

INFORME FINAL DE GESTION

**Proyecto N° 3.07.02 b
Gestión del Hospital Donación F. Santojanni
Ministerio de Salud**

Período 2006

Buenos Aires, Diciembre de 2008

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 piso 5º Capital Federal

Presidente

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

Lic. Josefa Arminda Prada

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Dr. Alejandro Fernandez

Dr. Juan Carlos Toso

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.07.02 b

NOMBRE DEL PROYECTO: Gestión del Hospital Donación F. Santojanni

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2006

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: Abril de 2008

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto:

Dr. C.P. Pedro Cottone

Auditor Ayudante a cargo en tareas de campo:

Dra. C.P. Patricia Campana

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital Donación Francisco Santojanni.

(*) Desde Marzo de 2008

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Abril de 2008.				
Código del Proyecto	3.07.02 b)				
Denominación del Proyecto	Gestión del Hospital Donación Francisco Santojanni				
Período examinado	Año 2006				
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital Donación Francisco Santojanni.				
Presupuesto 2006 (expresado en pesos)	Jur	Eje	Pro	Descripción	Devengado
	40	434	19	CLINICA MEDICA PEDIATRICA	5.769.971
	40	434	20	CLINICA MEDICA ADULTOS	29.066.021
	40	434	21	CIRUGIA	12.660.566
	40	434	26	SERVICIOS AUXILIARES DEL SISTEMA DE ATENCION	13.411.313
	40	434	27	SERV. GENERALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL	14.882.855
	40	434	28	OBSTETRICIA	3.476.400
	40	434	30	URGENCIAS	14.994.003
					94.261.128
Limitaciones al alcance	No fue posible aplicar el Indicador Tiempo de Espera Quirúrgico dado que, del total de historias clínicas solicitadas (96), solo se pudieron analizar 11 casos, ya que no se encontraban las mismas o no estaba consignado el dato de indicación quirúrgica.				
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 3 de Diciembre de 2007 y el 26 de Marzo de 2008.				
Aclaraciones previas	La Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, advierte que no se encuentra reglamentada por normativa vigente, la Figura de Guardia Fuera de Dotación. No obstante, es de destacar que, ante la necesidad de recurso humano y la demora en las designaciones, se ha autorizado a la realización de Suplencias de Guardia en planta fuera de las dotaciones que se encuentran contempladas por la normativa vigente para el área de urgencias. La Licitación para el Servicio de Limpieza y Mantenimiento, se encuentra caduca. Para garantizar la continuidad de la				

	prestación del servicio, y hasta tanto se regularice el mismo, el gasto devengado se abona según los términos del Decreto 1370/GCBA/2001. Actualmente, se encarga de brindar este servicio la Empresa CIIMS S.A. percibiendo por el mismo \$ 42.200 mensuales. El Anexo IV del Contrato original, establece que todo lo relacionado a la prestación del servicio, será supervisado, controlado y coordinado por el órgano de control a través de la Inspección.
Principales observaciones detectadas	1. La demanda ambulatoria atendida (paciente de consultorio externo) resulta escasa con relación a las horas asistenciales ofrecidas (1,90 consulta por cada hora médica ofrecida), tornando a la actividad asistencial ofrecida por el hospital, débil en cuanto a las actividades de promoción, prevención y atención de la salud, señaladas por la Ley Básica de Salud. Asimismo, las consultas del Primer Nivel de Atención, resultan escasas (14,23%) con relación a la consulta asistencial del hospital, no cumpliéndose así el objetivo de descomprimir la demanda del hospital. 2. La producción promedio mensual del área de Rayos (6 placas por profesional a razón de 40 minutos por estudio) resulta baja, si se considera la cantidad de quipos de Radiodiagnóstico disponible para el año 2006 (5 equipos) y la cantidad de horas profesionales ofrecidas (1.164 hs. mensuales). Si bien la conducta prescriptiva tendiente a una menor aplicación de Rayos en los pacientes, puede fundamentar la baja producción, no existe adecuación de las horas profesionales ofrecidas, que torne coherente la producción del Servicio. 3. El Hospital tiene capacidad instalada ociosa (dos quirófanos con producción que no supera las 5 practicas quirúrgicas al mes y uno con solo 17 prácticas al mes) con relación a la cantidad de quirófanos en condiciones de ser utilizados (para el año 2006, diez quirófanos sobre un total de diez) y la demanda satisfecha. Asimismo, durante el año 2007, tres quirófanos (que representan el 30% del total) se utilizaron como depósitos por no disponer del equipamiento necesario para las condiciones de uso. 4. La escasa accesibilidad a la consulta externa, incrementa la consulta de Guardia, aproximando la demanda de dicha consulta (80%) al consumo de la consulta externa. Este tipo de consulta aumenta los costos del sistema de salud y baja la calidad de atención, de aquellos que sí necesitan la consulta de urgencia. 5. Existe un alto índice de ausentismo de Licencias por

	Largo tratamiento, que el hospital debe afrontar. No obstante, existe otro índice aún mayor, ausentismo no justificado, que no se comunica para su descuento de haberes (50% de casos sobre una muestra de 680 casos en el año 2006). Esta proporción se incrementa a lo largo de los años; para el año 2007 solo se comunicó para su descuento el 16% de los casos relevados (221 casos sobre una muestra de 1340 casos). Asimismo, se verifica que en ningún caso existió un descuento por llegada tarde. Esto señala la ineficiencia del control de asistencia y la falta de confiabilidad de la información que maneja y comunica el hospital. 6. Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (143.420 hs), representan un 43% a las horas normales trabajadas (329.760 hs), implicando ello, que cada agente trabajaría en promedio 10 hs diarias. No obstante, no existe información que acredite fehacientemente que dichas horas fueron desempeñadas en tareas asistenciales, ni control cruzado por oposición respecto de la División Personal. 7. El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación -que no se encuentra regulada por normativa vigente- para el pago de horas extras a profesionales de la salud, devengando por tal concepto durante el año 2006, el 40% (\$2.569.680) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales. Vale decir que, el gasto por inciso 1 aumenta en un 40%, por el pago de horas extras, sobre las que no se verifica la veracidad de su utilización. 8. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el deficiente sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza las tareas, la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc.), como también la escasez de personal en función a los metros cuadrados asignados y al tipo de tarea a realizar, son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente de la Dirección General Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, la demora en la elaboración de los nuevos pliegos de limpieza y la concreción de la Licitación correspondiente, recae en la incorrecta utilización del pago del servicio, por Decreto 1.370/01 (Legítimo Abono).
Recomendaciones	1. Replantear las estrategias de atención, en el marco

	de actividades de promoción y prevención de la salud, a efectos de incorporar al sistema de salud, la demanda real, haciendo hincapié en aquellos que padecen patologías de alto riesgo. 2. Realizar una evaluación tecnológica del hospital, a fin de determinar la demanda real que el mismo esta en condiciones de afrontar, y redistribuir la oferta de horas asistenciales, en función de la demanda real y no a la demanda satisfecha. 3. Implementar un adecuado sistema de control de asistencia, que no permita la vulneración de los registros, tornando confiable la información que maneja y eleva el Hospital. 4. Realizar una evaluación sobre la necesidad de contar con horas remuneradas por Guardia Fuera de Dotación e incorporar al circuito de autorización y pago de las mismas, controles que acrediten la autenticidad de su realización en tareas asistenciales. 5. Implementar mecanismos de control que acrediten la calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, y rever los medios de certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Conclusión	Sobre la base de las tareas descriptas en el alcance de auditoria, se concluye que, el cumplimiento de los objetivos institucionales y de otros indicadores de la gestión analizada, se ven limitados por las observaciones detalladas en el punto VII del Informe.

**INFORME FINAL DE GESTIÓN
PROYECTO 3.07.02 b
Hospital General de Agudos Donación “Francisco Santojanni”**

DESTINATARIO

Señora
Presidenta
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Gabriela Michetti
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I) OBJETO

Debilidades y áreas críticas detectadas en el Hospital de Donación Francisco Santojanni.

II) OBJETIVO

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

III) ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Para evaluar el cumplimiento del presupuesto físico aprobado, de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión en áreas críticas del Hospital Donación Francisco Santojanni, detectadas en la auditoría de relevamiento, se practicaron los siguientes procedimientos:

a. Relativos a la Gestión Clínica:

- Análisis y evaluación de la producción del Recurso Humano, por áreas críticas.
- Verificación de tiempo de espera entre admisión, cirugía y atención terapéutica, entre otros.

- Evaluación de la calidad de atención, a través de una Encuesta de Satisfacción a usuarios (pacientes y profesionales de la salud) de los servicios asistenciales detectados como áreas críticas.
- Cruce y análisis de información suministrada por distintos entes, relacionados con el objeto de auditoria.
- Identificación de Indicadores cualitativos y cuantitativos de la Gestión.

b. Relativos a la Gestión Administrativa / Contable:

- Análisis de la normativa vinculada a las debilidades detectadas.
- Verificación de horas laborales y horas de Guardias Fuera de Dotación, en relación con la producción total.
- Vista y análisis de expedientes en juzgados u otras Instituciones afines, relacionados con el objeto de auditoria.
- Análisis y alcance de las responsabilidades establecidas en Pliegos de Bases y Condiciones para las empresas tercerizadas (limpieza, mantenimiento y residuos patogénicos) y las que le competen al Departamento de Recursos Físicos.

Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 3 de Diciembre de 2007 y el 26 de Marzo de 2008.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No fue posible aplicar el Indicador Tiempo de Espera Quirúrgico dado que, del total de historias clínicas solicitadas (96), solo se pudieron analizar 11 casos, ya que no se encontraban las mismas o no estaba consignado el dato de indicación quirúrgica.

V) ACLARACIONES PREVIAS

RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

1. La Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, advierte que no se encuentra reglamentada por normativa vigente, la Figura de Guardia Fuera de Dotación¹. No obstante, es de destacar que, ante la necesidad de recurso humano y la demora en las designaciones, se ha autorizado a la realización de Suplencias de Guardia en planta fuera de las dotaciones que se encuentran contempladas por la normativa vigente para el área de urgencias.

¹ Denominación otorgada al pago de Suplencia de Guardia extra, con la finalidad de cubrir la necesidad de Recurso Humano. No está contemplada en Normativa Vigente: Resolución 315/SS/02 Suplencia de Guardia.

2. El Decreto 5/7/943 (B. M. 6894) regula el cumplimiento del horario, estableciendo que los registros de asistencia se cerrarán exactamente a la hora fijada para el comienzo de las actividades del personal. Determina las sanciones a aplicar por cada llegada tarde (descuento de medio día de sueldo, si la demora no excede de quince minutos y el día íntegro si el atraso fuere mayor) y por salida anticipada (un día de suspensión).

3. La Ley 154 regula la generación, manipulación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de todos los residuos patogénicos provenientes de la actividad de la atención de la salud humana.

