

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Proyecto 3.04.26

Hospital Muñiz – Auditoría de Gestión

Período 2003/2004

AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Corrientes 640 – Piso 5º - Ciudad de Buenos Aires

PRESIDENTE

Lic. Matías Barroetaveña

AUDITORES GENERALES

Dra. Alicia Margarita Boero

Dr. Vicente Mario Brusca

Dr. Antonio Rubén Campos

Dr. Nicolás Corradini

Lic. José Luis Giusti

Lic. Josefa Arminda Prada

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.04.26

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital Muñiz – Auditoría de Gestión.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2003/2004

EQUIPO DESIGNADO:

Supervisores Coordinadores: Lic. Mercedes Gamez
Lic. Mario Aiscurri

Supervisor : C.P. Hugo Marchizotti

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos afectados al programa y el cumplimiento de la normativa vigente, referentes a lo determinado en el objeto de auditoría.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, enero de 2006				
Código del Proyecto	3.04.26				
Denominación del Proyecto	Hospital Muñiz – Auditoría de Gestión				
Período examinado	Años 2003/2004				
Programas auditados	Parte pertinente de los siguientes programas: 4370, 4371, 4372, 4373, 4374, 4375, 4376, 4379, 4380 y 4383 (Jurisdicción 40)				
Unidad Ejecutora	Hospital Muñiz (Actividad 327) (Dependiente de la Unidad Ejecutora 403 – Dirección Gral. Atención Integral de la Salud).				
Objetivo de la auditoría	➤ Evaluar la adecuación de los recursos afectados al programa y el cumplimiento de la normativa vigente, referentes a lo determinado en el objeto de auditoría.				
Presupuesto (ejecutado, expresado en pesos)		Inciso	Denominación	Presupuesto 2003	Presupuesto 2004 (1)
		1	Gastos en personal	13.146.059.-	-----*-----
		2	Bienes de consumo	8.388.260.-	-----*-----
		3	Servicios no Personales	5.346.027.-	-----*-----
		4	Bienes de Uso	0.-	-----*-----
		5	Transferencias	0.-	-----*-----
		Totales		26.880.346.-	49.953.636.-
		(1) La cuenta de inversión no contiene la apertura por incisos por hospital.			
Alcance	➤ Análisis de composición de presupuesto y de ejecución de metas físicas. ➤ Análisis de datos e información contenidos en las historias clínicas de pacientes con patología HIV SIDA en el Hospital. ➤ Evaluación de prestaciones brindadas a pacientes internados en el Hospital. ➤ Análisis del funcionamiento de áreas vinculadas a actividades de conducción del Hospital. ➤ Análisis del funcionamiento de la División Farmacia, Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes. ➤ Verificación del estado general del equipamiento del Hospital. ➤ Análisis de la situación contractual actual del servicio de mantenimiento y limpieza. ➤ Verificación de aspectos puntuales de las Leyes Nacionales N° 19587/72 y N° 24557/95. (Seguridad e Higiene del Trabajo y Riesgos del Trabajo). ➤ Verificación de aspectos del circuito interno de manejo de residuos patogénicos por parte de las empresas que actúan en el Hospital. ➤ Evaluación del cumplimiento de normativa relacionada a la provisión de agua potable. ➤ Evaluación del régimen de concesión utilizado para el bar y el kiosco que funcionan en el Hospital.				

Limitaciones al alcance	No hay.
Aclaraciones previas	➤ En el presupuesto de Salud los Servicios Públicos Primarios son especialidades médicas y cada uno de los hospitales son Actividades de cada uno de esos programas. ➤ La Resolución 356/97 (Secretaría de Salud) establece la creación de las CEGH. ➤ La Ley Nacional 19.587/72 establece la creación de Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo. ➤ La Ley Nacional 24.557/95 sobre Riesgos del Trabajo incluye en su ámbito a los funcionarios y empleados del sector público de la Ciudad de Buenos Aires. ➤ El art.1º del Anexo I del Decreto MCBA 2045/93 determina que la limpieza de tanques de agua debe ser realizada por empresas inscriptas en un Registro creado a tal efecto.
Observaciones principales	➤ Las instancias formales de hecho suplen la carencia organizativa existente en el Hospital debida a la falta de una estructura formal aprobada desde el Poder Ejecutivo. ➤ Falta de adecuación de los recursos disponibles en relación a la demanda en las salas analizadas. ➤ Producción baja en el Servicio de Cirugía con relación a los recursos disponibles en base a indicadores utilizados. ➤ El Hospital no cuenta con un Servicio de Seguridad e Higiene del Trabajo de acuerdo a la Ley Nacional 19587/72. ➤ El GCBA y por ende el Hospital, en carácter de empleador, no cumple con lo establecido por la Ley Nacional 24557 en materia de Riesgos del Trabajo. ➤ La empresa que realiza la limpieza de los tanques de agua no cuenta con la inscripción obligatoria en el Registro creado por Decreto MCBA 2045/93. ➤ No hay previsto un procedimiento reglado sobre conductas a seguir en caso de detección de bacterias infecciosas, ni registros adecuados sobre análisis de agua y sus controles. ➤ No existen controles periódicos adecuados sobre higiene y seguridad alimentaria para los locales concesionados ubicados en el predio del Hospital. ➤ Los servicios de mantenimiento y limpieza no se encuentran contratados según lo establecido en la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario (PEN) 5720/72. ➤ No hay un adecuado sistema de control del servicio de limpieza realizado por la empresa Limpia Buenos Aires. ➤ Deficiencias relacionadas con la utilización de bolsas para residuos patogénicos y con la higiene y limpieza de contenedores, depósitos, tachos y con la provisión y utilización de elementos de protección personal. ➤ El 90,91% del equipamiento médico verificado en la muestra, no cuenta con mantenimiento preventivo, ocurriendo lo mismo en la totalidad de los equipos propios

	del Hospital que además no poseen servicio de reparación inmediata. ➤ No se ha implementado en el Hospital la Historia Clínica Única de Internación. Se han detectado omisiones en registro de las historias clínicas verificadas. ➤ La CEGH no posee un Programa de Evaluación Hospitalaria y los servicios no cuentan con el Programa de Evaluación, incumpliendo lo establecido por la Resolución 356/97 y el Decreto 2720/03. La CEGH cuenta solamente con un integrante en funciones. ➤ Deficiencias en el sistema de información de la CEGH, débil coordinación y comunicación entre los niveles actuantes y la falta de participación de la CEGH en la definición de indicadores de internación, dificultan una adecuada gestión. ➤ Los Comités CCI y CGRP no verifican que las empresas tercerizadas cumplan con las Normas y Recomendaciones para el Control de las Infecciones Intrahospitalarias. ➤ El CCI no realiza controles de infecciones intrahospitalarias en la totalidad de las salas y servicios del Hospital ni ha implementado procedimientos de monitoreo estandarizados relacionados con residuos patogénicos. ➤ No se elaboran listados periódicos de inventario físico en la Farmacia. La División Farmacia no cuenta con farmacéutico para realizar el control de medicación sobrante en salas. ➤ No está definido claramente a qué área le corresponde la gestión de solicitud de turnos para TAC y RNM fuera del Hospital. ➤ Deficiencias en los registros de solicitud de turnos de TAC y RNM, que no brindan información completa y adecuada. ➤ No se cuenta con personal de vigilancia afectado a Laboratorios y Diagnóstico por Imágenes. ➤ El edificio en el que se encuentra la Unidad Micología no cuenta con salida de emergencia por incendio. ➤ El Laboratorio de Bacteriología de la TBC no cuenta con grupo electrógeno para proteger equipos. ➤ Falta de personal técnico y administrativo en la Sección Bioquímica. ➤ El acceso a la Sección Bioquímica carece de rampa para discapacitados y de acceso por ascensores. ➤ El Servicio Social atiende solamente los casos más urgentes en las áreas más conflictivas. No cuenta con suficiente personal administrativo. ➤ El diseño presupuestario para salud no permite realizar análisis de costos y de eficacia con mayor precisión, debido a que no contempla el máximo de categorías presupuestarias. ➤ El presupuesto de Salud no expresa siempre la realidad de cada Servicio Público Primario.
--	---

	➤ Existen compras de insumos por fondos de emergencia que con una adecuado planificación pueden adquirirse a través del Decreto (PEN) 5720/72. ➤ Las metas físicas carecen de una clara definición de unidades de medida y criterios de cuantificación adecuados.
Conclusiones	➤ En el Hospital Muñiz, ante la carencia de una estructura formal, se encuentran conformadas instancias informales que se encuentran inmersas en distintas áreas del Hospital. Disposiciones emitidas sobre conformación de Comités sin expresar funciones específicas, responsabilidades, registro de las acciones y circuito de comunicación y la falta de adecuación de recursos disponibles en relación a la demanda de las salas analizadas, entre otras cuestiones, conforman situaciones donde se manifiesta una inadecuada conducción y coordinación de las actividades del Hospital en cada nivel de responsabilidad. ➤ Ejercer determinadas acciones que repercuten en el funcionamiento del Hospital, son facultativas de su Dirección, pero existen otras que dependen de las decisiones tomadas a nivel central de la Autoridad de Aplicación en Salud. ➤ Dependen del Hospital la readecuación de recursos disponibles en relación a la demanda de Servicios, el mejoramiento del funcionamiento de los Comités, el ejercicio adecuado del control interno en diversas áreas (registro de historias clínicas, stock de medicamentos, gestión de solicitud de turnos para TAC y RNM, certificación del servicio de limpieza de la empresa Limpia Buenos Aires, servicio de limpieza de tanques de agua y circuito interno de residuos patogénicos, entre otros) ➤ Por otra parte al ámbito del nivel central corresponden la adecuación del diseño del presupuesto en salud para que permita realizar análisis de costos y de eficacia con mayor precisión, la disposición de registrar en forma adecuada la ejecución real de cada Hospital y la definición clara de las unidades de medida contenidas en las metas físicas. También debe considerarse la falta de creación de un Servicio de Seguridad e Higiene en el Hospital y el cumplimiento de la Ley Nacional sobre Riesgos del Trabajo.
Implicancias	➤ No se pueden establecer las funciones específicas de los Comités, ni las responsabilidades de sus integrantes. ➤ Exceso de recursos disponibles en un área o servicio en detrimento de otros. ➤ Dificultad para coordinación y conducción sin organización formal en los distintos niveles. ➤ No se pueden cumplir las funciones de los Comités adecuadamente. ➤ No se puede controlar adecuadamente el stock de

	medicamentos. ➤ No es posible determinar los motivos de suspensión de turnos de TAC y RNM. ➤ No existe control adecuado del servicio de limpieza de la empresa Limpia Buenos Aires. ➤ No contar con la información pertinente sobre el cumplimiento del servicio de limpieza de tanques de agua. ➤ Falta de regularización de determinados aspectos relacionados con el circuito interno de residuos patogénicos. ➤ No se puede realizar análisis de costos con la información que surge del presupuesto ejecutado. ➤ No es posible determinar la ejecución real de cada Hospital. ➤ No se puede evaluar el cumplimiento de los objetivos de los programas presupuestarios a través de las unidades de medida definidas en las metas físicas. ➤ No se puede controlar el cumplimiento de la normativa sobre seguridad e higiene y sobre riesgos del trabajo.
--	--

**INFORME FINAL DE AUDITORIA
PROYECTO N° 3.04.26**

DESTINATARIO

**Señor
Vicepresidente 1° de la Legislatura de la
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Dip. Santiago Manuel de Estrada
S / D**

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Hospital Muñiz dependiente de la Dirección General Adjunta Hospitales de la Dirección General de Atención Integral de la Salud, dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA.

Gestión del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz – Jurisdicción 40 – Secretaría de Salud, referente a prestaciones relativas a pacientes con patología HIV SIDA, y en los aspectos referidos a bioseguridad y equipamiento.

II. ALCANCE DEL EXAMEN.

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6° del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.

Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

- 1) Realización de entrevistas:
 - a. Con autoridades del Hospital y responsables de los distintos sectores dependientes del mismo relacionados con el objeto de la auditoría. (Anexo I).
 - b. Con responsables de otras áreas ajenas al Hospital Muñiz. (Anexo I).
- 2) Análisis presupuestario y de metas físicas.
- 3) Análisis y verificación de datos y campos de información contenidos en las historias clínicas de pacientes internados con patología HIV SIDA en el Hospital, mediante la confección de una muestra compuesta por 121 historias clínicas

- correspondientes a pacientes internados en el Hospital con patología HIV SIDA cuyos egresos se efectuaron en los meses de marzo de 2003 (15 casos) y marzo de 2004 (106 casos), correspondientes a 9 salas de internación.
- 4) Evaluación de prestaciones brindadas a pacientes internados en el Hospital.
 - a. Determinación de una muestra de salas de internación compuesta por 5 salas (Salas 4, 5, 16, 18 y 29) sobre un total de 19 que dispone el Hospital. El criterio de selección privilegió aquellas salas que albergan mayor cantidad de pacientes con HIV SIDA o por su significatividad en la atención de esa problemática.
 - b. Análisis y evaluación de procedimientos realizados en cada una de las salas seleccionadas en la muestra.
 - c. Análisis del funcionamiento de la División Servicio Social.
 - 5) Análisis del funcionamiento de áreas vinculadas a actividades de conducción. Comisión de Evaluación de Gestión Hospitalaria. Comité de Control de Infecciones.
 - 6) Análisis del funcionamiento de la División Farmacia.
 - a. Verificación del circuito de solicitud y entrega de medicamentos a las salas de internación.
 - b. Verificación de los pedidos de medicamentos a Farmacia elaborados por el Jefe de Enfermeras de cada una de las salas seleccionadas en la muestra del punto 3), en relación a las indicaciones médicas que obran en las historias clínicas.
 - c. Verificación de la existencia de la firma del Jefe de Sala en cada uno de los pedidos de medicamentos a Farmacia.
 - d. Verificación de la existencia de firma, aclaración y/o número de ficha municipal en la constancia de retiro de medicamentos de la Farmacia por parte de personal de enfermería de cada sala.
 - e. Verificación de la medicación suministrada a pacientes internados en las salas mencionadas anteriormente según hojas de enfermería, en relación a la indicada por el médico.
 - f. Constatación de la existencia de personal del área Farmacia designado para el retiro de la medicación sobrante en salas.
 - g. Evaluación de la organización del stock e inventario de Farmacia.
 - h. Observación in situ en Farmacia, Anexo de Farmacia y Salas.
 - 7) Evaluación del funcionamiento de Laboratorio mediante el análisis de organización del área, recursos, determinaciones, tiempos de entrega de estudios, turnos, insumos, etc., de las siguientes áreas:
 - a. Unidad Virología.
 - b. Unidad Micología.
 - c. Sección Bioquímica.
 - d. Sección Bacteriología de la Tuberculosis.
 - 8) Análisis del funcionamiento de Diagnóstico por Imágenes.

- 9) Evaluación de la gestión de solicitud de turnos de estudios que se realizan fuera del Hospital por no contar con los equipos correspondientes. Determinación de días de demora seleccionando los turnos solicitados en el mes de agosto de 2004.
- 10) Verificación de la existencia de área o responsable que se ocupe de velar por el cumplimiento de la Ley Nacional 19.587/72 sobre Seguridad e Higiene del Trabajo en el Hospital.
- 11) Verificación del cumplimiento de la Ley Nacional 24.557/95 sobre Riesgos del Trabajo, por parte del Hospital y/o del GCBA. Solicitud de información a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.
- 12) Verificación de las condiciones de manejo de los residuos patogénicos por parte de la empresa "Poliequipos" en el traslado de los mismos desde los depósitos intermedios hasta el depósito final, y por parte de la empresa "Limpia Buenos Aires" en las áreas blancas durante la limpieza. Recorrido por distintos sectores del Hospital. Análisis de la normativa vigente.
- 13) Evaluación del cumplimiento de normativa relacionada a la provisión de agua potable y limpieza de tanques y cisternas.
- 14) Solicitud de documentación relacionada con el control sobre higiene y seguridad alimentaria del bar y kiosco que funcionan en el predio del Hospital. Análisis de la documentación recibida.
- 15) Evaluación del régimen de concesión utilizado para el funcionamiento del bar y del kiosco en el predio del Hospital.
- 16) Análisis de la situación contractual actual del servicio de mantenimiento y limpieza prestado en el Hospital.
- 17) Verificación de las tareas realizadas en el Hospital por personal dependiente del Área de Equipamiento Médico de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud.
- 18) Análisis del Relevamiento general del total del equipamiento médico del Hospital llevado a cabo en el año 2003 por la Dirección General de Recursos Físicos en Salud.
- 19) Verificación del estado general del equipamiento del Hospital, tomándose como referencia el relevamiento efectuado por la Dirección General de Recursos Físicos en Salud. A tal efecto se seleccionó el equipamiento más relevante, verificándose 143 equipos sobre un total de 338.¹ La verificación consistió en evaluar el estado de los equipos y la cobertura del mantenimiento preventivo de los mismos.

Limitaciones al alcance.

No existen.

¹ El total indicado comprende también 10 equipos pertenecientes al área de Diagnóstico por Imágenes no incluidos en el relevamiento mencionado.

III. ACLARACIONES PREVIAS.

1. ANÁLISIS PRESUPUESTARIO.

En el Presupuesto de Salud los Servicios Públicos Primarios (SPP) corresponden a especialidades médicas y cada uno de los Hospitales son Actividades de cada uno de esos Programas. "Actividad" es la última desagregación con asignación presupuestaria. (*Observación*).

Ejercicio Presupuestario 2003

En el siguiente cuadro se expresa el presupuesto sancionado del Hospital Muñiz (Actividad 327), dependiente de la Unidad Ejecutora (U.E.) 403 - Dirección General Atención Integral de la Salud -, detallando lo consignado por SPP y su incidencia por incisos.

SPP	Inciso1 Gasto en Personal	Inciso 2 Bienes de Consumo	Inciso 3 Servicios no Personales	Total	%
4370 Clínica Médica Pediátrica	1.647.929	163.248		1.811.177	5,7
4371 Clínica Médica Adultos	12.572.118	2.045.228		14.617.346	45,9
4372 Cirugía	2.058.641	261.662		2.320.303	7,3
4373 Oftalmología	102.340	98.862		201.202	0,6
4375 Odontología	102.340	348.224		450.564	1,4
4376 Rehabilitación	411.479	653.940		1.065.419	3,3
4380 Serv. Grales. y Adm. de Hospital	2.058.641	3.520	7.049.421	9.111.582	28,6
4383 Urgencias	1.647.929	644.576		2.292.505	7,2
TOTAL	20.601.417	4.219.260	7.049.421	31.870.098	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir del Presupuesto Sancionado (Crédito original) Hospital Muñiz.

Como puede observarse el Programa 4371 - Clínica Médica Adultos tiene casi el 46% del presupuesto. El de menor incidencia es Oftalmología con el 0,6%.

