

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Noviembre de 2006.		
Código del Proyecto	3.06.05 b)		
Denominación del Proyecto	Gestión del Hospital de Oncología María Curie		
Período examinado	Año 2005/2006		
Objetivo de la auditoría	Evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión, en áreas críticas del hospital Maria Curie (significativas por su importancia y por las debilidades observadas), detectadas en el Relevamiento.		
Presupuesto (expresado en pesos)	Programa	Descripción	Vigente
	20	CLINICA MEDICA ADULTOS	5.715.239,00
	21	CIRUGIA	2.193.331,00
	26	SERVICIOS AUXILIARES DEL SIST. DE ATENCION	9.952.882,00
	27	SERVICIOS GENERALES Y ADMIS. DE HOSPITAL	3.098.988,00
	30	URGENCIAS	24.685,00
	TOTALES		20.985.125,00
Limitaciones al Alcance	No se pudo evaluar la eficiencia en el empleo, respecto a la producción que realizan los profesionales durante sus horas extras, dado que en las planillas diarias de atención, no se discriminan los pacientes atendidos en el horario extra del profesional.		
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 3 de Agosto y el 3 de Noviembre de 2006.		
Aclaraciones previas	V A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:		
	1. La Resolución Ministerial 169/97, aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Oncología de los Establecimientos Asistenciales, que se incorpora al Programa Nacional de Garantía de calidad de la atención medica. Los servicios de Máxilofacial, Patología Mamaria y Ginecología, basan su atención conforme las guías de diagnostico y tratamiento, de cada servicio: a. Las normas generales para el servicio de Máxilofacial, incluyen la evaluación del examen clínico, examen endoscópico y controles radiológicos, incluyendo la tomografía axial computada. Cuando el enfermo es derivado de otro centro asistencial, es obligatorio la revisión de la biopsia.		

	b. El servicio de Patología Mamaria realiza examen clínico, mamografía y biopsia dirigida, para determinar la patología y su estadio. c. Los protocolos oncocinecológicos de mayor relevancia, hacen hincapié en el diagnóstico, para el tratamiento de acuerdo a la estadificación. El diagnóstico en cáncer de cuello uterino¹, se realizará a través de: examen ginecológico, estudios colpocitológicos, biopsias exo-endocervicales, además de estudios complementarios (laboratorio, ecografía ginecológica, radiografía de tórax, entre otros). 2. El Decreto 1659/80 aprueba el contrato de comodato firmado entre la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y la Ex Municipalidad. A través de dicho contrato, la Ex Municipalidad da en comodato a la Academia, un Equipo Acelerador Lineal², para terapia en el tratamiento de enfermedades oncológicas. La Academia se compromete a realizar prestaciones a pacientes que lo requieran a través de una indicación médica y en forma gratuita a los pacientes que sean derivados por la Ex Municipalidad, a través del Hospital Municipal de Oncología para tratamiento con el Acelerador Lineal. La Academia se compromete a soportar todas las erogaciones que correspondan a los gastos de preinstalación, funcionamiento, utilización, conservación y mantenimiento de los aparatos. El contrato se firmó por 12 años. Por Decreto 5701/MCBA/91 se convalidó el Convenio firmado entre la Ex Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad y el Centro de Estudios y Tratamientos Oncológicos S.A. (CETRO S.A.) mediante el cual se otorgó el uso y explotación del Servicio de Terapia Radiante a dicha empresa, encargándose de proporcionar la dotación de médicos y técnicos necesarios y pagando el canon locativo mensual a favor de la Academia Nacional de Medicina. Se estipula como obligación la prestación de treinta aplicaciones diarias, los 365 días del año. Por Resolución 787/SS/04 se autoriza la contratación directa para la locación del inmueble propiedad de la Academia Nacional de Medicina, destinada a la continuidad de la instalación del equipo Acelerador Lineal y a la contratación directa con el Centro de Estudio y Tratamiento Oncológico S.A. para el uso y explotación de dicho equipo. 3. Conforme lo tratado en reunión del Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) de fecha 15/12/92, sobre normatización de drogas no provistas por la Unidad de Farmacia, los fármacos no utilizados para el
--	--

¹ Para carcinoma de vulva, carcinoma de endometrio, sarcoma de útero, cáncer de ovario, entre otros, se realizarán además otros métodos de diagnóstico.

