

INFORME FINAL DE AUDITORÍA Con informe ejecutivo

Proyecto N° 3.10.01 b

Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía

Período 2009

Buenos Aires, Agosto de 2011

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

Presidenta

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Lic. Josefa Prada

Dr. Juan Carlos Toso

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.10.01 b

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía

PERÍODO BAJO EXÁMEN: 2009

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto
Dr. C.P. Pedro Cottone

Auditor a cargo del equipo de auditoria
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 General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía.

Aprobado por Unanimidad en sesión de Colegio de Auditores Generales del día 17 de Agosto de 2011.

RESOLUCIÓN AGC N° 249/11

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Agosto de 2011						
Código del Proyecto	3.10.01 b)						
Denominación del Proyecto	Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía.						
Período examinado	Año 2009						
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 General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía.						
Presupuesto Devengado 2009 (expresado en pesos)							
	Jur	UE	Pro	Spr	Act	Descripción	Importe
	40	430				HTAL. J. M. RAMOS MEJIA	201.661.929,67
	40	430	52	25		ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	201.661.929,67
Limitaciones al alcance	No fue posible calcular el indicador “Tiempo de Espera Quirúrgico” dado que, el Hospital no confecciona Historias Clínicas de Consultorio Externo que posibiliten la obtención del dato “fecha de diagnostico” (cada servicio cuenta con una ficha de consulta externa). Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato “Tiempo Máximo de Espera Quirúrgica por Patología”, información clave para la planificación de la actividad quirúrgica.						
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 2 de Agosto y el 17 de Diciembre de 2010.						
Aclaraciones previas	Se pretende evaluar el proceso de utilización de los recursos, teniendo en cuenta los objetivos asistenciales planteados y la oferta sanitaria brindada. Es importante señalar, que el volumen de información que maneja el Hospital, nos lleva a efectuar recortes -determinación de una muestra- que conducen a que los exámenes de auditoria, se conviertan -aún a pesar del predominio del análisis cuantitativo- en “estudios de casos” que posibilitan la comparación y que además, articuladas sus observaciones, recomendaciones y conclusiones, permiten tomar decisiones a fin de superar las dificultades, que sufre el sistema en su conjunto.						

	En el análisis del caso Hospital Dr. J. M. Ramos Mejía, para la aplicación de determinados procedimientos de auditoria, la selección de la muestra obedece a meses que no coinciden con los períodos vacacionales tradicionales, según criterio del auditor. De esta manera, fueron seleccionados los meses de abril, agosto y noviembre del año en estudio. La eficiencia en la utilización de los recursos asignados traduce la relación entre el logro de los objetivos (actividad asistencial) y el consumo de los recursos empleados. En este sentido se analizaron tres recursos físicos fundamentales para la gestión hospitalaria: las camas de hospitalización, los quirófanos y los consultorios. Asimismo, se analizaron aquellos factores que influyeron significativamente en tales recursos (obtención de elementos protésicos, provisión de medicamentos, internación de casos sociales y/o con patologías crónicas, recurso de enfermería, entre otros) a fin de obtener una mirada más amplia en la gestión de los mismos.
Principales Observaciones detectadas	1. Existe subutilización del recurso cama (64,65%) con relación al nivel óptimo de uso (85%). Ello se evidencia aún más al analizar cada Servicio con Internación: Pediatría (24 camas con el 45,8% de utilización), Otorrinolaringología (10 camas con el 27,15% de utilización), Urología (31 camas con el 50,53% de utilización), Ginecología (31 camas con el 47,67% de utilización), Clínica Quirúrgica o Cirugía General (81 camas con el 50,24% de utilización), entre otros. Esta subutilización no tiene justificación, toda vez que existan hospitales públicos con necesidad de este recurso. 2. Existe una subutilización del centro quirúrgico del 34,33% respecto de la capacidad teórica. Si bien influye sobre ello, la suspensión de cirugías por causas atinentes al hospital (61,36% del total de suspensiones), éstas no son propias del hospital sino del sistema, pues la falta de camas en terapia intensiva, la falta de médicos anestesista, la falta de drogas anestésicas, la falta de médico de planta, la cirugía con horario condicional o prolongación horaria (que implica disponer de mayor cantidad de horas profesionales), no pueden resolverse desde el hospital, sino que requieren una decisión del nivel central.

	3. La oferta de horas asistenciales mensuales (agenda médica) refleja amplias diferencias con relación a las horas asistenciales efectivamente brindadas (según planillas diarias de atención médica), en todas las especialidades del turno vespertino (Medicina 351hs; Cirugía 228; Pediatría 284 hs; Obstetricia 87 hs). Asimismo, existen Servicios cuya producción arroja una o dos consultas por hora médica (Dermatología, Nefrología, Nutrición, Urología y Adolescencia). Todo ello, evidencia la subutilización del recurso consultorio en el turno vespertino (66,78% de rendimiento).
Principales Recomendaciones	1. Gestión de Camas a) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de maximizar su uso y buscar un equilibrio en la internación de pacientes del sistema público de salud. b) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos. Para ello, resulta necesario, jerarquizar el área de Admisión y Egresos, a fin de ejercer la autoridad en la gestión de camas, salvo alguna situación de excepción en la que el Jefe de Guardia asuma tal responsabilidad. 2. Centro Quirúrgico a) Maximizar la utilización del Centro Quirúrgico, a través de la incorporación del recurso físico y humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso faltante (médico, técnico, de enfermería y equipamiento), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido y la apertura de licitaciones acordes a las necesidades de equipamiento. b) Implementar la historia clínica única a fin de contar con información integral del paciente. c) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos. d) Unificadas las listas de espera de quirófano, los servicios quirúrgicos y el área de Admisión, deberían acordar el método de programación para la gestión del paciente (prioridades por patologías, tiempos máximos de espera quirúrgica por patología, reprogramación de cirugías suspendidas, etc.). e) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del

	case mix¹, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)². Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos. 3. Gestión del Paciente Ambulatorio a) Definir, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la población que debe cubrir el hospital, para la adecuada organización de los recursos asistenciales. b) Replantear el número de población que se proyecta asistir, a fin de poder aproximarse al cálculo de los recursos necesarios (físicos y humanos) basados en la demanda. c) Definida la población a asistir, implementar mecanismos de captación de dicha población y readecuar la oferta asistencial vespertina, en función a la demanda real.
Conclusión	El nivel de utilización de los recursos analizados (camas de hospitalización, quirófanos y consultorios) en el Hospital José María Ramos Mejía, evidencia subutilización en su uso, respecto de un valor teórico o standard. No obstante, es necesario considerar una multiplicidad de factores que intervienen en el rendimiento del uso de los recursos, que no dependen directamente del hospital. Asimismo, es necesario considerar que la demora en el circuito del pedido de prótesis podría tener un efecto negativo sobre la evolución de la enfermedad, generando complicaciones tanto en la etapa pre como post-quirúrgica, aumentando así, tanto la utilización de los servicios de diagnóstico y tratamiento como los de internación, significando esto mayores costos hospitalarios. En este sentido, y desde la percepción de la calidad, se resalta que el acortamiento del tiempo preoperatorio disminuye el riesgo de contraer infecciones hospitalarias, a la vez que señala la eficacia en la utilización de los recursos.

¹ Combinación de grupos de pacientes particulares clasificados por enfermedad y consumo de recursos, que se da en una organización sanitaria y en la que dichos grupos de pacientes comparten una o más características.

² Sistema de clasificación de episodios de hospitalización, con definiciones clínicamente reconocibles y en la que se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

	Por otro lado, el abordaje de problemas socio-sanitarios complejos, requiere del esfuerzo integrado de redes comunitarias y de redes interinstitucionales, en donde necesariamente deben vincularse los sectores de Salud y Desarrollo Social. Resulta indispensable entonces, instalar políticas públicas orientadas a la reinserción social de tales pacientes, como así también, la creación de instituciones intermedias para pacientes sin vínculo familiar o social, con problemas de salud crónicos.
--	--

Informe Final de Auditoría
“Hospital General de Agudos José M. Ramos Mejía”
Proyecto N° 3.10.01. b

DESTINATARIO

Señor
Vicepresidente 1°
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Oscar Moscariello
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 General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía.

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 General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía.

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 Dr. J. M. Ramos Mejía, detectadas en la auditoría de relevamiento, se practicaron los siguientes procedimientos:

- Analizar y evaluar la utilización de los recursos, camas, quirófanos y consultorios.
- Evaluar el acceso y el proceso de atención ambulatoria vespertina.
- Evaluar la calidad de atención, a través de una Encuesta de Satisfacción a pacientes de Servicios Asistenciales.
- Verificar el circuito de acceso a prótesis del paciente quirúrgico.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

- Evaluar el acceso y el proceso de intervención quirúrgica -productividad, suspensiones, tiempo de espera, entre otros-.
- Evaluar el acceso y el proceso de internación en pacientes denominados casos sociales, la intervención del Servicio Social y su interrelación con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales, y los casos de ingresos por Guardia.
- Analizar y evaluar la provisión de insumos médicos.
- Evaluar la dotación y distribución por áreas, del recurso humano de Enfermería y la utilización racional de horas módulos.
- Identificación de Indicadores cualitativos y cuantitativos de la Gestión.

Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 2 de Agosto y el 17 de Diciembre de 2010.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No fue posible calcular el indicador “Tiempo de Espera Quirúrgico” dado que, el Hospital no confecciona Historias Clínicas de Consultorio Externo que posibiliten la obtención del dato “fecha de diagnostico” (cada servicio cuenta con una ficha de consulta externa).

Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato “Tiempo Máximo de Espera Quirúrgica por Patología”, información clave para la planificación de la actividad quirúrgica.

V) ACLARACIONES PREVIAS

Se pretende evaluar el proceso de utilización de los recursos, teniendo en cuenta los objetivos asistenciales planteados y la oferta sanitaria brindada.

Es importante señalar, que el volumen de información que maneja el Hospital, nos lleva a efectuar recortes -determinación de una muestra- que conducen a que los exámenes de auditoria, se conviertan -aún a pesar del predominio del análisis cuantitativo- en “estudios de casos” que posibilitan la comparación -benchmarking- y que además, articuladas sus observaciones, recomendaciones y conclusiones, permiten tomar decisiones a fin de superar las dificultades, que sufre el sistema en su conjunto.

En el análisis del caso Hospital Dr. J. M. Ramos Mejía, para la aplicación de determinados procedimientos de auditoria, la selección de la muestra obedece a meses que no coinciden con los períodos vacacionales tradicionales, según criterio del auditor. De esta manera, fueron seleccionados los meses de abril, agosto y noviembre del año en estudio.

1. Perfil de utilización de los recursos

El volumen de actividad que puede desarrollar un hospital, y dentro de éste cada servicio, está determinado por los recursos disponibles y por su nivel de utilización.

El nivel de utilización de los recursos traduce la relación entre el uso real de los recursos y su capacidad máxima teórica. La eficiencia en la utilización de los recursos asignados traduce la relación entre el logro de los objetivos (actividad asistencial) y el consumo de los recursos empleados³.

Se analizan a continuación tres recursos físicos fundamentales para la gestión hospitalaria: las camas de hospitalización, los quirófanos y los consultorios.

1.1 Ocupación de camas

La cama de hospitalización constituye el recurso físico principal del hospital. Se pretende establecer una relación entre el uso real de las camas y su máximo uso teórico.

Se utiliza para ello, el indicador porcentaje ocupacional, que establece el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el año.

- **Porcentaje ocupacional = Total de pacientes día del período⁴ / Total de días camas disponibles del período⁵ x 100**

Porcentaje ocupacional año 2009 = $107.379^6 / 166.218^7 \times 100 = 64,65 \%$

El índice de ocupación general, arroja un valor (64,65%) por debajo del nivel óptimo de ocupación (85%). Asimismo, el análisis de este indicador por Servicio, refleja aún más tal resultado. **(Observación 1)**

Se considera como índice de ocupación óptimo el 85% dado que, permite disponer de un número determinado de camas desocupadas, que dan un margen de maniobra correcto para los ingresos desde el servicio de Urgencias⁸.

³ Cuervo J., Varela J., Belenes R., "Gestión de Hospitales", capítulo 7 pag. 263, Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994.

⁴ Indica el número de pacientes que en promedio estuvieron hospitalizados diariamente.

⁵ Indica el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente.

⁶ Movimiento hospitalario año 2009. Paciente día, es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en el establecimiento de salud, durante un período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un mismo día.

⁷ Movimiento hospitalario año 2009.

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires.
Tel. 4321-3700

Los valores inferiores al 70 o 75 % de ocupación, dan cuenta de la subutilización de los elementos disponibles, por exceso de recursos en relación a la demanda asistida⁹.

Cuadro 1. Porcentaje ocupacional, listas de espera, días de estada y camas disponibles.

Especialidades	% Ocupación	% Óptimo	Desvío	Lista de pacientes en espera quirúrgica	Promedio días de estada	Cantidad de camas disponibles
Medicina						
Clínica Médica	80,99	85	-4,01	---	16,84	114
Neurología	58,24	85	-26,76	---	10,11	28
Hematología	64,55	85	-20,45	---	15,64	16
Cardiología	58,22	85	-26,78	---	9,98	22
Unidad Coronaria	72,05	85	-12,95	---	4,03	7
Dermatología	61,58	85	-23,42	---	21,86	22
Neumotisiología	64,56	85	-20,44	---	23,3	14
Stroke	66,92	85	-18,08	---	9,91	4
Cirugía						
Clínica quirúrgica	50,24	85	-34,76	81	8,37	81
Ginecología	47,67	85	-37,33	83	8,44	31
Traumatología	76,05	85	-8,95	21	24,66	45
Urología	50,53	85	-34,47	71	11,67	31
O.R.L.	27,15	85	-57,85	---	2,62	10
Oftalmología	10,17	85	-74,83	---	1,97	4
C.Plástica	37,75	85	-47,25	101	5,53	14
Pediatría						
Pediatría	45,8	85	-39,2	---	5,38	24
Neonatología	60,44	85	-24,56	---	7,85	26
Tocoginecología						
Obstetricia	74,81	85	-10,19	---	3,42	24
Urgencia						
Guardia del Día	107,95 (*)	85	22,95	---	1,82	12
Terapia Intensiva	72,89	85	-12,11	---	9,77	16

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Movimiento Hospitalario año 2009 e Informe de Relevamiento del Hospital J. M. Ramos Mejía Proyecto N° 3.10.01.a.

(*) Valor que incluye el uso de camillas o camas de observación

Existen Servicios con una marcada tendencia a la subocupación del recurso cama; entre estos se distinguen: Pediatría (24 camas con el 45,8% de utilización), Otorrinolaringología (10 camas con el 27,15% de utilización), Urología (31 camas con el 50,53% de utilización), Ginecología (31 camas con el 47,67% de utilización) y Clínica Quirúrgica o Cirugía General (81 camas con el 50,24% de utilización). **(Observación 1)**

⁸ Dr. Aranguren E. y. Rezzonico R, "Auditoria Medica" capitulo 7 pag. 296, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998; Cuervo J., Varela J., Belenes R., "Gestión de Hospitales", capitulo 6 pag. 257. Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994.

⁹ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., "Auditoria Medica", capitulo 7 pag. 296, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

Si bien, la falta de utilización de este recurso, puede obedecer a una variedad de causas como por ejemplo: la falta de equipamiento en los quirófanos, la carencia de horas de profesionales anestesistas, entre otros, la desproporción en el uso del recurso cama no tiene justificación, toda vez que existan hospitales públicos que requieran la utilización de este recurso.

1.2 Rendimiento de los quirófanos

La programación de quirófanos es un aspecto fundamental para obtener un rendimiento óptimo. De ahí la importancia de disponer de dotación de recurso humano propio, de planta física acorde, de quirófanos compartidos y específicos para Urgencias y para otras especialidades necesarias, como así también horarios de funcionamiento acordes y la posibilidad de su incremento.

Por ello, la utilización del indicador “Rendimiento Quirúrgico”, que establece una relación entre el tiempo de utilización de los quirófanos y el tiempo teórico de funcionamiento, nos orientará en el rendimiento del uso de este recurso.

Se trabajó sobre una muestra de cirugías realizadas según las Planillas de Registro Diario de Quirófano, de los meses de Abril, Agosto y Noviembre del año 2009.