En cuanto al objeto del gasto, el 65% corresponde a Gastos en Personal, el 22% a Servicios No Personales y el 13% restante a Bienes de Consumo.

De la comparación por SPP del presupuesto original, vigente y devengado, según la Cuenta de Inversión 2003, el presupuesto ejecutado del periodo 2003 según crédito vigente fue de 99,8%, mientras que la ejecución respecto del crédito original fue de un 84,3%.

Con el objeto de analizar el destino de los gastos, se examinó el presupuesto ejecutado (devengado) del periodo del Hospital Muñiz por SPP, determinando la incidencia de los incisos:

Ejecución Presupuestaria 2003 por SPP e incisos					
SPP	Inciso 1 Gasto en Personal	Inciso 2 Bienes de Consumo	Inciso 3 Servicios no Personales	Total	%
4370 Clínica Médica Pediátrica	1.044.195	168.201		1.212.396	4,5
4371 Clínica Médica Adultos	7.965.967	6.018.297		13.984.264	52,0
4372 Cirugía	1.304.517	249.244		1.553.761	5,8
4373 Oftalmología	64.933	12.600		77.533	0,3
4375 Odontología	64.933	42.000		106.933	0,4
4376 Rehabilitación	260.819	610.549		871.368	3,2
4380 Serv. Grales. y Adm. de Hospitales	1.304.517	679.255	5.346.027	7.329.799	27,3
4383 Urgencias	1.136.178	608.114		1.744.292	6,5
TOTAL	13.146.059	8.388.260	5.346.027	26.880.346	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Cuenta de Inversión 2003.

El Programa 4371 “Clínica Médica Adultos” representa el 52,0% del presupuesto ejecutado del Hospital, mientras que el Programa 4380 “Servicios Generales y Administrativos de Hospitales” que representa el 27,3% es el único con crédito en el inciso 3 – Servicios no personales. De su análisis los gastos correspondientes a mantenimiento y limpieza representan el 68 %.²

Ejercicio Presupuestario 2004

De la Cuenta de Inversión 2004 se han obtenido las cifras correspondientes al gasto ejecutado según el siguiente detalle:

² Incluye gastos por “Mantenimiento y Reparación de edificios y locales”, “Mantenimiento y Reparación de maquinarias y equipo” y “Limpieza, aseo y fumigación”.

Ejecución Presupuestaria 2004 por Servicio Público Primario		
Servicio Público Primario	Total	%
4370 Clínica Médica Pediátrica	639.914	1,3
4371 Clínica Médica Adultos	8.666.216	17,3
4372 Cirugía	422.876	0,8
4373 Oftalmología	22.742	0,0
4374 Salud Mental	246.479	0,5
4375 Odontología	76.629	0,2
4376 Rehabilitación	445.397	0,9
4379 Serv. Aux. del Sist. de Atención	1.635.306	3,3
4380 Serv. Grales. y Adm. de Hospitales	35.066.388	70,2
4383 Urgencias	2.731.689	5,5
TOTAL	49.953.636	100,0

Fuente: Elaboración propia según datos Cuenta Inversión 2004.

De la comparación del presupuesto devengado de los ejercicios 2004 y 2003 se observa un incremento del 85,8% del presupuesto ejecutado 2004 respecto del ejecutado del ejercicio 2003. En el ejercicio 2004 el Hospital Muñiz ha ejecutado presupuesto correspondiente a los programas 4374 – Salud Mental y 4379 – Servicios Auxiliares del Sistema de Atención, a diferencia del ejercicio 2003 en el cual no hay gastos ejecutados por estos programas. De los Servicios Públicos Primarios con gastos ejecutados en ambos ejercicios, sólo dos resultaron con incrementos, siendo el 4380 – Servicios Generales y Administrativos de Hospitales el de mayor incidencia con un 378,40% de incremento. Los restantes Servicios han sufrido una disminución en el gasto ejecutado en 2004, siendo los de mayor significatividad los programas 4372 – Cirugía (72,8%) y 4373 – Oftalmología (70,7%)

Fondos de Emergencia para la Salud (FES) – Año 2003.

El total de gastos devengados por “Fondos de Emergencia” del Hospital fue calculado tomando de la Cuenta de Inversión las compras realizadas por los Decretos 1629/98 y 7/98. Su incidencia en el ejercicio presupuestario 2003 fue el siguiente.

Tot. Devengado (A)	Total FES (B)	% (B/A)
26.880.346	8.399.428 ³	31,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la Cuenta Inversión 2003.

³ Cifra obtenida en base a lo indicado en la Cuenta de Inversión como gasto devengado realizado por los Decretos 1629/98 y 7/98.

Las compras realizadas por esta modalidad representa el 31,2% del presupuesto total devengado del Hospital Muñiz. Si en cambio se analiza su incidencia en el presupuesto del Hospital pero sin considerar el inciso 1 (Gastos en Personal) y el 3.1 (Servicios Básicos) cuyas partidas no ejecuta el hospital, el gasto por FES significa el 64,5%. Del mismo modo, lo que en la Cuenta de inversión figura bajo el concepto “Caja Chica” representa el 1,96% del total devengado y sin el inciso 1 y 3.1 el 4,04%.

Metas físicas 2004

Las unidades de medida de los programas 4370, 4371, 4372, 4373, 4375, 4376 y 4383 se definen como “prestaciones ambulatorias”, “consultas” y “egresos” en los informes trimestrales que realiza el Hospital. En el Presupuesto Físico de Salud se las cuantifica en un producto final⁴ en el que en todos los casos se define como “prestación hospitalaria”. En cuanto al programa 4379 (Servicios Auxiliares del Sistema de Atención) las unidades de medida son “determinaciones de práctica de laboratorio” y “estudios de diagnóstico por imágenes”, mientras que las del programa 4380 (Servicios Generales y Administrativos de Hospital) es “ración de comida” y “kilos de residuos recolectados tratados”. (*Observación*).

En la programación de metas físicas cada Servicio Público Primario debería cuantificar la necesidad real⁵ y la necesidad total⁶ de todas sus Actividades. (*Observación*).

En el cuadro que sigue se expresan las unidades de medida programadas por Servicio Público Primario para el Hospital Muñiz y su incidencia en relación a la Necesidad Revelada del total de los Hospitales en los Servicios Públicos Primarios afectados:

⁴ Producto final acabado: cuando no sufre ninguna transformación ulterior y está en condiciones de satisfacer una demanda social que dio origen a su producción.

⁵ Necesidad real: población que el programa entiende que necesita del servicio o producto que presta.

⁶ Necesidad total: población que potencialmente podría requerir del servicio o producto prestado.

Servicio Público Primario	Unidades de Medidas			Producto Final		% de metas Hospital Muñiz
	Consultas	Egresos	Prestación	Total de Prestaciones del Hosp. Muñiz	Necesidad Revelada anual del total de Hospitales	
4370 Clínica Médica Pediátrica	9.196	672		9.868	1.623.736	0,61
4371 Clínica Médica Adultos	93.232	3.720		96.952	2.937.560	3,30
4372 Cirugía	15.496	340		15.836	1.569.936	1,01
4373 Oftalmología	4.468	0		4.468	643.012	0,69
4375 Odontología	5.672		8.016	13.688	1.333.420	1,03
4376 Rehabilitación	102.072		65.636	167.708	2.313.032	7,25
4383 Urgencias	16.208	0		16.208	2.822.912	0,57
TOTAL	246.344	4.732	73.652	324.728	13.243.608	2.45

Fuente: Elaboración propia a partir de Programación metas 2004 proporcionadas por el Hospital y Programación física Jurisdicción 40 entregada por Secretaría de Salud

A los fines de analizar la posibilidad de calcular costos en función del presupuesto financiero y físico se comparó la ejecución del período 2004 del inciso 2 -Bienes de Consumo- con las metas físicas de los Servicios Públicos Primarios afectados al Hospital Muñiz.

Servicio Público Primario	Ejecutado Muñiz	Ejecutado Inc. 2 (A)	Total Prestaciones (B)	Monto en \$ de Bienes de Consumo por prestación (A/B)
4370 Clínica M. Pediátrica	639.914	326.675	27.252	11,99
4371 Clínica M. Adultos	8.686.035	6.997.208	100.329	69,74
4372 Cirugía	422.877	no posee	13.433	
4373 Oftalmología	22.743	no posee	4.100	
4374 Salud Mental	246.479	no posee	no posee	
4375 Odontología	76.629	19.514	14.344	1,36
4376 Rehabilitación	445.397	367.110	155.279	2,36
4379 Servicios Auxiliares	1.625.936	no posee	Otra unidad de medida ⁷	
4380 Serv. Grales. y Adm. de Hospital	35.039.128	674.997	Otra unidad de medida ⁸	
4383 Urgencias	2.731.690	16.936	15.246	1,11
Total	49.936.828	8.402.440	329.983	25,46

Fuente: Elaboración propia a partir de Ejecución metas 2004 proporcionadas por el Hospital y Presupuesto ejecutado Hospital Muñiz al 31-12-04 (cifras provisorias).

Como se observa, el Servicio Público Primario "Salud Mental" carece de importe ejecutado por inciso 2 y de metas físicas programadas. Asimismo, los Servicios Cirugía, Oftalmología y Servicios auxiliares carecen de presupuesto asignado a bienes y consumo pero sus metas físicas requieren de insumos, cuya adquisición debería reflejarse en esa partida.

Si bien se realizó un análisis de ejecución física sobre el total de Servicios Públicos Primarios y sus unidades de medida, a continuación se expresa una síntesis global de cumplimiento, por Servicio Público Primario y a partir de la variable "prestaciones hospitalarias".

Servicio Público Primario ⁹	Prestaciones Hospitalarias Programadas (A)	Prestaciones Hospitalaria Ejecutadas (B)	% Ejecución (B/A)
4370 Clínica M. Pediátrica	9.868	27.252	276,2
4371 Clínica M. Adultos	96.952	100.329	103,5
4372 Cirugía	15.836	13.433	84,8
4373 Oftalmología	4.468	4.100	91,8
4375 Odontología	13.688	14.344	104,8
4376 Rehabilitación	167.708	155.279	92,6
4379 Servicios Auxiliares	835.040	718.749	86,1
4380 Serv. Grales. y Adm. de Hospital	158.068	155.810	98,6
4383 Urgencias	16.208	15.246	94,1

Fuente: Elaboración propia a partir de Programación metas 2004 proporcionadas por el Hospital y Ejecución física entregado por Secretaria de Salud.

Si el mismo análisis de ejecución física se realiza no por Servicio Público Primario sino por tipo de unidades de medida, los resultados son los siguientes.

Unidad de Medida	Programadas (A)	Ejecutadas (B)	% Ejecución (B/A)
Consulta	246.344	236.185	95,9
Prestación Ambulatoria	73.652	89.078	120,9
Egresos	4.732	4.720	99,7
Total Prestaciones Hospitalarias	324.728	329.983	101,6
Determinaciones	798.240	683.840	85,7
Estudios	36.800	34.909	94,9
Raciones	158.068	155.810	98,6
Kilos	S/D	S/D	S/D

Fuente: Elaboración propia a partir de Programación metas 2004 proporcionadas por el Hospital y Ejecución física entregado por Secretaria de Salud.

Como se observa en el total de prestaciones hospitalarias existe una sobre ejecución del 1,6%, mientras que el enfoque por cada unidad de medida, la subejecución fluctúa entre el 0,3 y 14,3%. Este porcentaje equivale, por ejemplo en el Servicio Público Primario 4379, a una disminución de 114.400 determinaciones (prácticas de laboratorio).

Si la comparación entre metas programadas y ejecutadas se realiza desagregando por trimestre la unidad de medida "Prestación Hospitalaria", el porcentaje de cumplimiento varía según el siguiente cuadro.

Prestaciones Hospitalarias	1 T.	2 T.	3 T.	4 T.	Total Anual
Programación (A)	81.182	81.182	81.182	81.182	324.728
Ejecución (B)	83.266	105.366	66.254	75.097	329.983
% Ejecución (B/A)	102,6	129,8	81,6	92,5	101,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Programación metas 2004 proporcionadas por el Hospital y Ejecución física entregado por Secretaria de Salud.

2. CONDUCCIÓN Y COORDINACIÓN.

El Director del Hospital cumple funciones en carácter de interino como Director Médico desde el 1 de abril de 2003, por Decreto 1365/03. Por el mismo acto administrativo cesa como Subdirector Médico, interino, y retiene sin percepción de haberes el cargo de Jefe Unidad Guardia de Día, titular. Realiza su actividad de conducción y coordinación de las distintas áreas del Hospital a través del CATA (Consejo Asesor Técnico Administrativo). El Decreto N° 5.429/78 expresa que se compone por el Director, Subdirectores Médico y Administrativo, Jefe de Departamento Técnico, un representante de la Asociación de Profesionales del Hospital (con voz y sin voto) jefes de departamento y áreas programáticas.

CORRIENTES 640, PISO 5° - C1043AAT, CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL. Y FAX 4321-3700 / 4325-6688-6967-5047

Ante la necesidad de abordar problemáticas nuevas, el Director puede disponer con el acuerdo del CATA, la creación de grupos de trabajo encargados de ahondar en la actualización médica, investigación científica y capacitación continua con el objeto de normatizar el ejercicio de especialidades o subespecialidades.¹⁰ El procedimiento consiste en elevar la propuesta a la Secretaría de Salud solicitando autorización para conformarlos. Los mencionados grupos son, entre otros, Hospital de Día, Alergia, Adolescencia, Medicina Familiar, Profilaxis post exposición no ocupacional al HIV, Psicopatología, Neurocirugía, Oftalmología, Ecografía, dependen del Subdirector Médico y cada uno cuenta con un Coordinador. (*Observación*).

En la Ciudad de Buenos Aires a través de decretos y resoluciones se crean comités estableciéndose las funciones y quienes son los integrantes. (*Observación*).

Los comités tienen, entre otras funciones, las de asesorar sobre los temas específicos que les compete, proponer metodologías, hacer recomendaciones, monitoreo y auditoría. Los profesionales que conforman los comités utilizan horas asignadas a asistencia, solamente se discriminan las horas administrativas de los Profesionales con funciones de conducción. (*Observación*).

Comisión Evaluación de Gestión Hospitalaria (CEGH).

Por Resolución N° 356/97 la Secretaría de Salud creó el Sistema de Evaluación de la Gestión Hospitalaria para que funcione en tres niveles: uno central responsable de conducir, desarrollar y coordinar, a cargo de la actual Dirección Control de Gestión (DCG), en cada hospital (a cargo de la Dirección del nosocomio y la CEGH) y el nivel de servicios y sectores (a cargo de las jefaturas de los mismos). En el anexo se expresa que con su implementación se espera incrementar la oferta, reducir gastos y mantener o acrecentar los niveles de calidad.

La Resolución establece la creación de las CEGH y le otorga la responsabilidad de que defina el perfil de evaluación conveniente, elabore y ejecute el "Programa de Evaluación Hospitalaria" para la toma de decisiones de las actividades asistenciales y no asistenciales. La jefatura de cada servicio según la norma debería elaborar un "Programa de Evaluación de su área", a fin de posibilitar el control de la gestión hospitalaria y suministrar la información que en tiempo y forma requiera la CEGH. Según el Decreto 2720/03 la Dirección Control de Gestión entre sus acciones tiene que implementar mecanismos para el control y auditorías de gestión, de calidad, evaluar resultados, detectar desvíos, auditorías de compras, stocks de insumos en depósitos, estado patrimonial, registraciones, cumplimiento de normas, procedimientos, entender en unidades de auditorías hospitalarias y comites de ética. (*Observación*).

En cumplimiento de la Resolución 356/97, el Hospital Muñiz crea la CEGH en el año 1997 y nombra a su presidente, secretario y dos miembros. Un año después se incorporan cinco integrantes en carácter de colaboradores¹¹. En la actualidad la totalidad de los nombrados prestan funciones en otras áreas o se encuentran con licencia médica, integrando la Comisión, al momento de

desarrollo de las tareas de esta auditoría, solamente un profesional. *(Observación)*.

La DCG ha diseñado una serie de formularios con diversos indicadores de control de gestión para que sean cumplimentados mensualmente (internación, guardia, quirófanos, consultorios externos, odontología, diagnóstico y tratamiento, servicio social, personal, despacho, compras, facturación, servicios generales, patrimonio, mantenimiento). La función de la CEGH con respecto al área asistencial, se centra en solicitar a los servicios una vez al mes la información sobre internación y con el material recibido hacer una síntesis que envía a la Dirección para que ésta la eleve a la Secretaría.

Para determinar el promedio de días de internación, cada sala realiza un corte de un día al mes, cuantifica los pacientes internados teniendo en cuenta su fecha de ingreso a la sala y lo compara con el estándar que cada jefe ha determinado para su sala. De la operación se desprende la cantidad de pacientes que lo superan, el porcentaje que representa y desde hace unos meses también se determinan las causas. *(Observación)*.

Comité de Control de Infecciones (CCI).

Existen numerosas y complejas acciones que competen al Comité de Control de Infecciones en un Hospital (Ver Anexo V). En el Hospital Muñiz las funciones del CCI son las de asesorar al Director sobre infecciones intrahospitalarias y realizar acciones de capacitación e investigación. Por Disposición 039/00 se establece que el CCI estará formado por un presidente, secretario, tres enfermeras, veinticuatro profesionales y cuatro asesores. *(Observación)*.

El servicio de mantenimiento en el Hospital es prestado por una empresa contratada, Poliequipos CIM S.A., Indaltec S.A. (U.T.E.), en adelante "Poliequipos", en tanto que el de limpieza es prestado por dos empresas, la mencionada anteriormente y Limpia Buenos Aires S.A., ("Limpia Buenos Aires"). El control de los servicios prestados por Poliequipos está a cargo de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud y el prestado por Limpia Buenos Aires le compete a la administración del Hospital. El CCI, en este caso, se limita a la entrega del manual "Normas y Recomendaciones para el Control de las Infecciones Intrahospitalarias"¹² y al dictado de charlas al personal sobre manejo de residuos patogénicos. *(Observación)*

El CCI no realiza vigilancia de infecciones en los quirófanos, relevándose en forma aleatoria el sector de Esterilización. La tarea de vigilancia se realiza en las áreas consideradas de mayor riesgo, Unidad de Terapia Intensiva (Sala 3 y 3ID) y Terapia Intermedia (Sala 1). En el resto del Hospital es Bacteriología quien informa nuevos casos al CCI, y entonces se concurre a la Sala correspondiente y se trabaja sobre el caso particular para evitar que este germen intrahospitalario se disemine en el resto del Hospital. *(Observación)*.

Como parte del CCI funciona el Comité de Gestión de Residuos Patogénicos (CGRP), creado en el año 2000 por Resolución del Director del Hospital. Está conformado por tres integrantes, el coordinador (médico), una licenciada en enfermería y un agente del área de mantenimiento del Hospital. No

cuenta con rutinas estandarizadas en el sistema de monitoreo de verificación del cumplimiento de la normativa. (*Observación*).

