

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</p> <p>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>	