No obstante, no se pudo utilizar para el análisis el mes Agosto de 2009 dado que durante ese período la actividad quirúrgica se vio afectada por la Epidemia de Gripe A (H1N1). Por lo tanto, se reemplazó en la muestra, por el mes de Enero de 2009, que si bien es un mes de período vacacional, la actividad quirúrgica fue similar a los meses de Abril y Noviembre. Ello obedece, a que en dicho mes funcionaban la mayoría de los quirófanos, a diferencia de los meses Abril y Noviembre de 2009.

Para el cálculo del tiempo de utilización de los quirófanos, se analizó el Libro de cada Quirófano, a fin de extraer los siguientes datos: hora de inicio de cirugía y hora de finalización de cirugía.

Para el cálculo del tiempo quirúrgico teórico, se tuvo en cuenta las horas en que los quirófanos disponen de horas profesionales para su utilización, según lo informado por el Jefe del Departamento de Cirugía. Se optó por este criterio, a fin de no generar distorsiones que puedan ocasionar ambigüedad de interpretación.

Se incluyen en el análisis los quirófanos de utilización diaria. Se excluye del análisis el quirófano destinado a Urgencias.

Cuadro 2. Quirófanos disponibles por mes

CONCEPTO	ENERO	ABRIL	NOVIEMBRE
Qx Nro.	2	2	2
Qx Nro.	3	3	3
Qx Nro.	4	4	5
Qx Nro.	5	5	8
Qx Nro.	6	9	12
Qx Nro.	7	10	
Qx Nro.	9	12	
Qx Nro.	10		
Qx Nro.	12		
Total Qx disponibles	9	7	5

Fuente: Libros de Quirófano

Nota: Si bien el Qx 11 funcionó en el período auditado, no se pudo tomar en el análisis debido a que el libro correspondiente se encuentra secuestrado según orden judicial.

La planta quirúrgica cuenta con 12 quirófanos, de los cuales en Enero funcionaron nueve, en Abril siete y en Noviembre cinco.

La falta de funcionamiento de los 12 quirófanos obedece a:

- Qx 1, se utiliza como depósito de equipos.
- Qx 4, se encuentra clausurado por falta de mesa de anestesia y cardioscopio desde el 15-5-09. Se ubican en el mismo, seis mesas de anestesia fuera de funcionamiento.
- Qx 6, en el mes de Enero funcionó, luego se destinó a depósito de drogas de uso en quirófano y de otros medicamentos.
- Qx 7, en el mes de Enero funcionó solo 6 días, luego dejó de hacerlo por falta de mesa de anestesia, camilla de operación y aire acondicionado.
- Qx 8, sólo funcionó en el mes de Noviembre, anteriormente no funcionaba por falta de mesa de anestesia.

Las horas contempladas en el tiempo quirúrgico teórico (horas semanales) fueron convertidas a mensuales, previo cálculo de descuento de semanas no trabajadas por distinta índole. Las semanas no trabajadas no comprenden los sábados y domingos dado que, la planificación de la utilización del centro quirúrgico contempla horarios de lunes a viernes.

Calculo de semanas no trabajadas¹⁰ :

Ferriados	8 días
Licencia anual	25 días
Otras licencias ¹¹	10 días
Total	43 días

¹⁰ Adaptado de: Dr. Aranguren E.y Rezzonico R., “Auditoria Médica”, capítulo 14 pag. 523, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

¹¹ Enfermedad, ausencias, etc.

Si se divide el total de días no trabajados por los 5 días de la semana laborables, se obtiene el total de semanas no trabajadas.

43 días / 5 días (semana laboral) = 8,6 semanas no trabajadas

Si 8,6 semanas no trabajadas corresponden a 12 meses del año, 1 mes corresponderá a la división entre semanas no trabajadas al año y los meses del mismo.

8,6 / 12 = 0,72 semanas

Por lo tanto, las horas semanales se multiplicaron por 3,28 semanas al mes (4 semanas – 0,72 semanas no trabajadas) obteniendo un total real de horas ofrecidas mensuales.

Componentes de la fórmula:

- **Tiempo quirúrgico utilizado** = Promedio mensual de sumatoria de tiempos reales de intervenciones quirúrgicas.

442:29:40 horas promedio mensual

Cuadro 3. Horas de utilización del quirófano

Mes de la muestra	Horas quirófano	Cantidad "Qx"	Cantidad de cirugías realizadas
Enero	406:03:00	9	307
Abril	440:41:00	7	312
Noviembre	480:45:00	5	315
Total	1327:29:00	21	934
Promedio Mensual	442:29:40	7	311

Fuente: Libros de Quirófano

Se consideraron además, una hora por cada cirugía realizada, en conceptos de preparación del paciente por anestesia, como así también, limpieza, asepsia y disposición del quirófano (aparatoología e instrumental).

El promedio de cirugías mensuales fue de 311. Por lo tanto se le agregan al total de horas de utilización de quirófano, 311 hs en concepto de lo anterior dicho.

442 hs con 29 minutos + 311 hs = 753 hs con 29 minutos promedio mensual (para redondear el dato se considerarán **754** hs)

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

- **Tiempo quirúrgico teórico** = N° de quirófanos (del período) x horas de funcionamiento al mes (ajustadas)

Tiempo teórico matutino y vespertino:

Cuadro 4. Horas de Quirófanos disponibles por mes

CONCEPTO	ENERO	ABRIL	NOV
Qx nro.	2	2	2
Qx nro.	3	3	3
Qx nro.	4	4	5
Qx nro.	5	5	8
Qx nro.	6	9	12
Qx nro.	7	10	
Qx nro.	9	12	
Qx nro.	10		
Qx nro.	12		
Total Qx por día al mes	9	7	5
Horas al día de cada Qx (*)	x 10 hs	x 10 hs	x 10 hs
Días semanales	x 5 días	x 5 días	x 5 días
Total horas semanales	450	350	250
Semanas ajustadas al mes	x 3,28	x 3,28	x 3,28
Horas al mes ajustadas	1.476	1.148	820
Horas trimestre	3.444		
Horas promedio mensual	1.148		

Fuente: Libros de Quirófano

(*) Información suministrada por el Jefe del Departamento Quirúrgico

- **Rendimiento quirúrgico** = **Tiempo quirúrgico utilizado / Tiempo quirúrgico teórico x 100**

$$754 \text{ hs} / 1.148 \text{ hs} \times 100 = 65,67 \%$$

La utilización de los quirófanos disponibles (aquellos que están en condiciones de uso), es del 65,67% de su capacidad teórica. Es decir, existe una subutilización de 34,33% de la planta quirúrgica disponible. **(Observación 2)**

No obstante, influye sobre la subutilización: la falta de disponibilidad de horas de Anestesiología, la falta de disponibilidad de camas en Terapia Intensiva (sólo 10 camas), la falta de habilitación de la Terapia Intermedia, la falta de drogas anestésicas, entre otros (el 61,36% de las cirugías suspendidas corresponden a estas causas). Este 61,36%, representa el 21,06% del 34,33% de subutilización ($61,36 \times 34,33 / 100$). **(Observación 2)**

Cuadro 5. Causas de suspensiones de la muestra relevada

	Concepto	Cantidades	%
Causa Hospital	Prolongación de horas	63	21,36
	Por decisión del médico o servicio	28	9,49
	Horario condicional	23	7,80
	Falta de anestesista	18	6,10
	Falta de cama en UTI	15	5,08
	Falta médico planta (cirujano)	14	4,75
	Falta de drogas anestésicas	11	3,73
	Falta de sangre	4	1,36
	Falta de instrumentador	2	0,68
	Sin funcionamiento de equipos	2	0,68
	Mal diagnóstico	1	0,34
	Subtotal	181	61,36
Sin dato		56	
	Subtotal	56	18,98
Causa Paciente	Ausente	26	8,81
	Problema clínico/médico	14	4,75
	Desayunó	4	1,36
	Falta de estudios	1	0,34
	Subtotal	40	15,25
Causa Ajena al Hospital	Falta de material (malla o prótesis)	13	
	Subtotal	13	4,41
	Total	290	100,00

Fuente: Planillas diarias de quirófano

Del total de cirugías suspendidas (290 cirugías trimestrales), según las Planillas Diarias de Quirófano analizadas, 56 cirugías que representan el 18,98 % del total de cirugías suspendidas, no contienen el dato del Motivo de Suspensión, a los fines del análisis efectuado. **(Observación 4)**

1.3 Producción Quirúrgica

1.3.1 Cirugías realizadas

Se analizó la productividad del centro quirúrgico, verificándose las suspensiones quirúrgicas y sus causas.

A tal efecto se trabajó sobre una muestra de Planillas de Parte Quirúrgico, de los meses de Enero, Abril y Noviembre de 2009.

Cuadro 6. Cirugías realizadas

Mes de la muestra	Cantidad de cirugías realizadas
Enero	307
Abril	312
Noviembre	315
Total	934
Promedio Mensual	311
Proyectado anual	3.736

Fuente: Libros de Quirófano y Planillas diarias de quirófano de los meses de la muestra.

Durante el año 2009 se realizaron 311 cirugías promedio mensual. Sobre un total de 4.916 cirugías anuales programadas, se realizaron 3.736 (76%)

- **Porcentaje de cirugías efectivas:** Total de cirugías efectivas año 2009 / Total de cirugías programadas año 2009 x 100 =

$$3.736^{12} / 4.916^{13} \times 100 = 76 \%$$

1.3.2 Cirugías suspendidas

- **Porcentaje de suspensiones:** Total de cirugías suspendidas año 2009/ Total de cirugías programadas año 2009 x 100 =

$$1.180 / 4.916 \times 100 = 24 \%$$

El 24 % de las cirugías programadas fueron suspendidas, detallándose sus causas, en el cuadro siguiente:

Cuadro 7. Cirugías suspendidas agrupadas por causas

Causas cirugías suspendidas	Enero	Abril	Noviembre	Causa por Trimestre
Causa Hospital¹⁴	89	55	37	181
Causa paciente¹⁵	13	13	19	45
Causas ajenas al hospital¹⁶	4	8	1	13
Sin dato	22	16	18	56
Total mensual	128	92	75	295
Promedio Mensual	98,33			
Proyectado Anual	1.180			

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Partes Quirúrgicos de los meses de la muestra.

¹² Datos obtenidos del promedio mensual proyectado anual, sobre información del año 2009.

¹³ Dato que surge de la suma entre cirugías realizadas y cirugías suspendidas promedio mensual proyectado al año.

¹⁴ Se incluye en causas del hospital, aquellas relacionadas con decisiones del hospital: prolongación de horas, decisión del médico o servicio, horario condicional, falta de anestesista, falta de cama en Terapia Intensiva entre otros.

¹⁵ Se incluye en causas del paciente, aquellas relacionadas con decisiones propias del paciente: ausente, paciente que desayunó y problemas clínico- médico.

¹⁶ Se incluye en causas ajenas al hospital, la falta de material (malla o prótesis). No obstante, estas causas no están ajenas al Sistema de Salud.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

El promedio anual más alto de cirugías suspendidas, corresponden a causas inherentes a la Institución, con un total de 181 suspensiones, que representa el 61,36% del total ($181 \times 100 / 295$). Influye sobre ello, la falta de camas en Terapia Intensiva, la falta de disponibilidad de horas de anestesiología y falta de habilitación de la Terapia Intermedia, entre otros. **(Observación 2)**

1.3.3 Tiempo de espera quirúrgico

- **Tiempo de espera quirúrgico:** días transcurridos entre el diagnóstico y la práctica quirúrgica

A pesar de la importancia de este indicador, no fue posible determinarlo dado que el Hospital, no confecciona historias clínicas de consultorio externo que posibiliten la obtención del dato “fecha de diagnóstico” (se utilizan fichas de consulta externa por cada especialidad). **(Observación 3)**

Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato “tiempo máximo de espera quirúrgica por patología”, información clave para la planificación de la actividad asistencial. **(Observación 3)**

1.4 Rendimiento de los consultorios

La organización de este recurso cumple un papel fundamental en la ejecución de niveles óptimos de utilización. Se aplica para ello, el indicador Rendimiento de Consultorios Externos, que relaciona el tiempo de consulta utilizado y el tiempo teórico disponible.

Para el cálculo del tiempo teórico disponible, se tuvo en cuenta las horas en que los consultorios disponen de horas profesionales para la atención, según lo informado por el Jefe del Departamento Consultorio Externo (agenda médica). Se optó por este criterio, a fin de no generar distorsiones que puedan ocasionar ambigüedad de interpretación.

Para el cálculo del tiempo de consulta utilizado, se tuvo en cuenta las horas asistenciales realizadas, que surgen del análisis de Planillas Diarias de Consultorio Externo, de las que se obtuvieron los pacientes atendidos, a fin de ser multiplicados por los minutos destinados a la consulta (según lo informado por el Jefe del Departamento Consultorios Externos, obteniéndose así, las horas efectivamente brindadas por cada día de trabajo.

En este último caso, se trabajó sobre una muestra de planillas diarias de consulta ambulatoria, en los meses de noviembre de 2009, y de abril y agosto del año 2010, dado que no se obtuvieron las planillas de los meses anteriores a noviembre de 2009 debido a una inundación en el archivo central.

Las horas asistenciales según agenda médica (horas semanales) fueron convertidas a mensuales, previo calculo de descuento de semanas no trabajadas por distinta índole. Las semanas no trabajadas no comprenden los sábados y domingos dado que, la agenda médica contempla horarios de lunes a viernes.

Calculo de semanas no trabajadas¹⁷ :

Ferriados	8 días
Licencia anual	25 días
Otras licencias ¹⁸	10 días
Total	43 días

Si se divide el total de días no trabajados por los 5 días de la semana laborables, se obtiene el total de semanas no trabajadas.

43 días / 5 días (semana laboral) = 8,6 semanas no trabajadas

Si 8,6 semanas no trabajadas corresponden a 12 meses del año, 1 mes corresponderá a la división entre semanas no trabajadas al año y los meses del mismo.

8,6 / 12 = 0,72 semanas no trabajadas mensualmente

Por lo tanto, las horas semanales se multiplicaron por 3,28 semanas al mes (4 semanas – 0,72 semanas no trabajadas) obteniendo un total real de horas ofrecidas mensuales, según agenda médica.

Componentes de la fórmula:

Rendimiento de consultorios externos = Tiempo de consultorio utilizado / Tiempo de consultorio teórico x 100

- Tiempo de consulta utilizado = Horas asistenciales realizadas promedio mensual.
- Tiempo de consulta teórico = Horas asistenciales ofrecidas mensuales según agenda medica (descontadas las semanas no laborables).

¹⁷ Adaptado de: Dr. Aranguren E.y Rezzonico R., “Auditoria Medica”, capitulo 14 pag. 523, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

¹⁸ Enfermedad, ausencias, etc.

Cuadro 8. Horas realizadas y horas ofrecidas en consultorios externos por especialidad

Especialidades	Horas Asistenciales Realizadas Promedio Mensual	Horas ofrecidas Promedio Mensual Agenda Médica	Desvío en Horas
Alergia	33	43	-10
Cardiología	129	134	-6
Clínica Médica	371	378	-7
Dermatología	44	61	-17
Endocrinología	67	108	-41
Gastroenterología	20	25	-5
Hematología	89	161	-72
Infectología	30	26	4
Hipertensión (*)	27	10	17
Inmunocomprometidos	33	161	-127
Nefrología (*)	7	13	-6
Neumotisiología	39	47	-8
Neurología	63	75	-12
Nutrición (*)	24	73	-49
Reumatología	64	75	-11
Subtotal Medicina	1040	1392	-351
Cirugía General	51	129	-78
Ginecología (**)	129	207	-78
Oftalmología	41	71	-30
Ortopedia y Traumatología	70	78	-8
Urología (*)	44	79	-34
Subtotal Cirugía	336	563	-228
Pediatría	347	600	-253
Adolescencia (*)	77	108	-31
Subtotal Pediatría	425	708	-284
Obstetricia	110	197	-87
Subtotal Obstetricia	110	197	-87
Total General	1910	2860	-950

Fuente: elaboración propia sobre la base de la información contenida en la agenda médica y en las planillas de consultas ambulatorias de los meses de la muestra.

(*) Solo se obtuvo información de dos meses

(**) Incluye Climaterio, Esterilidad y Patología mamaria.