3. PRESTACIONES BRINDADAS A PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL.

3.1. ANÁLISIS DE HISTORIAS CLÍNICAS.

El Comité de Historias Clínicas procedió a elaborar un nuevo modelo de Historia Clínica Única de Internación, luego de evaluar y analizar las historias de los diferentes servicios. A la fecha de cierre de las tareas de campo de esta auditoría aún restaba la aprobación de la hoja de enfermería. (*Observación*).

Se analizaron historias clínicas de pacientes con patología HIV internados en el Hospital, seleccionándose 121 historias correspondientes a pacientes que egresaron durante marzo de 2003¹³ y marzo de 2004 cuya distribución por sala es la siguiente:

Nº	Sala	Cant. H.C.
4	Hepatopatía	4
5	Cirugía	8
6	Dermatología	2
10	HIV	23
11	HIV	16
16	HIV-Mujeres	18
17	HIV-Hombres	21
20	Neuropatías	9
29	HIV-Pediatría	20
Total		121

El equipo de auditoría analizó (de los últimos siete días previos a las altas de los pacientes) la información contenida en los diversos ítems consignados en cada historia clínica:

- o Hoja de identificación.
- o Hoja de guardia.
- o Hoja de consultorio externo.
- o Orden de internación.
- o Evolución en días hábiles.
- o Evolución en días feriados.
- o Firma del profesional médico en la evolución.
- o Identificación del médico en la evolución.
- o Hoja de enfermería.
- o Estudios complementarios.
- o Hoja de epicrisis.
- o Foliado.
- o Consentimiento informado.

Del procedimiento realizado surgen las siguientes conclusiones:

- o Hoja de identificación:

- o El 100% de las historias contienen hojas de identificación e internación.
- o Hoja de guardia:
 - o El 94,21% contiene hoja de guardia (114 historias).
- o Hoja de consultorio externo:
 - o El 100% de las historias no contienen hoja de consultorio externo.
- o Orden de internación:
 - o El 100 % de los casos verificados contienen orden de internación.
- o Evolución en días hábiles:
 - o El 90,83% de los días hábiles fueron evolucionados. *(Observación)*.
- o Evolución en días feriados:
 - o El 18,27% de los días sábados, domingos y feriados fueron evolucionados. *(Observación)*.
- o Firma del profesional médico en la evolución:
 - o El 67,12% de los días analizados tienen la firma de un médico al pie de su evolución diaria, considerando el total de días. *(Observación)*.
- o Identificación del médico en la evolución:
 - o El 60,11% de los días analizados tiene identificación del médico. *(Observación)*.
- o Hoja de enfermería:
 - o El 83,29% de los días analizados tienen registrado indicaciones en las hojas de enfermería. *(Observación)*.
- o Estudios complementarios:
 - o El 95,87% de los días analizados tiene al menos registrado un estudio complementario.
- o Hoja de epicrisis:
 - o El 92,56% de las historias clínicas contiene hoja de epicrisis. *(Observación)*.
- o Foliado:
 - o El 76,86% de las historias clínicas se encuentran foliadas. *(Observación)*.
- o Consentimiento informado:
 - o El 23,14% de las historias contienen formulario de consentimiento informado. *(Observación)*.

3.2. SALAS DE INTERNACIÓN.

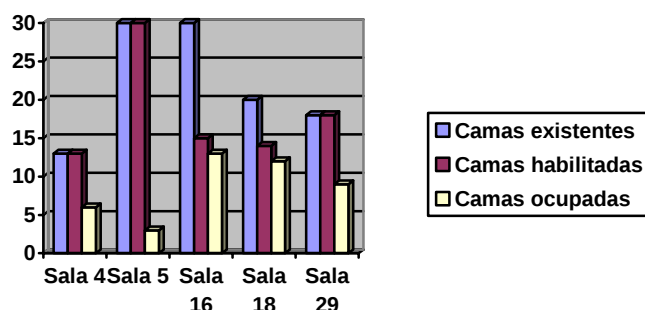
Los pases internos y derivaciones de pacientes entre los servicios se realizan de manera informal, telefónica o personalmente, registrándose únicamente en la historia clínica, una vez efectuado el pase. *(Observación)*.

A fin de evaluar las prestaciones brindadas a pacientes internados se ha determinado una muestra de 5 salas (26%) sobre un total de 19 que dispone el Hospital, y se analizaron variables como cantidad de camas existentes,

habilitadas y ocupadas, horas médicas y de enfermería. Se seleccionaron las siguientes salas:

- o Sala 4 – Hepatopatías.
- o Sala 5 – Cirugía.
- o Sala 16 – HIV Mujeres.
- o Sala 18 – Neumotisiología.
- o Sala 29 – HIV Pediatría.

En base a la información verificada sobre cantidad de camas se puede observar en el siguiente gráfico, la relación entre las camas existentes (las que se encuentran físicamente en cada Sala), habilitadas (las que están en condiciones de ser utilizadas), y las ocupadas por pacientes al momento de realizar el procedimiento. (Febrero 2005) (Anexo II).



Con la información disponible se elaboraron los siguientes indicadores que permiten comparar la existencia, disponibilidad y ocupación de las camas ubicadas en cada una de las salas de la muestra:

Indicadores (2)	Salas				
	4	5	16	18	29
Camas habilitadas / Camas existentes	100%	100%	50%	70%	100%
Camas ocupadas / Camas habilitadas	46,2%	10,0%	86,7%	85,7%	50,0%
Horas de enfermería (1)/ Camas habilitadas	5,1	2,6	7,6	6,4	4,6
Horas de enfermería (1)/ Camas ocupadas	11,0	26,0	8,8	7,5	9,3
Horas médicas (1)/ Camas habilitadas	2,6	1,6	1,0	1,0	1,7
Horas médicas (1)/ Camas ocupadas	5,6	15,7	2,3	1,2	3,3

(1) Horas diarias.

(2) Elaborados a partir de datos obtenidos por observación "in situ", información brindada por la Jefatura de cada Sala y por la Jefatura del Departamento de Enfermería y mediante la verificación de registros de cada sala.

- o Camas habilitadas / Camas existentes.
 - o En las salas 16 y 18 la cantidad de camas existentes no es coincidente con las camas habilitadas. El indicador arroja 50% en el caso de la sala 16 y 70% en el caso de la sala 18. En el caso de la sala 16 la mitad de las camas no se encuentran disponibles debido a una remodelación edilicia inconclusa. (Observación). El total de camas no habilitadas

de las cinco salas conforma el 18% del total de camas existentes de tales salas.

- o Camas ocupadas / Camas habilitadas.
 - o Resulta notorio el bajo porcentaje de ocupación de la Sala 5 – Cirugía, 10% (3 camas ocupadas sobre 30 habilitadas). La sala 4 cuenta con el 46,2% ocupadas y la sala 29 con el 50%. El porcentaje de ocupación del total del Hospital según se indica en el Movimiento Hospitalario de los Hospitales de la Secretaría de Salud – GCBA¹⁴ del período 2004, es de 74,6 %, quedando estas tres salas por debajo del promedio del total del Hospital. Por otra parte también están por debajo de los parámetros indicativos de porcentaje de ocupación de los Hospitales Generales de Agudos consistentes entre 80 % y 85 %, si bien el Hospital Muñiz es de infecciosas, los porcentajes mencionados como de baja ocupación están alejados de este parámetro. *(Observación)*.
 - o Las camas existentes y habilitadas de la Sala 5 ascienden a un total de 30 plazas disponibles para internación, cifra que difiere significativamente de la indicada en el mencionado Movimiento Hospitalario 2004, donde figura una cifra de 12,2 como Promedio de Camas Disponibles. *(Observación)*
- o Horas de enfermería / Camas habilitadas.
 - o En este caso la Sala 5 posee 2,6 hs. de enfermería por cama habilitada (el más bajo de las cinco salas verificadas), En la Sala 16 el indicador da 7,6 hs. de enfermería por cama habilitada, en este caso hay que tener en cuenta que el 50% de las camas existentes no se encuentran habilitadas.
- o Horas de enfermería / Camas ocupadas.
 - o El mayor indicador obtenido se da en la Sala 5 con 26,0 hs. de enfermería por cama ocupada, situación que se explica porque el Servicio cuenta con 78 hs. de enfermería y solamente hay 3 pacientes internados. El Departamento de Enfermería del Hospital ha estipulado un parámetro de 5 hs. de enfermería por paciente día para Cirugía. *(Observación)*.
 - o Las horas de enfermería determinadas por el mencionado Departamento para el resto de las cuatro salas verificadas, son en todos los casos menores a los que resultan de los indicadores obtenidos por esta auditoría. *(Observación)*

Indicador	Sala 4	Sala 5	Sala 16	Sala 18	Sala 29
Horas de enfermería/camas ocupadas	11,0	26,0	8,8	7,5	9,3
Horas de enfermería/paciente día (1)	4,0	5,0	6,0	3,3	4,0

(1) Según datos estipulados por el Departamento de Enfermería del Hospital Muñiz.

- o Horas médicas / Camas habilitadas.
 - o El indicador mayor se encuentra en la Sala 4 con 2,6 hs. médicas por cama habilitada, mientras que el valor más bajo se encuentra en las Salas 18 y 16 con 1 h., siendo que estas salas contienen un 70% y 50% de camas habilitadas sobre existentes respectivamente.
- o Horas médicas / Camas ocupadas.
 - o El indicador que arroja la Sala 5 es de 15,7 hs. médicas por cama ocupada. El Movimiento Hospitalario indica que para el año 2004 el promedio paciente día para el Servicio de Cirugía es de 7,6, cifra que también se encuentra alejada del total de camas habilitadas. (*Observación*).

Considerando que algunos indicadores obtenidos sobre la Sala 5 (Cirugía) no son adecuados, se trabajo con información adicional sobre el Servicio de Cirugía.

El Servicio cuenta con un plantel de 9 médicos (incluido el Jefe de Cirugía) que conforman un total de 236 horas médicas semanales. La distribución de estas horas según lo informado por el Servicio es la siguiente:

Concepto/Actividad	Cant.hs. semanales en porcentaje
*Cirugía	42%
*Internación	29%
*Consultorios externos	15%
*Docencia	10%
*Conducción	4%

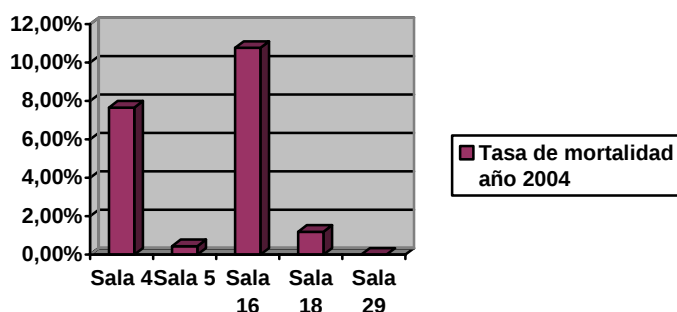
Del plantel mencionado, 8 médicos realizan cirugías, incluido el Jefe, totalizando 99 horas (42%) dedicadas a esta actividad y para el caso de internación las horas asignadas son 68 (29%).

Considerando el total de horas médicas asignadas al Servicio, el indicador arroja 15,7 hs. médicas por cama ocupada. Si el análisis se realiza en función de las horas asignadas a internación se obtiene que se aplican al servicio 13,6 hs. médicas diarias promedio y vinculando este dato con las 3 camas ocupadas, el indicador muestra que se ocupan 4,5 hs. médicas por cama ocupada. El Movimiento Hospitalario del año 2004 indica que la ocupación promedio para el Servicio de Cirugía fue de 7,6 pacientes día.

En el año 2004 se realizaron 620 operaciones de cirugía general, de las cuales el 50 % corresponden a cirugía menor, implicando que entre cirugía mayor y mediana se efectuaron 310 intervenciones. El 42 % de las horas médicas son asignadas a cirugía (intervenciones) significando 99 horas médicas semanales y un promedio de 19,8 hs. diarias. Si se proyecta en forma anual se obtiene un total

de 4990 hs. médicas. De esta forma si se toma el total de operaciones (620), y las horas médicas anuales para el año 2004 la relación entre estos datos determina que se utilizan en promedio 8,05 hs. médicas por intervención. Si intervienen dos profesionales médicos el indicador arroja 4,025 hs. por cirugía, incluyendo las menores. (*Observación*).

La tasa de mortalidad¹⁵ correspondiente al período 2004 de cada una de las salas verificadas es la siguiente:



La cifra más importante en este caso es la que corresponde a la Sala 16 que tiene internados a pacientes con patología HIV (mujeres) con un valor del 10.77%. Es de destacar que la Sala 29 HIV Pediatría, posee una tasa de mortalidad de 0%.

La División Servicio Social tiene como función evaluar e intervenir en las problemáticas sociales de los pacientes, derivación a hogares u hoteles ante problemas de vivienda, comunidades terapéuticas para tratamientos, ayudas médicas (prótesis, tubos de oxígeno, medicamentos, etc.).

La Jefatura de la División se encuentra vacante, quedando a cargo actualmente el Subdirector Médico del Hospital. El Servicio Social cuenta con ocho profesionales de planta que atienden a pacientes de internación y de consultorios externos. Entre los años 2003 a 2005 disminuyó la cantidad de personal al contar con tres profesionales menos, implicando una disminución de 84 horas semanales entre las que se incluyen 36 hs. que correspondían a la Jefa del Servicio que se jubiló en el 2003. (*Observación*).

Las intervenciones del Servicio en las salas se concentran en la atención individual de pacientes a demanda del jefe de sala además de realizar entrevistas a familiares y/o profesionales. El Servicio no trabaja en forma programada y atiende sólo los casos urgentes en las áreas más conflictivas. (*Observación*).

No posee personal administrativo para carga de datos, atención, etc. (*Observación*).

4. DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

4.1. FARMACIA.

La División Farmacia depende del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento. Cuenta con dos Secciones, Droguería y Esterilización.

CORRIENTES 640, PISO 5° - C1043AAT, CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL. Y FAX 4321-3700 / 4325-6688-6967-5047

La Farmacia del Hospital se encuentra ubicada en el mismo pabellón donde funcionan la Dirección y el Departamento de Diagnóstico y Tratamiento.

El Anexo de Farmacia, que es el que se encarga de distribuir los medicamentos antirretrovirales y antibióticos del Programa Nacional de Tratamiento H.I.V. SIDA y otras medicaciones, se encuentra entre el Pabellón de Asistencia Respiratoria (Sala 1) y Terapia Intensiva (Sala 3).

La División cuenta con el siguiente personal:

- 1 jefe de División.
- 3 farmacéuticos de guardia, de los cuales uno está a cargo de la Sección de Esterilización cuya jefatura se encuentra vacante.
- 1 farmacéutico suplente de guardia.
- 1 técnico de esterilización
- 5 auxiliares de esterilización
- 2 técnicos de farmacia
- 3 administrativos
- 2 farmacéuticos de guardia para sábados y domingos.
- En el anexo de Farmacia la dotación del personal es la siguiente:
- 1 farmacéutico de planta. (Anexo de Farmacia).

La Farmacia funciona las 24 hs. todos los días. El circuito interno de movimiento de medicamentos se inicia con la indicación médica que prescribe cada médico para cada paciente internado, luego el Jefe de Enfermeras de cada Sala elabora una planilla diaria conteniendo el detalle y cantidad de los medicamentos necesarios para todos los pacientes internados de esa Sala. Con la firma del Jefe de Sala (profesional médico) se eleva a Farmacia hasta aproximadamente las 9.15 hs. A partir de las 11.00 hs. personal de Enfermería de cada Sala retira los medicamentos firmando el remito correspondiente (los días viernes la entrega se efectúa para cubrir 72 horas considerando las necesidades del día sábado y domingo). Luego el personal de enfermería suministra el medicamento a los pacientes.

Se ha analizado el circuito mencionado considerando la documentación correspondiente al movimiento del día 2/2/05 relacionado con todos los pacientes internados de las salas seleccionadas como muestra, 4, 5, 16, 18 y 29).

De la comparación de las indicaciones médicas que obraban en las historias clínicas con el pedido de medicamentos a Farmacia elaborado por el Jefe de Enfermeras de cada una de las salas mencionadas, se verificó la coincidencia entre lo indicado por el médico y el pedido elaborado por enfermería. En todos los casos se verificó la firma del Jefe de Sala en el pedido mencionado.

Cuando los medicamentos solicitados son retirados de la Farmacia por personal de enfermería de cada sala, no consta la aclaración de la firma y el número de ficha municipal. (*Observación*).

Del análisis de las hojas de enfermería de ese día, se ha verificado la coincidencia entre la medicación indicada y la suministrada (según estos registros) a los pacientes de las cinco salas seleccionadas. Si bien estos datos son coincidentes no implican la seguridad que el paciente haya recibido los medicamentos correspondientes, necesitándose para ello la realización de otro tipo de procedimientos no contemplados en esta auditoría.

No hay personal (farmacéutico) designado para el retiro de la medicación sobrante en salas, con lo cual si el paciente se retira o fallece, los medicamentos no son devueltos a farmacia. (*Observación*).

Los ingresos de medicamentos e insumos de Farmacia provienen de:

- Ministerio de Salud de la Nación.
 - o Provee antirretrovirales y antibióticos por medio del Programa Nacional de Tratamiento H.I.V.-Sida. El hospital realiza un pedido mensual, de acuerdo al promedio de los medicamentos utilizados en el último trimestre y lo eleva al Ministerio para que sean provistos los insumos necesarios.
- Secretaría de Salud del GCBA.
 - o Provee medicamentos y material descartable. El hospital efectúa un pedido para un período de 6 meses en función del promedio de medicamentos utilizados en el semestre anterior.
- Compras efectuadas por el propio Hospital. Son autorizadas por el Comité de Crisis.

El movimiento de stock de Farmacia es llevado a través de fichas manuales ordenadas alfabéticamente por nombre del medicamento. No se elabora ningún listado de inventario con indicación del producto y la cantidad a una fecha determinada. (*Observación*).

En el Anexo de Farmacia se registra en planilla de cálculo el movimiento de antirretrovirales en forma actualizada.

Del recorrido efectuado en la Farmacia y el Anexo mencionado, se ha verificado que cuentan con heladeras para el mantenimiento de la cadena de frío de los medicamentos, que el equipo de esterilización es obsoleto (*Observación*), que los medicamentos de alto costo son guardados bajo llave a cargo del Jefe.

Del recuento físico realizado en la Farmacia Central y en el Anexo se ha verificado la coincidencia de la cantidad recontada en stock con los registros obrantes en las fichas de movimiento de stock.

