

INFORME FINAL DE AUDITORIA

CON INFORME EJECUTIVO

Proyecto 3.11.01 b

Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield

Gestión

Período 2010

Buenos Aires, Mayo de 2012

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**Av. Corrientes 640 – 5to. Piso –
Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Dr. Santiago De Estrada

Lic. Eduardo Ezequiel Epszteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marcó

Dra. Paula Oliveto Lago

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.11.01 b

NOMBRE DEL PROYECTO: HOSPITAL DALMACIO VÉLEZ SARSFIELD

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2010

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Lic. Fernando Mancini

Supervisor: Dr. Edgardo Palacios

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 Dalmacio Vélez Sarsfield.

Aprobado por Unanimidad en Reunión de Colegio de fecha 23/05/2012.

Resolución N° 149/12.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Ciudad Autónoma de Bs. As. – Marzo de 2012
Código del Proyecto	3.11.01 b
Denominación del Proyecto	Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield - Gestión
Período examinado	2010
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 Dalmacio Vélez Sarsfield.
Alcance	<i>El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.</i> Se implementaron procedimientos de auditoría teniendo en cuenta las áreas críticas detectadas en la Auditoría de Relevamiento, orientados a evaluar la gestión desarrollada en el Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield:
Limitaciones al Alcance	Las correspondientes a cada Procedimiento (ver en el texto completo del Informe).
Período de desarrollo de tareas de auditoría	01 de Agosto de 2011 a 21 de Noviembre de 2011
Aclaraciones previas	En los Procedimientos realizados se tomaron como muestra los meses de marzo, junio y diciembre de 2010, teniendo en cuenta la significatividad de los mismos en relación al cierre de la Planta Quirúrgica (ver Informe de Relevamiento – 3.11.01.a).

Observaciones	1.a) Productividad Quirúrgica 1.a) 1. No se registró el número de quirófano utilizado en el 100% (375/375) de los registros examinados. 1.a) 2. No se registró el número de DNI y/o historia clínica en el 22% (82/375) de los pacientes intervenidos. 1.a) 3. No se registró la edad de los pacientes en el 99% (371/375) de las cirugías efectuadas 1.a) 4. No se registró el tipo de cirugía (programada o emergencia) en el 56% (211/375) de los registros examinados. 1.a) 5. No se registró la clase de cirugía (patología y/o procedimiento) en el 1% (3/375) de los registros examinados. 1.a) 6. No se registró tipo de anestesia aplicada en el 4% (15/375) de los registros examinados. 1.a) 7. No se registró el Cirujano interviniente en el 6% (21/375) de los registros examinados. 1.a) 8. No se registró el personal de anestesiología interviniente en el 3% (10/375) de los registros examinados. 1.a) 9. No se registró el tiempo de duración de cirugía en el 43% (161/375) de los registros examinados. 1.a) 10. No se registró el 73% (274/375) de las cirugías en el Libro de Intervenciones Quirúrgicas durante los meses determinados como muestra. 1.b) Riesgos Infectológicos de Planta Quirúrgica <u>Aspecto ambiental</u> 1.b) 1. No existe climatización que mantenga la temperatura de los quirófanos dentro de los 20 a 24°C.
-----------------------------	---

	1.b) 2. La Sala de Cirugía no cuenta con presión positiva con respecto a los pasillos de circulación, dentro de la Planta Quirúrgica. 1.b) 3. Las Salas no poseen purificador de aire mayor o igual al 90%. 1.b) 4. No existe un sistema de circulación de aire que efectúe como mínimo 15 recambios de aire por hora. <u>Limpieza de superficies y medio ambiente</u> 1.b) 5. El sector con acceso a los Quirófanos no se encuentra visiblemente limpio. 1.b) 6. El interior de los Quirófanos no se encuentra limpio. Se observó presencia de polvo en la lámpara scialítica y el carro del desfibrilador de quirófano N°1. También se encontró una silla con asiento de madera aglomerada, en mal estado de conservación y su estructura de metal oxidada. Además se observaron pies de suero oxidados. El piso presentaba restos de papel y polvo. 1.b) 7. Los elementos de limpieza no poseen un lugar de depósito y no se encuentran almacenados en forma correcta. Se agrupan debajo de las piletas de lavado de manos. 1.b) 8. Las superficies de los equipos de Quirófanos no se encuentran visiblemente limpias. <u>Circulación</u> 1.b) 9. El personal no ingresa a los Quirófanos exclusivamente por los vestuarios, también lo hace desde Sala de Partos. 1.b) 10. Durante las cirugías no se mantienen cerradas las puertas de Quirófanos. Por ausencia de climatizador se deben mantener las puertas abiertas durante las intervenciones. 1.b) 11. El personal no realiza cambio de cubre-botas antes de reingresar al Quirófano. 1.b) 12. El número de personas dentro del área de
--	--

	cirugía excede al recomendable en relación al espacio físico. <u>Estructura física</u> 1.b) 13. En la Planta Quirúrgica existen ángulos, esquinas y hendiduras en las paredes, techos y suelo. 1.b) 14. No existe un sector exclusivo para lavado de material, el mismo se encuentra en medio de las piletas para lavado de manos. 1.b) 15. El sector de lavado de material no cuenta con espacio suficiente. 1.b) 16. El sector de lavado de material no se encontró limpio y ordenado. 1.b) 17. No existe un sector para material limpio, instrumental y ropa estéril. <u>Instrumental Quirúrgico</u> 1.b) 18. No cuentan con una mesa amplia y exclusiva para la colocación del material contaminado. <u>Precauciones estándares</u> 1.b) 19. Las heladeras de medicación no cuentan con termómetro externo. <u>Vestimenta de Cirugía</u> 1.b) 20. El personal que realiza las cirugías no usa barbijos 3M durante las intervenciones quirúrgicas, se utilizan otros de menor calidad. 1.c) Gestión del cierre de Quirófanos 1.c) 1. No hubo actividad quirúrgica programada durante once meses en el período Noviembre 2009 / Noviembre 2010. 1.c) 2. No existen registros que certifiquen el total de las cirugías realizadas. 1.c) 3. No hubo derivación de los pacientes con cirugías programadas durante el periodo de
--	---

	cierre de quirófanos. 1.c) 4. Retraso en cuanto a la efectivización de las compras solicitadas en CATA N° 542 (26/11/09) y su cumplimiento definitivo el 20/10/10 (O.C. N° 39778). 1.c) 5. El monto total de la compra en equipamiento para reabrir la Planta Quirúrgica fue de \$553.513,40.- (Pesos quinientos cincuenta y tres mil quinientos trece con cuarenta centavos). 1.c) 6. No fueron subsanadas todas las necesidades (planta física y bioseguridad) que originaron el cierre parcial de la Planta Quirúrgica. 1.c) 7. No hubo una gestión adecuada para el cierre de la Planta Quirúrgica. 2. División Estadística 2.1. Las cantidades que reflejan la productividad de Anestesiología, que son enviadas a la División Estadística (e informadas al Nivel Central), no se condicen con los registros examinados en la Planta Quirúrgica. 2.2. En el mes de marzo no se informó a Estadística 20 anestesiología generales efectuadas en quirófanos; se informó 10 anestesiología regionales que no figuran en los registros producidos en quirófanos; y no se pudo determinar el tipo de anestesia en 8 intervenciones quirúrgicas, por no estar especificadas en los registros. 2.3. En el mes de junio no se informó a Estadística 5 anestesiología generales efectuadas en quirófanos; se informó 3 anestesiología regionales que no figuran en los registros producidos en quirófanos; y no se pudo determinar el tipo de anestesia en 4 intervenciones quirúrgicas, por no estar especificadas en los registros examinados. 2.4. En el mes de noviembre se informó a Estadística 5 anestesiología generales y 7
--	---

	regionales que no figuran en los registros producidos en quirófanos, y no se pudo determinar el tipo de anestesia practicada en 3 intervenciones quirúrgicas, por no estar especificadas en los registros examinados. 2.5. En las Planillas Resumen del Trabajo Anestésico, entregadas a la División Estadística por el Jefe de Anestesiología, se detalla que se suspendieron en marzo 5 anestesiología, en junio 7 anestesiología y en noviembre 11 anestesiología. Sin embargo, la documentación producida en los quirófanos, que refleja el trabajo de Anestesiología, carece de dicha información. 2.6. La Planta Quirúrgica informó un 8% menos de su productividad, a la División Estadística del HVDS, según surge de la comparación entre los Registros de Anestesia y la documentación con la que se realizó este Procedimiento de Auditoría. 2.7. La información entregada a la División Estadística del HDVS por la Planta Quirúrgica respecto a la productividad de los quirófanos no es confiable. 2.8. La falta de controles internos, respecto a la base de información, sobre la que se elaboran las estadísticas referidas a Productividad de Quirófanos, genera que los mismos no reflejen su productividad real. 3. Sección Salud Mental 3.1. No existe Jefe ni Coordinador del Servicio Salud Mental desde el año 2004. 3.2. Las Historias Clínicas no tienen asignado número, se identifican por nombre/apellido del paciente. 3.3. Cada profesional lleva su agenda de turnos en forma personal, ya que el Servicio de Salud Mental no se integra al Sistema de Turnos
--	--

	Centralizado del hospital.
3.4.	No se puede determinar la demanda y la oferta de turnos, ya que el Servicio no confecciona ni guarda registros.
3.5.	No se incorpora a Movimiento Hospitalario la estadística de Salud Mental.
3.6.	No existe un Sistema de Archivo de Historias Clínicas. De la muestra seleccionada por el equipo de auditoría, en el caso de las admisiones de Infanto-Juvenil, no se encontraron el 15% (6/39) de las Historias Clínicas solicitadas. En las admisiones de Adultos no se ubicó en 100% (35/35).
3.7.	No se entrega turno, ni se asigna un profesional tratante al momento de realizar la Entrevista de Admisión en Infanto-Juvenil.
3.8.	El 30% de los pacientes Infanto-Juveniles es derivado a otras Instituciones de la CABA en el momento de la Admisión, y el 6% con pase a otras áreas del Servicio.
3.9.	No existe un Equipo Interdisciplinario para la realización de admisiones de Adultos, se encarga sólo una Lic. en Psicología.
3.10.	En Adultos se desconoce el mecanismo de asignación de turno y profesional a los pacientes luego de su Admisión.
3.11.	No existe un único libro que registre las Admisiones de Adultos durante el año 2010.
4. División Diagnóstico y Tratamiento	
4.1 Sección Anatomía Patológica	
4.1.1	Las autopsias son realizadas por las Médicas Patólogas. Carecen de Técnico Eviscerador y de condiciones adecuadas en infraestructura de planta física, y de instrumental requerido para realizarlas.
4.1.2	Disminución de la productividad en la práctica

	respeto al cálculo teórico. Este desvío negativo ha sido en porcentajes de: 47% en biopsias y 45 % en los citodiagnósticos. 4.1.3 Planta física: las condiciones de las diferentes áreas que conforman el Servicio de Anatomía Patológica son deficientes, con respecto a estructura edilicia, distribución, ubicación y condiciones de seguridad. No poseen un sector asignado a la Secretaría. 4.1.4 El instrumental no cumple con las condiciones necesarias para la actividad. Los soportes para archivar biblioratos, drogas, y la histoteca se encuentran en condiciones deficitarias y poco funcionales. 4.1.5 En el Servicio no se realizan estudio de: Histoquímica / Inmunohistoquímica / Inmunofluorescencia, Microscopía Electrónica, Patología Molecular, ni Técnica de Patología Cuantitativa. 4.1.6 El Servicio de Anatomía Patológica del HVS estaría categorizado como Nivel I (uno), de acuerdo a la Resolución 1703/2007, en base al marco normativo de funcionamiento. 4.2Unidad Laboratorio 4.2.1 No cumple en su totalidad con los requerimientos correspondientes a la categorización como Nivel II. 4.2.2 Es deficiente el sistema de registración de muestras de Bacteriología. 4.2.3 No todo el personal administrativo cumple con los requisitos indicados por la ley para quienes se desempeñen en Administración de Laboratorios. 4.2.4 Los puntos de debilidad mencionados anteriormente influyen directamente en la calidad del sistema de Gestión de Calidad en
--	--

	Laboratorios. 4.2.5 Las condiciones de las diferentes áreas, que conforman el Servicio de Laboratorio del Hospital Vélez Sarsfield, son deficientes e inadecuadas. 4.2.6 La distribución de las superficies no están en áreas definidas e independientes. 4.2.7 No es adecuada la ubicación y condiciones de seguridad en relación al número de personas que trabajan y la cantidad de elementos y equipos que poseen. 4.2.8 El personal de Guardia carece de espacio y condiciones ambientales para el descanso. 4.2.9 El nuevo espacio incorporado a Bacteriología no ha sido adaptado a la actividad. Se encuentra, como el resto, en condiciones deficitarias. 4.2.10 El sistema de refrigeración está compartido con Hospital de Día, quienes regulan el encendido y apagado del mismo. Esta última situación provoca serios inconvenientes, ya que las altas temperaturas son nocivas para la estabilización del los equipos y el confort laboral del personal. 4.2.11 El laboratorio de Serología pertenece a Hemoterapia, cuando debería ser una de las áreas de Especialización de la Unidad Laboratorio. 4.2.12 La cantidad y calidad de instrumental, no está en relación con las determinaciones que realizan. 4.2.13 Excesivo tiempo de entrega de resultados de algunas determinaciones (ej: hormonas, proteinogramas, hemoglobina glicosilada). 4.2.14 Excesivo tiempo de espera de turnos, y escaso número de pacientes asistidos en relación a los recursos disponibles.
--	--

	4.3 Unidad Farmacia 4.3.1 Deficiente estructura edilicia, distribución de superficies en áreas definidas e independientes, ubicación y condiciones de seguridad. 4.3.2 Equipamiento deficiente. De los 7 (siete) equipos que poseen el 28% no funciona, y otro 28 % está en estado de obsolescencia. 4.3.3 No realizan Gestión Clínica. 4.3.4 No realizan Gestión de Docencia e Investigación. 4.3.5 Es parcial el cumplimiento de la Gestión Asistencial. 4.3.6 No funciona el Comité de Farmacia y Terapéutica del hospital. 5. Encuestas de satisfacción 5.1. Elevado tiempo de espera para ser atendido por el Servicio de Guardia del HGADVS. Se registra un promedio de 80 minutos de espera, con un máximo de 240 minutos. 5.2. Excesivo tiempo de espera en Laboratorio entre la hora del turno asignado y la extracción de la muestra a analizar. Con un promedio de 52 minutos y un máximo de 270 minutos. 5.3. Desvíos en los tiempos de entrega de resultados de Laboratorio, tanto para Guardia (180 minutos) como para determinaciones no urgentes (30 días). 6. Departamento Recursos Humanos 6.1 Tiempos de designación 6.1.1 No fueron cubiertos aún ninguno de los puestos en las 3 (tres) áreas donde se realizó Concurso para cargo vacante de Jefatura (División Cirugía, Unidad Ginecología y Sección Salud Mental). Como consecuencia continúan sin conducción formal. 6.1.2 Interferencia de una ONG en el proceso de
--	---

	Concursos convocados por el Ministerio de Salud de la CABA. 6.1.3 Impugnaciones en los procesos de Concurso .La última producida fue el 17 de agosto de 2011 (Jefatura de Unidad Ginecología). 6.1.4 Falta de eficacia y eficiencia para cubrir cargos vacantes. 6.2 Jefaturas a cargo 6.2.1 Existe un 26% de Jefaturas a cargo. 6.2.2 No existe retribución económica en las Jefaturas a cargo. 6.2.3 El promedio de permanencia en Jefaturas a cargo es de 5 años desde la fecha de asunción del profesional, con casos que actualmente llegan a 11 años "a cargo". 6.2.4 La falta de Concursos para titularizar Jefaturas genera deficiencias en la conducción y establecimiento de criterios, metas y objetivos necesarios para el adecuado desempeño del los diferentes Servicios. 7. Área Compras 7.1 El hospital no cuenta con un Sistema de Planificación Integral de compras, contrataciones y adquisiciones de bienes y servicios, ya que el Área Compras no tiene ingerencia sobre los pedidos realizados al Sistema de Canastas Centralizadas, establecido por el Nivel Central. 7.2 El Sistema de Compras Centralizadas, es ineficaz e ineficiente en cuanto a la entrega de insumos. El desabastecimiento que provocó obligó al hospital a realizar compras de urgencia, poniendo en riesgo la salud de los pacientes. 7.3 El Sistema de Manejo de Stock del HGADVS es
--	---

	deficiente. Los puntos de stock mínimo no se definen en base al tiempo que lleva realizar un proceso licitatorio y/o la espera de entrega de bienes por el Proveedor de la Canasta Centralizada. 8. Stock de Unidad Farmacia y Planta Quirúrgica 8.1 No existe un control eficaz y eficiente sobre los insumos almacenados en los Servicios de Quirófano y Farmacia. 8.2 No existe registro escrito de las existencias de insumos en el Servicio de Quirófanos. 8.3 No es confiable el sistema que registra las salidas de insumos de medicamentos en la Planta Quirúrgica. 8.4 Los medicamentos existentes en Quirófanos están expuestos a la sustracción por personas que ingresen a la Planta Quirúrgica. 8.5 No existe control periódico de las fechas de vencimiento de los insumos y su estado de conservación. 8.6 El Servicio de Farmacia entrega medicamentos e insumos biomédicos a Quirófanos sin ningún tipo de control sobre el consumo de los mismos. 8.7 No existe un control sistemático y periódico del Servicio de Farmacia sobre el stock y estado de las reservas de insumos en la Planta Quirúrgica.
Recomendaciones	1.a) Productividad Quirúrgica Cumplir con los registros de Planta Quirúrgica (P.Q) en tiempo y forma. Especialmente los datos referidos al Libro de Intervenciones Quirúrgicas. 1.b) Riesgos Infectológicos de Planta Quirúrgica <u>Aspecto ambiental</u> Equipar la P.Q. con los elementos necesarios para

	minimizar los riesgos infectológicos imputables al aspecto ambiental: climatización, presión positiva, purificador de aire, y circulación de aire. <u>Limpieza de superficies y medio ambiente</u> Adecuar la limpieza, los insumos empleados y las características de su depósito a los requerimientos de una P.Q. Entrenar al personal de limpieza en técnicas adecuadas a una P.Q.. Controlar diariamente el cumplimiento de la normativa. <u>Circulación</u> Cumplir con la normativa de circulación y uso correcto de indumentaria en la P.Q. <u>Estructura física</u> Cumplir con las modificaciones de Planta Física de la P.Q, las que fueron planteadas como una de las causales del cierre parcial de los Quirófanos durante el período Noviembre 2009/Noviembre 2010. <u>Instrumental quirúrgico</u> Instalar una mesa para colocación de material contaminado, y completar las necesidades de equipamiento para la P.Q. <u>Precauciones estándar</u> Equipar con termómetro externo las heladeras utilizadas para conservación de fármacos. <u>Vestimenta quirúrgica</u> Cumplir con la normativa de uso de barbijos de calidad adecuada. 1.c) Gestión de cierre de Quirófanos Trabajar con planificación estratégica ante la necesidad de realizar reequipamiento y/o remodelaciones en la Planta Física del área quirúrgica, de tal forma de acortar tiempos y minimizar perjuicios a los pacientes. Agilizar las gestiones de compra y entrega de equipos biomédicos y/o instrumental quirúrgico.
--	---

	Cumplimentar con todas las carencias por las que fue cerrado parcialmente el Centro Quirúrgico (equipamiento, remodelaciones de Planta Física y medidas de bioseguridad). 2. División Estadística Registrar la productividad quirúrgica de forma completa, confiable y unificada. Generar un sistema de control interno respecto a la base de información de productividad quirúrgica. Informar a Movimiento Hospitalario (Nivel Central) datos estadísticos de productividad quirúrgica confiables. 3. Sección Salud Mental Efectivizar el cargo de Jefe de Sección Salud Mental a la brevedad. Cumplir con la normativa de confección y guarda de Historias Clínicas. Unificar el sistema de otorgamiento de turnos con el resto de las Especialidades de Consultorios Externos. Conformar un Equipo Interdisciplinario para realizar las admisiones a pacientes adultos. Llevar registros unificados, completos y legibles respecto a la totalidad de las actividades realizadas por la Especialidad. Diseñar planillas de registro estadístico que reflejen las particulares actividades de un Servicio de Salud Mental (individual, pareja, familia, talleres, entre otras). 4. División Diagnóstico y Tratamiento <u>4.1 Sección Anatomía Patológica</u> Adecuar las condiciones de Planta Física, equipamiento y recurso humano a la actividad específica. Instalar el nivel tecnológico necesario para cumplir con estudios de uso habitual en la práctica médica. <u>4.2 Unidad Laboratorio</u> Cumplir la totalidad de los requisitos correspondientes a un Laboratorio Nivel II.
--	--