- **Rendimiento de consultorios externos = Tiempo de consultorio utilizado / Tiempo de consultorio teórico x 100**

$$1.910 \text{ horas} / 2860 \text{ horas} \times 100 = 66,78 \%$$

El rendimiento de los consultorios externos vespertinos, en función de las horas ofrecidas, no resulta óptimo. **(Observación 5)**

Las horas asistenciales ofrecidas superan las horas asistenciales efectivamente consumidas, en todas las especialidades analizadas del turno vespertino (Medicina 351hs; Cirugía 228; Pediatría 284 hs; Obstetricia 87 hs). **(Observación 5)**

A los fines del análisis realizado, se verificó también, el porcentaje de ausentismo de las especialidades analizadas, arrojando los siguientes resultados:

Cuadro 9. Turnos Ausentes Promedio Mensual

Especialidades	Turnos Dados (programados) Promedio Mensual (A)	Consultas Realizadas (programado más espontáneo) Promedio Mensual (B)	Turnos Ausentes Promedio Mensual (A-B)	Turnos Ausentes Promedio Mensual en Porcentaje
Alergia	140	102	38	26,90
Cardiología	520	414	106	20,40
Clínica Médica (*)	1150	1270	-----	-----
Dermatología	219	35	184	84,02
Endocrinología (*)	0	230	-----	-----
Gastroenterología	87	63	24	27,20
Hematología (*)	0	333	-----	-----
Infectología (*)	85	111	-----	-----
Hipertensión (*)	43	68	-----	-----
Inmunocomprometidos (*)	2	124	-----	-----
Nefrología	46	17	30	64,03
Neumotisiología	194	143	51	26,42
Neurología	218	215	3	1,22
Nutrición	165	55	110	66,53
Reumatología (*)	170	232	-----	-----
Cirugía General (*)	0	160	-----	-----
Ginecología (**)	636	432	204	32,09
Oftalmología	180	136	44	24,49
Ortopedia y Traumatología (*)	0	228	-----	-----
Urología	255	100	155	60,84
Pediatría (*)	0	1188	-----	-----
Adolescencia	299	169	131	43,65
Obstetricia	541	397	145	26,72
Total General	4952	6221	-----	-----

Fuente: elaboración propia sobre la base de la información contenida en las planillas de consultas ambulatorias de los meses de la muestra y en las planillas de turnos dados.

(*) Los turnos espontáneos superan a los programados.

(**) Incluye Climaterio, Esterilidad y Patología mamaria.

El porcentaje de ausentismo a los turnos vespertinos solicitados, supera el 25% en diez, de las veintitrés especialidades analizadas. Ello podría disminuirse, si se ajusta la cantidad de turnos programados otorgados.

1.4.1 Producción médica ambulatoria

1.4.1.1 Indicadores de Resultado

▪ Productividad de la consulta externa

$$\frac{\text{Nº de Consultas realizadas al mes}}{\text{Nº de Horas dedicadas a la consulta ambulatoria al mes}} = \text{Consulta por hora médica}$$

Cuadro 10. Consulta por hora médica

Especialidades	Horas Asistenciales Realizadas Promedio Mensual	Consultas Realizadas Promedio Mensual	Consulta por hora médica trabajada Promedio Mensual
Alergia	33	102	3
Cardiología	129	414	3
Clínica Médica	371	1270	3
Dermatología	44	35	1
Endocrinología	67	230	3
Gastroenterología	20	63	3
Hematología	89	333	4
Infectología	30	111	4
Hipertensión (*)	27	68	3
Inmunocomprometidos	33	124	4
Nefrología (*)	7	17	2
Neumotisiología	39	143	4
Neurología	63	215	3
Nutrición (*)	24	55	2
Reumatología	64	232	4
Subtotal Medicina	1.040	3.412	3
Cirugía General	51	160	3
Ginecología (**)	129	432	3
Oftalmología	41	136	3
Ortopedia y Traumatología	70	228	3
Urología (*)	44	100	2
Subtotal Cirugía	336	1.056	3
Pediatría	347	1188	3
Adolescencia (*)	77	169	2
Subtotal Pediatría	425	1.356	3
Obstetricia	110	397	4
Subtotal Obstetricia	110	397	4
Total General	1.910	6.221	3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Agenda Médica y de las Panillas de Atención Ambulatoria Diaria de los meses de la muestra.

(*) Solo se obtuvo información de dos meses

(**) Incluye Climaterio, Esterilidad y Patología mamaria.

Los Servicios con baja cantidad de consultas por hora médica, como es el caso de: Dermatología (1 consulta por hora médica), Nefrología, Nutrición, Urología y Adolescencia (2 consultas por hora médica), demuestran nuevamente la subutilización de Servicios vespertinos. Se aclara que las consultas analizadas no incluyen las consultas por prácticas. **(Observación 5)**

1.4.2 Calidad de la atención ambulatoria

La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización en salud: el producto o servicio, el proceso, la producción o el sistema de prestación del servicio. Para nuestro análisis, consideraremos la calidad desde el sistema de prestación del servicio.

Para ello, se apreciará el conocimiento respecto de las necesidades del paciente, que el nosocomio debió tener en cuenta para planificar los recursos sanitarios.

1.4.2.1 Encuesta de satisfacción

El propósito de la encuesta de satisfacción es de carácter valorativo constituyendo uno de los elementos de juicio que integra el control de la calidad de la atención médica. Su objetivo es conocer la opinión del paciente respecto a la calidad de atención brindada.¹⁹

A tal efecto, se diseñó una encuesta de satisfacción con variables que relevan aspectos como: acceso a turnos, tiempos de espera, atención recibida por parte de los profesionales médicos, enfermeros y personal administrativo, entre otros.

Para la selección de Servicios se utilizó el criterio de mayor cantidad de consultas ambulatorias (295.660 consultas)²⁰ durante el periodo auditado (2009); para la determinación de la muestra²¹, se aplicó la formula de muestreo estadístico aprobada por la AGCBA.

Se realizaron 384 encuestas en 34 Servicios con prestación de consulta ambulatoria. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Indicador Grado de Satisfacción de pacientes ambulatorios:**

Para la elaboración de este indicador se le asignó el puntaje “uno” a cada pregunta de la encuesta de satisfacción, obteniéndose un valor máximo de 4.224 (11 preguntas a un valor “uno” cada pregunta x 384 encuestas de la muestra).

La asignación del puntaje y los valores deseables como óptimos, fueron determinados a criterio del auditor.

¹⁹ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., “Auditoría Médica”, capítulo 13 pag. 439. Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

²⁰ Dato extraído del Movimiento hospitalario año 2009.

²¹ Ver determinación del tamaño muestral y detalle de resultados de la encuesta en Anexo 2.

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires.
Tel. 4321-3700

Grado de Satisfacción % = $\frac{\text{Puntaje hallado}}{\text{Puntaje máximo}} \times 100 =$

$$\frac{3791}{4224} \times 100 = 89,70$$

El grado de satisfacción del paciente ambulatorio es del 89,70%, considerándose al mismo óptimo²² en relación a los valores deseables.

2. Análisis de las cirugías que requirieron prótesis

Entre los diversos factores que diariamente se observan como responsables de la postergación del acto quirúrgico, se encuentra el tiempo para obtener elementos protésicos a aplicar en dicho acto.

Se analizó el libro de internación de la Sala de Ortopedia y Traumatología, y de Cardiología, a fin de detectar los pacientes que requirieron una prótesis en su intervención quirúrgica, durante el año 2009.

Se analizaron 70 registros de ayuda médica y las rendiciones de dichas compras, correspondientes al Servicio de Ortopedia y Traumatología y al Servicio de Cardiología del año 2009.

Se incluye en el análisis el paciente con residencia en la Ciudad de Buenos Aires. Queda excluido del análisis el paciente con residencia en la Provincia de Buenos Aires o en otras Provincias, dado que el circuito de compra contiene otro mecanismo de adquisición de prótesis.

Para evaluar el plazo entre el pedido del insumo y la compra del mismo, se analizó las fechas consignadas en los registros de cada rendición de ayuda médica y en los registros del Libro de Sala de Internación y Libro de Ateneo, del Servicio de Ortopedia y Traumatología y del Servicio de Cardiología.

Para verificar el circuito de adquisición de prótesis, se analizó la información suministrada por el hospital en la etapa de relevamiento.

Para la obtención de un insumo especial²³, se sigue el siguiente procedimiento:

1. Registro de admisión de paciente ambulatorio o de internación.

²² Valores deseables: entre el 100% y 95% Excelente, entre el 94% y 80 % Muy Bueno, entre 79 % y 65 % Bueno.

²³ Prestación especial es aquella que no puede ser realizada en los establecimientos del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, debiendo recurrirse a un tercero prestador.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

2. Se inicia proceso de atención. Simultanea o posteriormente se efectúa identificación de cobertura social, a través de estadística, arancelamiento hospitalario o facturación.
3. El profesional actuante efectúa indicaciones diagnósticas y/o terapéuticas
4. Si requiere insumos o prestaciones especiales: el profesional actuante completa el Formulario de Solicitud de Insumos o Prestaciones Especiales, en los ítems de resumen de historia clínica, prescripción y carácter del trámite, dentro de las 24 hs. de originado el requerimiento.
5. En caso de que el trámite sea en carácter de urgente, el Servicio actuante podrá solicitar directamente de la dirección la posibilidad de aprovisionamiento inmediato con fondos destinados a cubrir emergencias, efectuándose a posteriori el trámite de eventual reintegro por la cobertura del paciente o por ayuda médica.
6. Si el paciente tiene cobertura, se deriva el trámite a arancelamiento hospitalario para la gestión correspondiente. Si no tiene cobertura o la existente no cubre la prestación, el trámite pasa a Servicio Social,
7. Servicio Social efectúa la historia social, completando el ítem correspondiente del Formulario de Solicitud de Insumos o Prestaciones Especiales. Si la historia social indica cobertura antes no detectada, pasa a Arancelamiento para la gestión correspondiente. Si se ratifica la inexistencia de cobertura se verifica la jurisdicción perteneciente al paciente.
8. Si el paciente es extrajurisdiccional (provincia de Buenos Aires, otras provincias o país extranjero), Servicio Social remite el trámite a la Zona, casa de la Provincia o Consulado que corresponda, dentro de las 24 hs. Si el paciente es de la Ciudad de Buenos Aires, o se recibe la negativa de cobertura del organismo requerido, Servicio Social remite el trámite del Área de Compras dentro de las 24 hs.
9. Compras solicitará en el plazo de 24 hs. 3 presupuestos o documentación que especifique carácter exclusivo del proveedor, remitiendo la documentación a la Comisión de Racionalización.
10. La Comisión de Racionalización analiza de acuerdo al monto que mecanismo de aprovisionamiento utilizará.

Si no existen fondos disponibles en el hospital, la Comisión de Racionalización deja constancia en el formulario y Servicio Social documenta el carácter de Ayuda Médica del trámite en el ítem correspondiente, adjuntando la nota de solicitud firmada por el paciente o mandatario, para que el área de Despacho de salida al trámite con carátula de Urgente, a la Dirección General de Evaluación Económica Financiera del Ministerio de Salud.

Si el Ministerio de Salud, cuenta con fondos, se registra la afectación y se remite al hospital para su adquisición. Si no cuenta con fondos, se firma la negativa y se entrega el conjunto de la documentación al paciente o mandatario para la tramitación de la Ayuda Médica ante el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Una vez efectuada la prestación mediante cualquiera de las vías administrativas descriptas, el profesional actuante certificará la realización de la prestación y/o el uso del insumo especial provisto.

Hacia fines del año 2009, la Dirección del hospital, notificó al Servicio Social, que las solicitudes de prótesis para fracturas, así como de marcapasos y otros insumos cardiológico, quirúrgicos y de medicamentos que se requieran con Urgencia, serán tramitados por el Servicio peticionante, el que confeccionará el pedido correspondiente, consultará la cobertura social con facturación y lo entregará en la Subdirección Médica, obviando el pase por Servicio Social. El resto de los pedidos proseguirá con la normativa vigente. Si lo requerido, exigiese la intervención del Servicio Social, éste se realizará con posterioridad a su ingreso a Subdirección Medica.

El tiempo total del circuito, contado desde la fecha del pedido hasta la entrega del insumo, fue de 113 días corridos en promedio para el Servicio de Ortopedia y Traumatología, y de 102 días corridos en promedio para el Servicio de Cardiología. **(Observación 6)**

Cuadro 11. Pedido y entrega de insumos por Ayuda Médica del Servicio de Ortopedia y Traumatología

NRO. DE RENG./ INSU.	FECHA PEDIDO (A)	FECHA INICIO EXP. COMPRA	NRO. ORDEN COMPRA	FECHA ORDEN COMPRA (B)	NRO. REMITO	FECHA REMITO ENTREGA C	FECHA ENTRE A Y B	FECHA ENTRE A Y C	ESPECIFICACIÓN PROTESIS
1	01/09/2009	11/09/2009	318	22/09/2009	0001-00002444	23/10/2009	21	52	Placa DCL - LC Bloqueadora
2	01/09/2009	11/09/2009	318	22/09/2009	0001-00010129	24/09/2009	21	23	Set osteosintesis
3	12/11/2008	23/09/2009	323	30/09/2009	0001-00008761	03/11/2009	322	356	Prótesis Híbrida (cadera)
4	22/04/2009	23/04/2009	118	27/05/2009	0001-00006474	30/05/2009	35	38	Set de miniplaca de titanio
5	22/04/2009	23/04/2009	118	27/05/2009	0001-00006474	30/05/2009	35	38	Malla de polietileno
6	22/04/2009	23/04/2009	117	27/05/2009	0001-00008644	29/05/2009	35	37	Clavo - Placa
7	31/07/2009	09/09/2009	308	21/09/2009	0001-00010128	24/09/2009	52	55	Set de clavos endomedular
8	20/09/2009	14/10/2009	342	29/10/2009	0001-00002460	06/11/2009	39	47	Anclajes de sutura
9	20/09/2009	14/10/2009	342	29/10/2009	0001-00002460	06/11/2009	39	47	Punta de Sheaver
10	20/09/2009	14/10/2009	342	29/10/2009	0001-00002460	06/11/2009	39	47	Cabestrillo tipo Vietnam
11	03/02/2009	26/03/2009	38	14/04/2009	000-00008581	30/06/2009	70	147	Clavo-Placa tipo DHS
12	16/02/2009	26/03/2009	38	14/04/2009	000-00008581	30/06/2009	57	134	Clavo tipo Kuntcher

2011. Buenos Aires Capital Mundial del Libro

NRO. DE RENG./ INSU.	FECHA PEDIDO (A)	FECHA INICIO EXP. COMPRA	NRO. ORDEN COMPRA	FECHA ORDEN COMPRA (B)	NRO. REMITO	FECHA REMITO ENTREGA C	FECHA ENTRE A Y B	FECHA ENTRE A Y C	ESPECIFICACIÓN PROTESIS
13	12/02/2009	13/02/2009	13	02/03/2009	0001-00002700	29/03/2009	18	45	Placa autobloqueante p/ radiodistal
14	05/10/2009	13/10/2009	332	19/10/2009	0002-00031903	09/11/2009	14	35	Clavo endomedular p/tibia
15	25/08/2009	10/09/2009	310	21/09/2009	0001-00010127	24/09/2009	27	30	Clavo endomedular p/fractura femur derecho
16	14/10/2008	22/04/2009	127	02/06/2009	0002-00031902	09/11/2009	231	391	Protesis reemplazo total cadera híbrido
17	20/01/2009	22/04/2009	126	02/06/2009	0001-00010191	03/06/2009	133	134	Tornillo p/plastra lig.cruzado anterior
18	10/03/2009	22/04/2009	126	02/06/2009	0001-00010191	03/06/2009	84	85	Set para osteosíntesis
19	09/03/2009	22/04/2009	126	02/06/2009	0001-00010191	03/06/2009	85	86	Clavo Placa Autodeslizante
20	05/02/2009	22/04/2009	127	02/06/2009	0002-00031902	09/11/2009	117	277	Barra de titanio
21	07/07/2009	14/07/2009	230	03/08/2009	0001-00010075	13/08/2009	27	37	Placa de reconstrucción p/luxofractura cadera izq.
22	07/07/2009	14/07/2009	231	03/08/2009	0001-00002401	13/08/2009	27	37	Placa de reconstrucción acetabular izq.
23	30/04/2009	07/05/2009	157	23/06/2009	0001-00008762	03/11/2009	54	187	Protesis híbrida con cotilo no cementado
24	28/09/2009	14/10/2009	338	26/10/2009	0001-00010199	27/10/2009	28	29	Clavo placa deslizanteautocompresivo p/fractura lateral de cadera
25	20/01/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008613	05/05/2009	99	105	Ruptura ligamentos cruzados-Tornillos de Kurosaka
26	12/02/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008611	05/05/2009	76	82	Fx muñeca - caja tornillera de 3,5mm
27	10/02/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008613	05/05/2009	78	84	Fx húmero derecho - Placa bloqueada premoldeada
28	17/02/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008611	05/05/2009	71	77	Set clavos endomedular retrogado tipo kuntcher
29	16/02/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008611	05/05/2009	72	78	Set placa de 3,5mm
30	13/01/2009	13/03/2009	15581	29/04/2009	0001-00002458	06/11/2009	106	297	Protesis revisión de cadera modular conica distal
31	04/11/2008	13/03/2009	15581	29/04/2009	0001-00002458	06/11/2009	176	367	Espaciador interespinoso en "C"

