

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Julio de 2010.					
Código del Proyecto	3.10.01 a)					
Denominación del Proyecto	Relevamiento del Hospital Dr. J. M. Ramos Mejía.					
Período examinado	Año 2009					
Objetivo de la auditoría	Identificar las debilidades y áreas críticas del Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía.					
Presupuesto Devengado 2009 (expresado en pesos)	Jur	UE	Pro	Spr	Act	Descripción
	40	430				HTAL. J. M. RAMOS MEJIA
	40	430	52	25		ATENCIÓN MÉDICA GENERAL
						Importe
						201.661.929,67
						201.661.929,67
Limitaciones al alcance	No hay.					
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de relevamiento se desarrollaron entre el 04/01/2010 y el 30/06/2010.					
Aclaraciones previas	a. Antecedente Histórico					
	El hospital inicialmente se situó en una serie de galpones que sirvieron como lugar de atención de enfermos durante la epidemia de cólera en 1868 y más tarde fue uno de los que atendió a los soldados heridos durante la Guerra de la Triple Alianza.					
	En 1883 se inauguró formalmente el hospital con el nombre de San Roque, el cual disponía de 240 camas, destinadas tanto a mujeres, como hombres y niños.					
	Este nosocomio con estructura apabellonada contó entre su cuerpo de médicos con nombres célebres como el del Dr. José Ramos Mejía, el Dr. Juan B. Justo, que introdujo la asepsia, el cirujano Dr. Nicolás Repetto, que realizó operaciones craneanas con todo éxito, y hasta el Premio Nobel Dr. Luis Federico Leloir.					
	El San Roque se convirtió en el primer Hospital Asociado a la Facultad de Medicina (término hoy de uso corriente). Esta asociación resultó de extraordinario beneficio para alcanzar el alto nivel de atención médica y de formación profesional que dio prestigio mundial a la medicina argentina en las primeras décadas					

	del siglo XX. En 1914 el hospital seria bautizado con el nombre de Dr. Ramos Mejía en honor a la labor del médico en dicho nosocomio. b. Misión y Visión del Hospital El Hospital J.M. Ramos Mejía tomó como objetivo la atención de la salud de la comunidad en sus planos, biológica, psicológica, ecológica y social, utilizando la Atención Primaria de la Salud. La misma es ideada como una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas, del conjunto social y de la ecología, a través de la promoción, protección restauración y rehabilitación de la salud. Esto implica que un sistema de salud debe constituirse y funcionar basado en ella. Significa además, que cada componente del sistema conoce a los otros, sus funciones y los sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes. Desde esta perspectiva, ningún nivel de atención es más importante que el otro y cada uno de ellos tiene un rol que jugar para la prevención, curación o rehabilitación de los problemas de salud de la comunidad. El cambio de atención de la salud basado en la APS concebida como estrategia, requiere de los siguientes cambios: ▪ De una atención centrada en la enfermedad y que busca curación, a una atención centrada en la Salud, con prevención y cuidado. ▪ De una atención centrada en el tratamiento, con cuidados esporádicos y búsqueda de problemas específicos, a una atención con énfasis en la promoción de la salud y cuidado global y continuo. ▪ De una atención administrada por especialistas lineales en una práctica individual, a una atención con médicos comunitarios o de familia y especialistas trabajando en equipo con otros profesionales de la salud. ▪ De un sector de Salud aislado, dominado por intereses profesionales y con una actitud pasiva, a un sector integrado, en colaboración intersectorial, con participación comunitaria. Es en base a esta estrategia, que se considera fundamental el Área Programática y la Promoción y Protección de la Salud, detallando los siguientes Programas: ▪ Programa de Inmunizaciones (Vacunación Gratuita).
--	--