El Decreto 1.886/01 aprueba la Reglamentación de la Ley 154, incorporando al mismo el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos, elaborado por la Ex Secretaria de Salud, Ex Dirección General Adjunta de Hábitat Físico para la Salud, año 2000.

Los Residuos Peligrosos se rigen por la Ley 24.054, siendo competencia del Nivel Nacional.

4. La Licitación para el Servicio de Limpieza y Mantenimiento, se encuentra caduca. Para garantizar la continuidad de la prestación del servicio, y hasta tanto se regularice el mismo, el gasto devengado se abona según los términos del Decreto 1370/GCBA/2001. Actualmente, se encarga de brindar este servicio la Empresa CIIMS S.A. percibiendo por el mismo \$ 42.200 mensuales.

(Observación 17)

La empresa debe recolectar, los residuos patogénicos desde el sitio de almacenamiento interno, ocupándose del tratamiento y disposición final de los mismos.

El Anexo IV del Contrato original, establece que todo lo relacionado a la prestación del servicio, será supervisado, controlado y coordinado por el órgano de control² a través de la Inspección.

VI) PROCEDIMIENTOS

La evaluación de los resultados de la Gestión del Hospital Donación F. Santojanni, se basó en el uso de Indicadores.

Se intenta de esta forma, establecer un marco de referencia, que permita promover la mejora continua de los procesos y servicios, como así también de la utilización de los recursos.

De esta manera, se pretende crear la posibilidad de instrumentar los cambios necesarios, para cumplir los objetivos del hospital.

² Actualmente la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, dependiente del Ministerio de Salud.

1. GESTIÓN ASISTENCIAL

I. INDICADORES DEL PROCESO AMBULATORIO

En cada indicador desarrollado, se trabajó con una muestra, aplicada a las siguientes fuentes: Planillas de Consultas Ambulatorias, Libro de Pruebas de Laboratorio Ambulatorias, Libro de Estudios de Rayos, Libro de Estudios de Tomografía y las entrevistas realizadas a los Jefes de Servicios, en la etapa de Relevamiento.

i. CONSUMO y EFICIENCIA

- **Productividad de la consulta externa:** Total de consultas ambulatorias año 2006 / Total de horas medicas disponibles para consultas ambulatorias año 2006.

$$302.145^3 / 158.856^4 = 1,90 \text{ consulta/hs}$$

Por cada hora asistencial ofrecida, el hospital no alcanza a cubrir dos consultas asistenciales por profesional médico. **(Observación 1)**

- **Razón consultas externas-egresos:** Total de consultas ambulatorias año 2006 / Total de egreso año 2006.

$$302.145 / 15.109^5 = 19,99$$

Por cada 20 consultas externas, 1 consulta, deriva en internación del paciente.

Se analizaron además, las **especialidades que asisten patologías crónicas** de mayor prevalencia como: Cardiología, Neumonología, Diabetes, Chagas y Neurología.

Para el análisis de dichas especialidades, se trabajó sobre una muestra de dos meses (Agosto y Noviembre de 2006), obteniendo un promedio mensual. La evidencia relevada fue de 551 Planillas de Consultas Ambulatorias.

³ Descripción de las consultas ambulatorias Hospital en Anexo 1 (no incluye Guardia ni Atención Primaria).

⁴ Descripción de las horas asignadas a consultas ambulatorias Hospital en Anexo 1.

⁵ Dato extraído del Movimiento Hospitalario año 2006. No incluye egresos de Guardia.

Cuadro 1. Producción por especialidad

Especialidad	Turnos Promedio Mensual	1 ° vez Promedio Mensual	Ulterior Promedio Mensual	Cantidad de Profesionales	Producción Mensual por profesional	Producción Diaria por Profesional
Cardiología	1.187	582	605	23	52	3
Neumonología	552	226	326	5	110	6
Diabetes	631	152	479	4	158	8
Chagas	79	30	49	1	79	4
Neurología	637	279	358	9	71	4

Fuente: Planillas de Consultas Externas. Año 2006.

La producción de los Servicios seleccionados refleja que, a pesar de tratarse de especialidades que asisten patologías crónicas de alta prevalencia y mayor riesgo de complicaciones, no existe una relación coherente entre las horas profesionales ofrecidas y la cantidad de consultas atendidas; lo que implica una baja accesibilidad a los Servicios analizados. **(Observación 1)**

▪ Laboratorio Central Ambulatorio

Se examinó la Sección Química Clínica, por ser el área de mayor volumen de pruebas realizadas. Se compararon los registros del Servicio con las órdenes médicas (mes de Enero de 2008, por no contar con las ordenes del año 2006).

Se tomó una muestra de 296 pacientes, obtenida de la formula de tamaño muestral aprobada por la AGCBA, sobre un universo de 300.528 consultas externas.

Sobre la muestra seleccionada se detectó que, sobre un total de 2.013 determinaciones realizadas, 110 (5,46%) no constan en las órdenes médicas verificadas. Asimismo, se evidenció la duplicación de 4 parámetros básicos (glucosa, colesterol, proteínas, albúmina) en los registros del Servicio. **(Observación 2)**

Lo descripto obedece a que, el Sistema Informático del Laboratorio (concesionado por la firma Roche) emite los listados de pruebas realizadas con ítems, denominados Conexión⁶, que aumentan la producción total. Por lo tanto, se evaluó la producción real. **(Observación 2)**

Se solicitó un listado de pruebas realizadas (muestra de meses Abril, Agosto y Noviembre de 2006), para el análisis de pruebas reales.

Se sumó el total de determinaciones que arrojó el listado (462.124) y se restaron las denominadas Conexiones (73.108). Se comprobó que los parámetros glucosa h (23.932), colesterol h (19.464), proteínas h (15.672),

⁶ Los parámetros conexión, son una vía de identificación, que utiliza cada equipo para reconocer las sustancias (glucosa, colesterol, etc.) en los distintos líquidos analizados (suero, orina, etc.).

albúmina h (14.040) (parámetros conexión) son pruebas duplicadas y se incluyen en el total de la producción. **(Observación 2)**

Asimismo, se procedió al análisis de la productividad del Servicio, con relación a su equipamiento.

Se relacionó la producción real, con los equipos disponibles del área seleccionada, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro 2. Equipamiento y producción. Química Clínica.

Equipamiento analizado	Producción Standard	Producción Real ⁷	Hs. Maq. ofrecidas
PLATAFORMA MODULAR ANALYTICS, HITACHI, Modulo I	800 muestras/hr	99 muestras/hr	10 hs
PLATAFORMA MODULAR ANALYTICS, HITACHI, Modulo II	300 muestras/hr	9 muestras/hr	10 hs
ELECSYS 2010 (Roche / Hitachi)	85 test / hr	2 test/hr	10 hs
MIDITRON JUNIOR II: (Roche)	100 muestras	62 muestras/hr	10 hs

Fuente: Elaboración propia sobre información suministrada por el Servicio.

Si bien la cantidad de pruebas de laboratorio, puede verse condicionada por la accesibilidad a la consulta médica, la relación producción real con horas maquinas ofrecidas, demuestran un exceso de tecnología -pudiendo en consecuencia aumentar el consumo de reactivos-, para la demanda satisfecha. **(Observación 2)**

Asimismo, existen diferentes equipos que realizan una misma prueba (por ejemplo, Plataforma Modular Analytics Modulo I, Elecsys 2010 y un equipo autoanalizador para HG glicosilada, pueden realizar la determinación Hemoglobina Glicosilada), verificándose lo expuesto en el párrafo precedente. **(Observación 2)**

- **Radiología ambulatoria:** Total de prácticas (simples o contrastados) efectuados a pacientes ambulatorios en el año 2006 / Total de consultas ambulatorias año 2006 = Práctica/consulta/año

$$20.796^8 / 302.145 = 0,069 \text{ Práctica/consulta/año}$$

Los resultados obtenidos indican un comportamiento, tendiente a la baja utilización de prácticas de radiología por consulta. No obstante, si lo relacionamos con una conducta prescriptiva tendiente, a disminuir la aplicación de rayos sobre los pacientes, se deduce que el indicador resultante se ubica dentro de parámetros médicos aceptados.

El servicio dispuso de 15 técnicos para la atención (1.056 hs mensuales, más 108 hs remuneradas por Guardia Fuera de Dotación). El tiempo promedio por

⁸ Dato extraído del Libro Estudios de Rayos. Año 2006, meses de Abril, Agosto y Noviembre proyectado anualmente.

estudio es de 40 minutos (1.164 hs hombre mensuales / 1.733⁹ placas mensuales x 60 minutos). La producción promedio diario por técnico es de 6 placas (86 placas diarias / 15 profesionales).

Si bien no existen valores estándares en hospitales públicos del ámbito de la Ciudad, para su comparación con los valores obtenidos respecto a, tiempo promedio por estudio (40 minutos) y producción promedio diaria por técnico (6 placas), teniendo en cuenta que el Servicio dispuso para el período auditado 5 equipos de Radiodiagnóstico con 12 hs/día disponible cada uno, se deduce que, los resultados obtenidos no son coherentes con valores aceptados. **(Observación 3)**

- **Radiología Internación:** Total de prácticas (simples o contrastados) efectuados a pacientes internados en el año 2006 / Total de egresos año 2006 = Estudio/egreso/año

$$5.140^{10} / 15.109^{11} = 0,34 \text{ Estudio/egreso/año}$$

El valor de referencia oscila entre 1,5 y 2 estudios radiográficos por egreso, con 4 o 5 placas por estudio¹². El resultado de este indicador muestra un valor por debajo del valor de referencia. No obstante, se mantiene lo enunciado en el indicador de Radiología ambulatoria, sobre la conducta prescriptiva.

- **Tomografía:** Total de estudios (simples o contrastados) efectuados a pacientes ambulatorios en el año 2006 / Total de consultas ambulatorias x 1000 = TC/1000consultas/año

$$(4.516^{13} / 302.145) \times 1000 = 14,94 \text{ TC/1000consultas/año}$$

El resultado del indicador propuesto, se ubica dentro de los parámetros médicos aceptados (16TC/1000consultas/año).

El servicio dispuso de 9 técnicos para la atención (640 hs mensuales, más 528 hs remuneradas por Guardia Fuera de Dotación). El tiempo promedio por estudio es de 186 minutos o 3hs (1.168 hs hombre mensuales / 346 TAC mensuales x 60 minutos). La producción promedio diario por técnico es de 2 tomografías (18 TAC diarios / 9 profesionales). **(Observación 4)**

Cuentan con 1 único tomógrafo cuyas horas ofrecidas son de 12hs/día (horario cubierto por los profesionales técnicos de 8 a 20 hs). **(Observación 4)**

⁹ Dato extraído del Libro Estudios de Rayos. Año 2006, meses de Abril, Agosto y Noviembre proyectado anualmente.