2011. Buenos Aires Capital Mundial del Libro

NRO. DE RENG./ INSU.	FECHA PEDIDO (A)	FECHA INICIO EXP. COMPRA	NRO. ORDEN COMPRA	FECHA ORDEN COMPRA (B)	NRO. REMITO	FECHA REMITO ENTREGA C	FECHA ENTRE A Y B	FECHA ENTRE A Y C	ESPECIFICACIÓN PROTESIS
32	17/02/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008611	05/05/2009	71	77	Clavo endomedular rígido acerrojado proximal
33	12/01/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008613	05/05/2009	107	113	RTC tipo Chornley
34	25/02/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008611	05/05/2009	63	69	EEM rígido tipo Kuntcher
35	03/02/2009	13/03/2009	15580	29/04/2009	0001-00008611	05/05/2009	85	91	Clavo placa TIPO DHS
36	22/09/2009	14/10/2009	334	21/10/2009	0001-00002459	06/11/2009	29	45	Prótesis para reemplazo de cadera Híbrida
37	07/11/2008	19/11/2008	1678	28/11/2008	0001-00008418	08/01/2009	21	62	Placa AO para platillo tibial ext.e int.
38	12/11/2008	19/11/2008	1678	28/11/2008	0001-00008418	08/01/2009	16	57	Clavo endomedular rígido Kuntscher
39	24/11/2008	02/12/2008	2	23/03/2009	0001-00002356	28/05/2009	119	185	Prótesis para reemplazo de cadera Híbrida
40	25/11/2008	02/12/2008	3	23/03/2009	0002-00032339	31/03/2009	118	126	Clavo endomedular rígido
41	20/11/2008	02/12/2008	4	23/03/2009	0001-00008569	14/04/2009	123	145	Espaciador interespinoso en "c"
42	25/11/2008	02/12/2008	5	23/03/2009	0002-00032405	17/04/2009	118	143	Placa de 3,5 para muñeca
43	25/11/2008	02/12/2008	3	23/03/2009	0002-00032339	31/03/2009	118	126	Clavo de Kunstcher
44	06/11/2008	13/11/2008	1705	30/12/2008	0001-00008472	13/02/2009	54	99	Clavo endomedular humeral rígido
45	06/11/2008	13/11/2008	1705	30/12/2008	0001-00008472	13/02/2009	54	99	Placa de reconstrucción
46	06/10/2008	05/11/2008	1668	15/12/2008	0002-00030000	02/01/2009	223	241	Clavo Acerrojado de Fémur
47	06/05/2008	05/11/2008	1669	30/12/2008	0001-00020189	09/03/2009	63	132	Prótesis para reemplazo de cadera Híbrida
48	28/10/2008	05/11/2008	1670	30/12/2008	0001-00020189	09/03/2009	74	143	Set de osteosíntesis
49	28/10/2008	05/11/2008	1671	30/12/2008	0002-00032030	02/01/2009	74	143	Set de placa en "T"
50	17/10/2008	05/11/2008	1672	30/12/2008	0001-00005908	08/01/2009	74	83	Miniplaca de titanio en L con tornillos
51	17/10/2008	05/11/2008	1673	30/12/2008	0001-00005908	08/01/2009	74	83	Miniplaca de titanio en L
Total días							3.966	5.746	
Promedio de días							78	113	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de carpetas de compras por ayudas médicas

Cuadro 12. Pedido y entrega de insumos por Ayuda Médica del Servicio de Cardiología

NRO. DE REN. INSU	FECHA PEDIDO (A)	FECHA INICIO EXP. COMPRA	NRO. ORDEN COMPRA	FECHA ORDEN COMPRA (B)	NRO. REMITO	FECHA REMITO ENTREGA C	FECHA ENTRE A Y B	FECHA ENTRE A Y C	ESPECIFICACIÓN PROTESIS
1	20/07/2009	22/07/2009	233	04/08/2009	0001-00066909	11/08/2009	15	22	Stent
2	12/03/2009	27/03/2009	69	11/05/2009	0001-00030333	06/07/2009	60	116	Kit p/mapeo electroanatómico
3	16/10/2009	12/11/2009	375	24/11/2009	0001-00034463	30/11/2009	39	45	Cateter p/mapeo
4	05/05/2009	13/05/2009	121	27/05/2009	0001-00065182	16/07/2009	22	72	Stent
5	17/09/2009	15/10/2009	48154	09/12/2009	0001-00034736	10/12/2009	83	84	Parche intracardiaco
6	17/09/2009	15/10/2009	48166	09/12/2009	0001-00034736	10/12/2009	83	84	Marcapaso / Cateter
7	14/09/2009	15/10/2009	48155	09/12/2009	0006-00069578	11/12/2009	86	88	Marcapaso / Cateter
8	01/09/2009	15/10/2009	48155	09/12/2009	0001-00002241	09/02/2010	99	161	Marcapaso / Cateter
9	26/08/2009	15/10/2009	48155	09/12/2009	0006-00069578	11/12/2009	105	107	Marcapaso / Cateter
10	10/03/2009	18/03/2009	27751	17/07/2009	0001-000017439	28/07/2009	129	140	Cardiodesfibrilador
11	07/01/2009	08/01/2009	20686	12/05/2009	0001-00014898	16/06/2009	125	160	Cardiodesfibrilador
12	18/05/2009	22/05/2009	35753	10/09/2009	0001-00015375	10/09/2009	115	115	Cardiodesfibrilador
13	03/06/2009	01/07/2009	47801	07/12/2009	0001-00015849	14/11/2009	187	164	Cardiodesfibrilador
14	06/08/2009	19/08/2009	43547	11/11/2009	0001-00034139	17/11/2009	97	103	Cardiodesfibrilador
15	05/05/2009	11/05/2009	35751	10/09/2009	0001-00032725	10/09/2009	128	128	Cardiodesfibrilador
16	19/06/2009	01/07/2009	206	24/07/2009	0002-00134982	11/09/2009	35	84	Stent
17	07/05/2009	01/07/2009	206	24/07/2009	0002-00134982	11/09/2009	78	127	Stent
18	29/06/2009	08/07/2009	40244	15/10/2009	0001-00015559	20/10/2009	108	113	Cardiodesfibrilador
19	31/03/2009	13/04/2009	24312	24/06/2009	0001-00005059	28/04/2009	85	28	Stent
Total de días							1.679	1.941	
Promedio de días							88	102	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de carpetas de compras por ayudas médicas

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Asimismo, se verificó los pedidos de compras de prótesis rechazados por falta de fondos, para pacientes con indicación quirúrgica y sin cobertura social, y se realizó un cruce con el libro de sala de internación del Servicio de Ortopedia y Traumatología, a fin de verificar cuántos de estos pacientes se pudieron operar, teniendo en cuenta que el hospital no le ha conseguido la prótesis.

Cuadro 13. Paciente con pedido de prótesis rechazado por falta de fondos pero con operación realizada

Nro. Caso	INSUMO	OBRA SOCIAL	FECHA PEDIDO	CARÁCTER DE LA PRESTACIÓN	APROBADO POR SUB-DIRECCIÓN MEDICA	APROBADO POR CRAIS	APROBADO POR CGEYF	INGRESO A SALA	EGRESO DE SALA
1	Placa Bloqueada Premoldeado en T	No	10/03/2009	Urgente	11/03/2009	No pasó por CRAIS	Sin fondos	23/03/2009	26/03/2009
2	Set Placa Tibial	No	10/03/2009	Urgente	10/03/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	27/02/2009	26/03/2009
3	Set clavo endomedular	No	03/11/2009	Urgente	04/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	17/11/2009	19/11/2009
4	Placa p/platillo tibial	No	20/10/2009	Urgente	22/10/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	17/10/2009	09/11/2009
5	Placa osteosíntesis	No	04/09/2009	Urgente	08/09/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	02/09/2009	15/09/2009
6	Prótesis reemp. Cadera	No	11/09/2009	Urgente	15/09/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	28/08/2009	27/10/2009
7	Clavo endomedular rígido	No	24/09/2009	Urgente	25/09/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	23/09/2009	05/10/2009
8	Clavo endomedular rígido	No	24/09/2009	Urgente	25/09/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	23/09/2009	15/10/2009
9	Clavo endomedular	No	30/11/2009	Urgente	03/12/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	26/11/2009	12/01/2010
10	Tutor externo p/ tibia con rotula tubular	No	24/11/2009	Urgente	24/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	10/09/2009	07/01/2010
11	Set placas	No	24/11/2009	Urgente	24/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	20/11/2009	07/12/2009
12	Placa bloqueada LC DCP	No	17/11/2009	Urgente	19/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	13/11/2009	07/01/2010
13	Clavo endomedular rígido - Set de placas	No	27/10/2009	Urgente	13/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	25/10/2009	18/12/2010

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Nro. Caso	INSUMO	OBRA SOCIAL	FECHA PEDIDO	CARÁCTER DE LA PRESTACIÓN	APROBADO POR SUB-DIRECCIÓN MÉDICA	APROBADO POR CRAIS	APROBADO POR CGEYF	INGRESO A SALA	EGRESO DE SALA
14	Set placas	No	10/11/2009	Urgente	13/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	09/11/2009	30/01/2010
15	Set placas DCP	No	13/11/2009	Urgente	13/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	24/11/2009	26/11/2009
16	Set clavos fresados	No	10/11/2009	Urgente	12/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	01/12/2009	07/12/2009
17	Clavo endomedular	No	05/11/2009	Urgente	10/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	31/10/2009	12/12/2009
18	Set clavijas alambre	No	10/11/2009	Urgente	10/11/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	19/11/2009	23/11/2009
19	Clavo endomedular	No	31/08/2009	Urgente	02/09/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	29/08/2009	17/09/2009
20	Espaciador de cadera	No	11/06/2009	Urgente	14/06/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	06/03/2009	04/08/2009
21	Enclavado endomedular rígido	No	23/04/2009	Urgente	27/04/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	23/04/2009	18/08/2009
22	Set placa bloqueada	No	16/06/2009	Urgente	16/06/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	23/06/2009	26/06/2009
23	Protesis híbrido no cementada	No	03/06/2009	Urgente	08/06/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	23/11/2009	01/12/2009
24	Set placas p/tibia proximal	No	16/06/2009	Urgente	23/06/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	01/07/2009	06/07/2009
25	Set placas en T y L c/tornillos	No	23/06/2009	Urgente	25/06/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	23/07/2009	27/07/2009
26	Set clavos p/fresados	No	20/06/2009	Urgente	30/06/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	15/07/2009	24/07/2009
27	Enclavado endomedular rígido	No	17/12/2009	Urgente	18/12/2009	No paso por CRAIS	Sin fondos	17/12/2009	14/01/2010

Fuente: Solicitud de pedidos de insumos del Servicio de Ortopedia y Traumatología

Del total de pedidos rechazados (66 casos), 27 pacientes fueron operados pese a que el hospital no le ha provisto la prótesis necesaria. Teniendo en cuenta que el pedido de prótesis era con carácter de urgencia, que el paciente no tenía obra social, ni hubo otro trámite administrativo que le facilite la prótesis, se deduce, que la prótesis fue comprada por el mismo paciente. **(Observación 7)**

Se señala, que los valores de las prótesis varían según el caso; no obstante, rondan los siguientes valores²⁴: \$9.780 (por ejemplo para un reemplazo total de cadera híbrida importado Orden de Compra Nro. 2/09), \$6.500 (por ejemplo espaciador interespinoso en "c" Orden de Compra Nro. 4/09), \$3.904 (por ejemplo

²⁴ Dato obtenido de las ordenes de compra de las prótesis adquiridas por el hospital durante el año 2009.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

set de miniplaca de titanio Orden de Compra Nro. 84/09), \$1.400 (por ejemplo clavo placa tipo DHS Orden de Compra Nro. 38/09).

3. Pacientes internados por causas sociales y/o enfermedad crónica

La internación es uno de los rubros que inciden fuertemente en los costos hospitalarios. Sin embargo, existen casos donde se prolonga la internación del paciente, en circunstancias que permitirían tener un tratamiento adecuado bajo otra modalidad de atención.

Desde esta perspectiva, se abordó esta problemática con una mirada socio-sanitaria integradora, a través del análisis e identificación de pacientes que permanecieron internados en el hospital por causas sociales y/o enfermedad crónica durante más de dos meses, con alta hospitalaria²⁵.

Se señala que, un “caso social” se transforma en “problema social” cuando obtenida el alta hospitalaria, existen motivos psicosociales, socio-comunitarios e institucionales que hacen que permanezcan internados (falta de familia, situación de abandono, hogares dependiente de la CABA sin cupos para admisión, no autovalimiento, problemas crónicos de salud, entre otros). Dichos motivos escapan a la multiplicidad de acciones que el hospital puede llevar a cabo.

El interés por esta temática, se funda en que los tiempos para la resolución de los problemas sociales complejos son demasiados prolongados, lo que provoca la ocupación de camas, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

Se realizó un análisis cualitativo, para conocer en profundidad la situación de de cada individuo, describiendo con mayor claridad las distintas problemáticas encontradas.

Este tipo de estudio permitió tener una mayor comprensión sobre la conducta del individuo, su contexto, el organismo estudiado y su articulación con otros organismos públicos y privados. Asimismo, expresa situaciones singulares de las personas, lo que significa que si bien no pueden generalizarse sus conclusiones, dan cuenta de una realidad compleja que interpela y cuestiona el orden institucional y las formas de asistencia actuales.

A tal fin, se analizó una muestra de historias sociales (391 casos), de pacientes entrevistados por el Servicio Social del Hospital durante el año 2009 (total de entrevistas ambulatorias e internación 9.871). Para la determinación de la muestra, se aplicó la formula de muestreo estadístico aprobada por la AGCBA.

²⁵ Se entiende como alta hospitalaria, el alta del paciente en su fase aguda, no implicando ello, que aquellos que padezcan patología crónica o secuelas de su enfermedad aguda tengan resuelto su problema de salud.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Se excluyeron los casos judicializados, incluidos los de intervención del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Del total de las historias clínicas verificadas, se detectó 24 casos de adultos internados en distintas Salas de Internación y 103 casos de adultos que ingresaron por Guardia, que presentaron problemas sociales y/o problemas de salud crónicos (según el criterio de la auditoría, explicado con anterioridad); sobre estos últimos casos, se solicitó el dato de la fecha de ingreso y egreso a la Sección Admisión y Egreso, a fin de detectar los días de permanencia en guardia.

▪ Departamento de Medicina y Cirugía (Divisiones de Internación)

Es preciso señalar, que para las personas adultas menores de 60 años en situación de vulnerabilidad social, existe el Programa Atención a los Sin Techo, dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social, del Ministerio de Desarrollo Social, que brinda alojamiento a los ciudadanos/as en situación de vulnerabilidad social -previa admisión- por estadías prolongadas, aunque no permanentes.

No obstante, ante la disponibilidad limitada de alojamiento, este grupo etáreo²⁶ sólo puede disponer de Paradores Nocturnos, dependientes también de la Dirección General de Atención Inmediata, del Ministerio de Desarrollo Social. El mecanismo de ingreso es por orden de llegada, mediante la presentación de la persona en el parador, hasta cubrir la capacidad del mismo. Las personas pernoctan, pero deben abandonar el lugar a la mañana siguiente, ya que durante el día permanece cerrado.

Esta situación es sumamente inconveniente para personas convalecientes, que en general, pasan el día en la calle. Asimismo se señala, la existencia de un único parador nocturno para mujeres solas o con hijos en toda la Ciudad y la ausencia de instituciones para pacientes no autoválidos, independientemente de la edad del mismo.

