



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.15.09

HOSPITAL ZUBIZARRETA

Auditoría de Seguimiento

Período 2014

Buenos Aires, Septiembre 2015



AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

Presidenta:

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Audidores Generales:

Dr. Santiago De Estrada

Ing. Facundo Del Gaiso

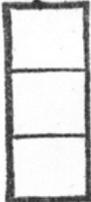
Lic. Eduardo Epszteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marcó

AGCBA



Departamento Aducciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoria Gral. de la Ciudad de Bs. As.

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.15.09

NOMBRE DEL PROYECTO: “Hospital Zubizarreta”

OBJETIVO: Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones formuladas en el Proyecto 3.11.02 Gestión del “Hospital Zubizarreta”

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2014

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: agosto de 2015

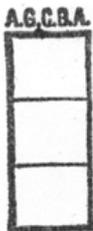
Directora de Proyecto: Mg. María Luján Bertella

Supervisor: Dr (C.P.). Jorge Raimondo

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME FINAL: 23/09/2015

FORMA DE APROBACIÓN: POR UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN AGC N°: 264/15



INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	CABA, Setiembre de 2015
Código del Proyecto	3.15.09
Denominación del Proyecto	Hospital Zubizarreta
Período examinado	Año 2014
Objetivo de la auditoría	Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones formuladas en el Proyecto 3.11.02 Gestión del Hospital General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta".
Alcance	<p>Los procedimientos aplicados fueron:</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..
Limitaciones al Alcance	No existieron limitaciones al alcance.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de relevamiento se iniciaron el 6 de marzo de 2015 y finalizaron el 10 de agosto de 2015.
Aclaraciones previas	<p>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 2014; así como la correspondencia de los mismos con las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.11.02.</p> <p>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°</p>



0027/15.
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 observaciones y recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría N° 03.11.02, 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.

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 3.11.02.

Observaciones ¹	Grado de avance			
	Satisfactorio	Incipiente	No satisfactorio	No Verificable
1		x		
2			x	
3			x	
4			x	
5		x		
6		x		
7	x			
8	x			
9	x			
10	x			
11			x	
12			x	
14	x			
15				x
16				x
17				x

¹ No existe la observación N° 13.



	18		X		
	19		X		
	20		X		
	21		X		
	22		X		
	23		X		
	24		X		
	25		X		
	26			X	
	27	X			
	28		X		
	29		X		
	30		X		
	31			X	
	32			X	
	33	X			
	34			X	
	35			X	
	36	X			
	37	X			
	38			X	
	39			X	
	40			X	
	41	X			
	42			X	
	43			X	
	44			X	
	45	X			
	46			X	
	47			X	
	48	X			
	49			X	
	50		X		



	51			x	
	52			x	
	53			x	
	54			x	
	55		x		
		13	15	23	3
		24,07	27,78	42,59	5,56
		%	%	%	%
	Se observó un porcentaje mayor en la consideración de grados de avance Satisfactorio e Incipiente.				
Grado de Avance del Seguimiento de las Observaciones	<p>Grado de Avance de las Observaciones</p> <p>Del total de las 11 observaciones de carácter uniforme en sus grados de avance, se mantienen 4 relacionadas con aspectos administrativos y de disponibilidad de recursos humanos, 2 son las observaciones que se levantan y 5 son aquellas que presentan un grado de avance incipiente en respecto a una mejoría en las modalidades de controles de salud del personal del Hospital, aprobación del “Plan de Evacuación y Simulacro” y el respectivo entrenamiento de los agentes, registro de bienes y disponibilidad de recursos humanos.</p> <p>Respecto a las 11 observaciones seguidas sobre el mantenimiento de los servicios y del equipamiento, se encuentra en la actualidad con un alto porcentaje de Mantenimiento preventivo, habiéndose levantado 1 observación, hallándose 8 con avance incipiente y 2 observaciones sin solución.</p> <p>Respecto de las 3 observaciones (N°15, 16 y 17), debido a la dificultad operativa para el control de las mismas, se aconseja ver en futura auditoría de gestión.</p> <p>Si bien se observó un mejoramiento del estado edilicio en general, se verificó la inexistencia de las obras a realizar señaladas en el informe, el mismo depende exclusivamente de aprobación presupuestaria.</p> <p>En relación a la demora para la obtención de cirugías de vías biliares y de hernias, a pesar de ser cirugías donde no se encuentra en riesgo la vida del paciente, debería realizarse en futura auditoría de gestión, procedimiento a fin de detectar el motivo que genera dicho retraso.</p> <p>Finalmente, de la revisión efectuada, se concluye que la sumatoria de los porcentajes de avance satisfactorio e incipiente por las acciones derivadas por el Hospital Zubizarreta, guardan una relación positiva en cuanto a la gestión del mismo.</p>				



**INFORME FINAL
"HOSPITAL ZUBIZARRETA"
PROYECTO N° 3.15.09**

Señora
Presidenta
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 General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta". Auditoria de Seguimiento. Período 2014.

II. OBJETIVO

Efectuar el seguimiento de las observaciones y recomendaciones formuladas en el Proyecto 3.11.02 Gestión del Hospital General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta". Período 2010.

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° 3.11.02 - Gestión Hospital General de Agudos "Dr. Abel Zubizarreta".

Los procedimientos de auditoría aplicados fueron determinados en base a las Recomendaciones formuladas en el Informe Final mencionado.



Los procedimientos aplicados fueron:

- 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.

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE

No hubo

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 2014; así como la correspondencia de los mismos con las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.11.02.

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° 0027/15.

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 observaciones y recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría N° 03.11.02, 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 iniciaron el 6 de marzo de 2015 y finalizaron el 10 de agosto de 2015.

VI. SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES

Observación

AL MINISTERIO DE SALUD

Seguridad e Higiene:

1. No se realizan los controles de salud del personal del Hospital, que deben ser practicados por la Empresa contratada por el GCBA.

Recomendación

Realizar los controles de salud necesarios y obligatorios al personal del Hospital.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

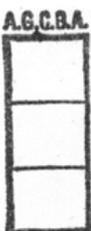
La Dirección del Hospital, independientemente del que efectuare el GCBA, ha desarrollado un programa a través de Promoción y Protección de Salud, cuyo objetivo es relevar el estado de salud de todo el personal que desempeña tareas en el Hospital, además dicho servicio realiza los estudios preocupacionales.

Respuesta del Ministerio de Hacienda:

El GCBA mantiene un contrato de afiliación con Provincia ART S.A., bajo el N° 130.760.

La cobertura data del 1º/5/2011, estando cubiertos todos los empleados de planta permanente, gabinete y asistentes técnicos y pasantes, suplentes de guardia, suplentes docentes y todos los agentes de planta transitoria y docentes de colonias de vacaciones.

Para el personal no amparado por la ley N° 471, éstos se encuentran cubiertos por la póliza de Accidentes Personales N° 687.651 (con Provincia Seguros S.A.),



incluyendo también las concurrencias desarrolladas en la red hospitalaria del GCBA.

También se encuentra vigente la Póliza N° 10.028 (con Provincia Seguros S.A.), con la cobertura de Seguro de Vida Obligatorio, contemplando fallecimiento, incapacidad física total, permanente e irreversible taxativa, doble indemnización por accidente.

Los exámenes periódicos se encuentran en trámite de realización, habiéndose confeccionado el relevamiento General de Riesgos el 23/6/2015.

Análisis

Existe una cobertura a partir del informe realizado oportunamente, pero las acciones de control por parte de la ART, responsable del control periódico del personal recién se planifican, a partir del requerimiento de información en el marco de la presente auditoría.

Grado de Avance:

El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.

Observación

AL MINISTERIO DE SALUD

Quirófanos:

2. No se cuenta con Sala de Recuperación Post-anestésica – Resoluciones 869/1998 y 573/2000-.
3. Dos de los Quirófanos, a lo que es la Cirugía moderna, resultan de escasas dimensiones– Resolución 573/2000-.