² Equipo de irradiación de Rayos X, de electrones y fotones

	tratamiento, en caso de suspensión de medicación indicada por razones médicas, alta o fallecimiento del paciente, el médico tratante deberá comunicar la novedad en forma inmediata a la Unidad de farmacia, la que procederá a incorporarla al patrimonio del Hospital. 4. La Resolución 1914/SS/03 modifica el Anexo I de la Resolución 1125/SS/03 que aprueba los requisitos y procedimientos aplicables a los proyectos y trabajos de investigación en Hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por Resolución 1154/SS/03 se crea el Comité Central de Bioética en Investigación en Salud, estableciéndose entre sus misiones y funciones las de supervisar, evaluar y emitir dictámenes sobre los proyectos generados en los Hospitales dependientes de la Ex Secretaria de Salud. Las investigaciones clínicas son financiadas por un patrocinante, pudiendo el hospital brindar prestaciones relativas a tal investigación. En la presentación de los proyectos de investigación, se requiere la incorporación de la póliza que cubra daños y perjuicios durante el ensayo clínico. La Asociación Argentina de Investigación Clínica, a través de su Comité de Ética, establece que ningún comité de ética o bioética, como tampoco
--	---

³ La Asociación Argentina de Investigación Clínica informó que en la actualidad se cobra 1.000 dólares por paciente bajo protocolo.

⁴ Los profesionales en salud, cumplirán un horario reducido de 3 hs de lunes a viernes; los ayudantes de radiología y fisioterapia o fotógrafos 4 hs de lunes a viernes con una guardia rotativa de 3hs cada 6 sábados igual que las enfermeras a quienes se les agrega una guardia dominical rotativa compensatoria; los profesionales preparadores y ayudantes de Radium e isótopos, 3 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de igual duración en día sábado; personal de laboratorio, preparadores de histología 4 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de 3 horas cada 6 sábados; personal administrativo, enfermeras de cirugía y consultorios, mucamas y todo otro personal que se desempeñe en Radioterapia o radiodiagnóstico, 5 hs diarias de lunes a viernes, y una guardia rotativa de tres hs cada seis sábados; personal de mucamas de servicio y obreros de oficio, no comprendidos en otros acápite, 6 hs diarias de lunes a viernes y una guardia rotativa de 3 hs y media cada 6 sábados.

⁵ Ordenanza N° 21.074: s/ "Autorización y pago de gastos de ejercicios vencidos"

Art 1°: La autorización y pago de los gastos correspondientes a ejercicios vencidos se ajustará en lo sucesivo al siguiente procedimiento:

- a) Cuando se determina la existencia del gasto, la actuación será remitida a la Contaduría General, la cual, luego de recabar los informes que estime necesarios, se expedirá acerca de la procedencia del mismo, lo registrará en una cuenta de orden que abrirá al efecto y lo elevará a consideración superior por intermedio de la Secretaría de Economía.
- b) El Departamento Ejecutivo, por decreto, declarará el gasto de legítimo abono, si así correspondiere.

⁶ Actualmente la Dirección General de Recursos Físicos en Salud.

⁷ Comprende las áreas de: quirófano central, salas de internación 3er. piso (incluye vestuario y office de enfermería y sala de médicos), unidad de terapia intensiva, internación 2do. piso (incluye vestuario y office de enfermería), baños 2do. piso, 1er. piso completo y subsuelo completo.