	Mejorar el sistema de registración de muestras en Bacteriología. Cumplir los requisitos del perfil del personal, necesarios para trabajar en la Administración de Laboratorio. Mejorar las condiciones de Planta Física y bioseguridad, acordes a la actividad que se realiza, cantidad de equipos y número de personas. Optimizar el nivel de productividad acorde a la cantidad y calidad del equipamiento que poseen. Mejorar los tiempos de otorgamiento de turnos y entrega de resultados. Instalar un sistema de refrigeración independiente para el Laboratorio. Reubicar dentro del Organigrama Real al Laboratorio de Serología (debería ser un área de especialización de la Unidad Laboratorio). <u>4.3 Unidad Farmacia</u> Mejorar las condiciones de la estructura edilicia, ubicación, distribución de superficies y condiciones de bioseguridad. Reparar los equipos que no funcionan y adquirir nueva tecnología que reemplace aquella que se encuentra en estado de obsolescencia. Cumplir con todos los requisitos de la Gestión Asistencial, y ampliar el espectro de actividades, incorporando aquellas que son necesarias para toda Farmacia Hospitalaria (Gestión Clínica, Gestión de Docencia e Investigación, Comité de Farmacia y Terapéutica). 5. Encuestas de satisfacción Mejorar el tiempo de espera de los pacientes que concurren a Guardia. Mejorar el tiempo de espera para la toma de muestras de los pacientes que concurren a Laboratorio. Mejorar el tiempo de espera de entrega de resultados de Laboratorio. 6. Departamento Recursos Humanos
--	---

	<u>6.1 Tiempos de designación</u> Cubrir los cargos vacantes de Jefaturas ya concursados (División Cirugía, Unidad Ginecología y Sección Salud Mental), efectivizando en sus funciones a los profesionales que ganaron dicho Concurso. Definir las competencias de una ONG dentro de los procesos de Concursos Profesionales para Hospitales dependientes del Ministerio de Salud de la CABA. <u>6.2 Jefaturas a cargo</u> Reducir los tiempos de puestos de conducción con la figura de "Jefaturas a cargo". 7. Área Compras Crear un Sistema de Planificación Integral de Compras, Contrataciones y Adquisiciones de Bienes y Servicios, que permita vincular de manera íntegra, eficaz y eficiente al efector con el Nivel Central. Optimizar los tiempos de compra y entrega de insumos del Sistema de Compras Centralizadas, acorde a las necesidades del hospital. Crear un Sistema de Manejo de Stock del HGADVVS que responda de manera ágil y eficiente. 8. Stock de Unidad Farmacia y Planta Quirúrgica Diseñar y poner en práctica un Sistema de Control Interno sobre los insumos almacenados en la Planta Quirúrgica y la Unidad Farmacia. Crear un registro de las existencias de insumos de la Planta Quirúrgica, su ingreso y utilización. Disponer de un lugar adecuado para el acopio de medicamentos e insumos de la Planta Quirúrgica, brindando seguridad de guarda y condiciones adecuadas de almacenamiento (higiene, temperatura y humedad). Cumplir con la actividad diaria de "Farmacia Clínica" en Planta Quirúrgica, para poder evaluar entrega vs. consumo, y optimizar la utilización de insumos.
--	---



Conclusión	El HGADVS es un efector de salud dependiente del Ministerio de Salud de la CABA con una trayectoria de casi 100 años en la ciudad. Ha atravesado diversas mudanzas y cambios estructurales desde su creación en el año 1914. Actualmente su oferta de servicios corresponde a un hospital polivalente, sin embargo presenta algunas carencias que sería importante resolver a la brevedad en beneficio de los usuarios del sistema. El hospital presenta relevantes falencias en relación al tema de infraestructura, equipamiento y bioseguridad hospitalaria, que resultaría necesario tener en cuenta en futuras auditorías. Durante el lapso de 11 meses en el período Noviembre 2009 – Noviembre 2010 se produjo el cierre parcial de la Planta Quirúrgica, con su apertura se mantienen algunos de los problemas que motivaron el cierre; se le suma falta de sistematización de los registros de la Planta Quirúrgica. Existen algunos problemas en los procedimientos de designación de cargos vacantes y de ejecución de los concursos en todas las áreas del hospital. La falta de concursos para cubrir cargos vacantes y la impugnación de algunos de ellos, dificulta la conducción del hospital y obstaculiza el correcto desempeño de los diferentes servicios. El sistema de Compras Centralizadas presenta demoras respecto a la entrega de insumos, lo cual, genera que el efector realice compras de urgencia, incidiendo también en los tratamientos de los pacientes. Es imprescindible el diseño, aprobación y cumplimiento de un Plan Estratégico que incluya: remodelaciones y ampliaciones de su Planta Física, reequipamiento de áreas críticas con tecnología acorde a la oferta, y nombramiento de cargos vacantes con asunción de sus funciones a la brevedad. Sobre la base de la consolidación de los recursos antedichos y una conducción que asuma el gerenciamiento con liderazgo y distribución de tareas, con asunción de responsabilidades por logro de objetivos, se podrá obtener una prestación de servicios con mayor eficacia, eficiencia, economía y equidad.-
--------------------------	--

DESTINATARIO

S / D

I. OBJETO.

II. OBJETIVO.

III. ALCANCE.

21



General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.

Se implementaron procedimientos de auditoría teniendo en cuenta las áreas críticas detectadas en la Auditoría de Relevamiento, orientados a evaluar la gestión desarrollada en el Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield:

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE: las correspondientes a cada Procedimiento (ver en el texto).

V. ACLARACIONES PREVIAS: en los Procedimientos realizados se tomaron como muestra los meses de marzo, junio y diciembre de 2010, teniendo en cuenta las significatividad de los mismos en relación al cierre de la Planta Quirúrgica (ver Informe de Relevamiento – 3.11.01.a).

V.1 LEGISLACIÓN Y NORMATIVA

- Ley Básica de Salud N° 153/99.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Organización y Funcionamiento.
- Resolución 608/2004 Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Anatomía Patológica y Laboratorios de Anatomía Patológica, e incorpórense las mismas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud.
- Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Patología y Laboratorios de Patología. R.M. 1703/2007.
- Resolución 641/00. Normas de Organización y Funcionamiento de Farmacia en Establecimientos Asistenciales, del Ministerio de Salud, y la Resolución N° 1363/SS/00, del GCBA, Manual de Organización Procedimientos y Normas de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.
- Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Laboratorio de los Establecimientos Asistenciales R.M.S.Nación 171/1997.
- Revisión de la Guía de Evaluación de los Laboratorios de Análisis Clínicos. Ministerio de salud .Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de la Calidad de la Atención Médica. Res 751/1998.
- Ley Nacional 23798 (Bioseguridad).



- Documento Consenso: Prevención de infecciones en sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y postquirúrgico. VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología – SADI 2009.
- Resolución 348/1994 Ministerio de Salud de la Nación. Organización y funcionamiento de las áreas de instrumentación quirúrgica en establecimientos asistenciales.
- Resolución 573/2000 Ministerio de Salud de la Nación. Organización y funcionamiento del área de cirugía de los establecimientos asistenciales.
- Ley 17.132. Obligatoriedad de Libros de Registro en Cirugía.
- Resoluc. 1712/2005 - Ministerio Salud y Ambiente. Habilitación Categorizante de Servicios de Quirófanos. Art.10.
- Ley N° 448/00 -Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires - Autoridad de Aplicación - Consejo General de Salud Mental - Sistema de Salud Mental - Subsector Estatal - Efectores - Centros de Salud Mental - Docencia e Investigación - Regulación y Fiscalización - Régimen de internaciones - Internación involuntaria - Externación, altas y salidas - Responsabilidad de los Directores de los Establecimientos Asistenciales. (B.O. de la ciudad autónoma de Bs. As. N° 1022).Art. 12 — (Subsector estatal. Lineamientos).

V.2 PRESUPUESTO

Jur	Sjur	Ent	UE	Prog	Spr	Pry	Act	Ob	Inc	Descripción	Original	Vigente	Devengado
40	0	0	440	52	40					Hospital General de Agudos D. Velez Sarsfield	77.667.812	89.558.255	86.914.845
40	0	0	440	52	40	0	1			Conducción y Administración	\$ 12.609.879	\$ 17.526.860	\$ 17.463.905
40	0	0	440	52	40	0	1	0	1	Gastos en Personal	\$ 12.812.941	\$ 16.632.254	\$ 16.576.729
40	0	0	440	52	40	0	1	0	2	Bienes de Consumo	\$ 72.100	\$ 329.931	\$ 323.403
40	0	0	440	52	40	0	1	0	3	Servicios no Personales	\$ 724.638	\$ 562.365	\$ 563.773
40	0	0	440	52	40	0	1	0	4	Bienes de Uso	\$ 0	\$ 2.100	\$ 0
40	0	0	440	52	40	0	2			Servicios de Información	\$ 21.368.503	\$ 21.493.823	\$ 20.326.589
40	0	0	440	52	40	0	2	0	1	Gastos en Personal	\$ 18.150.270	\$ 14.772.851	\$ 14.060.783
40	0	0	440	52	40	0	2	0	2	Bienes de Consumo	\$ 1.960.500	\$ 4.775.160	\$ 4.369.774
40	0	0	440	52	40	0	2	0	3	Servicios no Personales	\$ 1.232.625	\$ 1.915.410	\$ 1.866.415
40	0	0	440	52	40	0	2	0	4	Bienes de Uso	\$ 15.100	\$ 30.202	\$ 29.615
40	0	0	440	52	40	0	3			Atención Ambulatoria - Consultorios	\$ 8.653.832	\$ 12.271.364	\$ 12.269.866
40	0	0	440	52	40	0	3	0	1	Gastos en Personal	\$ 8.454.933	\$ 12.231.653	\$ 12.231.646
40	0	0	440	52	40	0	3	0	2	Bienes de Consumo	\$ 65.400	\$ 35.630	\$ 34.137
40	0	0	440	52	40	0	3	0	3	Servicios no Personales	\$ 31.600	\$ 4.073	\$ 4.073
40	0	0	440	52	40	0	3	0	4	Bienes de Uso	\$ 1.900	\$ 0	\$ 0
40	0	0	440	52	40	0	4			Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	\$ 7.124.211	\$ 6.794.255	\$ 6.720.482
40	0	0	440	52	40	0	4	0	1	Gastos en Personal	\$ 5.449.711	\$ 5.919.748	\$ 5.919.743
40	0	0	440	52	40	0	4	0	2	Bienes de Consumo	\$ 1.597.700	\$ 826.141	\$ 797.542
40	0	0	440	52	40	0	4	0	3	Servicios no Personales	\$ 71.600	\$ 48.366	\$ 3.097
40	0	0	440	52	40	0	4	0	4	Bienes de Uso	\$ 5.200	\$ 0	\$ 0
40	0	0	440	52	40	0	5			Servicios Generales de Mantenimiento	\$ 2.840.867	\$ 4.003.113	\$ 3.702.889
40	0	0	440	52	40	0	5	0	1	Gastos en Personal	\$ 1.599.125	\$ 1.427.610	\$ 1.427.610
40	0	0	440	52	40	0	5	0	2	Bienes de Consumo	\$ 36.300	\$ 27.094	\$ 22.993
40	0	0	440	52	40	0	5	0	3	Servicios no Personales	\$ 1.206.382	\$ 2.548.401	\$ 2.252.281
40	0	0	440	52	40	0	6			Acciones de Promoción y Prevención	\$ 3.369.448	\$ 3.100.640	\$ 3.100.637
40	0	0	440	52	40	0	6	0	1	Gastos en Personal	\$ 3.045.843	\$ 3.064.106	\$ 3.064.103
40	0	0	440	52	40	0	6	0	2	Bienes de Consumo	\$ 297.400	\$ 6.534	\$ 6.534
40	0	0	440	52	40	0	6	0	3	Servicios no Personales	\$ 45.200	\$ 0	\$ 0
40	0	0	440	52	40	0	6	0	4	Bienes de Uso	\$ 1.000	\$ 0	\$ 0
40	0	0	440	52	40	0	7			Urgencias	\$ 20.821.332	\$ 24.368.610	\$ 23.330.487
40	0	0	440	52	40	0	7	0	1	Gastos en Personal	\$ 19.564.232	\$ 23.920.332	\$ 22.912.800
40	0	0	440	52	40	0	7	0	2	Bienes de Consumo	\$ 1.200.600	\$ 447.259	\$ 417.600
40	0	0	440	52	40	0	7	0	3	Servicios no Personales	\$ 49.500	\$ 1.019	\$ 0
40	0	0	440	52	40	0	7	0	4	Bienes de Uso	\$ 7.000	\$ 0	\$ 0

Cuadro N° 1. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

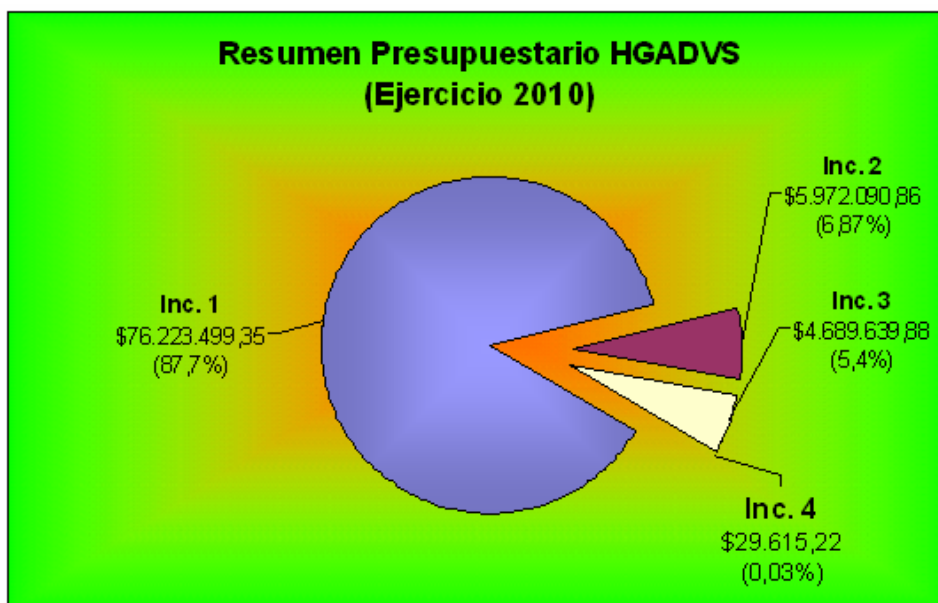


Gráfico N° 1. Fuente: elaboración propia.

V.3 ESTADÍSTICAS GENERALES – Ver Anexo I

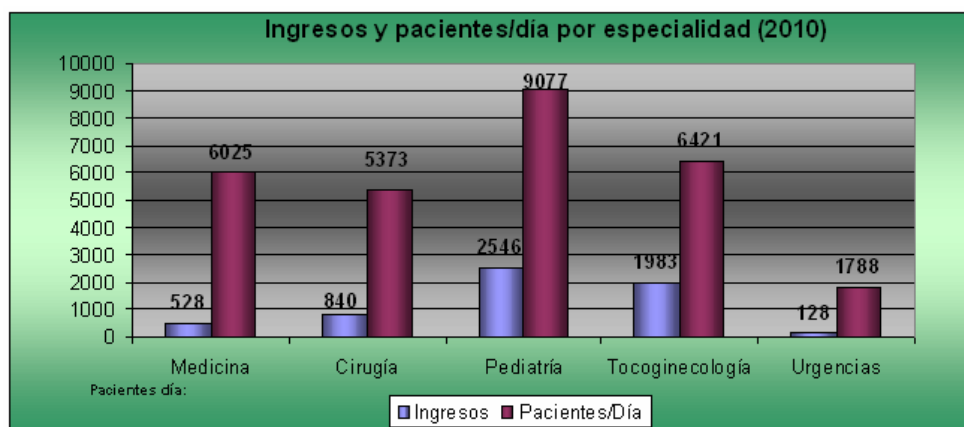


Gráfico N° 2. Fuente: elaboración propia.

Ingresos: número de pacientes que se internan en el hospital durante un período de tiempo determinado.

Pacientes/día: conjunto de servicios brindados a un paciente hospitalizado en el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un día censal.

Promedio de permanencia: relación entre la suma de los pacientes/día de un período dado y el número de egresos del mismo período.

Tasa de mortalidad: relación entre el número de defunciones y los egresos del mismo período.

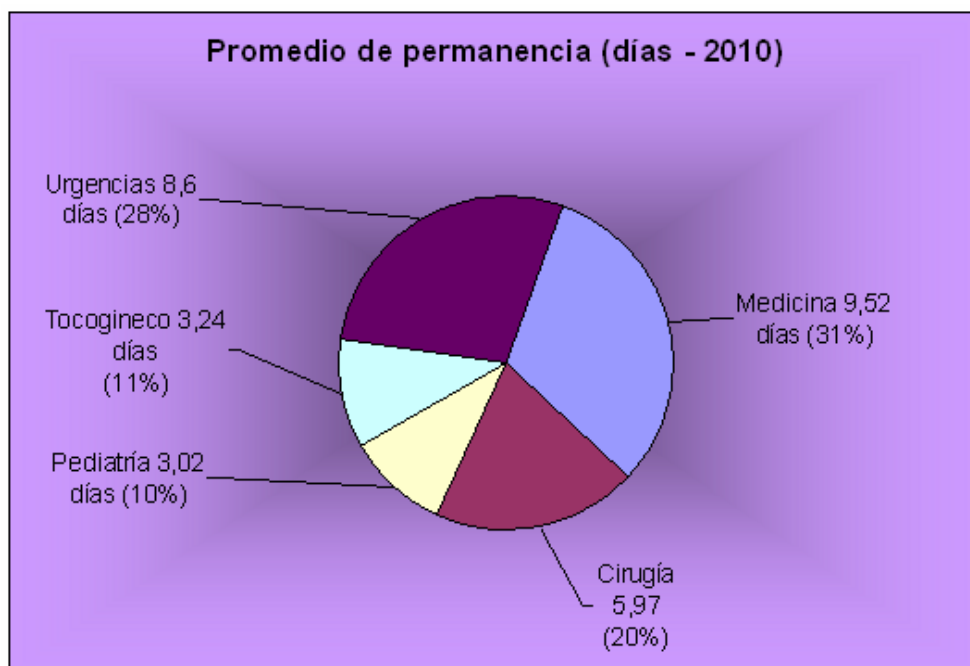
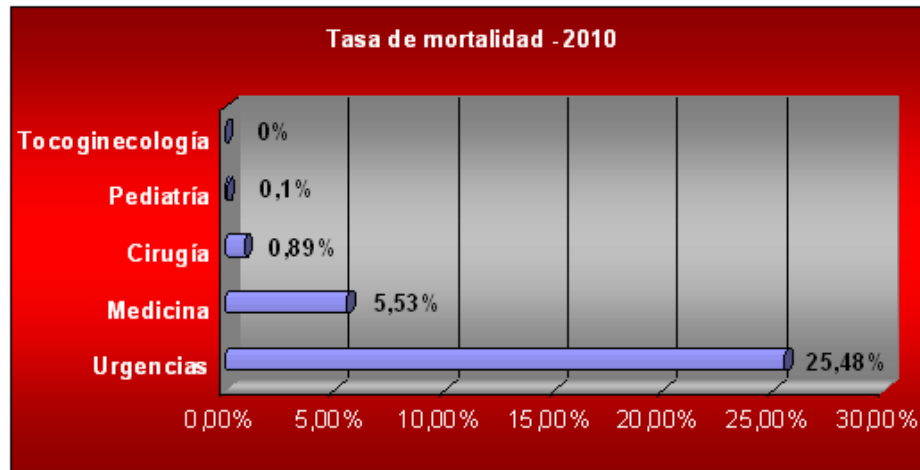


Gráfico N° 3. Fuente: elaboración propia.



Nota: Urgencia comprende las Terapias Intermedia e Intensiva.

Gráfico N° 4. Fuente: elaboración propia.

V.4 INDICADORES¹

La disponibilidad de información respaldada en datos válidos y confiables es condición *sine qua non* para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud. En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, desde el recuento directo (v.g., casos nuevos de tuberculosis en la semana) hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados (v.g., esperanza de vida al nacer).

La calidad de un indicador depende fuertemente de la calidad de los componentes -frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo, etc.- utilizados en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos.

Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por su *validez* (si efectivamente mide lo que intenta medir) y *confiabilidad* (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados). Más atributos de calidad de un indicador de salud son su *especificidad* (que mida solamente el fenómeno que se quiere medir), *sensibilidad* (que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir), *mensurabilidad* (que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir), *relevancia* (que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud) y *costo-efectividad* (que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos).

¹ Referencias:

- (1) Hansluwka H. Measuring the health of populations, indicators and interpretations. Soc Sci Med. 1982;20(12):1207-1224.
- (2) Catford J. Positive health indicators - towards a new information base for health promotion. Community Medicine 1983;5:125-132.
- (3) Pascal J, Lombrail P. Mesure de L'Etat de Santé de la Population. La Revue du Praticien 2001;51:1931-1938.
- (4) Lengerich EJ (ed.). Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASTCDPD, and CDC. Atlanta, GA: Council of States and Territorial Epidemiologists, November 1999.
- (5) Merchán-Hamann E, Tauil PL, Pacini Costa M. Terminología das Medidas e Indicadores em Epidemiologia: Subsídios para uma Possível Padronização da Nomenclatura. Informe Epidemiológico do SUS 2000;9(4):273-284.
- (6) Ware J, Brook R, Davies A, Lohr K. Choosing Measures of Health Status for Individuals in General Populations. AJPH 1981;71(6): 620-625.
- (7) Last J. A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
- (8) United Nations. A Critical Review of the Development of Indicators in the Context of Conference Follow-up. Report of the Secretary General. Geneva:UN Economic and Social Council; 5-30 July 1999. Document E/1999/11.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa de Datos Básicos en Salud y Perfiles de País 2000. Documento de trabajo. Washington, DC; 2000. (Documento inédito).
- (10) Organización Panamericana de la Salud. Recolección y Uso de Datos Básicos en Salud. Washington, DC: OPS; 25 Septiembre 1997. Documento CD40.R10. Fuente: Grupo de Análisis del Programa Especial de Análisis de Salud (SHA) de la OPS.

Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretables por los analistas, y comprensibles por los usuarios de la información, como los responsables de un Servicio y los tomadores de decisión.

Atributos importantes de calidad del conjunto de indicadores son la *integridad* (que no falten datos) y *consistencia interna* (que, vistos solos o en grupos, los valores de los indicadores sean posibles y coherentes y no se contradigan). En este sentido, la aplicación sistemática de definiciones operacionales y procedimientos de medición y cálculo estandarizados es fundamental para garantizar la calidad y comparabilidad de los indicadores de salud.

Un conjunto de indicadores de salud con atributos de calidad apropiadamente definidos y mantenidos provee información para la elaboración de un perfil relevante y de otros tipos de análisis de la situación de salud de una población. La selección de tal conjunto de indicadores -y sus niveles de desagregación- puede variar en función de la disponibilidad de sistemas de información, fuentes de datos, recursos, necesidades y prioridades específicas en cada jurisdicción, región o país. El mantenimiento del conjunto depende también de la disponibilidad de las fuentes de datos y de la operación regular de los sistemas de información, así como de la simplicidad de los instrumentos y métodos utilizados.

El monitoreo de la calidad de los indicadores es importante porque ésta condiciona el nivel de confianza de los usuarios en la información de salud y, con mayor razón, su uso regular. Éste depende también de la política de diseminación de los indicadores de salud, incluyendo la oportunidad y frecuencia de su compilación.

La disponibilidad de un conjunto básico de indicadores provee la materia prima para los análisis de salud. Concomitantemente, puede facilitar el monitoreo de objetivos y metas en salud, estimular el fortalecimiento de las capacidades analíticas en los equipos de salud y servir como plataforma para promover el desarrollo de sistemas de información en salud intercomunicados.

En este contexto, los indicadores de salud válidos y confiables son herramientas básicas que se requieren para la gestión en salud.

VI. PROCEDIMIENTOS

Se diseñaron los siguientes Procedimientos, teniendo en cuenta las áreas críticas halladas en la Etapa de Relevamiento:

1. División Cirugía – Planta Quirúrgica:

1.a - Productividad: analizar y evaluar la utilización y productividad de los quirófanos durante el período 2010.



1.b - Riesgos infectológicos: determinar el nivel de cumplimiento de las Normas de Control de Infecciones en Planta Quirúrgica del HGADVS.

1.c - Gestión del proceso de "cierre de quirófanos": analizar la documentación existente y evaluar el nivel de gestión durante el cierre parcial de la Planta Quirúrgica durante el año 2010.

2. División Estadística: establecer la fiabilidad de la documentación girada desde los Servicios a la División Estadística. Cómo se refleja en las Estadísticas Generales del hospital, mecanismos utilizados y datos elevados al Nivel Central.

3. Sección Salud Mental: seguimiento de pacientes, desde su admisión hasta ingresar en proceso de tratamiento. Analizar registros, productividad y efectividad del Servicio.

4. División Diagnóstico y Tratamiento:

4.1 Sección Anatomía Patológica: evaluar la eficiencia y efectividad en la productividad de la Sección Anatomía Patológica de acuerdo a la organización y funcionamiento del Servicio, teniendo en cuenta su gerenciamiento y la calidad de atención.

4.2 Unidad Laboratorio: evaluar la eficiencia y efectividad en la productividad de la Sección Laboratorio de acuerdo a la organización y funcionamiento del Servicio, teniendo en cuenta su gerenciamiento y la calidad de atención.

4.3 Unidad Farmacia: categorizar la atención farmacéutica, adaptándose a los criterios del Programa Nacional de Garantía de Calidad en base a la Resolución 641/2000: Normas de Organización y Funcionamiento de Farmacia en Establecimientos Asistenciales, Ministerio de Salud.

5. Encuesta de satisfacción: recabar la opinión de los usuario de los Servicios del HGAVS respecto a: calidad de atención, accesibilidad a los turnos, tiempo de espera hasta la atención del profesional, y opinión del usuario sobre el estado de las instalaciones.

5.1 Unidad Guardia:

5.2 División Consultorios Externos:

5.3 Unidad Laboratorio:

6. Departamento Recursos Humanos:

6.1 Tiempos de designación: analizar la cantidad de cargos sin cubrir, y verificar la situación actual de los Concursos realizados.

6.2 Jefaturas a cargo: analizar la cantidad de casos de jefaturas que están cubiertas "a cargo", en relación a los funcionarios entrevistados durante el Relevamiento del hospital.

7. **Área Compras**: determinar la razonabilidad de los montos, frecuencia y cantidades solicitadas al sector de Compras por los Servicios de Farmacia y Quirófanos durante el año 2010.

8. **Stock de Unidad Farmacia y Office de Quirófanos**: evaluar los registros llevados en Farmacia y Quirófanos respecto al almacenamiento de insumos, y su cotejo con las existencias reales. Establecer diferencias, a los fines de determinar el nivel de seguridad, cumplimiento de salvaguarda de activos, y estado de conservación de los insumos que van a ser dispensados y/o utilizados en pacientes del HGAVS.

9. **Utilización de Indicadores**: en todas las áreas donde se realicen procedimientos se diseñarán Indicadores con los datos que disponga el efector, con la finalidad de evaluar la gestión hospitalaria.

Desarrollo de los Procedimientos de Auditoría

1. División Cirugía – Planta Quirúrgica

1.a) Productividad Quirúrgica: Analizar y evaluar la utilización y productividad de los quirófanos durante el período 2010, según una muestra seleccionada a criterio del equipo de auditoría, correspondiente a los meses de marzo, junio y noviembre 2010.

Limitaciones al alcance: La Planta Quirúrgica no lleva un registro único que haga referencia al uso de los quirófanos. Por este motivo, a los fines de poder determinar la productividad de la Planta Quirúrgica (PQ) se utilizaron los registros descriptos en el punto 2) del procedimiento. No obstante lo mencionado, también

puede haber utilización de los quirófanos que no requieren intervención de anestesiólogo, por ejemplo las anestесias locales.

Asimismo, tampoco se lleva documentación de las cirugías (Cx) suspendidas, ni de su reprogramación.

No se pudo determinar la tasa de utilización de cada uno de los quirófanos, ya que en 2010 sólo se usaron 3 de los 4, y no existen registros que identifiquen el quirófano donde se realizó cada intervención.

Procedimiento:

- 1) Se consultó al Jefe de Departamento Médico Quirúrgico sobre los registros que se utilizaron para determinar el total de las Cirugías (Cx) de los meses seleccionados.
- 2) Se analizaron los registros suministrados por la Jefa de Quirófanos:
 - Libro de Intervenciones Quirúrgicas.
 - Libro de Anestесias de Planta.
 - Libro de Anestесias de Guardia.
 - Libro de Anestesia CATA 555².
- 3) Se diseñó una grilla en la cual se cargaron los siguientes datos: edad; sexo; N° de Historia Clínica del paciente; cantidad y tipo de cirugías (programadas, de emergencia), características de anestesia :General, Raquídea, Local, BSA (Bloqueo Subaracnoideo), NLA (Neuroleptoanalgesia), Sedación y Regional; Profesionales intervinientes: cirujanos de planta, suplentes de guardia, residentes y anestesiólogos de planta y residentes; tiempo de cirugía; discriminación de los registros: Libro de Intervenciones Quirúrgicas, Libro de Anestesia de Planta y Guardia y Libro de CATA 555 (entre el 31-5-2010 y el 25-11-2010).

Resultado:

Del análisis de la grilla mencionada se establecen los siguientes datos:

Cirugías efectuadas por mes:

El total de cirugías, según registro de División Estadística, fue de 1374(100%) durante el año 2010. Durante los 3 meses seleccionados para el procedimiento se practicaron 375 cirugías (27%).

² A partir del Acta de CATA N° 555, del 31-05-10, se procedió a la suspensión de toda actividad programada en quirófanos, y se utilizó un nuevo libro para asentar las intervenciones en dicho período.

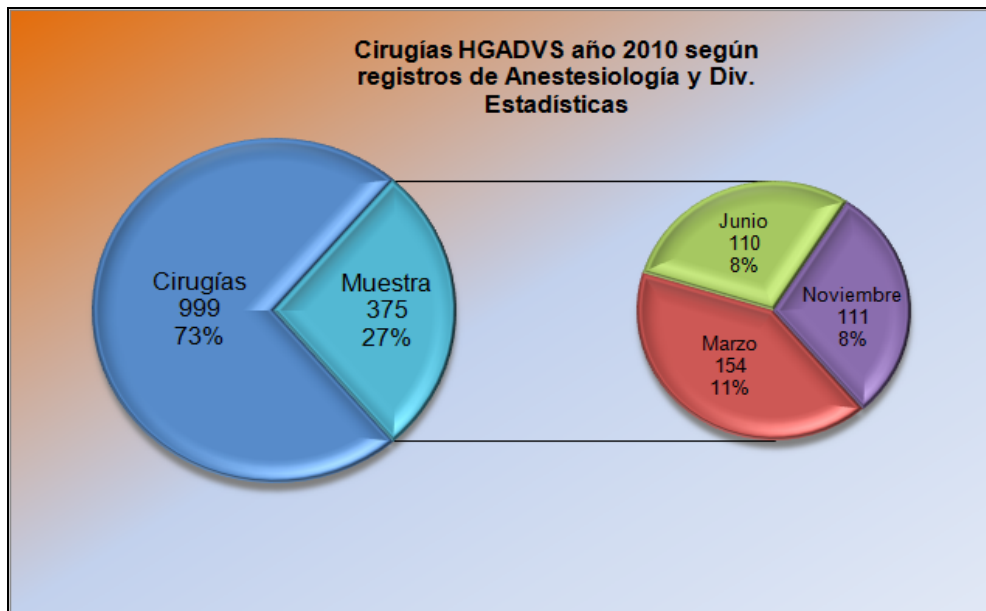


Gráfico N° 5. Fuente: elaboración propia.

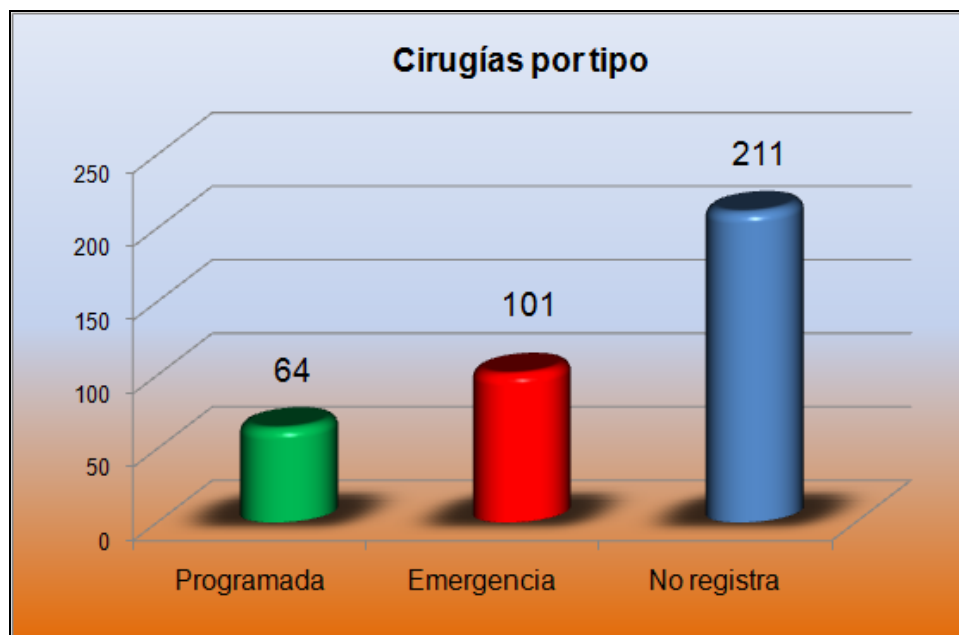


Gráfico N° 6. Fuente: elaboración propia.

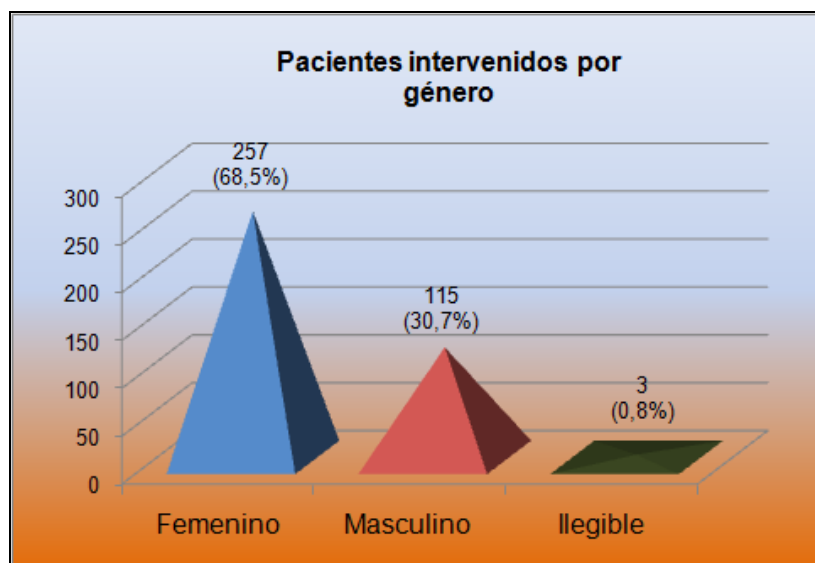


Gráfico N° 7. Fuente: elaboración propia.

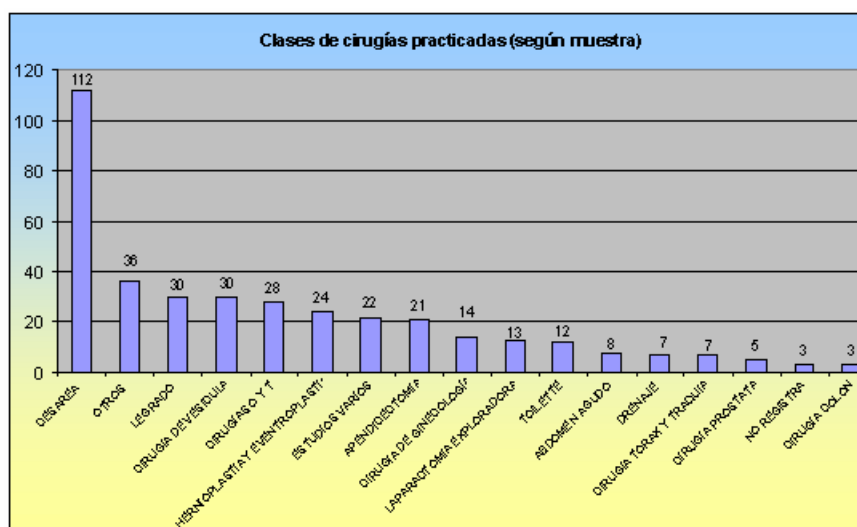


Gráfico N° 8. Fuente: elaboración propia.

Clases de cirugías

1. Cirugías de Ortopedia y Traumatología: reducciones, fracturas, artroplastias, artroscopías, amputaciones y osteosíntesis.
2. Cirugías de Ginecología: histerectomías, conizaciones, cerclajes, excéresis glándula de Bartolino, quistes de ovario, hematoma disecante de vagina, y 3 cx de mama.
3. Estudios varios: cistoscopías, FEDA, FCC y VCC. (aclarar).
4. Cesáreas: incluye 8 cesáreas con ligaduras tubarias.
5. Otros: bajo esta denominación se agruparon algunas prácticas quirúrgicas menos frecuentes como por ejemplo: excéresis de quistes y lipomas, sutura de heridas cortantes, amigdalectomías, etc.

La planta quirúrgica cuenta con 4 quirófanos, de los cuales fueron utilizados 3 durante el período auditado.

Tiempo quirúrgico utilizado = Promedio mensual de tiempos de intervenciones quirúrgicas registradas según procedimiento de auditoría.

Marzo: se realizaron 154 cirugías, de las cuales se registró el tiempo de duración en 95 cx (59 cx no registraron datos) con un promedio de 79 minutos c/u.

Junio: se realizaron 110 cx, de las que registran tiempo de duración 58 cx (no registran 52). El promedio de duración de las cx registrada es de 87 minutos.

Noviembre: se efectuaron 111 cx, se registraron 61 cx (50 sin registro de tiempos). Promedio de tiempo quirúrgico 105 minutos.

<i>Mes de la muestra</i>	<i>Tiempo promedio por cirugía</i>	<i>Cirugías que registran duración</i>	<i>Cantidad de cirugías realizadas</i>
<i>Marzo</i>	<i>79 minutos</i>	95	154
<i>Junio</i>	<i>87 minutos</i>	58	110
<i>Noviembre</i>	<i>105 minutos</i>	61	111
Total muestra	90 minutos	214	375

Cuadro Nº 2. Fuente: Libros de Quirófano (referencia a Procedimiento punto 2)

1.b) Riesgos Infectológicos en Planta Quirúrgica:

Definimos riesgo ambiental como la potencialidad contaminante sobre una población definida, y esto es así tanto para actividades productivas como para las que generan servicios.

El control de la infección nosocomial producida por el ambiente es un factor fundamental cuando hablamos de áreas quirúrgicas ya que el diseño e instalaciones de las mismas están condicionados para mantener un ambiente limpio.

La verificación y validación de la calidad ambiental en áreas quirúrgicas es un instrumento objetivo y valioso que sirve de guía al equipo humano que está implicado en el control de la infección nosocomial (Servicio de Mantenimiento, Comité de Infecciones, Medicina Preventiva, Supervisores de Quirófanos, Medicina Laboral y Dirección del Hospital).

El proceso de verificación, sistemático y documentado, consiste en obtener unos valores referenciados en Normas vigentes, con el fin de determinar si las condiciones de las instalaciones cumplen con los criterios normativos y en comunicar los resultados de este proceso al paciente.

Debemos considerar que los factores ambientales son responsables del 24% de la morbi-mortalidad a nivel mundial, con áreas más vulnerables donde esta cifra asciende al 50% (OMS-2006).

En el proceso de verificación y validación de la calidad ambiental en áreas quirúrgicas se deberían considerar los siguientes parámetros:

- Estructura del Área Quirúrgica.
- Estructura de Quirófanos.
- Características del Sistema de Climatización.
- Disciplina del personal.
- Renovaciones/hora y verificación de la presión por diferencia de caudal de aire.
- Validación de filtros absolutos.
- Clasificación de la Sala Quirúrgica.
- Control microbiológico.
- Configuración del flujo de aire.