¹⁰ Dato extraído del Libro Estudios de Rayos. Año 2006, meses de Abril, Agosto y Noviembre proyectado anualmente.

¹¹ Movimiento Hospitalario Internación por especialidades año 2006. No incluye Urgencia.

¹² Rezzonico, R y Aranguren, E. Auditoria Médica Tomo 1 2da. Edición, julio de 1998.

¹³ Dato extraído del Libro Estudios de Tomografía. Año 2006, meses de Abril, Agosto y Noviembre proyectado anualmente.

Dicho tomógrafo podría aumentar su producción si se redistribuyera los horarios de los profesionales técnicos (24 hs), en lo que se justificaría las horas por Guardia Fuera de Dotación. **(Observación 4)**

Queda demostrado así, que el número de profesionales técnicos debería ser menor ya que el equipamiento es insuficiente para la cantidad de profesionales disponibles. **(Observación 4)**

- **Tasa de uso consulta efectores del Área Programática por usuario:**
Total de consultas efectores del Área Programática año 2006/ Total de Usuarios año 2006 =

$$115.371^{14} / 84.272^{15} = \mathbf{1,369} \text{ (1,37 consulta por usuario por año)}$$

Si bien esta tasa no esta ajustada por grupo etáreo, esta muy por debajo de los valores deseables (3 consultas beneficiario año)¹⁶. **(Observación 1)**

- **Proporción consulta efectores del Área Programática 2006 – Consulta Externa Total año 2006:** Total de consultas efectores del Área Programática año 2006 / Total de Consultas Externas año 2006 x 100 =

$$115.371 / 810.909^{17} \times 100 = \mathbf{14,23 \%}$$

Esta proporción resulta insuficiente y demuestra que, la consulta del primer nivel de atención, continúa centralizada en el Hospital. **(Observación 1)**

Cabe señalar que, según estudios expuestos en el IX Congreso Argentino de Salud, los Hospitales de la Ciudad atendieron en el primer trimestre del año 2006, 1.946.512 consultas externas, mientras que los Centros de Salud recibieron 133.886 consultas entre Enero y Marzo, resultando de esta relación que, los Cesac atienden en promedio el 14,54% de las consultas que atienden los Hospitales, coincidiendo ello con el resultado del indicador analizado¹⁸.

II. INDICADORES DEL PROCESO DE INTERNACIÓN

i. CONSUMO

- **Estancia Media diaria:** Total de pacientes día correspondiente a los egresos del año 2006 / Total de egresos del mismo período = Paciente día

$$111.204^{19} / 15.265^{20} = \mathbf{7,28 \text{ Paciente día}}$$

¹⁴ Dato extraído del Anuario Estadístico 2006.

¹⁵ Dato extraído del Anuario Estadístico 2006.

¹⁶ Dr. Federico Tobar. Disponible en: www.federicotobar.com.ar/pdf/economiadelasalud

¹⁷ Dato extraído del Movimiento Hospitalario Año 2006.

¹⁸ IX Congreso Argentino de Salud. Año 2006.

¹⁹ Dato extraído del Movimiento Hospitalario Internación año 2006.

²⁰ Dato extraído del Movimiento Hospitalario Internación año 2006. Incluye Guardia.

- **Tasa de egresos cada 100 consultas año:** Total de egresos año 2006 / total de consultas año 2006 x 100 = EGR /100consulta/año

$$15.265 / 810.909^{21} \times 100 = \mathbf{1,88 \text{ EGR /100consulta/año}}$$

ii. CALIDAD

- **Tasa de Mortalidad hospitalaria: 3,40%**²²

El valor resultante, se corresponde con la media del Sistema Publico de la Ciudad (3,89 %²³).

- **Tasa Global de Infección Intrahospitalaria año 2006** (ajustada por tiempo de exposición, de acuerdo con la metodología de la NNIS²⁴) = **8,33‰ días/pacientes**

La tasa global de infecciones anual es de 8,33‰ días/pacientes, verificándose que durante el segundo semestre esta tasa se incrementó en el 52%²⁵, respecto del primero (Primer Semestre 6,33‰ y Segundo Semestre 12‰ año 2006). **(Observación 5)**

Asimismo, se observó como componente importante en la tasa global de infecciones, la infección sobre sitio quirúrgico (ISQ) en cirugía cardiovascular central; sobre un total de 56 cirugías de revascularización miocárdica (CRM), se encontraron 6 infecciones, resultando la tasa de infección del 10,7 %.

- **Proporción de Cesáreas:** Total de cesáreas realizadas año 2006 / Total de partos asistidos año 2006 x 100 = % de cesáreas

$$1.135^{26} / 4.223^{27} \times 100 = \mathbf{26,9 \%}$$

El valor resultante, se corresponde con la media del Sistema Publico de la Ciudad (26,8 %²⁸).

iii. ACCESIBILIDAD

Se seleccionó una muestra aleatoria de historias clínicas (96 H.C. sobre un universo de 810.909 pacientes atendidos, aplicando la formula de tamaño muestra aprobada por la AGCBA) de consultorio externo e internación, a fin de verificar el tiempo de espera quirúrgico.

²¹ Dato extraído del Movimiento Hospitalario Año 2006.

²² Movimiento Hospitalario Índices de Internación año 2006.

²³ Movimiento Hospitalario Egresos, indicadores de internación y consultas por hospital año 2006.

²⁴ Nacional Nosocomial Infection Surveillance System EEUU.

²⁵ Información extraída de los índices elaborados por el Comité de Infecciones.

²⁶ Anuario estadístico año 2006.

²⁷ Anuario estadístico año 2006.

²⁸ Movimiento Hospitalario Partos clasificados por tipo y hospitales año 2006.

- **Tiempo de internación previo a la cirugía:** Días entre internación y practica quirúrgica.

Cuadro 4. Días promedio de internación previa.

Servicios	Días promedio de espera
Cirugía Gral.	7
Ortop. y Traum.	6
Neurocirugía	6
Ginecología	3
Obstetricia	1
Cardiología	1

Fuente: Historias clínicas relevadas.

Los Servicios que mayor utilización de camas tienen, previo a la cirugía, son: Cirugía General 7 días, seguido de Ortopedia y Traumatología y Neurocirugía con 6 días. No obstante, analizadas las condiciones clínicas del paciente al momento de la internación, se verifica que no existe causal que acredite la necesidad de días de internación, previos a la cirugía. Cabe aclarar que, esta conducta genera un costo adicional innecesario para el hospital. **(Observación 8)**

III. INDICADORES DEL PROCESO QUIRÚRGICO

i. EFICIENCIA

- **Porcentaje de cirugías efectivas:** Total de cirugías efectivas año 2006 / Total de cirugías programadas año 2006 x 100 =

$$3.924^{29} / 4.734^{30} \times 100 = 83 \%$$

Sobre un total de 4.734 cirugías anuales programadas, se realizaron 3.924 (83%).

Para el análisis de cirugías por especialidad, se trabajó sobre una muestra de dos meses (Abril y Noviembre de 2006), obteniendo un promedio mensual. La evidencia relevada fue de 660 registros de Partes Diarios de Quirófano.

²⁹ Planillas diarias de quirófano año 2006.

³⁰ Planillas diarias de quirófano año 2006.

Cuadro 5. Producción Quirúrgica por Servicio

Servicio	Producción promedio Mensual	Cantidad de Cirujanos por Servicio ³¹	Porcentaje de intervención de Cirujanos que participaron en cada Cirugía	Cantidad de Cirugías Promedio Mensual en las que intervinieron los Cirujanos de cada Servicio
Cirugía General	116	35	2,38	8
Ortopedia y Traumatología	89	29	2,43	8
Urología	47	7	2,08	14
Ginecología	36	12	2,50	7
Cardiovascular	11	6	Equipo (*)	Equipo (*)
Cirugía Plástica	13	1	2,00	26
Neurocirugía	10	4	3,24	8
Otorrinolaringología	3	2	3,87	7
Neumonología	2	2	2,00	2
Total	327	-----	-----	-----

Fuente: Planillas diarias de Quirófano – Parte quirúrgico. Año 2006.

(*) No se consigna el dato la cantidad de ayudantes que participaron.

Analizados los Servicios con mayor producción se obtiene que:

El Servicio de Cirugía General, dispuso de la mayor cantidad de cirujanos para practicas quirúrgicas (35). La cantidad de cirugías promedio mensual en las que intervinieron los cirujanos fue de 8 cirugías $(299+258/35/2)$.

El Servicio de Traumatología y Ortopedia, dispuso de 29 profesionales que realizaron prácticas quirúrgicas. La cantidad de cirugías promedio mensual en las que intervinieron los cirujanos fue de 8 cirugías $(246+192/29/2)$.

La Unidad de Urología, dispuso de 7 profesionales que realizaron prácticas quirúrgicas. La cantidad de cirugías promedio mensual en las que intervinieron los cirujanos fue de 14 cirugías $(82+114/7/2)$.

La División Ginecología, dispuso de 12 profesionales que realizaron prácticas quirúrgicas. La cantidad de cirugías promedio mensual en las que intervinieron los cirujanos fue de 7 cirugías $(111+69/12/2)$.

Si se analiza la participación de los cirujanos, en las cirugías promedio mensual, considerando a los profesionales que realizaron cirugías según lo informado por los Jefes de los distintos Servicios en la etapa de Relevamiento, existe una diferencia notable en las especialidades de Cirugía General y Ortopedia y Traumatología.

³¹ Profesionales que operaron según consta en las Planillas diarias de quirófano año 2006 (personal de planta, residentes y concurrentes). En el caso de Ortopedia y Traumatología los profesionales no se identifican con nombre y apellido, sino con iniciales.

Para el caso de Cirugía General, el Servicio informó que sólo 15 profesionales de planta realizaron cirugías. Ortopedia y Traumatología, informó que operaron sólo 10 profesionales de planta.

- **Porcentaje de suspensiones:** Total de cirugías suspendidas año 2006 / Total de cirugías programadas año 2006 x 100 =

$$810^{32} / 4.734^{33} \times 100 = 17 \%$$

Analizadas las causas de suspensiones, se obtiene que:

Cuadro 6. Causas de Cirugías Suspendidas

Cirugía Suspendidas	Mensual	Anual
Susp. paciente	14	168
Susp. Institución	33	396
Susp. sin causa especif.	21	246
Total suspendidas	68	810

Fuente: Planillas de Quirófano. Año 2006.

El promedio anual más alto de cirugías suspendidas, está encabezado por causas inherentes a la Institución, con un total de 396 suspensiones. Influye sobre ello, la falta de profesionales en anestesiología con nombramiento, que permitan su libre distribución. **(Observación 7)**

- **Tasa quirúrgica:** Total de cirugías efectivas año 2006 / Total de egresos año 2006.

$$3.924 / 15.109 = 0,25$$

Analizada la producción por quirófano se demuestra que:

Cuadro 7. Producción por Quirófano

Producción x Quirófano	Mensual	Anual
1	5,00	60
2	59,5	714
3	44,0	528
4 c/ Flujo Laminar	17,5	210
5	2,0	24
6	43,0	516
7	43,5	522
8	38,5	462
Ambulatorio 1	39,0	468
Ambulatorio 2	35,0	420
Total Producción	327	3.924

Fuente: Planillas diarias de Quirófano. Año 2006.