Para el caso de adultos mayores, existe la posibilidad de acceder a los Hogares de residencia permanente, que se tramita a través del Ministerio de Desarrollo Social. A tal efecto, la Resolución N°1678/GCBA/MDSGC/08²⁷, que modifica el Reglamento de Admisión a Hogares para adultos mayores dependientes de la Subsecretaría de Tercera Edad, del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, establece como requisito de admisión, ser mayor de 60 años.

Se analizaron 24 casos correspondientes a pacientes con problemas socio-sanitarios, internados más de dos meses con alta hospitalaria. La problemática hallada, obedece principalmente a pacientes sin vivienda, en situación de calle, con ausencia de familiares que lo contengan, discapacitados físicos y/o mentales

²⁶ Para niños y adolescentes de entre 12 y 21 años, existen hogares de tránsito. Asimismo, para mujeres mayores de 21 años víctimas de violencia familiar, existe una casa de refugio.

²⁷ Resolución N°1678/GCBA/MDSGC/08 Modifica el art. 17 inc. c del Anexo 9 de la Resolución N°7/SSTED/08.

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires.

Tel. 4321-3700

El estudio de los casos contempla: las derivaciones a instituciones adecuadas a las problemáticas de los pacientes, el promedio de días de internación, el porcentaje de camas ocupadas por estos casos, el tipo de problemática social, como así también otros aspectos relacionados con la temática analizada.

Cuadro 14. Casos sociales según su problemática

Caso	Situación de calle	Sin Vivienda	Sin familia continente	Discapacidad Física o Mental	Cantidad de problemática por caso
1		1		1	2
2		1	1	1	3
3		1	1	1	3
4	1	1	1	1	4
5			1	1	2
6		1		1	2
7		1		1	2
8	1	1	1		3
9				1	1
10	1	1	1	1	4
11		1	1	1	3
12		1	1	1	3
13		1	1		2
14	1	1	1	1	4
15	1	1	1		3
16	1	1	1	1	4
17		1		1	2
18		1	1		2
19		1	1	1	3
20	1	1	1	1	4
21	1	1			2
22	1	1	1	1	4
23		1	1		2
24	1	1	1		3
Totales	10	22	18	17	
Porcentaje	41,67	91,67	75,00	70,83	

Fuente: Historias Sociales de pacientes internados

El 91,67 % de los pacientes (22 casos) no poseen vivienda propia. El 70,83 % de los pacientes (17 casos) son discapacitados físicos o mentales. El 75% de los pacientes (18 casos) no poseen vínculos familiares o sociales. El 41,66% de los pacientes (10 casos) se encuentran en situación de calle.

Es de destacar que dentro de estos 24 casos hay pacientes que padecen más de una problemática social.

Cuadro 15. Resolución de casos

Caso	Diagnóstico	Situación Social	Organismos Intervinientes	Motivo de egreso
1	Obesidad mórbida.	Desocupado, sin vivienda, discapacidad física. PROFE. no tiene vacante adecuada a sus necesidades	Comisión Nacional.de Pensiones Asistenciales. Juzgado Civil Nº 56. Defensoría de Menores e Incapaces. PROFE.	Continúa internado.
2	Insuficiencia renal y sepsis.	Viudo, 2 hijos mayores, proviene de un geriátrico privado, sin Obra Social, sin recursos económicos, desocupado por ACV.	Juzgado Nº2, Sec. Nº 4, Dirección de la 3ª Edad.	Continúa internado.
3	HIV, neumonía, diarreas reiteradas	Soltero, sin padres, proviene de un hotel, no tiene vivienda. Pensión por invalidez, PROFE.	Defensoría Menores e Incapaces Nº5. PROFE. Juzgado Nacional Civil Nº 10.	Continúa internado.
4	Mal estado general ,deshidratación	Vulnerabilidad social, sin familia, ni cobertura social. Camina con dificultad. Es traída por SAME desde la vía pública, situación de calle.	Defensoría de Menores e Incapaces. Comisión Nacional de Pensiones. Juzgado Nº 85. 3ª Edad CABA.	Continúa internada.
5	Diabetes, depresión mayor.	Vulnerabilidad Social, vínculos familiares no estables. No es autoválida. Vivía en una casa prestada. No trabaja.	Defensoría de Menores, Juzgado Nº 10. Comisión Nacional de Pensiones. H.Moyano	Continúa Internada
6	Tabaquismo y alcoholismo.	Vive solo, en hoteles, divorciado, tiene 3 hijas con vínculo esporádico.	Hospital Rocca. Defensoría del Pueblo.SIPAM, 3ª Edad, Subsidio Habitacional.	Egres a Hogar del GCBA.
7	HIV. Retinitis, le falta audición de un oído.	Separado, 4 hijos y madre. Excluido de la casa por violencia familiar. Certificado de discapacidad vencido, familia realiza los trámites	Servicio de Salud Mental (Hospital Ramos Mejía). Profe. Hogares de Ciegos.	Egres a Hogar de Ciegos (ASAC) por PROFE.
8	Pie diabético, necrosis, insuficiencia cardíaca.	Paciente en situación de calle. Desocupado por problemas de salud . Agota su licencia por enfermedad y pierde su casa. Sin familia.	Hospital Rocca. Defensoría del Pueblo en Área de la 3ª Edad.	Continúa internado.
9	Epilepsia, ACV.	Convive con hijo psiquiátrico en vivienda precaria. Esposa internada en el Hospital Borda. Sin recursos, ni cobertura social.	Intervención Judicial. Defensoría de Menores e Incapaces. 3ª Edad, CABA.	Se quiere ir a Hogar de GCBA, se acuerda externación entre médico e hijos
10	Deterioro cognitivo. ACV, Diabetes. Hipertensión.	Paciente en situación de calle hace 17 años. Sin DNI, sin vivienda, sin contacto familiar	Protección de persona. Juzgado Civil Nº 86 y 92 . RENAPER. PAMI.	Ingresa a Geriátrico de PAMI.
11	ACV, DBT y CA de Colon.	Tiene una hija, separado hace 28 años, sin vivienda propia, ni trabajo por problemas de salud. Inicia pensión por discapacidad, se gestiona PROFE.	Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales. PROFE.	Óbito.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Caso	Diagnóstico	Situación Social	Organismos Intervinientes	Motivo de egreso
12	Úlceras neurovasculares en miembros inferiores. Secuelas de poliomielitis.	Traído por SAME, desde Desarrollo Social de la CABA. Sin contacto familiar, se desempeña como vendedor ambulante. Sin vivienda propia, último domicilio en Parador de Retiro. Se tramitó silla de ruedas y se activó una pensión por invalidez. Antecedentes de internación en Hospital Argerich y Hospital Fernández.	Desarrollo Social de CABA. Defensoría N° 2 de CABA. Coordinación de Paradores y Hogares. Dirección de Atención Inmediata. PROFE.	Ingresa al "Hogar Villa del Sol".
13	EPOC, insuficiencia Cardíaca, ACV.	Problemas de salud por su edad, sin familiares, tiene pensión asistencial, (sin cobrar), PROFE.	Comisión de Pensiones Asistenciales. PROFE. Voluntarias y Padre Fernando del hospital.	Lo trasladan a Sanatorio de PROFE en Zona Sur.
14	Diabetes. Hipertensión Arterial. Síndrome confuncional y deterioro cognitivo.	Antecedentes de internación en año 2004 y 2007, egresa por sus propios medios. Es indigente, en situación de calle, sin contacto con esposa e hijos, semidependiente, amputación de miembros inferiores. Traído por el SAME.	Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 83.	El paciente fue trasladado al Hogar Martín Rodríguez de Ituzaingó.
15	Anemia, insuficiencia pulmonar y renal. Infección Intrahospitalaria.	Sin familia, sin DNI, en situación de calle. Tiene pensión no contributiva que dejó de cobrar.	Comisión Nac. de Pensiones Asistenciales, Registro Civil, PROFE, Consejo de Ancianidad, Área Programática del Hospital, Geriatria.	Egresó a hogar de PROFE.
16	Descompensado, problemas psiquiátricos.	Paciente en situación de calle, vino al país a estudiar. Es un paciente con problemas culturales. Lo visitaba el consúl.	Juzgado N° 92. Consulado. Derechos Humanos de la Ciudad. Migraciones. Organismo Internacional de Migraciones.	Volvió a su país, acompañado por un médico a través del consulado y OIM.
17	Antecedente de ACV (Mayo 2008). Diabetes. Hipoprexia, secuela motora izquierda, no deambula.	Proviene de un geriátrico de su ex-obra social. Dejó de pagar a raíz del ACV en mayo de 2008. Soltero, sin familia ni vivienda. Trabajaba hasta mayo 2008 como chófer de taxi. Tiene aportes en ANSES.	Juzgado N° 38. Curaduría N° 12. Embajada de Suiza. 3ª Edad de la CABA. Desarrollo Social. Defensoría de Menores e Incapaces. Hogar Rawson. PAMI. Geriatria y Área Programática del Hospital.	Derivado a un Hogar del 3º nivel.
18	Fractura de cadera, hemiplejía, ACV.	Traída por SAME, vive sola en un hotel, realiza tareas domésticas. Tiene una hermana que convive con una hija con problemas psiquiátricos.	Comisión Asistencial de Pensiones. PROFE. Asesoría Tutelar N° 3	Traslado a Clínica Privada "Lanús".
19	Descompensación psicótica, alcoholismo crónico.	Paciente que ingreso por guardia por descompensación psicótica, tiene certificado de discapacidad. Su madre informa acerca de la situación judicial del paciente, ex-esposa y dos hijas de las cuales está desvinculado.	Psicopatología del Hospital. Juzgado de familia N° 3 y Unidad Penal N° 6 de La Matanza. Juzgado Civil N° 8 Defensoría N° 3.	Trasladado al Hospital Borda.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Caso	Diagnóstico	Situación Social	Organismos Intervinientes	Motivo de egreso
20	Neurosífilis. Desorientado en tiempo y espacio.	Indigente. Lo traen de la vía pública. Sin familiares. Sin DNI. No es autovalido. Problemas de salud relacionados a su edad.	RENAPER. Defensoría de Menores e Incapaces N°1. Asesoría Tutelar N° 3. 3ª Edad CABA. Juzgado N° 23.	Egresó al Complejo Hogar Martín Rodríguez Ituzaingó del GCBA.
21	TEC grave. Craneotomía descompresiva.	Traído por SAME por accidente de tránsito. Secuela neurológica frontal, deterioro cognitivo y cuadro psiquiátrico secundario. No posee contención familiar. Indocumentado.	Juzgado N° 10. Curaduría Pública N° 17. Defensoría de Menores e Incapaces. Consulado de Bolivia.	Traslado a su país de origen, Bolivia.
22	Debilidad Mental Moderada, Adicción y alcohol.	Traído por SAME por pelea callejera. Familia no continente, madre con 6 hijos menores. Sin recursos, precariedad laboral. Se fugó de instituto Roth de La Plata y del Instituto Montes de Oca.	Tribunal de Menores y Familia N° 1 de San Isidro. Secretaría de Recursos Humanos de la Prov. de Bs As.	Se fugó de la sala.
23	Cáncer de mamas estadio IV.	Paciente terminal, sin redes sociales y familiares. Espera vacante en Tercer Nivel, no puede esperar Pensión Asistencial.	Voluntariado del Hospital Ramos Mejía. Acción católica.	08/05/2009, óbito.
24	Descompensación.	En situación de calle, sin familia. Desconoce su afiliación a PAMI, perdió su DNI.	PAMI. Registro Nacional de Personas, obtiene DNI.	Derivada a 3º nivel de PAMI.

Fuente: Historias Sociales de pacientes internados

Los casos que fueron resueltos representan el 62,50% (15 casos), del total de casos. Los casos que no fueron resueltos representan el 37,5% (9 casos), del total de casos. De estos 9 casos, 7 permanecían internados al 31 de diciembre del 2009 y 2 fallecieron.

La falta de respuesta se debió a que:

- No había vacante en PROFE: 2 casos
- No había vacante en Hogares con convenio con la Dirección de la Tercera Edad (CABA): 2 casos
- No había vacante en Hospital Neuropsiquiátrico (CABA): 1 caso
- No hay instituciones adecuadas a las necesidades de los pacientes: 3 casos
- Otros (falta de voluntarios para realizar trámites): 1 caso

(Observación 9)

Asimismo, la derivación a instituciones adecuadas a las necesidades de los pacientes resulta muy dificultosa debido a:

- La complejidad y multiplicidad de las problemáticas sociales.
- La falta de vacantes y/o respuesta de instituciones de tercer nivel, que no son suficientes de acuerdo a la demanda creciente.
- Excesiva demora en las respuestas a las gestiones emprendidas por el servicio social del hospital.

(Observación 9)

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Cuadro 16. Días de Internación y Servicio

Nro. de Caso	Nac.	Edad	Servicio Internac.	Fecha ingreso (A)	Fecha egreso (B)	Días Internac. Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta médica (D)	Días de Internac. en condición de Alta (E) (B-D=E)
1	Arg.	53	Dermatología Clínica Médica "C"	28/01/2007	04/08/2010	1284	30/05/2007	1162
2	Arg.	66	Clínica Médica "C"	19/04/2008	04/08/2010	837	06/04/2009	485
3	Arg.	46	Clínica Médica "A"	04/03/2009	04/08/2010	518	06/08/2009	363
4	Arg.	75	Clínica Médica "A"	22/03/2009	06/08/2010	502	28/10/2009	282
5	Arg.	59	Clínica Médica "A"	01/10/2009	09/08/2010	312	15/01/2010	206
6	Arg.	60	Clínica Médica "A"	10/03/2009	04/11/2009	239	05/08/2009	91
7	Arg.	49	Clínica Médica "C"	23/09/2009	19/04/2010	208	23/09/2009	208
8	Arg.	63	Clínica Médica "B"	26/07/2009	11/12/2010	503	11/12/2009	365
9	Arg.	58	Clínica Médica "A"	07/12/2009	30/07/2010	235	28/12/2009	214
10	Arg.	69	Clínica Médica "C"	12/07/2009	25/03/2010	256	10/08/2009	227
11	Arg.	59	Clínica Médica "B"	20/12/2008	03/07/2009	195	26/01/2009	158
12	Arg.	50	Clínica Médica "B"	01/08/2008	24/07/2009	357	23/09/2008	304
13	Arg.	75	Clínica Médica "B "	18/12/2007	23/03/2010	826	30/04/2008	692
14	Arg.	68	Clínica Médica "B "	05/06/2008	25/09/2009	477	09/03/2009	200
15	Arg.	86	Clínica Médica "C"	12/06/2008	17/04/2009	309	15/09/2008	214
16	Haitiano	40	Guardia. Clínica Médica "B"	01/09/2009	14/12/2009	104	13/08/2009	123
17	Arg-Suizo	68	Cirugía	02/11/2008	29/10/2009	361	02/11/2008	361
18	Arg.	76	Traumatología	03/01/2008	04/06/2010	883	25/06/2008	709
19	Arg.	44	Cirugía	16/06/2009	16/06/2010	365	29/06/2009	352
20	Arg.	67	Clínica Médica "B"	30/07/2009	12/07/2010	347	02/10/2009	283
21	Boliviano	35	Clínica Médica "C"	07/08/2009	26/03/2010	231	27/08/2009	211
22	Arg.	19	Clínica Médica "B "	05/09/2009	23/11/2009	79	10/09/2009	74
23	Arg.	61	Clínica Médica "A"	09/12/2008	08/05/2009	150	16/01/2009	112
24	Arg.	74	Clínica Médica "C"	29/09/2008	01/04/2009	184	04/11/2008	148

Fuente: Historias Sociales de pacientes internados

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

El promedio de días de internación de pacientes con alta hospitalaria (casos resueltos y no resueltos) fue de 314 días, con un máximo de 1.162 días. Se señala que, el período de permanencia hospitalaria prolongado, aumenta el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias al mismo tiempo que incrementa el deterioro de la calidad de vida. **(Observación 8)**

El promedio de edad de los pacientes internados por causas sociales y/o de salud crónica, es de 59 años, con una edad máxima de 86 años y una edad mínima de 19 años.

Se señala que este mismo análisis se efectuó en el Hospital General de Agudos José María Penna, durante el periodo 2008, obteniéndose como resultado que: el promedio de días de internación de pacientes con alta hospitalaria, fue de 135 días, con un máximo de 335 días.