Recomendación

Observaciones 2 y 3: Cumplir con las Resoluciones 869/98 y 573/2000 respecto a la Sala de Recuperación Post-anestésica y de las dimensiones de los 2 quirófanos.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:



Salas de recuperación post-anestésica:

La nueva planta Quirúrgica contempla estas salas en su estructura y diseño.

Quirófanos:

En el diseño de la nueva planta mencionada anteriormente se ha contemplado lo especificado en las Resoluciones 869/98 y 573/2000, ambos producidos por el Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).

Cabe señalar que las obras de remodelación de la planta quirúrgica estarían consideradas en el actual presupuesto del Ministerio de Salud estimando llamar a licitación en este año.

Análisis:

El proyecto se encuentra sin ejecución, no existiendo fecha de comienzo durante el año en curso.

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Observación

AL MINISTERIO DE SALUD

Enfermería:

4. Se detectó un déficit de agentes de enfermería, en los sectores de Internación.

Recomendación

Tomar las medidas necesarias a fin de reducir el déficit de personal de enfermería.

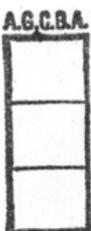
Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

Actualmente el plantel de enfermería cuenta con 132 agentes.

Procedimientos de auditoria

PROCEDIMIENTO PARA EL CALCULO DE PERSONAL DE ENFERMERIA

El cálculo de planteles básicos, es un proceso complejo por los numerosos y variados factores que inciden, (grado de complejidad de las patologías, tipos de tratamiento, posibilidad de autocuidado, entre otros), y el uso de fórmulas matemáticas para obtenerlo, sólo nos proporciona una primera aproximación al resultado real buscado.



Para determinar los siguientes resultados, nos acogeremos a la Resolución Ministerial 94/95 "Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica".

Dotación de Enfermería en Internación

a) Cálculo horas anuales de trabajo de cada enfermera

Para calcular las horas anuales de trabajo de una enfermera se procedió a descontar a los 365 días del año, el total de días no trabajados.²

Francos semanales	104 días
Licencia anual ordinaria (promedio)	30 días
Licencia por stress ³	9 días
Feridos	11 días
Total	154 días

$$365 - 154 = 211 \text{ días de trabajo}$$

El porcentaje anual de días no trabajados es del 42%. (Resolución Ministerial 194/95.)

Multiplicando días trabajados por horas diarias⁴ de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

$$211 \times 7 = 1477 \text{ Hs anuales}$$

b) Determinación de camas reales

Para establecer camas reales, se debe multiplicar las camas de dotación por el porcentaje ocupacional. En nuestro caso, se tomó como dato directo el número de camas disponibles.



² Resolución Ministerial 194/95.

³ Dicho dato figura en la Resolución Ministerial 194/95, no obstante los agentes de enfermería no cuentan con estos días.

⁴ Se considera un promedio de 7 hs diarias.

Camas disponibles

Servicio	N° de Camas
UCO	5
UTI	6
Internación "A"	19
Internación "B"	20
UCI	24
Pediatría	18
Hospital de Día	5
Urgencias	13
TOTAL	110

Fuente: Departamento de Enfermería

Internación "A"

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección	1		
07 a 14hs	1		2
14 a 21hs	2	1	
21 a 07hs	1	1	
21 a 07hs		2	
SDF		1	1



Internación "B"

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección	1		
07 a 14hs	1		2
14 a 21hs		2	
21 a 07hs		2	
21 a 07hs		2	1
SDF	1		1

Cuidados Intermedios

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección	1		
07 a 14hs	1	3	
14 a 21hs	1	1	
21 a 07hs		1	1
21 a 07hs	1		1
SDF	1		1

Pediatría

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección	1		
07 a 14hs	1	1	1
14 a 21hs	1	1	
21 a 07hs	1		
21 a 07hs			1
SDF		1	1

Terapia Intensiva

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección		1	
06 a 12hs	1	2	
12 a 18hs		2	
18 a 24hs	2		
00 a 06hs	1	1	
SDF	4	1	



Unidad Coronaria

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección	1		
06 a 12hs	2		
12 a 18hs	2		
18 a 24hs	1	1	
00 a 06hs		2	
SDF	2	2	

Guardia

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección		1	
06 a 12hs	2	1	2
12 a 18hs	2	1	1
18 a 24hs	1	1	
00 a 06hs	1	1	
SDF		4	

Hospital de Día

	Licenciado	Enfermero	Auxiliar
Jefe de Sección	1		
07 a 13hs		1	

c) Índice de complejidad según la especialidad

El Índice de Atención de Enfermería es aquel que se establece para atender las necesidades de los pacientes satisfactoriamente; varía dependiendo del estado de gravedad y la dependencia del paciente. El tiempo de atención que requiere el paciente en 24 horas se traduce en un indicador "horas-enfermera-paciente".

El índice que se desea brindar estará en relación a la complejidad de atención que se dará a los pacientes.



Índice por Especialidad

SERVICIO	IADE (Hs/paciente s/Depto. Enfermería)
UCO	10
UTI	10
Internación "A"	3
Internación "B"	3
UCI	6
Pediatría	3
Hospital de Día	2
Urgencias	10
TOTAL 8 SERVICIOS	47

Fuente: Departamento de Enfermería

Debido a que los valores de los IADE⁵ de la Resolución Ministerial 194/95, pudiesen encontrarse anticuados, se le solicitó al Departamento de Enfermería, los valores utilizados por ellos en las áreas auditadas.

Total de horas promedio de atención de enfermera por paciente día / cantidad de especialidades = índice promedio

- Según Resolución Ministerial N° 194/95: $61.60 / 11 = 5,6$
- Según Departamento de Enfermería (AÑO 2011): $100,30 / 20 = 5,01$
- Según Departamento de Enfermería (AÑO 2014): $47 / 8 = 5,875$



⁵ Índice ajustado según la Resolución Ministerial 194/95 Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, cálculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

d) Multiplicando el número de camas reales, por el Índice de Atención de Enfermería (**IADE**), se obtiene la cantidad de horas de enfermería que se necesita en un día.

$$\text{Camas} \times \text{IADE} = \text{hs diarias de enfermería necesarias}$$

Según Departamento de Enfermería:

$$110 \text{ (camas)} \times 5,875 = 646,25 \text{ hs de enfermería}$$

Según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$110 \text{ (camas)} \times 5,6 = 616 \text{ hs de enfermería}$$

e) Multiplicando el resultado obtenido por 365 días, se obtiene la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año.

$$\text{Hs diarias} \times 365 = \text{hs anuales de enfermería necesarias}$$

Según Departamento de Enfermería:

$$646,25 \times 365 = \mathbf{235881,25 \text{ hs anuales de enfermería}}$$

Según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$616 \times 365 = \mathbf{224840 \text{ hs anuales de enfermería}}$$

f) Dividiendo la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año por las horas reales de trabajo de una enfermera, determinamos el total de enfermeras necesarias.

$$\text{Hs anuales} / 1477 = \mathbf{Cantidad de enfermeros necesarios}$$

- Según Departamento de Enfermería:

$$\mathbf{235881,25 / 1477: 160 \text{ enfermeros}}$$

- Según Resolución Ministerial N° 194/95

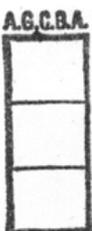
$$\mathbf{224840 / 1477: 155 \text{ enfermeros}}$$

Si se compara la dotación necesaria con la dotación existente, se obtiene que:

- Según Resolución Ministerial N°194/95

Total de enfermero/as con tarea asistencial en internación

89



Total de enfermeras necesarias s/Res.194/95	155
Diferencia resultante	-66
<ul style="list-style-type: none"> Según Departamento Enfermería 	
Total de enfermero/as con tarea asistencial en internación	89
Total de enfermeras necesarias	160
Diferencia resultante	-71

La cantidad de personal de enfermería con licencia por largo tratamiento durante el año 2014 fue de 10 (diez) agentes.