Existe subutilización de la capacidad instalada dado que, de diez quirófanos, dos (quirófano 1 y 5) solo realizaron una producción que no supera en

³² Planillas diarias de quirófano año 2006.

³³ Planillas diarias de quirófano año 2006.

promedio las 5 cirugías al mes. Otro quirófano (quirófano 4 con equipo de Flujo Laminar) solo alcanzó en promedio las 17 cirugías al mes. **(Observación 6)**

Cabe señalar que, durante el año 2007 tres quirófanos (que representan el 30%) se utilizaron como depósitos, por no contar con el equipamiento necesario, en condiciones de uso. **(Observación 6)**

Si bien existe baja disponibilidad de recurso humano en anestesiología, no alcanza para fundamentar la baja utilización de los quirófanos. Cabe considerar que en el turno vespertino la actividad quirúrgica, además se ve influenciada, por la cultura médica instalada -tarea asistencial pública realizada en turno matutino-.

ii. ACCESIBILIDAD

Se seleccionó una muestra aleatoria de historias clínicas (96 H.C. sobre un universo de 810.909 pacientes atendidos, aplicando la formula de tamaño muestra aprobada por la AGCBA) de consultorio externo e internación a fin de verificar el tiempo de espera quirúrgico.

A pesar de la importancia de este indicador, no es posible observar el resultado obtenido dado que, del total de historias clínicas de consultorio externo solicitadas (96), solo se pudieron analizar 11 casos, ya que no se encontraban las mismas o no estaba consignado el dato de indicación quirúrgica en la historia clínica. **(Observación 11)**

- **Tiempo de espera quirúrgico:** días entre el diagnóstico y práctica quirúrgica: **189 días promedio general**

El tiempo promedio general de espera quirúrgica es de 189 días o 6 meses.

IV. INDICADORES DEL PROCESO DE URGENCIAS

- **Razón Consulta de Urgencia / Consulta Externa:** Total de consultas de urgencia año 2006 / Total de consultas ambulatoria año 2006

$$244.105^{34} / 302.145 = 0,80$$

La cantidad de consultas atendidas por Guardia, representan el 80% de las consultas asistidas por Consultorio Externo.

Si se analizan los factores que podrían intervenir en la similitud de consultas, se presenta como primera instancia, la utilización de la consulta de urgencia como medio para afrontar la escasa accesibilidad de la atención por consultorio externo; hecho que queda demostrado en el punto I. i. Consumo y Eficiencia del Proceso Ambulatorio, del presente Informe. **(Observación 8)**

³⁴ Dato extraído del Movimiento Hospitalario. Año 2006.

Por otro lado hay que considerar que, este tipo de consulta aumenta los costos del sistema de salud y baja la calidad de atención, de quienes sí necesitan la consulta de urgencia.

No obstante, es necesario analizar la productividad de la consulta por especialidad médica.

Para el análisis de productividad de la consulta por especialidad, se trabajó sobre una muestra de dos meses (Abril y Noviembre de 2006), obteniendo un promedio mensual. La evidencia relevada fue de 14.776 registros de los Libros por especialidad utilizados en la Guardia.

Analizados los libros de las especialidades, Clínica Médica, Pediatría, Traumatología y Neurocirugía, se obtiene que:

- **Clínica Médica:** atendió a 1.433 pacientes promedio mensual.
- **Pediatría:** atendió a 5.227 pacientes promedio mensual.
- **Traumatología:** atendió a 3.800 pacientes promedio mensual.
- **Neurocirugía:** atendió a 393 pacientes promedio mensual.

V. INDICADORES DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERÍA

Se analizó la necesidad del personal de Enfermería, a fin de verificar, si debe ser considerado como un recurso crítico.

a) Cálculo horas anuales de trabajo de cada enfermera.

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

Francos semanales ³⁵	104	días
Licencia anual (promedio)	20	días
Enfermedad (promedio)	15	días
Feridos	10	días
Total	<u>149</u>	días

$$365 - 149 = 216 \text{ días}^{36}$$

Multiplicando días trabajados por horas diarias³⁷ de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

$$216 \times 7 = 1512 \text{ hs anuales}$$

³⁵ Francos: 1 y 1/2 por semana con 44 hs. semanales de labor. Ajustado según Acta de Paritaria Dr. J. Rezzonico año 2003.

³⁶ Rezzonico, R y Aranguren, E. Auditoria Médica Tomo 1 2da. Edición, julio de 1998.

³⁷ Se considera un promedio de 7 hs diarias.

b) Determinación de camas reales.

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

Cuadro 8. Camas disponibles.

Internación	Nro. de Camas Totales	Nro. de Camas Disponibles
Clínica	78	71
Terapia	18	14
UCO	22	16
Cirugía General	52	52
Ginecología	19	19
Pediatría	25	25
Neonatología	32	32
Obstetricia	70	70
Totales	316	299

Fuente: Informe Final de Relevamiento, Hospital D. F. Santojanni, periodo 2006.
No incluye el servicio de Guardia.

c) Índice de calidad (que se quiere brindar) según la especialidad.

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

Cuadro 9. Índice por Especialidad

Especialidades	Hs/paciente	
Clínica	2	Hs.
Terapia	12	Hs.
UCO	12	Hs.
Cirugía General	3	Hs.
Ginecología	3	Hs.
Pediatría	4	Hs.
Neonatología	12	Hs.
Obstetricia	1	Hs.
Total	49	Hs.

Fuente: Rezzonico y Aranguren.

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

$$49 / 8 = 6,125$$

d) Multiplicando el número de camas reales, por el índice que se quiere brindar, se obtiene la cantidad de horas de enfermería que se necesita en un día.

$$299 \times 6,125 = 1.831,375 \text{ hs de enfermería}$$

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

$$1.831,375 \times 365 = 668.452 \text{ hs anuales de enfermería}$$

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

$$668.452 / 1512 = 442 \text{ enfermeros}$$

Dotación enfermería según el servicio	487
Personal de conducción	- 83
Total de enfermeros con tareas asistenciales	404

Total de enfermeras con tareas asistenciales	404
Total de enfermeras según indicador	- 442
Diferencia resultante	-38

Según los valores de referencia el personal de enfermería necesario es de 442 agentes, mientras que la dotación real es de 487 agentes. No obstante, la estructura destina 83 agentes a la función de conducción.

Si a esto le son adicionadas las horas programadas como modulares (9200 horas módulo), la diferencia negativa de 38 agentes, no solo desaparece, sino que excede la necesidad real (9.200 hs mensuales / 126 hs laborales mensuales de un enfermero -surge de 1512 hs anuales / 12 meses- = 35 agentes).

Lo antedicho refleja que, el recuso humano de enfermería es el apropiado, con relación a las camas que dispone el hospital.

Sin embargo, si se relaciona este dato con las necesidades planteadas desde la Jefatura del Departamento de Enfermería³⁸, se encuentran posiciones enfrentadas, pudiendo ello obedecer a una mala distribución del personal o de asignación de horas módulos. **(Observación 9)**

Asimismo, existen valores de referencia indicando que, cada 100 camas el ideal de Recurso Humano de Enfermería, para Argentina, es de 28 agentes³⁹.

³⁸ Informe de Relevamiento Hospital Donación F. Santojanni. Proyecto N° 3.07.02 a.

³⁹ Rezzonico, R y Aranguren, E. Auditoria Médica Tomo 1 2da. Edición, julio de 1998.

VI. INDICADORES DE SATISFACCIÓN

Se confeccionó una encuesta de aplicación en pacientes ambulatorios, anónima, con preguntas cerradas, donde se relevaron las variables: turnos, demoras, trato del personal administrativo y medico y tiempo de espera para la atención.

La encuesta fue aplicada en los servicios que dependen del Departamento de Consultorios Externos. Se aplicó la formula de muestreo estadístico⁴⁰, aprobada por la AGCBA, utilizando como universo el total de consultas externas del periodo auditado, según el movimiento hospitalario. Sobre la muestra resultante (110 encuestas), se obtuvieron los siguientes resultados:

Los pacientes de consulta espontánea (32 casos que representan el 29% del total), debieron concurrir entre las 5 y las 7 de la mañana para conseguir un turno, ya sea, en horario matutino o vespertino. **(Observación 10)**

La atención del personal Administrativo se considera como muy bueno solo en el 27% de los casos (30 encuestados); no así la atención del Medico o Técnico, que es considerada muy buena en el 71% de los casos (78 encuestados), para todos los servicios relevados. **(Observación 10)**

En el 43,6% de los casos (48 encuestados), los pacientes con turno asignado, debieron esperar para ser atendidos entre 1 y 2 horas. **(Observación 10)**

La comodidad en la sala de espera para aguardar la consulta médica, se considera como regular y mala, en el 58% de los casos (64 encuestados). **(Observación 10)**

▪ Grado de Satisfacción de pacientes ambulatorios⁴¹:

$$\frac{\text{Puntaje Hallado}}{\text{Puntaje Máximo}} \times 100 =$$

$$\frac{4,46}{10} \times 100 = 44,6$$

El grado de satisfacción del paciente ambulatorio es del 44,6%, considerándose al mismo bajo⁴², con relación a los valores deseables. **(Observación 10)**

⁴⁰ Determinación del Tamaño Muestral para Muestreos Probabilísticos Representativos para estimación de Proporciones (para N mayor o igual que 45). Se utilizó un Nivel de Precisión del 10, significando que el resultado obtenido de procesar la muestra, se encuentra entre el valor estimado + o - 10 %, y un Nivel de Confianza del 5 %, esto significa que el grado de certidumbre sobre la exactitud de la estimación realizada, es del 95 %.

⁴¹ Para su cálculo se asignó un puntaje previsto, en un valor de un punto o de uno y medio, por pregunta. De este modo se obtuvo el valor resultante de 4,46 (0,71 + 0,29 + 1,15 + 0,51 + 0,60 + 0,35 + 0,35 + 0,39 + 0,11).

⁴² Valores deseables: entre el 100% y 95% Excelente, entre el 94% y 80% Muy Bueno.

Como valor de referencia en Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se encontró el total resultante del Hospital de Oncológica Maria Curie, 72,5%⁴³. Su comparación con el valor obtenido en el Hospital Santojanni, refuerza la conclusión arribada sobre el resultado del indicador. **(Observación 10)**

Se analizó el Libro de Quejas a fin de determinar la proporción de usuarios que informan insatisfacción por la atención.

Se relevó un total de 70 quejas, verificándose los siguientes datos:

Cuadro 10. Quejas efectuadas por Pacientes.

