

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Diciembre de 2009.							
Código del Proyecto	3.09.08							
Denominación del Proyecto	Gestión del Hospital General de Agudos Dr. José Maria Penna							
Período examinado	Año 2008							
Objetivo de la auditoria	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna.							
Presupuesto Devengado 2008 (expresado en pesos)	Juris	U E	Prog	Inc	Sanción	Vigente	Definitivo	Devengado
	40	425	52	1	65.750.202,00	90.410.130,00	90.404.260,20	90.404.260,20
	40	425	52	2	8.512.718,00	8.711.807,00	8.440.667,17	8.305.690,12
	40	425	52	3	6.598.359,00	7.540.494,00	7.371.077,81	7.344.856,64
	40	425	52	4	50.000,00	2.738.931,00	2.610.379,57	2.610.379,57
	Total				80.911.279,00	109.401.362,00	108.826.384,75	108.665.186,53
Limitaciones al alcance	1. 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 diagnóstico”.							
	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.							
	2. No fue posible estimar la pérdida de la facturación por prestaciones (consultas y prácticas) a pacientes con obra social asistidos en forma ambulatoria por la Guardia, dado que los mismos no tienen una historia clínica que revele la información asistencial brindada, y no hay personal administrativo asignado a la detección de la obra social.							
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 24 de Agosto de 2009 y el 29 de Noviembre de 2009.							
Aclaraciones previas	La población asistida por el Hospital Dr. José M. Penna, se caracteriza por ser predominantemente pobre y de alto riesgo sanitario. El consumo de drogas y alcohol, la violencia, la alta incidencia de las enfermedades sociales, son algunos flagelos que azotan a esta población.							

Por su parte, la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires Nº 153, en su art. 14 destaca la importancia de las problemáticas sociales, al establecer como objetivos del subsector estatal de salud, la contribución a la disminución de los desequilibrios sociales, priorizando la población más vulnerable, desarrollando políticas integrales de adicciones, violencia urbana, violencia familiar, entre otras.

En este sentido, se intenta evaluar la intervención del equipo de salud en las problemáticas socio-sanitarias desde diferentes aspectos; analizando por un lado, la complejidad de los nuevos escenarios donde la intervención se aplica, y por otro lado, los obstáculos que surgen a partir de las diferentes intervenciones.

El primer eje abordado, fue la atención de la población en situación de calle. Se analizaron, entre otros, 13 casos correspondientes a pacientes adultos con problemas sociales, internados más de dos meses con alta médica durante el año 2008.

Para el abordaje de esta temática, se aplicó el diseño metodológico de la investigación cualitativa, a través del estudio de caso. El estudio de caso, permitió capturar información acerca de la conducta del individuo y de la institución estudiada. Reveló una diversidad de información que enriqueció el análisis.

En el estudio se expresaron situaciones singulares de individuos, lo que significa que si bien no pueden generalizarse sus conclusiones, dieron cuenta de una realidad compleja que cuestiona el orden institucional y las formas de asistencia actuales.

Los principales hallazgos fueron:

- El 61,53% de los pacientes (8 casos), viven en una pieza que les presta un familiar o en una pensión; el 38,47% restante (5 casos) viven en la vía pública. Estos últimos casos, no tienen ninguna vinculación familiar o social.
- A pesar de la multiplicidad de acciones que realiza el hospital, prevalece la falta de respuesta de las derivaciones a instituciones afines; 9 casos que representan el 69,23% no pudieron ser derivados. De éstos, el 55,56% (5 casos), fallecieron en el hospital.
- El promedio de días de internación de pacientes en condiciones de alta médica, fue de 135 días, con un máximo de 335 días y un mínimo de 61 días. Cabe señalar, 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.

