de las derivaciones y una mayor articulación intersectorial que facilita la llegada de los pacientes a las diferentes prestaciones sociales de los diversos organismos

B) Adherencia y articulación entre los servicios Punto 3. 4. y 5. Salud Mental

Grupo de trabajo Salud Mental

Salud Mental continúa siendo un Grupo de Trabajo, que actualmente depende del Jefe de División de Medicina (ganó el concurso en septiembre del 2013)

Según los entrevistados en todos los tratamientos, ya sea en internación o en ambulatorios, el eje asistencial del hospital está atravesado por la adherencia.

Dada la complejidad y las dificultades que surgen al respecto se implementó un Dispositivo conjunto en el año 2013, entre Salud Mental , Servicio Social y Farmacia para intervenir en el momento inicial del tratamiento antirretroviral (TARV). En el año 2014 se discontinuó la actividad dando por finalizada la etapa de experiencia piloto. Actualmente se están realizando reuniones entre los equipos para continuarlo ya que esta modalidad de intervención favoreció significativamente **la ADHERENCIA.**

Cuando el médico tratante le prescribe el TARV por primera vez a un paciente (sin Prepago ni Obra Social) debe dirigirse a Servicio Social para iniciar los trámites administrativos para retirar la medicación en el Hospital. Luego de la Entrevista social, un psicólogo/a se acerca para realizar allí mismo una entrevista semidirigida destinada a asesorar, acompañar y detectar posibles dificultades en el inicio y sostenimiento del TARV. Se evalúa caso por caso, se le informa de los dispositivos de acompañamiento de los que dispone el Hospital (ej; grupo de pares) y se realiza la derivación a Salud Mental si es necesario. Los psiquiatras trabajan articuladamente con los médicos hepatólogos en el inicio del tratamiento para analizar y valorar los efectos de la medicación. Se hacen interconsultas en las salas de internación.



Con respecto a la atención de pacientes con Tuberculosis (TBC) una psicóloga, trabaja en la sala del Pabellón Koch con pacientes internados y sus familiares a través del servicio de Medicina Familiar.

Los pacientes con problemas de adicciones son derivados al CENARESO en caso que exceda las posibilidades de atención.

Los pacientes concurren a los Grupos Cuenta Conmigo, Darse Cuenta y Trasvivir, este último funciona desde el 2013. Firman en un cuaderno la asistencia semanal. A los integrantes de los grupos se los invita a talleres que se realizan en el servicio de Salud Mental coordinado por profesionales del hospital.

Servicio Medicina Familiar

El control de foco se puede hacer en el Hospital para los pacientes internados o ambulatorios. El paciente puede realizar el control de foco en el Centro de Salud de la Ciudad que le corresponde por residencia. Para los pacientes residentes en el GBA pueden realizarlo en la Región Sanitaria que le corresponde.

El Gobierno de la Provincia de Buenos Aires otorga subsidio para las personas con tuberculosis siempre que concurren a los controles.

En Servicio Medicina Familiar, se trabaja con pacientes internados en las salas Pabellón Koch. Una psicóloga lleva adelante grupos de pacientes con su familia a fin de aumentar la adherencia al tratamiento y concientización de la enfermedad. Durante la internación de los pacientes, realiza un trabajo grupal semanal, que se extiende a los familiares del enfermo, con el fin de lograr que los pacientes comprendan las características de su enfermedad, la importancia del tratamiento y el no abandono del mismo.

Cada 15 días realiza una reunión con el equipo de cada sala (jefe, asistente social y enfermera) y los pacientes con el objetivo de mejorar y facilitar la articulación y vínculo entre el equipo y los pacientes a fin de lograr el compromiso de todos para mejorar la adherencia.

Internación Abreviada Programada

En la sala 29 (Pediatría VIH-SIDA), desde hace algunos años se implementó con muy buenos resultados, el dispositivo IAP (INTERNACION ABREVIADA PROGRAMADA) donde trabajan articuladamente e interdisciplinariamente Pediatría, psicología y psicopedagogía a fin de aumentar los niveles de adherencia con los niños, adolescentes y familiares.

Con la finalidad de ampliar este dispositivo, se elaboró un proyecto de internación abreviada para tuberculosis de niños y adolescentes a fin de disminuir el tiempo de internación y facilitar la adherencia. Si bien se aprobó a nivel de Dirección, aún no fue implementado por estar cerrado el pabellón destinado para tal fin. Según refiere el Director del Departamento de Infecciosas, se encuentra en proceso de licitación.

Procedimientos de auditoria en Salud Mental

1) Vista de los cuadernos de concurrencia de pacientes a los grupos de salud mental del año 2013. Se tomó una muestra de los meses marzo, junio y septiembre:

Cantidad de participantes por grupo

Grupo	Marzo	Junio	Septiembre
Convivir	13((6/3/13)	11(5/6/13)	16(4/9/13)
	11(13/3/13)	12(12/6/13)	17(18/9/13)
	16(20/3/13)	9(19/6/13)	10(25/9/13)
	14(27/3/13)	13(26/6/13)	
TOTAL	54	65	43

Días de reunión semanal: miércoles por la mañana

Grupo	Marzo	Junio	Septiembre
TRANSVIVIR	12 (4/3/13)	11(3/6/13)	8(2/9/13)
	12(11/3/13)	5(17/6/13)	7(9/9/13)
	11(18/3/13)	7(24/6/13)	13(16/9/13)
	9(25/3/13)		
			6 (23/9/13)
			13 (30/9/13)
Total	44	23	47

Días de reunión semanal lunes, por la tarde

Además funciona el grupo **Cuenta Conmigo** destinado a familiares de pacientes con HIV. Se reúnen semanalmente los jueves por la mañana.

Grado de Avance incipiente: Se observó una mejoría de la oportunidad terapéutica expresada en el aumento de participantes en los grupos.

2) Vista de planillas mensuales

Se verificaron las planillas mensuales de las prestaciones brindadas por la psicóloga que trabaja en los pabellones Kosh (35 y 36) correspondiente a los meses Septiembre y Noviembre. Esta psicóloga pertenece a Salud Mental, pero la tarea que realiza también corresponde a Medicina Familiar:

Durante el mes de Septiembre realizó 136 tratamientos individuales, 16 reuniones grupales con una participación de 111 integrantes y 38 entrevistas de familia con la participación de 112 integrantes y 196 interconsultas. No figuran las prestaciones brindadas durante el mes de noviembre por estar de licencia por vacaciones

La tarea que se realiza en los pabellones Kosh, facilita y aumenta la adherencia posibilitando el logro de mejores resultados en el control de la enfermedad y en el corte de la cadena epidemiológica de la misma. El recorrido por los pabellones Kosh fue conducido por la profesional mencionada quien denotó un conocimiento e interacción personal con cada paciente.

Grado de Avance Incipiente

Cuenta con dos profesionales: una médica y una enfermera. El Departamento de Infecciosas elevó un proyecto que contempla constituir al Htal de Día como una Sección y de esa manera cumplir la función de consulta, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación. Esta propuesta fue aprobada a nivel de dirección y se esta a la espera de una respuesta a nivel Central.

Observación:

2) Del procedimiento de auditoria realizado sobre Recursos Humanos se verificó que:

- La nómina de personal no discrimina en todos los casos la prestación de los agentes en concordancia a las áreas y servicios del organigrama formal y del cargo que desempeña.
- el cruce de información entre la nómina de personal y las agendas médicas seleccionadas como muestra del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento, denotó diferencias en los modos de registro, en las distintas formas de nombrar un servicio o especialidad; además, 16 agentes figuraban solo en las agendas médicas: 5 Residentes, 5 Suplentes de Guardia, 2 Técnicos en Radiodiagnóstico, 1 Auxiliar de Laboratorio, 1 Concurrente, 1 Rotante y 1 Estudiante

Recomendación

- 2) Recursos Humanos: Implementar una base de datos del personal en forma integrada que incluya a la totalidad del personal que presta servicios en el Hospital.

Respuesta

El área informática del Hospital hizo entrega de dos bases de datos en Excel denominadas: Personal Escalafón Profesional y Personal Escalafón General con puesto y servicio

Procedimiento de auditoria

Análisis de las Bases de Datos entregada:

La información recibida en formato digital corresponde a una Base de Datos del personal de Escalafón Profesional y General. El cuadro siguiente muestra el total de 1311 agentes:

Escalafón Profesional	Cantidad
Director	1
Subdirector	1
Jefe Departamento	4
Jefe Division	12
Jefe Sección	8
Jefe Unidad	1
Técnicos Hemoterapia y Laboratorio	2
Asistente Social -Trabajador Social	15
Biólogo de Planta	3
Bioquímico de Planta	37
Enfermero	2
Farmacéuticos	18
Fonoaudiólogo	2
Kinesiólogo	18
Lic. Sistemas Información	1
Médico de Planta	295
Nutricionista	6
Odontólogo	5
Psicólogo - Psicopedagogo	19
Residentes	40
Total	490

Escalafón General	Cantidad
Gerente	1
Subgerente	1
Subdirector	1
Administrativos	213
Enfermeros	352
Servicios Generales	98
Técnicos	72



Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
 de la
 Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Jefes de Sección	35
Jefes de División	29
Jefes de Sala	10
Jefe de Departamento	2
Jefe de Unidad	1
Abogados	2
Medico de planta	1
Oxigenoterapeuta	1
Capellan	1
Guardia	1
Total	821

Grado de avance satisfactorio: Se verificó que el Hospital cuenta con una Base da Datos de los Escalafones Profesional y General discriminado por cargos y áreas de trabajo.