Si bien el período de permanencia hospitalaria es muy prolongado tanto el Hospital Penna como en el Ramos Mejía, se observa que en este último hay un aumento del 132,5% en la internación de este tipo de pacientes. **(Observación 8)**

Es necesario considerar la multiplicidad de causas que intervienen en este considerable incremento, tales como:

- Aumento de la marginalidad y exclusión de esta parte de la población en la Ciudad de Buenos Aires debido a la falta de políticas socio-sanitarias sustentables e integradas.
- El avance de la medicina que logra resolver los problemas de la salud física.
- El aumento de la expectativa de vida.
- El aumento de los problemas de salud crónicos.

Asimismo, estos pacientes sufren vulneración de su derecho a una vida digna en un ambiente acorde a su estado. Su permanencia en el hospital, genera gastos innecesarios y vulnera el derecho de otros pacientes que requieren internación. Tal situación afecta también, a los equipos de salud, provocando tensiones y malestares, dado que el personal no ha sido capacitado para tratar este tipo de pacientes.

Cuadro 17. Pacientes internados por causas sociales por Servicio

Servicio	Nº Pacientes	Nº de Camas	%
Clínica Médica	21	114	18,42
Cirugía General	2	81	2,47
Traumatología	1	45	2,22
Total	24		

Fuente: Historias Sociales de pacientes internados

De los 24 casos que permanecieron internados más de dos meses, por causas sociales y/o problemas de salud crónicos, 21 casos (87,50 %) permanecieron internados en las salas de Clínica Médica que representan el 18,42 % del total de camas de esta especialidad. **(Observación 8)**

Es decir, que 24 camas, fueron ocupadas 314 días promedio, por personas con alta hospitalaria pero sin resolver su problema socio-sanitario.

▪ Departamento Urgencia (Guardia)

Se analizaron 103 casos, de pacientes que además de la causa médica, estuvieron internados en Guardia con problemáticas sociales complejas.

El período de permanencia en la guardia fue:

Cuadro 18. Cantidad de días de internación

Días de Internación	Cantidad de pacientes	%
Entre 1 y 4 días	97	94,17
Entre 8 y 9 días	2	1,94
5 días	3	2,92
24 días	1	0,97
Total de pacientes	103	100

Fuente: Historia Social

A pesar de que el tiempo de internación resulta adecuado, la cantidad de pacientes y el tipo de problemática social presentada, merece un análisis mas profundo sobre el destino de los mismos, luego de la externación.

Cuadro 19. Cantidad de casos por problemática

Problemáticas sociales complejas	Cantidad de casos	% sobre el total de casos (103)
Salud Mental	54	52,43%
Sin contención familiar / redes	39	37,86%
Con cobertura social	30	29,13%
Sin recursos económicos	27	26,21%
Situación de calle	25	24,27%
Alcoholismo	18	17,48%
Adicción	14	13,59%
Violencia	10	9,71%

Fuente: Historia Social

El 52,43% de los casos (54) padecen problemas de salud mental, siendo estos los de mayor prevalencia. Este porcentaje aumenta si se incluyen, los 18 casos (17,48%) de alcoholismo y los 14 casos (13,59 %) de adicción.

Siguiendo en esta línea, se ubican 39 pacientes (37,86%) sin contención familiar o redes, 30 pacientes (29,13%) con cobertura social, 27 pacientes

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

(26,21%) sin recursos económicos, 25 pacientes (24,27%) en situación de calle y 10 pacientes (9,71%) por violencia.

Cuadro 20. Cantidad de problemáticas por caso

Cantidad de problemáticas	Cantidad de casos	%
6	2	1,94%
5	3	2,91%
4	10	9,71%
3	19	18,45%
2	26	25,24%
1	43	41,75%
Total	103	100,00%

Fuente: Historia Social

El 58,25 % de los pacientes (60 casos) presentan más de una problemática. Ello daría cuenta del grado de deterioro, marginalidad y exclusión que presenta este tipo de pacientes.

Cuadro 21. Tipo de resolución

Tipo de resolución	Cantidad de pacientes	%
Derivado a Sala/UTI	20	19,42
Se fugaron (retiro sin consentimiento médico)	18	17,48
Derivado por O. Social	15	14,56
Sin respuesta de organismo interviniente	13	12,62
Derivado H. Psiquiátrico	13	12,62
Alta/Orientación	13	12,62
Familiar	7	6,80
Óbito	4	3,88
Total	103	100,00

Fuente: Historia Social

Del análisis efectuado surge que, 31 casos (30,09%) no se resolvieron, porque que se fugaron de la guardia o por falta de respuesta al momento de la externación.

Es necesario señalar, que la Guardia da respuesta a la situación de urgencia de estos pacientes, según los recursos con los que cuenta, sin embargo para la problemática social de base y el problema de salud crónico, continúa siendo necesario buscar soluciones más integradoras que abarquen a otros organismos. **(Observación 9)**

En tal sentido, la concepción actual de la salud²⁸ tiene en cuenta, que los cuadros emocionales y el contexto social, inciden sobre el bienestar de las personas; entiéndase que el entorno familiar es un elemento esencial para la

²⁸ OMS: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino el estado completo de bienestar físico, mental y social.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

salud de todo individuo. Por lo tanto, si los aspectos psico-sociales influyen en el estado de salud, contribuir a cuidarlos ayudaría a alcanzar el estado de bienestar para que una persona sea considerada como sana.

Asimismo, sería conveniente focalizar las políticas públicas en los nuevos problemas que emergen de los factores indirectos de la enfermedad y la mortalidad -que no son otros, que los que provienen del contexto socio-económico: alimentación deficiente e insuficiente, vivienda insalubre, ambiente laboral en malas condiciones, desplanificación urbana, pobreza, entre otros-²⁹.

4. Provisión de Medicamentos

Las dificultades en la implementación de las compras centralizadas, llevo a diversos ajustes a partir del segundo semestre del año 2009, implementados por Resoluciones y Notas emanadas de la Unidad de Proyectos Especiales – Unidad Operativa de Adquisiciones Central (UPE-UOACA).

En este sentido, se modificó el listado de productos e insumos de compras centralizadas, y lo abrieron en dos listados: a) anexo I, integrado por medicamentos que serán adquiridos mediante la modalidad de Orden de Compra Abierta; b) anexo II, integrado por medicamentos, insumos y productos biomédicos que se seguirán comprando en forma centralizada mediante licitaciones públicas. El resto de los productos debían comprarlos los hospitales.

A tal fin, se trabajó con el movimiento de stock de insumos comprados durante los años 2009 y 2010 (hasta el mes de octubre) bajo las modalidades antes mencionadas.

Se verificó la carga de datos al sistema informático utilizado para el pedido de medicamentos, a través de la modalidad de Orden de Compra Abierta. A tal fin, se analizaron los errores que el sistema arroja durante la carga de los pedidos, imposibilitando su concreción.

Se analizó los movimientos de stock de una muestra de medicamentos. La selección de la muestra obedece a medicamentos de usos frecuentes y necesarios para el normal funcionamiento del hospital, de consenso con el Servicio de Farmacia del hospital. Se consideraron medicamentos de los rubros: uso quirúrgico, antibióticos y otros medicamentos de uso corriente.

Se señala que cada medicamento de uso frecuente, requiere un stock mínimo regular, a fin de garantizar un estimado mensual, en línea con la programación anual establecida.

²⁹ Carrillo, Ramón “Contribuciones al conocimiento sanitario”, Obras Completas II, Ed. Eudeba, Bs. As, 1974.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

La finalidad del procedimiento es detectar si la provisión de medicamentos se efectuó de manera adecuada, permitiendo además, contar con el stock mínimo requerido.

Cabe señalar, que la reposición de los insumos se representa por tres modalidades de la orden de compra abierta de un único proveedor (PROGEN): Programada, Urgencia, Emergencia. La programada se cumpliría en una semana de realizado el pedido; la urgencia en las 48 horas de realizado el mismo y la emergencia a las 24 horas. Es de entender que un producto faltante al único proveedor, va a resultar faltante a todo el sistema, de modo tal, que logra la imposibilidad de satisfacción de lo requerido, en todos y cada uno de los hospitales, que han solicitado el insumo en cuestión.

Asimismo, se encuentran numerosas dificultades para poder realizar la carga del pedido al sistema informático; entre otros, se debe contar con fondos afectados a la realización del pedido y tener al día la confección de los partes definitivos de recepción, ya que de contar con partes pendientes, el sistema no permite la concreción del pedido de insumos. **(Observación 10)**

Las distintas expresiones que brinda este sistema ante la dificultad de concreción del pedido son de las más variadas:

- La cantidad de dinero del pedido a realizar, supera el crédito asignado.
- No se pueden realizar nuevos pedidos, con Partes de Recepción Definitiva pendientes.
- No existe crédito suficiente en el objeto del gasto 252 imputado.
- La Cuenta Escritural, no tiene saldo para comprometer.

(Observación 10)

En relación a las entregas pautadas, las mismas no siempre son cumplidas en la forma requerida, ni en tiempo ni en forma (por ejemplo, de un pedido de 1000 unidades, entregan el 40% en fecha y el resto en diferentes fechas); de modo tal, que no se cuenta con lo necesario en el momento oportuno, ocasionando innumerables inconvenientes, reclamos y gestiones no siempre afortunadas. **(Observación 10)**

De este modo, los pedidos programados no se cumplen en forma completa y regular, transformándose hasta lo cotidiano en emergencia. Ello da lugar, a la irregularidad en la provisión y mantenimiento de stock regulares. **(Observación 10)**

Analizados los movimientos de stock, se verifica lo siguiente.

Cuadro 22. Fichas stocks medicamentos uso quirúrgico

MIDAZOLAN 15 mg/3ml Amp.						
MESES	2009			2010		
	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			10.675			0
1	10.000	2.075	18.600	8.000	2.800	5.200
2	0	2.100	16.500	0	1.700	3.500
3	0	3.000	13.500	2.000	1.900	3.600
4	0	4.000	9.500	0	3.300	300
5	0	2.900	6.600	5.700	3.600	2.400
6	3.600	6.200	4.000	1.300	3.000	700
7	0	4.000	0	4.650	4.050	1.300
8	6.700	4.300	2.400	4.000	2.900	2.400
9	2.200	4.600	0	3.000	4.000	1.400
10	4.500	4.000	500	4.800	3.700	2.500
11	3.100	2.400	1.200			
12	1.100	2.300	0			
TOTALES	31.200	41.875		33.450	30.950	
PROMEDIO	4457	3490		4181	3095	
Dextropropoxyfeno + Dipirone						
MESES	2009			2010		
	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			10.700			0
1	1.000	2.300	9.400	4.000	2.200	1.800
2	0	0	9.400	1.300	1.900	1.200
3	0	2.600	6.800	2.500	3.100	600
4	0	1.400	5.400	1.500	2.100	0
5	0	2.100	3.300	2.000	1.700	300
6	900	2.200	2.000	2.600	2.200	700
7	2.000	1.900	2.100	1.400	1.800	300
8	0	2.100	0	2.000	1.800	500
9	2.080	1.980	100	0	500	0
10	3.000	700	2.400	1.300	1.300	0
11	0	2.200	200			
12	0	200	0			
TOTALES	8.980	19.680		18.600	18.600	
PROMEDIO	1796	1789		2067	1860	
POLIGELINA						
MESES	2009			2010		
	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			723			0
1	0	110	613	250	205	45
2	150	100	663	300	345	0
3	0	100	563	160	36	80
4	318	160	721	110	170	20
5	318	199	840	629	109	540
6	0	250	590	40	320	260
7	225	195	620	140	320	80
8	0	160	460	50	130	0
9	0	300	160	330	80	250

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

10	0	160	0	0	190	60
11	280	40	240			
12	0	240	0			
TOTALES	1.291	2.014		2.009	1.905	
PROMEDIO	258	168		223	191	
Bupivacaina 0,5 % x 20 ml						
MESES	2009			2010		
	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			244			0
1	0	184	60	114	114	0
2	100	40	120	292	120	172
3	400	330	190	0	124	48
4	0	190	0	60	78	30
5	0	50	140	0	30	0
6	0	140	0	0	0	0
7	0	0	0	70	0	70
8	150	86	64	0	70	0
9	0	64	0	0	0	0
10	130	90	40	50	50	0
11	331	170	201			
12	0	201	0			
TOTALES	1.111	1.545		586	586	
PROMEDIO	222	140		117	59	
Lidicaina 2% s/e x 20cc						
MESES	2009			2010		
	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			3.500			1450
1	0	200	3.300	0	300	1.150
2	0	400	2.900	0	150	1.000
3	0	200	2.700	0	298	702
4	0	124	2.576	250	164	788
5	325	200	2.701	0	144	644
6	75	300	2.476	0	174	470
7	250	226	2.500	0	248	222
8	0	300	2.200	0	222	0
9	350	150	2.400	100	100	0
10	0	100	2.300	400	328	72
11	0	350	1.950			
12	0	500	1.450			
TOTALES	1.000	3.050		750	2.128	
PROMEDIO	250	254		250	213	
Propofol amp.						
MESES	2009			2010		
	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			0			1450
1	125	110	15	475	255	1.670
2	1800	375	1.440	300	360	1.610
3	900	620	1.720	0	330	702
4	0	100	1.620	191	291	788
5	0	225	1.395	300	300	788
6	0	575	820	0	100	688
7	0	100	720	100	255	533
8	0	475	245	955	580	908

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

9	125	250	120	0	90	818
10	500	150	470	0	255	563
11	870	305	1.035			
12	0	595	440			
TOTALES	4.320	3.880		2.321	2.816	
PROMEDIO	720	323		387	282	

Fuente: Ficha estante

Cuadro 23. Fichas stocks antibióticos

Piperacilina + tazobactam amp.						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			4.150			200
1	1.100	1.200	4.050	1.325	775	750
2	0	1.550	2.500	1.000	1.250	500
3	0	1.300	1.200	2.001	1.601	900
4	1.500	1.200	1.500	1.250	1.300	850
5	300	1.250	550	900	1.350	400
6	1.900	950	1.500	600	800	200
7	700	1.400	800	1.425	1.525	100
8	5.699	849	5.650	1.500	1.600	0
9	0	1.550	4.100	1.300	1.200	100
10	0	1.300	2.800	800	900	0
11	0	1.500	1.300			
12	0	1.100	200			
TOTALES	11.199	15.149		12.101	12.301	
PROMEDIO	1867	1262		1210	1230	
Meropenen 1gr.						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			1.234			186
1	0	402	940	150	100	50
2	0	148	792	500	373	177
3	0	390	550	200	257	120
4	218	720	48	700	420	400
5	350	146	252	200	400	0
6	870	288	834	550	450	100
7	262	492	604	500	308	292
8	368	254	718	400	428	264
9	0	296	422	400	487	177
10	0	422	0	629	806	0
11	600	450	150			
12	36	186	0			
TOTALES	2.704	4.194		4.229	4.029	
PROMEDIO	386	350		423	403	
Vancomicina 500mg.						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

saldo anterior			6.300			2700
1	0	1.500	4.800	0	1.300	1.400
2	25	1.300	3.525	1.000	1.400	1.000
3	0	1.500	2.025	1.500	1.200	1.300
4	0	1.600	425	800	1.900	200
5	0	425	0	1.500	1.400	300
6	2.000	800	1.200	850	1.100	50
7	0	1.200	0	2.000	1.450	600
8	1.315	615	700	300	800	100
9	5.290	2.025	3.965	3.100	2.300	900
10	0	2.165	1.800	2.000	2.400	500
11	0	1.600	200			
12	4.000	1.500	2.700			
TOTALES	12.630	16.230		13.050	15.250	
PROMEDIO	2526	1353		1450	1525	
Imipenem						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			2.450			800
1	1.000	1.350	2.100	150	905	45
2	0	1.100	1.000	1.990	1.170	865
3	0	1.000	0	200	745	320
4	1.000	439	561	1.000	1.140	180
5	2150	1.425	1.286	850	1.030	0
6	175	1.189	272	900	900	0
7	925	993	204	790	70	720
8	1.591	1.075	720	600	1.240	80
9	120	840	0	829	869	40
10	3.693	1.018	2.675	941	981	0
11	495	1.369	1.801			
12	0	1.001	800			
TOTALES	11.149	12.799		8.250	9.050	
PROMEDIO	1239	1067		825	905	
Amoxi-Sulbactam comp.						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			0			600
1	0	0	0	0	600	0
2	0	0	0	1.248	548	700
3	0	0	0	0	700	0
4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	528	528	0
6	800	400	400	0	0	0
7	1.000	200	1.200	0	0	0
8	872	272	1.800	1.500	500	1.000
9	0	400	1.400	0	500	500
10	0	200	1.200	0	500	0
11	0	400	800			
12	0	200	600			