Procedimiento: para determinar el nivel de cumplimiento de las Normas de Control de Infecciones en Planta Quirúrgica³ del HGADVS se confeccionó una grilla⁴ de 54 ítems, en base a las observaciones que el Comité en Control de Infecciones del HGAVS efectuó, sobre el estado de los quirófanos y el personal de esa Planta. Para ello se evaluó el estado de la Estructura Física, Vestimenta de Cirugía, Limpieza de Superficies y Medio Ambiente, Instrumental Quirúrgico, Aspectos Ambientales, Precauciones Estándares y Residuos.

El día 23/08/2011 (10:30 am) se concurrió a la Planta Quirúrgica del HGADVS, ubicada en el primer piso del establecimiento asistencial. Se contó con la presencia de la Jefa Sección Enfermería Quirófanos A/C.

³ - Documento Consenso: Prevención de infecciones en sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y postquirúrgico. VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología – SADI 2009.

- Resolución 348/1994 Ministerio de Salud de la Nación.

- Resolución 573/2000 Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ Ver Anexo III.

Resultados:

Con los resultados de los ítems evaluados se confeccionó el siguiente cuadro resumen:

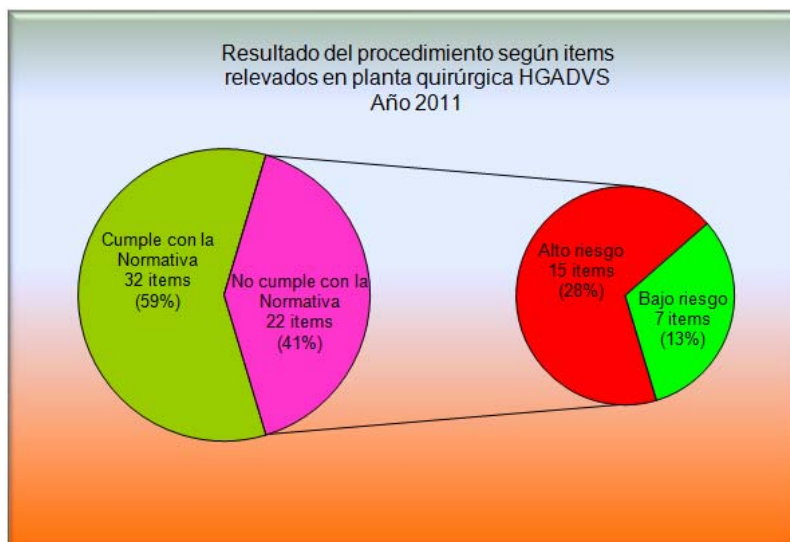


Gráfico N° 9. Fuente: elaboración propia.

En éste se observa que el nivel de incumplimiento de la normativa de Control de Infecciones en Planta Quirúrgica es del 41% (22 de 54 ítems evaluados), siendo 15 ítems de alto riesgo de infección para el paciente y 7 de bajo riesgo.

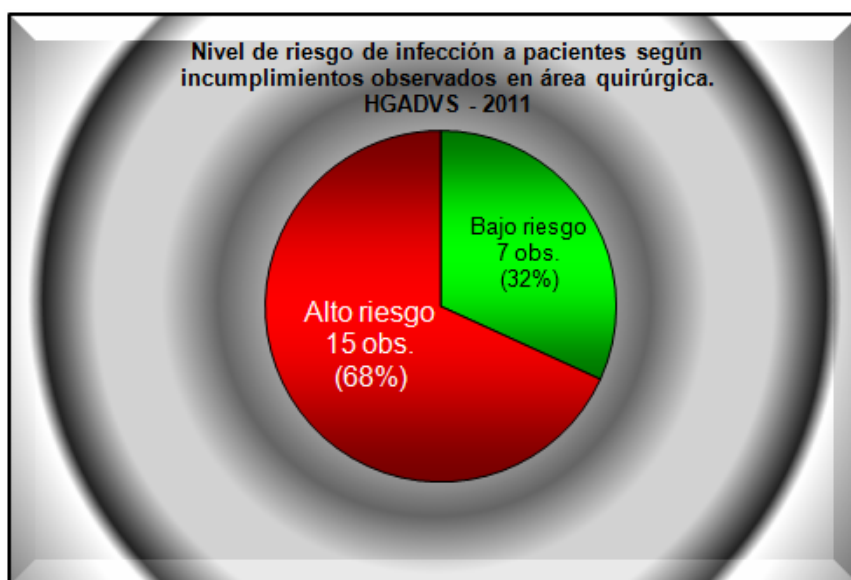


Gráfico N° 10. Fuente: elaboración propia.

Los incumplimientos más sobresalientes son los atinentes al Aspecto Ambiental y los relacionados con la Limpieza de Superficies y Medio Ambiente, según se aprecia en el cuadro siguiente.

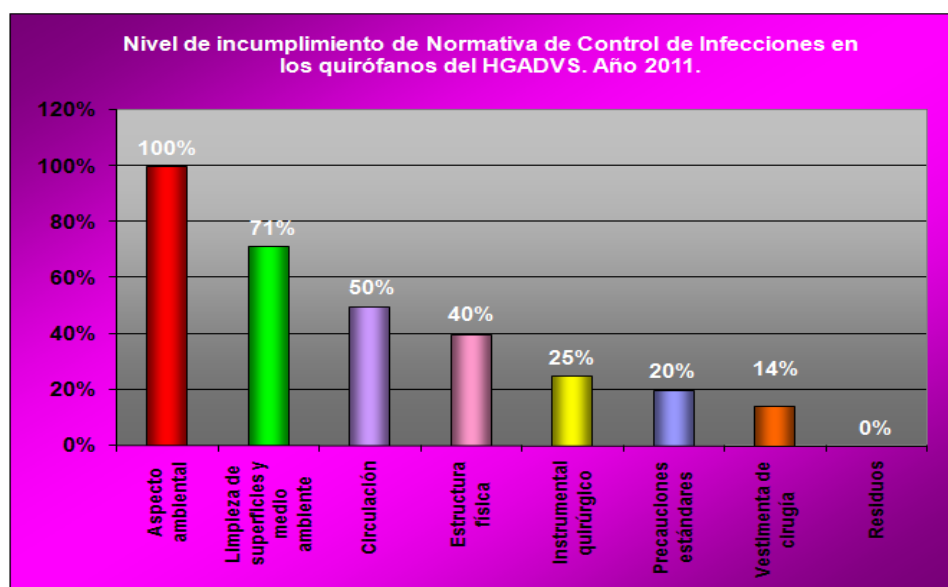


Gráfico N° 11. Fuente: elaboración propia.

1.c) Gestión de “cierre de Quirófanos”: Evaluar el cierre de Quirófanos y la productividad de los mismos durante el período que abarca noviembre 2009 y todo el año 2010.

Limitaciones al alcance: no hubo.

Procedimiento: Se analizaron todas las actas de CATA (Comité Asesor Técnico Administrativo) - HGADVS de noviembre 2009 y todo el año 2010 relacionadas con la actividad quirúrgica. Número de Actas: 542 (26/11/09), 548 (2/2/10), 549 (3/2/10), 552 (5/4/10), 555 (31/5/10) y 570 (15/11/10).

Se analizaron las Órdenes de Compra emanadas de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud – Ministerio de Salud CABA.

Se analizó la estadística de la actividad quirúrgica 2009/2010 suministrada por la División Estadística del Departamento Técnico elaborada sobre los datos aportados por Anestesiología.

Resultados:

Acta de CATA N°542 de fecha 26/11/09: El Director del HVS lee Nota del Jefe de Departamento Médico Quirúrgico que expresa necesidad de un Plan de Contingencia a la emergencia del Área Quirúrgica a desarrollarse en 2 etapas. La 1º de cumplimiento urgente con el aprovisionamiento de 4 fronto-luz, 2 mesas de instrumentación tipo Finochietto, 2 mesas de operaciones radiotransparentes y un electrobisturí, contemplándose para la adquisición de las mismas la compra o alquiler de 4 lámparas scialóticas.

La 2º etapa, en un plazo no mayor de 90 días, la compra de 2 fronto-luz nuevas, 2 electro bisturís y 2 respiradores. El Jefe de Departamento de Urgencia afirma que 2 quirófanos están operativos, por lo que uno podría usarse para cirugía de urgencia y el otro para obstetricia.

Acta de CATA N°548 de fecha 02/02/10: El jefe de Departamento Médico Quirúrgico informa que los quirófanos no se hallan en condiciones operativas de funcionamiento, y sin seguridad para los pacientes y los equipos quirúrgicos en las cirugías programadas. El Subdirector comenta que la Directora de la Región Sanitaria informó que el Nivel Central se encargará de la compra directa de 2 lámparas scialóticas.

El CATA dispone suspender las cirugías programadas.

Acta de CATA N°549 de fecha 03/02/10: Se informa que se efectuaron mínimos arreglos en los quirófanos, alquiler de material que hubo que reparar varias veces (electrobisturís), reiterados arreglos del instrumental existente en el hospital (lámparas scialóticas, mesas de Finochietto, laringoscopios, frontoluces, monitores, respiradores). El Bioingeniero notifica que se hizo un informe que plantea la necesidad de comprar por lo menos 2 lámparas scialóticas, y que las otras 2 se arreglarían parcialmente, dado que son todas obsoletas. Además comenta que en informe elevado a Región Sanitaria, sugiere la compra de 2 mesas quirúrgicas, entre otras. Se solicitará al Ministerio el informe que realizó una Comisión que concurrió al Hospital para la climatización de los quirófanos.

Acta de CATA N°552 de fecha 05/04/10: De acuerdo a Informe presentado, que solicitara la Dirección, se autoriza la actividad quirúrgica en los Quirófanos 1 y 3, según criterio de cada Especialidad.

Acta de CATA N°555 de fecha 31/05/10: Se presenta Nota elevada por Jefe de Departamento Médico Quirúrgico y por los distintos Jefes de las Áreas Quirúrgicas



que expresa "...que la situación de los Quirófanos viene desarrollándose desde el 24-11-09, que todo ello significa numerosas notas y reuniones a nivel ministerial, y sin respuesta objetiva alguna el Departamento Médico Quirúrgico, llega a la conclusión de que luego de 6 meses de intensas gestiones administrativas, planes de contingencia, reuniones, labor de catalogación, etc. el área central del Ministerio no ha podido producir ningún acto de gestión activa para modificar la situación por todos conocida del área quirúrgica de este hospital y la responsabilidad de ulteriores ha recaído injustamente sobre las Jefaturas de Servicio, cuando la responsabilidad de haber llegado a estos casos ha sido la incapacidad de gestión del Ministerio. Se decide la suspensión de toda actividad programada en el área de competencia. Esta Nota íntegra se eleva, por vía de la Dirección, a la Región Sanitaria III". (sic)

Nº Acta de CATA 570 de fecha 15/11/10: El Jefe de Departamento Médico Quirúrgico informó que desde que ha ingresado el 70% del instrumental para quirófanos solicitado hace 1 año, y que los faltantes se entregarán en los próximos 15 ó 20 días, se reanuda la actividad de cirugías programadas, y a partir del 23 de Noviembre del corriente, los quirófanos comenzarán a funcionar con toda normalidad.

En el período 2010 se realizaron 10 Órdenes de Compra (1 en el mes de Julio, 3 en el mes de septiembre y 6 en el mes de octubre) emanadas de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud – Ministerio de Salud CABA.

Todas se produjeron mediante Licitación Pública, de acuerdo a la Ley Nº295 art. 31.

A continuación se enumeran las Órdenes de Compra con su número, fecha, importe total y el detalle de los insumos:

- O.C Nº 22077 09/06/2010 \$ 222.800,00: 4 Lámparas Quirúrgicas.
- O.C Nº 36774 24/09/2010 \$ 61.710,00: 2 Electrobisturías.
- O.C Nº 36779 24/09/2010 \$ 32.153,00: 2 Monitores Multiparamétricos.
- O.C Nº 36784 24/09/2010 \$165.520,00: 2 Mesa para Cirugía General.
- O.C Nº 39735 20/10/2010 \$450,00: 6 Pinzas para Restos.
- O.C Nº 39754 20/10/2010 \$22.657,31: 12 Pinzas de 17 cm con dientecillos, 3 Pinzas Desjardins, 10 Pinzas pasa hilos de 30 cm, 6 Pinzas- Bertola, 4 Pinzas Clamp para histerectomía Wetheim Cullen, 50 Tijeras para Preparación- Mayo,

4 Pinza Rusa, 20 Porta Agujas- Mayo Hegar de 14cm, 31 Porta Agujas- Hegar de 18cm, 11 Porta Agujas - Mayo Hegar de 30cm, 8 Separador- Volkmann, 2 Separador Abdominal- Balfour, 26 Separador- Farabeuf tamaño chico, 30 Separador- Farabeuf tamaño grande, 6 Pinzas Doble Utilidad, 10 Pinzas Segundo Campo- Doyen, 10 Pinzas Segundo Campo- Doyen, 6 Pinzas Dientecillo, 1 Valva Finochietto Nº8, 1 Valva Finochietto Nº10, 2 Cureta- Buck de 16,50 cm, 1 Cureta- Fox de 14 cm, 6 Histerometro- Sims, 2 Tirabuzón- Doler, 2 Histerolabo- Dartiguez, 2 Valva- Bresky de 155mm, 2 Valva-Bresky de 130mm, 2 Valva con peso- Auvard, 4 Separador- Senn Millar, 4 Separador- Senn Millar, 3 Separador- Homann punta fina, 2 Separador- Homann punta roma, 1 Legra-Lambotte, 6 Cajas de 20cm, 12 Cajas de 17cm, 10 Pinzas Hemostaticas- Halstead, 60 Pinzas Kocher de 14cm, 2 Pinzas Allis, 70 Pinzas Kocher de 20 cm.

- O.C Nº 39756 20/10/2010 \$2.442,00: 4 Pinzas Clamp Intestinal- Kocher de 20 cm, 10 Pinzas- Foerster de 25cm, 10 Pinzas- Foerster de 25cm.
- O.C Nº 39760 20/10/2010 \$14.143,70: 10 Pinzas- Foerster de 25cm, 20 Pinzas con diente de ratón de 15cm, 17 Pinzas pasa hilo de 25cm Pakistan, 10 Pinzas Aros, 24 Pinza Bertola de 25cm, 20 Pinza Bertola de 20cm, 8 Tijeras Metzenbaum de 16cm, 20 Tijeras Metzenbaum de 18cm, 12 Tijeras Metzenbaum de 23cm, 5 Tijeras Metzenbaum de 28cm, 5 Tijeras para Ginecología- Sims, 15 Pinzas Hemostatica de Bakey Pean, 50 Pinzas Backhaus, 8 Pinzas para disección, 20 Pinzas para sujetar el cuello de Utero- Pozzi, 11 Porta Agujas- Mayo- Hegar, 30 Mango de Bisturí Nº3, 30 Mango de Bisturí Nº4, 15 Mango de Bisturí Nº4 L, 4 Separadores Abdominales- Balfour, 65 Pinzas- Crille, 20 Pinzas Segundo Campo-Doyen, 20 Pinzas Foerster, 30 Pinzas Allis, 30 Pinzas Allis, 4 Pinzas para Disección-Adson sin dientes, 4 Pinzas para Disección-Adson con dientes, 6 Especulos Vaginal- Collin de 100 x 36mm, 3 Especulos Vaginal- Collin de 85 x 30mm, 30 Pinzas Kocher.
- O.C Nº 39763 20/10/2010 \$1.625,88: 2 Pinzas para Calculo Renal- Randall, 1 Gancho para Huesos- Lambotte.
- O.C Nº 39778 20/10/2010 \$30.011,51: 4 Pinzas pasa Hilo Pakistan, 4 Separador Gelpi Loktite, 2 Valva Suprapubica, 1 Martillo Lucae, 15 Pinzas Wertheim, 3 Juegos Exploradores para Via Biliar Benique, 2 Frontoluz, 3 Mesa Mayo, 60 Pinzas Allis.

El valor total de las diez Órdenes de Compras realizadas durante los meses detallados del año 2010 es de \$553.513,40.- (Pesos quinientos cincuenta y tres mil quinientos trece con cuarenta centavos).



Con las adquisiciones referidas se procedió al reequipamiento de 2 de los 4 quirófanos con que cuenta el hospital, reciclándose material usado (lámparas scialíticas) para los otros dos.

Se analizó la estadística de la actividad quirúrgica 2009/2010 que fue suministrada por la División Estadística del Departamento Técnico (elaboradas sobre los datos de Anestesiología). Se pudo observar que las mismas arrojan los siguientes resultados:

- Año 2009: 1538 Cirugías totales.
- Año 2010: 1374 Cirugías totales.

La diferencia entre los años 2009 y 2010 es de 164 cirugías. Cabe destacar que en el año 2010 los quirófanos solamente tuvieron actividad en las urgencias y no se realizaron cirugías programadas durante 11 (once) meses.

Las intervenciones médico-quirúrgicas programadas fueron suspendidas y los pacientes se autoderivaron a otros nosocomios ya que el hospital no implementó un sistema de derivación con otros efectores. La Planta Quirúrgica siguió funcionando a los efectos de la atención de emergencias con la adaptación de los quirófanos 1 y 3.

Nota: a pesar del cierre parcial durante 11(once) meses, la Planta Quirúrgica continúa presentando las siguientes necesidades sin resolver: climatización (la temperatura de los quirófanos no se mantiene dentro de los 20 a 24°C, y se realizan cirugías con puertas abiertas), instalación eléctrica, bioseguridad (no cuenta con presión positiva dentro de los quirófanos con respecto a los pasillos; carece de sistema de circulación de aire que efectúe al menos 15 recambios de aire por hora, no poseen purificador de aire mayor o igual al 90%), vestuarios, diferenciación de área limpia y sucia, baños, entre otras necesidades.⁵

2. División Estadística: Establecer la fiabilidad de los registros elaborados por la Planta Quirúrgica del HGADVS, respecto a su productividad, la información enviada a División Estadística, su reflejo en las estadísticas generales del hospital, y datos elevados al Nivel Central.

⁵ Papel de Trabajo "Cierre de Planta Quirúrgica 2009/2010. Papel de Trabajo Nivel de Cumplimiento Normativa de Control de Infecciones en los Quirófanos de HGADVS año 2011.

Aclaraciones previas:

- 1) Falta cubrir el cargo de Jefe de División Cirugía. Esta falencia genera el no registro de cirugías programadas y la no confección de listas quirúrgicas.
- 2) Las cirugías programadas se organizan de acuerdo a días preestablecidos por especialidad.
- 3) Las cirugías programadas se realizan de lunes a viernes de 07 a 14 hs.

Limitaciones al alcance: ídem "Procedimiento de Productividad Quirúrgica".

Procedimiento:

Con los datos extraídos de la planilla confeccionada por el equipo de auditoría, en el procedimiento de "Productividad Quirúrgica", se concurrió a la División Estadística y se solicitó la documentación que refleja la utilización de los quirófanos del hospital en los meses de marzo, junio y noviembre de 2010. Asimismo, se pidió copia de la documentación que elevó Estadística, a los fines de informar al Nivel Central, sobre las actividades de los quirófanos del HGADVS en el año 2010.

Ante el requerimiento sólo se entregó copia de la Planilla de Anestesiología del año 2010, y el detalle desagregado de los meses incluidos en la muestra (Planilla Resumen del Trabajo Anestésico).

De la comparación de la documentación mencionada se llegaron a las conclusiones que se detallan a continuación:

Resultados:

Productividad promedio mensual según Div. Estadísticas				
Conceptos	Anestesia General	Anestesia Regional	Total Efectuadas	Producción promedio x quirófano (3 quirof. Disp)
Anual	498	876	1.374	458
promedio mensual	42	73	115	38

Cuadro Nº 3. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Productividad promedio según procedimientos Product. Quirúrgica				
Conceptos	Anestesia General	Anestesia Regional	Totales Muestra	Producción promedio x quirófano (3 quirof. Disp)
Muestra (3 meses)	154	206	375	125
promedio mensual	51	69	125	42

Cuadro Nº 4. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Anestesiología según registros de la Div. Estadística					Totales proced. Productividad Quirúrgica			
Mes	Anestesia General	Anestesia Regional	Total Efectuadas	Anestesis Suspensas	Totales Muestra	Anestesia General	Anestesia Regional	No registradas
enero	29	74	103					
febrero	31	47	78					
marzo	32	104	136	5	154	52	94	8
abril	39	91	130					
mayo	79	75	154					
junio	46	58	104	7	110	51	55	4
julio	24	57	81					
agosto	25	78	103					
septiembre	42	85	127					
octubre	54	52	106					
noviembre	56	64	120	11	111	51	57	3
diciembre	41	91	132					
	498	876	1374	23	375	154	206	15

Diferencias	Total	Anest. General	Anest. Regional	No registradas
Marzo	-18	-20	10	-8
Junio	-6	-5	3	-4
Noviembre	9	5	7	-3

Cuadro Nº 5. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

3. Salud Mental: Analizar la productividad y efectividad del Servicio.

Limitaciones al alcance:

- 1) Cada profesional lleva su propia agenda de pacientes.
- 2) No se integran al sistema de turnos centralizados del Hospital.
- 3) No se numeran las Historias Clínicas.
- 4) Se solicitó un listado de 35 HC de admisión de pacientes adultos, y no fueron puestas a disposición de esta Auditoría, por el Servicio de Salud Mental, al cierre del presente Procedimiento efectuado el día 23/09/11.