Observación

3) Presupuesto- Metas Físicas

1. El análisis de las metas físicas con posibles desvíos y medidas correctivas se solamente sobre el 4º trimestre y no del ejercicio completo del año 2010.
2. Del análisis efectuado por la Auditoria, el porcentaje de desvío máximo se alc el primer trimestre y fue disminuyendo en los siguientes.
3. las posibles causas del desvío se mencionan en un sentido muy amplio y debiendo haber sido mas específicas y concretas

Recomendación

- 3) Presupuesto- Metas Físicas: Realizar el análisis de las metas físicas de todo el ejercicio anual correspondiente precisando en forma mas acabada las causas de los desvíos.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

3) Presupuesto: Metas Físicas

Del análisis de las Metas Físicas del año 2010 se puede inferir que los desvíos > al 10 % observados en los cuatro trimestres se debe a una sobre estimación de acuerdo a las estadísticas del 2009. Ese año la pandemia de gripe A (HINI) incrementó sustancialmente la atención de pacientes desde junio de 2009 hasta los primeros meses del 2010. Los dos sectores más afectados fueron Guardia y Sala 2.



Por otro lado el cierre de la sala 3 UTI y la Sala 19 (TBC-MR) Tuberculosis Multiresistente, disminuyó sensiblemente la capacidad de internación, situación que se mantuvo durante todo el año.

Procedimientos de auditoria

ANALISIS METAS FISICAS 2013:

Para efectuar un análisis de las Metas Físicas correspondientes al año 2013, primeramente debemos definir la meta y cuál va a ser su unidad de medida,

Meta = Pacientes Atendidos
Unidad de Medida = Persona

METAS FISICAS 2013

* Durante el 1º Trimestre del año, la ejecución respecto de lo programado fue un 6,04% más,

*Durante el 2º Trimestre, se ejecutó un 12,10% más que lo programado,

*Durante el 3º Trimestre, se ejecutó un 1,54% más que lo programado,

*Durante el 4º Trimestre, la ejecución respecto de lo programado fue de un 5,54% más.

ANÁLISIS METAS FÍSICAS

1. Grado de avance Satisfactorio: *El análisis de las metas físicas con posibles desvíos y medidas correctivas, se viene efectuando en forma anual. Respecto del año 2013, objeto de la Auditoría, el análisis se ha realizado sobre los 4 (cuatro) trimestres.*

Del análisis efectuado en las Metas Físicas 2013, surge que el desvío promedio de lo ejecutado respecto de lo programado es del 6,30%, es decir que no hay variación significativa.

Debe aclararse que la dispersión poco significativa registrada en este período, se debe a la mejora en los Circuitos Administrativos y en los Registros.

No obstante, se debe mencionar la falta de espacio físico y de nombramientos (Recurso Humano insuficiente) como dos grandes problemas.

DESVIO METAS FISICAS - PERIODO 2013				
Período	Concepto	Pacientes atendidos	Desvío Trimestral	Desvío Promedio Anual
1º TRIMESTRE	PROGRAMADO	119.940	6,04%	
	EJECUTADO	127.180		
2º TRIMESTRE	PROGRAMADO	125.652	12,10%	
	EJECUTADO	140.853		
3º TRIMESTRE	PROGRAMADO	141.245	1,54%	
	EJECUTADO	143.414		
4º TRIMESTRE	PROGRAMADO	137.531	5,54%	
	EJECUTADO	145.151		
TOTAL DESVÍOS			25,21%	6,30%

2. **Grado de avance Satisfactorio:** El análisis de las metas físicas (cuadro ut supra) muestra que el porcentaje de desvío se mantuvo uniforme a lo largo del año a excepción del segundo trimestre donde se registro un leve incremento. Respecto al año 2010 la dispersión disminuyo de un 24% promedio anual a un 6% promedio anual.

Del análisis efectuado por la Auditoría, el porcentaje de desvío máximo se alcanzó en el primer trimestre y fue disminuyendo en los siguientes.

3. **Grado de avance incipiente:** Si bien hubo un avance en cuanto al registro de los desvíos, el registro de las causas y sus posibles justificaciones no se ha modificado según lo esperado.

Las posibles causas del desvío se mencionan en un sentido muy amplio y general, debiendo haber sido más específicas y concretas.

Observación

4) Concesión del Kiosco

- No se dio cumplimiento a la Disposición n° 62-HIFJM-08 de trasladar el kiosco de lugar atendiendo motivos de seguridad. Su ubicación física es peligrosa ya que obliga a la gente a circular y permanecer en la calle mientras espera para ser atendido.
- Se verificó que se ofertan productos elaborados siendo que se encuentra autorizado a vender productos envasados en origen.

Recomendación

- 4) Arbitrar las medidas necesarias tendientes a resolver el estado de situación irregular del espacio físico y comercialización de productos del kiosco



Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

Con relación al supuesto incumplimiento de la Disposición 62-hifjm-08 se informa que contra la misma se interpuso recurso de reconsideración y jerárquico en subsidio que fue elevado oportunamente a la superioridad para su sustanciación. El Subgerente Operativo informó sobre la existencia del Expediente 75930/07 sobre la reubicación del kiosco y 28.477/1 en donde el actor presentó medida cautelar alegando tener la exclusividad de la venta en el kiosco.

Grado de avance no satisfactorio: Se mantiene la observación.

Si bien se verificó que continúan las condiciones irregulares de ocupación del espacio físico y de elaboración de productos alimenticios, es necesario aclarar que esta situación excede al ámbito hospitalario por haber presentado el implicado un recurso de reconsideración y por encontrarse en proceso el Expediente antes mencionado.

Observación

5) Convenio con Universidades

- Existen diferencias en los registros del CODEI y de la Dirección General de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud en cuanto a la cantidad de alumnos de Universidades Privadas que asisten al Hospital Muñiz.
- El hospital no puede acceder y disponer del monto que le corresponde en concepto de lo abonado por Universidades Privadas debido a que la transferencia al Presupuesto es por "Fuente Financiamiento 14" que pertenece a la órbita de Nación.

Recomendación

- 5) Implementar una modalidad de registro unificada y completa de alumnos provenientes de Universidades Privadas e ingresar el monto abonado por las mismas bajo otra fuente de financiamiento del presupuesto que permita su disposición por parte del Hospital.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA 2127/14 :

- Se chequearon los registros del CODEI y se observaron algunas diferencias que obedecían a deserción de alumnos inicialmente inscriptos.
- Si bien son poco significativas en su cantidad, en atención a las recomendaciones de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, estamos implementando una modalidad de registro unificada y

completa de los alumnos provenientes de Universidades Privadas, que estará operativa para el inicio del año lectivo 2015.

- A partir de 2011 con la resolución 485 MGCI/11 que reglamento la Ley 3301, se crearon las Cuentas Escriturales en el Banco de la Ciudad y a través del Gerente Operativo del Hospital, se gestiona la utilización de los fondos para este CODEI.

Procedimientos de auditoria

Análisis de información de la Dirección General de Docencia e Investigación:
Alumnos que asistieron de Universidades Privadas al Htal. Muñiz durante el 2013:

Universidad	Cantidad de Alumnos	Canon en pesos
Salvador	117	\$9703,69
ISALUD	4	\$2.771,64
AUSTRAL	51	\$23.325,19
BARCELO	67	\$21.829,07
UAI	14	\$4.850,38

Con respecto a que el Htal Muñiz no puede tener acceso a la Fuente de Financiamiento Fuente 14 (Cuentas escriturales Fondo de Docencia e Investigación n° 210178774 y Carrera de Investigador n° 210178713) la Dirección General de Docencia e Investigación informó que carece de competencia para expedirse respecto a este punto.

El cuadro siguiente se describe la información obtenida en el Hospital:

Unidad	Activ.	Cuenta Escritural	Inc	Par	Par	Fuente	Unidad	Concepto	Vigente	Devengado	Total Afectación Devengada
423	2	* 210178774	4	3	3	14		*** Colchón	28.896,00	28.896,00	28.896,00
423	2	* 210178774	4	3	5	14	1	Scanner	11.060,00	11.060,00	11.060,00
423	2	* 210178774	4	3	6	14	2	Proyector	6.284,00	6.283,03	6.283,03
423	3	** 210178713	4	3	6	14	2	Notebook	9.420,00		
									55.660,00	46.239,03	46.239,03

* Cuenta Escritural perteneciente al CODEI - Fondo Carrera de Docencia e Investigación Htal. Muñiz

** Cuenta Escritural perteneciente al CEI - Fondo Carrera de Investigación Htal. Muñiz

*** Según nos informó la gerencia operativa, este importe de \$28.896 corresponde a la compra de colchones.

La justificación dada por el Hospital por el uso de esta partida en algo que no era para el CODEI, se basa en la apertura de una sala de internación y la donación de camas efectuadas por la Fundación del Banco Nación. Para poder ser utilizadas, fue necesaria la comprar de colchones. Debido a que este insumo es



considerado un bien de capital, y sólo puede efectivizarse la compra si hay disponible en la partida 4 se utilizó estos fondos para la compra de los colchones, argumentando razones de prioridad y significatividad en cuanto a su destino para el beneficio de los pacientes

**** Corresponde a dos notebooks que iban a ser destinadas al CEI. Las mismas se iban a comprar por el BAC y fueron afectadas pero sin devengar por falta de stock

Grado de avance incipiente: Según lo observado, a partir del año 2013 y desde la Dirección General de Capacitación, se ha comenzado a depositar dinero correspondiente a Convenios con Universidades, en las respectivas partidas (4.3.6, 4.3.5 y 4.3.6) y a las respectivas Cuentas Escriturales, a saber:

- 210178774: Fondo Carrera Docencia e Investigación Htal. Muñiz (CODEI).
- 210178713: Fondo Carrera Investigación Htal. Muñiz (CEI).