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

TOTALES	2.672	2.072		3.276	3.876	
PROMEDIO	891	296		1092	554	
Ciprofloxacina 500mg. Comp.						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			0			0
1	2.000	2.000	0	1.000	500	500
2	0	0	0	2.000	1.500	1.000
3	6000	2.000	4.000	1.000	2.000	0
4	2.350	1.000	5.350	1.200	1.200	0
5	0	1.500	3.850	1.200	1.200	0
6	0	2.000	1.850	0	0	0
7	0	1.850	0	2.410	1.410	1.000
8	0	0	0	260	1.260	0
9	3.150	750	2.400	1.500	1.000	500
10	1.500	1.500	2.400	500	1.000	0
11	0	1.600	800			
12	800	1.600	0			
TOTALES	15.800	15.800		11.070	11.070	
PROMEDIO	2633	1580		1230	1230	

Fuente: Ficha estante

Cuadro 24. Fichas stocks otros medicamentos

Ranitidina ampollas						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			35.000			7500
1		4.000	31.000	0	4.700	2.800
2	5000	3.900	32.100	2.500	4.100	1.200
3	3500	3.400	32.200	300	4.200	0
4	0	5.900	26.300	4.500	4.100	400
5	4000	4.400	25.900	5.500	3.900	2.000
6	0	3.900	22.000	600	2.600	0
7	2.553	5.853	18.700	4.785	4.485	300
8	6.734	3.664	21.800	4.000	4.000	300
9	0	3.500	18.300	4.550	3.550	1.300
10	0	3.500	14.800	2.500	3.800	0
11	0	6.200	8.600			
12	3.500	4.600	7.500			
TOTALES	25.287	52.817		29.235	39.435	
PROMEDIO	4215	4401		3248	3944	
Cloruro de Potasio 15 meq						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			18.000			0
1	2.000	5.100	14.900	0	0	0
2	5000	3.900	16.000	5.000	5.000	0

Corrientes 640, Piso 5º - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires.
Tel. 4321-3700

49

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

3	0	5.000	11.000	7.000	2.700	4.300
4	0	7.600	3.400	2.700	4.300	2.700
5	8000	4.100	7.300	7.000	3.800	5.900
6	0	5.300	2.000	0	5.100	800
7	1.900	3.900	0	8.073	4.573	4.300
8	14.800	5.400	9.400	0	4.300	0
9	4.100	5.300	8.200	4.400	4.400	0
10	100	6.500	1.800	6.400	5.300	1.100
11	6.800	6.500	2.100			
12	0	2.100	0			
TOTALES	42.700	60.700		40.573	39.473	
PROMEDIO	5338	5058		5796	4386	
Omeprazol 40mg comp.						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			2.750			900
1	0	90	2.660	50	350	600
2	0	300	2.360	0	500	100
3	0	260	2.100	300	250	150
4	1200	360	2.940	200	350	0
5	752	450	3.242	600	400	200
6	0	472	2.770	100	300	0
7	1.045	580	3.235	350	250	100
8	0	325	2.910	400	400	100
9	0	460	2.450	720	620	200
10	0	450	2.000	0	200	0
11	2	752	1.250			
12	0	350	900			
TOTALES	2.999	4.849		2.720	3.620	
PROMEDIO	750	404		340	362	
Carvedilol 6,25mg. Comp						
	2009			2010		
MESES	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			0			0
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	500	500	0
3	2310	0	2.310	500	100	400
4	0	1.120	1.190	0	400	0
5	1000	1.000	1.190	800	600	200
6	0	1.190	0	0	200	0
7	0	0	0	350	350	0
8	798	798	0	0	0	0
9	1.008	0	1.008	0	0	0
10	30	1.038	0	0	0	0
11	238	238	0			
12	0	0	0			
TOTALES	5.384	5.384		2.150	2.150	
PROMEDIO	897	897		538	358	
Atorvastatina 10mg.comp.						

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

MESES	2009			2010		
	ENTRADA	SALIDAS	SALDO	ENTRADA	SALIDA	SALDO
saldo anterior			0			0
1	1.000	1.000	0	800	300	500
2	0	0	0	0	380	120
3	4020	600	3.420	800	620	300
4	840	600	3.660	800	1.100	0
5	630	1.680	2.610	0	0	0
6	1.050	840	2.820	0	0	0
7	0	0	2.820	0	0	0
8	1.050	780	3.090	0	0	0
9	0	630	2.460	0	0	0
10	0	1.350	1.110	0	0	0
11	0	1.110	0			
12	0	0	0			
TOTALES	8.590	8.590		2.400	2.400	
PROMEDIO	1432	954		800	600	

Fuente: Ficha estante

Los distintos cuadros comparativos muestran cómo se van disminuyendo los stocks de cobertura, frente a las demandas sostenidas en el tiempo (salidas). La inconsistencia en la provisión, se pone de manifiesto en los saldos en cero, lo que impide un normal abastecimiento dada la falta de reposición.

Los saldos remanentes mensuales, en general, han ido disminuyendo con la nueva modalidad de adquisición (licitación pública con orden de compra abierta) de tal modo que al inicio del año 2009 se observaban volúmenes de cobertura suficientes para el consumo de más de un mes (esto surge al comparar el consumo mensual promedio y el saldo mensual); es decir, la cobertura permitía una proyección en el trámite de ejecución con antelación de la falta.

Dicha condición no se mantuvo en el tiempo, por lo cual se pone de manifiesto que los saldos mas actuales (año 2010) no alcanzan para dar cobertura a ese período de antelación. Éstos han disminuido de tal forma, que la cobertura es mínima o en algunos casos nulos, desencadenando las observaciones anteriores de irregularidad en la provisión. **(Observación 11)**

Cuadro 25. Consumo Mensual de Medicamentos

Medicamentos		Consumo promedio mensual 2009	Consumo promedio mensual 2010 (*)	Saldo al 31-12-09	Saldo al 31-10-10
Uso Quirúrgico	Midazolán	3.490	3.095	0	2.500
	Dextropropoxyfeno + Dipiróna	1.789	1.860	0	0
	Poligerina	168	191	0	60
	Bupivacaína 0,5 %	140	59	0	0
	Lodicaína 2% s/e x 20 cc	254	213	1.450	72
	Propofol amp.	323	282	440	563
Antibióticos	Piperacilina +Tazobactam amp.	1.262	1.230	200	0
	Meropenem 1gr.	350	403	0	0
	Vancomicina 500mg.	1.353	1.525	2.700	500
	Imipenem	1.067	905	800	0
	Amoxi-Sulbactam comp.	296	554	600	0
	Ciprofloxacina 500mg. comp.	1.580	1.230	0	0
Otros Medicamentos	Ranitidina	4.401	3.944	7.500	0
	Cloruro de potasio	5.058	4.386	0	1.100
	Omeprazol 40 mg amp.	404	362	900	0
	Carvedilol 6,25mg.comp.	897	358	0	0
	Atorvastatina 10 mg.	954	600	0	0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las fichas stock.

(*) Dato promedio considerando información hasta octubre de 2010.

Los datos expuestos ponen de manifiesto el consumo promedio mensual (en base a esta provisión discontinua) y los saldos remanentes, observándose que se mantiene el consumo, aunque en algunos casos han disminuido, pese a que la mayoría de los saldos tienen un stock cero. Ello obedece a las distintas maniobras que el sector Farmacia debe realizar (pedidos a otros hospitales, solicitudes continuas de acreditación de fondos para poder realizar pedidos al proveedor PROGEN, entre otros), para mantener un consumo que abastezca a los pacientes que requieren un tratamiento. **(Observación 11)**

Puesto en contraste los volúmenes de cobertura frente al promedio de consumo, se observan valores que distan de los observados primigeniamente; sólo en tres casos existen saldos que puedan abastecer la demanda por más de un mes, el resto no alcanza a semanas o directamente es nulo. **(Observación 11)**

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

En este sentido, cabe señalar que no debe entenderse que el menor consumo corresponde a la eficiencia del mismo, y en consecuencia del gasto, sino, a una merma bruta y drástica en la provisión de insumos; es decir, no se cuenta con disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de los pacientes según el criterio médico y durante el tiempo completo de su tratamiento curativo. **(Observación 11)**

Esta consecuente irregularidad en la provisión de insumos básicos, lleva a la utilización de alternativas terapéuticas que podrían no siempre ser las más convenientes, pero sí las únicas existentes en ese momento, frente al paciente agudo. **(Observación 11)**

5. Análisis del Recurso Humano de Enfermería

A fin de evaluar la eficiencia en el uso de horas de enfermería con relación a la tarea asistencial, se realizó el cálculo del plantel de enfermería necesario, para el normal funcionamiento del hospital.

A tal efecto se analizó las Planillas de Liquidación de Módulos de Enfermería para el año 2009, y se efectuó el cálculo correspondiente al plantel de enfermería.

Cuadro 26. Módulos Asistenciales de Enfermería

MESES	Período 2009		
	Horas Módulo		Hs. Módulo Totales
	Área General	Área Crítica	
Enero	24.696	10.164	34.860
Febrero	24.850	11.310	36.160
Marzo	24.367	11.208	35.575
Abril	25.725	10.866	36.591
Mayo	26.509	10.626	37.135
Junio	25.816	10.254	36.070
Julio	25.557	9.240	34.797
Agosto	24.689	9.030	33.719
Septiembre	25.543	9.450	34.993
Octubre	27.475	9.618	37.093
Noviembre	26.509	9.876	36.385
Diciembre	25.564	8.574	34.138
Totales	307.300	120.216	427.516
Hs Módulo Promedio mensual			35.626

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Planilla Anual de Módulos de Enfermería.

Las horas módulos promedio mensual, computadas para el cálculo de la liquidación mensual, fueron de 35.626 hs.

Para la determinación del plantel de enfermería se aplicó la siguiente metodología de cálculo:

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.

Franco semanales ³⁰	104 días
Licencia anual ordinaria (promedio)	20 días
Enfermedad (promedio)	15 días
Feridos	10 días
Total	149 días

$$365 - 149 = 216 \text{ días}^{31}$$

Multiplicando días trabajados por horas diarias³² de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

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

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 27. Camas disponibles.

Servicio	Camas	%
Guardia	12	2
Clínica Médica	114	21
Neumotisiología	14	3
Stroke	4	1
Unidad Coronaria	7	1
Neurología	28	5
Hematología	16	3
Cardiología	22	4
Dermatología	22	4
Terapia Intensiva (*)	16	3
Cirugía General	81	15
Ginecología	31	6
Traumatología	45	8
Urología	31	6
ORL	10	2
Oftalmología	4	1
Plástica	14	3
Obstetricia	24	4
RN sanos	26	5
Pediatría	24	4
Total	545	100

Fuente: Departamento Técnico

(*) Hay seis camas de Terapia Intermedia sin habilitar

³⁰ Ajustado según Acta de Paritaria Dr. J. Rezzonico año 2003.

³¹ Dr. Rezzonico R. y Aranguren, E., "Auditoria Médica", capítulo 21 pag.1109, Ed. CEFF, Buenos Aires 1998.

³² Se considera un promedio de 7 hs diarias.

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 28. Índice por Especialidad³³

Especialidades	Hs/paciente s/Res.194/95		Hs/paciente s/Depto. Enfermería	
Clínica	2,30	Hs.	4	Hs.
Neurología	0	Hs.	4	Hs.
Stroke	0	Hs.	4	Hs.
Cardiología	0	Hs.	4	Hs.
Dermatología	0	Hs.	4	Hs.
Neumotisiología	0	Hs.	4	Hs.
Hematología	0	Hs.	4	Hs.
T.M.O.	6	Hs.	4	Hs.
Clínica quirúrgica	4	Hs.	4	Hs.
Ginecología	0	Hs.	4	Hs.
Traumatología	0	Hs.	4	Hs.
Urología	0	Hs.	4	Hs.
O.R.L.	0	Hs.	4	Hs.
Plástica	0	Hs.	4	Hs.
Obstetricia	2,30	Hs.	2,30	Hs.
Pediatría	4	Hs.	4	Hs.
Neonatología	10	Hs.	10	Hs.
Terapia Intensiva	10	Hs.	10	Hs.
Unidad Coronaria	10	Hs.	10	Hs.
Terapia Intermedia	6	Hs.	6	Hs.
Nefrología	4	Hs.	6	Hs.
Infectología	4	Hs.	4	Hs.
Emergencias	9	Hs.	9	Hs.
Total	71,60	Hs.	117,3	Hs.

Fuente: Resolución Ministerial N° 194/95 Anexo y Dpto. de Enfermería

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

- Según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$71,60 / 12 = 5,97$$

- Según Departamento de Enfermería:

$$117,30 / 23 = 5,10$$

³³ Índice ajustado según la Resolución Ministerial 194/95 Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

d) Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo (40%)³⁴ se obtiene el índice ajustado por ausentismo.

- Índice según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$5,97 \times 40\% = 2,39$$

$$5,97 + 2,39 = 8,36$$

Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo real (25%), de acuerdo a lo informado por el Departamento de Enfermería, se obtiene el índice ajustado por ausentismo.

- Índice según Departamento de Enfermería:

$$5,10 \times 25\% = 1,28$$

$$5,10 + 1,28 = 6,38$$

e) 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.

- Tomando un ausentismo del 40%, según Resolución Ministerial N° 194/95.

$$545 \times 8,36 = 4.555,11 \text{hs de enfermería}$$

- Tomando un ausentismo del 25%, según Departamento de Enfermería.

$$545 \times 6,38 = 3.474,38 \text{hs de enfermería}$$

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

$$4.555,11 \times 365 = 1.662.615 \text{hs anuales de enfermería}$$

$$3.474,38 \times 365 = 1.268.147 \text{hs anuales de enfermería}$$

g) 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.

³⁴ Dato extraído de la Resolución Ministerial 194/95, Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

- Según Resolución Ministerial N°194/95

$1.662.615 / 1.512 = 1.100$ enfermeros

- Según Departamento de Enfermería

$1.268.147 / 1.512 = 839$ enfermeros

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

- Según Resolución Ministerial N°194/95

Dotación enfermería según el servicio (dato a Diciembre 2009)	533
Personal de conducción	- 48
Total de enfermeros con tareas asistenciales	485
Total de enfermeras con tareas asistenciales	485
Total de enfermeras necesarias s/Res.194/95	- 1100
Diferencia resultante	-615

- Según Departamento Enfermería

Total de enfermeras con tareas asistenciales	485
Total de enfermeras necesarias s/Depto. Enf.	- 839
Diferencia resultante	-354

Según los valores de referencia el personal de enfermería necesario es de 1.100 agentes, según la metodología de cálculo de la Resolución Ministerial N° 194/95 y 839 agentes según la información aportada por el Departamento de Enfermería, mientras que la dotación real es de 485 agentes; quedando así, un déficit de 615 agentes en el primer caso y de 354 agentes en el segundo caso. No obstante, la estructura destina 48 agentes a la función de conducción.

Asimismo, si se consideran las horas adicionadas por horas modulo que realiza el personal de enfermería (35.626 horas módulo promedio mensual x 12 meses = 427.516 horas modulo promedio anual) y los agentes bajo la modalidad del Decreto N° 604/09, la diferencia negativa de 615 agentes según la metodología de calculo por la Resolución Ministerial N° 194/95, sólo disminuye en 310 agentes (427.516 horas modulo promedio anual / 1.512 horas anuales necesarias de enfermería = 282 agentes más 28 agentes que corresponden al Decreto N° 604/09), quedando así un déficit de enfermería de 305 agentes (615 agentes menos 310 agentes correspondiente a horas módulos y Decreto 604/09). **(Observación 12)**

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Si el análisis lo realizamos en base a los datos extraídos del Departamento de Enfermería (ausentismo 25%) y consideramos la diferencia negativa de 354 agentes con una disminución de 310 agentes (entre módulos y Decreto N° 604/09), el déficit descende a 44 agentes. **(Observación 12)**

Por otro lado, el porcentaje de ausentismo (40%) que forma parte del cálculo de dotación de Enfermería según la Resolución Ministerial N° 194/95, valida dicho dato, en vez de atacar las causas que lo originan. **(Observación 13)**

VI) OBSERVACIONES

Observación Recurso Cama

1. Existe subutilización del recurso cama (64,65%) con relación al nivel óptimo de uso (85%). Ello se evidencia aún más al analizar cada Servicio con Internación: Pediatría (24 camas con el 45,8% de utilización), Otorrinolaringología (10 camas con el 27,15% de utilización), Urología (31 camas con el 50,53% de utilización), Ginecología (31 camas con el 47,67% de utilización), Clínica Quirúrgica o Cirugía General (81 camas con el 50,24% de utilización), entre otros. Esta subutilización no tiene justificación, toda vez que existan hospitales públicos con necesidad de este recurso.