Análisis:

Según los valores de referencia, el personal de enfermería necesario en cuanto a la metodología de cálculo de la Resolución Ministerial N° 194/95 es de 155 agentes y de 160 agentes según la información aportada por el Departamento de Enfermería, siendo la dotación real es de 89 agentes (no fueron contabilizados los agentes con función de jefatura); quedando así, un déficit de 66 agentes en el primer caso y de 71 agentes en el segundo.

Asimismo, si se consideran las horas adicionadas por horas módulo que realiza el personal de enfermería:

Módulos anuales $1600 * 6$ (horas de 1 módulo) / 1477 (horas anuales de un agente de enfermería) = Agentes que representan los módulos.

En el transcurso del año 2014, el 70% de los módulos fueron destinados a internación.

Si tomamos el valor anual de las horas módulo, dicho resultado representaría a 5 agentes con una carga de 35hs semanales.

Conforme a la auditoría de gestión del año 2010, el plantel de enfermería cubría el 44,33% de la dotación básica necesaria según la Resolución Ministerial 194/95 y el 47,61% según Departamento de Enfermería del Hospital. El porcentaje de la dotación cubierta en el período 2014, fue de 57.41% de acuerdo a Resolución Ministerial 194/95 y del 55,62% según Departamento de Enfermería del Hospital.



Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: Se detectó en este último período auditado una mejora con respecto al anterior, no lográndose asimismo, un número de agentes acorde para el desarrollo funcional en la atención.

Observaciones

AL HOSPITAL

Seguridad e Higiene:

5. No cuentan con Plan de Contingencia, Mapa de Riesgo ni controles de salud del personal, en Residuos Líquidos, Servicios de Esterilización, Diagnóstico por Imágenes y Odontología.
6. El personal no ha recibido entrenamiento para enfrentar situaciones de incendio. Han recibido en algunas oportunidades indicaciones de Bomberos pero no lo realizan periódicamente.
7. En los Servicios auditados no cuentan con alarmas de humo, irrigadores de techo ni puerta de emergencia (solo en Diagnóstico por Imágenes).
8. No cuentan con salida de Emergencia por pisos. Hay carteles luminosos que indican "SALIDA".
9. Se observó cómo área crítica, respecto a la medición de Puesta a Tierra, el shock room de la Guardia. El área de Consultorios Externos no cuenta con Puesta a Tierra.
10. No cuentan con Protocolo para el manejo de Líquidos Peligrosos, Mapa de Riesgo ni Plan de Contingencia.

Recomendación

Adoptar las medidas conducentes a mejorar la seguridad del personal, pacientes internados y de todos aquellos que concurren al Hospital.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

5. Seguridad e Higiene: Se informa que la Dirección General de Defensa Civil ha aprobado el "Plan de Evacuación y Simulacro" presentado oportunamente con vigencia hasta febrero 2015. Se acompaña copia de los certificados extendidos por Defensa Civil.
6. Dentro del plan de contingencia aprobado se ha incluido su entrenamiento.



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

Análisis

Se analizaron los procedimientos para la toma de seguridad ante contingencias y el plan de evacuación.

Durante los años 2013 y 2014, se realizaron los siguientes procedimientos:

- Cronogramas de simulacro

Año 2013	Fecha
	07 de Junio
	12 de Diciembre

Año 2014	Fecha
	07 de Junio
	30 de Septiembre
	15 de Diciembre

Asimismo, existen 34 cámaras de seguimiento monitoreadas desde la central de Av. Corrientes del G.C.B.A.

Grado de avance:

El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

7. Como se ha informado anteriormente se han instalado detectores de humo, cámaras y sensores de movimiento en el Hospital bajo la licitación que en su momento realizó el GCBA.

Análisis

Se verificó la colocación de detectores de humo con alarma y sensores de movimientos en todas las áreas del hospital.



Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

8. Salidas de emergencia: el Hospital instaló salida de emergencia en los sectores de Pediatría, Quirófanos y Radiología con los fondos de la Asociación Cooperadora. Con la remodelación de la Guardia se incorporó en este sector salidas de emergencia.

Análisis

Se instalaron salidas de emergencias en Pediatría y Radiología. En el quirófano que se encuentra en el primer piso, se colocó la Salida de Emergencia que lleva a una terraza interna.

Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

9. El Shock room de la guardia y Consultorios Externos cuenta con la medición de Puesta a Tierra según norma. Como así también el quirófano y la sala de internación.

Análisis

La guardia ha sido remodelada y se verificó que todo su equipamiento sea nuevo y de uso efectivo para una atención adecuada. Se recibió certificación de medición de puesta a tierra con fecha 16/01/2015.

Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.



Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

10. El Hospital cuenta con Protocolo para el manejo de Líquidos Peligrosos. Se adjunta Protocolo.

Análisis

Se verifico el cumplimiento del Hospital en cuanto a Protocolo para el manejo de líquidos peligrosos, como de Mapa de Riesgo y Plan de Contingencia.

Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.

Observación

Residuos Patogénicos:

11. Los Depósitos Intermedios no son de acceso restringido, se encuentran correctamente señalizados, encadenados y tapados en pasillos y salas.

41. Mala segregación de residuos patogénicos (Debilidad IV.1.A).

Recomendación

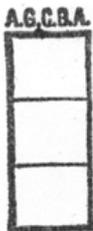
Adoptar las medidas correctivas para cumplir con las reglamentaciones vigentes en esta normativa, para que no existan posibilidades de tener contacto con los residuos.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

11. Se reitera lo informado oportunamente que su solución depende de los aspectos técnico presupuestarios como así también de las posibilidades estructurales del edificio.

Análisis:

Almacenamiento Intermedio: "...Los recipientes para el almacenamiento intermedio tendrán tapa de cierre hermético y con asas para su traslado, de materiales plásticos, metálicos inoxidables u otro material siempre que sean: resistentes a la abrasión y a los golpes, impermeables, de superficie lisa, sin uniones salientes, con bordes redondeados y con una capacidad máxima de cero con ciento cincuenta metros cúbicos (0,150 m3)... "En todos los casos la



identificación externa del lugar de acopio deberá poseer la siguiente leyenda: "AREA DE ALMACENAMIENTO INTERMEDIO DE RESIDUOS PATOGENICOS - ACCESO RESTRINGIDO", y la identificación Internacional de Residuos Patogénicos"

Teniendo en consideración las normativas ut supra, se ha constatado in situ que los Depósitos Intermedios no son de acceso restringido, encontrándose los mismos correctamente señalizados, encadenados y tapados en pasillos y salas. (Fotos en Anexo I).

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

41. Mala segregación de residuos patogénicos (Debilidad IV.1.A).

Análisis:

Se realizó una inspección durante la transferencia de los residuos a los depósitos intermedios, con el propósito de constatar la correcta segregación de los mismos según normativa vigente.

Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.

Observación

Unidad de Terapia Intensiva:

12. La Sala de Aislamiento de la UTI no cuenta con un aire acondicionado propio con filtro tipo HEPA.

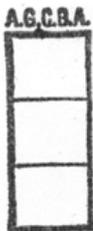
Odontología:

14. Los compresores de Odontología no cuentan con la protección adecuada. Los compresores (uno vertical y otro horizontal) se encuentran en un espacio tapado, cubriendo las paredes con polietileno expandido.

Mantenimiento del equipamiento:

18. El 81% (trece) de los Servicios relevados no recibe mantenimiento preventivo en su totalidad o parcialidad de los equipos, aún precisándola.