4.2. LABORATORIO.

4.2.1. Organización.

La División Análisis Clínicos depende del Departamento Servicios Centrales Diagnóstico y Tratamiento y cuenta con las siguientes áreas:

- o Unidades:
 - o Micología.
 - o Virología.
 - o Bacteriología.
- o Secciones:
 - o Bioquímica.
 - o Parasitología.
 - o Bacteriología de la Tuberculosis.

Considerando la significatividad en cuanto a la temática que atiende el Hospital, se seleccionaron cuatro áreas para analizar, Unidad Micología, Unidad Virología, Sección Bioquímica y Sección Bacteriología de la Tuberculosis.

Las distintas áreas de Laboratorio no se encuentran en un mismo pabellón, los Laboratorios de Micología y de Tuberculosis no se encuentran en el Pabellón del Laboratorio Central. Es por ello que los pacientes deben deambular por gran parte del hospital a fin de poder acceder a los servicios que ofrece el laboratorio. (*Observación*).

El circuito general de muestras para pacientes internados es el siguiente: las muestras son tomadas por el sector de enfermería de cada sala, se trasladan las mismas junto con la orden médica a las distintas áreas de laboratorio, se analizan las muestras, se confeccionan los informes, los que son retirados por personal de enfermería al día siguiente.

4.2.2. Unidad Virología.

La Unidad lleva a cabo tareas administrativas, técnicas y de diagnóstico. Entre las primeras se encuentran la recepción de pacientes, ingreso de los mismos al sistema informático, entrega de resultados y orientación sobre la preparación previa a la toma de muestra. En las técnicas se destacan la extracción de muestras, centrifugación de las mismas y recepción de materiales derivados de otros hospitales. Por último las tareas de diagnóstico consisten en la realización de las diferentes técnicas de evaluación, validación y emisión de resultados.

La Unidad cuenta con un agente de vigilancia afectado exclusivamente a su área.

El personal de la Unidad se compone de la siguiente forma:

- 1 Coordinadora Responsable.
- 4 profesionales de planta.
- 3 profesionales con cargo de suplentes de guardia.
- 2 administrativos. (Uno es de la División Análisis Clínicos y el otro de Anatomía Patológica). (*Observación*).

El número de determinaciones realizadas por esta Unidad en el primer semestre de 2004 es de 26.338.-

La mayoría de las determinaciones que realiza el laboratorio son realizadas semanalmente.

Las demoras de entrega de informes son de 15 días para estudios moleculares de seguimiento, para los estudios serológicos el tiempo de entrega es de 7 días y aquellos estudios que son de diagnóstico rápido el tiempo de entrega es de 24/48 hs.

En Virología se atiende por demanda espontánea de lunes a viernes de 7:30 a 9:30hs. Solamente se entregan turnos programados para dos estudios:

Carga viral de Hepatitis C y PCR cualitativa para Hepatitis C. Se otorgan para dentro del mismo mes, durante la primer semana de cada mes en el horario de 7.30 a 12.00 hs., o telefónicamente de 7.30 a 18.00 hs.

Los pedidos del Hospital son confeccionados por los médicos de Sala 4 (Hepatología), y en caso que alguna determinación sea solicitada por otro profesional, ellos supervisan previamente. Las muestras que recibe este Laboratorio de Virología provenientes de otros Hospitales, también deben ser solicitadas por un Hepatólogo o Gastroenterólogo del lugar de procedencia.

Los informes de virología se entregan a las diferentes salas del hospital por un sistema de correo interno.

Los informes de HIV (positivos y negativos) de pacientes ambulatorios se remiten a consultorios externos, y es el médico solicitante quien lo entrega en mano al paciente.

Con respecto a las determinaciones para HIV se trabaja con segunda muestra. La prevalencia actual es del 17%. El resultado para esta determinación tarda 5 días hábiles.

Con respecto al ingreso de las muestras el mismo se efectúa por dos mecanismos:

- a) para los pacientes ambulatorios existen dos extraccionistas, que atienden aproximadamente 40 pacientes cada uno en dos boxes contiguos provistos de filtros HEPA¹⁶. Este mecanismo cubre satisfactoriamente la demanda diaria.
- b) Para los pacientes internados, la muestra la toma el personal de enfermería de sala en tubos que envía previamente la Unidad de Virología.

El laboratorio recibe de la División Farmacia todos los insumos referentes al área de extracción (jeringas, agujas, algodón, alcohol, guantes, etc.) y del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento materiales descartables (crioviales de 2 y 5 ml., tubos de 15 ml., etc.). Los reactivos de diagnóstico (como los utilizados para el estudio serológico de HIV y diagnóstico y seguimiento por técnicas moleculares de pacientes pediátricos infectados o perinatalmente expuestos a HIV son provistos por la Coordinación de SIDA del GCBA. El resto de los reactivos son adquiridos mediante licitaciones o fondos de emergencia.

4.2.3. Unidad Micología.

Esta Unidad tiene la característica de tener actividad de Laboratorio y Consultorio Externo de Micología.

Se llevan a cabo las siguientes actividades:

- o Tomas de muestras.
 - o En sangre.
 - o Superficiales, (piel, etc.).
 - o Profundas (tejido pulmonar)
- o Cultivos.
- o Tipificación de gérmenes.

- o Sensibilidad antimicótico.
- o Citodiagnóstico.
- o Serología.
- o Tratamiento.

El edificio no cuenta con salida de emergencia por incendio. *(Observación).*

La empresa encargada de limpiar el área solamente limpia los pisos sin ocuparse de los demás elementos como mesadas, armarios, mobiliario, etc., los que son higienizados por personal propio de la Unidad que se encuentra destinado a limpiar el material de laboratorio y no el edificio. *(Observación).*

La Unidad no cuenta con personal de vigilancia afectado a su área. *(Observación).*

La Unidad cuenta con el siguiente personal:

- 1 jefe de Unidad.
- 1 médica de planta.
- 2 bioquímicos.
- 1 auxiliar de enfermería.
- 1 administrativo.
- 2 maestranzas.
- 2 residentes. (Uno en Ciencias Microbiológicas para médicos y el otro en Microbiología Clínica para bioquímicos).

Las determinaciones ponderadas realizadas en el primer semestre del año 2004 son 137.711.-

Se reciben derivaciones de distintos estudios micológicos de los Hospitales del GCBA, de otras instituciones de la Ciudad de Buenos Aires, de otras provincias y de países limítrofes.

El procesamiento de las muestras depende del tipo de muestra y del tipo de determinación (varía entre 2 horas y 21 días).

La demora en entrega de informes correspondientes a pacientes internados es de 1 semana para Serología y entre 20 y 22 días para Cultivos. Para consultorios externos es de 20 días para Cultivos y 23 días para Hemocultivo. En Serología es de 1 semana, para Antigenemia de 24 hs. y Sensibilidad menor a 1 semana.

Las muestras que provienen de salas de Internación del Hospital se procesan en el día y a demanda espontánea.

Los materiales de pacientes internados que habitualmente se reciben en Micología son: líquido cefalorraquídeo (LCR), lavado bronquial (obtenido por endoscopía), biopsias (provenientes de Cirugía) y piel (proveniente de Dermatología).

Se realizan también, estudios de citodiagnóstico los cuales son utilizados para diferenciar estomatitis de dermatosis ampollares (pénfigo). Estos pacientes son derivados por Dermatología del Hospital y los resultados se informan en el día.

Las demoras en los turnos para consultas programadas para controles de consulta clínica es menor a 1 semana para primera vez, para exámenes de micosis superficiales es menor a 1 semana y materiales de micosis profundas y hemocultivos se reciben a demanda.

Solamente se derivan muestras en casos excepcionales y para confirmar algún diagnóstico,

Los pacientes ambulatorios deben concurrir por ventanilla para obtener un turno programado y recibir las instrucciones por escrito. En estos pacientes la entrega de turnos tiene una demora de tres a cuatro días. El mismo día de la toma de muestra retiran el primer resultado.

4.2.4. Sección Bacteriología de la Tuberculosis.

Existe en la Ciudad de Buenos Aires un Programa de Atención de Tuberculosis, el cual esta integrado por los Hospitales Piñero, Tornú y Muñiz.

Estos hospitales están dotados de equipos automatizados y los reactivos para su uso son provistos por el Programa antes mencionado, como así también las drogas de primera y segunda generación necesarias para el tratamiento de la enfermedad.

Los Hospitales Gutiérrez y Elizalde realizan estudios para la detección de la tuberculosis hasta el estadio de cultivo, derivando a este hospital las muestras para realizar el test de sensibilidad.

El Programa de TBC del GCBA detecta 2100 nuevos casos de tuberculosis por año.

La Sección no cuenta con personal de vigilancia afectado a su área. (*Observación*).

El personal que desarrolla tareas en esta Sección es el siguiente:

- 1 jefe de sección.
- 3 profesionales de planta.
- 1 técnico de planta.
- 4 profesionales (*).
- 2 técnicos de laboratorio (*).
- 1 técnico en esterilización (*).
- 3 auxiliares en preparación de material y medios. (*)
- 1 administrativo (*).
- 2 servicios generales (maestranza y correo) (*).

(*)Dependen de la U.B.A.

El laboratorio de Bacteriología de la Tuberculosis ha realizado en el primer semestre de 2004, 19981 determinaciones.

Este laboratorio trabaja a demanda, por lo tanto no se entregan turnos programados.

Las muestras de pacientes internados son tomadas por profesionales de cada sala (médicos, enfermeros, etc).

El resultado de los análisis realizados se entrega de la siguiente forma: la baciloscopía directa a las 24hs, y los cultivos tardan entre 10 y 60 días, de acuerdo al tipo de muestra y al método utilizado (tradicional o automatizado).

Los resultados de pacientes ambulatorios en algunos casos se entregan en el servicio que lo solicitó y se adjunta a su historia clínica. En otras oportunidades el paciente retira los resultados directamente de este laboratorio.

Con respecto a los pacientes internados los resultados son retirados por el personal de enfermería de las salas.

Los insumos para el laboratorio son provistos por el Programa de Tuberculosis y por el propio Hospital Muñiz. De la Red de Atención del TBC del GCBA se reciben reactivos para métodos semiautomatizados y automatizados. El Programa Nacional contra la TBC entrega drogas para test de sensibilidad.

El laboratorio no posee grupo electrógeno para proteger los equipos automatizados ni las estufas de cultivos, ante cortes de energía eléctrica. (*Observación*).

4.2.5. Sección Bioquímica.

Esta Sección participa en la protección, diagnóstico, control de evaluación y tratamiento de los individuos que así lo requieran. Para ello se realizan análisis bioquímicos solicitados por el cuerpo médico de consultorios externos y salas de internación, como también los que se reciben provenientes de la Red de Laboratorios del GCBA.

Se divide en tres áreas principales, Hemocitología y Hemostasia, Inmunoserología y Química Clínica.

Consta de cuatro sitios para la extracción sanguínea, tres de los cuales se ubican en un mismo gran box (sin privacidad para el paciente). (*Observación*).

La Sección Bioquímica cuenta con una sala de espera pequeña e inaccesible para pacientes discapacitados, carece de rampa y de acceso por ascensores, motivando que la extracción de muestras a estos pacientes deba realizarse en la Unidad Virología. (*Observación*).

La Sección no cuenta con servicios sanitarios anexos. (*Observación*).

Existen algunos inconvenientes con el servicio de limpieza de la Sección. El horario de trabajo de una de las dos empresas que tienen a cargo el servicio, coincide con el horario de laboratorio, de esta forma mientras los técnicos y profesionales procesan las muestras, esta empresa se encuentra realizando tareas de limpieza. (*Observación*).

La Sección no cuenta con personal de vigilancia afectado a su área. (*Observación*).

La Sección cuenta con el siguiente personal:

- 1 jefe de Sección.
- 7 profesionales de planta (tres de ellos cumplen horas de guardia)

- 1 profesional designado como suplencia de guardia de 24 hs. cumpliendo el 50 % de su carga horaria en esta Sección y el 50 % restante en el área de Hematología.
- 6 técnicos de planta.
- 1 jefe de residentes.
- 2 residentes.
- 1 concurrente.
- 1 administrativo.

La cantidad de determinaciones realizadas en el primer semestre del año 2004 arroja la siguiente cifra:

- ❖ Por planta: 181442.
- ❖ Por guardia 4943

Las derivaciones recibidas de otros Hospitales en el mismo período son 2715, de las cuales se derivaron 699 a las Secciones de Endocrinología y Marcadores Tumorales y a Inmunología.

Las muestras se procesan en su gran mayoría en el día, salvo aquellas determinaciones que para un uso más racional de los reactivos y por la baja frecuencia de pedidos, se realizan una vez por semana.

Los resultados son entregados para rutinas en pacientes externos en 72 horas y en pacientes internados en el día. Para estudios más complejos el plazo de entrega varía entre 5 a 15 días, dependiendo de la frecuencia de procesamiento y de las derivaciones realizadas.

La Sección Bioquímica no atiende por demanda espontánea, entrega turnos a los pacientes ambulatorios. Estos turnos son otorgados de lunes a viernes de 10.00 a 13.30 hs. y se otorgan un promedio de 65 turnos por día. La demora con que se está dando los turnos es de 15 días, excepto aquellos casos de urgencias o controles específicos o prequirúrgicos, los que se atienden sin turno. La mencionada demora es causada por falta de personal técnico. (*Observación*).

La Sección no cuenta con software informático específico para el desarrollo de su especialidad. Tanto los registros como los informes son manuscritos por lo cual se está destinando al personal calificado a tareas netamente administrativas. (*Observación*).

Conjuntamente con el turno se entregan las instrucciones de preparación para el paciente según el tipo de determinación. Debido a la disminución en la cantidad de administrativos en la Sección (de tres a uno), no puede extenderse el horario de otorgamiento de turnos. Al momento de esta auditoría la Sección contaba con un único agente administrativo. En el horario de 7.30 a 10.00 hs. este empleado atiende el ingreso a los pacientes que concurren al laboratorio para la toma de muestras, también recepciona las muestras enviadas por las distintas salas del Hospital, entre otras tareas. (*Observación*).

El circuito de recepción de muestras es el siguiente:

- Extracción en sala efectuada por enfermería.
- Se traslada la muestra al laboratorio.

CORRIENTES 640, PISO 5° - C1043AAT, CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL. Y FAX 4321-3700 / 4325-6688-6967-5047

- Se distribuye por las distintas áreas.
- El área elabora el informe.
- El informe es retirado por la enfermera de sala a las 24 hs.

Las solicitudes de compras de insumos se realizan de acuerdo a las estimaciones estadísticas del consumo y cuando el stock promedio se reduce a la mitad, considerando la demora que media entre la solicitud y la entrega de reactivos.

4.3. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.

La División Diagnóstico por Imágenes brinda atención radiológica de los internados en el Hospital, con estudios estándar (tórax, columna, cráneo, etc.) y estudios contrastados (aparato digestivo, pielografías, uretrografías, etc.). Estos estudios también se hacen a pacientes de consultorio externo y a pacientes desde otros Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, solicitados por la Red de Diagnóstico por Imágenes.

Este Servicio cuenta con el siguiente personal:

- 1 jefe titular.
- 1 médico de planta de 40 hs. semanales.
- 1 médico de planta de 24 hs. semanales.
- 1 médico designado como suplente de guardia de 24 hs. semanales.
- 1 coordinador de técnicos.
- 12 técnicos radiólogos.

La atención se realiza en tres centros:

- o Servicio central de rayos ubicado en el centro del Hospital, donde se encuentran los principales equipos.
- o Sala 1, donde hay un equipo con tubo y mesa radiológica.
- o Primer piso en el edificio donde funciona la Guardia, donde existe un equipo rodante.

Se brinda también atención ecográfica de pacientes internados y de consultorio externo y de otros Hospitales solicitados por la Red. Se hacen ecografías estándar y además se hacen punciones dirigidas ecográficamente, principalmente de pulmón.

Cuenta con tres médicas ecografistas, con 24 hs. semanales más 12 horas de suplencia de guardia. Además trabajan en este sector tres enfermeras.

Radiología ha realizado en el primer semestre de 2004, 11464 estudios y ha efectuado 479 derivaciones (tomografías, resonancias, etc.). Ecografías ha realizado 3312 estudios en el mismo período.

El horario del Servicio de Diagnóstico por Imágenes es de lunes a viernes de 7 a 20 hs., y la atención al público de 8 a 18 hs., exceptuando la Guardia que funciona durante las 24 hs. todos los días del año.

La toma de radiografías se realiza en el día a los pacientes internados.

Algunos estudios son derivados a otros Hospitales de la Red: Tomografía Axial Computada (TAC), Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Ecodoppler, Embolizaciones, Ecocardiogramas Transesofágicos y Arteriografías.

La solicitud de estudios a realizarse fuera del Hospital son gestionados por la División Diagnóstico por Imágenes y por el Departamento de Urgencias, siempre que cuenten con personal administrativo para realizar estas tareas, caso contrario las mismas son efectuadas por uno u otro sector indistintamente.

Las solicitudes realizadas por Diagnóstico por Imágenes se registran en planillas y las efectuadas por Urgencias se registran en un libro. Estos registros no son homogéneos entre sí y tampoco se mantienen los formatos o planillas tipo de un mes a otro. (*Observación*).

En el mes de agosto de 2004 la División Diagnóstico por Imágenes ha emitido dos planillas de registro de solicitudes de los estudios mencionados, una correspondiente a pacientes internados y otra a pacientes ambulatorios.

La planilla correspondiente a pacientes internados se denomina "Planilla de Control de Pedido de Estudios" y consiste en una planilla prediseñada, confeccionada manualmente conteniendo los siguientes datos:

- ✓ Fecha de solicitud del estudio.
- ✓ Apellido y nombre del paciente.
- ✓ Sala y cama correspondiente al paciente.
- ✓ Número de historia clínica.
- ✓ Tipo de estudio.
- ✓ Zona corporal.
- ✓ Motivo del estudio.
- ✓ Por urgencia.
- ✓ Por control.
- ✓ Por diagnóstico (no tiene columna prediseñada).
- ✓ Fecha de otorgamiento.
- ✓ Lugar de realización del estudio.
- ✓ Hora de realización del estudio.
- ✓ Suspensión.
- ✓ Motivo de la suspensión.
- ✓ Nueva fecha.
- ✓ Lugar.
- ✓ Hora.

En esta planilla del mes de agosto de 2004 se verifican 38 registros que se conforman de la siguiente manera:

Registro	SI	NO	Notas
Fecha de solicitud	38	0	
Apellido y nombre del paciente	38	0	
Número de sala	38	0	
Número de cama	38	0	
Número de historia clínica	29	9	
Tipo de estudio	38	0	

Zona corporal	38	0	
Motivo del pedido	31	7	
Por urgencia, control o diagnóstico	34	4	
Fecha de otorgamiento	35	3	(1)
Lugar de realización del estudio	32	6	
Hora de realización del estudio	32	6	
Suspendido	2	0	(2)
Motivo	0	0	(3)
Nueva fecha	0	0	
Lugar	0	0	
Hora	0	0	

- (1) En los 35 casos se encuentran incluidos 3 que están tachados, de los cuales 2 figuran como suspendidos y en el restante no hay indicación alguna. (*Observación*). En los 3 casos indicados sin registro no hay indicación alguna en la columna de fecha de otorgamiento. (*Observación*).
- (2) Esta indicación se encuentra sólo en 2 casos.
- (3) No hay ningún dato que indique el motivo de los 2 casos suspendidos. (*Observación*).