De lo observado y verificado, se desprende que la mencionada Dirección General, deposita en forma periódica una suma de dinero a las respectivas cuentas referidas.

No obstante esto, el Hospital desconoce el detalle y cuáles son los conceptos que integran dichos importes para poder hacer un seguimiento de las mismas.

En referencia a los alumnos provenientes de Universidades Privadas se está implementado a partir del 2015 una modalidad de registro unificada y completa.

Observación

Área médica

6) En el Departamento de Infecciosas la división de camas en las salas de infectología es inadecuada (por tabiques), cuenta con baños comunes y carece de filtros HEPA

En División Pediatría Infecciosa se carece de sala de aislamiento.

Recomendación

6) Área Medica

- Departamento de Infecciosas: Dotar a las salas de filtros HEPA y mejorar la modalidad de división de las camas.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

Se han destinado piezas de aislamiento en todas las salas de las Divisiones B y C para los pacientes que padecen infecciones de alta contagiosidad.

En todas las salas se han mejorado los baños para hombres y mujeres, dotándoseles de sus respectivos aislamientos.

Se destinó en la Sala 29 de Pediatría una pieza de aislamiento.

La Sala 32 de Pediatría se encuentra en franco proceso de remodelación para ser transformada en una estructura sanatorial y contará con seis habitaciones de dos camas cada una con baño privado.

Se recambieron todas las camas por otras de última generación. Se redistribuyeron los pacientes en distintas áreas agrupándolos, de acuerdo a su patología, separadas por divisiones y/o en piezas de aislamiento.

Los filtros HEPA carecen de repuestos por problemas de importación y están obsoletos. A pesar de lo cual se minimizó el índice de infección intrahospitalaria por la eficiente y continua gestión del Comité de Infecciones Intrahospitalarias que evalúa el tipo de germen y su contagiosidad, la redistribución de los pacientes y las medidas profilácticas respecto de ello.

Grado de avance incipiente Del relevamiento efectuado se verificó que las dos últimas camas de las salas fueron aisladas. El resto continúa en iguales condiciones. La Sala 32 de pediatría se encontraba cerrada por reparaciones.

Observación

7) En el Departamento de Urgencias se verificó que:

1. Faltan nombramientos de médicos tisiólogos (se llamó a concurso para cubrir los puestos y no se presentó nadie).
2. Falta anestesiólogo para el día viernes. En caso de emergencia quirúrgica se deriva al paciente a través del SAME.
3. Hay déficit de médicos pediatras y algunos días no está la dotación completa.
4. No hay autorización para nombrar psicólogo y asistente social de guardia.
5. La guardia carece de equipamiento de oxígeno central y de Aire comprimido

Recomendación

7) Departamento de Urgencias: Completar la dotación del personal correspondiente y dotar a la guardia de equipamiento de oxígeno central y de Aire comprimido

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

En referencia a la NI 4423-2014, cumpla en informarle que:

1. La dotación de Tisiólogos de Guardia está completa, si bien un profesional médico se encuentra cumpliendo tareas en el Programa de Tuberculosis de GCBA. El concurso declarado desierto fue de suplentes de Guardia, se llamará a concurso abierto a todas las unidades de organización.
2. El cargo de Anestesiólogo para el día viernes por fallecimiento del Dr. Guillermo Andrada fue concursado y declarado desierto en 2010, mediante el Memorandum N° 1148474- DGAYDRH-DPCPSAL-2010 y la Resolución N° 1754-MSGC-2010 y la Disposición N°601-MSGC-2010 se comunicó el Concurso Público y Abierto para la Selección de Médicos Especialistas en Anestesiología para el Área de Urgencias, habiendo quedado desierto el mismo.

3. Se encuentra pendiente la designación de una profesional médica como Peditra de Guardia, con lo cual la dotación quedará completa.
4. La dotación de Asistentes Sociales de Guardia está completa.
5. El resultado de la selección interna para Psicólogos de Guardia fue aprobado por el CATA en día 27 de noviembre de 2013, si bien se encuentra pendiente la resolución de un recurso jerárquico interpuesto por uno de los postulantes.
6. El equipamiento oxígeno central y de aire comprimido para la Guardia ha sido planificado en el contexto de las reformas estructurales de ese Servicio.

Procedimiento de auditoria

Entrevista, relevamiento, observación in situ y análisis de actas del CATA:

1. Grado de avance satisfactorio

La dotación de médicos de guardia está completa, si bien un médico se encuentra cubriendo tareas en el programa de TBC del Gobierno de la Ciudad. El concurso declarado desierto fue de suplentes de guardia, se llamará a concurso a todas las unidades de organización.

Auditoría:

En el año 2010 faltaba 1 médico tisiólogo. 2 médicos tisiólogos en el año 2011 ganaron concurso como Jefe de Unidad y ese año faltaron 3 médicos tisiólogos. Se llamó a tres concursos con fecha 06/06/2011; 04/01/2012 y 28/06/2012.

A finales del 2012 un médico tisiólogo de guardia pasó al programa de TBC No se puede llamar a concurso dado que la vacante no fue liberada y la guardia se cubre con la modalidad de suplencia de guardia.

Se comprobó las actas del CATA del 07 de Julio de 2011, del 05 de Enero y del 05 de Julio del 2012 donde se avala el concurso y los nombramientos de los profesionales.

2. Grado de avance no satisfactorio

El cargo de anesthesiólogo para el día viernes fue concursado y declarado desierto en 2010, se llamará a concurso a todas las unidades de organización.

Auditoría: Desde el año 2010 a la fecha no se realizó ningún concurso para cubrir el puesto vacante.

3. Grado de avance insipiente

Se encuentra pendiente la designación de una médica de peditra de guardia con lo cual la dotación quedaría completa.

Auditoría:

El 10 de Mayo de 2013 se llamó a concurso para un cargo de médico pediatra de guardia. Su ganador tomó el cargo y renunció a los 6 meses y el concurso debe repetirse

4. **Grado de avance satisfactorio**

La dotación de asistentes sociales de guardia está completa.

El resultado de la selección interna de psicólogos fue aprobado el día 27 de noviembre de 2013, si bien se encuentra pendiente la resolución de un recurso jerárquico interpuesto por uno de los postulantes.

Auditoría:

El Decreto 938/03 que impedía estos nombramientos en el Hospital fue modificado el 17 de Octubre de 2011 por el Decreto 543/11 del Ministerio de Salud que permite aumentar la dotación de guardia y nombrar 7 psicólogos y 7 asistentes sociales.

El 15 de Junio de 2012 el CATA aprueba por unanimidad el concurso de Licenciados en Servicios Sociales con carácter de interino de 30 horas semanales. A la fecha no hay resolución del recurso para que los psicólogos sean ratificados por lo que no hay psicólogos de guardia.

5. **Grado de avance no satisfactorio**

El equipo de oxígeno central y aire comprimido para la guardia ha sido planificado en el contexto de las reformas estructurales de ese servicio.

Auditoría:

Las obras de modificaciones estructurales de la guardia no tienen fecha de inicio.

Observación

8) En el Departamento Atención Intensiva Paciente Infeccioso Crítico (DAIPIC) se verificó que:

1. Existen 2 Unidades cerradas por problemas graves de estructura.
2. No hay estructura para nombramiento de médicos de Terapia Intermedia.
3. La falta de reparación de la Unidad de Terapia Intensiva genera que los pacientes deban ser internados en otras salas
4. El indicador elaborado con datos a mayo de 2011 sobre la relación entre camas existentes y habilitadas expresa que en la Sala 3 TI el porcentaje de camas habilitadas es del 25% solamente. Este dato adquiere mayor relevancia al considerar que las salas con menor proporción de camas habilitadas pertenecen a áreas críticas del Hospital como DAIPIC.

Recomendación

8) Departamento Atención Intensiva Paciente Infeccioso Crítico

- Completar la dotación del personal correspondiente
- Resolver los problemas de espacio físico en las unidades cerradas



Respuesta y Procedimientos de auditoria:

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14, entrevistas, relevamiento y vista in situ:

Grado de avance satisfactorio

Puntos 1 y 3

1- A la fecha se encuentran operables 2 Unidades de Terapia Intensiva (Unidad 3ID y Unidad 3 TI) . El día 21 de Agosto de 2014 comenzó a operar la nueva Unidad de Terapia Intensiva con equipamiento de última generación y provista de presión negativa en las 8 camas que la integran.

3- División de asistencia especial: se encuentra en funcionamiento las 2 Unidades con 8 camas cada una.

Punto 2

2- **Grado de avance incipiente:** La estructura de Terapia Intermedia no está aprobada. Los nombramientos fueron efectuados para la Unidad de Asistencia Respiratoria y se desempeñan en Terapia Intermedia

Con el fin de solucionar el recurso humano se designaron 7 médicos con nombramiento de 30 horas en la Unidad de Asistencia Respiratoria.

Los 7 cargos se concursaron y en reunión del CATA del 20 de Abril de 2012 se avaló el concurso por unanimidad con el nombramiento de 7 médicos. Según la negociación colectiva del 18 de Agosto de 2011 acta N° 56/11 se amplía el horario de los profesionales de áreas críticas a 40 horas.