Aclaraciones previas:

De la totalidad de las actividades que realiza la Sección Salud Mental se eligió una muestra a criterio del Auditor, tomando las consultas de pacientes de Infanto-Juvenil (IJ) y Adultos.

No existe un jefe o coordinador del Servicio Salud Mental, por este motivo dependen del Departamento Médico Quirúrgico (por disposición interna del Hospital).

Los pacientes de primera vez que llegan al Servicio por demanda espontánea (por autodecisión o por derivación profesional) ingresan previa Entrevista de Admisión. En el caso de pacientes Infanto-Juveniles son atendidos los días jueves a las 10hs; y para adultos los días lunes y martes 13.30 hs., y miércoles 14.30hs. No requiere turno previo y se atienden por orden de llegada.

Los pacientes que ingresan a Admisión de Infanto-Juvenil se registran en un cuaderno donde se detalla: datos del paciente, datos del adulto acompañante, motivo de consulta, profesional asignado (esto se realiza luego de la Reunión de Equipo del Servicio), derivación (si la hubiere), detalles de comunicación telefónica con el paciente.

En la entrevista de admisión (IJ) se le informa al paciente que se comunicarán telefónicamente para la asignación de un profesional, quien llevará a cabo su tratamiento. La designación del profesional se decide en reunión de Equipo.

Procedimiento:

Se confeccionó una grilla para registrar las Admisiones efectuadas en pacientes Adultos y otra para pacientes Infanto-Juveniles.

Se eligieron los meses de marzo, junio y noviembre del año 2010.

La grilla de Admisión de Adultos comprende los siguientes datos:

- Fecha de Admisión

- Nombre y Apellido de paciente
- Sexo
- Edad
- DNI
- Lugar de Residencia
- Motivo de Consulta
- Lugar de derivación
- Consulta para Asignación de turnos
- Deserción
- Profesional asignado
- Fecha de 1º Consulta
- Nº de Historia Clínica
- Continuidad de Tratamiento
- Observaciones

La grilla de Admisión de pacientes Infanto-Juveniles comprende los siguientes datos:

- Fecha de Admisión
- Nombre y Apellido de paciente
- Sexo
- Edad
- Nombre y Apellido del Consultante (adulto a cargo).
- Edad del Consultante
- Motivo de Consulta
- Lugar de derivación
- Consulta Telefónica para Asignación de turnos
- Deserción
- Profesional asignado
- Fecha de 1º Consulta

- N° de Historia Clínica
- Interconsultas
- Diagnóstico Presuntivo
- Tipo de terapia
- Fecha de 1º Entrevista
- Fecha de Citaciones
- Observaciones

Para la confección de las grillas de pacientes Adultos e Infanto-Juveniles, se solicitaron los registros de Admisiones del Servicio del año 2010.

No se pudo evaluar el tiempo transcurrido entre el primer acceso del paciente al Servicio de Salud Mental del hospital y la Entrevista de Admisión realizada, ya que no existe registro del mismo. Este indicador mediría el tiempo de espera del paciente para poder acceder a su atención por primera vez.

De los pacientes que accedieron a la Admisión del Servicio de Salud Mental se evaluaron los siguientes datos:

- Cantidad total de admisiones realizadas en los meses seleccionados.
- Cantidad de derivaciones a otros nosocomios.

En los meses seleccionados para la muestra de auditoría se realizaron 39 admisiones, y se solicitó el 100% de las Historias Clínicas correspondientes.

- Se observaron los siguientes parámetros: sexo, edad del paciente y edad del consultante.
- Tiempo total de demora entre la entrevista de admisión y la primera sesión con el paciente.
- Cantidad de pacientes que no concurrieron al Servicio luego de la entrevista de admisión.
- Cantidad de pacientes que continuaron tratamiento en el Servicio.

De los pacientes que concurrieron a la primera entrevista, luego de la admisión, se constató el registro de una planilla de consultorio externo, a modo de anamnesis, donde se recaban: datos personales del paciente, motivo de consulta, riesgo detectable, cadena derivativa, antecedentes y evolución de la enfermedad actual,

integrantes del grupo familiar y/o contención, nivel de educación/ actividad laboral, examen psiquiátrico (estado al ingreso), tipo de terapia (individual, grupal, familiar). Se adjunta a esta ficha personal la evolución del paciente en tratamiento indicando fecha de sesión, firma y sello del profesional.

Resultados:

En Infanto-Juvenil, las admisiones son realizadas conjuntamente por dos Licenciadas en Psicología, y se asientan en un cuaderno. Se observó que no existe un día fijo y determinado para las citas de admisiones, como se mencionó en la etapa del Relevamiento (jueves 10hs), debido a que en el mes de marzo se realizaron los días viernes (5, 12, 19 y 26) y además el jueves 11. En junio se efectuaron 3 veces en el mes, los días viernes (4, 11 y 18), y en noviembre 2 veces en la misma semana (lunes 1 y jueves 4), y el jueves 18.

En los tres meses evaluados hubo 16 admisiones en marzo, 14 en junio y 9 en noviembre, resultando un total de 39 admisiones.

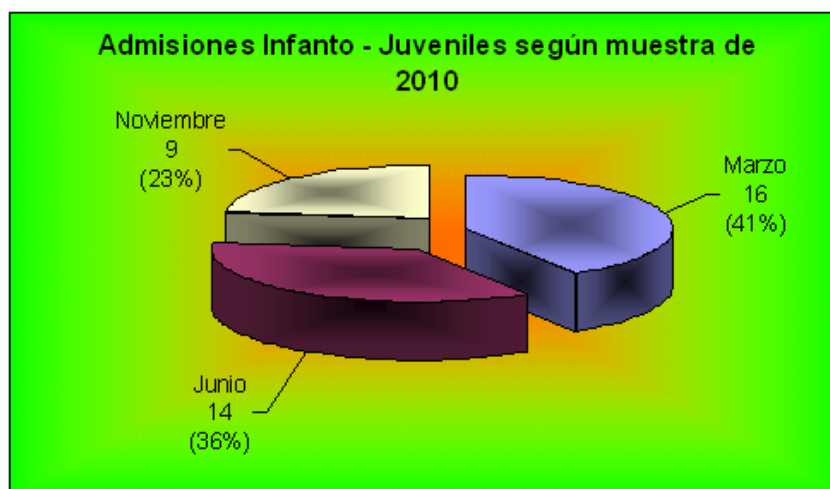


Gráfico N° 12. Fuente: elaboración propia.

De la totalidad de los 39 pacientes que concurrieron al Servicio de Salud Mental para la admisión, se deduce que: el 41% de los pacientes son femeninos y el 59% son masculinos.

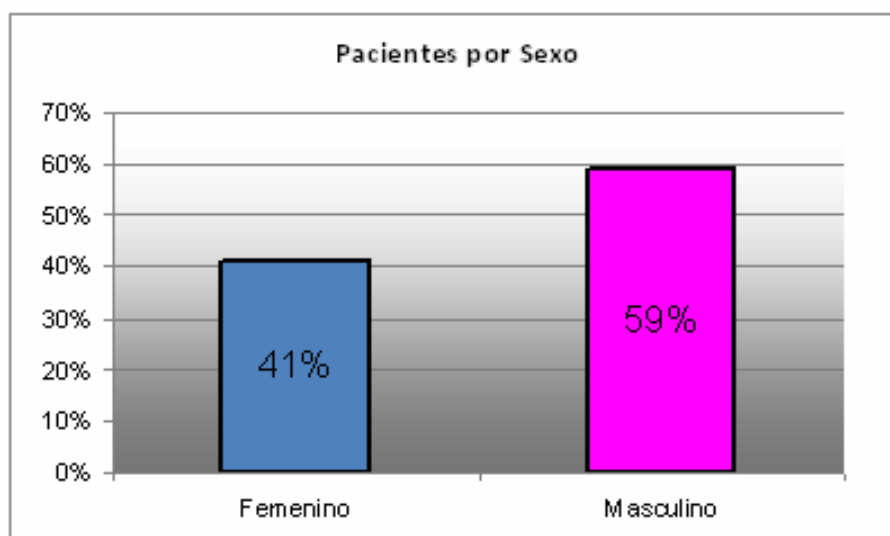


Gráfico N° 13. Fuente: elaboración propia.

La edad predominante de los pacientes que consultaron en el Servicio es de 7,10 y 12 años.

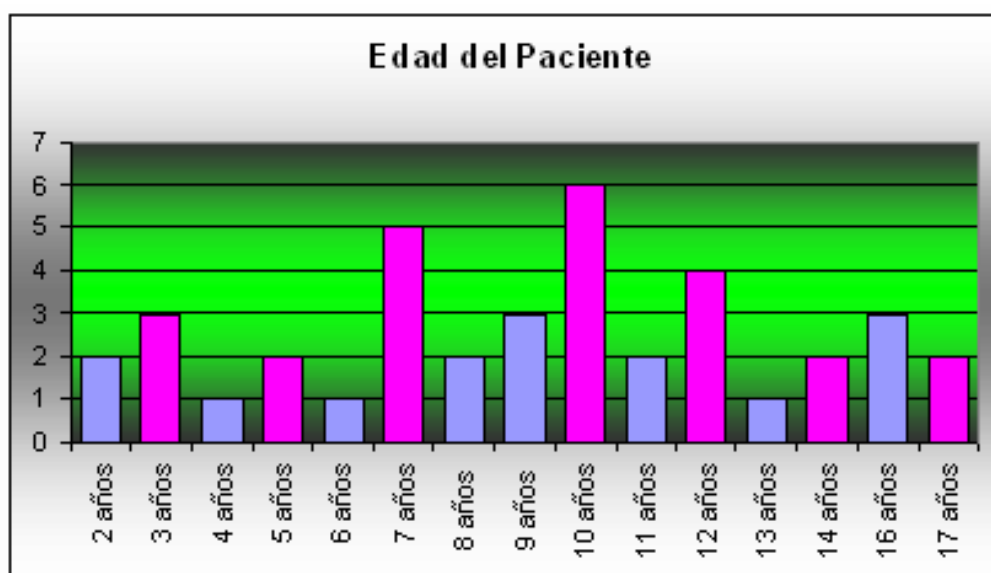


Gráfico N° 14. Fuente: elaboración propia.

La edad predominante del adulto consultante es de 32, 35 y 39 años.

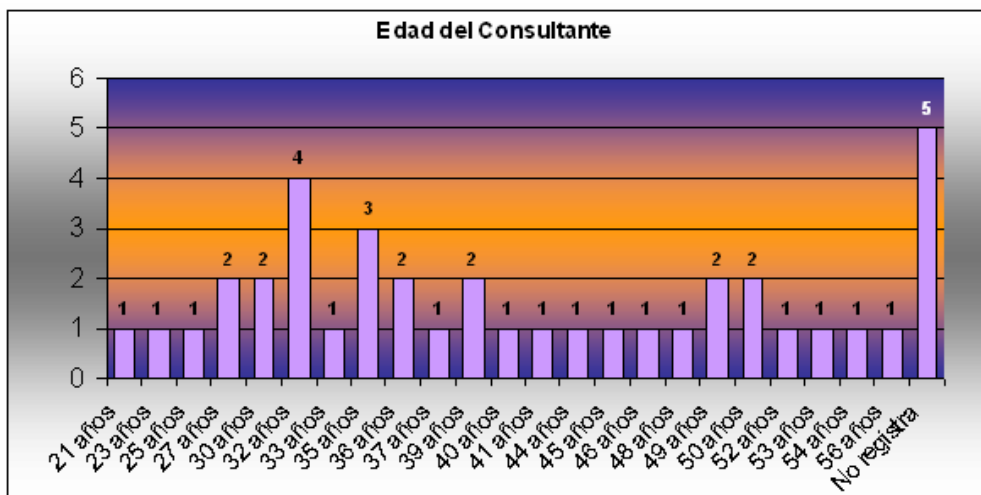


Gráfico N° 15. Fuente: elaboración propia.

Análisis del total de las Historias Clínicas de Admisiones de Infanto-Juvenil

De 39 HC	Porcentaje	Pacientes
No concurren	21%	8
Son derivados	36%	14
No se encontraron	15%	6
Iniciaron tratamiento	28%	11
	100%	39

Cuadro N° 6. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

El Servicio no halló 6 HC (15%) de la muestra. Sin embargo del cuaderno de Admisiones pudo determinarse la derivación de cada paciente sobre la totalidad del universo de la muestra (39 pacientes).

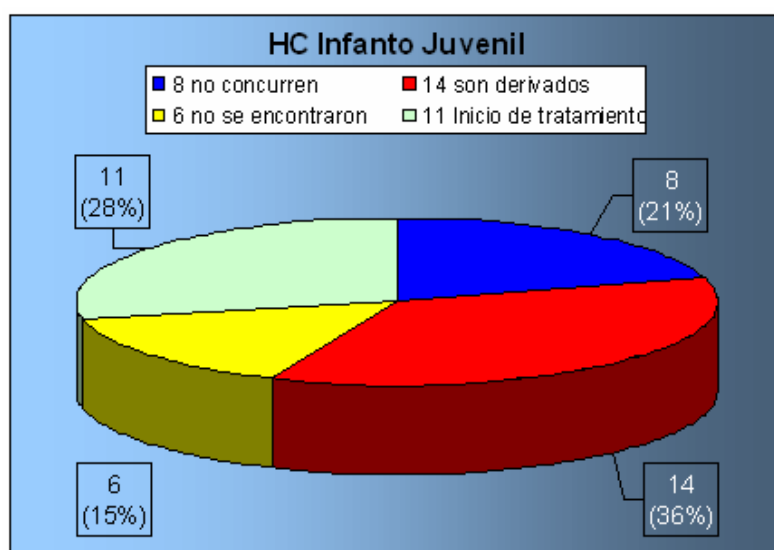


Gráfico N° 16. Fuente: elaboración propia.

De las 39 admisiones realizadas, 14 pacientes fueron derivados, según detalle:

HISTORIAS CLINICAS	Cantidades	Porcentaje
SIN DERIVACION	25	64%
CON DERIVACION	14	36%
Total	39	100%
Obra Social	2	5%
SAME	1	3%
Centro Ameghino	1	3%
Llamada a 137	1	3%
Hospital Gutierrez	1	3%
Hospital Alvarez	2	5%
Hospital Zubizarreta	2	5%
Hospital Tobar Garcia	1	3%
Hospital Velez Admision Adultos	1	3%
Hospital Velez Grupo de Padres	1	3%
ADOP	1	3%
Total	14	36%

Cuadro N° 7. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

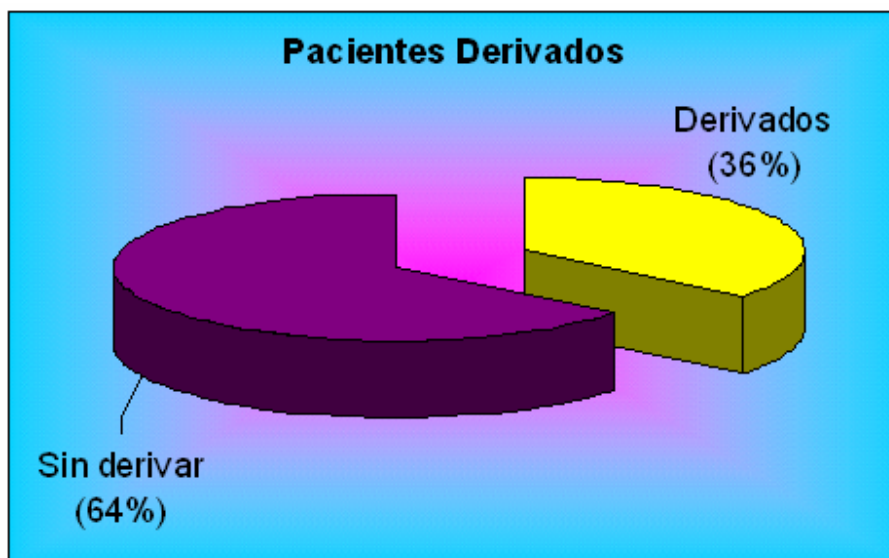


Gráfico N° 17. Fuente: elaboración propia.

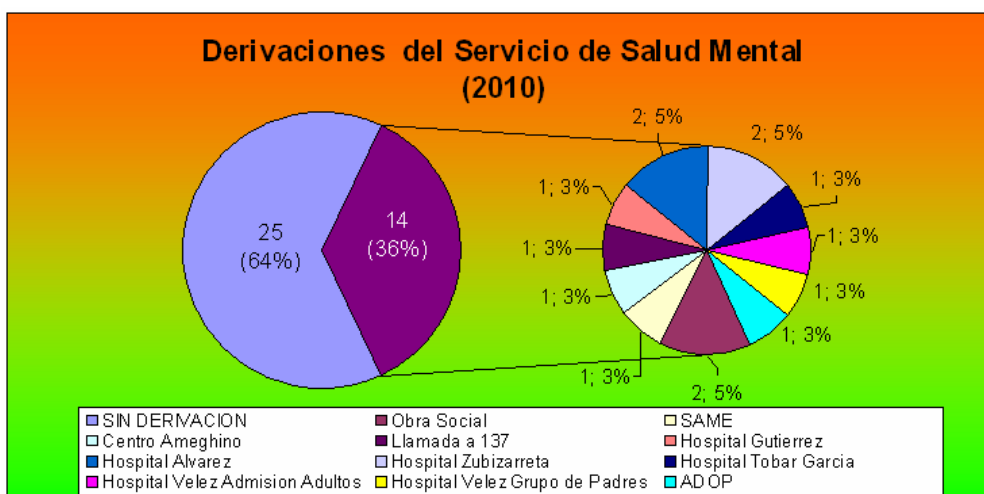


Gráfico N° 18. Fuente: elaboración propia.

Del total de la 11 Historias Clínicas evolucionadas (pacientes que iniciaron tratamiento) se determinó el tiempo de demora entre la fecha de la entrevista de Admisión y la primer Sesión del paciente. Se observa que dos de los pacientes de la muestra tienen un desvío importante en cuanto a los días de espera (208 en un caso, y 101 días en el otro). El promedio total es de 47 días.

Tiempo de Demora en Días	
Paciente 1	11
Paciente 2	12
Paciente 3	53
Paciente 4	47
Paciente 5	208
Paciente 6	5
Paciente 7	39
Paciente 8	12
Paciente 9	12
Paciente 10	19
Paciente 11	101
Total	519
Promedio	47

Cuadro Nº 8. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

En la entrevista de admisión se le informa al paciente que se comunicarán telefónicamente, para la asignación de un profesional que llevará a cabo su tratamiento. De las 39 entrevistas de admisiones se observó, como valor significativo, que en el 46% de las mismas el profesional no registra datos. De ese 46% (18/39) se desprende que 7%(3/18) de los pacientes no comenzó tratamiento. Por falta de registro se desconoce los motivos.

Del total de los pacientes con los que el Servicio se comunicó telefónicamente para dar fecha de la primera entrevista: el 13% (5/39) habló con un familiar, el 5% (2/39) se dejó mensaje en el contestador, y el 3% (1/39) se le asignó una fecha.



Gráfico Nº 19. Fuente: elaboración propia.

Del total de pacientes (8/39) luego de la Comunicación Telefónica para la asignación del turno: 62%(5/8) no concurrieron a la consulta y el 38%(3/8) asistieron a la consulta.



Gráfico N° 20. Fuente: elaboración propia.

Del total de las 39 admisiones determinadas en la muestra, se solicitó al Servicio de Salud Mental el 100% de las carpetas que fueron evolucionadas. Las mismas fueron 11 (3 pacientes a través de llamado telefónico y 8 no registra procedencia en cuaderno de Admisión).

Del análisis de las Historias Clínicas evolucionadas se extrajeron los siguientes datos de las fichas de primera entrevista:



Gráfico N° 21. Fuente: elaboración propia.