	• Asimismo, estos pacientes sufren vulneración de su derecho a una vida digna en un ambiente acorde a su estado. Su permanencia en el hospital, vulnera además, el derecho de otros pacientes que necesitan internación y sufren demoras por falta de camas. Tal situación afecta también, a los equipos de salud (generando tensiones y malestares) dada la necesidad de desocupar camas, por la demanda existente. • El 53,85% de los casos fueron internados en las Salas de Clínica Médica (7 casos), mientras que el 46,15% permanecieron internados en la Guardia del Hospital (6 casos). • Vale decir, que 7 camas del Servicio de Clínica Médica (que representa el 15,56% del total de camas de esa área¹) y 6 camas del Servicio de Guardia (que representan el 31,57% del total de camas de esa área²) fueron ocupadas en promedio 135 días por personas que no presentaban problemas de salud. En relación a la violencia (problemática que apasiona y preocupa) se intentó dar cuenta de la problemática existente -al menos en esta zona geográfica donde la población vulnerable es alta-, a la vez que proponer canales de acciones, direccionando posibles soluciones. El análisis realizado se encuadra en el campo de la investigación social, utilizando el referencial metodológico de la investigación cualitativa. No obstante, para la recolección de datos, se combinó dicha técnica con la investigación cuantitativa, ya que se utilizaron como fuente de datos las historias clínicas (40 casos de síndrome de mujer maltratada), como también información estadística de distinta índole. Los principales hallazgos fueron: • Del aporte de los datos demográficos se puede inferir, que la problemática de violencia, no es exclusivo de las clases sociales más pobres. • El 30% de las pacientes acudieron derivadas de algún Servicio del Hospital Penna (12 casos), mientras que el 32,5% no tuvo derivación institucional (13 casos). • Se detectó como principal causante de la violencia, la vivencia de violencia doméstica en su familia de origen; el 62,5 % de las pacientes provenían de familias violentas (25 casos). • Se observó en el 80% de los casos, que la pareja (pareja, ex pareja, concubino, cónyuge o novio) es la predominante en el ejercicio de la violencia (32 casos). Asimismo, se verificó la intervención judicial y/o policial (a través de denuncias) en el 60% de los casos (24).
--	--

¹ Total de camas en Clínica Médica: 45.

² Total de camas en Guardia: 19.

	• La violencia se extendió al grupo familiar (principalmente hijos) en el 42,5% de los casos (17). • En relación a las formas de violencia, se pudo constatar que la violencia psicológica ocupa el primer lugar (37 casos sobre un total de 40), seguido de la violencia física (26 casos sobre un total de 40) y la sexual (10 casos sobre un total de 40). • No finalizó el tratamiento el 90% de las pacientes (36 casos).
Principales observaciones detectadas	1. La fragilidad de las políticas estatales de contención social, posibilita la sobrecarga del hospital público con pacientes en los que el deterioro de la salud psicofísica proviene de su clara situación de vulnerabilidad social³. Esta situación genera como consecuencia, la disminución de las posibilidades de internación de otros pacientes, ante la falta de cama⁴. 2. La ausencia de una actividad intersectorial impide abordar con éxito las problemáticas socio-sanitarias de los pacientes que asiste el hospital. No existe vinculación entre los distintos organismos -gubernamentales y no gubernamentales- que participan en el tratamiento de dichas problemáticas, dificultándose así, la externación del paciente internado. De este modo, las afecciones sociales se transforman en afecciones psicofísicas, ante la falta de resolución de factores que se relacionan indirectamente con la enfermedad. 3. La debilidad de la mirada interdisciplinaria en el abordaje de las problemáticas sociales que presenta la población asistida (situación de calle, ausencia de vínculos familiares y/o sociales, consumo de sustancias psicoactivas y violencia), impide dar una respuesta integral a estos pacientes. No se trabaja con Protocolos que planteen lineamientos sobre las distintas disciplinas y las acciones conjuntas a desarrollar con otras áreas del estado. 4. La insuficiencia de los recursos invertidos (en infraestructura, en materiales, en personal, en capacitación, etc.) impide cumplir con el rol tutelar del estado, frente a la demanda de pacientes internados en el hospital, con problemas socio-sanitarios. El Sistema no esta preparado para enfrentar la complejidad de estos casos. En consecuencia, no se generan respuestas efectivas. 5. La debilidad en el enfoque epidemiológico (recopilación, análisis e interpretación de datos específicos) asignado a la problemática de violencia, dificulta la tarea de planificación, ejecución y control de Programas de Prevención de la Violencia. 6. La ausencia de una actividad articulada -para el abordaje de la problemática de violencia- entre el hospital, los efectores del

³ Situación o contexto en el cual las condiciones de vida se encuentran signadas por la precarización y la pérdida de soportes sociales.

⁴ A modo de ejemplo, 7 camas del Servicio de Clínica Medica y 6 camas del Servicio de Guardia, fueron ocupadas en promedio 135 días por pacientes que aún teniendo el alta médica, padecían falencias sociales.