Punto 4

4- Grado de avance satisfactorio

El indicador elaborado en Mayo de 2011 sobre relación entre camas existentes y habilitadas expresa que en la sala 3 TI el porcentaje de camas habilitadas es del 25% solamente.

Del relevamiento in situ del equipo de auditoria se observó que el 100% de las camas esta habilitado Según información de Movimiento Hospitalario el porcentaje de ocupación de enero a junio de 2014 es de 72.62%. (los datos se recaban semestralmente).

El día 21 de Agosto de 2014 comenzó a operar la nueva Unidad de Terapia Intensiva con equipamiento de última generación y provista de presión negativa en las 8 camas que la integran.

La Sala está reparada y el están habilitadas el 100% de las camas.

Observación

9) En el Departamento Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento se verificó que:

- Hay secciones que no cuentan con personal administrativo ni técnico
- No hay autorización para implementar una cabina con nivel de seguridad 3 para las Unidades y Secciones de Análisis Clínico.
- No puede realizarse serología para HIV en el turno vespertino siendo que es horario de atención de consultorios externos para esa patología.



- La Sección Hemoterapia presenta déficit de médicos especialistas.
- Falta de personal, solo una bioquímica se encarga de realizar los análisis de la totalidad del banco de sangre. u La Sección cuenta con 2 heladeras de más de 20 años de antigüedad.
- La Sección de Esterilización no cuenta con partidas para los cargos de Jefe Sección y Técnicos de Esterilización (Figuran con otro cargo)
- Faltan médicos radiólogos (Del total, dos médicos superan la edad jubilatoria).
- En Fisiopatología Respiratoria el equipamiento es obsoleto, cuentan con 1 espirómetro del año 1996 que no funciona y otro del año 2004 no computarizado.

Recomendación

- 9) Departamento Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento
- Completar la dotación del personal correspondiente
 - Dotar al Departamento del equipamiento necesario para desarrollar su labor.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

División Análisis Clínicos:

La distribución del personal administrativo se adecua a las necesidades de cada sector.

El personal Técnico es limitado

En nuestro hospital no hay laboratorio con BSL-3 ni BSL-4. Hay cabinas BSL-2 con prácticas de BSL-3

La serología para HIV en horario vespertino no se implementa por demora en la designación de profesionales de salud mental para la consejería.

Hemoterapia:

Posee un médico especialista en Hemoterapia de planta y dos médicos de guardia
Dispone de personal técnico adecuado

Los análisis bioquímicos los realiza un Bioquímico siendo suficiente

El equipamiento fue solicitado por Exp. 483760/13 de acuerdo a la Ley de Sangre
División Farmacia:

La Sección Esterilización no tiene jefe ya que el Cargo concursado en el 2011 no se ha efectivizado, hay un Farmacéutico de plata coordinando el sector.

Cuenta con los técnicos adecuados

División Radiodiagnóstico:

No se dispone de partidas para Médicos especialistas en Diagnóstico por Imágenes de planta. Hay dos médicos especialistas de planta con edad jubilatoria superada y tres médicos especialistas de plata en Ecografía.

Hay nombrados dos médicos especialistas en guardia. No se han efectivizado cuatro nombramientos de médicos especialistas de Guardia que concursaron en 2013

Cuenta con los técnicos suficientes.



Sección Fisiopatología Respiratoria:

Fue adquirido un equipo de Función pulmonar completa hacia fines del año 2011. El mismo realiza exámenes funcionales pre y post broncodilatadores, provocación bronquial, difusión (DLCO) volúmenes pulmonares por pletismografía, Pi Max/Pe Max. Este equipo ha reemplazado el instrumental con el cual se contaba y el cual se encontraba en estado de obsolescencia.

Grado de avance incipiente: Continúan algunas secciones sin personal administrativo, no se implementa la serología en horario vespertino por falta de designación de profesionales de salud mental y no se han efectivizado la totalidad de los cargos. El Hospital adquirió un Tomógrafo Activion 16 computarizado para diagnóstico de cuerpo entero, lo que indica que aumenta la cantidad de horas medico radiólogos requeridas. El nombramiento de dos profesionales es insuficiente.

Observación

10) En la División Servicio Social se verificó que:

- Falta de nombramiento de profesionales
- Falta de recursos para canalizar las demandas que reciben:
 - En el tema de la vivienda, el recurso que utilizan son los paradores (funcionan a partir de las 18 hs y hasta las 8 hs de día siguiente) del Ministerio de Desarrollo Social. Estos pacientes no pueden permanecer en la calle durante el día y además, les resulta difícil conseguir vacantes en Hogares de ONG por sus problemáticas de salud.
 - El Htal Muñiz al no tener área programática no cuenta con profesionales en áreas descentralizadas que puedan confeccionar el informe social en el domicilio tal como lo requiere el Ministerio de Desarrollo Social. Realizan derivaciones de pacientes para los programas alimentarios sin el informe social correspondiente.

Recomendación

10) División Servicio Social

- Completar la dotación del personal correspondiente
- Ver recomendación n° 1

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

El plantel en el año 2010 estaba compuesto por una jefa de División, una Jefa de Sección Internación, una Jefa de Sección Consultorio Externo y 7 Trabajadores Sociales de planta, con un total de 372 horas semanales.

Esta situación resultaba ya insuficiente para cubrir la demanda del hospital dada la complejidad de las situaciones que se presentan diariamente en la atención del paciente internado, ambulatorio y el que concurre a la guardia.



En la actualidad esta disminuyendo notablemente el número de personal de planta a 4 licenciadas (130 horas semanales) . se está a la espera de dos nombramientos , un llamado a concurso por renuncia y de un reemplazante por un pase a la comisión de SIDA. Si bien hoy el hospital cuenta con una dotación de guardia no se puede dar respuesta a toda la demanda y solo se prioriza los casos mas externos. No se cuenta con un profesional en el turno vespertino que responda a la demanda de esos Consultorios externos.

La falta de nombramientos profesionales impacta en la mejora de la atención del paciente:

- Control y seguimiento en los casos de tuberculosis
- Entrevista al grupo familiar para control de foco en los casos de TBC
- Entrevista de Educación para la salud para Adherencia a los tratamientos.

Con respecto a la falta de recursos para canalizar las demandas que se reciben en relación a las situaciones habitacionales y alimentarias este Servicio cuenta con los recursos existentes en el Ministerio de Desarrollo Social dependiente del GCBA y de las ONGs. Se debe tener en cuenta que esta temática se encuentra atravesada por las políticas públicas de salud por lo tanto satisfacer las demandas depende de las mismas.

Grado de avance no satisfactorio

10) a. Grado de avance: no satisfactorio: Los recursos humanos del servicio han disminuido significativamente con respecto al año 2010, debido a concursos de jefaturas, personal que se jubiló y pase a otras dependencias.

10) b. Grado de avance: no satisfactorio

Los recursos para canalizar demandas en tema vivienda, paradores siguen siendo escasos. Las demandas de los pacientes al ministerio de Desarrollo Social a veces se canalizan cuando concurren con un recurso de amparo judicial

Observación

11) En Consultorios Externos (CCEE) se verificó que:

- El movimiento hospitalario informa la atención de pacientes en consultorios externos en 23 especialidades. Además se relevó atención en otros 2 consultorios externos: en las salas 21 y 22 (SIDA) y en cirugía plástica.
- Las 25 especialidades mencionadas atienden en 16 lugares diferentes del Hospital.
- Esta dispersión de consultorios externos permite que cada especialidad médica implemente su propia modalidad de atención y registro.

Recomendación

11) Consultorios Externos (CCEE):

- Tender a optimizar el recurso humano y físico existente
- Unificar modalidades de atención y registro de los servicios con Consultorios Externos

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

El recurso físico del Consultorio Externo en la actualidad no cuenta con la capacidad suficiente para albergar las 25 especialidades mencionadas.

A pesar de la dispersión de los consultorios externos, se está trabajando en la unificación de criterios y modalidad de trabajo a través de la Unidad de Consultorio Externo

Grado de avance no satisfactorio: Se mantiene la observación

Observación

12) En Historia clínica se verificó que:

- No existe un sistema informático de recolección de datos en red que provea a todos los sectores del Hospital de la información necesaria.
- El Hospital no cuenta con Historia Clínica única. Cada consultorio lleva una ficha donde se registran las atenciones en consultorio externo.
- Las fichas se archivan en ficheros en los consultorios externos de cada especialidad a los que no se tiene acceso desde otros servicios.
- La modalidad de archivo limita el acceso a la información de pacientes de otras especialidades o de las salas de internación.
- La dispersión en el área de atención ambulatoria genera que el personal administrativo resulte escaso para satisfacer las demandas de cada servicio/sector.

Recomendación

12) ; 13) Historia clínica y Registros y Estadísticas

- Implementar un sistema informático de recolección de datos en red
- unificar Historia Clínica y modalidades de registro y archivo de información de pacientes.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

Hasta el año 2010 en nuestro hospital solo se encontraba implementado por el SIGEHOS el Modulo Farmacia.

Respecto a Historias Clínicas, el sector de informática está trabajando para la implementación de una H.C. Única informatizada en Red. El Hospital cuenta con H.C. Única en internación. Cada Consultorio cuenta con un sistema propio de archivo.