Diagnóstico Presuntivo de las HC en evolución	Cantidades de pacientes	%
Registra	6	55%
No registra	5	45%
Total HC evaluadas	11	100%

Cuadro N° 9. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

En **Adultos**, las admisiones son realizadas por una única Licenciada en Psicología (siempre el mismo profesional), registradas en forma desordenada en distintos tipos de recetarios, de tamaños diferentes y dispersos, contenidos en una carpeta titulada "Admisiones Enero y Febrero 2010". Además se encontraron entre éstos algunos recetarios de admisiones realizadas en enero, febrero y marzo del año 2011, así como también derivaciones para interconsulta con Psiquiatría y/o Psicología. A partir del 10 de Febrero del 2010 se implementó el registro, a través de un cuaderno que se extiende hasta el 10 de enero del 2011. En el mismo se encontraron nombres de pacientes, que ya estaban en tratamiento con el profesional encargado de las admisiones, así como también fechas y datos intercalados sin nombre del paciente.

Las admisiones efectuadas durante los meses seleccionados, se cumplieron de la siguiente forma:

En el mes de marzo: 1º semana lunes y martes, 2º semana martes y miércoles, 3º semana lunes, martes y miércoles, 4º semana lunes y 5º semana lunes, martes y miércoles.

En el mes de junio: 1º semana martes y miércoles, 2º semana lunes y martes, 3º semana no se realizaron admisiones, 4º semana martes y miércoles y 5º semana lunes, martes y miércoles.

En el mes de noviembre solamente se efectuaron admisiones los días lunes, martes y miércoles de la 1º semana.

En los tres meses evaluados se realizaron en total 69 admisiones a pacientes adultos. En el mes de marzo se registraron 34, en junio 28 y en noviembre 7.

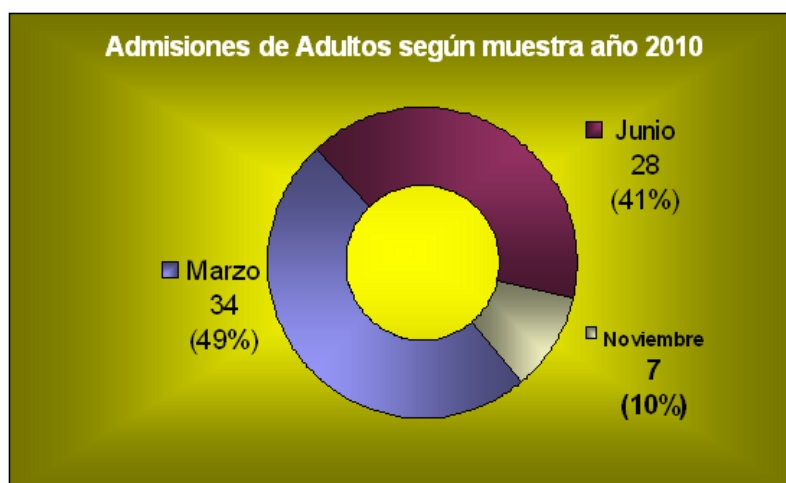


Gráfico N° 22. Fuente: elaboración propia.

De la totalidad de los 69 pacientes que concurrieron al Servicio de Salud Mental, para la Admisión de Adultos, se deduce que:

Sexo	Cantidad de Pacientes	Porcentaje
Femenino	43	62%
Masculino	26	38%
Total	69	100%

Cuadro N° 10. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Lugar de Residencia	Cantidad de Pacientes	Porcentaje
Capital	51	74%
Provincia	14	20%
No registra	4	6%
Total	69	100%

Cuadro N° 11. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

DNI del Paciente	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Registra	65	94%
No registra	4	6%
Total	69	100%

Cuadro N° 12. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Derivaciones	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Deriva	1	1%
No Deriva	68	99%
Total	69	100%

Cuadro Nº 13. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

EDAD	Cantidad de Pacientes	Porcentaje
entre 18 a 28	16	23%
entre 29 a 39	19	28%
entre 40 a 50	15	22%
entre 51 a 61	12	17%
entre 62 a 72	4	6%
entre 73 a 83	2	3%
No Registra	1	1%
Total	69	100%

Cuadro Nº 14. Fuente: datos suministrados por el HGADVS



Gráfico Nº 23. Fuente: elaboración propia.

Se realizó un listado con una muestra aleatoria a criterio de los auditores, de 35 Historias Clínicas, solicitando las mismas para su evaluación.

De la totalidad de las HC solicitadas, se nos informó que las mismas no fueron encontradas, por lo tanto este equipo de auditoría no pudo efectuar un análisis en forma análoga, como lo efectuado en pacientes Infanto-Juveniles.

La productividad del Servicio de Salud Mental es registrada como "Psicopatología – Prácticas" por División Estadística del HVS. Se computa la cantidad de psicodiagnósticos efectuados y los tratamientos: individual, grupal, pareja o familia, y psiquiatría. Esta información no forma parte de los datos elevados a Movimiento Hospitalario.

4. Departamento Diagnóstico y Tratamiento

4.1) Sección Anatomía Patológica⁶: Evaluar la eficiencia y eficacia en la productividad de la Sección Anatomía Patológica de acuerdo a la organización y funcionamiento del Servicio, teniendo en cuenta su gerenciamiento y la calidad de atención.

Limitación al alcance: No hubo.

Procedimiento: para evaluar la eficiencia y eficacia en la productividad de la Sección se tomó como muestra los meses de marzo, junio y noviembre de 2010, según criterio del equipo de auditoría. Se realizaron entrevistas a los responsables; Grilla de Habilitación Categorizante (Ministerio de Salud - Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica); Marco Normativo de Funcionamiento⁷; recursos humanos indicando horario asignado y funciones que desempeñan; listado de equipamiento tecnológico; planta física y registros fotográficos.

Tareas: Evaluación y análisis de la cantidad de estudios realizados (biopsias, citologías, autopsias), provenientes de Consultorios Externos, Internación y Guardia, durante los meses de marzo, junio y noviembre del 2010. Establecer el

⁶ Ver Anexo II (Grilla de Habilitación Categorizante -Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica- Ministerio de Salud).

⁷ Resolución 1703/2007. Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Patología y Laboratorios de Patología. Ministerio de Salud.



número de Patólogos necesarios de acuerdo a la carga laboral mensual o anual, y en base al tiempo estipulado para cada biopsia, citología y autopsia.

Determinar el nivel del Servicio de Patología que está en relación directa con la cantidad de trabajo, la variedad de éste, los objetivos propuestos por el hospital y el equipamiento tecnológico instalado.

Análisis de productividad: El Servicio cuenta con 1 (uno) personal administrativo (35hs semanales), el mismo coopera con el laboratorio en la coloración de los Papanicolau (PAP); 1 (uno) citotécnico (30 hs sem.), su función es el procesamiento de los PAP y los screening de los mismos; 2 (dos) histotécnicos (30 hs cada uno), sus funciones comprenden el procesamiento hasta el diagnóstico histológico; 2 (dos) médicas patólogas (de 40 hs), una de ellas es Jefa de la Unidad y la otra Médica de Planta .

La Res.1703/2007 (deroga la Res. Ministerial 608/04), establece las directrices de organización y funcionamiento de los Servicios de Patología y Laboratorios de Patología. Entre los requerimientos mínimos comprendidos en Recursos Humanos está el área médica, integrada por médicos patólogos. La cantidad requerida para cada Servicio se calcula de la siguiente forma: teniendo en cuenta el tiempo para cada biopsia (aproximadamente 30 min.), de cada citología (aprox. 10 min), y de cada autopsia (420 min.), considerando las cantidades de semanas y días del año laborales (52 / 252), dividiendo el tiempo anual o mensual disponible de cada patólogo, y descontando las horas dedicadas para docencia, investigación, ateneos u otra actividad asignada no asistencial.

En el año 2010 la productividad promedio mensual fue de: 121 biopsias y de 350 citodiagnósticos. En base a los datos evaluados, se requiere de un tiempo promedio aproximado de 6 hs. Diarias, para el diagnóstico anátomo-patológico de las biopsias y los citodiagnósticos recibidos.

Los tiempos promedio de entrega de resultados son: PAP (técnica de Papanicolau) un mes; lo mismo para placentas, y las muestras urgentes se informan en 3 (tres) días.

Considerando los tiempos promedio que establece la Resolución (valores teóricos), se calcula la cantidad de biopsias, citodiagnósticos y autopsias y se compara con los realizados.

Se observa que en este Servicio existe un desvío negativo en la productividad de 47% en biopsias y 45% para citodiagnósticos.⁸

⁸ Grafico de producción

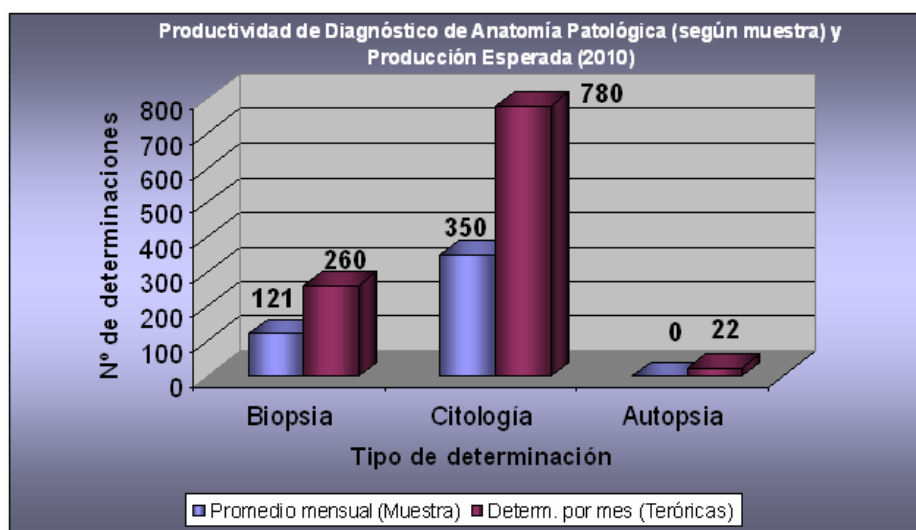


Gráfico N° 24. Fuente: elaboración propia.

Cálculo de Productividad Teórica Mensual						
Conceptos	Estipulado	Unidad	Determ. estip. por día	Determ. por semana	Determ. por mes (Teróricas)	Determ. por año (Teóricas)
Biopsia	30	minutos	12	60	260	3.120
Citología	10	minutos	36	180	780	9.360
Autopsia	420	minutos	1	5	22	260
Horario laboral	6	horas				
Días laborales	5	Días				
Días x año (laboral)	252	Días				
Semana x año (laboral)	52	Semanas				

Cuadro N° 15. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Productividad Mensual (Según muestra)						
Determinaciones	Mar-10	Jun-10	Nov-10	Totales	Promedio mensual (Muestra)	Desvío
Biopsia	106	137	121	364	121	47%
Citología	371	455	223	1.049	350	45%
Autopsia	0	0	0	0	0	0%

Cuadro N° 16. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Diagnósticos	Promedio mensual (Muestra)	Determ. por mes (Teróricas)	Desvío (negativo)
Biopsia	121	260	47%
Citología	350	780	45%
Autopsia	0	22	0%

Cuadro N° 17. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

4.2) Unidad Laboratorio: Evaluar eficiencia y eficacia de la productividad de la Unidad Laboratorio, de acuerdo a la organización y funcionamiento del Servicio, teniendo en cuenta el gerenciamiento y la calidad de atención coincidente con los objetivos del establecimiento.

Limitación al alcance: No hubo.

Procedimiento: Se realizaron entrevistas a los responsables, Grilla de Habilitación Categorizante, marco normativo de funcionamiento, recursos humanos indicando horario asignado y funciones que desempeñan, listado de equipamiento tecnológico y planta física.

Tareas: Análisis de la organización y funcionamiento de la Unidad Laboratorio en el Hospital Vélez Sarsfield de acuerdo a: Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Laboratorio de los Establecimientos Asistenciales⁹, así mismo las normas elaboradas se adecuan a los Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales con Internación, según niveles de riesgo¹⁰ y se inscriben dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica¹¹. Revisión de la Guía de Evaluación de los Laboratorios de Análisis Clínicos¹².

⁹ Resolución N°171/97 Ministerio de Salud

¹⁰ Resolución 282/94

¹¹ Resolución Ministerial N° 149/93.

¹² Resolución N° 739/00 Ministerio de Salud

Categorización por Niveles de Riesgo:

Categorización del Laboratorio	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
Área de Especialización	NO	Hematología: Hematimetría - Hemostasia - Citología Hemática Química Clínica: Química Clínica manual, semiautomática y automática. Microbiología Inmunología Medio Interno	Hematología: Hematimetría - Citología Hemática - Hemostasia - Inmunohematología Hemoglobiopatías Química Clínica: Bioquímica clínica manual, semiautomática y automática Endocrinología Gastroenterología Medio Interno inmunología Microbiología Otras especialidades: Toxicología - Radioquímica - Micología - Virología - Citología Genética - Metabolopatías - etc.
Guardia del Laboratorio	NO	SI	SI
Dependencia Administrativa	Grupo de trabajo	Unidad o Servicio	Servicio o Departamento

Cuadro Nº 18. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Para la realización del Procedimiento de Evaluación del Laboratorio se tomó como herramienta la Guía comprendida en la Resolución Nº 739/00.

- Recursos Humanos.
- Planta física.
- Módulo laboratorio (área técnica).
- Locales para toma de muestras.
- Sala de espera, depósitos, sanitarios, sala de lavado de material, despacho del jefe, sala de descanso.
- Especialización área técnica.
- Admisión de pacientes, conservación y procesamiento de las muestras, registros.
- Controles internos y externos.
- Prácticas mínimas.

Recursos Humanos

BIOQUIMICOS DE PLANTA	8(ocho)	Sección Hematología y Hemostasia: 3 (2 bioquímicos de planta de 24hs; 1 bioq. de 10hs resto de guardia). Sección Química: 4 (2 bioq. de 24hs y 2 bioq. de 10hs, resto de Guardia). Sección Bacteriología: 3 (2 bioq. de 24hs y 1 de 40hs.). Sección Endocrinología: 4 bioq. de 10hs, resto de Guardia)
BIOQUIMICOS DE PLANTA Y DE GUARDIA	4(cuatro)	5 (cinco) hs c/u
BIOQUIMICOS DE GUARDIA	5 (cinco), más 2 Suplentes de Guardia.	
TÉCNICOS	5 (cinco)	Orinas:1, Serología:1, Bacteriología:2, Hemostasia:1.
PERSONAL DE ENFERMERÍA	3 (tres)	
ADMINISTRATIVOS	4 (cuatro)	Mesón de Entradas

Cuadro Nº 19. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

La Unidad Laboratorio está a cargo de una Jefa (40 hs.). El Servicio posee una sola Área de Especialización: Sección Bioquímica Clínica. La responsable de la misma, cumple también funciones en la Unidad como Subjefa.

De los 4 (cuatro) administrativos asignados a la atención de pacientes, actualmente se encuentran 2 (dos) con licencia, (una, por tratamiento psiquiátrico, y otra, por licencia anual ordinaria); la tercera trabaja en el primer piso (Laboratorio de Bacteriología). En el horario de 9 a 11hs cumple funciones en ventanilla de Admisión de P.B recibiendo el material para el área de Bacteriología. Luego se dirige a cumplir sus funciones administrativas en el laboratorio del primer piso. Esto ha ocasionado inconvenientes en la atención y recepción de pacientes.

Es deficiente el sistema de registración de muestras de Bacteriología, ya que el cuaderno de ingreso -donde se vuelca la información- solamente permanece en su sitio de 09 a 11hs (a cargo de la persona responsable que cumple dicho horario). El resto del tiempo los datos de registro se transmiten telefónicamente y/o el registro se traslada continuamente entre planta baja y 1er piso, con el riesgo de error que este método implica.

No todos los agentes cumplen con los requisitos indicados por la ley para quienes se desempeñen en Administración de Laboratorios (preferentemente con título secundario, conocimientos elementales de procedimientos administrativos y manejo básico en computación).

La etapa Preanalítica¹³, Analítica y Postanalítica forman parte del proceso en los Sistemas de Gestión de Calidad en Laboratorios. Los puntos de debilidad mencionados anteriormente influyen directamente en la calidad del mismo.

Nota: El día 28 de setiembre próximo pasado se verificó la presencia de carteles en la ventanilla de Admisión del Laboratorio indicando: *"Otorgamiento de 20 turnos por día a partir de las 10hs. No se otorgan turnos por la tarde. Se otorgan turnos solo a embarazadas y urgencias. Controles de salud: A partir del 09/11/11"*.

Cabe mencionar que dicho día se otorgaban turnos a los pacientes para fines de octubre.

Esta situación permaneció hasta la fecha de cierre de las tareas de Auditoría de Campo (11 de Noviembre 2011).

Planta Física

1. Unidad Laboratorio:

-Planta baja.

1.1 Laboratorio superficie: 66.43M2. Corresponde a los sectores de Química, Guardia (10.35m2), Hematología, Orinas, Sector lavado (4.04m2), Jefatura (3.2 m2), Baño (1.8m2), Vestidor, hall heladera, pasillo.

1.2 Boxes de Extracciones.: $4.8 \times 2.9 = 13.92 \text{ m}^2$.

1.3 Hall Mesón: $3 \times 1.8 = 5.4 \text{ m}^2$, mesón 5.76 m^2 en total: 11.6 m^2 .

-Primer Piso

1.4 Laboratorio de Bacteriología: 1er piso (única puerta de acceso junto al Sector Serología, perteneciente a la Sección Hemoterapia). Superficie 8.64 m^2 .

1.5 Laboratorio: 3.24 m^2 .

1.6 Cabina: 3.24 m^2 .

1.7 Precabina 2.16 m^2 : en total 8.64 m^2 .

¹³ Fase Preanalítica, es el tiempo que transcurre entre el pedido médico de las determinaciones analíticas y el análisis de la muestra. Es necesario una preparación correcta del paciente, correcta extracción; transporte; identificación de la muestra; preparación para su análisis, entre otras actividades.

Equipamiento Tecnológico:

Breve descripción de algunos de los auto-analizadores que poseen en el Laboratorio del HVS:

- Vitalab Selectra 2: es un autoanalizador de última generación, multiparamétrico, bidireccional, que posibilita la realización de todas las prácticas de Bioquímica Clínica. Su rendimiento final es de 180 determinaciones por hora.

Además de las determinaciones rutinarias de Bioquímica Clínica en su totalidad: Glucosa, urea, colesterol, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, ácido úrico, fósforo, GOT, GPT, bilirrubina, calcio, amilasa, CK-NAC, creatinina, fosfatasa alcalina, gamma glutamil transpeptidasa, proteínas totales, hierro, LDH, magnesio, colinesterasa, CK-NAC MB, albúmina, proteínas urinarias, 5'nucleotidasa, fructosamina, entre las más frecuentes, permite la realización de reacciones turbidimétricas en inmunología: IgG, IgA, IgM, C 3, C4, P.C.R., alfa 1 glicoproteína, ASTO, factor reumatoideo, drogas de abuso y terapéuticas, entre otras.

- Cobas 411: Realización de inmunoensayos Autoanalizador de Hormonas.

Analizador para inmunoensayos heterogéneos, multicanal selectivo. Diseñado para cargas medias. Capacidad para 15 pruebas a bordo. Rendimiento de hasta 85 test por hora.

- Cell-Dyn 3700: utiliza el concepto de tecnologías complementarias para incrementar la exactitud y la eficiencia de los Laboratorios de Hematología con mucha carga de trabajo. Logra automatizar por completo los recuentos de células sanguíneas (CBC) y mejorar el funcionamiento y la productividad en ambientes de gran exigencia. Automatización con 24 parámetros*, Diferencial leucocitario de cinco partes ,90 muestras por hora.
- Bayer Rapilab 1200: Analizador de gases en sangre Multiparamétrico. Tiempo procesamiento: 60 seg. Gases en sangre, ácido base, Co-oxímetro: Hb, oxihemoglobina, carboxi hemoglobina ; electrolitos: sodio, potasio cloruro; calcio; metabolitos: glucosa, lactato

La automatización de métodos destinada a explorar signos bioquímicos, racionalmente utilizada y convenientemente adaptada a las características de la demanda y/o necesidades de los Servicios, aporta eficiencia en la producción de prácticas en la demanda masiva. La instrumentación mecanizada permite: a) Incrementar la precisión, b) Aumentar la capacidad de producción, manteniendo constantes el resto de los factores estructurales.

Para instrumentar un proceso de automatización en el Laboratorio es preciso establecer los beneficios en cuanto a la reducción de la estadía hospitalaria, el

costo de la atención ambulatoria y hacer posible una mejor y mayor cobertura en la atención de salud.