Según surge de la planilla mencionada se considera como efectuados 32 pedidos tomando como referencia el dato de la fecha de otorgamiento del estudio (35) y descartando los 2 casos suspendidos y 1 caso que se encuentra tachado el registro.

El promedio de días de espera para el otorgamiento de turnos de tomografías (TAC) y resonancias magnéticas (RMN) solicitados por Diagnóstico por Imágenes del mes de agosto de 2004 fue de 14,1 días, siendo la menor demora de 0 días y la mayor de 34 días.

Considerando solamente las RMN el promedio de días de espera es de 26,2 días y en el mismo carácter a las TAC el promedio es de 7,8 días.

La planilla correspondiente a pacientes ambulatorios se denomina tal cual, es decir "Pacientes Ambulatorios" y consiste en una planilla manual con cuatro columnas solamente que indican los siguientes datos:

- ✓ Fecha.
- ✓ Apellido y Nombre.
- ✓ Tipo de estudio.
- ✓ Fecha de otorgamiento.

No se registra el número de historia clínica, zona corporal, motivo del pedido (*Observación*), si es por urgencia, control o diagnóstico (*Observación*), la suspensión del pedido en caso de haber ocurrido alguno y su motivo. (*Observación*).

Los registros del mes de agosto de 2004 en este caso son 29 que se conforman de la siguiente manera:

Registro	SI	NO
Fecha de realización	29	0
Apellido y nombre paciente	29	0
Tipo de estudio	29	0
Fecha de otorgamiento	4	25

Se puede observar que en 25 casos no se ha registrado la fecha de otorgamiento del turno. No se puede determinar la fecha de demora en los distintos casos en el otorgamiento del turno. (*Observación*).

El libro de registro llevado por Urgencias se confecciona en forma manual.. Se anotan los siguientes datos:

- ✓ Fecha de realización del estudio.
- ✓ Hora de realización del estudio.
- ✓ Número de sala.
- ✓ Número de cama.
- ✓ Apellido y nombre del paciente.
- ✓ Estudio.
- ✓ Lugar de realización del estudio.

No se registra fecha de solicitud del pedido, el número de historia clínica, zona corporal, motivo del pedido (*Observación*), si es por urgencia, control o diagnóstico (*Observación*), la suspensión del pedido en caso de haber ocurrido alguno y su motivo (*Observación*)..

Los registros efectuados en el mes de agosto de 2004 son 54 que se conforman de la siguiente forma:

Registro	SI	NO	Notas
Fecha de realización	54	0	
Hora de realización	50	4	(1)
Número de sala	52	2	(2)
Número de cama	51	3	(3)
Apellido y nombre paciente	52	2	(2)
Estudio solicitado	52	2	(2)
Lugar de realización	52	2	(2)

(1)En los 4 casos indicados como que no existe registro, 2 de ellos están borrados, 1 es ilegible y en el restante no se indica dato alguno. De los 50 registrados hay 2 que están tachados sin especificar motivo.

(2)Los 2 casos indicados como que no existe registro están borrados. De los 52 registrados hay 3 que están tachados sin especificar motivo.

(3)En los 3 casos indicados como que no existe registro, 2 de ellos están borrados y en el restante no se indica dato alguno. De los 51 registrados hay 3 que se encuentran tachados sin especificar motivo.

Según surge de los registros verificados se consideran como efectuados 49 estudios considerando que de los 54 registros hay 2 que están borrados y 3

que se encuentran tachados. Se han observado datos tachados sin aclaración, datos ilegibles, datos borrados y datos sin completar. (*Observación*).

No se puede determinar días de demora en los turnos solicitados porque no se registra el dato de la fecha de solicitud de los pedidos. (*Observación*).

Las pérdidas de turnos pueden ocurrir, entre otros, por los siguientes motivos:

- ✓ Inconvenientes con las ambulancias del SAME para el traslado de los pacientes.
- ✓ Rotura de equipos de TAC o RNM.
- ✓ Fuga de pacientes internados con turnos solicitados.
- ✓ Óbito del paciente con turno solicitado.

La falta de un registro adecuado de los motivos por los cuales se pierden los turnos, no permite contar con información sobre las causas que originan tales pérdidas.

El Médico Traslador es del Hospital Muñiz y su horario de trabajo es hasta las 20 hs. Esta realidad implica que, aunque TAC y RNM funcionan con turnos las 24 hs. del día, el último turno que se toma es el de las 18 hs, ya que se considera el tiempo de duración del estudio más el viaje de vuelta al Hospital.

La conducción del área no manifiesta inconvenientes en relación a la provisión de insumos.

El sector de Ecografías cuenta con un espacio pequeño y sin ventilación natural, tiene ventilación forzada y se utiliza un purificador de aire adquirido con fondos de la Cooperadora que además se hace cargo de la compra del filtro que debe cambiarse cada dos años.

El área de Diagnóstico por Imágenes no cuenta con personal de seguridad afectado a la misma.

5. BIOSEGURIDAD.

5.1. Seguridad e Higiene del Trabajo.

La normativa que rige este concepto es la Ley Nacional 19.587/72 sobre Seguridad e Higiene del Trabajo, sus normas reglamentarias y complementarias en conjunto con manuales de Bioseguridad emitidos por la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta Ley establece la creación de Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo, que de acuerdo al Decreto Nacional 1.338/96 puede ser de carácter interno o externo según voluntad del empleador.

En la Ciudad de Buenos Aires la Ley 265/99 establece las funciones y atribuciones que deberá desarrollar la Autoridad Administrativa del Trabajo, la que tiene como objetivo, entre otros, la fiscalización, control y sanción por incumplimiento de las normas relativas al trabajo, higiene y seguridad en el trabajo, etc. Por Decreto 871/00 se designa a la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo del GCBA como Autoridad de Aplicación de la Ley 265 facultándose a la misma para dictar las resoluciones pertinentes para hacer

efectivas las materias que son de su competencia. Hasta el momento no se han dictado normas sustantivas al respecto.

No se ha constatado en el presupuesto del Hospital partida que refleje las exigencias a cumplir por la Ley de Seguridad e Higiene del Trabajo.

En el Hospital no existe asesoramiento técnico ni persona alguna que se ocupe de verificar el cumplimiento de la misma. (*Observación*).

La falta de una política referente a seguridad e higiene del trabajo implica en consecuencia una aplicación parcial del contenido de la normativa basada en las prevenciones adoptadas por profesionales médicos, otros agentes del Hospital, jefes, comités, etc., por sus propias decisiones.

5.2. Riesgos del Trabajo.

Los funcionarios y empleados del sector público de la Ciudad de Buenos Aires están obligatoriamente incluidos en el ámbito de la Ley Nacional sobre Riesgos del Trabajo (LRT) N° 24.557/95. Esta Ley rige para todos aquellos que contraten a trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación. La Ciudad de Buenos Aires puede autoasegurar los riesgos del trabajo siempre y cuando acredite determinadas condiciones impuestas por la LRT y en caso de no acreditarse las mismas deberá asegurarse obligatoriamente en una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART).

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación ha informado con fecha 25/4/05 que el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no posee a esa fecha afiliación con alguna Aseguradora de Riesgos del Trabajo y tampoco se encuentra autoasegurado de acuerdo a lo determinado en la LRT.¹⁷ (*Observación*).¹⁸

5.3. Residuos Patogénicos.

La Ley 154 regula la generación, manipulación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de todos los residuos patogénicos provenientes de aquellas actividades que propendan a la atención de la salud humana y animal, con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, estudio, docencia, investigación, o producción comercial de elementos biológicos, ubicados en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

El transporte externo, tratamiento y disposición final de los residuos patogénicos es realizado por la empresa SOCMA.

El manejo de residuos patogénicos comienza en las áreas blancas o grises donde se desarrolla actividad asistencial, estas bolsas pequeñas son recogidas por personal de la empresa "Limpia Buenos Aires" y depositadas en los contenedores de los depósitos intermedios; estos depósitos intermedios no son cuartos específicos para tal fin, sino que se utilizan baños de salas y otros lugares que tienen fácil acceso para cualquier persona. La empresa "Poliequipos" realiza la recolección de los residuos patogénicos desde los depósitos intermedios hasta el depósito final tres veces al día.

Se han realizado recorridas por distintos sectores del Hospital verificando cuestiones relacionadas con el manejo de residuos, registrándose aquellas deficiencias observadas.

5.4. Provisión de agua potable.

La Ordenanza N° 43.447/89 determina en su art. 1° que el Departamento Ejecutivo, a través de los organismos que correspondan, dispondrá se practique con una periodicidad no mayor de 6 meses la limpieza de tanques proveedores de agua potable en hospitales, escuelas primarias, hogares de ancianos y guarderías dependientes de la entonces Comuna.

La Ordenanza N° 45.593/91 establece la obligatoriedad de la limpieza semestral de los tanques de agua destinados al consumo humano. El Decreto MCBA 2045/93 aprueba la reglamentación y requisitos de habilitación determinando las formas y medios de ejecución de las tareas, como así también los mecanismos que posibilitan la verificación de su cumplimiento. El art. 1° del Anexo I del mencionado Decreto determina que las labores de limpieza y desinfección de tanques de agua potable deberán ser realizadas por empresas inscriptas en el Registro de Actividades de Empresas Privadas de Limpieza y Desinfección de Tanques de Agua Potable.

La limpieza de los tanques de agua y cisternas del área concesionada para el servicio de mantenimiento del Hospital Muñiz es llevada a cabo por la empresa Poliequipos. Los tanques pertenecientes al área no concesionada son mantenidos por el área de Mantenimiento del Hospital.

La Dirección General Control de Calidad Ambiental dependiente de la Secretaría de Seguridad, ha informado a solicitud de esta auditoría, mediante su Informe N° 1196, que la empresa Poliequipos - Indaltec no se encuentra inscripta en el Registro de Empresas Privadas de Limpieza y Desinfección de Tanques de Agua Potable. (*Observación*).

El 11 de enero de 2005, personal perteneciente a la Dirección General Control de Calidad Ambiental tomó muestras para la realización de análisis de agua en canillas de diferentes salas del Hospital. Se detecta la existencia de "pseudomona" en las salas 3 (Unidad de Terapia Intensiva – UTI) y 3 (Inmunodeprimidos – ID).

Se ha constatado solamente en el Libro de Enfermería de las salas mencionadas, constancia escrita del hallazgo de la Dirección General de Calidad Ambiental, en la que se indica que el agua no está apta para el consumo, sin verificarse otro tipo de notificación al resto del personal (médicos, maestranza, etc.). No se ha observado en tal Libro alguna indicación escrita sobre conductas a tomar. (*Observación*).

El Comité en Control de Infecciones del Hospital es informado verbalmente por la empresa Poliequipos cada vez que ésta ha realizado la limpieza de los tanques de agua. (*Observación*).

Luego de dos o tres días el Comité realiza el análisis microbiológico con el Laboratorio de Bacteriología. No se ha constatado en el Comité documentación sobre análisis de muestra posterior a la limpieza de tanques, presentada por la

empresa. No se realizan controles aleatorios en fechas alejadas de la informada sobre limpieza de tanques. *(Observación)*.

No existe un procedimiento de toma de muestras de agua que contemple la presencia de representantes de las áreas involucradas, en el momento de la toma (Comité en Control de Infecciones, empresa Poliequipos, personal del área o sala correspondiente, supervisor de la Dirección de Recursos Físicos en Salud), forma de efectuar la misma y lugar del cual tomarla, entre otras cuestiones. *(Observación)*.

En el Libro de Aguas de Bacteriología del Hospital Muñiz¹⁹ se encuentran registrados controles para distintos sectores del hospital desde el año 2002. No contiene identificación clara y precisa relativa al protocolo relacionado con los resultados registrados, tanque o cisterna correspondiente a la muestra tomada, cantidad de muestras, salas o áreas a que pertenece la muestra y lugar de donde se tomó la muestra (tanque, canilla, etc.), entre otros datos. *(Observación)*.

El supervisor²⁰ dependiente de la Dirección de Recursos Físicos en Salud, toma conocimiento de la limpieza de tanques de agua efectuada al leer el Libro de Comunicación Interna donde la empresa vuelca la información de la tarea realizada. No conoce de antemano cuando la empresa realiza estas tareas, lo que no le permite presenciar las mismas. *(Observación)*.

En enero de 2005, luego de detectar la existencia de “pseudomona”, la Dirección General Control de la Calidad Ambiental, en el marco del Programa de Control de Calidad Bacteriológica de Aguas en Instituciones dependientes del GCBA, solicita por nota al Hospital Muñiz que informe sobre la ubicación de todos y cada uno de los tanques de agua del establecimiento indicando sectores que alimentan, tipo de tanque e interconexión con otros tanques. Como respuesta el Hospital sólo informa 5 tanques ubicados en los sectores con mantenimiento a cargo del área Mantenimiento del Hospital. *(Observación)*.

Al momento de realización de las tareas de auditoría el Hospital no contaba con un listado completo de los diferentes tanques y cisternas correspondientes. *(Observación)*.

Cabe destacar que el área de Mantenimiento del Hospital efectuó luego un relevamiento completo antes de la finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría.

El detalle de tanques (reservas y cisternas) existentes en el predio del Hospital es el siguiente:

Sector	Cisternas	Reservas	Total
Área no concesionada	0	8	8
Área concesionada	9	25	34
Subtotal	9	33	42
Dispensario, Pabellón Koch, Pabellón Cetrángolo	2	4	6
Subtotal	11	37	48
Unidad de internación 21 – Servicio Penitenciario Federal	4	8	12
Totales	15	45	60

Hay ocho tanques que se encuentran inactivos (sin contenido de agua) de los cuales siete corresponden al área no concesionada y uno a la Unidad de Internación 21 – Servicio Penitenciario Federal.

5.5. Hallazgos de auditoría.

En la entrevista mantenida con un miembro del Comité en Control de Infecciones, manifiesta que ante irregularidades o problemas detectados en el Hospital dan aviso a la Dirección de tal situación. Uno de estos casos ocurrió en días previos a la entrevista, según nota del 24 de enero de 2005 dirigida al Director del Hospital y se relaciona con algunas supuestas irregularidades observadas en el kiosco que funciona dentro del Hospital y en el bar central, solicitando una inspección en ambos lugares. Posteriormente el día 28 de enero del mismo año la Dirección del Hospital envía nota a la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria a fin de solicitar una inspección para los locales comerciales que se encuentran funcionando en el Hospital.

El 3 de febrero de 2005 por intervención del Departamento Fiscalización e Inscripciones de la Dirección de Protección de Alimentos, se procede a la clausura preventiva inmediata por cuarenta y ocho horas del bar central, a fin de preservar la salud pública por cuestiones relacionadas con la falta de higiene sanitaria y fallencias en las instalaciones. En el mismo día también se inspeccionó el kiosco procediéndose al decomiso directo e inutilización de alimentos por no presentar rotulado con la información obligatoria prevista en la normativa pertinente. (*Observación*).

Los espacios públicos ubicados en distintos organismos se otorgan en concesión a partir de dos modalidades, por intermedio de las cooperadoras de los establecimientos y a personas con necesidades especiales. En ambos casos deben tramitarse con intervención de la Dirección General de Concesiones y Privatizaciones, dependiente de la Subsecretaría de Gestión Operativa de la Secretaría de Hacienda y Finanzas.

El bar se encuentra concesionado por la Cooperadora del Hospital mediante un convenio precario contando con la conformidad de la Dirección del Hospital con los términos del contrato. (*Observación*).

La Dirección General de Concesiones y Privatizaciones informa que el Hospital no le ha remitido durante los años 2003, 2004 y 2005 el reconocimiento²¹ actualizado de la Cooperadora ni las constancias de pago de canon y servicios. (*Observación*).

El kiosco se encuentra concesionado bajo el régimen del Decreto GCBA 1553/97 que en su art. 4º autoriza a la Dirección (General) de Concesiones y Privatizaciones a suscribir los contratos de concesión para la explotación comercial de espacios para los pequeños comercios determinados en tal decreto.

En este caso la Dirección General ha realizado inspecciones (una en el año 2003 y dos en el 2004) a fin de verificar el cumplimiento de los términos del convenio firmado. De las actas efectuadas surge que se ha construido un depósito para bebidas sin la correspondiente autorización formal de la Dirección del Hospital ni de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud. (*Observación*).

6. MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA.

El servicio de mantenimiento²² de Hospitales se otorgó en concesión de construcción, conservación y explotación de obra pública, mediante contrato firmado entre la ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la empresa Poliequipos CIM S.A., Sicic S.A., SAM S.A. (U.T.E.). El servicio se encuentra incluido en la ejecución integral de los trabajos comprendidos en la Licitación de Concesión, Obra y Mantenimiento de Hospitales y Establecimientos Asistenciales Municipales correspondientes al Grupo V que comprende a los Hospitales Muñiz y Penna, aprobada por Decreto 750/91 y adjudicada por Decreto 3313/91.

El mencionado contrato ha vencido el 28/2/99 según plazo acordado (7 años) en el Acta de Renegociación del contrato original, firmada el 28/4/93.

Mediante el Decreto 2212/2004 se aprueba el Acta Acuerdo celebrada entre el GCBA y la empresa Poliequipos CIM S.A., Indaltec S.A. (U.T.E.) por la que se readecuan precios del servicio prestado por la citada empresa.

A partir del vencimiento del contrato original renegociado (28/2/99), y hasta el momento de realización de esta auditoría, la empresa ha continuado prestando sus servicios, sin un marco contractual vigente no adecuado a lo establecido por la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario (PEN) 5720/72. (*Observación*).

Mediante Decreto 2411/04 (BOCBA 12/1/05), se aprueban los Pliegos de Bases y Condiciones Generales, Particulares y de Especificaciones Técnicas Generales y Particulares y Anexos para la contratación de un Servicio de Gestión, Operación y Mantenimiento del Recurso Físico (predio, infraestructura, obra civil, instalaciones, equipo y limpieza) del Hospital Muñiz, autorizándose a la Dirección General de Compras y Contrataciones a realizar el llamado a Licitación Pública. La contratación es la CP-30-DGCYC-2005, estando aún en proceso de licitación.