19. El 50 % (ocho) de los Servicios no reciben MP en ninguno de sus equipos.



20. El Servicio de Hemoterapia sólo recibe MP en 8 de 29 equipos, además el mismo no se realiza con la frecuencia necesaria.
21. Por falta de MP, el 46% de los casos que reparan los equipos descompuestos, no son realizadas en el tiempo necesario.
22. El 64% de los Servicios, sobrecarga al personal por falta de reparación de los equipos.
23. El 91% de los Servicios reconoce el deterioro de la atención al paciente por contar con equipos en desuso por falta de reparación.
24. El 64% de Los Servicios, advierte que los tratamientos y diagnósticos pierden exactitud y/o precisión.
25. El 50 % (ocho) de los Servicios no cuentan con el espacio físico acorde a las necesidades de los equipos, generando su recalentamiento y deterioro.
26. El 53% de los Servicios no cuenta con aire acondicionado suficiente, por tal motivo el ambiente no es confortable, ventilado ni adecuado para la buena conservación de equipos.

Recomendación

Realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios de los equipos y adaptar los espacios físicos donde se encuentran los mismos, a fin de mejorar la calidad de la atención y de la espera de los pacientes.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

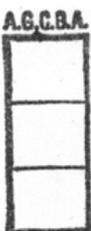
12. En la medida que lo permita el presupuesto hospitalario se adaptarán los equipos de aire acondicionado a lo observado.

Análisis

No está instalado el equipo de aire acondicionado en la sala de aislamiento de la UTI.

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.



Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

14. Se reitera que se han colocado los compresores con la protección adecuada y suficiente de acuerdo a normas.

Análisis

Se verificó la ubicación y protección de los compresores en el Servicio de Odontología.

Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

18. a 25. Mantenimiento de equipos: Con la incorporación al plantel permanente del hospital del Bioingeniero se pretende resolver no solo el mantenimiento correctivo sino también el preventivo y eventualmente el reemplazo en tiempo y forma de los mismos, así como la optimización del uso de los mismos en base a la interacción de aquel con los usuarios del equipamiento.

Cabe señalar que se ha contratado a las empresas Argimed, Brite y Leistung para realizar los mantenimientos preventivos y correctivos de los respiradores existentes. Los cardiodesfibriladores son testeados por el bioingeniero conjuntamente con el Ministerio de Salud, de necesitar correctivos los realice el service oficial Dine. Mesas de anestesia hay tres en existencia, el mantenimiento se realiza en conjunto con el MS.



Análisis

Orden de compra N°	Ejercicio	Fecha	Tipo	Empresa	Detalle de la Orden de Compra	Duracion	Importe
35976	2014	29/07/2014	Licitación Privada	Liefrink y Marx S.A	Servicio de garantía y mantenimiento integral de central telefonica	6 meses	34.440
35877	2014	29/07/2014	Contratación Directa	Draguer Medical Argentina S.A	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de mesa para anestesia	6 meses	13.598,36
20726	2014	21/04/2014	Decreto 556/2010	Jaej S.A	Servicio de mantenimiento integral de bomba para infusión	1 mes	2.916,63
41520	2013	21/08/2013	Licitación Privada	Rodolfo Juan Miguel Cina	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de RX	12 meses	102.108,00
49638	2014	22/10/2014	Decreto 556/2010	Oscar Tarcetano	Servicio de recolección de residuos Peligrosos tipo Y16	1140 kgs	22.458,00
49644	2014	22/10/2014	Decreto 556/2010	Oscar Tarcetano y Juan Carlos SH	Alquiler de precesadora automatica de peliculas radiográficas	1 mes 07/2014	14.200,00
49641	2014	22/10/2014	Decreto 556/2010	Oscar Tarcetano y Juan Carlos SH	Alquiler de precesadora automatica de peliculas radiográficas	1 mes 08/2014	14.200,00
30487	2014	25/06/2014	Contratación Directa	Liefrink y Marx S.A	Servicio de reparación integral de de central telefonica	1mes	81.270,00
4410087	2014	19/12/2014	Generada por proceso	Oxigenoterapia Norte S.A.C.I.F.I.A	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de red de gases	12 meses	290.400,00
4412259	2015	18/05/2015	Generada por proceso	De La Vega Bedoya, Ignacio, Irene y H	Servicio de dosimetría personal para cuerpo entero	12 meses	20.832,00
23387	2014	08/05/2014	Contratación Directa	Agimed S.R.L	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de respiradores	12 meses	113.760,00
52682	2014	10/11/2014	Licitación Privada	Rodolfo Juan Miguel Cina	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de rayos x	6 meses	51.090,00
60178	2013	29/11/2013	Contratación Directa	Medix I.C.S.A	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de bombas para infusion	12 meses	22.308,00
65391	2013	27/12/2013	Contratación Directa	Jaej S.A	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de mesas para anestesia	12 meses	59.781,00
15748	2015	27/02/2015	Contratación Directa	Draguer Medical Argentina S.A	Servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de mesas para anestesia	2 meses	4.532,12

Grado de avance:

El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

26. En los servicios que se detallan a continuación se han instalado equipos de aire acondicionados para que el ambiente de trabajo y conservación sea más eficiente; guardia, cardiología, oftalmología, laboratorio, radiología internación y quirófano.



En algunos servicios como hemoterapia, farmacia, consultorios externos no se han instalado equipos de aire acondicionado Split nuevos; los equipos instalados actualmente tienen una antigüedad aproximada de 18 años y su funcionamiento es muy precario. Hay notas elevadas a la empresa de mantenimiento solicitando la reparación de dichos equipos, sin encontrarse una respuesta a lo solicitado.

Análisis

Si bien se han instalado equipos de aire acondicionados, el funcionamiento los equipos instalados existentes es muy inestable.

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Observación

Consultorios Externos:

15. Los pacientes de la Obra Social PAMI, obtienen el turno a través de la solicitud telefónica de su médico de Cabecera con una demora de dos a tres meses.
16. El 92,11 % de los pacientes encuestados, refieren la imposibilidad de comunicarse telefónicamente, para el acceso a turnos.
17. El 70,67 % de los pacientes entrevistados, refirieron una demora en el tiempo de espera para la atención de turnos programados de más de 3 horas.

Cirugía:

32. Los tiempos para acceder a una intervención quirúrgica de vías biliares (laparoscopia) y de hernias, resultan excesivas; 151 días en el primer caso y 117 en el segundo

Recomendación

Tomar los recaudos a fin de optimizar los tiempos de espera.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

15. a 17. Si bien el informe de auditoría refiere una demora de más de tres horas para la atención de turnos programados, se recuerda que esto ocurre para los turnos espontáneos que son aquellos que se obtienen para el día. La División Consultorios Externos, por indicación de la Dirección, continúa formando un grupo de mejora para optimizar este y otros problemas detectados en el sector y



satisfacer la demanda de la población asistida, de acuerdo a las posibilidades profesionales y edilicias.

Análisis

15. El jefe de la División Consultorios Externos (Área encargada de la administración de turnos), nos expresa que el circuito para la obtención de turnos por parte de los afiliados a la Obra Social PAMI, es el siguiente:

El médico de cabecera da la orden al paciente, quien debe comunicarse telefónicamente al 0800 de PAMI para que estos le tramiten la obtención de turno. La central de turnos de PAMI envía por fax al Hospital el listado de pacientes (en este, figura la especialidad de turno a solicitar). El mismo, es enviado diariamente al Hospital.

Una vez que el Hospital adjudica los turnos, envía por fax a la central de PAMI el listado de los beneficiarios y turnos otorgados. PAMI es el encargado de informar a sus afiliados, sobre el día y horario de los turnos.

El tiempo de espera a partir de la adjudicación del turno, es de una a dos semanas.

Grado de avance:

El grado de avance de la observación no es verificable, el mismo es inviable por la modificación en el circuito para la obtención de turnos por parte de la Central de PAMI.