	Primer Nivel de Atención y efectores de otras jurisdicciones del estado (desarrollo social, educación, justicia, entre otros), impide el diseño de una estrategia asistencial centrada en el paciente, que permita un seguimiento de casos y garantice la efectividad de la atención. 7. No se han elaborado Protocolos para la detección y tratamiento de la violencia (pensados de manera conjunta entre los distintos actores que intervienen en esta problemática), ni se ha creado un área de gobierno capaz de establecer redes (sociales, familiares e institucionales) que posibiliten trabajar sobre la detección, ruptura y contención de la víctima. Asimismo, no hay formación o capacitación hacia los profesionales de la salud, para la detección de patologías físicas o psíquicas relacionadas con la violencia. 8. La problemática de adicciones no conforma una prioridad en la agenda de salud. No hay designación de partidas presupuestarias en salud, que permitan fortalecer las actividades asistenciales y las de promoción de la salud (actividades recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, etc.). No hay un abordaje integral, posibilitado por la asistencia intersectorial (salud, educación, desarrollo social, trabajo, justicia, etc.) e interdisciplinaria, ni se han elaborado Protocolos que impartan lineamientos generales para el abordaje de esta problemática. 9. El Servicio de Guardia del Hospital Penna, no maneja información respecto a la existencia de dispositivos para la atención del paciente adicto a sustancias psicoactivas, tornando débil el funcionamiento de tales dispositivos –Servicios brindados por el Ministerio de Desarrollo Social y la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones dependiente del Ministerio de Salud, entre otros-. La responsabilidad relacionada a la falta de información y capacitación, corresponde al nivel central, por cuanto éste debiera asesorar a la Guardia respecto de los dispositivos y sus circuitos de acceso. 10. El porcentaje del parto adolescente (20,56%) sobre el total de partos en el Hospital Penna, para el año 2008, supera el porcentaje de parto adolescente sobre el total de partos para la Ciudad, durante el mismo período (7,09%). Asimismo, el 23,76% de los hijos de las mamás adolescentes, estuvieron internados en el servicio de Neonatología. Este indicador, da cuenta, de la necesidad de una política activa, que contemple la inversión necesaria, en materia de Salud Sexual y Reproductiva focalizada en la población adolescente de la zona sur de la Ciudad. Las acciones realizadas en la actualidad, resultan insuficientes, frente al riesgo que representa el embarazo adolescente. 11. La demanda de internación hospitalaria excede la disponibilidad del recurso "cama". La utilización de este recurso en niveles que
--	---

	superan el óptimo de ocupación (Clínica Medica 96,34%, Urología 97,78%, Ortopedia y Traumatología 97,42% y Guardia 100,97% - en este último caso también se internan en camillas ubicadas en los pasillos de circulación-), y la ocupación de camas por pacientes admitidos por Guardia, dificultan la planificación de la actividad asistencial que requiere internación. Se suspenden cirugías que deben ser reprogramadas, incrementándose así, los tiempos de espera quirúrgicos y de internación. 12. La ausencia de personal profesional de planta –médico, entre otros- en el Servicio de Cirugía General, no permite aumentar el horario de disponibilidad de los quirófanos en la totalidad de su horario potencial -12 horas diarias-. Sería necesario reemplazar las Guardias Fuera de Dotación por nombramientos efectivos. Asimismo, la oferta asistencial de Neurocirugía, se encuentra limitada dada la carencia de camas propias y la baja disponibilidad de camas en Terapia Intensiva -sólo cuenta con 7 camas-. Además, no cuentan con instrumental específico para esta especialidad. 13. Los quirófanos asignados a la especialidad de Ortopedia y Traumatología, son insuficientes para cubrir la demanda de las ocho subespecialidades existentes (1 día a la semana por cada subespecialidad, algunas superpuestas). Asimismo, el Servicio cuenta con 4 cirujanos ad honorem y 5 cirujanos remunerados por Guardia Fuera de Dotación, que generan la oferta quirúrgica necesaria, pero carecen de nombramiento. La ausencia de estos profesionales disminuiría las posibilidades de maximizar el uso de los quirófanos y el consiguiente incremento de la lista de espera quirúrgica. Asimismo, el instrumental quirúrgico es obsoleto y escaso. 14. El Nivel Central no compró los insumos que se comprometió a comprar a través del Sistema de Compras Centralizadas. Del rubro "Anestésico" no se compró el 50,32% de los insumos que se necesitaban; del 49,68% que se compró, el 19,80% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. Del rubro "Antibióticos" no se compró el 29,24% de los insumos que se necesitaban; del 70,76% que se compró, el 24,70% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. Del rubro "Soluciones Parenterales" no se compró el 34,47% de los insumos que se necesitaban; del 65,53% que se compró, el 12,30% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. De los rubros "Resto de medicamentos" y "Antiepilépticos uso restringido", el Ministerio de Salud no compró ningún insumo solicitado. 15. La obligación asumida por el Ministerio de Salud respecto a la entrega de insumos comprados por el Sistema de Compras Centralizadas, no fue cumplida. El período transcurrido entre la
--	--