El servicio de limpieza de los lugares interiores denominados del tipo gris y blanco (media y alta complejidad) como salas de internación, quirófanos, terapias, laboratorios y consultorios, entre otros, es realizado por la empresa "Limpia Buenos Aires S.A.". Esta contratación no está adecuada a lo establecido por la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario N° 5720 – PEN – 72. Su efectivización se verifica directamente mediante la emisión de una orden de provisión cuya aprobación, con posterioridad a la ejecución de los trabajos, se efectúa con fundamento en las disposiciones del Decreto GCBA N° 116/99. (*Observación*).

El control de las tareas de limpieza es realizado por dos capatazas de mucamas que dependen del Hospital, quienes recorren aproximadamente dos veces al mes diferentes Servicios y corroboran su estado de limpieza. Completan una Planilla y firman un formulario de conformidad. (*Observación*).

7. EQUIPAMIENTO.

La Dirección General de Recursos Físicos en Salud fue creada a partir del 1/1/03 mediante el Decreto 206/03. Las responsabilidades primarias de la Dirección General son:

- o Entender en la planificación, administración, supervisión y contratación del mantenimiento, la limpieza, las obras y la compra y mantenimiento del equipamiento médico en los efectores de salud que se realicen a través de contrataciones con terceros.
- o Planificar el recurso físico en salud y determinar las prioridades de las obras en los efectores de salud.
- o Coordinar el proceso de elaboración presupuestaria y participar en su ejecución.

La Dirección General cuenta con dos Departamentos, Mantenimiento y Equipamiento y Unidad Central.

El Departamento Mantenimiento y Equipamiento debe llevar a cabo las siguientes acciones:

- Realizar el relevamiento y evaluación del equipamiento tecnológico de las unidades hospitalarias y su cronograma de mantenimiento.
- Efectuar recomendaciones técnicas respecto de la recuperación e incorporación de nuevo equipamiento.
- Coordinar y verificar la realización periódica de servicios de mantenimiento preventivo y las reparaciones efectuadas por empresas contratadas.
- Informar acerca del estado de funcionamiento de los servicios básicos.

El Departamento Unidad Central tiene como acciones las siguientes:

- Realizar el análisis permanente del equipo tecnológico y determinar el grado de obsolescencia.
- Coordinar la aprobación y ejecución de la documentación técnica.

Además existe en la Dirección General el Área de Equipamiento Médico que tiene a su cargo:

- La creación de laboratorios de Bioingeniería en los Hospitales dependientes del GCBA.
- La creación de instrumentos de gestión en equipamiento médico.
- El trabajo en un plan de reequipamiento del sistema de salud del GCBA.

Este sector está a cargo de un coordinador de área (bioingeniero) quien no se encuentra designado formalmente. Cuenta con 14 agentes de planta (12 ingenieros, 1 administrativo y 1 técnico radiólogo), 11 contratados (4 ingenieros, 1 licenciado en sistemas y 6 bioingenieros), 12 bioingenieros por Convenio con Facultad de Ingeniería (Univ. Nac. de Entre Ríos) y 19 pasantes de escuelas técnicas secundarias por Convenio con Secretaría de Educación, programa "Aprender trabajando". (*Observación*).

En el año 2003 se realizó un relevamiento general del total del equipamiento médico del Hospital (inventariados, donados y en concesión). El mismo cuenta con los siguientes datos:

- ✓ Hospital.
- ✓ Servicio.
- ✓ Equipo.
- ✓ Ubicación física.
- ✓ Marca.
- ✓ Modelo.
- ✓ Serie.
- ✓ Estado (funcionando, a reparar, obsoleto fuera de servicio, etc.)
- ✓ Comentarios.
- ✓ Mantenimiento (si posee o no).

(Observación).

Desde octubre de 2004 el Hospital cuenta con la presencia de un bioingeniero en calidad de pasante²³, cuyas funciones son la reparación de equipos en la medida de sus posibilidades técnicas y la gestión de la reparación del resto del equipamiento biomédico. Registra su actividad a través de informes que eleva a la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, pero en el Hospital no queda un registro formal de las reparaciones efectuadas. (Observación).

Esta auditoría ha realizado una verificación del estado general del equipamiento del Hospital. Se ha tomado como referencia el relevamiento efectuado por la Dirección General de Recursos Físicos en Salud. El total de equipos relevados por la Dirección General asciende a 328. Además se han agregado a la verificación 10 equipos pertenecientes al área de Diagnóstico por Imágenes que no están incluidos en dicho relevamiento, componiendo un total verificable de 338 equipos.

Se ha verificado el 42,3% del total mencionado, es decir 143 equipos.

A continuación se detalla el estado de los equipos verificados indicando el servicio al cual pertenecen, cantidad de equipos verificados en cada servicio, estado del equipo (funcionando, si no funciona porque se encuentra fuera de servicio o está para reparar) y si cuentan con mantenimiento preventivo. A través de las notas se informa de algunas condiciones particulares de determinados equipos que merecen ser destacadas.

ESTADO DE LOS EQUIPOS VERIFICADOS							
Servicio	Cant.	Estado			Mant.		Notas
		Funcio- nando	Fuera de Servicio	A reparar	SI	NO	
Alergia	1	1	0	0	0	1	
Anatomía Patológica	13	10	1	2	0	13	(1)
Bacteriología	18	17	0	1	3	15	(2)
Bioquímica	24	21	0	3	2	22	(3)
Cirugía	7	7	0	0	0	7	
Endoscopia	5	5	0	0	0	5	
Hemoterapia	4	4	0	0	0	4	
Kinesiología	4	3	0	1	0	4	(4)

Laboratorio General	9	8	1	0	0	9	(5)
Laboratorio Tuberculosis	4	4	0	0	0	4	
Micología	12	12	0	0	3	9	(6)
Oftalmología	1	1	0	0	0	1	
Terapia Intensiva	30	25	0	5	0	30	(7)
Virología	1	1	0	0	0	1	
Diagnóstico por imágenes	10	9	0	1	5	5	(8)
Totales	143	128	2	13	13	130	

- (1) Anatomía Patológica: los equipos que no funcionan son Criostato (a reparar), Autotecnicon (a reparar) y Criostato (fuera de servicio por obsoleto).
- (2) Bacteriología: el equipo que no funciona es Cabina de Bioseguridad (a reparar, falta lámpara UV). Los equipos que cuentan con mantenimiento son Autoclave de Vapor (2) y Autoanalizador.
- (3) Bioquímica: los equipos que no funcionan son Cytoron Absolute (sin datos), Contador Hematológico (en reparación) y Centrífuga en Laboratorio de Guardia. Los equipos que cuentan con mantenimiento son Contador Hematológico y Coagulómetro, ambos equipos en comodato.
- (4) Kinesiología: el equipo que no funciona es Láser (a reparar).
- (5) Laboratorio General: el equipo que no funciona es Autoanalizador (fuera de servicio por obsoleto).
- (6) Micología: los equipos que cuentan con mantenimiento son Microscopio Binocular y dos Estufas de Cultivo.
- (7) Terapia Intensiva: los equipos que no funcionan son Respirador (a reparar, desperfecto no detectado), Equipo de Diálisis (a reparar), dos Respiradores (a reparar) y Respirador (a reparar, falta filtro).
- (8) Diagnóstico por Imágenes: los equipos que cuentan con mantenimiento son Equipo de rayos (tomógrafo lineal) marca POLYMAG Seriógrafo 50, dos Equipos de rayos marca DYNAN, Equipo de rayos marca SIEMMENS y Procesadora marca AGFA 160. El equipo que no funciona es un Equipo de rayos marca RAYON 100 portátil (a reparar, tubo quemado).

Con respecto al mantenimiento de los equipos el análisis de la verificación se desglosa de acuerdo al origen de los mismos.

- Equipamiento bio-médico y de laboratorio pertenecientes al Hospital.
 - o No existe mantenimiento preventivo ni reparación inmediata en caso de fallas o alteraciones en el funcionamiento de aquellos equipos que son muy antiguos o que vencieron las condiciones de mantenimiento establecidas en los pliegos de bases y condiciones para su adquisición. Algunos contados equipos son reparados por la empresa Poliequipos (realiza mantenimiento y limpieza en el Hospital), entre otros, microscopio binocular, estufas de cultivo, equipo de electroforesis, etc..- En otras circunstancias es la experiencia o el conocimiento del personal que usa dichos equipos, que con voluntarismo intentan solucionar el desperfecto, haciendo que equipos relativamente obsoletos continúen funcionando. El Hospital cuenta con un bioingeniero que realiza pequeñas reparaciones que favorecen la continuidad de los equipos. *(Observación)*.
- Equipamiento en comodato.

- o En este caso todo el equipamiento en comodato tiene su mantenimiento y reparación asegurado por las condiciones establecidas en el comodato.
- Equipamiento incorporado por donaciones y/o subsidios.
 - o Existen dificultades en aquellos equipos donados que provienen del exterior, en cambio los adquiridos en el país pueden tener mantenimiento y reparación asegurados si así lo establecieran las cláusulas de su compra.

De la tarea realizada surge que de 143 equipos verificados, solamente cuentan con mantenimiento preventivo 13 equipos, es decir el 9,09 %. (*Observación*).

IV. OBSERVACIONES.

Análisis presupuestario.

1. El diseño presupuestario para salud no contempla el máximo de categorías presupuestarias determinadas por la teoría presupuestaria por programas, las cuales permitirían realizar análisis de costos y de eficacia con mayor precisión. Si los hospitales fueran definidos como subprogramas se podrían determinar actividades específicas dentro de cada uno de ellos.
2. El presupuesto de Salud no siempre expresa en su totalidad la realidad de los Servicios Públicos Primarios, con lo cual existen dificultades para realizar un análisis adecuado sobre ejecución del Hospital y de costos por programas.
3. Existen mecanismos de compras de insumos por fondos de emergencia que con una adecuada planificación podrían adquirirse a través del Decreto 5720/72.
4. Las metas físicas carecen de una clara definición de unidades de medida y criterios de cuantificación adecuados que permitan realizar un análisis detallado y acertado de la eficiencia y eficacia de la gestión.
 - 4.1. Existen siete programas afectados al Hospital Muñiz cuyo producto final acabado se define como “prestación hospitalaria”, con lo cual no se diferencian las características específicas de los productos de los diversos Servicios Públicos Primarios. No se contempla el registro de cantidad de pacientes atendidos y en la cuantificación de la meta física “egresos” no se diferencian las altas de las defunciones.
 - 4.2. El Servicio Público Primario 4374 – Salud Mental, en el Hospital Muñiz carece de metas físicas tanto en la programación como en la ejecución física.
 - 4.3. No aparece cuantificada la Unidad de medida del Servicio Público Primario 4380 - Servicios Generales y Administrativos de Hospital, “kilos de residuos recolectados tratados”.

4.4. Los Servicios Públicos Primarios 4379 y 4380 carecen de necesidad real y producto acabado.

4.5. El producto acabado de un Servicio Público Primario debería surgir de la suma de los productos de las actividades que lo componen. En el Presupuesto de Salud la suma de las actividades resulta superior a la cifra expresada como producto acabado total de cada Servicio Público Primario cuyas unidades de medida son prestaciones hospitalarias, salvo en el Programa Salud Mental que la suma resulta inferior.

Conducción y Coordinación.

5. La carencia organizativa existente en el Hospital Muñiz – como en el resto de los Hospitales de la Ciudad – como consecuencia de no contar con una estructura aprobada por debajo de las Direcciones Generales, es suplida con la conformación de instancias informales que funcionan de hecho, sin cargos con responsabilidades primarias asignadas formalmente ni marco que regule su funcionamiento.
6. Las disposiciones sobre conformación de los comités, emitidas por la Dirección del Hospital, no expresan las funciones específicas, las responsabilidades de los cargos, la modalidad de funcionamiento, el registro de las acciones, circuito de comunicación, etc. Los cambios en sus integrantes no se ven expresados en actos administrativos, existiendo miembros que ya no participan y poseen formalmente el cargo y quienes lo desempeñan sin la designación correspondiente, diluyendo las responsabilidades y afectando la gestión y posterior evaluación.
7. No existe registro de las horas efectivamente dedicadas por los integrantes de los comités, con lo cual no se puede determinar el tiempo destinado a su funcionamiento y cuánto a la tarea asistencial. Tampoco se encuentra determinada la carga horaria que implica el trabajo en cada comité.

Comisión Evaluación de Gestión Hospitalaria.

8. No se cumplen funciones establecidas en la Resolución 356/97 y acciones determinadas por el Decreto 2720/03. La CEGH no posee un Programa de Evaluación Hospitalaria como tampoco los servicios el Programa de Evaluación. La ausencia de libro de actas o registro ordenado dificulta el seguimiento concreto de las acciones.
9. La CEGH no funciona en forma adecuada debido a que no cuenta con la participación de la cantidad de integrantes designados, quedando al momento de realización de esta auditoría, solamente un integrante en funciones.
10. El sistema de información de la CEGH carece de mecanismos que garanticen el cumplimiento de objetivos y aseguren una información completa, oportuna y veraz para una gestión eficiente. Las debilidades se observaron en:

- No queda registro escrito de la solicitud mensual que realiza la CEGH a los servicios, con lo cual no hay documentación que acredite que la misma se haya efectuado y/o fecha para determinar el incumplimiento por parte del servicio.
 - No se cumplimenta con el total de indicadores solicitados, el que presenta mayor información es el que se refiere a las salas de internación.
 - No se tiene la información del total de salas porque no todos los servicios envían la información mensualmente.
 - Cuando la CEGH eleva, a través de la Dirección, la síntesis a la DCG no siempre queda constancia escrita con fecha. No hay archivo del total de síntesis elevadas porque ante falta de papel o personal administrativo se envían los originales.
 - No hay constancia de seguimiento, devolución y control por parte de la DCG a la CEGH ni de ésta a los Servicios. No existen reclamos escritos por documentación no entregada en tiempo y forma. No se implementan procedimientos de verificación y control cruzado de la información suministrada por las distintas instancias.
11. La débil coordinación y comunicación entre niveles actuantes dificulta la retroalimentación y enriquecimiento de los instrumentos de gestión. Laboratorio envía mensualmente la información en base a una planilla propia y con más información que la requerida sin que esto haya generado actualizaciones en el formulario original. Hay servicios como Alergia, Diabetes, Nutrición y Adolescencia que no están contemplados en las planillas desde nivel central.
12. La CEGH no participa en el proceso de definición de indicadores de internación. No posee documentación que fundamente los parámetros utilizados por cada sector y carece de otros indicadores que permitan la comparación y valoración de la internación estándar de cada sala.

Comité de Control de Infecciones.

13. La disposición sobre la conformación del Comité no establece funciones específicas de los integrantes ni responsabilidad de sus cargos.
14. Los Comités CCI y CGRP no verifican que las empresas tercerizadas cumplan con lo dispuesto en el manual "Normas y Recomendaciones para el Control de las Infecciones Intrahospitalarias". Entre otras cuestiones, no se controla la capacitación recibida por el personal de las empresas mencionadas antes del inicio de tareas laborales en el nosocomio, ni el contenido de los programas. Tampoco conocen los términos y condiciones de la contratación de las empresas que manejan los residuos patogénicos.
15. El CCI no realiza, de rutina, procedimientos de control de infecciones intrahospitalarias en la totalidad de las salas y servicios del Hospital.
16. No se implementan procedimientos de monitoreo estandarizados sobre manipulación, elementos de bioseguridad utilizados, espesor de bolsas, depósitos intermedios, sino que se realizan observaciones de manera

incidental y sin llevar registro de lo actuado. No se realiza Planificación Anual y si bien registra las notas enviadas y recibidas no existe un único registro de los hallazgos o problemas detectados y su seguimiento. No cuenta con diseño de circuito interno de circulación de Residuos Patogénicos y desconoce si existe Plan de Contingencia.

Prestaciones brindadas a pacientes internados en el Hospital.

17. Análisis de historias clínicas.

17.1. No ha sido implementada aún en el Hospital la Historia Clínica Única de Internación, dificultando entre otras cuestiones, la unidad de criterios de registro, relevamiento de datos estadísticos, una adecuada gestión de cobro a obras sociales y la creación de indicadores de gestión.

17.2. La falta de implementación de la Historia Clínica Única de Internación en el Hospital, la ausencia de normativa interna para su confección e inexistencia de un adecuado control interno, facilitan omisiones en el registro de este documento. En las historias clínicas analizadas se encontró:

17.2.1. El 32,88 % de los días analizados (244) en las historias clínicas, no contienen firma del médico profesional.

17.2.2. El 39,89 % de los días analizados (296) en las historias clínicas, no contienen datos identificatorios del médico profesional (sello o aclaración de firma).

17.2.3. El 16,71 % de los días analizados (124) en las historias clínicas, no contienen indicaciones registradas en las hojas de enfermería.

17.2.4. El 7,44 % de las historias clínicas (9) no cuentan con la hoja de epicrisis.

17.2.5. El 9,17% de los días hábiles analizados no fueron evolucionados.

17.2.6. El 81,73% de los días sábados, domingos y feriados analizados no fueron evolucionados.

17.2.7. El 23,14% de las historias analizadas no se encuentran foliadas.

17.2.8. El 76,86% de las historias analizadas no contienen el formulario de consentimiento informado.

18. Salas de internación.

18.1. Se ha verificado falta de adecuación de los recursos disponibles en relación a la demanda en las salas analizadas, constatándose falta de habilitación de camas existentes, subocupación de camas habilitadas y falta de redistribución de recursos humanos, entre otras variables que afectan las prestaciones hospitalarias.

18.2. La producción del Servicio de Cirugía es baja con relación a los recursos disponibles con que cuenta el Servicio y de acuerdo a lo verificado mediante los indicadores "horas médicas / camas

ocupadas”, “horas médicas / cirugías efectuadas”, “horas enfermería / camas ocupadas” y “camas ocupadas / camas habilitadas”.

- 18.3. Existe una diferencia significativa en el Promedio de Camas Disponibles para Cirugía entre la cifra indicada por el Movimiento Hospitalario 2004 con lo verificado por esta auditoría.

19. División Servicio Social:

- 19.1. La Jefatura de la División se encuentra vacante, estando a cargo del Subdirector Médico del Hospital al no haberse designado nuevo Jefe luego de haberse jubilado la anterior Jefa en el año 2003.
- 19.2. El Servicio no trabaja en forma programada, atendiendo solamente los casos más urgentes en las áreas más conflictivas.
- 19.3. Se ha constatado que la División no cuenta con personal administrativo que efectúe tareas de atención administrativa de pacientes, registro de actividades e ingreso, carga de información y archivo de actuaciones.

Farmacia.

20. División Farmacia.

- 20.1. No se elaboran listados periódicos de inventario físico.
- 20.2. La División no cuenta con farmacéutico para realizar el control de medicación sobrante en salas, lo que implica que si el paciente se retira o fallece, los medicamentos no son devueltos a farmacia.
- 20.3. No se identifican los datos de aclaración de firma y número de ficha municipal de los agentes correspondientes a las salas verificadas, encargados del retiro de medicamentos en Farmacia.
- 20.4. El equipo de esterilización es obsoleto.