Observación sujeta a examen en futura auditoría de gestión.

16. El Hospital cuenta con 2 (dos) líneas telefónicas de atención directa (no conmutador), para la adjudicación de turnos.

4502-6166/2270

El horario de atención es de 07 a 13hs, teniendo 1 solo operador para la atención.

La adjudicación de turnos por medio del número de teléfono 147, no es utilizado en el Hospital Zubizarreta.

Grado de avance:

El grado de avance de la observación no es verificable, por imposibilidad técnica dada la característica de la misma.

Observación sujeta a examen en futura auditoría de gestión.



17. La Dirección del Hospital informa a esta auditoría de la existencia de un Comité de Gestión de Calidad, quienes han formado “Un Equipo de Mejora en Consultorios Externos”, el mismo trabaja en dicha Área para optimizar la atención diaria del paciente.

Grado de avance:

El grado de avance de la observación no es verificable, ya que la observación genera una Imposibilidad técnica dada la característica de la misma.
Observación sujeta a examen en futura auditoría de gestión.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

32. Con los cambios mencionados en su oportunidad y lo realizado, se logró disminuir un 10% el tiempo de espera observado.

Cabe señalar que en la actualidad el área quirúrgica cuenta con 3 torres para cirugía laparoscópica exclusivamente, lo que sumaría como elemento positivo para poder cumplir con las metas y objetivos propuestos en este Programa de mejora.

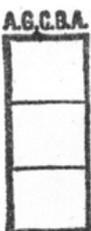
Análisis

Con el propósito de evaluar los tiempos de espera, en la programación de cirugías de vías biliares y de hernias, se solicitó en el área de Recolección y Elaboración de Datos, un listado de las cirugías realizadas de estas patologías durante el año 2014.

La selección de la muestra obedece según criterio del auditor. De esta manera, fueron escogidos los meses de febrero, mayo, agosto y octubre del 2014. El análisis se realizó sobre una muestra de 100 historias clínicas, escogiendo 50 para cada tipo de cirugía (vías biliares y hernias).

Para la elección de las historias clínicas, se utilizó la formula "Aleatorio" de la planilla de cálculo Excel. El número de cirugías realizadas en los meses seleccionados (cirugías de hernia), no arrojó la cantidad pretendida por esta auditoría, motivo por el cual, se utilizó la formula "Aleatorio" sobre el universo del año 2014, hasta obtener el número proyectado.

Las cirugías en las que observamos, que el paciente es atendido de urgencia, fueron eliminadas de la muestra, ya que el análisis se realizó sobre turnos programados.



El Hospital Dr. Abel Zubizarreta utiliza el software “MindWare” para la confección de historias clínicas informatizadas.

Para la obtención de los tiempos en la demora de cirugías programadas, se acreditó la fecha en la cual el profesional tratante confirma la cirugía y la fecha de la realización de la misma.

El promedio de tiempo de espera obtenido para las cirugías de hernias fue de 194 días y las de vías biliares de 190 días.

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Observación

Libro de quejas:

27. De acuerdo al art. 6 de la Ley 2247, no se observó cartel identificatorio de la existencia del libro.

Recomendación

Cumplir con la Ley 2247.

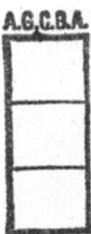
Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

27. Se cumple con el art 6 de la ley 2247. Los carteles identificatorios de la existencia del libro se encuentran en el hall de la Guardia, Consultorios Externos y en la Secretaría de la Dirección.

Análisis

La Ley 2247, sancionada el 14/12/2006 y publicada en el BOCBA N° 2613 del 26/01/ 2007, en su art. 1, establece: “...en todas las dependencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con atención al público... será obligatoria la existencia de un Libro de Quejas, Sugerencias y Reclamos...”.

A su vez el art. 8 de la misma reza que “...En las dependencias oficiales con atención al público, el Director y/o responsable designa el sector donde se exhibe el libro, es responsable directo del mismo, y elevará todas las intervenciones producidas...” y determina en su art. 6 “... deberá existir un cartel ubicado en lugar visible por el público, donde se informará a cerca de la existencia del Libro de Quejas, Sugerencias y Reclamos”.



Se ha constatado in situ en las distintas Áreas del Hospital⁶, la existencia de carteles identificatorios de la existencia del Libro de Quejas, ubicados en lugares visibles por el público concurrente. El mismo reza: “El libro de Quejas, Agradecimientos, Sugerencias y Reclamos se encuentra a su disposición en la Dirección del Hospital”. (Se adjunta foto en Anexo I).

La Dirección del Hospital atiende al público de lunes a viernes en el horario de 7 a 14 hs. Fuera de éste horario y en los días sábados, domingos y feriados es el Jefe de Unidad de Guardia el responsable de recepcionar el reclamo efectuado en hoja de papel que se le brinda al interesado. Dicha hoja es pegada en el Libro de Quejas cuando la Dirección del Hospital re abre sus actividades y si la persona lo requiere, se le entrega una fotocopia de la denuncia/reclamo o queja efectuada.

Así mismo se han observado Buzones “De Sugerencias y Observaciones”, colocados por el Gobierno de la Ciudad, y retirados por ellos, ubicados en las Salas y en los pasillos del Hospital con Carteles solicitando recepcionar las inquietudes, necesidades, sugerencias y observaciones como medio de comunicación y requiriendo que no se arroje basura en él.

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.

Observación

Patrimonio:

28. No se coloca físicamente en el bien, el número de inventario.

29. El relevamiento de los bienes patrimonizados, se realiza anualmente, priorizando la aparatología.

30. En el cierre de Ejercicio General, no se especifica por Servicio la Aparatología ni el mobiliario.

Recomendación

Perfeccionar el sistema de control de los bienes patrimonizados así como el mecanismo para la toma de los inventarios.



⁶ Dirección - Guardia - Consultorios Externos – Laboratorio - Hemoterapia - Anatomía Patológica - Diagnóstico por Imágenes - Unidad de Cuidados Intensivos - Cuidados Intermedios - Unidad Coronaria.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

28. a 30.

Es una observación de dificultosa resolución debido a razones técnico presupuestarias.

Análisis

La División Patrimonio se encarga de registrar todos los Bienes de Capital: armarios, sillas, impresoras, aparatología: electrocardiógrafo, electrobisturí, monitores multiparamétricos, el instrumental: instrumental quirúrgico, el equipamiento: de rayos, ecógrafos, mamógrafos, de esterilización, de odontología, que ingresan al Hospital.

Los Bienes Consumibles (carpetas, cables, lavandina, etc.) corresponden al Área de Depósito y los Insumos (medicamentos) a Farmacia.

El registro de los Bienes de Capital se realiza a través del Sistema Informático Mindware, que otorga en forma correlativa el número de inventario correspondiente a cada Bien móvil. Esto se genera al cargarse el Formulario de Altas C-0262 y queda registrada informáticamente la procedencia del mismo, el Servicio o Sector en el que se encuentra físicamente el Bien, la marca, el modelo y el número de serie. Esta información se eleva a Contaduría a mes vencido, los días 10 de cada mes.

A la fecha no se coloca físicamente en el Bien el número de inventario, por no contar con personal para dicha tarea.

El relevamiento de los bienes patrimonizados, se realiza anualmente priorizando la Aparatología por falta de personal.

En el cierre de Ejercicio de Resumen General Anual no se especifica el Bien por Servicio sino por Rubro. En el Inventario Anual el Bien está especificado por Servicio.

Si alguna persona perteneciente al Hospital o ajena al mismo ingresa un Bien de Capital (ej. Computadora para uso personal), se registra en el Formulario de Inventario en el Ítem: Bien de Terceros de Valores, especificándose sin valor.

El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.



Observación

Historias clínicas:

31. No existe ningún consentimiento informado en los casos de internación sin intervención quirúrgica (Art. 6º y 7º, Ley 26.529).