Grado de avance no satisfactorio: Se mantiene la observación

Observación

13) Registros y Estadísticas

- En el área de salud mental se consignan los pacientes en el libro de



admisiones pero no se llevan registros del tipo de intervenciones y tratamientos que realizan los profesionales. Asimismo, no se registran en el área de salud mental las intervenciones que realizan los profesionales en las salas de internación del Hospital

- El Hospital de Día no cuenta con registros informatizado de pacientes
- El servicio de Medicina Familiar lleva un registro en una base de datos que no discrimina claramente fecha de atención, niveles de adherencia al tratamiento e intervención de otras áreas.

Recomendación

12) ; 13) Historia clínica y Registros y Estadísticas

- Implementar un sistema informático de recolección de datos en red
- unificar Historia Clínica y modalidades de registro y archivo de información de pacientes.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

- Medicina Familiar es un grupo de trabajo que lleva desde su inicio Historias Clínicas en formato papel no teniendo las mismas hasta la fecha informatizadas. Tal como sucede en muchos servicios del hospital.
- A las autoridades se les mostro una planilla en formato Excel en donde volcamos los datos de filiación del paciente y los contactos (en el caso de Tuberculosis) para poder establecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad.
- En la Historia Clínica papel, se deja constancia de la fecha de atención, niveles de adherencia al tratamiento e intervención de otras áreas, tal como se les mostró a las Sras auditoras en su momento.

Relevamiento

- El servicio de Medicina Familiar lleva un registro en una base de datos que no discrimina claramente fecha de atención, niveles de adherencia al tratamiento e intervención de otras áreas.
- Los registros donde figuran las fechas de atención y los niveles de adherencia figuran en las Historias Clínicas de los pacientes y en las planillas de atención diaria
- Los profesionales del área de salud mental no registran las prestaciones en una planilla diaria sino que continúan registrado a los pacientes que atienden en una agenda

Procedimientos de auditoria

1) Servicio de Medicina Familiar: Se seleccionó una planilla de atención diaria por cada mes del año 2013 a fin de verificar las modalidades de registro de pacientes:



Se verificó que se consigna fecha de atención; datos del paciente: nombre, edad, sexo, residencia, cobertura, diagnóstico; consulta de primera vez o ulterior y fecha de atención.

2) Vista de formulario estadístico mensual de las prestaciones brindadas por el grupo de trabajo de Salud Mental (Este formulario es el que envía a la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud) y de la planilla mensual de las prestaciones brindadas por profesional correspondiente a los meses Septiembre, Octubre y Noviembre

Este formulario es el que envía la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud y se divide en:

- Admisiones (consultas de 1ra vez) donde se considera el sexo y edad por rango
- Prestaciones (consultas ulteriores) que considera el número de entrevistas y participantes.
- El tipo de prestaciones son:
 - Psicoterapia individual
 - Psicoterapia grupal
 - Psicoterapia Pareja/ familia
 - Psicoprofilaxis individual
 - Psicoprofilaxis grupal
 - Psicoprofilaxis familiar
 - Psicodiagnóstico
 - Certificado de Salud Mental
 - Psiquiatría
 - Psicopedagogía individual
 - Psicopedagogía grupal
 - Terapia Ocupacional individual
 - Terapia Ocupacional grupal
 - Musicoterapia individual
 - Musicoterapia grupal
 - Taller grupal comunitario
 - Interconsulta (se consideran las prestaciones de psiquiatría en sala)
 - Supervisiones

La planilla mensual de las prestaciones brindadas por profesional considera los mismos datos que el formulario

2) Vista de la planilla de prestaciones diarias brindadas por los profesionales

No hay una planilla de prestaciones diarias por profesional. Llevan registro de pacientes en cada una de sus agendas.

Resultados.

Se verifico que las planillas están completas en todos sus campos, tanto el formulario estadístico mensual de las prestaciones como la planilla mensual de las prestaciones brindadas por profesional.

No se completa la planilla de prestaciones diarias por profesional.

Grado de Avance incipiente: Si bien las modalidades de registración han mejorado, los profesionales continúan apuntando a los pacientes que atienden en una agenda y no en el formulario destinado para tal fin.

Observación

14) Protocolos de Investigación. Responsabilidad Casos Especiales

Se observó el caso de una paciente que debió recurrir a la Defensoría del Pueblo para poder continuar con el tratamiento (que resulto ser beneficioso) al finalizar el estudio de investigación.

Recomendación

14) Tener en cuenta para la aprobación de los Protocolos de Investigación la responsabilidad frente al paciente que deben asumir los laboratorios auspiciantes y el propio Hospital.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

En cuanto al hallazgo del apartado 14, no se ha realizado ninguna especificación sobre el protocolo, ni patrocinador, ni investigador, ni el sujeto de investigación que se habría presentado en la Defensoría del Pueblo, tampoco se especifica si se trata de la Defensoría de la Ciudad o de la Nación, razón por la cual resulta imposible contestar los alcances de la misma. Por otra parte, dicha cuestión escapa a la órbita propia de este Departamento, toda vez que por imperio de la Ley 3301, la protección de los intereses y derechos de los sujetos de investigación se encuentra a cargo del CEI debidamente registrado y autorizado.

Procedimiento de auditoria

Del relevamiento efectuado se verificó que durante el 2013 no se llevó adelante ningún Protocolo con patrocinio de Laboratorios. En el listado entregado por el CODEI figuran 20 Protocolos de Investigación a cargo de profesionales del Hospital.

Grado de avance satisfactorio: Las situaciones que produjeron esta observación han sido modificadas.

Observación

15) Servicio de Mantenimiento, Limpieza y Residuos Patogénicos:

1. El control de las tareas de limpieza y mantenimiento es efectuado por una persona dependiente del Ministerio de Salud que no tiene presencia permanente en el hospital. No existe en el hospital quien supervise cotidianamente dichas tareas.
2. Durante 2010, el Comité de Control de Infecciones no realizó muestras al azar a fin de controlar los tanques de agua del Hospital por falta de personal y de reactivos.
3. Desde 2009 al 2011 fueron cambiando los responsables de tomar las muestras de los tanques de agua del Hospital (laboratorio del Hospital, Empresa Indaltec, Empresa Iprana respectivamente)
4. En 2010 los estudios estuvieron a cargo de la propia empresa concesionada.

Recomendaciones

- 15) Servicio de Mantenimiento, Limpieza y Residuos Patogénicos
- Implementar modalidades de supervisión y control más asiduas
 - Garantizar que se realicen los controles de los tanque de agua

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14: Existe personal permanente dependiente del Ministerio de Salud supervisando cotidianamente tareas de mantenimiento y limpieza.

Respecto a la limpieza de agua, se realizan cada 6 meses, conjuntamente con los análisis en forma físico químico y bacteriológico. Estos trabajos están incluidos en las obligaciones de la Empresa INDALEC S.A. en relación al contrato de mantenimiento vigente.

Procedimientos de auditoria

Del relevamiento efectuado por esta auditoria surgió la siguiente información:

1. Hay una persona que se encuentra en forma permanente en el hospital.
2. Por contrato la limpieza de tanque se realiza cada seis meses, se hacen análisis físico, químico y biológico.
3. La empresa INDALEC siempre hizo muestras contractuales.

De los registros de análisis efectuados durante el 2013 surgen los dos cuadros siguientes efectuados por Laboratorios privados:

EXAMEN DE POTABILIDAD DE AGUA				
Sector	Fecha	Laboratorio	Protocolo de Análisis	Resultado
Poliequipos- Vestuarios	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
 de la
 Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.



	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Pabellon Administrativo	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Sala 1	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Sala 2	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Sala 4	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Consultorio Externos	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Sala 3 Pabellón Farmacia	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Pabellón FUNDAI	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
Cocina Central	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta
SAME	27/02/2013	IPRANA	56128	Apta
	10/07/2013	IPRANA	57277	Apta
	10/02/2014	IPRANA	59014	Apta

EXAMEN DE POTABILIDAD DE AGUA				
Sector	Fecha	Laboratorio	Protocolo de Análisis	Resultado
SAME	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031898	APTA
INDALTEC	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031870	APTA
SALA 3 y UTI	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031882	APTA
PSICOLOGIA Y ROPERIA	13/08/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0032179	APTA
PEDIATRIA INTERNACION	13/08/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0032180	APTA



PABELLON 30	13/08/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0032182	APTA
COCINA CENTRAL	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031897	APTA
FUNDAI DERMATOLOGIA	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031896	APTA
PABELLON 5 RAYOS X Y QUIROFANOS	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031893	APTA
PABELLON HIV	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031891	APTA
LABORATORIO CENTRAL	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031884	APTA
PABELLON FARMACIA -	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031879	APTA
CONSULTORIOS EXTERNOS	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031878	APTA
SALA 4	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031877	APTA
SALA 2	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031876	APTA
SALA 1	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031875	APTA
PABELLON ADMINISTRATIVO	24/07/2014	Laboratorio Químico de Aguas	0031874	APTA

Grado de avance satisfactorio: Las situaciones que produjeron esta observación han sido modificadas.

Observación

Planta física

16) Del relevamiento del estado edilicio de 79 espacios físicos diferenciados, se verificó que:

1. El estado general del espacio mostró un 46,8% en estado regular. El deterioro más evidente se detectó en las paredes, con el 54,4% en estado regular y en cielo rasos, con un 55,7% en la misma situación. En general se trató de filtraciones de humedad o rajaduras.
2. El estado de mobiliario mostró un 53,2% en estado regular, en general por rotura o deterioro debido a su antigüedad.