	fecha del pedido del hospital y la fecha de la primer compra desde el Nivel Central fue: para el rubro "Anestésico" de 283 días en promedio, para el rubro "Antibióticos" de 273 días en promedio, para el rubro "Soluciones Parenterales" de 247 días en promedio; para los rubros denominados "Resto de Medicamentos" y "Antiepilépticos Uso Restringido" no hubo compras. Esta descripción muestra, que en tales condiciones, el Sistema de Compras Centralizadas no funciona; se compró de menos y fuera de término.
Recomendaciones	1. Internación de pacientes por causas sociales a) Destinar los recursos necesarios para el fortalecimiento y/o la creación de instituciones que completen la red social necesaria, a fin de equilibrar el déficit en asistencia socio-sanitaria. b) Establecer de manera conjunta, entre los distintos sectores que intervienen en la problemática planteada, protocolos que garanticen el abordaje de una actividad intersectorial e interdisciplinaria con éxito, donde se planteen lineamientos en la intervención de las diferentes instituciones. c) Evaluar la red institucional disponible. En caso de que la misma resulte insuficiente, proponer organismos gubernamentales y no gubernamentales que estén en condiciones de participar de tal red, y arbitrar los medios necesarios para su inclusión. La evaluación de la red y su composición deberían realizarse intersectorialmente, entre los distintos Ministerios de Salud y Desarrollo Social, como así también cualquier otro Ministerio cuya intervención le competa. 2. Asistencia de pacientes víctimas de violencia a) Replantear la estrategia de atención de la problemática de violencia, articulando la actividad asistencial con los distintos sectores del estado que participan en la misma, pensando en un diseño de estrategia centrada en el paciente, que permita un seguimiento del caso a fin de garantizar la efectividad asistencial. b) Definir protocolos para la detección y tratamiento a las víctimas de la violencia doméstica, entre todos los actores sociales que intervienen en dicha temática. Hasta tanto se elaboren los mismos, se podría incluir en el screening rutinario de pacientes adultos o mujeres mayores de 14 años, preguntas relacionadas al maltrato en cualquiera de sus formas. c) Coordinar la actuación del profesional de la salud, con un equipo interdisciplinario capaz de abordar la problemática en su total dimensión y brindar tratamiento específico a la víctima y al agresor. A tal efecto, deberían jerarquizarse los equipos de salud, que ya trabajan esta problemática. d) Fomentar la capacitación de los profesionales de la salud -sobre