Recomendación

Tomar los recaudos para el cumplimiento de la Ley 26.529 (Arts. 6 y 7).

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

31. Desde que se tomó conocimiento de la observación se ha incorporado el consentimiento informado a toda internación.

Análisis

Consentimiento Informado en los casos de internación sin intervención quirúrgica (Art. 6º y 7º de la Ley 26.529 “Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento informado”).

Para realizar el procedimiento de relevar la constancia del Consentimiento Informado como registro documental del proceso de internación para la información adecuada del paciente, se solicitaron cien (100) Historias Clínicas de pacientes internados en el Hospital durante el año 2014, eligiéndose al azar cuatro (4) meses del año: Febrero, Mayo, Agosto, Octubre y se utilizó la fórmula aleatoria de la planilla de cálculo Excel para seleccionar las H.C.

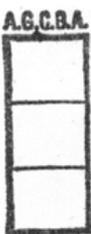
Se entregaron noventa y dos (92) Historias Clínicas del listado de cien (100) Historias Clínicas solicitadas.

Se constató que en las mismas se ha incorporado el Formulario:

- En sesenta y siete (67) H.C (72,83%) se encuentra vacío de contenido y firma.
- En veinticinco (25) H.C (27,17%) consta el diagnóstico, tratamiento relacionado con el estado de salud del paciente y firma del mismo.

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.



Observación

De lo que surge del Informe “**3.11.02.a**” -Relevamiento-, se observa:

- 33. Falta de mantenimiento edilicia (Debilidades IV.1.A, IV.1.B).
- 34. Falta Sala de Aislamiento (Debilidades IV.1.A, IV.1.B).
- 35. Sala de Espera del Servicio de Oftalmología compartida con la Guardia (Debilidad IV.1.A).
- 36. Falta o deficiente Salida de Emergencia (Debilidades IV.1.A, IV.1.B, IV.2).
- 37. Carecen de matafuegos (Debilidades IV.1.A, IV.1.B).
- 38. Enfermería de Pediatría (sala de procedimientos) no diferencia entre área limpia y sucia (Debilidad IV.1.A).
- 39. Generación de altos valores sonoros (Debilidades IV.1.A, IV.2).
- 40. Carencia de baños para el personal y pacientes (Debilidad IV.1.A).
- 42. En el sector de Guardia existe el único baño para personas con capacidades diferentes de todo el Hospital (Debilidad IV.1.A).
- 43. Falta de ventilación por los volúmenes de gases emitidos (Debilidad IV.1.A).
- 44. Falta de información y/o asesoramiento por parte del Ministerio respecto de los gases emanados en el Sector de Anatomía Patológica (Debilidad IV.1.A).
- 45. Mal delimitadas las áreas limpias y sucias (Debilidad IV.1.B).
- 46. Deficiente acceso del ingreso de las ambulancias a la Urgencia (Debilidad IV.2.A).
- 47. Los Quirófanos no posee malla de protección antiestática y falta mantenimiento en la extracción de gases (quirófano 3) (Debilidad IV.2).
- 48. Equipamiento deteriorado y/u obsoleto y falta de mantenimiento de los mismos (Debilidad IV.2).
- 49. No posee Sala de Recuperación (Debilidad IV.2).
- 50. Falta de personal (Debilidad IV.2).
- 51. Carece de estructura Formal (Debilidad IV.2).
- 52. Oncología carece de lugar físico de consulta y de espera propio, compartido con pacientes con enfermedades infectocontagiosas (Servicio de Neumonología)



(Debilidad IV.2)

Recomendación

Realizar las tareas necesarias de mantenimiento de la planta física del Hospital, tanto en los aspectos externos como de los Servicios.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

33 a 52. Con respecto a las observaciones que surgen del informe 3.11.02 a) referentes al estado de mantenimiento, falta de áreas de aislamiento, carencia de baños, dimensiones de las habitaciones y/o salas no acordes a su utilización y equipamiento.

Cabe mencionar que si bien se ha realizado y elevado en su oportunidad el Master Plan donde, entre otras propuestas de mejora se encuentra proyectada en la obra de remodelación de los Consultorios Externos, la cual cuenta, además de las específicas, con otras áreas (depósitos, aulas, vestuarios para el personal, etc.) con lo que se liberarían espacios en las áreas de interacción que permitirían su adecuación a las normas sobre tecnoestructura en vigencia para establecimientos sanitarios de las características del Hospital.

Cabe señalar que la empresa contratada para realizar el mantenimiento edilicio carece de contrato formal. Se le abona por tarea realizada en el marco dispuesto en el decreto 556/10 (legítimo abono).

Análisis

33. A partir del 1° de Abril de 2015 se firmó un contrato para que una empresa se haga cargo de la limpieza y mantenimiento. (SEHOS).

36. La Asociación Cooperadora proveyó los fondos para ampliar las salidas de emergencias en Quirófanos, Pediatría y Radiología.

37. La instalación y provisión de matafuegos ha sido provista y se constató el estado de los mismos y sus vencimientos.

45. El Servicio de Esterilización se encuentra en muy buen estado de mantenimiento y equipamiento. Posee protocolos de procedimientos y las medidas de seguridad requeridas en estas áreas.

Se observaron matafuegos suficientes y con las correctas fechas de mantenimiento.



48. En los últimos tres años se renovó todo el equipamiento debido a un plan de renovación paulatina y progresiva trazado en 2009.

Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas

Análisis:

34. Está proyectada en la obra del quirófano (master plan).

35. Siguen compartiendo el mismo edificio (sala de espera de oftalmología y guardia).

38. Por razones de infraestructura (espacio físico) la observación sigue en el mismo estado.

39. Por razones de infraestructura (espacio físico) la observación sigue en el mismo estado.

40. Por razones de infraestructura (espacio físico) la observación sigue en el mismo estado.

42. Por razones de infraestructura (espacio físico) la observación sigue en el mismo estado.

43. Sigue en el mismo estado, sin modificaciones estructurales respecto a la contaminación de gases tóxicos emitidos.

A pesar de las diferentes solicitudes por parte del personal del Servicio de Anatomía Patológica, desde el año 2011, para normalizar las medidas de bioseguridad, efectuadas al responsable del servicio y elevadas a la Dirección del Hospital, éstas no han tenido respuesta, hasta la fecha.

44. Hasta la fecha y desde junio del 2011, no hubo respuestas por parte de las ART, de arbitrar los medios, para establecer las normas de higiene y seguridad y riesgos del trabajo, establecidas a través de las leyes 19.587 y 24.557, para dar cumplimiento a la normativa vigente en cuanto al cuidado del personal y del medio ambiente, como: exámenes médicos obligatorios, relevamiento de las exposiciones a riesgos químicos, físicos y/o biológicos, capacitaciones sobre métodos de prevención, asesoramiento sobre utilización de elementos de protección personal, todo esto teniendo en cuenta la utilización en el Servicio de elementos considerados como de "Riesgos Internacional Cancerígenos".



46. Por razones de infraestructura (espacio físico), del espacio de acceso al estacionamiento de las ambulancias, la observación sigue en el mismo estado.

47. Sigue en el mismo estado (muy alto presupuesto por metro cuadrado). Está proyectada la modificación para la nueva obra. A partir del 2010 el Hospital cuenta con un sistema de aspiración central de “gases anestésicos” en funcionamiento.

49. El Hospital no cuenta con sala de recuperación, la misma está proyectada en la obra de Master Plan.

51. El Decreto 12/96 (publicado en el BO N° 1 del 6 de agosto de 1996), estableció la caducidad de todas las estructuras organizativas de la Ciudad. En consecuencia, existe informalidad en la estructura, que aún se sigue utilizando.