3. Se verificó que un 54% de los servicios relevados del hospital no cuenta con salidas de emergencia, un 20% no posee rampas de acceso y 97 % del espacio relevado sin detectores de humo.
4. Un 16,5% de las áreas relevadas no cuenta con matafuegos y un 5% de ellos se encontró en estado regular (roturas en los habitáculos o ubicación fuera de los mismos).

Recomendaciones

16) Espacio Físico:

- Mejorar el estado edilicio y mobiliario

Crear salidas de emergencia, rampas de acceso, implementar detectores de humo y matafuegos

Respuesta

a) Estado general: Respuesta Nota AGCBA N° 2127/14: Respecto al deterioro de paredes por filtraciones, se van reparando por denuncias de mantenimiento solicitadas por los servicios o generadas por el mismo concesionario.

Relevamiento:

En virtud del relevamiento in situ se ha observado un mejoramiento del estado edilicio en general y una disminución porcentual de los ítems "regular" y "malo" en las grillas implementada (pisos, techos, paredes, mobiliario, salidas de emergencia, matafuegos y detectores de humo /alarma contra incendios) A continuación se detallan comparativamente los datos porcentuales:

Relevamiento 2011 Estado general

Estado General	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Total
	35	37	5	2	79
	44,3%	46,8%	6,3%	2,5%	100,0%

Seguimiento 2014

Estado general	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Cerrado	Total
	67	6	1	3	2	79
	84%	8%	1%	4%	3%	100%

Relevamiento 2011 pisos

Pisos	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Total
	63	11	3	2	79
	79,7%	13,9%	3,8%	2,5%	100,0%



Seguimiento 2014

Pisos	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Cerrado	Total
	72	2	0	3	2	79
	90%	3%	0%	4%	3%	100%

Relevamiento 2011 paredes

Paredes	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Total
	31	43	3	2	79
	39,2%	54,4%	3,8%	2,5%	100,0%

Seguimiento 2014

Paredes	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Cerrado	Total
	66	6	2	3	2	79
	83%	7%	3%	4%	3%	100%

Relevamiento cielo rasos 2011

Cielo Rasos	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Total
Estado General	29	44	4	2	79
	36,7%	55,7%	5,1%	2,5%	100,0%

Seguimiento 2014

Cielo Rasos	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Cerrado	Total
	63	7	4	3	2	79
	79%	9%	5%	4%	3%	100%

Relevamiento salidas de emergencia 2011

Salidas de emergencia	Si	No	Inactivo	Total
Tiene	32	43	4	79
	40,5%	54,4%	5,1%	100,0%

Seguimiento 2014

Salida de emergencia	Tiene	No Tiene	Inactivo	Cerrado	Total
	41	33	3	2	79
	51%	42%	4%	3%	100%

Relevamiento rampas 2011

Rampas	Si	No	Inactivo	Total
Tiene	60	16	3	79
	75,9%	20,3%	3,8%	100,0%

Seguimiento 2014

Rampas	Tiene	No Tiene	Inactivo	Cerrado	Total
	60	14	3	2	79
	75%	18%	4%	3%	100%

Relevamiento detectores de humo / alarma contra incendios 2011

Detectores de humo	Si	No	Inactivo	Total
Tiene	2	73	4	79
	2,5%	92,4%	5,1%	100,0%

Seguimiento 2014

Detectores de Humo	Tiene	No Tiene	Inactivo	Cerrado	Total
	10	64	3	2	79
	13%	80%	4%	3%	100%

Relevamiento matafuegos 2011

Matafuegos	Si	No	Inactivo	Total
Tiene	62	13	4	79
	78,5%	16,5%	5,1%	100,0%

Seguimiento 2014

Matafuegos	Bueno	Regular	Malo	Inactivo	Cerrado	No tiene	Total
	60	0	7	3	2	7	79
	75%	0%	9%	4%	3%	9%	100%

Grado de avance incipiente:

1) Se observa un mejoramiento del estado edilicio en general aumentando considerablemente los espacios en buen estado y disminuyendo aquellos en estado regular o malo. Debe aclararse en virtud del escaso cambio porcentual del estado y disposición de rampas de acceso, que en la contestación a la nota AGCBA N°2127/2014 se contempla su obra en el próximo contrato de mantenimiento a implementarse a partir del año 2015, y/o futuras obras que lo incluyan.

Se señalan como observación, una disminución del 39% del estado regular de los espacios relevados, frente a un aumento de dichos espacios en buen estado del 40%. En cuanto a las paredes en estado regular se observa una disminución del 47%, mientras que han aumentado las condiciones de las paredes en buen estado en un 44%. Por último, de los cielo rasos aquellos en estado regular han disminuido en un 47% mientras que han aumentado los de buen estado en un 42%.

2) Mobiliario - **Respuesta del auditado:** El mobiliario no está dentro de las tareas de contrato de mantenimiento de la Empresa INDALC S.A. Estas reparaciones deben realizarse mediante personal de mantenimiento del hospital.

Respecto a las rampas, salidas de emergencia, y detectores de humo, están previstos realizarse en obras dentro del próximo contrato de mantenimiento a implementarse a partir del 2015, y/o futuras obras que lo incluyan.

Los matafuegos están colocados según normativa vigente y con sus cargas al día

Grado de avance satisfactorio: Se ha observado que el mobiliario ha sido remodelado.

3) Rampas, salidas de emergencia, y detectores de humo - **Respuesta del auditado:** está previstos realizarse en obras dentro del próximo contrato de mantenimiento a implementarse a partir del 2015, y/o futuras obras que lo incluyan.

Grado de avance no satisfactorio: se mantiene la observación.

4) Matafuegos- **Respuesta del auditado:** Los matafuegos están colocados según normativa vigente y con su carga al día, según respuesta del ente auditado.

Grado de avance no satisfactorio: Se han observado algunos matafuegos con su carga vencida en los pabellones 30, 5 (sala 16), Guardia (otorrinolaringología) y psicopatología. Por otro lado en los pabellones Guardia (guardia central, comité infecciosas, pasillo 1° piso, asociación de médicos y comité de bioética) y Laboratorio Central (hemoterapia) no se han encontrado matafuegos.

Observación

17) Del Procedimiento implementado sobre 145 reclamos telefónicos de mantenimiento, se verificó que:

- En el 93% de las tareas solicitadas (135 casos) no se pudo conocer la demora de la empresa para responder a las demandas por no consignarse en la planilla la fecha de respuesta.
- En el 7,6% de las planillas (11 casos) no se registró firma de conformidad del área solicitante
- En el 28,4 % (38 casos) de los trabajos con firma de conformidad no se pudo identificar al firmante ni constatar que haya sido personal del área solicitante del hospital.

Recomendaciones

- 17) Registrar en forma adecuada los reclamos telefónicos de mantenimiento a fin de contar con un instrumento valido de control de la empresa prestataria del servicio

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14: Los reclamos telefónicos se encuentran totalmente al día dentro del período establecido para su resolución. Dichos reclamos confirmados por tres personas: el solicitante, el Supervisor a cargo y el Jefe de Mantenimiento.

Grado de avance satisfactorio: Se relevaron 442 remitos de reclamos telefónicos, de los cuales en el 3,7% de los casos falta la firma del encargado de la tarea de mantenimiento, en un 2% falta la firma del cliente (agente que realiza el reclamo) y en un 1,1% falta la firma del Jefe de Mantenimiento, lo cual implica una considerable optimización de los registros. Por otro lado, las fechas de respuesta se transcriben de forma correcta, y en aquellas tareas donde la realización ha sufrido demora se adosa un remito color amarillo, donde se registra el tiempo de demora y las firmas de conforme.

Observación

- 18) Del relevamiento de tareas de Mantenimiento y Limpieza, se verificó que:
 1. La inexistencia de duplicado del total de llaves por parte de la administración del hospital, implica la cesión de esos espacios a usuarios varios sin asegurar ninguna posibilidad de control sobre los mismos o de acceso en caso de emergencia o necesidad.
 2. Del total de 174 espacios físicos relevados un 13 % (23 casos) no contaba con una modalidad adecuada de depósito de basura. Asimismo, se observó acopio de muebles viejos y en desuso lugares inadecuados que deberían desafectarse del patrimonio del hospital para ser desechados (Pabellón 30, sala 5ª, sala 22 23)
 3. La totalidad de los servicios no cuenta con mecanismos de control de la actividad de la empresa de limpieza y de su personal lo que implica la imposibilidad de chequear el desarrollo de las tareas establecidas en el contrato.
 4. Ausencia de depósitos intermedios para acumulación de residuos patogénicos en algunas salas (pabellón 30, sala 5ª, sala 22 23) lo que implica la existencia de tachos de residuos patogénicos, en muchas casos sin tapa, en baños de pacientes, en galerías exteriores o en otros espacios de acceso público.

Recomendaciones

18)

- Dotar al personal de mantenimiento del Hospital del duplicado de llaves a fin de asegurar el acceso y control de la totalidad de las áreas.
- Asegurar una modalidad adecuada del depósito de la basura y desafectar del patrimonio muebles viejos y en desuso para luego ser desechados.
- Crear depósitos intermedios para acumulación de residuos patogénicos en algunas salas: pabellón 30, sala 5ª, sala 22 y 23.

Respuesta

Respuesta Nota AGCBA N° 2127/14:

El Hospital cuenta con el duplicado de las llaves de aquellos sectores que el personal administrativo del mismo pueda necesitar ante una emergencia.