Servicios	Totales por Servicio	Mala atención y Malos tratos	Falta de Profesionales	Falta de turnos	Otros
Consultorios Externos	26	12	10	4	---
Guardia	14	14	---	---	---
Internación	13	13	---	---	---
Laboratorio Central	8	8	---	---	---
Diagnostico por Imágenes	5	5	---	---	---
Otros	4	---	---	---	4
Totales	70	52	10	4	4

Fuente: Libro de Quejas. Año 2006.

El mayor reclamo de los pacientes (74%), se debe a la mala atención y malos tratos del personal del hospital. De éstos, el 61% corresponde a la atención brindada por personal administrativo. **(Observación 10)**

No obstante, no es posible determinar si el total de quejas relevadas, coincide con el total de quejas reales, dado que no existe señalización, en ninguna parte del hospital, acerca de la existencia del libro de quejas para ser utilizado por el usuario del sistema de salud, incumplándose los art. 1, 6 y 8 de la Ley 2.247/GCBA. **(Observación 10)**

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

I. INDICADORES DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

i. RECURSO HUMANO

- **Ausentismo global:** Sumatoria de ausentismo en el año 2006 (se consideran los ausentes por cualquier causa) = **63.551 días/año**

⁴³ Encuesta realizada por la AGCBA. Informe de Gestión Hospital de Oncológica Maria Curie, periodo auditado 2005-2006. Proyecto N° 3.06.05 b).

Cuadro 11. Licencias del Personal de Planta del Hospital

Tipos de Licencias	Días de Licencia del total de agentes del Hospital
Licencias Ordinarias	37.544
Licencias Especiales *	1.625
Licencias por largo tratamiento	24.382
Total	63.551

Fuente: Comprobantes de Licencias otorgadas por la División Personal del Hospital. Información suministrada por la Dirección Gral. de Recursos Humanos - Dirección Medicina del Trabajo. * Licencias por examen, maternidad, duelo, etc.

Si se analizan las licencias tomadas por el personal del hospital, obtenemos que, sobre un total de 63.551 días de licencias, el 38% ($24.382 \times 100 / 63.551$) corresponden a Licencias por Largo tratamiento. **(Observación 12)**

Cuadro 12: Personal de Planta del Hospital

Categoría	Cantidad
Médicos	645
Otros profesionales	222
Técnicos	156
Enfermeros (*)	487
Administrativos	230
Recursos Físicos (**)	126
Otros (serv. religioso)	4
Total	1.870

Fuente: Listado de Personal – Departamento de Recursos Humanos.

(*) Lic. en Enfermería: 88; Enfermeros: 247; Auxiliares: 152.

(**) Incluye Servicio General, Mantenimiento, Operarios, Telefonistas, Camilleros y Mucamas.

Existe un total de 1.870 agentes de planta en condiciones de tomarse licencias anuales de todo tipo (quedan excluidos los agentes adscriptos en otros establecimientos).

Si multiplicamos el total de agentes, por los días laborales anuales, obtenemos días hombres laborales potenciales anuales:

$$1.870 \text{ agentes} \times 242 \text{ días} = 452.540$$

Si a estos días laborales potenciales anuales, le restamos el ausentismo global anual, obtenemos la cantidad de días reales trabajados

$$452.540 - 63.551 = 388.989$$

$$\text{Días – Hombre: } \frac{\text{Días hombres Reales trabajados}}{\text{Días hombres Potenciales}} = \frac{388.989}{452.540} = 0,85$$

Los agentes con nombramiento en el Hospital, trabajan en promedio el 85% de los días laborales potenciales.

Vale decir que, existe un 15% de días hombres al año perdidos, que deben ser tenidos en cuenta para planificar la producción en función a la mano de obra disponible. Con relación a ello, es de destacarse, la alta proporción de ausentismo por largo tratamiento, en concordancia al total de ausentismo (38%).

Cabe señalar, que el ausentismo laboral más que un indicador, es un síntoma que revela no solo problemas sobre el nivel del empleado sino también evidencia problemas en el ámbito de la organización (escasa supervisión y problemas de motivación por el trabajo).

- **Confiabilidad de la información:** Total de días para descuento comunicados durante un año / Total de días para descuento reales mismo año⁴⁴

$$\frac{\text{Total días descuento comunicados año 2006}}{\text{Total días descuentos reales año 2006}^{45}} = \frac{343}{680} = 0,50$$

$$\frac{\text{Total días descuento comunicados año 2007}}{\text{Total días descuento reales año 2007}} = \frac{221}{1340} = 0,16$$

El indicador confiabilidad de la información, arroja como resultado que del total de inasistencias injustificadas detectadas (680 casos), solo el 50% de las mismas se elevó para su descuento, a la Dirección de Liquidación de Haberes. Este porcentaje disminuye durante el año 2007, donde sólo se comunicó el 16% de casos para su descuento. Ello remarca la ineficacia del circuito de control de asistencia. **(Observación 12)**

Con relación a las planillas de asistencia analizadas, se verifica que:

- a) no se encontró ningún caso donde se registren llegadas tardes.
- b) los francos compensados del personal técnico, no se pueden verificar ante la imposibilidad de cotejar los días y horas trabajadas de más en dichas planillas. **(Observación 12)**

- **Eficiencia en el empleo:** hs extras / hs normales

Para el análisis de horas extras (horas trabajadas por Guardia Fuera de Dotación), se trabajó sobre una muestra aleatoria de dos meses (Abril y Noviembre de 2006), obteniendo un promedio mensual, proyectado al período auditado (un año). La evidencia relevada fue de 996 registros de Guardia Fuera de Dotación en Planillas elevadas al Ministerio de Salud, para su aprobación y posterior liquidación.

⁴⁴ Los datos fueron extraídos de las Planillas de asistencias de los profesionales médicos y técnicos, y de la notificación de descuentos a la Dirección de Liquidación de Haberes, correspondientes a cada año analizado.

⁴⁵ Planillas sin registración de la asistencia y no comunicadas para su descuento.

Se consideró aquellos profesionales (médicos y técnicos) con nombramiento en el Hospital y que realizan Guardias Fuera de Dotación (229 agentes) :

$$\frac{\text{Hs. Extras}^{46}}{\text{Hs. Reales}^{47}} = \frac{143.420}{329.760} = 0,43$$

Los profesionales relevados, además de su horario habitual, trabajaron un 43% de horas extras remuneradas como Guardia Fuera de Dotación. **(Observación 13)**

Si sumamos las horas reales o nombradas (30 hs semanales promedio mensual) con las horas extras por cada Guardia Fuera de Dotación (24 hs semanales), obtenemos un total de 54 hs semanales por agente (sin tener en cuenta aquellos agentes que tienen asignado entre dos y cuatro Guardias Fuera de Dotación), implicando esto que, la totalidad de horas a trabajar por agente es de 10 hs diarias. No obstante, no existe información fehaciente de ninguna área del hospital, que acredite el cumplimiento de dichas horas. **(Observación 13)**

Asimismo, de acuerdo a lo informado por la Subdirección Medica en Memorando Interno 199/07, de fecha 1/11/07, los profesionales del hospital, deberán consignar los horarios de ingresos y egresos según carga horaria por nombramiento como las horas por Guardia Fuera de Dotación, en las planillas correspondientes.

Sin embargo, las horas por Guardia Fuera de Dotación se registran en planillas que se ubican físicamente en cada sector donde se realizan las mismas, sin consignar horario de ingreso y egreso del total de horas trabajadas que sumen una Guardia Fuera de Dotación. Cabe señalar que, este procedimiento carece de control cruzado por parte de la División Personal. **(Observación 13)**

- **Participación en inciso 1:** Monto de gasto por hs extras / Monto total por inciso 1.

$$\frac{\text{Gasto Bruto Hs. Extras Anual}^{48}}{\text{Sueldo Bruto Anual}^{49}} = \frac{2.569.680}{6.310.444} = 0,40$$

El monto bruto devengado por realizar Guardias Fuera de Dotación (profesionales con nombramiento en el Hospital), representa el 40% de lo devengado por sueldo bruto anual. **(Observación 14)**

⁴⁶ Horas trabajadas como Guardia Fuera de Dotación (498 GFD promedio mensual por 24 hs de cada GFD = 11.952 hs trabajadas como GFD promedio mensual; proyectadas a un año son 143.420 hs).

⁴⁷ Horas normales laborales (229 agentes relevados por total de hs promedio mensual trabajadas 120 hs -surgen de 30 hs laborales por semana- arrojando un total de hs mensuales de 27.480; proyectadas a un año son 329.760 hs).

⁴⁸ Dato obtenido de la Liquidación realizada por la División Personal sobre Guardias Fuera de Dotación año 2006 (498 GFD promedio mensual proyectado al año arroja 5.976 GFD anual, multiplicadas por \$430 cada Guardia se obtiene el gasto bruto anual).

⁴⁹ Dato obtenido de la Liquidación de Haberes del mes de Febrero de 2006 de los agentes relevados (229).

▪ **Grado de Satisfacción del Personal médico del Hospital:**

Se realizó una encuesta cerrada en los servicios que brindan consulta externa. Se aplicó la formula de muestreo estadístico⁵⁰, aprobada por la AGCBA, utilizando como universo el total de consultas externas del periodo auditado, según el movimiento hospitalario. Sobre la muestra resultante (102 encuestas), se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro 13. Resultados de la Encuesta de Satisfacción.

Aspectos Relevados	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	N/C	N/A	Total
Ambiente Físico	25	45	20	11	1	--	102
Disponibilidad Insumos e Instrumental	9	40	44	9	--	--	102
Satisfacción con las funciones desempeñadas	15	54	28	4	1	--	102
Relaciones con los superiores	31	52	13	6	--	--	102
Relaciones con los pares	63	37	2	--	--	--	102
Relaciones con los subalternos	31	35	3	--	--	33	102
Estímulos de la Institución para el desempeño del cargo	4	14	39	44	1	--	102
Posibilidades de progreso en la Institución	2	28	29	43	--	--	102
Remuneración percibida por el trabajo	---	8	51	43	--	--	102

Fuente: Encuestas de Satisfacción al Personal del Hospital.