52. Lo observado sigue en el mismo estado, no habiéndose realizado ninguna modificación.

Grado de Avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Análisis:

50. La observación del Informe de Relevamiento se encuentra dirigida a estas 2 (dos) áreas:

Departamento de Urgencia:

- 1) Falta personal administrativo en el área de atención y asistencia al paciente.

Se constató que cuentan con personal administrativo para la atención y asistencia del paciente.

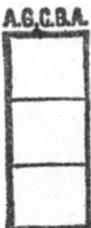
- 2) Falta un médico orientador para derivar al paciente que ingresa.

Los profesionales de Guardia son quienes evalúan la necesidad asistencial del paciente.

Departamento Médico Quirúrgico:

- 3) Por falta de instrumentadoras quirúrgicas por la noche, la función de la misma es realizada por un médico o enfermero.

Cuentan con Instrumentadoras de Guardia todos los días de la semana, durante las 24 horas.



El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.

Observación

De lo que surge del Informe “**3.11.02.a**” -Relevamiento-, se observa:

53. División Alimentación no realiza controles de alimentos los días sábado, domingo y feriados como tampoco realiza los controles durante la semana para la merienda y cena (Debilidad IV.2).

Recomendación

Adecuar la planta a las necesidades operativas y funcionales.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

53. Se ha solicitado la ampliación de la dotación de profesionales para cubrir el faltante de personal los días sábados, domingo y feriados, como así también en horarios vespertinos que tramita por Ex N° 183447/6/2011.

Análisis

En la División se desempeñan su jefa, una empleada administrativa y cuatro profesionales de planta de lunes a viernes durante la franja horaria de 7,30 a 14 horas. La licenciada antes de retirarse a las 15 hs, deja preparada la asignación del tipo de dieta si hubiera pacientes ingresados en la última hora (14 a 15 hs). De producirse alguna modificación en el horario vespertino, se lo dejan anotado para su resolución al día siguiente.

Los profesionales realizan la atención diaria de los pacientes internados, evaluación del estado nutricional, asignación del tipo de régimen, dietas de altas, consultorios externos, talleres de educación alimentaria: sobrepeso, prevención cardiovascular, diabetes, celíacas, enfermedades metabólicas, entre otros. Desarrollan tareas en el Área Programática del Hospital, concurrendo a las escuelas. Por otro lado ejercen tareas de docencia e investigación y control de la calidad alimentaria, tanto desde el punto de vista sanitario como para asegurar el cumplimiento del concesionario al Pliego de Bases y Condiciones.

En la actualidad se cubre el servicio del medio día, de los días sábados y feriados, en forma alternada con un profesional que se desempeña de lunes a viernes, al que luego se le otorga un franco compensatorio. Este sistema provoca reducción en el plantel profesional durante la semana y complicaciones en la prestación del



servicio en el caso de licencias ordinarias, por enfermedad, capacitación y actividad gremial.

Para cumplir con las necesidades de dicha disciplina que no cuenta con la figura de Guardia ni la de Franqueros, por ser éste del Escalafón General. Para poder atender a los pacientes que ingresan por Guardia los fines de semana, realizar los cambios de dietas de los pacientes internados y controlar la actividad que realiza el Concesionario Privado, en fin de semana y en turnos vespertinos se han solicitado dos vacantes de Nutricionistas, una para cubrir todo el día, los días sábados, domingos y feriados y otra para cubrir el horario vespertino de lunes a viernes (Expediente N° 1834476 HGAZ/octubre 2011).

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Observación

De lo que surge del Informe “**3.11.02.a**”, se observa:

- 54.** Odontología no da cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 1292/98 de esterilización en que unificará todos los procedimientos correspondientes a la Esterilización de materiales, excepto el prelavado y desinfección que se deben realizar en el área donde se procedió a la utilización del mismo (Debilidad IV.2).

Recomendación

Dar cumplimiento con la Resolución 1.292/1998.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

El servicio de Odontología posee una estufa de esterilización satélite, la misma es controlada rutinariamente por la Jefa de Esterilización. Dicha estufa cuenta con certificado de validación vigente.

Cabe señalar que la permanencia de este elemento es consecuencia de la operatoria y dinámica particular de un servicio de Odontología.

Independientemente de lo expuesto se ha instruido a las partes para adecuar este proceso a la normativa en los tiempos y oportunidades que sean posibles.



Análisis

El Servicio continúa utilizando la esterilizadora, infringiendo la Resolución 1292/98: "La Central de Esterilización unificará todos los procedimientos correspondientes a la Esterilización de materiales, excepto el prelavado y desinfección que se deben realizar en el área donde se procedió a la utilización del mismo"

Grado de avance:

El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Observación

De lo que surge del Informe "3.11.02.a", se observa:

55. En la División Facturación existe dificultad en verificar la pertenencia de un paciente a una Obra Social (Debilidad IV.3).

Recomendación

Adaptar los sistemas informáticos utilizados a fin de verificar la pertenencia de un paciente a una Obra Social.

Respuesta del Hospital a Nota AGCBA N° 0027/15:

La División cuenta con un sistema informático donde el padrón de beneficiarios de la Seguridad Social se actualiza periódicamente, además cuenta con conexión a Internet la que le permite consultar el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) en calidad no solo de consulta pública sino también como Obra Social ya que cuenta con usuario y clave de acceso. A modo de ejemplo se puede observar que en el año 2014 del total de egresos se detectó 1322 pacientes que tenían Obra Social, un 38%. El monto total facturado (internación, ambulatorio y prácticas) fue de \$ 6.013.605,61 y a la fecha se ha cobrado un total de \$ 3.542.334,93.

Análisis

Cuando una persona solicita un turno para cualquier especialidad en la ventanilla de Consultorios Externos del Hospital, se le piden todos los datos, entre ellos si tiene o no Obra Social.

De ser afirmativa la respuesta, se le pide el Carnet de afiliado, que de tenerlo en su poder, se fotocopia y se le informa que tiene que cumplimentar la documentación cuando regrese para ser atendido: fotocopia del documento de identidad, fotocopia del recibo de sueldo (si correspondiera) y fotocopia del carnet si no lo trajo con anterioridad.



De ser negativa la respuesta, con los datos del paciente, consultan si éste figura en el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Servicios de Salud, ya que cuentan con conexión a Internet, también disponen de un Padrón de Beneficiarios de Seguridad Social que se actualiza periódicamente.

Si la persona está internada, los empleados de la División Facturación le comunican a la Obra Social la situación y faxean la orden de internación.

Grado de avance:

El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas. La División Facturación ha adaptado su sistema informático y verifica que las personas que se atienden en el Hospital cuentan o no con Obra social.

VII. CONCLUSIÓN

El cuadro siguiente muestra los grados de avance obtenidos:

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

Observaciones ⁷	Grado de avance			
	Satisfactorio	Incipiente	No satisfactorio	No Verificable
1		x		
2			x	
3			x	
4			x	
5		x		
6		x		
7	x			
8	x			
9	x			
10	x			

⁷ No existe la observación N° 13.