En cuanto al acopio de muebles viejos y en desuso es responsabilidad del Hospital para darlos de baja

Los muebles del Pabellón 30, sala 5ª, sala 22-23 han sido retirados de dichos lugares y tramitado su baja patrimonial.

Existen sectores de depósito intermedio para residuos patogénicos en las distintas Salas, en lugares consensuados con personal del Comité de Residuos del Hospital.

Procedimientos de auditoria

Del relevamiento efectuado por esta auditoria surgió la siguiente información:

Punto 1 Grado de avance no satisfactorio: *Se mantiene la observación, al día de la fecha siguen sin acceso algunos lugares.*

Punto 2. Grado de avance satisfactorio: Del relevamiento realizado no se observó acopio de muebles viejos y en desuso.

Punto 3. Grado de avance incipiente: *Según el Pronto Despacho N° 4427/2014 firmado por el Sub Gerente Operativo de Mantenimiento y Servicios de la Región Sanitaria 1, existe personal permanente dependiente del Ministerio de Salud supervisando cotidianamente tareas de mantenimiento y limpieza. Sin embargo, en la entrevista con Auditoría, el mismo manifiesta que el usuario es el que fiscaliza, permanente y constantemente, el contrato de mantenimiento es a demanda preventiva.*

Punto 4 .Grado de avance incipiente: *Se resolvió creando lugares de acopio intermedio. Estos están delimitados por cadenas de plástico y señalización, aunque tal disposición no garantiza el contacto con el público. Se han observado depósitos sin tapa protectora. Última fecha de remodelación: Octubre 2014*

Observación

- 19) Del relevamiento sobre tratamiento de residuos patogénicos, se verificó que:
1. existen carros de traslado de residuos en condiciones deficientes (falta de ruedas y tapas).
 2. algunos ascensores se utilizan para pasajeros y también para residuos.
 3. se encuentran residuos líquidos en malas condiciones de mantenimiento.

 4. no se cuenta con depósitos para residuos patogénicos en varias salas y en otras se utilizan espacios desafectados para otros usos.

 5. el hospital careció durante el período auditado y hasta la actualidad del Certificado de Aptitud Ambiental (se encuentra en trámite)
 6. del análisis de los certificados de destrucción de residuos sólidos retirados por el transportista se halló una diferencia en menos de 2359 kgs entre los que fueron retirados y los destruidos en 2010.

Recomendaciones

19) Tratamiento de residuos patogénicos: Mejorar sus condiciones de traslado, mantenimiento y depósito. Agilizar el trámite de Certificado de Aptitud Ambiental.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

Los carros de transporte interno para el traslado de los residuos patogénicos desde las salas de internación al depósito final, al día de la fecha son completamente nuevos, con tapa solidaria al carro y el personal que los opera lo hace con su vestimenta de bio seguridad.

Al día de la fecha los ascensores utilizados para el transporte mencionado están en buen estado técnico y de limpieza para efectuar esta tarea. Generalmente el transporte se realiza en horarios no concurridos por el público general según norma.

Todas las Salas del Hospital cuentan actualmente con su respectivo depósito intermedio, perfectamente delimitado, con la pintura correspondiente, señalética y cadena de sectorización según corresponda.

El Hospital Muñiz ha presentado junto con el resto de los 33 hospitales del GCBA la documentación correspondiente para la gestión y obtención del certificado mencionado, encontrándose dicho trámite en etapa de ejecución.

Con respecto a la diferencia de 2359 kgs, la misma no es tal, sólo fue de 931 kgs según detalle adjunto. Dicha diferencia fue reclamada a la firma en su momento, dejando expresa constancia de ello.

	Ret.	Dis. Fin.		Dif.	
Diciembre	7975	7975			
Noviembre	7718	7718			
Octubre	6659	6361		298	1/10/2010



Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
 de la
 Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Septiembre	8317	8043		274	15/9/2010
Agosto	8438	8438			
Julio	7610	7610			
Junio	7806	7806			
Mayo	8239	8239			
Abril	7781	7781			
Marzo	8785	8785			
Febreo	6479	6478			
Enero	6699	6340		359	30 y 31/10/2010
Total	92505	91574	931		

Dicha diferencia en los certificados de destrucción, fueron reclamadas a la firma en su momento. Dejando expresa la constancia de ello.

Procedimientos de auditoria

Del relevamiento sobre tratamiento de residuos patogénicos, se verificó que:

Punto 1. Grado de avance satisfactorio: Los carros de transporte interno para el traslado de los residuos patogénicos desde las salas de internación al depósito final, al día de la fecha son completamente nuevos, con tapa solidaria al carro y el personal que los opera lo hace con su vestimenta de bio seguridad. La última remodelación de los mismos fue en octubre del año 2014.

Punto 2. Grado de avance incipiente: Al día de la fecha los ascensores utilizados para el transporte mencionado están en buen estado técnico y de limpieza para efectuar esta tarea. Se siguen utilizando los mismos ascensores para el transporte de residuos y el traslado del público general, aunque generalmente el transporte se realiza en horarios no concurridos por el mismo según norma.

Punto 3. Grado de avance satisfactorio: Se creó un local de residuos líquidos contiguo al local de residuos sólidos.

Punto 4. Grado de avance incipiente: Se resolvió creando lugares de acopio intermedio. Estos están delimitados por cadenas de plástico y señalización, aunque tal disposición no garantiza el contacto con el público. Se han observado depósitos sin tapa protectora. La última fecha de cambio/remodelación de los mismos fue en octubre de 2014.

Punto 5. Grado de avance incipiente: El Hospital Muñiz ha presentado junto con el resto de los 33 hospitales del GCBA la documentación correspondiente para la gestión y obtención del certificado mencionado, encontrándose dicho trámite en etapa de ejecución.



Punto 6. Grado de avance no satisfactorio:

En virtud de la respuesta enviada se realizó revisión del procedimiento correspondiente a la observación N°19. En el mismo se relevó la información proporcionada por la copia de los remitos de transporte de residuos y el certificado de disposición final, a fin de comparar la equivalencia o diferencia entre ambos, con el objetivo de constatar que se procedió a disposición final la misma cantidad de residuos que fueron transportados. Los resultados fueron los siguientes:

Mes	Cantidad según certificados de destrucción	Cantidad según remito transportista	Diferencia
Enero	6340	6678	338
Febrero	6478	6479	1
Marzo	8785	8785	0
Abril	7781	7781	0
Mayo	8239	8239	0
Junio	7806	7806	0
Julio	7610	7820	210
Agosto	8438	8428	-10
Septiembre	8043	8317	274
Octubre	6361	7519	1158
Noviembre	7718	7718	0
Diciembre	7975	8355	380
Total	91574	93925	2351

Al realizar una segunda revisión de los remitos se constatan errores y/u omisiones por parte del análisis enviado por el Hospital:

(Aclaración: la diferencia se obtiene de restarle a los residuos retirados los residuos destruidos. En caso que la cantidad de estos últimos sea superior a los retirados, el resultado se registra con número negativo).

-Enero: se informa que las diferencias constatadas se encuentran los días 30 (129 kgs retirados / 0 kgs destruidos) y 31 (230 kgs / 0 kgs). En el procedimiento se hallaron diferencias adicionales los días 5 (210 kgs. / 240 kgs) y 11 (356 kgs / 247 kgs) dando un total de 338

-Febrero: el día 19 se registra 1 kg retirado y 0 kgs destruidos, diferencia no constatada en lo enviado al presente seguimiento.

-Junio: **Error de procedimiento de Auditoría.** Se transcriben 280 kgs en la cantidad de residuos destruidos cuando en realidad se registran 288 kgs en retirados y destruidos.



-Julio: el día 31 se registran 210 kgs retirados y 0 destruidos, diferencia no constatada en lo enviado al presente seguimiento.

-Agosto: el día 4 se registran 220 kgs retirados y 240 destruidos, diferencia no constatada en lo enviado al presente seguimiento.

-Septiembre: se informa que la diferencia constatada se encuentra en el día 15 (274 kgs retirados / 0 kgs destruidos). En el procedimiento se hallaron diferencias adicionales los días 8 (294 kgs retirados / 296 kgs destruidos) y 25 (196 kgs retirados / 194 kgs destruidos).

-Octubre: se informa que la diferencia constatada se encuentra en el día 01 (298 kgs retirados / 0 kgs destruidos). En el procedimiento se hallaron diferencias adicionales los días 12 (311 kgs retirados / 317 kgs destruidos), 30 (576 kgs retirados / 0 kgs destruidos) y 31 (290 kgs retirados / 0 kgs destruidos)

-Diciembre: el día 23 se registran 380 kgs retirados y 0 kgs destruidos, diferencia no constatada en lo enviado al presente seguimiento.

Al incluir las diferencias registradas en el relevamiento de remitos de transporte y certificados de destrucción y rectificar el error de procedimiento de auditoría, el resultado final de la diferencia entre residuos retirados y residuos destruidos es de 2351 kgs.

Observación

20) Del total de 68 equipos de la muestra:

- 4 no pudieron ser relevados por diversos motivos: fue utilizado por otro servicio, son obsoletos, el área desconoce su existencia y en el último caso, se encuentra en juicio penal por falta de entrega.
- no se realiza mantenimiento preventivo en el 78% de los casos
- no cuenta con equipos de reemplazo en el 62 % de los casos

Recomendación:

20) Equipamiento: Tender a que el Hospital cuente con equipos óptimos propios, de reemplazo y mantenimiento preventivo en el 100 por ciento de los casos.