	otros comités que tienen el deber legal de aprobar los protocolos de investigaciones clínicas, pueden desconocer los acuerdos económicos pactados por los investigadores y los patrocinantes, ya que dichos acuerdos forman parte de los requisitos solicitados para la aprobación del protocolo, a fin de mostrar transparencia en los mismos. Si este acuerdo no es presentado, no debería aprobarse el protocolo³. V B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE: 1. La Dirección General Adjunta de Recursos Humanos, dependiente del Ministerio de Hacienda, se ocupa del ingreso de novedades que estén referidas a las prestaciones mensuales de guardias medicas, no existiendo en el proceso de liquidación diferenciación alguna entre la Figura de Suplencia de Guardia y Suplencia de Guardia Fuera de Dotación. La Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, advierte que no se encuentra reglamentada en la normativa vigente la Figura de Guardia Fuera de Dotación. No obstante ello, es de destacar que , ante la necesidad de recurso humano y la demora en las designaciones, se ha autorizado a la realización de Suplencias de Guardia en planta fuera de las dotaciones que se encuentran contempladas por la normativa vigente para el área de urgencias. La Dirección General SAME, autoriza las Suplencias de Guardias; no ocurriendo lo mismo con las Guardias Fuera de Dotación, dado que las mismas son efectuadas fuera del área de urgencia, no cumplimiento con lo reglamentado por la Resolución 315/02. 2. El Hospital se rige bajo la Ordenanza N° 14.838/58⁴, quien determina en su Art. 3° el régimen de trabajo para el personal del Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia. Los servicios de rayos convencionales están regulados, por Radiofísica Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. La Autoridad Regulatoria de Energía Atómica (Organismo competente en los Servicios de rayos no convencionales), informa que las Normas básicas de seguridad Radiológica (AR 10.1.1, AR 8.2.1, AR 8.2.3 Rev. 3) no establecen restricciones sobre la extensión de la jornada laboral, solo indica la restricción de dosis de 6 mSv/año, para cada tipo de practica. Sin embargo, desde el punto de vista regulatorio el personal ocupacionalmente expuesto es aquel que trabaja en relación al servicio en cuestión, recibiendo el beneficio neto en consecuencia. El Decreto 5/7/943 (B. M. 6894) regula el cumplimiento del horario,
--	---

	estableciendo que los registros de asistencia se cerrarán exactamente a la hora fijada para el comienzo de las actividades del personal. Determina las sanciones a aplicar por cada llegada tarde (descuento de medio día de sueldo, si la demora no excede de quince minutos y el día íntegro si el atraso fuere mayor) y por salida anticipada (un día de suspensión). El Decreto 8717/69 en su artículo 3º determina que todas las licencias de los agentes deben ser archivadas en el legajo personal. 3. La Ley Nro. 154/99 regula la generación, manipulación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de todos los residuos patogénicos provenientes de la actividad de la atención de la salud humana. El Decreto Nro. 1886/01 aprueba la Reglamentación de la Ley 154/99, incorporando al mismo el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos, elaborado por la Ex Secretaria de Salud, Ex Dirección General Adjunta de Hábitat Físico para la Salud, año 2000. Los Residuos Peligrosos se rigen por la Ley 24.054/92, siendo competencia del nivel nacional. Por Expediente 38.135/04 tramitó la Licitación Pública Nº 865/05 correspondiente al Servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los Residuos Patogénicos, quedando en la misma desierta la prestación del servicio para los Hospitales: Álvarez, Dueñas, Durand, Legleyze, María Curie, Pasteur, Pirovano, Rocca, Vélez Sársfield y Zubizarreta. Para garantizar la continuidad de la prestación del servicio, y hasta tanto se regularice el mismo, dentro de los términos del Decreto 5720/PEN/72, el gasto devengado se aprobó según los términos del Decreto 1370/GCBA/2001. Actualmente, se encarga de brindar este servicio la Empresa Hábitat Ecológico S.A. percibiendo por el mismo \$ 8.319 promedio mensual. La empresa debe recolectar los residuos patogénicos desde el sitio de almacenamiento final del Hospital, ocupándose del tratamiento y disposición final de los mismos. El tratamiento interno de los residuos patogénicos, es realizado por la empresa prestadora del servicio de limpieza. 4. El servicio de limpieza y mantenimiento del hospital se divide en áreas concesionadas (realizada por la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A.) y áreas no concesionadas (realizadas por la empresa Logística Ambiental S.A.).
--	--