	todo aquellos que trabajen en la Atención Primaria de la Salud y en el área de Urgencias-, a través de la creación de "Programas Formativos" sobre las atribuciones de síntomas a problemas físicos, detección y abordaje profesional ante una situación de maltrato. e) Replantear la modalidad de recolección de datos epidemiológicos, referidos a la atención de pacientes víctimas de la violencia, a fin de contar con información útil para la planificación de la actividad asistencial. 3. Asistencia de pacientes con adicciones a) Replantear la estrategia de atención sobre la problemática de adicciones pensando en un abordaje integral, que posibilite la asistencia intersectorial (salud, educación, desarrollo social, justicia, etc.) e interdisciplinaria. Asimismo, el diseño de una estrategia centrada en el paciente, permitiría un seguimiento del caso, a fin de garantizar la efectividad asistencial. b) Definir protocolos -con lineamientos generales- para la atención y tratamiento de pacientes con adicciones, entre todos los actores sociales que intervienen en dicha temática. c) Fomentar la capacitación de los profesionales de la salud -sobre todo aquellos que trabajen en la Atención Primaria de la Salud y en el área de Urgencias-, a través de la creación de "Programas Formativos" sobre el abordaje profesional ante una situación de adicción. Asimismo, resulta necesario, la divulgación de los dispositivos y sus circuitos de acceso, con los que se maneja la Ciudad. 4. Embarazo adolescente a) Focalizar las políticas públicas y replantear las acciones tendientes a mejorar los indicadores socio-económicos, permitiendo reducir así, el resultado del indicador embarazo adolescente (20,56%). 5. Gestión de Camas a) Replantear la internación de pacientes, programando las altas hospitalarias a través de protocolos de estancias por patologías. Para el caso de patologías menos previsibles, se podría utilizar un promedio de "previsión de días de alta". b) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de buscar un equilibrio entre ingresos programados y urgentes. La ocupación de camas de las distintas salas de internación por la Guardia, debería tener un límite a fin de no desprogramar la actividad quirúrgica. Por encima del límite establecido, debería pensarse en mantener a los pacientes en salas de observación o proceder a su traslado. c) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos. d) De estimar conveniente dicha centralización, debería jerarquizarse 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. e) Implementar mecanismos (contratos, acuerdos, etc.), desde el Ministerio de Salud, que permita la articulación con el sector privado, a fin de incrementar la disponibilidad de plazas⁵. 6. Gestión del Paciente Quirúrgico a) Incrementar las horas de utilización del Centro Quirúrgico, a través de la incorporación del recurso humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso Humano faltante (médico, técnico, enfermería y otros), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido. b) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos. 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.). c) 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 mix⁶, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)⁷. Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos. 7. Compras Centralizadas a) En caso de optarse por reiterar la modalidad de Compras Centralizadas y teniendo en cuenta que en toda compra es necesario alcanzar un difícil equilibrio entre precio, calidad y fecha de entrega, debería crearse un Sistema de Gestión de Compras Integrado, permitiendo así cumplir en tiempo y forma con lo solicitado por el efector.
--	--

⁵ La articulación con el sector privado, posibilitaría descentralizar los casos quirúrgicos de menor complejidad en dicho sector -especialmente de los que ingresan por la Guardia-. La derivación de casos de baja complejidad admite gastos sin incrementos significativos para el estado, cosa que no ocurriría si se derivan los casos complejos.

⁶ 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.

⁷ 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.

Conclusión	La complejidad de la actual demanda⁸ de los servicios de salud, implica la necesidad de pensar en los padecimientos sociales. La situación de vulnerabilidad social, familiar y económica que presenta la población atendida, demanda un tratamiento intersectorial. Sin un trabajo intersectorial es imposible abordar la complejidad de las problemáticas que asiste este hospital; sin un abordaje interdisciplinario se brindan respuestas parciales o ineficaces. Ambas concepciones, se presentan entonces, como una estrategia necesaria de intervención; pues posibilita abordar demandas complejas, a la vez que, permite la contención grupal de los profesionales como posibilidad de alternativa de tratamiento en conjunto. La problemática de la violencia es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, considerado como un problema de salud publica de primer orden, por organizaciones internacionales y distintos gobiernos. Por consiguientes, los profesionales de la salud, no pueden permanecer ajenos; su intervención se hace necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones. Su reconocimiento como problema de salud pública, es el primer paso para un avance en la búsqueda de soluciones. Resulta indispensable, además, implementar respuestas de articulación intersectorial, para el abordaje de la problemática de adicciones, procurando canalizar las propuestas de mejoramiento personal y del entorno del adicto desde la realidad cotidiana y desde la necesidad concreta, impulsando la participación interdisciplinaria de los profesionales de salud. Desde una visión de conjunto, es posible apreciar, la agudización de estos problemas y de las desigualdades sociales, que el hospital a vivenciado en estos últimos años. Esta combinación de factores crea un inmenso grupo poblacional expuesta a la exclusión. Poder combatir estos factores de riesgo social, de manera interdisciplinaria e interinstitucional logrando establecer las redes de contención necesarias, es el desafío que se presenta para las nuevas gestiones de los hospitales públicos.
-------------------	--

⁸ Pacientes en situación de calle, carentes de vínculos familiares y/o sociales, abusados y/o maltratado por familiares, consumidores de sustancias psicoactivas.