Respuesta

Respuesta a Nota AGCBA N° 2127/14:

Se han destinado piezas de aislamiento en todas las salas de las Divisiones B y C para los pacientes que padecen infecciones de alta contagiosidad.

En todas las salas se han mejorado los baños para hombres y mujeres, dotándoseles de sus respectivos aislamientos.

Se destinó en la Sala 29 de Pediatría una pieza de aislamiento.



La Sala 32 de Pediatría se encuentra en franco proceso de remodelación para ser transformada en una estructura sanatorial y contará con seis habitaciones de dos camas cada una con baño privado.

Se cambiaron todas las camas por otras de última generación. Se redistribuyeron los pacientes en distintas áreas agrupándolos, de acuerdo a su patología, separadas por divisiones y/o en piezas de aislamiento.

Los filtros HEPA carecen de repuestos por problemas de importación y están obsoletos. A pesar de lo cual se minimizó el índice de infección intrahospitalaria por la eficiente y continua gestión del Comité de Infecciones Intrahospitalarias que evalúa el tipo de germen y su contagiosidad, la redistribución de los pacientes y las medidas profilácticas respecto de ello.

Procedimiento de auditoria

Se realizó un relevamiento utilizando las mismas grillas de evaluación implementadas en el informe anterior.

De la muestra original (64 equipos) no se han tomado en cuenta 10 de ellos debido a que en el procedimiento efectuado en el año 2010 se verificó su buen funcionamiento y condiciones. Se procedió a verificar que los 54 equipos restantes, de los cuales se había constatado mal funcionamiento, falta de mantenimiento preventivo y/o falta de equipamiento alternativo hubieran logrado mejoramiento de condición y/o funcionamiento.

Comentario del auditado: El ingeniero Montanari ha dejado de encargarse de la supervisión del equipamiento del Hospital Muñiz, y no se ha designado reemplazo en dicha función, con lo cual la misma se encuentra actualmente acéfala.

Observaciones:

- Del relevamiento efectuado se ha verificado que se dieron de baja los siguientes equipos: el Purificador de aire Honeywell S/N de serie en la sala 21 de internación de mujeres (falta de filtros), la Centrifuga Gelec de la sala 5 de micología, el Analizador Marca HITACHI Modelo 704 del Laboratorio Central (Bioquímica), el agitador de plaquetas Luguima en el Pabellón 5 (laboratorio central, hemoterapia) y el Tensiometro Aneroide de pared Kosan de la sala 3 (Inmunodeprimidos). Exceptuando la Centrifuga Gelec, y el purificador Honeywell, todos los equipos nombrados han sido reemplazados por equipamiento nuevo y además se reparó el microscopio de la sala 41.
- En cuanto al equipamiento no médico, se ha recibido donación de camas para las salas 11, 16 y 17, que han reemplazado las anteriores que estaban en mal estado. Sin embargo en la sala 11 se informa que 17 de las 20 camas instaladas son de mala calidad (los frenos y barandas se rompen con facilidad).

- La Heladera exhibidora vertical Marca ESCANDINOVA S/Nº de Serie de Parasitología sigue sin funcionar y no fue dada de baja. Se adquirió una nueva.
- El equipo filtrante portátil de aire marca Enviracare Mod. 13554 con filtro Hepa fue enviado a la Sala 32 .
- El equipo de rayos X Tamath no fue visto por no encontrarse en el servicio.
- Por seguridad del equipo de auditoria no se ingresó a la Sala 19 de Tuberculosis multiresistente a verificar el filtro HEPA marca Enviracaire. Según información recibida por nota, los filtros HEPA carecen de repuestos por problemas de importación y están obsoletos.
- Al encontrarse cerrada la Sala 32 de pediatría no se han podido relevar el oxímetro de pulso modelo VS800 III N° de Serie BY75-C-4519 y el oftalmoscopio marca PICOOLIGHT E50.
- En las salas 6 y 7 se han colocado mosquiteros, pero actualmente se encuentran rotos.
- El ingeniero que supervisaba el equipamiento no desempeña actualmente esa tarea y no se ha designado reemplazo para dicha función.

Grado de avance no satisfactorio: Se ha observado que el 81,5% de los equipos relevados no poseen Mantenimiento preventivo, y que el 72% de ellos no posee equipo alternativo:

Mantenimiento Preventivo		Total
Si	No	
10	44	54
18,50%	81,50%	100%

Equipo Alternativo		Total
Si	No	
15	39	54
28%	72%	100%

Conclusión

Se debe tener en cuenta que 6 observaciones del total de 20 debieron abrirse en varios puntos razón por la cual, para el análisis global se consideraron 40 opciones. El cuadro siguiente muestra los grados de avance obtenidos:

Observaciones	Grado de avance		
	Satisfactorio	Incipiente	No satisfactorio
1		x	
2	x		

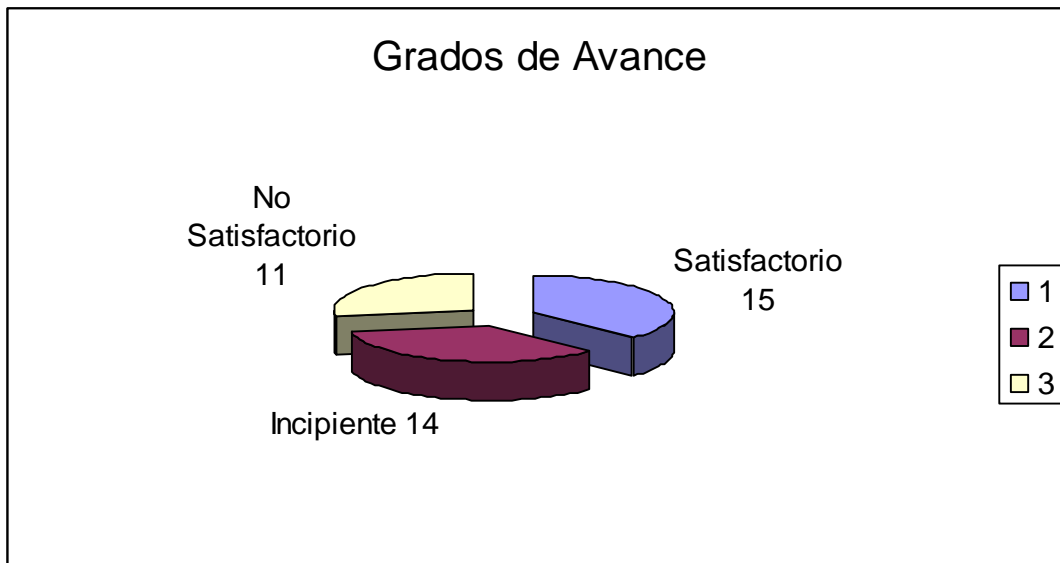


3a	x		
3b	x		
3c		x	
4			x
5		x	
6		x	
7a	x		
7b			x
7c		x	
7d	x		
7e			x
8a	x		
8b		x	
8c	x		
8d	x		
9		x	
10			x
11			x
12			x
13		x	
14	x		
15	x		
16a		x	
16b	x		
16c			x
16d			x
17	x		
18a			x
18b	x		
18c		x	
18d		x	
19a	x		
19b		x	
19c	x		
19d		x	
19e		x	



19f			x
20			x

Expresado en gráfico, se observó un porcentaje mayor en la consideración de grados de avance Satisfactorio e Incipiente



Del total de las 14 observaciones de carácter uniforme en sus grados de avance se mantienen 5 relacionadas en general con aspectos administrativos y de disponibilidad de recursos que exceden las posibilidades de resolución por parte del hospital. Son 4 las observaciones que se levantan y 5 presentan un grado de avance incipiente en cuanto se verificó una mejoría en las modalidades de derivación, de registro y oportunidad terapéutica de pacientes, disponibilidad de recursos humanos y de espacio físico. Aunque el Hospital adquirió un Tomógrafo Activion 16 computarizado para diagnóstico de cuerpo entero el nombramiento de dos profesionales es insuficiente.

El equipamiento relevado continúa en un alto porcentaje sin Mantenimiento preventivo y sin equipo alternativo.

Respecto de las 6 observaciones (N°3, 7, 8, 16, 18 y 19) que reflejaron grados de avance no uniformes serán desarrolladas a continuación.

A modo de síntesis, en cuanto a Metas Físicas- Si bien las modalidades de registro han mejorado, continúan las dificultades para determinar causas y justificaciones de desvíos.

En Guardia, hubo designación de profesionales pero existen dificultades con algunos llamados a concurso y nombramientos; el equipamiento requerido, se encuentra planificado en las reformas estructurales.

En Terapia Intensiva, el 100% de las camas está habilitado, se encuentran operables las 2 Unidades y División de Asistencia Especial; Terapia Intermedia se encuentra en funcionamiento y sin estructura aprobada.

Si bien se observó un mejoramiento del estado edilicio en general, se verificó un escaso cambio porcentual del estado y disposición de rampas de acceso, falta de matafuegos y algunos con su carga vencida. Algunos lugares permanecen cerrados y sin acceso.

Finalmente, de la revisión efectuada, se concluye que los porcentajes de avance satisfactorios e incipientes son similares y guardan una relación positiva en cuanto a la gestión del Hospital Muñiz en tanto que las consideraciones negativas, en general, responden a limitantes que exceden la propia tarea, tales como designación de recursos humanos, concursos, acciones judiciales (Observación 4° situación irregular del kiosco) disponibilidad de recursos en otras áreas gubernamentales y realización de obras varias.