	El contrato con la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A., data del año 1992 con duración por 10 años. Actualmente el contrato se encuentra vencido, pagándose el servicio por Legítimo Abono⁵. El Anexo IV del Contrato original, establece que todo lo relacionado a la prestación del servicio, será supervisado, controlado y coordinado por el órgano de control⁶ a través de la Inspección. Las observaciones, órdenes y actas de penalidades que la inspección emita, será asentado en el libro "Actas de Notificación", en el cual, el concesionario estará obligado a dejar constancia diaria de su notificación. A partir del 20 de Abril del 2005, la empresa que realizaba el servicio de limpieza de áreas no concesionadas⁷ (Logística Ambiental S.A.) cesó el servicio de manera intempestiva, otorgándole la Dirección General de Recursos Físicos en Salud dicha concesión, a la empresa Mejoramiento Hospitalario S.A. El pago del servicio se realiza por Decreto 1370/GCBA/2001. La empresa debe realizar el servicio con una dotación de trece operarios a turno completo, debiendo ajustar la distribución horaria del personal a las necesidades del nosocomio. El servicio incluye la recolección interna de los residuos patogénicos. Percibe por este servicio \$22.100 mensuales.
Debilidades detectadas	VII A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA: 1. El sistema de turnos (entrega y confirmación) utilizado para la prestación del servicio asistencial, no es ágil, sino que perjudica al paciente que va a ser atendido en ese día y al que debe sacar un turno para recibir la atención, produciendo demoras innecesarias. En tal sentido se destaca que, no existen turnos asignados y que una vez que el paciente recibe un turno, corre el riesgo de ser atendido en cualquier horario. 2. El resultado obtenido del indicador tiempo promedio de atención por consulta, esta por arriba de la media normal establecida (promedio de 15 o 20 minutos) produciendo desvíos importantes (entre 20 y 40 minutos) que repercuten en los tiempos de espera para la obtención de un turno. 3. La productividad de las consultas, de los servicios verificados, resulta baja, en relación a la cantidad de horas médicas que se brindan para la atención. En tal sentido se resalta, que el aumento de las horas producto del uso de la Figura Guardia Fuera de Dotación, no es proporcional a la producción de cada servicio, es decir, mientras dichas horas aumentan, la producción permanece constante o se incrementa lentamente. 4. La producción quirúrgica de los servicios señalados, es baja, en relación a la cantidad de profesionales intervinientes y los días de quirófano disponible. Asimismo, el cálculo de prácticas quirúrgicas mensuales por profesional no alcanza las 3 cirugías por mes.

	5. La distribución del recurso humano de Enfermería se concentra en el turno noche de los días hábiles. Sin embargo, durante ese horario el paciente requiere de menor atención, descuidándose la misma, en horario matutino y vespertino donde se requiere de una actividad más dinámica. Para fines de semana y feriados, el recurso humano asignado resulta escaso. 6. Existe escaso cumplimiento (10%) de las guías de atención estipuladas para patologías oncoginecológicas. 7. El tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas, no es razonable en comparación con estándares (30 días) o valores de referencia de otros nosocomios (20 días), marcando un desvío significativo (37% del valor estándar y 49% del valor de referencia) que repercute en la pérdida de oportunidades. 8. No existen registros de stock, que aseguren la incorporación de drogas oncológicas al patrimonio del hospital, en caso que el paciente suspenda la medicación indicada por razones médicas, alta o fallecimiento del mismo. 9. El total de aplicaciones diarias estipuladas por Convenio entre ex-Secretaría de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la firma CETROS S.A., representa solo el 23% de las aplicaciones que pueden realizarse con el equipo Acelerador Lineal, reflejando un trato injusto en los pacientes derivados del hospital público, cuya demora en el tiempo refleja pérdida de oportunidad del tratamiento. 10. El grado de satisfacción del usuario del Hospital Curie (80.5% promedio ponderado), se encuentra por debajo de la media del indicador aplicado, en hospitales generales de un Estado Autónomo de Europa (91%) y del valor de referencia nacional, obtenido de una empresa prestadora de servicios de salud (92.3%). Influye sobre ello, el tiempo excesivo que el paciente debe esperar, desde que llega al hospital hasta que recibe la atención médica y el elevado número de días de espera, para realizarse un estudio en consultorio de Tomografía. 11. Falta de registro (documentación respaldatoria) y control en el manejo de fondos, derivados de acuerdos entre el investigador principal y el patrocinante de la investigación clínica, acrecentada por la ausencia de control desde el Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Bioética. 12. Ausencia de intervención, del GCBA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la sistematización de aspectos financieros de los Protocolos de Investigaciones Clínicas. 13. Existencia de vacío legal en normas que regulan esta materia (investigaciones clínicas), facilitando la situación descripta. 14. La existencia de un solo tomógrafo reduce la posibilidad de maximizar la producción del servicio de Tomografía, produciendo un exceso de horas profesionales destinadas para la atención en dicho servicios.
--	---