Se observa, que el 81% promedio ponderado ($(39+44+29+43+51+43) / 3 = 83$ casos) del total de las encuestas realizadas, manifiestan que las posibilidades de progreso en la institución, los estímulos de la Institución para el desempeño del cargo y la remuneración, son entre regular y malos. **(Observación 15)**

La disponibilidad de insumos e instrumental, se considera regular en el 43% de los casos (44 encuestados). **(Observación 15)**

El 69% promedio ponderado del personal ($(52+13+6) / 3 = 71$ casos), no tiene una relación óptima con sus superiores. En este sentido, sobresale el servicio de Salud Mental. **(Observación 15)**

Asimismo, la encuesta hacía referencia a comentarios abiertos, que los profesionales pudieran aportar respecto de las condiciones laborales generales. De las 102 encuestas, un 67,6% de los profesionales (69 casos) realizó comentarios:

- ✓ Falta de capacitación del recurso humano existente (11.6%)
- ✓ Falta de higiene y seguridad ambiental (10%)
- ✓ Falta de prioridad del personal formado en el servicio, ante la existencia de nombramientos (4%)

⁵⁰ Determinación del Tamaño Muestral para Muestreos Probabilísticos Representativos para estimación de Proporciones (para N mayor o igual que 45). Se utilizó un Nivel de Precisión del 10 %, significando que el resultado obtenido de procesar la muestra, se encuentra entre el valor estimado + o - 10 %, y un Nivel de Confianza del 5 %, esto significa que el grado de certidumbre sobre la exactitud de la estimación realizada, es del 95 %.

- ✓ Falta de distribución de tareas, acorde a la capacidad y formación del agente (4%)

Aplicación del indicador satisfacción⁵¹:

$$\frac{\text{Puntaje Hallado}}{\text{Puntaje Máximo}} \times 100 = \frac{1,8}{10} \times 100 = 18$$

El grado de satisfacción del paciente ambulatorio es del 18%, considerándose al mismo bajo⁵², con relación a los valores deseables. **(Observación 15)**

ii. GESTIÓN Y TRATAMIENTO INTERNO DE RESIDUOS PATOGENICOS

Se realizó una recorrida por el nosocomio junto al Jefe de Departamento Recursos Físicos y el Supervisor de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, dependiente del Ministerio del Salud, a fin de verificar efectividad en el cumplimiento de las normas relativas a Residuos Patogénicos.

Durante la recorrida realizada se constató que:

El traslado de los contenedores, se efectúa en un ascensor que no es de uso exclusivo para dicha tarea; también es usado por el personal del hospital y por los pacientes. **(Observación 16)**

Los lugares de almacenamiento intermedio tienen acceso restringido al público en general. No obstante, carecen de carteles indicativos, como lo establece la normativa vigente. **(Observación 16)**

El lugar de acopio final, no cuenta con las características descriptas en el Art. 23 del D.R. 1.886/01 de la Ley 154 (pisos lisos para facilidad del lavado, ambiente iluminado con ventilación adecuada, detector de humo, pileta de piso con tapa ciega conectada a desagüe primario, cañerías de PVC), existiendo una necesidad prioritaria de adecuación de obras. **(Observación 16)**

En el depósito final de los residuos patogénicos, se depositan también los residuos líquidos. Actualmente, no son retirados por caducidad del contrato con la empresa concesionada. Cabe señalar que sus envases con el transcurso del tiempo se deterioran, pudiendo ello producir pérdida de líquidos peligrosos (Y16, Y6). **(Observación 16)**

⁵¹ Para su cálculo se asignó un puntaje previsto, en un valor de un punto o de uno y medio, por pregunta. De este modo se obtuvo el valor resultante de 1,8 (0,25 + 0,09 + 0,15 + 0,30 + 0,62 + 0,30 + 0,06 + 0,03).

⁵² Valores deseables: entre el 100% y 95% Excelente, entre el 94% y 80% Muy Bueno.

iii. EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

Se analizó la información suministrada por los Jefes de seis áreas seleccionadas al azar, respecto a la satisfacción en el cumplimiento de las tareas de limpieza.

Diagnóstico por Imágenes: Las tareas de limpieza son insuficientes y deficientes. Se realizan una vez al día superficialmente. Se desconoce la existencia de un cronograma de limpieza. Nunca concurre el mismo personal y no se realiza la limpieza de los muebles y paredes. El servicio trabaja las 24 hs. con pacientes ambulatorios, internados y de guardia; por lo que constantemente ocurren secreciones de sangre, de residuos peligrosos, de residuos patológicos y de orina, entre otros. **(Observación 17)**

Se debe pedir reiteradamente la presencia de personal de limpieza para que realicen sus tareas. No obstante, la tarea de limpieza se realiza con un trapo de piso mojado y con lavandina rebajada en dos litros y cuarto de agua. **(Observación 17)**

Quirófano Central: Las tareas de limpieza son deficientes y muy desparejas. Se realizan divididas en tres turnos; se hace de manera superficial y no en forma profunda. No todo el personal de limpieza es idóneo para un área tan crítica como el quirófano central. Nunca se presentó al servicio un cronograma de limpieza. Se sugiere que se realice un protocolo de limpieza y aumentar el personal por la tarde, además de capacitar al mismo. **(Observación 17)**

Neonatología: Las tareas de limpieza son regulares e incompletas. Algunos turnos carecen de personal (fines de semana y noche). En teoría, la limpieza se realiza tres veces por día, aunque ello no es suficiente. No todo el personal de limpieza pareciera tener conocimiento de cómo realizar su tarea. Existe un cronograma de tareas, aunque no siempre se cumple. Se efectúa la desinsectación con escasa frecuencia y de manera incompleta; la desinfección es parcial. Se tiene conocimiento de la existencia de una supervisión sobre las tareas, pero no atiende los reclamos. Se sugiere, contar con personal estable que posea conocimiento para el desempeño de su tarea. **(Observación 17)**

Diálisis: La tarea de limpieza es inadecuada e insuficiente. Se efectúa de lunes a viernes de 11 a 11.20 hs. Se desconoce la existencia de un cronograma de limpieza. Sólo se realiza la desinsectación una vez al mes. No hubo supervisión o inspección de las tareas realizadas. El servicio requiere una limpieza más exhaustiva, una limpieza adicional demandada según la necesidad, como en los casos de sangrado de pacientes, después de haberse limpiado el servicio. **(Observación 17)**

Anatomía Patológica: La limpieza del área es discontinua y no se realiza a fondo, se considera a la misma limitada. La limpieza no es diaria, no resultando suficiente. Se desconoce la existencia de un cronograma de limpieza. El

servicio de desinfección, desratización y desinsectación se realiza una vez por semana aunque sus resultados no son óptimos. Se desconoce la existencia de personal que realice la tarea de supervisión. **(Observación 17)**

Es de destacar que esta área, es muy sucia en cuanto a pisos, mesadas y acumulación de residuos biológicos y químicos, por lo que se necesita la limpieza permanente, todos los días y a fondo.

Terapia Intensiva: La limpieza es deficiente, especialmente en los baños para el personal y en las habitaciones del pabellón de médicos. No se realizan tareas de desratización. **(Observación 17)**

Hemodinámia: Si realizado un estudio, el personal de limpieza se encuentra en horario de descanso, hay que esperar a que terminen el mismo o envíen un reemplazante, retrasando esto, la utilización del quirófano. En ocasiones, después de las 12 del mediodía, no se hace presente el personal del turno tarde, debiendo esperar a que envíen a otra persona. **(Observación 17)**

En este sector también se realizan estudios de emergencia en horarios vespertinos y nocturnos, e incluso sábados y domingos. Para estos casos, resulta difícil conseguir personal de limpieza, quedando el quirófano sucio hasta el día siguiente. En algunos casos, la limpieza la realiza el técnico de hemodinámia. No se realizan tareas de supervisión o inspección sobre la tarea de limpieza. **(Observación 17)**

Obstetricia: El área quirúrgica del Centro Obstétrico es la zona más crítica por la demora en el reestablecimiento de la higiene, luego de una intervención (parto/cesárea); dado el movimiento que se registra en la Maternidad, el personal no es suficiente para cubrir esta área. El sector no tiene conocimiento de la existencia de un cronograma de limpieza. Cada quince (15) días se realizan tareas de desinsectación. **(Observación 17)**

- **Razón Personal de Limpieza – metros cuadrados:** cantidad de personas / metros cuadrados

Cuadro 15. Personal de Limpieza – m2.

AREAS ⁵³	M2	Personal designado TM
Area Blanca	2.808,50	50
Area Gris	9.052,90	
Área Negra	16.870,50	
Totales	28.731,90	575

Fuente: Elaboración propia sobre información suministrada por la empresa encargada de la limpieza.

⁵³ Área Blanca: Centro Quirúrgico, UTI, Hospital de Día, entre otros -Edificio Nuevo-. Área Gris: Consultorios Externos, Diagnostico por Imágenes, entre otros -Edificio Nuevo-. Área Negra: Administración, Internación, entre otros -Edificio Viejo-.

Del total de m2 (no incluye Cesac) que debe limpiar el personal de la empresa contratada (28.732 m2), existe por turno, un promedio diario de 50 personas (no esta calculado el índice de ausentismo). Ello indica que cada persona debe limpiar 575 m2.

Si se consideran todas las tareas inherentes a la limpieza (según el pliego particular de la contratación original⁵⁴), se concluye que la cantidad de personal asignado, es escaso, para las tareas a realizar (según m2 por persona) en los horarios pautados. **(Observación 17)**

Se analizaron las órdenes de trabajo de mantenimiento, a fin de verificar la ejecución de las mismas.

1. Mantenimiento de Equipos Médicos (Por licitaciones)

- **Proporción de ordenes ejecutadas de mantenimientos tercerizado de equipamiento médico:** ordenes de trabajo ejecutadas anual / total de ordenes de trabajo anual.

$$\frac{\text{Total de Ordenes ejecutadas}}{\text{Total de Ordenes pedidas}} \times 100 = \frac{75}{105} \times 100 = 71,43$$

El total de órdenes ejecutadas sobre el mantenimiento de equipos es del 71%, considerándose que la misma produce un desvío significativo del 29% con relación a la totalidad de los pedidos. **(Observación 18)**

- **Promedio días de ejecución:** Días transcurridos desde el pedido hasta la ejecución del mismo / Total de ordenes ejecutadas:

$$\frac{\text{Días transcurridos}}{\text{Total de pedidos ejecutados}} = \frac{5378}{75} = 72$$

⁵⁴ I – TAREAS DE EJECUCIÓN DIARIA

a) Limpieza Integral:

consistirá en la limpieza integral conforme a la determinación correspondiente al hospital que se licite, la que deberá efectuarse todos los días (incluyendo sábados, domingos y feriados) dentro del horario de 6.00 a 24.00. Los horarios de prestación de servicios serán, según las áreas, de acuerdo al cronograma de actividades que la Dirección del Hospital suministrará oportunamente y que podrá ser modificado de acuerdo a las necesidades y a requerimiento del hospital. Incluye limpieza de pisos, paredes y bienes muebles.

b) Mantenimiento de Limpieza:

de lunes a domingos incluyendo feriados, el concesionario deberá efectuar el mantenimiento del servicio, como así aquellos trabajos que eventualmente debieran realizarse, ante imprevistos relacionados a la limpieza integral (...)

II – TAREAS DE EJECUCIÓN SEMANAL

Se procederá al lavado intensivo de las playas de estacionamiento y veredas perimetrales, las que deberán efectuarse con equipos lavadores de alta presión con una capacidad no menor de 850 libras de presión (...)