Durante el año 2010, ingresaron a Laboratorio un promedio de 140 (ciento cuarenta) pacientes/día, de los cuales 40 (cuarenta) corresponden a estudios bacteriológicos, y los 100 (cien) restantes a determinaciones que se realizan en el resto de los sectores del Laboratorio. Se reciben muy pocas muestras derivadas desde otros hospitales.

4.3) Unidad Farmacia: Categorización de la atención farmacéutica, adaptándose a los criterios del Programa Nacional de Garantía de Calidad, en base a la Resolución 641/2000: Normas de Organización y Funcionamiento de Farmacia en Establecimientos Asistenciales, Ministerio de Salud.

Procedimiento: verificar el cumplimiento de las actividades correspondientes a la Farmacia del HVS en la gestión, dispensación, farmacotecnia, centro de información de medicamentos, farmacocinética, intoxicaciones, farmacovigilancia, docencia e investigación, atención primaria y esterilización.

Se realizaron entrevistas a los responsables; grilla de habilitación categorizante, marco normativo de funcionamiento; recursos humanos indicando horario asignado y funciones que desempeñan; listado de equipamiento tecnológico; planta física.

Limitación al alcance: No hubo.

Tareas: Análisis de la organización y funcionamiento de la Unidad Farmacia en el Hospital Vélez Sarsfield de acuerdo a: Normas de Organización y Funcionamiento de Farmacia en Establecimientos Asistenciales¹⁴, Guía para la Evaluación de la Calidad de los Servicios Farmacéuticos¹⁵; Anexo a la Resolución N°282, que constituye el esquema básico y elemental sobre la categorización de los Establecimientos Asistenciales con internación. Se analizaron los requerimientos mínimos, con el objetivo de determinar el Nivel en que está comprendido el Servicio de Farmacia del Hospital Vélez Sarsfield.

- La complejidad de cada Nivel determinará las prestaciones farmacéuticas que serán atendidas.

¹⁴ Resolución 641/2000 Salud Pública Ministerio de Salud.

¹⁵ Acta Farm. Bonaerense 15(2):125-9 (1996). Se adjunta el modelo de grilla como Anexo.

ACTIVIDADES	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
GESTION	SI	SI	SI
DISPENSACION	SI	SI	SI
ELABORACION	SI (1)	SI (2)	SI (2)
INFORMACION DE MEDICAMENTOS	SI	SI	SI
FARMACOCINETICA	OP	OP	SI
TOXICOLOGIA	OP	OP	SI
FARMACOVIGILANCIA	SI	SI	SI
RADIOFARMACIA (5)	NO	NO	OP
ESTERILIZACION (3)	SI	SI	SI
DOCENCIA E INVESTIGACION PREGRADO Y POSGRADO	SI	SI	SI
ASIST. FARM. DE URGENCIA (4)	OP	OP	SI

Cuadro Nº 20. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

- (1) No necesitan condiciones de seguridad biológica.
 (2) Necesitan áreas definidas, separadas y con seguridad biológica.
 (3) Esterilización: de acuerdo a lo establecido en la Resolución nº 209.
 (4) De acuerdo a la estructura organizacional de cada Establecimiento Asistencial.
 (5) De acuerdo a normas pertinentes o vigentes. (OP) Opcional.

Se analizaron los requerimientos mínimos necesarios de:

- Planta Física.
- Equipamiento Tecnológico.
- Recurso Humano.
- Marco Normativo de Funcionamiento.

a. Planta Física:

Las condiciones de las diferentes áreas que conforman el Servicio Farmacia del hospital Vélez Sarsfield son deficientes, respecto a la estructura edilicia, distribución de las superficies en áreas definidas e independientes, ubicación y condiciones de seguridad.

Se observó falta de cumplimiento en:

- El tipo de material de paredes lavables, y pisos antideslizantes.
- La circulación de personas, elementos, equipos.

- Instalaciones de gas, agua, aire filtrado, vacío, red eléctrica, comunicación y regulación de la temperatura adecuada.
- Protecciones de Seguridad para operadores y medio físico.
- Instalaciones sanitarias para el personal.
- Mesadas de acero inoxidable.
- En la atención a pacientes de Programas Especiales, falta un sitio adecuado para su recepción (son atendidos a través de una ventanilla).
- La Guardia permanente, carece de espacio y condiciones ambientales para que la misma se realice.
- No existe un área para la realización de los procedimientos básicos de Gestión de las Adquisiciones.
- La Sección Droguería está ubicada dentro del área central de Farmacia, en una mesada próxima a la salida que comunica con el Sector de Mantenimiento. En éste último se encuentran los tres Depósitos: Productos Biomédicos, Especialidades Médicas (carece de un sistema regulador de temperatura ambiente) y Textiles.

b. Equipamiento Tecnológico:

Los equipos que disponen son deficientes. De los siete que poseen, el 28% (2/7) no funciona, y otro 28% (2/7) son obsoletos. En consecuencia no cuentan con los elementos necesarios para garantizar una práctica farmacéutica adecuada.

Carece de áreas definidas y separadas, como por ejemplo: Área de Dispensación, Área de Elaboración y Reenvasado, Centro de Información de Medicamentos (CIM), Área de Docencia e Investigación.

c. Recursos Humanos:

Lo conforman 3 (tres) Jefes, a cargo de: Unidad Farmacia, Sección Droguería y Sección Esterilización, con una carga horaria de 40hs c/u; 7(siete) Farmacéuticos de Guardia, 2(dos) Suplentes de Guardia; 2 (dos) Farmacéuticos de Planta (30hs), 1(un) Administrativo (35hs), y 1(un) operario (35hs).

d. Marco Normativo de Funcionamiento (Res.641/00).

Según Normativa, la Organización Funcional del Servicio de Farmacia la conforman básicamente las siguientes gestiones:

- Gestión Administrativa.
- Gestión Clínica.
- Gestión Asistencial: comprende Dispensación y Elaboración.
- Gestión Docente.
- Gestión de Investigación.

Gestión Clínica

Comprende:

- Selección y elaboración de la guía farmacoterapéutica.
- Integración de los equipos clínicos.
- Información de medicamentos.
- Estudios de utilización de medicamentos.
- Elaboración de protocolos.
- Farmacovigilancia.

Gestión Asistencial

-Dispensación comprende:

- Sistemas de dosis unitarias.
- Control de estupefacientes y otros.
- Dispensación ambulatoria.

-Elaboración comprende:

- Fórmulas magistrales.
- Análisis y control.
- Envasado, reenvasado y etiquetado.
- Mezclas: nutrición parenteral, citostáticos, entre otros.

Gestión de Docencia e Investigación

El Servicio de Farmacia carece del Área de Docencia e Investigación, encargada de la capacitación de profesionales y del personal técnico.

No dispone de un Programa de Docencia e Investigación., Programa de Residencias en Farmacia Hospitalaria, Programas de Educación al Paciente, Programas de Seminarios Internos del Servicio.

No se implementan Programas de Investigación aplicada.

No dispone del material pedagógico y didáctico que garantice el desarrollo de las tareas docentes.

Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT)

El Establecimiento Asistencial debe disponer de una Guía Farmacoterapéutica, que refleja la elección de los medicamentos disponibles. Constituye un documento consensuado a través del CFT. La prescripción de los medicamentos en el hospital se debe ajustar a él.

El CFT es el que establece la política de los medicamentos. Sus objetivos contemplan:

- Recomendar una Política de Utilización.
- Educar sobre el Uso Correcto.
- Elaborar Protocolos de Utilización.
- Implantar Programas de Detección, Seguimiento y Evaluación de Reacciones Adversas.
- Cooperar en Programas de Garantía de Calidad.
- Seleccionar los Medicamentos: Guía Farmacoterapéutica y CIM.

El Comité de Farmacia y Terapéutica del HVS no funciona, fue reemplazado por el CRAIS (Comité de Racionalización de Adquisición de Insumos y Servicios), integrado por los Jefes de Servicio.

Sección Esterilización:

Su dependencia en el Organigrama Hospitalario es de Unidad Farmacia.

Comentario

El Servicio está siendo remodelado desde el 24 de octubre del presente año 2011.

La preparación de material textil (vendas, gasas, apósitos) se realiza en el hospital para luego ser retirado por la empresa tercerizada Asistho. Esta empresa realiza la esterilización por calor húmedo (autoclave) y por óxido de etileno.

Las entregas del material esterilizado por la empresa se realizan cada 24hs (calor húmedo) y cada 72hs (óxido de etileno).

El HVS ha recibido una autoclave doble puerta marca Hörner (donación de COAS), el que aún no está totalmente instalado. El anterior autoclave fue dado de baja.

En la Sección momentáneamente están realizando solamente esterilización por calor seco (estufa) para el material de quirófano; para lo cual adaptaron un sector a dicha tarea.

5. Encuestas de satisfacción de usuarios: Se recabó la opinión de usuarios de Servicios Ambulatorios del HGAVS respecto a calidad de atención recibida.

Limitaciones al alcance: No hubo.

Procedimiento: Se concurrió a los Servicios de Guardia, Consultorios Externos y Laboratorio a los fines de realizar 99 encuestas a personas que acabaron de ser atendidas, tendientes a registrar la opinión de los usuarios de los mencionados Servicios.

La tarea se realizó en base a un cuestionario de no más de 20 preguntas¹⁶, confeccionadas por el Equipo de Auditoría con la finalidad de establecer diferentes datos: edad y sexo del usuario; trato recibido por el personal de ventanilla de turnos, accesibilidad al mismo; demora y calidad en la atención del Equipo Profesional; estado de las instalaciones y baños; percepción de seguridad en Sala de Espera; residencia dentro del Área Programática del hospital, recomendación a terceros, entre otros.

¹⁶ Guardia: 14 preguntas.
Consultorios Externos: 20 Preguntas.
Laboratorio: 18 preguntas.

Resultados:

Guardia:

El Servicio de Guardia del HGADVS se ubica en la Planta Baja , sobre la calle Calderón de la Barca 1550.

A los fines de realizar el presente procedimiento se entrevistó a 33 personas que utilizaron el Servicio.

Como resultado se establecen los siguientes datos:

- El 58% (19/33) de las mismas corresponden al género femenino y el restante 42% (14/33) al masculino.

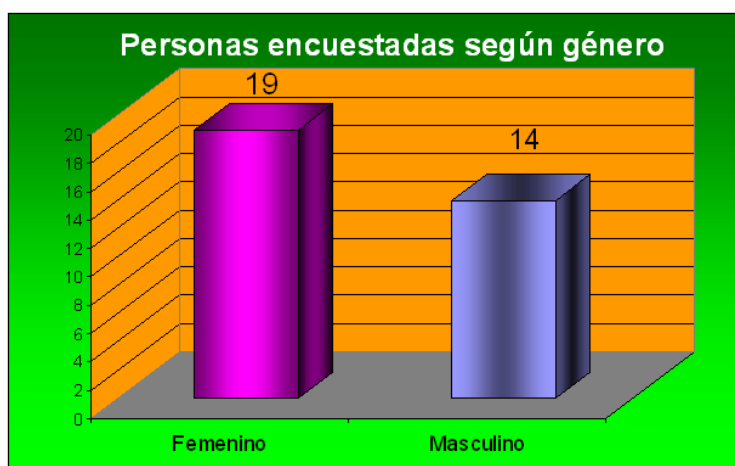


Gráfico N° 25. Fuente: elaboración propia.

- El 91% (30/33) no tiene Obra Social y el restante 9% (3/33) sí la posee.



Gráfico N° 26. Fuente: elaboración propia.

- Los tiempos de espera registrados fueron los siguientes:

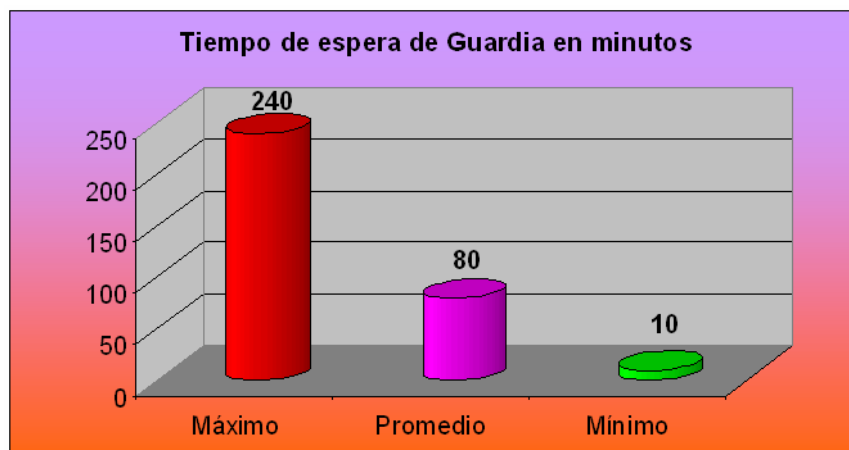


Gráfico N° 27. Fuente: elaboración propia.

- La opinión de las personas encuestadas, sobre el estado general de la Guardia fue Buena en el 58% (19/33) de los casos y Regular en el restante 42% (14/33); respecto a la atención recibida dentro del Servicio las opiniones fueron Buenas en el 79% (24/33) de los casos y Regulares en el 21% (7/33).

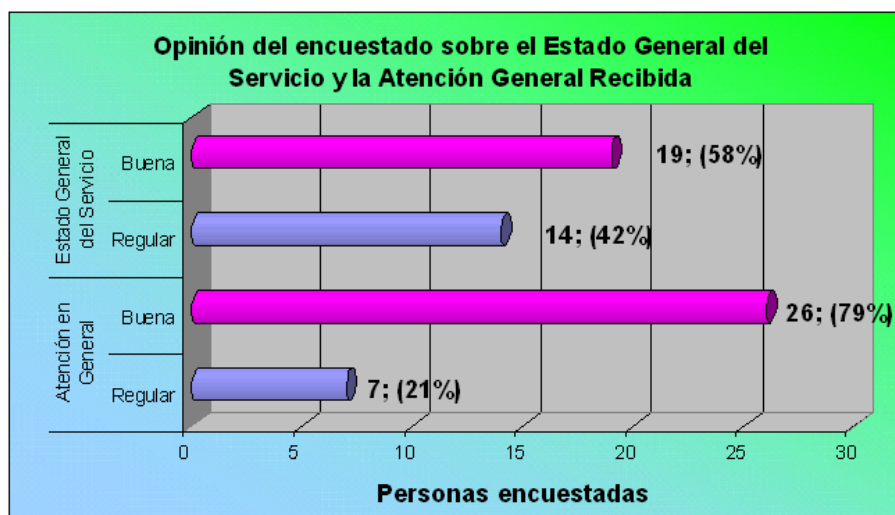


Gráfico N° 28. Fuente: elaboración propia.

- El 70% (23/33) de las personas encuestadas afirman residir dentro del Área Programática del Hospital, mientras que el 30% (10/33) restante afirman que no.

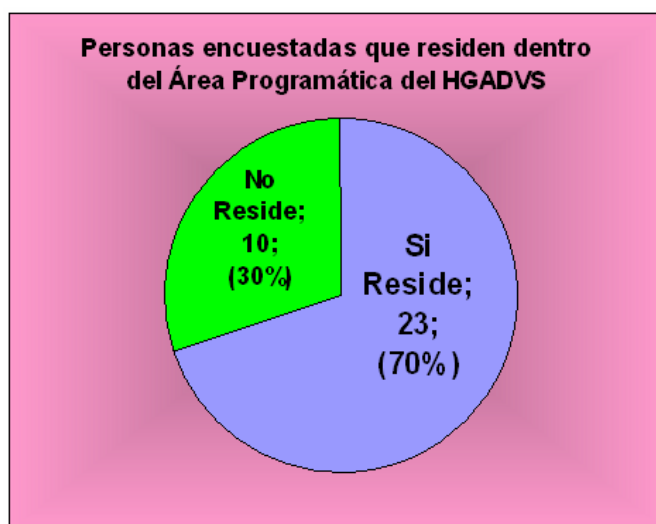


Gráfico N° 29. Fuente: elaboración propia.

- El 91% (30/33) personas encuestadas recomendarían la Guardia del Hospital a terceros. El 9% (3/33) restante no.



Gráfico N° 30. Fuente: elaboración propia.

Consultorios Externos (C.E):

Los C.E del HGADVS se ubican en la Planta Baja, sobre la entrada que da a la Av. Lope de Vega.

A fin de realizar el presente procedimiento se entrevistó a 33 personas que utilizaron el Servicio.

Como resultado, se establecen los siguientes datos:

- El 58% (19/33) de las mismas corresponden al género femenino y el restante 42% (14/33) al masculino.

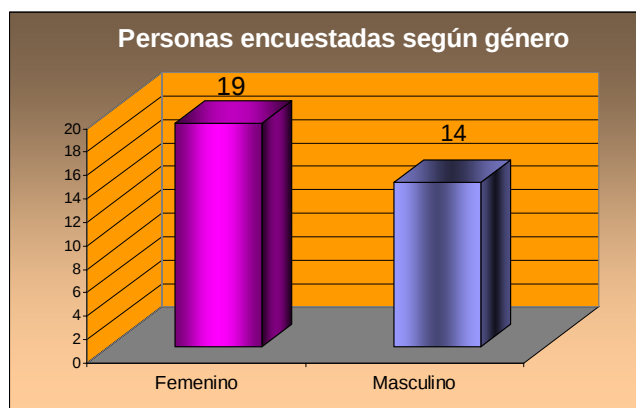


Gráfico N° 31. Fuente: elaboración propia.

- La edad promedio de las personas que se atienden por Consultorios Externos fue de 38 años, con un máximo de 90 y un mínimo de 1 año.

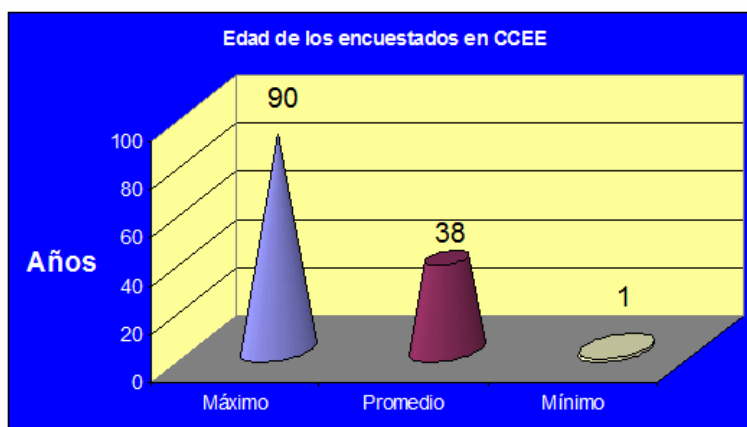


Gráfico N° 32. Fuente: elaboración propia.

- El 67% (22/33) no tiene Obra Social y el restante 33% (11/33) la posee, distribuyéndose entre: PAMI (15%), Plan Médico de Cabecera (15%) y OSUOCRA (3%).

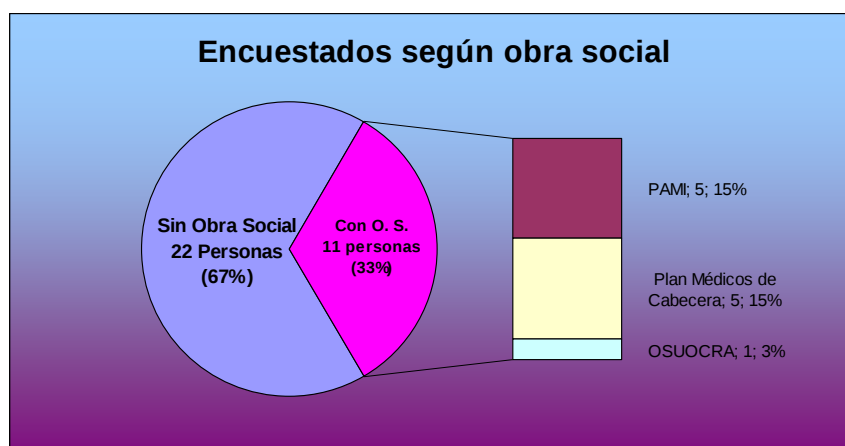


Gráfico N° 33. Fuente: elaboración propia.

- El 12% (4/33) de los encuestados era la primera vez que se atendían en los CCEE del HGADVS, mientras que el restante 88% (29/33) estaba por una consulta ulterior.