VII B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

15. La reducción horaria establecida por la aplicación de la Ordenanza 14.838/58, queda vulnerada. Los profesionales del hospital, realizan horas extras en contraposición a lo establecido por dicha Ordenanza.
16. Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (57.804 hs), se aproximan a las horas normales trabajadas (57.860 hs), superando la suma de ambas, un 17.9% respecto de las horas que deberían trabajar por nombramiento (98.100).
17. El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación, que no se encuentra regulada por normativa vigente, para el pago de horas extras a profesionales de la salud. Durante el año 2005, el hospital devengó por tal concepto el 73% (1.035.655) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales.
18. Los legajos del personal se encuentran incompletos. Existen comprobantes de licencias, archivados en cajas, donde se mezcla la documentación de los distintos agentes, incumpliendo con el Decreto 8.717/69.
19. Los registros de asistencia no son llevados de conformidad a las normas legales vigentes (Decreto 5/7/43). Solo se comunicó para su descuento el 30% de ausencias correspondiente a inasistencias y llegadas tardes.
20. Las horas extras trabajadas que se compensan con francos (personal de enfermería y mantenimiento), no pueden ser verificadas, dado que no se consigna en la planilla de asistencia el horario extra trabajado.
21. El circuito de facturación y cobranzas carece de controles que tornen confiable la información brindada por el mismo. Las deudas reflejadas no son reales.
22. La ausencia de control sistemático y permanente de los saldos de las obras sociales y la inexistencia de una política definida para ejercitar acciones destinadas al cobro de facturas atrasadas, señalan la debilidad de los controles internos, que incrementan los riesgos relacionados con la detección de irregularidades (retención de fondos, omisión o manipulación de documentación).
23. El Hospital no da cumplimiento a lo normado por el Decreto 1886/01, que reglamenta a la Ley 154/99 sobre Residuos Patogénicos, puesto que no realiza un adecuado control del traslado interno de los residuos patogénicos, no garantiza la provisión adecuada de elementos, no supervisa al personal asignado a la tarea y no asegura el correcto almacenamiento de dichos residuos.
24. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el inadecuado sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza

	las tareas, la inadecuada dilución de elementos desinfectantes y la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc), son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Recomendaciones	VIII A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA: 1. Replantear el circuito utilizado para la entrega y confirmación de turnos, a fin de minimizar las demoras ocasionadas por el mismo. (Observación 1) 2. Adaptar la cantidad de turnos otorgados en consultorios externos, en función a las horas médicas ofrecidas, con la finalidad de adecuar el tiempo utilizado en la consulta y maximizar la productividad de los servicios. (Observación 2 y 3) 3. Extender el horario de utilización de los quirófanos, a fin de optimizar su uso y maximizar la producción del recurso humano médico en concordancia con el resto del recurso humano necesario. (Observación 4) 4. Redistribuir el Recurso Humano de Enfermería en función a la cantidad de camas disponibles por áreas de internación y horarios de mayor actividad, que garanticen la adecuada utilización de dicho recurso. (Observación 5) 5. Realizar auditorias de historias clínicas con periodicidad, a fin de verificar el cumplimiento de las guías de atención. (Observación 6) 6. Ajustar los tiempos de espera obtenidos, a estándares o valores de referencia, a fin de disminuir la pérdida de oportunidades para el logro del objetivo básico del tratamiento: la curación y la prolongación de vida. (Observación 7) 7. Incorporar al stock del hospital, toda medicación o droga que ingrese al nosocomio por compras, donaciones u otros, a fin de contar con registros que garanticen la transparencia en el manejo de dichas drogas. (Observación 8) 8. Rever el Convenio firmado entre la Ex Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Centro de Estudios y Tratamientos Oncológicos S.A. (CETRO S.A.), a fin de reajustar la cantidad de aplicaciones diarias que la misma debe proveer en forma gratuita a los pacientes derivados del hospital público. (Observación 9) 9. Implementar medidas tendientes a solucionar las insatisfacciones de los usuarios (pacientes y agentes de salud), en el sistema de atención del hospital. (Observación 10) 10. Monitorear las distintas demandas generadas por los usuarios del hospital, con el fin de proporcionar un mayor grado de satisfacción. (Observación 10) 11. Incorporar, para la aprobación de protocolos de investigaciones