Laboratorio.

21. Organización.

- 21.1. No se encuentran centralizadas todas las áreas de Laboratorio, los Laboratorios de Micología y de Tuberculosis no están ubicados en el pabellón de Laboratorio Central. Esta situación genera que los pacientes deambulen por el Hospital a fin de acceder a los servicios de Laboratorio.

22. Unidad Virología.

- 22.1. La Unidad no cuenta con personal administrativo propio, cuenta con un agente perteneciente a la División Análisis Clínico y otro al área de Anatomía Patológica.

23. Unidad Micología.

- 23.1. El edificio en el que se encuentra ubicada la Unidad Micología no cuenta con salida de emergencia por incendio.

- 23.2. Existen inconvenientes con la limpieza del área porque la empresa a cargo del servicio limpia los pisos sin ocuparse de la limpieza de mesadas, armarios, etc., que son higienizados por personal propio de la Unidad que se encuentra destinado a limpiar el material de laboratorio y no a éstas tareas.
- 23.3. La Unidad no cuenta con servicio de personal de vigilancia afectado a su área.
24. Sección Bacteriología de la TBC.
- 24.1. El laboratorio no cuenta con grupo electrógeno para proteger los equipos automatizados ni las estufas de cultivos, ante cortes de energía eléctrica.
- 24.2. La Sección no cuenta con personal de vigilancia afectado a su área.
25. Sección Bioquímica.
- 25.1. La falta de personal técnico causa la demora con que se están otorgando los turnos (15 días).
- 25.2. El horario de otorgamiento de turnos (10.00 a 13.30 hs.) no puede extenderse debido a que la Sección cuenta con un único empleado administrativo.
- 25.3. El acceso a la Sección Bioquímica carece de rampa para discapacitados y de acceso por ascensores, provocando que la extracción de muestras a estos pacientes deba realizarse en otro sector (Unidad Virología) y que la muestra luego deba trasladarse a Bioquímica.
- 25.4. Tres de los cuatro sitios destinados a la extracción sanguínea se encuentran en un mismo gran box, lo que no otorga privacidad al paciente.
- 25.5. La Sección no cuenta con servicios sanitarios anexos.
- 25.6. El horario de trabajo de una de las dos empresas que tienen a cargo el servicio de limpieza coincide con el horario de laboratorio, lo que implica que mientras los técnicos y profesionales procesan las muestras, esta empresa se encuentra realizando tareas de limpieza.
- 25.7. La Sección no cuenta con software informático específico para desarrollar sus tareas, llevándose los registros y confeccionándose los informes en forma manual, debiendo destinarse personal calificado a tareas administrativas.
- 25.8. La Sección no cuenta con personal de vigilancia afectado a su área.

Diagnóstico por Imágenes.

26. No existe una definición clara de que área debe encargarse de la gestión de solicitar los turnos de TAC y RNM, la misma es llevada a cabo por la División Diagnóstico por Imágenes y por Urgencias de acuerdo a la disponibilidad de personal que cuente cada sector para realizar las tareas pertinentes.

27. Los registros llevados por la División Diagnóstico por Imágenes y Urgencias en relación a la solicitud de turnos de TAC y RNM, no mantienen homogeneidad en cuanto a los datos registrados por ambos sectores y no conservan un formato tipo de un mes a otro.
28. El registro de datos contenidos en la “Planilla de Control de Pedido de Estudios” que lleva la División Diagnóstico por Imágenes, no es adecuado ni completo por los siguientes motivos:
 - 28.1. No se indica el motivo de los turnos suspendidos, lo que no permite visualizar el tipo de problema ocurrido (falta de ambulancia del SAME, paciente dado de alta antes de la fecha de realización del estudio, paciente fugado, equipo que realiza el estudio con desperfectos, etc.).
 - 28.2. No se indica el motivo por el cual hay 3 registros tachados en el mes de agosto de 2004, lo que no permite saber si fueron turnos otorgados y luego suspendidos o directamente no fueron otorgados por otra causa.
 - 28.3. No se indica el motivo por el cual hay 3 registros sin fecha de otorgamiento del turno solicitado en agosto de 2004, lo que no permite saber si el estudio se realizó.
29. El registro de datos contenidos en la planilla “Pacientes Ambulatorios” confeccionada por la División Diagnóstico por Imágenes en el mes de agosto de 2004 no es adecuado ni completo por los siguientes motivos:
 - 29.1. No se registra si el pedido es por urgencia, control o diagnóstico, lo que impide determinar el grado de urgencia de la solicitud.
 - 29.2. No se contempla el registro de la suspensión de turnos ni obviamente el motivo de la suspensión, convirtiéndose la información en confusa y poco clara.
 - 29.3. No se contemplan datos de información útil como número de historia clínica, zona corporal relacionada con el estudio a realizar y motivo del pedido.
 - 29.4. En 25 casos de un total de 29, es decir en el 83% de los casos no se registra la fecha de otorgamiento del turno para el estudio pertinente.
30. El registro de datos contenido en el libro llevado por Urgencias relacionado con la solicitud de pedido de turnos para estudios a realizarse fuera del Hospital no es adecuado ni completo por los siguientes motivos:
 - 30.1. No se registra la fecha de solicitud de los pedidos por lo que se torna imposible determinar tiempos de demora en el otorgamiento de los turnos.
 - 30.2. No se registra si el pedido es por urgencia, control o diagnóstico, lo que impide determinar el grado de urgencia de la solicitud.
 - 30.3. No contempla el registro de la suspensión de turnos ni, obviamente, el motivo de la suspensión, convirtiéndose la información en confusa y poco clara.
 - 30.4. No se contemplan otros datos de información útil como número de historia clínica, zona corporal relacionada con el estudio a realizar y motivo del pedido.

- 30.5. El registro contiene datos tachados sin efectuar aclaraciones, datos ilegibles, datos borrados, datos sin completar, etc., lo que lo convierte en poco confiable e incompleto.
31. No se cuenta con personal de seguridad afectado al área de Diagnóstico por Imágenes.

Bioseguridad.

32. Seguridad e Higiene del Trabajo.

- 32.1. El Hospital Muñiz no cuenta con un Servicio de Seguridad e Higiene del Trabajo de acuerdo a lo exigido en la Ley Nacional 19.587/72.

33. Riesgos del Trabajo.

- 33.1. El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y por lo tanto el Hospital Muñiz, en carácter de empleador, no posee al momento de esta auditoría, afiliación con alguna Aseguradora de Riesgos de Trabajo y tampoco se encuentra autoasegurado según lo determinado por la Ley Nacional 24557/95 (Ley de Riesgos del Trabajo).

34. Residuos Patogénicos.

- 34.1. El personal de cocina (Sala 16) dispone en bolsas rojas comida que no ha sido distribuida a ningún paciente.²⁴ (Anexo IV – punto 1).
- 34.2. Se verificaron deficiencias relacionadas con utilización de bolsas:
- 34.2.1. No se utiliza en todos los casos bolsas rojas en tachos rojos, generando confusiones en la segregación. (Anexo IV – Puntos 2 y 7).
- 34.2.2. Se observaron tachos sucios sin bolsa y basura patológica tirada en el piso. (Anexo IV - Puntos 3 y 8).
- 34.2.3. Se hallaron bolsas rojas tiradas en lugares de zonas negras esperando ser recogidas (Anexo IV - Puntos 5, 6 y 13).
- 34.2.4. Se encontraron contenedores en lugares de paso sin tapas y con bolsas negras mezcladas (Anexo IV - Punto 12).
- 34.3. No se realiza limpieza de los contenedores de los depósitos intermedios y final (Anexo IV - Punto 17).
- 34.4. No se toman las medidas necesarias en cuanto a los elementos de protección personal, ni se proveen los elementos indicados para la operatoria. (Anexo IV - Puntos 9, 11 y 14).
- 34.5. Falta de higiene adecuada de los empleados de limpieza (Anexo IV – Punto 10).
- 34.6. El depósito final se encuentra en malas condiciones de higiene, azulejos rotos y rajados, los tachos se encontraban sucios, no se observó tubos germicidas, se encontró comida de los operarios y remedios para dolencias cutáneas (crema antimicótico), (Anexo IV - Punto 4).
- 34.7. Existen en el Hospital (sector lindante con la calle Monasterio) bidones con líquidos especiales almacenados sin resolver su

disposición y tratamiento, y además elementos relacionados con el circuito interno de residuos patogénicos en condiciones de falta de higiene y abandono (Anexo IV – Puntos 15 y 16).

35. Provisión de Agua Potable.

- 35.1. La empresa Poliequipos – Indaltec realiza limpieza de tanques de agua sin contar con la inscripción obligatoria en el Registro de Empresas Privadas de Limpieza y Desinfección de Tanques de Agua Potable, tal como lo determina el Decreto MCBA 2045/93.
- 35.2. El Hospital Muñiz no contaba con un listado de tanques y cisternas de agua al momento de realización de las tareas de auditoría.
- 35.3. El Hospital ha brindado información incompleta a la Dirección General Control de la Calidad Ambiental en el mes de febrero de 2005 en respuesta a un requerimiento relativo a la ubicación de todos y cada uno de los tanques del establecimiento con indicación del tipo de tanque, sector al que alimenta y nombre del pabellón en que se emplaza, entre otros datos. En tal sentido ha informado los datos de 5 tanques sobre un total de 48.
- 35.4. En relación a la detección de existencia de “pseudomona” en el agua de las Salas 3 UTI y 3 ID, no se ha verificado en el Libro de Enfermería de cada una de las salas, indicaciones escritas sobre conductas a seguir.
- 35.5. No existe comunicación escrita de parte de la empresa Poliequipos al Hospital sobre qué tanques de agua y en qué fechas se realiza la limpieza de los mismos. (Únicamente se registra en el Libro de Comunicación Interna que es leído por el supervisor dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud).
- 35.6. El supervisor dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud tampoco conoce previamente cuando se realiza la limpieza de los tanques de agua, lo que implica que no se encuentra presente en tal actividad.
- 35.7. No existe un procedimiento determinado para la toma de muestras que contemple, la presencia de representantes de las áreas involucradas en el momento de la toma, Comité en Control de Infecciones, empresa Poliequipos, personal del área o sala correspondiente, supervisor de la Dirección de Recursos Físicos en Salud, la forma y lugar para tomar las muestras de agua.
- 35.8. En el Hospital no se realizan controles aleatorios en fechas alejadas de aquellas informadas en las que se efectuó la limpieza de tanques de agua.
- 35.9. El Libro de Aguas de Bacteriología no contiene identificación clara y precisa relativa al protocolo relacionado con los resultados registrados, a qué tanque o cisterna corresponde la muestra, cantidad de muestras, sector al que pertenece y lugar donde fue tomada (tanque, canilla, etc.).

36. Hallazgos de auditoría.

- 36.1.** No existen los controles periódicos adecuados en el área de higiene y seguridad alimentaria relacionados con el bar y el kiosco ubicados en el predio del Hospital Muñiz, los que permitirían evitar la falta de higiene sanitaria y la existencia de alimentos que incumplen las normas de control alimentario, situación que ocasionó la clausura del bar y el decomiso de alimentos del kiosco en el mes de febrero de 2005.
- 36.2.** El bar ubicado en el predio del Hospital Muñiz está funcionando mediante contrato de locación otorgado por la Cooperadora del Hospital con la conformidad de la Dirección del Hospital, constituyendo un convenio precario por el cual se cede un espacio de dominio público para la explotación comercial sin la intervención directa de la Dirección General de Concesiones y Privatizaciones y/o el área pertinente del GCBA.
- 36.3.** No se cumple con exigencias de la Dirección General de Concesiones y Privatizaciones que solicita documentación referente a la Cooperadora del Hospital y a la concesión del bar que funciona en el predio del Hospital (constancia actualizada del reconocimiento de la Cooperadora o constancias de pago de canon y servicios por parte del locatario).
- 36.4.** El kiosco que funciona en el predio del Hospital Muñiz ha construido un depósito de bebidas anexo al local sin la correspondiente autorización según consta en las inspecciones realizadas por la Dirección General de Concesiones y Privatizaciones.

Mantenimiento y limpieza.

- 37.** El servicio de mantenimiento y limpieza prestado por la empresa Poliequipos CIM S.A. – Indaltec S.A. (U.T.E.), a partir del 28/2/99 (vencimiento del contrato vigente) y hasta el momento de la realización de esta auditoría, se ha efectuado sin adecuarse a lo establecido por la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario (PEN) 5720/72.
- 38.** La situación contractual de la empresa que presta el servicio de limpieza Limpia Buenos Aires no está adecuada a lo establecido por la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario (PEN) 5720/72.
- 39.** No hay un adecuado sistema de control de las actividades de la empresa Limpia Buenos Aires. Los agentes que verifican y firman mensualmente el formulario del servicio recibido, carecen de indicaciones precisas en cuanto a su función, áreas y obligaciones que deben certificar. No poseen criterios escritos e indicadores para determinar el “estado de limpieza” que evalúan. No hay registro de salas visitadas o reclamos que se realiza a la empresa.

Equipamiento.

40. El equipamiento bío-médico y de laboratorio pertenecientes al Hospital no cuenta con:
 - 40.1. Mantenimiento preventivo de los equipos.
 - 40.2. Servicio de reparación inmediata en caso de fallas o alteraciones en el funcionamiento de equipos que son muy antiguos o que vencieron las condiciones de mantenimiento establecidas en los pliegos de bases y condiciones para su adquisición.
41. El 90,91 % de los equipos verificados en la muestra seleccionada, no cuentan con mantenimiento preventivo.
42. El relevamiento general del total del equipamiento médico del Hospital efectuado por la Dirección de Recursos Físicos en Salud no contiene información sobre:
 - 42.1. Equipamiento de Diagnóstico por Imágenes.
 - 42.2. Número de inventario de los equipos.
 - 42.3. Garantías de los equipos.
 - 42.4. Antigüedad del equipamiento.
43. Las reparaciones de equipamiento en las que interviene el bioingeniero dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, no son volcadas en un registro formal único y centralizado disponible en el Hospital, no permitiendo efectuar un seguimiento de las reparaciones, tiempos de demora, causas, casos pendientes, etc.
44. El coordinador del Área de Equipamiento Médico, dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, carece de acto administrativo de designación formal en su cargo.

V. RECOMENDACIONES.

Análisis presupuestario.

1. Diseñar el presupuesto para salud de manera tal que contemple el máximo de categorías presupuestarias a efectos de permitir el análisis de costos y de eficacia con mayor precisión.
2. Tomar las medidas pertinentes para que lo reflejado en el presupuesto de cada Servicio Público Primario exprese la ejecución real del mismo.
3. Planificar las compras de insumos a fin de realizar las adquisiciones a través del Decreto 5720/72, reduciendo al mínimo indispensable el régimen de compras por fondos de emergencia.
4. Definir claramente las unidades de medida de las metas físicas presupuestarias para que permita el análisis adecuado de eficiencia y eficacia en la gestión.

Conducción y Coordinación.

5. Formalizar la estructura organizativa de los Hospitales de la Ciudad.

6. Determinar formalmente las funciones específicas de los comités que funcionan en el Hospital, indicando las responsabilidades de los cargos y la modalidad de funcionamiento, registrando las acciones desarrolladas, estableciendo un circuito de comunicación, etc.
7. Determinar la carga horaria que implica el trabajo en cada comité y registrar las horas efectivamente dedicadas por sus integrantes.

Comisión de Evaluación de Gestión Hospitalaria.

8. Cumplir las funciones establecidas en la Resolución 356/97 y las acciones determinadas por el Decreto 2720/03.
9. Regularizar y asegurar la participación de los integrantes designados en la Comisión.
10. Garantizar a la Comisión un sistema de información que contenga mecanismos orientados al cumplimiento de objetivos y que asegure una información completa, oportuna y veraz sobre la gestión.
11. Fortalecer la coordinación y comunicación entre niveles actuantes con la Comisión para retroalimentación y enriquecimiento de los instrumentos de gestión.
12. Establecer los mecanismos necesarios para que la Comisión participe en el proceso de definición de indicadores de internación.

Comité de Control de Infecciones.

13. Determinar las funciones específicas de los integrantes del Comité y la responsabilidad de sus cargos.
14. Tomar los recaudos necesarios para que los Comités CCI y CGRP verifiquen que las empresas tercerizadas cumplan con lo dispuesto en el manual "Normas y Recomendaciones para el Control de las Infecciones Intrahospitalarias", y que posean información acerca de los términos y condiciones de la contratación de las empresas que manejan los residuos patogénicos.
15. Realizar procedimientos de control de infecciones intrahospitalarias en forma rutinaria en la totalidad de las salas y servicios del Hospital.
16. Elaborar una planificación anual de sus acciones. Implementar procedimientos de monitoreo estandarizados sobre manipulación, elementos de bioseguridad utilizados, espesor de bolsas de residuos, depósitos intermedios, llevando registro de lo actuado.

Prestaciones brindadas a pacientes internados en el Hospital.

17. Implementar la Historia Clínica Única en el Hospital, elaborar normativa interna para su confección y desarrollar un adecuado control interno a fin de evitar omisiones de datos e información que deben contener las historias clínicas.
18. Adecuar los recursos disponibles en relación a la demanda de las salas con el propósito de evitar subocupación de camas habilitadas y una inadecuada distribución de recursos humanos, entre otras variables que

afectan las prestaciones hospitalarias. Implementar los mecanismos necesarios para que la producción del Servicio de Cirugía sea adecuada con relación a los recursos disponibles con que cuente el Servicio. Tomar los recaudos pertinentes para que la cifra indicada en el Movimiento Hospitalario de Promedio de Camas Disponibles para el Servicio de Cirugía sea adecuada a la realidad.

19. Adecuar la División Servicio Social a fin de contar con un Jefe designado, trabajar en forma programada y contar con personal administrativo suficiente para el desarrollo de las tareas pertinentes de la División.

Farmacia.

20. Implementar los mecanismos necesarios para que se lleve a cabo el control de medicación sobrante en salas por parte de personal de Farmacia. Elaborar listados periódicos de inventario físico. Asegurar la identificación clara de los agentes de salas que retiran medicamentos en la Farmacia.

Laboratorio.