III – TAREAS DE EJECUCIÓN QUINCENAL

a) Desinfección, desratización y desinsectación

b) Desobstrucción de desagües pluviales y cloacales

c) Mantenimiento de zonas parquizadas

(...)

El promedio de días para la realización de las órdenes ejecutadas (75 órdenes) es de 72 días, con un máximo de 236 días.

Cabe aclarar que el mantenimiento de estos equipos médicos no tiene un proveedor designado, por consiguiente requieren de la utilización de los procedimientos vigentes (Licitación o Fondo de Emergencia) para la obtención de las prestaciones de tales servicios. No obstante, se trata de reparaciones menores⁵⁵ que a simple vista no demandan el tiempo que surge del indicador. **(Observación 18)**

En consecuencia, se considera que el promedio de días para la ejecución de las órdenes es elevado, dada la necesidad del uso de los equipos para el normal funcionamiento de los servicios. **(Observación 18)**

Al mismo tiempo, si trasladamos dicha demora al proceso de atención, se concluye que el perjudicado es el usuario del sistema de salud. **(Observación 18)**

2. Mantenimiento de equipos menores, mobiliario, plomería y electricidad (Por personal del hospital)

Los pedidos de solicitud de mantenimiento, no son archivados por el área correspondiente (Dpto. Recursos Físicos), dado que los mismos son derivados a la División Mantenimiento, quien tampoco archiva la totalidad de los pedidos. Por consiguiente, no es posible confeccionar el indicador Promedio días de ejecución.

No obstante, existen constancias de que las reparaciones se realizan tanto en el hospital como en los CESACs correspondientes a su área programática. En tal sentido, se pudo verificar la existencia de 26 comprobantes de Reparación en Centros de Salud y 96 de Reparación en el Hospital para el 2do semestre del año 2007. Sin embargo, dichos comprobantes no son elementos fehacientes para determinar la producción de la División Mantenimiento, dado que no figura en ellos, día, mes o año, que certifique la fecha efectiva del trabajo. **(Observación 18)**

3. Mantenimiento Edificio (Tercerizado)

- **Proporción de órdenes ejecutadas de mantenimiento tercerizado:** órdenes de trabajo ejecutadas año 2006/ total de órdenes de trabajo año 2006.

⁵⁵Ejemplos analizados: pedido n° 627: reparación de electrocardiógrafo. la reparación consiste en: adaptación de ficha especial para cable paciente. pedido n° 662: por la calibración, test de verificación técnica y control general de funcionamiento de un oxícapnógrafo pedido n° 771: servicio de reparación integral de microscopio la reparación consiste en: provisión de lámpara de 6v 20w, desarme de movimiento de enfoque, limpieza, ajuste y lubricación; entre otros.

$$\frac{\text{Total de Ordenes ejecutadas}}{\text{Total de Ordenes pedidas}} = \frac{1.154 \times 100}{1.154} = 100$$

Según los datos consignados en las Órdenes de Pedidos, se ejecutaron la totalidad de los mismos (1.154), si consideramos la firma y fecha de realizado puesta por el Personal de la Empresa Tercerizada.

Sin embargo, es de destacar que en el 41% de los casos no consta la firma que acredite la conformidad del trabajo realizado; el 60% restante contiene la firma pero en ningún caso la fecha. **(Observación 18)**

- **Promedio días de ejecución:** Días transcurridos desde el pedido hasta la ejecución del mismo año 2006 / Total de ordenes ejecutadas año 2006

$$\frac{\text{Días transcurridos}}{\text{Total de pedidos ejecutados}} = \frac{14.320}{4.616} = 3$$

El promedio de días para la realización de las órdenes ejecutadas (4.616 órdenes) es de 3 días, con un máximo de 35 días.

No obstante, se observa que la fecha de ejecución del pedido de mantenimiento, es consignado por el Coordinador de la Empresa CIIMS S.A.. **(Observación 18)**

Por consiguiente se concluye que no existe información fehaciente que acredite la fecha de ejecución de los pedidos, ni control autentico de los trabajos realizados, por parte del personal del Hospital (Dpto. de Recursos Físicos) ni por el Supervisor dependiente del Ministerio de Salud. **(Observación 18)**

iv. ANALISIS DE JUICIOS CONTRA EL HOSPITAL

El Hospital se encuentra involucrado en el expediente 34.538/05: "Sobre muerte dudosa". Juzgado N° 6 - Secretaria N° 118, por corte del suministro de aire de los respiradores en el Shock Room, Terapia Intensiva e Intermedia - donde estaban internados pacientes de complejidad- y en el Quirófano; a los que estaban conectados dos pacientes que fallecieron. La causa alude maniobras realizadas por operarios de la empresa Ex Poliequipos⁵⁶ -INDALTEC S.A. fusión con CIIMSA S.A.- en el tablero que alimenta de electricidad, a los compresores de aire comprimido. Queda imputado por este hecho, entre otros, el Jefe del Departamento de Recursos Físicos del Hospital.

v. UTILIZACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Contar con un Cuadro de Mando Integral, permite a una organización identificar y seleccionar indicadores estratégicos que definan la situación del ente.

⁵⁶ Empresa encargada del Mantenimiento hospitalario, del Hospital Donación F. Santojanni.

Asimismo, permite al gestor, realizar un seguimiento y evaluación de los resultados, de manera tal, que pueda tomar decisiones durante la marcha de su gestión.

A tal efecto, se expone en Anexo 2 un Modelo de Cuadro de Mando, de las áreas analizadas.

VII) OBSERVACIONES

VII A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:

1. La demanda ambulatoria atendida (paciente de consultorio externo) resulta escasa con relación a las horas asistenciales ofrecidas (1,90 consulta por cada hora médica ofrecida), tornando a la actividad asistencial ofrecida por el hospital, débil en cuanto a las actividades de promoción, prevención y atención de la salud, señaladas por la Ley Básica de Salud. Asimismo, las consultas del Primer Nivel de Atención, resultan escasas (14,23%) con relación a la consulta asistencial del hospital, no cumpliéndose así el objetivo de descomprimir la demanda del hospital.
2. La producción informada por el Laboratorio Central, Sección Química Clínica, es incoherente con la producción real. El sistema informático utilizado duplica parámetros básicos como glucosa, colesterol, proteínas, albúmina, entre otros, aumentando así la estadística anual del Servicio. Asimismo, analizado el equipamiento instalado, se detecta alta capacidad tecnológica para la escasa tarea asistencial brindada; evidencia de ello es la existencia de distintos aparatos que pueden realizar una misma determinación (por ejemplo hemoglobina glicosilada), pudiendo implicar un aumento en el gasto de reactivos, por consumos innecesarios.
3. La producción promedio mensual del área de Rayos (6 placas por profesional a razón de 40 minutos por estudio) resulta baja, si se considera la cantidad de quipos de Radiodiagnóstico disponible para el año 2006 (5 equipos) y la cantidad de horas profesionales ofrecidas (1.164 hs. mensuales). Si bien la conducta prescriptiva tendiente a una menor aplicación de Rayos en los pacientes, puede fundamentar la baja producción, no existe adecuación de las horas profesionales ofrecidas, que torne coherente la producción del Servicio.
4. La planificación de la utilización del Tomógrafo no es operativa con relación a las horas máquinas ofrecidas (12 hs/día⁵⁷) y las horas hombres disponibles (58 hs diarias). El promedio de horas hombres utilizados para una TAC es de 186 minutos o 3 hs. Si además se tiene en cuenta que, el hospital es centro de derivación y que dispone de 9 profesionales cuya

⁵⁷ En su descargo la auditada señala que “a partir del 1° de agosto de 2006, en virtud de la implementación de la guardia técnica, produjo que el tomógrafo preste funciones las 24 horas, a partir de las 20 horas”.

- producción diaria es de 2 TAC por agente, se advierte incongruencia en la actividad asistencial de dicha área.
5. La tasa global de infecciones anual (8,33‰ días/pacientes) se incrementó en un 52%, en el segundo semestre del año 2006 (primer semestre 6,33‰ y segundo semestre 12‰), reflejando falencias en el control de infecciones que pueden llevar aparejadas, aumento de la morbimortalidad, prolongación de la internación e incremento de los costos derivados, además del costo social y aspectos legales que no son cuantificables.
 6. El Hospital tiene capacidad instalada ociosa (dos quirófanos con producción que no supera las 5 practicas quirúrgicas al mes y uno con solo 17 prácticas al mes) con relación a la cantidad de quirófanos en condiciones de ser utilizados (para el año 2006, diez quirófanos sobre un total de diez) y la demanda satisfecha. Asimismo, durante el año 2007, tres quirófanos (que representan el 30% del total) se utilizaron como depósitos por no disponer del equipamiento necesario para las condiciones de uso.
 7. La falta de nombramiento de personal de anestesiología, condiciona la utilización de los quirófanos.
 8. La escasa accesibilidad a la consulta externa, incrementa la consulta de Guardia, aproximando la demanda de dicha consulta (80%) al consumo de la consulta externa. Este tipo de consulta aumenta los costos del sistema de salud y baja la calidad de atención, de aquellos que sí necesitan la consulta de urgencia.
 9. Pese a la carencia de recurso humano de Enfermería, planteadas desde la Jefatura del Departamento Enfermería, no existen elementos que acrediten la necesidad de tal recurso, dado que el cálculo de enfermeras con relación a la cantidad de camas a asistir, cubre las necesidades requeridas por el Hospital.
 10. El grado de satisfacción del paciente atendido en el Hospital (44,6% promedio ponderado), resulta bajo con relación a los valores de referencia (Hospital de Oncología Maria Curie 72,5%). Influye sobre ello, el horario en que el paciente espontáneo debe concurrir para obtener un turno (entre las 5 y 7 de la mañana), la mala atención y malos tratos manifestada por el personal administrativo, el tiempo excesivo que el paciente con turno asignado debe esperar desde que llega al hospital hasta que recibe la atención medica (entre 1 y 2 horas) y la incomodidad en el lugar de espera a la consulta. Asimismo, analizado el libro de quejas, sobresalen aquellas referidas a los malos tratos del personal administrativo (61% promedio ponderado).
 11. La ausencia de documentación y/o falta de registración de datos (historias clínicas de consultorio externo e indicación quirúrgica en 85 casos), recaen en una baja calidad de datos, impidiendo la generación de información confiable, la aplicación de indicadores de gestión y el seguimiento oportuno de los pacientes.

VII B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

12. Existe un alto índice de ausentismo de Licencias por Largo tratamiento, que el hospital debe afrontar. No obstante, existe otro índice aún mayor, ausentismo no justificado, que no se comunica para su descuento de

haber (50% de casos sobre una muestra de 680 casos en el año 2006). Esta proporción se incrementa a lo largo de los años; para el año 2007 solo se comunicó para su descuento el 16% de los casos relevados (221 casos sobre una muestra de 1340 casos). Asimismo, se verifica que en ningún caso existió un descuento por llegada tarde. Esto señala la ineficiencia del control de asistencia y la falta de confiabilidad de la información que maneja y comunica el hospital.

13. Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (143.420 hs), representan un 43% a las horas normales trabajadas (329.760 hs), implicando ello, que cada agente trabajaría en promedio 10 hs diarias. No obstante, no existe información que acredite fehacientemente que dichas horas fueron desempeñadas en tareas asistenciales, ni control cruzado por oposición respecto de la División Personal.
14. El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación -que no se encuentra regulada por normativa vigente- para el pago de horas extras a profesionales de la salud, devengando por tal concepto durante el año 2006, el 40% (\$2.569.680) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales. Vale decir que, el gasto por inciso 1 aumenta en un 40%, por el pago de horas extras, sobre las que no se verifica la veracidad de su utilización.
15. El grado de satisfacción del personal profesional del Hospital (17,9% promedio ponderado), resulta muy bajo con relación a los valores deseables (más del 80% para considerarlo muy bueno). La mayor causal de insatisfacción esta referida a la escasa posibilidad de progreso en la institución, a los pocos estímulos de la Institución para el desempeño del cargo y la baja remuneración (83 % promedio ponderado); seguidamente aparece la mala relación con los superiores y la falta de disponibilidad de insumos e instrumental para trabajar.
16. No existe un control sistemático y permanente relativo al cumplimiento de la Ley 154/99 y su Decreto Reglamentario 1.886/01 sobre Residuos Patogénicos. El lugar de almacenamiento final no cumple con los requerimientos legales señalados en la normativa vigente (se utiliza también como depósito de Residuos Líquidos, el ambiente no cuenta con la iluminación y la ventilación apropiada, no cuenta con detector de humo, entre otros), incrementándose así los riesgos que devienen de su incumplimiento.
17. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el deficiente sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza las tareas, la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc.), como también la escasez de personal en función a los metros cuadrados asignados y al tipo de tarea a realizar, son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente de la Dirección General Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, la demora en la elaboración de los nuevos pliegos de limpieza y la concreción de la Licitación correspondiente, recae

en la incorrecta utilización del pago del servicio, por Decreto 1.370/01 (Legítimo Abono).

18. El tiempo de ejecución de órdenes de mantenimiento, no es coherente, con relación al trabajo demandado. La información sobre el cumplimiento de las órdenes no es confiable, dado que el dato de fecha de finalización y conformidad del trabajo, no figura o es consignado por el mismo personal que lleva a cabo el trabajo. En tal sentido se advierte, falta de control sobre los trabajos solicitados y realizados, por parte del Departamento de Recursos Físicos del Hospital y por parte del Supervisor dependiente Dirección General Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

VIII RECOMENDACIONES

1. Replantear las estrategias de atención, en el marco de actividades de promoción y prevención de la salud, a efectos de incorporar al sistema de salud, la demanda real, haciendo hincapié en aquellos que padecen patologías de alto riesgo. **(Observación 1)**
2. Implementar mecanismos de control sobre los sistemas informáticos, que suministran la información estadística presentada como real. **(Observación 2)**
3. Realizar una evaluación tecnológica del hospital, a fin de determinar la demanda real que el mismo esta en condiciones de afrontar, y redistribuir la oferta de horas asistenciales, en función de la demanda real y no a la demanda satisfecha. **(Observación 2, 3, 6, 7 y 8)**
4. Redistribuir al personal Técnico que realiza Tomografías, de manera tal que se logre cubrir las 24 hs. diarias, con el fin de maximizar la producción del Tomógrafo existente, y prever futuras adquisiciones de dicho equipamiento. **(Observación 4)**
5. Extremar medidas para la prevención y control de infecciones hospitalarias, a fin de minimizar los riesgos que devienen de éstas, y monitorear la relación egreso-consulta. **(Observación 5)**
6. Evaluar el recuso humano de Enfermería y su distribución por Servicios, a fin de garantizar la adecuada utilización de las horas de enfermería disponibles. **(Observación 9)**
7. Implementar medidas tendientes a solucionar las distintas demandas generadas por los usuarios del hospital y monitorearlas, para maximizar la satisfacción de los mismos. **(Observación 10 y 15)**
8. Rever el sistema de archivo de documentación e implementar mecanismos de control, que garanticen la guarda y conservación de la misma. Asimismo, prever auditorias de historias clínicas a fin de verificar la calidad de la información contenida. **(Observación 11)**
9. Implementar un adecuado sistema de control de asistencia, que no permita la vulneración de los registros, tornando confiable la información que maneja y eleva el Hospital. **(Observación 12)**
10. Realizar una evaluación sobre la necesidad de contar con horas remuneradas por Guardia Fuera de Dotación e incorporar al circuito de

autorización y pago de las mismas, controles que acrediten la autenticidad de su realización en tareas asistenciales. **(Observación 13 y 14)**

11. Garantizar el cumplimiento de la Ley 154/99 y de su Decreto Reglamentario 1.886/01 (supervisión y readecuación del depósito final) a fin de minimizar los riesgos que devienen del manejo de residuos patogénicos. **(Observación 16)**
12. Implementar mecanismos de control que acrediten la calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, y rever los medios de certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **(Observación 17 y 18)**

IX CONCLUSION

Las condiciones de accesibilidad que el hospital brinda a los beneficiarios de la salud pública, no garantizan la atención integral de la salud, con relación a las acciones de promoción, prevención y atención, establecidas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley Básica de Salud.

Asimismo, el funcionamiento del hospital, requiere de un cambio en la cultura asistencial que demande un mayor compromiso de cada integrante de la organización, a fin de mejorar la calidad de atención.

En tal sentido, la implementación de procedimientos de evaluación de establecimientos asistenciales, tales como, acreditación, categorización y habilitación, conducirían al incremento progresivo del Nivel de Calidad Institucional de la atención.

Además, la inclusión de los usuarios (pacientes y agentes de salud) en la evaluación de la gestión, puede contribuir de manera relevante a la consolidación del sistema de salud.

Asimismo, la actividad sanitaria se caracteriza por una continua toma de decisiones bajo condiciones de incertidumbre. Por consiguiente, contar con un Cuadro de Mando Integral, permitiría a la organización identificar y seleccionar indicadores estratégicos para la evaluación y el monitoreo de los resultados de la Gestión.

Finalmente, sobre la base de las tareas descritas en el alcance de auditoría, se concluye que, el cumplimiento de los objetivos institucionales y de otros indicadores de la gestión analizada, **se ven limitados** por las observaciones detalladas en el punto VII del Informe.

Anexo 1. Consultas ambulatorias y horas profesionales asistenciales ofrecidas – Año 2006

Especialidad	Consultas Ambulatorias Anuales	Horas Profesionales Mensuales Consultas Ambulatorias
Clínica Medica (5)	27.929	952
Cardiología (1)	18.800	1.664
Neumotisiología	6.893	472
Neurología	8.026	614
Oncología	5.671	380
Endocrinología (9)	4.263	192
Dermatología	13.581	316
Hematología	10.493	268
Gastroenterología	6.445	232
Reumatología	4.803	154
Diabetes	7.920	304
Infectología (9)	4.250	120
Psicopatología	21.667	1.496
Nefrología	5.775	104
Cirugía General (3)	6.061	1.668
Ginecología (2)	20.382	776
Urología	7.703	534
Ortopedia y Traumatología (4)	11.252	276
Oftalmología	6.939	476
Otorrinolaringología	4.151	88
Cirugía Plástica (6)	1.738	100
Cirugía Cardiovascular (10)	1.763	112
Neurocirugía	924	172
Pediatría (8)	22.055	436
Neonatología	7.640	316
Genética	124	16
Obstetricia (7)	38.599	680
Promoción y Protección	26.298	320
Subtotal	-----	13.238
Total Anual	302.145	158.856

Fuente: Departamento Consultorios Externos, excepto Oncología, Genética y Promoción y Protección que no dependen de dicho Departamento y suministraron su información.

(1) Incluye Hipertensión, Arritmias, Coronarias, Enfermedad de Chagas.

(2) Incluye Climaterio, Patología Mamaria, Patología Cervical, Reproducción, Ginecología Adolescente, Ginecología Oncológica y Procreación Responsable.

(3) Incluye Cirugía Maxilofacial, Vías Biliares, Tórax, Paredes y Proctología.

(4) Incluye Traumatología Deportiva, Miembros Superiores, Traumatología Infantil y Medicina del Deporte.

(5) Incluye Hipertensión

(6) Incluye Cirugía Reparadora

(7) Incluye Obstetricia Alto Riesgo

(8) Incluye Gastroenterología, Neurología, Cirugía Pediátrica y Adolescencia

(9) Incluye las consultas pediátricas

(10) Incluye Cirugía Vascular Periférica

Anexo 2. Modelo de Cuadro de Mando Integral

ASPECTOS CLAVES	INDICADORES	RATIOS	UNIDAD DE MEDIDA	ESTÁNDAR O PREVISTO	RESULTADO DEL PERIODO	DESVIO DEL PERIODO	MISMO PERIODO AÑO ANTERIOR	DESVIO RESPECTO AÑO ANTERIOR
Dpto. Médico Quirúrgico								
Atención	Tiempo de espera	Días entre el diagnóstico de Cirugía y realización de la Práctica quirúrgica	Días					
Cantidad	Nivel de Producción de Cirugías	Producción total (Cx)/ Capacidad de Producción o Demanda total (Cx)	Pacientes Operados					
Cantidad	Promedio Diario de Cirugías por Servicio	Total de Cirugías realizadas en una semana / Días de Quirófano asignado por semana	Prácticas					
Cantidad	Producción Promedio Mensual por Médico	Total de Cirugías realizadas en un período / N° de médicos participantes en el mismo período	Prácticas					
Consultorios Externos								
Cantidad	Producción Promedio Diario por Médico	Total de Consultas realizadas promedio diario / N° de médicos participantes	Pacientes Atendidos					
Atención	Tiempo promedio de Atención en Consultas Externas	Total de Horas médicas disponibles en un período / Total de Consultas Externas durante el mismo período x 60	Minutos por Consulta					
Satisfacción - Encuesta	Grado de Satisfacción	Puntaje Hallado / Puntaje Máximo x 100	% Satisfacción					
Recursos Humanos								
Productividad Técnica	Eficiencia en el Empleo	Hs. Extras / Hs. Normales	% Horario					
Gasto	Participación en inciso 1	Gasto Bruto Hs. Extras Anual / Sueldo Bruto Anual	% del Gasto					
Confianza	Confiable de la información	Total de descuentos comunicados / Total de descuentos reales	% de información					
Satisfacción - Encuesta	Grado de Satisfacción	Puntaje Hallado / Puntaje Máximo x 100	% Satisfacción					