	clínicas, a la Asociación Argentina de Investigación Clínica, a través de su Comité de Ética y dar participación a la Procuración General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de un especialista en la materia, a fin de bregar por la transparencia en acuerdos económicos derivados de la ejecución de dichos protocolos. (Observación 11) 12. Intervención activa del GCBA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la elaboración de un Convenio que sistematice la investigación clínica y en el control del cumplimiento del mismo. (Observación 12) 13. Revisión de la normativa vigente que regula esta materia. (Observación 13) 14. Redistribuir al personal Técnico que realiza Tomografías, de manera tal que se logre cubrir las 24 hs. diarias, con el fin de maximizar la producción del Tomógrafo existente, y prever futuras adquisiciones de dicha aparatología. (Observación 14) VIII B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE: 15. Implementar mecanismos de acción tendientes a disminuir la situación descripta y revisión de la vigencia de la Ordenanza 14.838/58 por el Poder Legislativo. (Observación 15,16 y 17) 16. Implementar un adecuado sistema de control de asistencia y archivo de documentación, que no permita la vulneración de las normas legales vigentes. (Observación 18 y 19) 17. Confeccionar un registro de asistencia, que contemple un ítem específico para horas extras trabajadas y establecer un tope para la compensación de francos por agente, a fin de establecer transparencia en la verificación de los mismos. (Observación 20) 18. Incorporar en el circuito de facturación y cobranzas, controles que permitan obtener información confiable para la gestión y toma de decisiones relacionados con la obtención de recursos. (Observación 21) 19. Prever la incorporación del Sistema de Facturación implementado por la Dirección General de Sistemas de Información, dependiente del Ministerio de Salud, que reduzca los riesgos señalados y agilice la gestión de cobranzas. (Observación 22) 20. Garantizar el cumplimiento del Decreto 1.886/01 (supervisión y controles adecuados) a fin de minimizar los riesgos producidos como consecuencia del manejo de residuos patogénicos. (Observación 23) 21. Implementar mecanismos de control que acrediten la calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, y rever los medios de certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Observación 24)
--	--

	Finalmente, por decisión del Colegio de Auditores en sesión del día 26 de julio de 2007, se resolvió por las observaciones 11 y 12 el inicio de acciones administrativas tendientes al deslinde de responsabilidades en los términos del artículo 136 inc. K de la Ley 70. Respecto a las observaciones 18, 22 y 23 se sugirió la inmediata implementación de medidas correctivas y en su caso, de corresponder, la determinación del deslinde de responsabilidades.
Conclusión	El funcionamiento de un hospital de referencia, exige un cambio en la cultura asistencial que requiere un mayor compromiso de cada integrante de la organización, a fin de mejorar la calidad de atención, minimizar los riesgos provenientes de la práctica asistencial, mejorar los ingresos propios de la institución (sistema de facturación), satisfacer las demandas de los usuarios del sistema de salud (pacientes y agentes de salud) y monitorear los sectores críticos de la misma. En tal sentido, la utilización racional del recurso humano y material (quirófanos), maximiza la productividad de los servicios en beneficio de los usuarios, garantizando el cumplimiento del rol de los agentes asistenciales, como actores sociales que son. Asimismo, contar con un adecuado sistema de información resulta esencial para la construcción de las políticas de salud, siendo la base para la toma de decisiones. Así, la elaboración de políticas concretas para la detección de pacientes con cobertura y la gestión de cobranzas, permitiría obtener más recursos del subsector obras sociales (sector privado), haciendo mas eficiente el uso de los recursos del Tesoro de la Ciudad. Del mismo modo, promover la investigación clínica resulta esencial para el avance de la medicina asistencial. Sin embargo, la industria farmacéutica (patrocinante de las investigaciones) no retribuye al sistema público de salud en su conjunto, es decir, no existe contraprestación por parte de ésta, hacia el Hospital o hacia el GCBA, de la utilización que hace de sus recursos físicos y humanos. En tal sentido, la inclusión de los usuarios (pacientes y agentes de salud) a la gestión del sistema de salud, mediante instrumentos como la encuesta de satisfacción, puede contribuir de manera relevante a la consolidación del sistema de salud. Asimismo, contar con un Cuadro de Mando Integral, permite a una organización identificar y seleccionar indicadores estratégicos que definan la situación del ente. Además, permite al gestor, monitorear y evaluar los resultados de cada área de la organización, de

	manera tal, que pueda tomar decisiones durante la marcha de su gestión. Finalmente, sobre la base de las tareas descriptas en el alcance de auditoria, se concluye, que el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de la gestión analizada, no son razonables en sus aspectos significativos, de acuerdo con la normativa vigente. Asimismo, se sugiere la realización de una Auditoria Legal, Financiera y de Gestión, referida a Protocolos de Investigaciones Clínicas.
--	---