Observación Centro Quirúrgico

2. Existe una subutilización del centro quirúrgico del 34,33% respecto de la capacidad teórica. Si bien influye sobre ello, la suspensión de cirugías por causas atinentes al hospital (61,36% del total de suspensiones), éstas no son propias del hospital sino del sistema, pues la falta de camas en terapia intensiva, la falta de médicos anestesista, la falta de drogas anestésicas, la falta de médico de planta, la cirugía con horario condicional o prolongación horaria (que implica disponer de mayor cantidad de horas profesionales), no pueden resolverse desde el hospital, sino que requieren una decisión del nivel central.
3. El hospital no cuenta con Historia Clínica de Consultorio Externo (cada servicio tiene una ficha de consulta externa) ni con una lista de espera quirúrgica única, que recoja datos claves (fecha de diagnóstico, tiempo máximo de espera quirúrgica por patología, entre otros) para la planificación de la actividad asistencial, debilitando así, la organización quirúrgica del ente. De esta forma, no fue posible obtener el dato que posibilite el cálculo del Indicador "Tiempo de Espera Quirúrgico".
4. Del total de cirugías suspendidas analizadas (290 cirugías trimestrales), 56 cirugías que representan el 18,98 % del total de cirugías suspendidas, no contienen el dato del Motivo de Suspensión, a los fines del análisis de la gestión.

Observación Consultorios Externos Vespertinos

5. La oferta de horas asistenciales mensuales (agenda médica) refleja amplias diferencias con relación a las horas asistenciales efectivamente brindadas (según planillas diarias de atención médica), en todas las especialidades del turno vespertino (Medicina 351hs; Cirugía 228; Pediatría 284 hs; Obstetricia 87 hs). Asimismo, existen Servicios cuya producción arroja una o dos consultas por hora médica (Dermatología, Nefrología, Nutrición, Urología y Adolescencia). Todo ello, evidencia la subutilización del recurso consultorio en el turno vespertino (66,78% de rendimiento).

Observación Adquisición de Prótesis

6. El promedio de días que un paciente debió esperar para adquirir una prótesis tramitada por el mecanismo de “Ayuda Medica” y su posterior cirugía, resulta alto (113 días corridos promedio para un prótesis de traumatología y 102 días corridos promedio para una prótesis de cardiología); pudiendo ello implicar, riesgo de complicación en la evolución de la enfermedad o patología a tratar.
7. La falta de fondos para la adquisición de prótesis traslada la responsabilidad del hospital público (GCBA) en el paciente, sin tener en cuenta la condición socioeconómica de éste. Aquellos pacientes que pudieron conseguir el dinero para comprar la prótesis (27 casos) se han operado; el resto (39 casos) no se operó en este hospital, ni tampoco existe documentación que acredite que se haya operado en otro hospital público.

Observación Internación de Casos Sociales y/o con Patologías Crónicas

8. El promedio de días de internación (314 días) de los pacientes denominados “casos sociales” resulta excesivo. Ello implica, la sobrecarga del hospital público con pacientes con problemas sociales complejos y/o con problemas de salud crónicos, por ausencia de políticas integradas de inclusión social, y el devengamiento de gastos hospitalarios innecesarios por ocupación de camas con dichos pacientes (en Clínica Médica el 18,42% de camas que representan 24 camas del total, se ocuparon con estos pacientes). Asimismo, la comparación realizada entre los Hospitales J. M. Penna y J. M. Ramos Mejía, demuestra un aumento significativo - 132%-, en los días de internación de estos casos, indicando la tendencia incremental de esta situación.
9. La ausencia de una actividad intersectorial impide abordar con éxito las problemáticas socio-sanitarias de los pacientes que requieren principalmente un lugar de vivienda y asistencia de su problema de salud crónico, haciendo del hospital su lugar de residencia. Las vacantes de las

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro
instituciones del Tercer Nivel de Atención, resultan escasas o son inadecuadas ante complejidad de los casos.

Observación Provisión de Medicamentos

10. Existen innumerables dificultades para realizar la carga de pedidos de medicamentos, al sistema informático on line con el proveedor designado para la modalidad de compra con orden de compra abierta (la cantidad de dinero que representa el pedido supera el crédito asignado, no se puede realizar nuevos pedidos si existen Partes de Recepción Definitiva pendientes, entre otros). De este modo, los pedidos programados no se cumplen en forma completa y regular, transformándose hasta lo cotidiano en emergencia.
11. Existen anomalías en la entrega de medicamentos provenientes de la compra por licitación pública con orden de compra abierta. Los stocks mínimos requeridos (según el consumo promedio) no se alcanzan; lo que implica, que sólo se consuman medicamentos en función a lo que el proveedor entrega y no a lo realmente demandado. Existen reiterados movimientos que dejan en stock cero o por debajo del stock mínimo a los medicamentos, indicando ello, faltantes oportunos en forma regular y sostenida. Ello implica, la utilización de alternativas terapéuticas que no siempre pueden ser las más convenientes para el tratamiento del paciente.

Observación Recurso Humano Enfermería

12. El plantel de Enfermería con tareas asistenciales (485 agentes año 2009), es escaso en comparación a la dotación necesaria que requeriría el hospital (1.100 agentes conforme la metodología de calculo de la Resolución Ministerial N° 194/95 y 839 agentes conforme la información suministrada por el Departamento de Enfermería), resultando necesario la designación de horas correspondientes a 615 agentes o 354 agentes según la metodología de calculo adoptada. Si se consideraran las horas trabajadas por Módulos o los agentes bajo la modalidad del Decreto N° 604/09, el déficit de agentes ascendería a 305 agentes o a 44 agentes según el cálculo de que se trate.
13. La metodología que utiliza la Resolución Ministerial N° 194/95 para el cálculo de dotación de enfermería, valida un porcentaje alto de ausentismo (40%) en dicho recurso humano, sin cuestionar las causas que lo originan.

VII) RECOMENDACIONES (Por Orden de Prioridad)

1. Gestión de Camas (Observación 1)

- a. Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de maximizar su uso y buscar un equilibrio en la internación de pacientes del sistema público de salud.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

- b. La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos. Para ello, resulta necesario, jerarquizar el área de Admisión y Egresos, a fin de ejercer la autoridad en la gestión de camas, salvo alguna situación de excepción en la que el Jefe de Guardia asuma tal responsabilidad.

2. Centro Quirúrgico (Observación 2, 3 y 4)

- a. Maximizar la utilización del Centro Quirúrgico, a través de la incorporación del recurso físico y humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso faltante (médico, técnico, de enfermería y equipamiento), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido y la apertura de licitaciones acordes a las necesidades de equipamiento.
- b. Implementar la historia clínica única a fin de contar con información integral del paciente.
- c. Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos.
- d. Unificadas las listas de espera de quirófano, los servicios quirúrgicos y el área de Admisión, deberían acordar el método de programación para la gestión del paciente (prioridades por patologías, tiempos máximos de espera quirúrgica por patología, reprogramación de cirugías suspendidas, etc.).
- e. Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix³⁵, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)³⁶. Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos.

3. Gestión del Paciente Ambulatorio (Observación 5)

- a. Definir, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la población que debe cubrir el hospital, para la adecuada organización de los recursos asistenciales.
- b. Replantear el número de población que se proyecta asistir, a fin de poder aproximarse al cálculo de los recursos necesarios (físicos y humanos) basados en la demanda.
- c. Definida la población a asistir, implementar mecanismos de captación de dicha población y readecuar la oferta asistencial vespertina, en función a la demanda real.

³⁵ Combinación de grupos de pacientes particulares clasificados por enfermedad y consumo de recursos, que se da en una organización sanitaria y en la que dichos grupos de pacientes comparten una o más características.

³⁶ Sistema de clasificación de episodios de hospitalización, con definiciones clínicamente reconocibles y en la que se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos.

4. Circuito de Adquisición de Prótesis (Observación 6 y 7)

- a. Rever, conjuntamente con el Ministerio de Salud, el circuito de adquisición de prótesis para Traumatología y Cardiología, por el mecanismo de Ayuda Medica o plantear otro mecanismo de compra, a fin de garantizar la adquisición del insumo en un tiempo prudencial.

5. Internación de Casos Sociales y/o con Patologías Crónicas (Observación 8 y 9)

- a. Implementar, desde el Ministerio de Salud, mecanismos que agilicen la comunicación entre distintos Ministerios y organismos que de éstos dependan (Desarrollo Social, Educación, etc.), a fin de garantizar respuestas ante problemáticas de vulnerabilidad social, con gran impacto en el Hospital Público.

6. Provisión de Medicamentos (Observación 10 y 11)

- a. Implementar desde el Ministerios de Salud, mecanismos tendientes a regularizar la provisión de medicamentos que permita un abastecimiento que garantice el normal funcionamiento del hospital público.

7. Enfermería (Observación 12 y 13)

- a. Rever, desde el Ministerio de Salud, la necesidad del recurso humano de Enfermería y arbitrar los medios para la realización de un concurso que permita la incorporación de personal a planta.
- b. Rever, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la utilización de la Resolución Ministerial N° 194/95 respecto al porcentaje de ausentismo del recuso humano enfermería considerado como válido (40%).

- 8. Implementar la utilización de la herramienta “Cuadro de Mando Integral”, con la finalidad de identificar y seleccionar indicadores estratégicos para la evaluación y el monitoreo de los resultados de la Gestión Hospitalaria (ver anexo 2).

VIII) CONCLUSIÓN

El nivel de utilización de los recursos analizados (camas de hospitalización, quirófanos y consultorios) en el Hospital José María Ramos Mejía, evidencia subutilización en su uso, respecto de un valor teórico o standard.

No obstante, es necesario considerar una multiplicidad de factores que intervienen en el rendimiento del uso de los recursos, que no dependen directamente del hospital.

Asimismo, es necesario considerar que la demora en el circuito del pedido de prótesis podría tener un efecto negativo sobre la evolución de la enfermedad, generando complicaciones tanto en la etapa pre como post-quirúrgica,

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

aumentando así, tanto la utilización de los servicios de diagnóstico y tratamiento como los de Internación, significando esto mayores costos hospitalarios.

En este sentido, y desde la percepción de la calidad, se resalta que el acortamiento del tiempo preoperatorio disminuye el riesgo de contraer infecciones hospitalarias, a la vez que señala la eficacia en la utilización de los recursos.

Por otro lado, el abordaje de problemas socio-sanitarios complejos, requiere del esfuerzo integrado de redes comunitarias y de redes interinstitucionales, en donde necesariamente deben vincularse los sectores de Salud y Desarrollo Social. Resulta indispensable entonces, instalar políticas públicas orientadas a la reinserción social de tales pacientes, como así también, la creación de instituciones intermedias para pacientes sin vínculo familiar o social, con problemas de salud crónicos.

Anexo 1. Modelo de Encuesta aplicada al área Consultorios Externos

HOSPITAL DR. J. M. RAMOS MEJÍA
SERVICIO AL QUE CONCURRE:

Fecha:/...../.....

ENCUESTA PARA PACIENTES DE CONSULTORIOS EXTERNOS

Pregunta N° 1
¿Recibió la atención para el día que necesitaba?
Pregunta N° 2
¿La fecha y hora del turno asignado le resultó satisfactorio?
Pregunta N° 3
¿Aceptaría la posibilidad de atenderse en el turno tarde?
Pregunta N° 4
¿El tiempo de espera desde que llegó al Hospital estuvo acorde a sus necesidades?
Pregunta N° 5
¿Comprendió las explicaciones indicadas que le brindó el profesional?
Pregunta N° 6
¿El profesional que lo atendió le brindó las indicaciones (tratamiento, estudios, etc) por escrito?
Pregunta N° 7
¿Está conforme con la atención brindada por el servicio?
Pregunta N° 8
¿Se ha sentido bien atendido por el profesional?
Pregunta N° 9
¿Considera cómodo el lugar o sala de espera?
Pregunta N° 10
¿Considera satisfactorio el estado de los baños?
Pregunta N° 11
¿Recomendaría el Hospital?

La pregunta N° 4 en la opción de respuesta "No" se abre para indagar cuanto fue el tiempo de espera del paciente.

Pregunta 4 (continuación)			
Tiempo de espera			
<1 hora	<2 hs	<3 hs	3/o más hs

- **Variables relevadas:**
 - Turnos
 - Trato del personal administrativo, enfermero y medico.
 - Tiempo de espera para la atención.
 - Comodidad de la sala de espera.
- **Población en estudio:** pacientes ambulatorios de los turnos matutino y vespertino.
- **Cuestionario:** anónimo con preguntas cerradas.
- **Período de medición:** Agosto de 2010.
- **Muestra:**

SERVICIOS	CANTIDAD DE ENCUESTAS
Clínica Médica	17
Clínica Médica (vesp.)	16
Hipertensión Arterial (grupo de trabajo)	7
Dermatología	23
Dermatología (vesp.)	2
Neurología	15
Neurología (vesp.)	3
Infectología (grupo de trabajo)	4
Inmunocomprometidos por SIDA (grupo de trabajo)	19
Hematología	13
Hematología (vesp.)	7
Hepatología (grupo de trabajo)	3
Cardiología	11
Cardiología (vesp.)	7
Alergia	14
Alergia (vesp.)	1
Nutrición	8
Nutrición (vesp.)	2
Gastroenterología	14
Gastroenterología (vesp.)	1
Nefrología	2
Terapia radiante	5
Endocrinología	28
Endocrinología (vesp.)	4
Geriatría	2
Tisiología	3
Tisiología (vesp.)	2
Reumatología y Colagenopatías (grupo de trabajo)	12
Cuidados paliativos	2
Cesación tabaco	2

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

Cirugía General	5
Cirugía General (vesp.)	2
Cirugía cardiovascular	2
Otorrinolaringología	11
Ginecología	13
Ginecología (vesp.)	6
Urología	5
Urología (vesp.)	3
Ortopedia y Traumatología	9
Ortopedia y Traumatología (vesp.)	2
Oftalmología	14
Oftalmología (vesp.)	4
Cirugía Plástica	3
Neurocirugía	1
Cirugía de mano (grupo de trabajo)	1
Pediatría	18
Pediatría (vesp.)	12
Adolescencia	5
Dermatología Pediátrica (grupo de trabajo)	6
Obstetricia	8
Obstetricia (vesp.)	5
TOTALES	384

Resultados:

Pregunta N° 1	SI		NO		Encuestas
¿Recibió la atención para el día que necesitaba?	371	97%	13	3%	384
Pregunta N° 2	SI		NO		
¿La fecha y hora del turno asignado le resultó satisfactorio?	363	94%	21	6%	384
Pregunta N° 3	SI		NO		
¿Aceptaría la posibilidad de atenderse en el turno tarde?	293	77%	91	23%	384
Pregunta N° 4	SI		NO		
¿El tiempo de espera desde que llegó al Hospital estuvo acorde a sus necesidades?	306	79%	78	21%	384
Pregunta N° 5	SI		NO		
¿Comprendió las explicaciones indicadas que le brindó el profesional?	382	99%	2	1%	384
Pregunta N° 6	SI		NO		
¿El profesional que lo atendió le brindó las indicaciones (tratamiento, estudios, etc) por escrito?	377	98%	7	2%	384
Pregunta N° 7	SI		NO		
¿Está conforme con la atención brindada por el servicio?	376	97%	8	3%	384
Pregunta N° 8	SI		NO		
¿Se ha sentido bien atendido por el profesional?	329	84%	55	16%	384
Pregunta N° 9	SI		NO		
¿Considera cómodo el lugar o sala de espera?	231	57%	153	40%	384
Pregunta N° 10	SI		NO		

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

¿Considera satisfactorio el estado de los baños?	381	98%	3	1%	384
Pregunta N° 11	SI		NO		
¿Recomendaría el Hospital?	382	99%	2	1%	384
Totales	3791		433		

La pregunta N° 4 en la opción de respuesta “No” se abre para indagar cuánto fue el tiempo de espera del paciente.

Pregunta N° 4 (continuación)								
Tiempo de espera	<1hora		<2		<3		3/o más	
Total	37	48%	26	33%	10	13%	5	6%

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
Área Quirúrgica								
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					