21. Tomar los recaudos pertinentes para que los pacientes no deambulen por el Hospital buscando el acceso a los servicios de Laboratorio.
22. Regularizar la situación de los administrativos de la Unidad Virología a fin de que dependan de la misma.
23. Arbitrar los medios para que el edificio en el que se encuentra la Unidad Micología cuente con salida de emergencia por incendio. Revisar las tareas de limpieza que debe cumplir la empresa a cargo del servicio en la Unidad Micología. Tomar las medidas necesarias para que la Unidad Micología cuente con servicio de personal de vigilancia afectado a su área.
24. Brindar al Laboratorio de la Sección Bacteriología de la TBC la cobertura necesaria para proteger los equipos automatizados y estufas de cultivo ante cortes de energía eléctrica. Tomar las medidas necesarias para que la Sección cuente con servicio de personal de vigilancia afectado a su área.
25. Procurar que no existan demoras en el otorgamiento de turnos en la Sección Bioquímica por falta de personal técnico y que el horario de otorgamiento de tales turnos no deje de extenderse por falta de personal administrativo. Facilitar los medios para que las extracciones de muestras correspondientes a la Sección Bioquímica se realicen en el ámbito físico de la misma Sección. Otorgar privacidad al paciente que concurre a los sitios destinados a la extracción sanguínea. Dota a la Sección de servicios sanitarios anexos. Disponer que las empresas que tienen a cargo el servicio de limpieza en la Sección realicen sus tareas en horarios distintos a los que utilizan los profesionales y técnicos para procesar las muestras de laboratorio. Determinar medidas que eviten el destino de personal calificado a tareas administrativas. Tomar las

medidas necesarias para que la Sección cuente con servicio de personal de vigilancia afectado a su área.

Diagnóstico por Imágenes.

26. Definir claramente que área debe encargarse de la gestión de solicitar turnos de TAC y RNM, puesto que al momento de desarrollo de las tareas de auditoría los turnos eran solicitados por la División Diagnóstico por Imágenes y por Urgencias en forma indistinta sin tener en claro la responsabilidad que tiene cada área.
27. Homogeneizar los registros llevados en relación a la solicitud de turnos de TAC y RNM.
28. Adecuar los registros de datos relacionados con solicitudes de turnos de TAC y RNM, llevados por la División Diagnóstico por Imágenes y por Urgencias, a fin de contar con información sobre motivos de los turnos suspendidos, grado de urgencia de la solicitud, etc., que no contengan tachaduras y que se completen todos los datos pertinentes.
29. Ídem 28.
30. Ídem 28.
31. Tomar las medidas necesarias para que la Sección cuente con servicio de personal de vigilancia afectado a su área.

Bioseguridad.

32. Implementar los medios necesarios para que el Hospital Muñiz cuente con un Servicio de Seguridad e Higiene del Trabajo de acuerdo a lo exigido en la Ley Nacional 19.587/72.
33. Regularizar la situación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en carácter de empleador, con respecto al cumplimiento de la Ley de Riesgos del Trabajo (Ley Nacional 24557/95), en cuanto a su afiliación o autoseguro.
34. Tomar las medidas pertinentes para que se efectúe una utilización correcta de las bolsas de residuos patogénicos, para que las bolsas, tachos y contenedores de residuos se encuentren en buenas condiciones de higiene y ubicados en lugares adecuados. Asegurar la provisión y utilización de elementos de protección personal para el personal que realiza tareas relacionadas con residuos patogénicos. Poner en buenas condiciones de higiene el depósito final y resolver la disposición y tratamiento de líquidos patogénicos almacenados en lugares no adecuados.
35. Regularizar la situación de la empresa que realiza la limpieza de tanques de agua en cuanto a su inscripción obligatoria en el Registro de Empresas Privadas de Limpieza y Desinfección de Tanques de Agua Potable determinada por el Decreto MCBA 2045/93. Contar con la información necesaria y actualizada sobre tanques y cisternas de agua en existencia en el Hospital. Tomar los recaudos necesarios para que ante la detección de bacterias infecciosas, se sigan instrucciones adecuadas a fin actuar en forma oportuna y correcta en las distintas

áreas involucradas. Implementar los pasos pertinentes para que el Hospital y el supervisor dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, cuenten con información previa acerca de las tareas a realizar de limpieza de tanques de agua (fecha de realización, identificación de los tanques, etc.). Crear un procedimiento reglado para la toma de muestras de agua que contemple la presencia de las áreas involucradas al momento de efectuarse tal operación. Implementar controles aleatorios periódicos por parte del Hospital en los análisis de agua. Arbitrar las medidas para que el Libro de Aguas llevado por Bacteriología contenga identificación clara y precisa relativa a protocolos relacionados con los resultados registrados (tanque o cisterna al que corresponde la muestra, cantidad de muestras, sector al que pertenece, lugar donde fue tomada la muestra, etc.)

Hallazgos de auditoría.

36. Implementar los controles periódicos necesarios en el área de seguridad e higiene alimentaria en locales ubicados en el predio del Hospital. Regularizar la situación de convenio precario por el cual el bar ubicado en el predio del Hospital funciona mediante contrato de locación otorgado por la Cooperadora del Hospital. Cumplir con las exigencias de la Dirección General de Concesiones y Privatizaciones relativas a la solicitud de documentación referente a la Cooperadora del Hospital y a la concesión del bar ubicado en el predio del Hospital. Regularizar la situación de la construcción de un depósito de bebidas anexo al local del kiosco mencionado, sin la correspondiente autorización según consta en inspecciones realizadas por la Dirección General de Concesiones y Privatizaciones.

Mantenimiento y Limpieza.

37. Adecuar las contrataciones del servicio de mantenimiento y limpieza prestado por la empresa Poliequipos CIM S.A. – Indaltec S.A. (U.T.E.) y de limpieza prestado por la empresa Limpia Buenos Aires, a lo establecido por la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario (PEN) 5720/72.
38. Ídem 37.
39. Implementar un adecuado sistema de control de las actividades que la empresa Limpia Buenos Aires desarrolla en el Hospital.

Equipamiento.

40. Arbitrar las medidas para que el equipamiento bío-médico y de laboratorio pertenecientes al Hospital cuente con mantenimiento preventivo y servicio de reparación inmediata en caso de fallas o alteraciones en el funcionamiento de equipos muy antiguos o que tienen vencidas las condiciones de mantenimiento establecidas en los pliegos de bases y condiciones para su adquisición.

41. Tomar los recaudos pertinentes para que el equipamiento médico del Hospital cuenten con mantenimiento preventivo.
42. Disponer que el relevamiento general del total del equipamiento médico del Hospital efectuado por la Dirección de Recursos Físicos en Salud contenga información sobre equipamiento de diagnóstico por imágenes, número de inventario de los equipos, garantías de los equipos y antigüedad del equipamiento.
43. Registrar en forma única y centralizada los datos e información relativa a reparaciones de equipamiento en las que interviene el bioingeniero dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, a fin de permitir un seguimiento adecuado.
44. Regularizar la situación del coordinador del Área de Equipamiento Médico dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, que carece de acto administrativo de designación formal en su cargo.

De acuerdo a lo establecido por el Colegio de Auditores Generales de esta AGCBA en concordancia con lo sugerido por la Dirección General de Asuntos Legales en el Dictamen N° 37/06, ha resuelto recomendar el inicio de acciones en sede administrativa, a fin de determinar el grado de responsabilidad de los funcionarios y/o agentes involucrados, en los términos del artículo 136 inc. k de la Ley 70 (Observaciones 34 y 35).

VI. CONCLUSIONES.

El Hospital Muñiz adolece de una estructura formal como el resto de los Hospitales de la Ciudad, significando esta situación la conformación de instancias informales que funcionan de hecho y que se encuentran inmersas en distintas áreas del Hospital, manifestándose de diversas formas. Desde las disposiciones emitidas sobre conformación de Comités sin expresar las funciones específicas, responsabilidades de los cargos, registro de las acciones y circuito de comunicación, entre otras cuestiones, hasta la falta de adecuación de los recursos disponibles en relación a la demanda en las salas analizadas, conforman situaciones donde se manifiesta que la organización, conducción y coordinación de las actividades del Hospital no son adecuadas en cada nivel de responsabilidad.

Obviamente que en este tipo de estructura informal ejercer acciones sobre redistribución de recursos o formalizar situaciones, entre otras cosas, son posibles dependiendo de la facultad de actuar de distintos niveles de responsabilidad, incluyendo entre ellos niveles superiores al Hospital.

El Hospital Muñiz debe readecuar recursos disponibles (P.ej.: el Servicio de Cirugía tiene baja producción en función de los recursos), mejorar el funcionamiento de los Comités (CEGH y Comité de Control de Infecciones, entre otros), y ejercer adecuadamente el control interno en diversas áreas (Registro de historias clínicas, stock de medicamentos en

Farmacia y Salas, gestión de solicitud de turnos para TAC y RNM, certificación del servicio de limpieza, verificación del servicio de limpieza de tanques de agua y circuito interno de residuos patogénicos, entre otras cuestiones).

El ámbito de los niveles superiores al Hospital juega un papel importante en los temas presupuestarios y en especial en las contrataciones a nivel central. La herramienta presupuestaria en Salud no permite realizar análisis de costos y de eficacia con mayor precisión y no expresa la ejecución real de cada Hospital. Las metas físicas no han sido definidas con unidades de medida claras que permitan evaluar el logro obtenido en relación a lo programado. En cuanto a contrataciones de servicios efectuadas a nivel central, los servicios de mantenimiento y limpieza no se encuentran adecuados a la Ley de Contabilidad y Decreto Reglamentario (PEN) 5720/72, el Hospital no cuenta con servicio de reparación inmediata y mantenimiento preventivo de su equipamiento biomédico. También debe considerarse la falta de creación de un Servicio de Seguridad e Higiene como lo exige la Ley Nacional 19587/72 y el cumplimiento de la Ley Nacional 24557/95 sobre Riesgos del Trabajo.

PROYECTO 3.04.26 – HOSPITAL MUÑIZ – Auditoría de Gestión.

ANEXO I.

**ENTREVISTAS REALIZADAS A AUTORIDADES
Y RESPONSABLES DEL HOSPITAL.**

Sector	Cargo
Dirección del Hospital	Director
Administración de Recursos Desconcentrados	A.R.D. (2)
Departamento Servicios Centrales Diagnóstico y Tratamiento	Jefa de Departamento
Departamento de Urgencias	Secretaria (1)
División Diagnóstico por Imágenes	Jefe de División
División Farmacia	Jefe de División
Unidad Sala 29 – HIV Pediatría	Jefe de Unidad
Unidad Sala 18 – Tisioneumonología	Jefe de Unidad
Unidad Sala 16 – HIV Mujeres	Jefe de Unidad
Unidad Sala 5 – Cirugía	Jefe de Unidad
Unidad Sala 4 – Hepatopatías	Jefe de Unidad
Unidad Micología	Jefe de Unidad
Unidad Virología	Coordinadora Responsable
Unidad Terapia Intensiva	Jefe de Unidad
Unidad Micología	Jefe de Unidad
Unidad Arancelamiento	Jefe de Unidad
Sección Bacteriología de la Tuberculosis	Jefe de Sección
Sección Bioquímica	Jefe de Sección
Laboratorio General	Jefe
Anexo de Farmacia	Farmacéutica

(1) Encargada de gestionar los turnos de tomografías, resonancias magnéticas, etc. que se realizan fuera del Hospital, para pacientes internados.

(2) Administrador de Recursos Desconcentrados.

**ENTREVISTAS REALIZADAS CON RESPONSABLES
DE ÁREAS AJENAS AL HOSPITAL MUÑIZ.**

Área	Cargo
Dirección General de Recursos Físicos en Salud	Supervisor de obra en el Hospital
Dirección General de Recursos Físicos en Salud – Área de Equipamiento Médico	Coordinador a cargo del Área
Dirección General de Recursos Físicos en Salud – Área de Equipamiento Médico	Bioingeniero pasante en el Hospital
Dirección General de Concesiones y Privatizaciones – Subsecretaría de Gestión Operativa – Secretaría de Hacienda y Finanzas	Funcionarios de la Dirección General
Empresa concesionaria a cargo del servicio de mantenimiento, Poliequipos-Indaltec	Responsable en el Hospital

PROYECTO 3.04.26 – HOSPITAL MUÑIZ – Auditoría de Gestión.

ANEXO II.

INDICADORES DE SALAS DE INTERNACIÓN.

CUADRO DE INDICADORES.

Indicador	Salas				
	4	5	16	18	29
Camas habilitadas / Camas existentes	100%	100%	50%	70%	100%
Camas ocupadas / Camas habilitadas	46,2%	10,0%	86,7%	85,7%	50,0%
Horas de enfermería / Camas habilitadas	5,1	2,6	7,6	6,4	4,6
Horas de enfermería / Camas ocupadas	11,0	26,0	8,8	7,5	9,3
Horas médicas / Camas habilitadas	2,6	1,6	1,0	1,0	1,7
Horas médicas / Camas ocupadas	5,6	15,7	2,3	1,2	3,3

CUADROS DE DATOS POR SALA.

Detalle	Salas (4)				
	4	5	16	18	29
Camas existentes (1)	13	30	30	20	18
Camas habilitadas (2)	13	30	15	14	18
Camas ocupadas (3)	6	3	13	12	9
Horas enfermería diarias	66	78	114	90	84
Horas médicas sem.	168	235	152	73	150
Horas méd.prom.diarias	33,6	47,2	30,4	14,6	30,0

- (1) Son aquellas que se encuentran físicamente en cada Sala.
 (2) Son aquellas que se encuentran disponibles para ser utilizadas.
 (3) Son aquellas que se encuentran con pacientes.
 (4) Los datos corresponden a la fecha del procedimiento de auditoría (Febrero 2005).

PROYECTO 3.04.26 – HOSPITAL MUÑIZ – Auditoría de Gestión.

ANEXO III.

BIOSEGURIDAD – SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO.

La Ley 19587 define a sus efectos, en el art. 2º, el término empleador como la persona, física o jurídica, privada o pública, que utiliza la actividad de una o más personas en virtud de un contrato o relación de trabajo²⁵. Con este sentido, la Dirección del Hospital Muñiz en su carácter de empleadora con relación a su propio personal y respecto de los contratistas de servicios en cuanto al personal afectado a la ejecución de los contratos celebrados con el GCBA, queda sujeta a las obligaciones establecidas en relación a:

- o Normas técnicas y medidas sanitarias, precautorias, de tutela o de cualquier otra índole que tengan por objeto determinadas cuestiones que tienen que ver con la prevención. (art.4º).
- o Principios y métodos de ejecución básicos. (art.5º).
- o Conceptos primordiales que deberán considerarse en las reglamentaciones de las condiciones de higiene de los ambientes de trabajo. (art.6º).
- o Otros conceptos que deberán considerarse primordialmente en las reglamentaciones de las condiciones de seguridad en el trabajo (art.7º).
- o Medidas adecuadas de higiene y seguridad especiales para proteger la vida y la integridad de los trabajadores, que todo empleador debe adoptar y poner en práctica. (art.8º).
- o Otras obligaciones del empleador sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos (art.9º).

Es de destacar que a partir de la falta de relación contractual entre empresas prestatarias de servicios y el GCBA, el compromiso en cuanto a responsabilidad de este último es mayor ante la posibilidad de accidentes laborales de los empleados de las empresas privadas.

PROYECTO 3.04.26 – HOSPITAL MUÑIZ – Auditoría de Gestión.

ANEXO IV.

RESIDUOS PATOGENICOS.

A continuación se detallan las deficiencias verificadas en el marco de los procedimientos realizados en distintos sectores del Hospital en relación al manejo de residuos patológicos.

Nº	Fecha	Deficiencia	Lugar	Cant
1	15/11/04 13.00hs	Se observa que el personal que reparte la comida a los enfermos dispone en bolsas rojas el alimento que sobra	Cocina de la Sala 16 mujeres	1
2	25/01/05 10.30	Se observa tacho rojo con bolsa negra en su interior	Puerta de la Guardia.	1
3	25/01/05 10.40hs	Se observa tacho rojo sucio sin bolsa roja y un guante usado en el piso.	Vacunatorio	1
4	25/01/05 11.00hs	Malas condiciones de higiene, azulejos rotos y rajados, los tachos se encontraban sucios, no se observó tubos germicidas, se encontró comida de los operarios y remedios para dolencias cutáneas (crema antimicótico).	Depósito final de residuos patológicos	1
5	26/01/05 a las 10.30 hs	Por segundo día consecutivo una bolsa roja tirada en zona negra.	Frente al Comité de Infecciosas en la puerta de farmacia	1
6	26/01/05 a las 10.35 hs	Bolsa roja en la calle (zona negra), la misma es retirada por el carro de residuos patológicos a las 11.30hs.	Esquina del Pabellón 21/22	1
7	14/02/05 10.30 hs	Dos bolsas rojas con hojas de árboles y guantes tipo cirugía tirados en el piso sobre la tierra.	Detrás de la sala de pediatría	1
8	14/02/05 10.40 hs	Tacho rojo sin bolsa y en su interior un líquido lechoso y basura en su interior.	Frente al Pabellón 21/22	1
9	Del 22/09/04 al 05/11/04	Manipulación de bolsas rojas dentro del Laboratorio de Bioquímica por personal que no contaba con la indumentaria ni el equipo de protección adecuados (solamente utilizaba guantes cubriendo hasta la articulación de la muñeca, camisa sin mangas, pantalones recogidos hasta las rodillas y zapatillas).	Laboratorio de Bioquímica	1
10	Del 22/09/04 al 05/11/04	El mismo personal mencionado, sin higienizarse ni cambiarse, continuó seguidamente con la limpieza de pisos de la Sala de Extracción.	Laboratorio de Bioquímica	1
11	Del 22/09/04 al 05/11/04	Los elementos utilizados para realizar dicha limpieza no estaban en condiciones. No se cumplía con la técnica de higiene correspondiente.	Laboratorio de Bioquímica	1

12	Del 22/09/04 al 05/11/04	Se encontraron contenedores de residuos patogénicos , en horario central del hospital (9 a 13 hs.), desbordantes de bolsas rojas, sin estar tapados y/o conteniendo además bolsas negras.	(Áreas lindantes con: Laboratorio de Virología, UTI, Sala de Pediatría).	1
13	Del 22/09/04 al 05/11/04	Se encontraron bolsas rojas depositadas sobre la acera y/o la calzada en sectores del hospital con importante circulación de personas	(área que rodea la Guardia y la Unidad de Terapia Intensiva).	1
14	Del 22/09/04 al 05/11/04	Se observó a personal sin elementos de protección completos (solamente utilizaban guantes y estaban con las mangas de la camisa recogida), manipulando bolsas rojas y presionando manualmente sobre ellas para intentar completar un contenedor de transporte.	Carro de transporte al depósito final	1
15	Del 22/09/04 al 05/11/04	En los fondos del hospital, lindando con calle Monasterio, permanecen depositados dentro de una construcción precaria, bidones con residuos patogénicos líquidos.	Fondos del hospital, lindando con calle Monasterio	1
16	Del 22/09/04 al 05/11/04	En este sector se observan además diferentes elementos relacionados con el circuito interno de residuos patogénicos (carro de transporte, piletón de fibra de vidrio, planta procesadora, etc.) en condiciones de falta de higiene y abandono.	Fondos del hospital, lindando con calle Monasterio	1
17	Del 22/09/04 al 05/11/04	No se realiza limpieza de los tachos del deposito final, ni de los del depósito intermedio. Nadie cumple esa función	Depósito final y depósito intermedio	1