	▪ Programa de Salud Escolar (Prevención y promoción de la salud para niños en edad escolar). ▪ Programa de Salud Sexual y Reproductiva (Información y asesoramiento sobre salud sexual y métodos anticonceptivos). ▪ Programa de Prevención y Control de Tabaquismo. ▪ Programa de Prevención de la Salud en Adultos Mayores (Actividades, talleres y lugares de atención). ▪ Programa de Detección de Cáncer mamario. ▪ Programa de Prevención de Violencia Familiar.
Principales Debilidades	1. La falta de aprobación de la estructura organizacional, repercute negativamente en la conformación de la planta de profesionales, dificultando la tarea asistencial para una jornada de tiempo completo (turno matutino y vespertino). Los pocos cargos concursados, demoran en su efectivización. Existen Servicios que trabajan sin un plantel efectivo y sin incentivos. En tal sentido, se vislumbra que el mayor recurso que tiene el hospital (el recurso humano) trabaja sin motivaciones individuales y grupales, reflejándose ello en la tarea cotidiana. 2. La escasez de camas en Terapia Intensiva y en Unidad Coronaria (10 y 7 camas respectivamente sobre una dotación total de 545 camas) y la falta de habilitación de la Terapia Intermedia (falta personal de enfermería y monitores multiparamétricos, entre otros), impide la planificación de cirugías que requerirán la internación de pacientes en estas áreas. Durante el año 2009 se suspendieron por esta causa 179 cirugías que representa el 12,89% del total de cirugías suspendidas (1365 cirugías). 3. La falta de equipamiento en los quirófanos (mesas de anestesia y de operación, entre otros) reduce la disponibilidad de los mismos. Solo funcionan 4 quirófanos para anestesia general y tres para anestesia local sobre un total de 12. Ello limita la posibilidad de atención, extendiendo las listas de espera quirúrgica e incrementando la posibilidad de pérdida de oportunidad del paciente. 4. La disponibilidad horaria de los profesionales anestesistas, resulta escasa para hacer frente a la programación quirúrgica, en especial, cuando por distinta índole se prolonga el horario de finalización de una cirugía. Durante el año 2009 se suspendieron 165 cirugías por "superar el horario vespertino" que representan el 12,09% del total de las cirugías suspendidas (1365 cirugías). 5. La falta de respuesta de instituciones que intervienen en situaciones de vulnerabilidad social y en casos que requieren rehabilitación psicofísica, repercute

	negativamente en la estadía de los pacientes internados. Asimismo, se incrementa el riesgo de infección intrahospitalaria (a diciembre de 2009 la tasa general de infecciones intrahospitalaria es de 5,9%). 6. La dilación en la entrega de prótesis (para pacientes quirúrgicos) por parte de los distintos financiadores (entre uno y cinco meses), puede traer aparejado riesgo de complicación en la evolución de la patología a tratar. Si a ello se le suma, el período de espera en lista quirúrgica, el riesgo de complicación, se vería incrementado. 7. El plantel de Enfermería presenta insuficiencias. La necesidad de horas asistenciales se compensa con la realización de módulos de enfermería, es decir, turnos adicionales de trabajo extra. Asimismo, el índice de ausentismo relevado por el propio Servicio, resulta alto (40%). Se requiere capacitación en el Programa ampliado de Inmunizaciones.
Conclusión	El hospital Ramos Mejía, muestra una intensa dedicación en la actividad <i>docente/educativa</i>, y en menor medida, en la modalidad de atención de la medicina basada en el paciente. Existen asimismo falencias en la faz comunicacional entre los diversos servicios que integran la estructura, que dan lugar a algún déficit en el uso de los recursos por repetición y reiteración de tareas (infectología e inmunocomprometidos, cuidados paliativos y medicina del dolor en anestesiología, procreación responsable en obstetricia y planificación familiar en ginecología, entre otros); todo ello podría ser solucionado mediante la articulación de estrategias de trabajo interdisciplinarias y articuladas entre si, que tendiesen a dar respuesta a las demandas que en su mayoría son socio-sanitarias. Las deficiencias que genera la inadecuada infraestructura edilicia, la carencia de equipamiento y la falta de nombramientos, limita la oferta asistencial e influye significativamente en el proceso de <i>salud/enfermedad/atención</i>. En este sentido, la cantidad de camas disponibles en terapia y de días y horas de asignación de quirófanos, no alcanzan a satisfacer la demanda de las distintas subespecialidades quirúrgicas. Las falencias destacadas en la materia organizacional de los recursos humanos, tienen como corolario natural, el deterioro de los incentivos necesarios para mantener la actividad del personal, en niveles que optimicen la atención. A su vez, no existe adecuada informatización de los procesos administrativos, lo que conspira contra el buen funcionamiento y la agilidad de la actividad administrativa de los distintos servicios del

	hospital; fundamentalmente con déficit de personal administrativo que colabore en tales actividades. En tal sentido, se detectan como áreas críticas del hospital, las comprendidas en los procesos de: atención del paciente quirúrgico y rendimiento de los quirófanos, atención del paciente ambulatorio y rendimiento de los consultorios, solicitud de prótesis, satisfacción del paciente, gestión de camas, dotación del plantel de enfermería, problemáticas sociales complejas y gestión de los residuos líquidos. Dichas áreas críticas serán la base del análisis del Informe de Gestión.
--	--