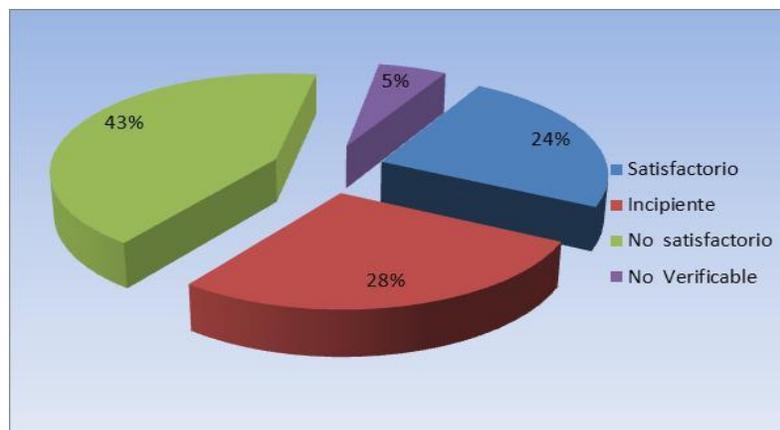


11			X	
12			X	
14	X			
15				X
16				X
17				X
18		X		
19		X		
20		X		
21		X		
22		X		
23		X		
24		X		
25		X		
26			X	
27	X			
28		X		
29		X		
30		X		
31			X	
32			X	
33	X			
34			X	
35			X	
36	X			
37	X			
38			X	
39			X	
40			X	
41	X			
42			X	
43			X	
44			X	



45	x			
46			x	
47			x	
48	x			
49			x	
50		x		
51			x	
52			x	
53			x	
54			x	
55	x			
	13	15	23	3
	24,07	27,78	42,59	5,56
	%	%	%	%

Grado de Avance de las Observaciones



Del total de las 11 observaciones de carácter uniforme en sus grados de avance, se mantienen 4 relacionadas con aspectos administrativos y de disponibilidad de recursos humanos, 2 son las observaciones que se levantan y 5 son aquellas que presentan un grado de avance incipiente en respecto a una mejoría en las modalidades de controles de salud del personal del Hospital, aprobación del “Plan de Evacuación y Simulacro” y el respectivo entrenamiento de los agentes, registro de bienes y disponibilidad de recursos humanos.



Respecto a las 11 observaciones seguidas sobre el mantenimiento de los servicios y del equipamiento, se encuentra en la actualidad con un alto porcentaje de Mantenimiento preventivo, habiéndose levantado 1 observación, hallándose 8 con avance incipiente y 2 observaciones sin solución.

Respecto de las 3 observaciones (N°15, 16 y 17), debido a la dificultad operativa para el control de las mismas, se aconseja ver en futura auditoría de gestión.

Si bien se observó un mejoramiento del estado edilicio en general, se verificó la inexistencia de las obras a realizar señaladas en el informe, el mismo depende exclusivamente de aprobación presupuestaria.

En relación a la demora para la obtención de cirugías de vías biliares y de hernias, a pesar de ser cirugías donde no se encuentra en riesgo la vida del paciente, debería realizarse en futura auditoría de gestión, procedimiento a fin de detectar el motivo que genera dicho retraso.

Finalmente, de la revisión efectuada, se concluye que la sumatoria de los porcentajes de avance satisfactorio e incipiente por las acciones derivadas por el Hospital Zubizarreta, guardan una relación positiva en cuanto a la gestión del mismo.



ANEXO I

Aire acondicionado en laboratorio - Obs Nº 26



Aire acondicionado nuevo en laboratorio 1 –Obs Nº 26



Aire acondicionado nuevo en laboratorio 2 -Obs Nº 26.



Aire acondicionado en Sala de Internación Obs N° 26.



Aire Acondicionado Oficina jefe C. Externos - Obs N° 26.



Aire acondicionado subsuelo de Farmacia- Obs N° 26.



Aire comprimido y oxígeno en guardia -Obs N° 48.



Alarma sonora contra incendios Facturación-Obs N° 7



Área de residuos peligrosos señalizada - Obs N° 11.



Botón antipánico contra incendio - Obs N° 7.



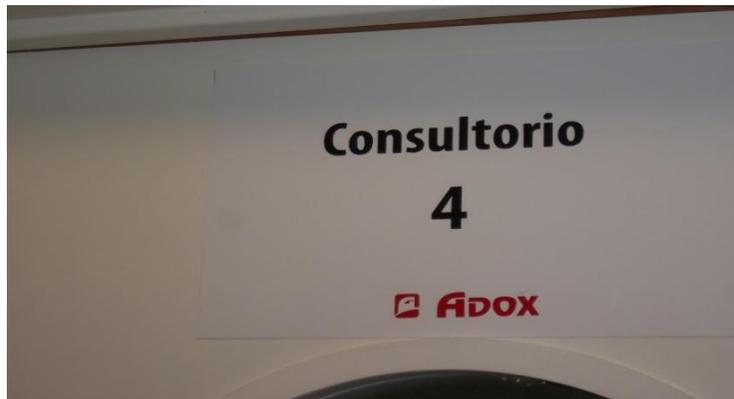
Botón antipánico en Farmacia - Obs N° 7.



Botón antipánico de guardia - Obs N° 7.



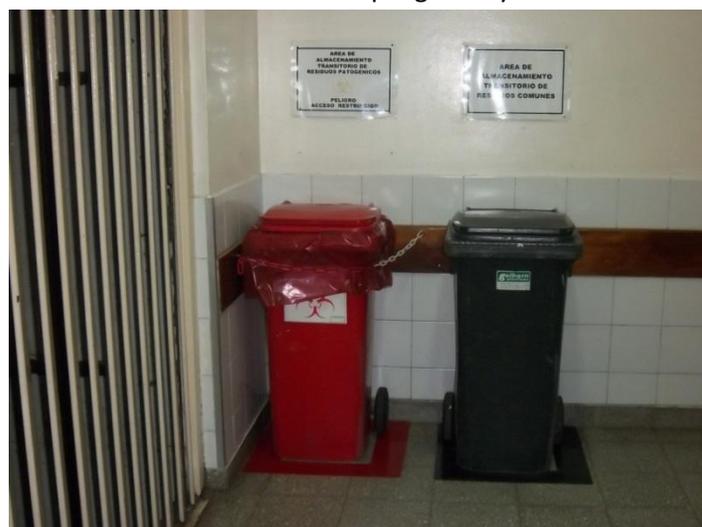
Consultorio de guardia - Obs Nº 8.



Depósito intermedio de residuos peligroso - Obs Nº 11.



Depósitos intermedios de residuos peligrosos y comunes - Obs Nº11.



Equipo de Aire acondicionado funcionando en mal estado 1 - Obs N° 26.



Equipo de Aire acondicionado funcionando en mal estado 1 - Obs N° 26.



Matafuego en Subdirección - Obs N° 37.



Matafuegos actualizado en guardia - Obs N° 37.



Matafuegos en consultorios externos - Obs N° 37



Matafuegos Facturación - Obs N° 37.



Matafuegos guardia - Obs Nº 37.



Matafuegos Tesorería -Obs Nº 37



Nicho para manguera contra incendios guardia Obs Nº 37.



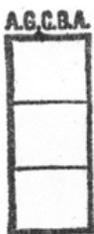
Nueva aparatología 2- Obs N° 48.



Nueva aparatología 1- Obs N° 48.



Nuevas camas en Guardia - Obs N° 48.



Nuevo acceso a shockroom con su respectiva señalización Obs N° 8



Nuevo Equipo de AC en Hemoterapia -Obs N° 26.



Plano de Evacuación en Subdirección -Obs N° 5.



Planos de evacuación en C. Externos - Obs N° 5.



Quirófano en shockroom de guardia -Obs N° 48



Sala de espera de Guardia - Obs N° 35.



Sala de espera de oftalmología contigua a sala de consultorios externos.



Salida de emergencia en guardia - Obs Nº 8 y 36



Sensor de humo en C. externos - Obs Nº 7.



Sensor de Humo en Farmacia - Obs N° 7.



Sensor de humos Tesorería Obs N° 7.



Sensores de humo en pasillos de C. Externos - Obs N° 7.



Señalización - Obs N° 8.



Señalización de entrada a quirófano - Obs N° 8.



Señalización en C. Externos - Obs N° 8.



Señalización en guardia - Obs N° 8.



Señalización entrada a laboratorio - Obs N° 8.



Shockroom guardia. Aparatología nueva Obs N° 48.



Sala de espera de oftalmología - Obs N° 35.



Traslado de residuos peligrosos - Obs N° 11.



Verificación de fecha de vencimiento en matafuegos - Obs N° 37