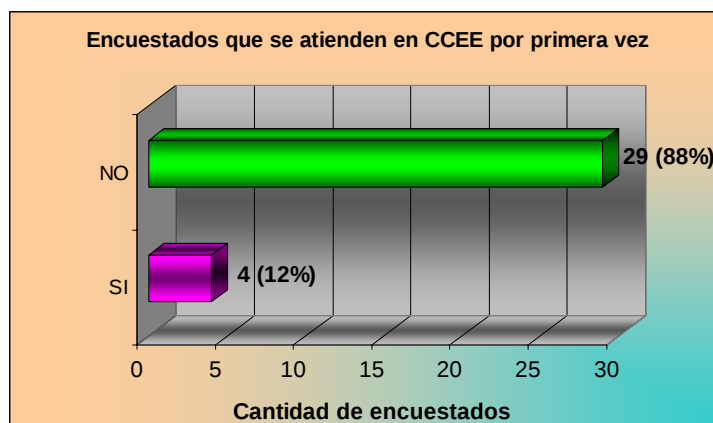


Gráfico N° 34. Fuente: elaboración propia.

- El 67% (22/33) de las personas obtuvieron su turno a través de la ventanilla del HGADVS y el 3% lo obtuvo por teléfono. El restante 30% (10/33) se acercó directamente al consultorio de su médico, el que los atendió sin turno previo.

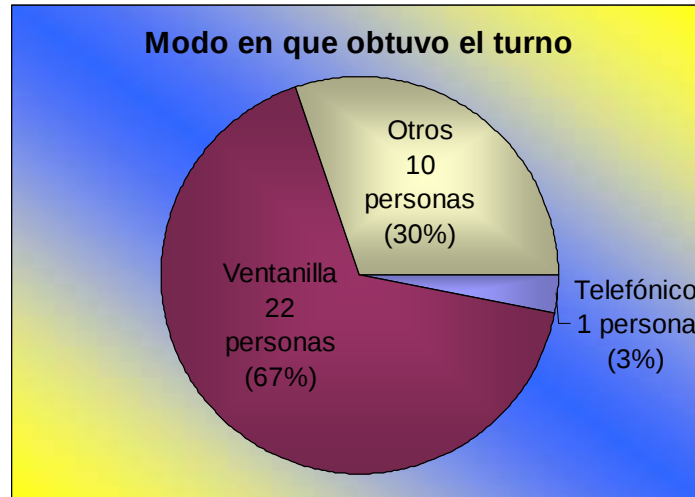


Gráfico N° 35. Fuente: elaboración propia.

- El 67% de los encuestados refieren que el trato recibido por el personal de ventanilla fue Bueno, el 18% afirma que fue Regular, el 9% que recibió un Excelente trato y el 6% restante No contestó.



Gráfico N° 36. Fuente: elaboración propia.

- Los tiempos de espera registrados fueron los siguientes:

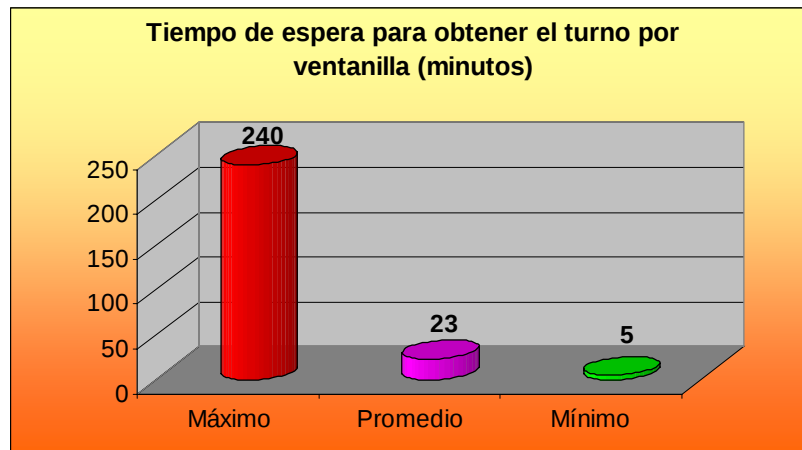


Gráfico N° 37. Fuente: elaboración propia.

- Tiempo de la consulta profesional:

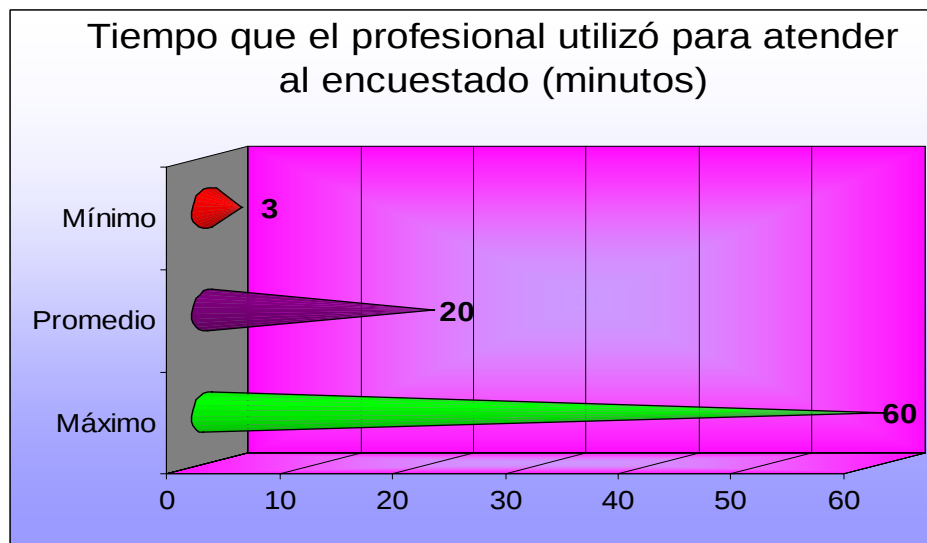


Gráfico N° 38. Fuente: elaboración propia.

- El 97% (32/33) de los encuestados estuvo conforme con la atención recibida en los CCEE y recomendaría el servicio a terceros.

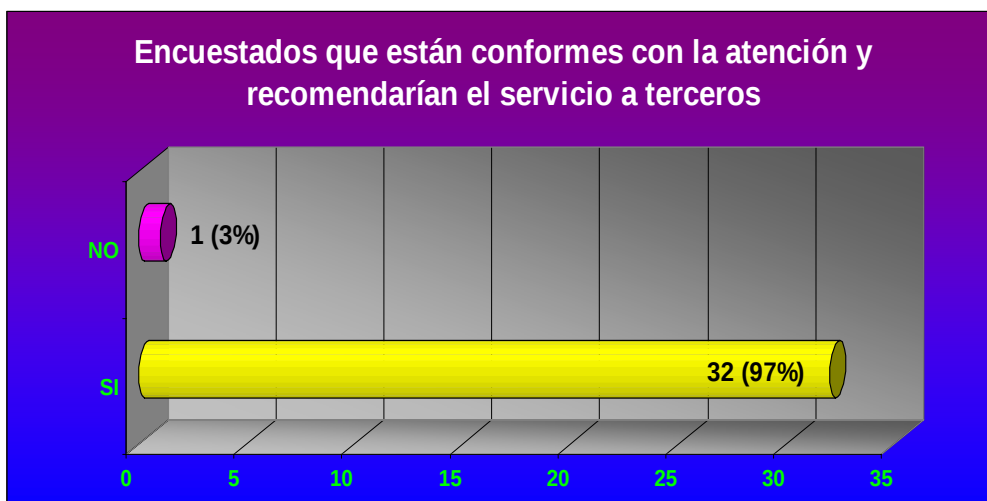


Gráfico N° 39. Fuente: elaboración propia.

- El 70% (23/33) de los encuestados afirman vivir dentro del Área Programática del HGADVS, mientras que el restante 30% (10/33) no. Asimismo, la misma cantidad de personas refieren que el estado general de los CCEE es Bueno (70%), mientras que el 10% afirma que es Excelente.

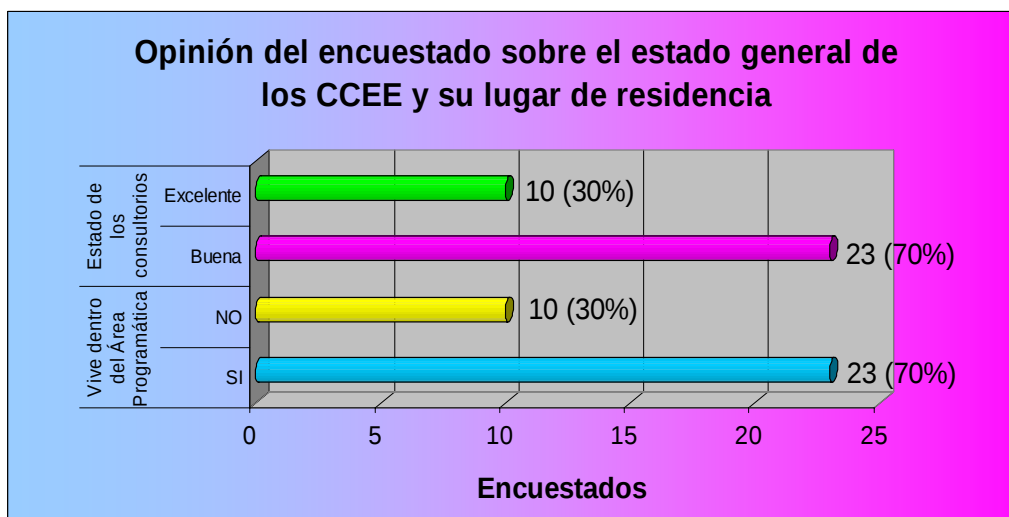


Gráfico N° 40. Fuente: elaboración propia.

Laboratorio:

Se ubica en la Planta Baja, con acceso sobre la calle Calderón de la Barca 1550.

A fin de realizar el presente procedimiento se entrevistó a 33 personas que utilizaron el Servicio.

Como resultado, se establecen los siguientes datos:

- El 64% (21/33) de las personas encuestadas corresponden al género femenino y el restante 36% (12/33) al masculino.

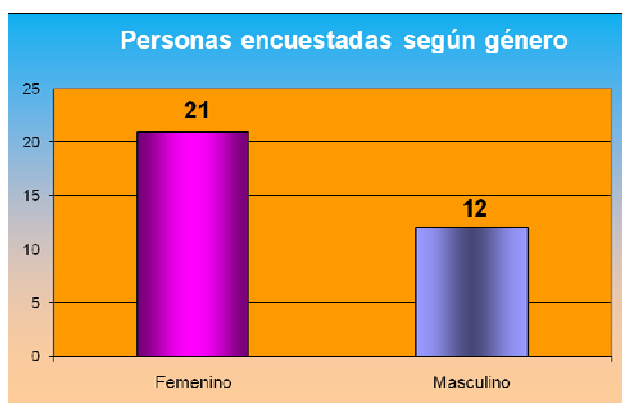


Gráfico N° 41. Fuente: elaboración propia.

- La edad promedio de las personas que concurrieron a realizar análisis fue de 40 años, con un máximo de 79 y un mínimo de 5 años.



Gráfico N° 42. Fuente: elaboración propia.

- El 82% (27/33) no tiene Obra Social.

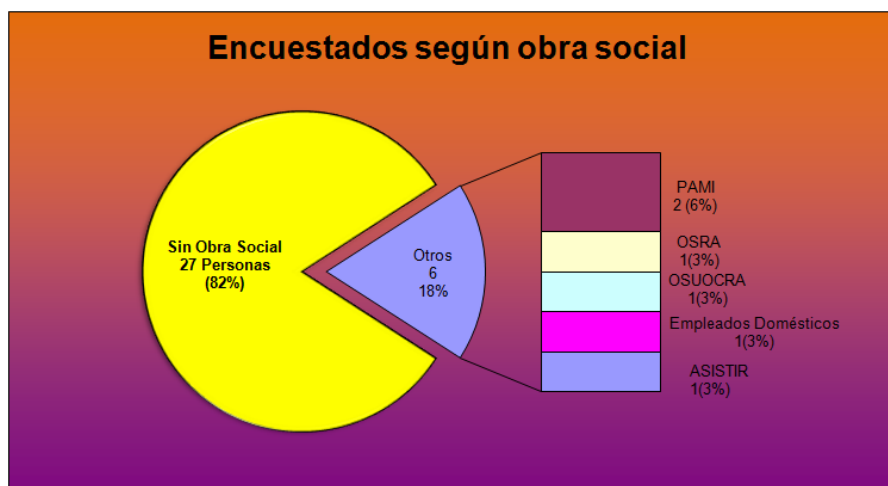


Gráfico N° 43. Fuente: elaboración propia.

- El Laboratorio otorga turnos a 8 días en promedio, con un máximo de 15 y un mínimo de 1 día.



Gráfico N° 44. Fuente: elaboración propia.

- El 52% (17/33) de los encuestados obtuvo su turno por ventanilla, el 30% (10/33) fueron derivados de la Guardia, el 3% (1/33) lo obtuvo en forma telefónica y el resto por otros medios (por ejemplo tener un conocido en Laboratorio).

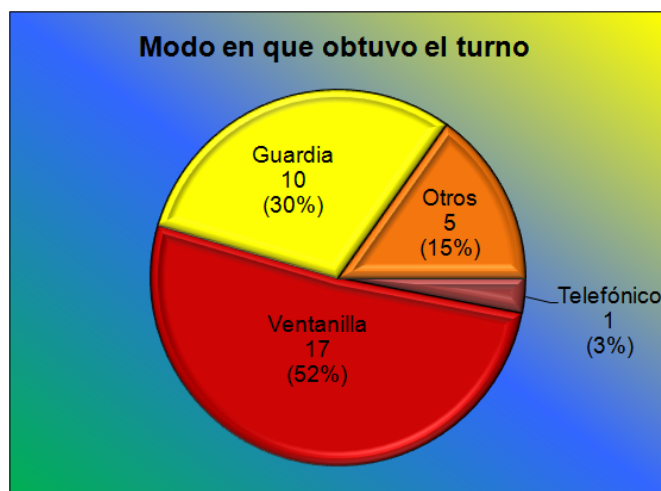


Gráfico N° 45. Fuente: elaboración propia.

- El 90% de los entrevistados opinan que el trato recibido por el personal de ventanilla de turnos es Bueno, el 5% afirmó que el trato fue Excelente, mientras que el resto No contestó.

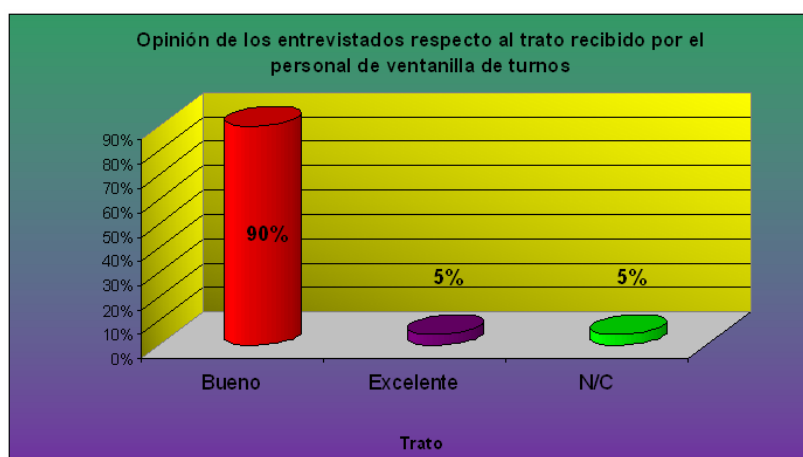


Gráfico N° 46. Fuente: elaboración propia.

- El tiempo promedio de espera, para obtener el turno por ventanilla, es de 18 minutos, con un máximo de 40 y un mínimo de 5 minutos.

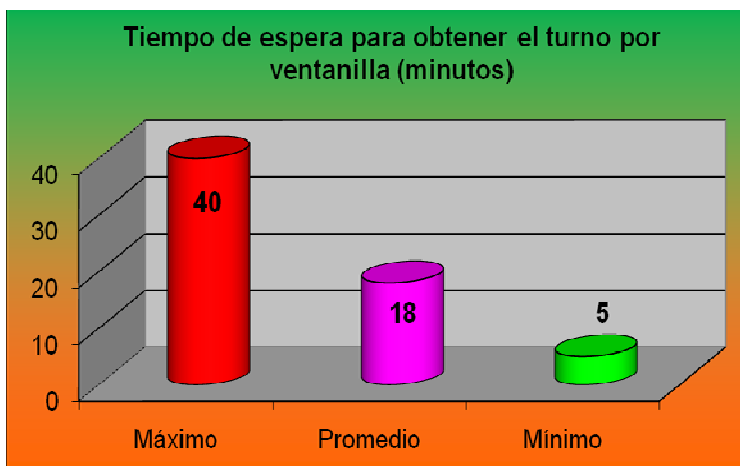


Gráfico N° 47. Fuente: elaboración propia.

- El tiempo promedio entre la hora del turno y la extracción de la muestra a analizar fue de 52 minutos, con un máximo de 270 y un mínimo de 4 minutos.

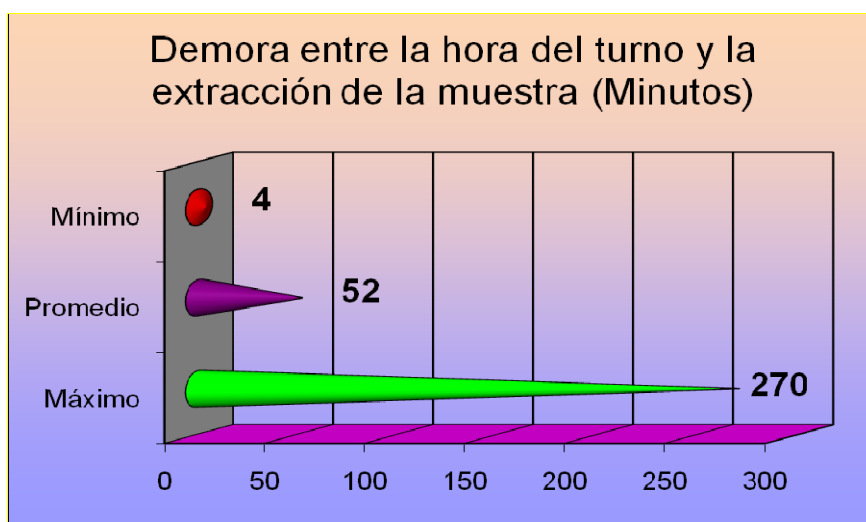


Gráfico N° 48. Fuente: elaboración propia.

- El 30% (10/33) de los encuestados corresponden a estudios solicitados por la Guardia, el restante 70% (23/33) no son urgencias.
- El tiempo promedio para la entrega de resultados de Laboratorio, por estudios solicitados en la Guardia del HGADVS es de 84 minutos, con un máximo de 180 y un mínimo de 60 minutos. En caso de estudios que no son de urgencia, el tiempo promedio de entrega de resultados es de 4 días, con un máximo de 30 y un mínimo de 1 día.

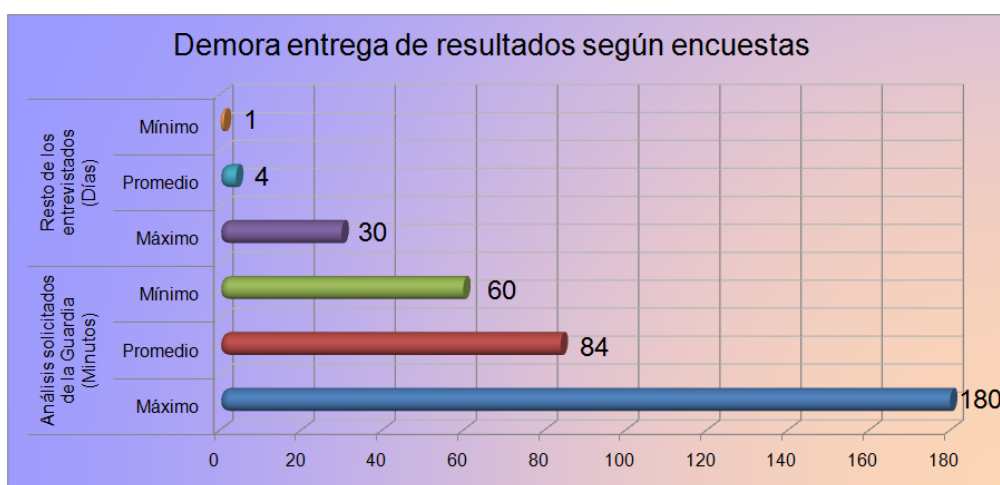


Gráfico N° 49. Fuente: elaboración propia.

- El 97% de los encuestados afirman que el estado de las instalaciones es Bueno, mientras que el restante 3% refiere es Excelente.
- El 100% de los entrevistados afirman que recomendarían el Servicio de Laboratorio a terceros.
- El 61% de los entrevistados afirman no pertenecer al Área Programática del HGADVS.

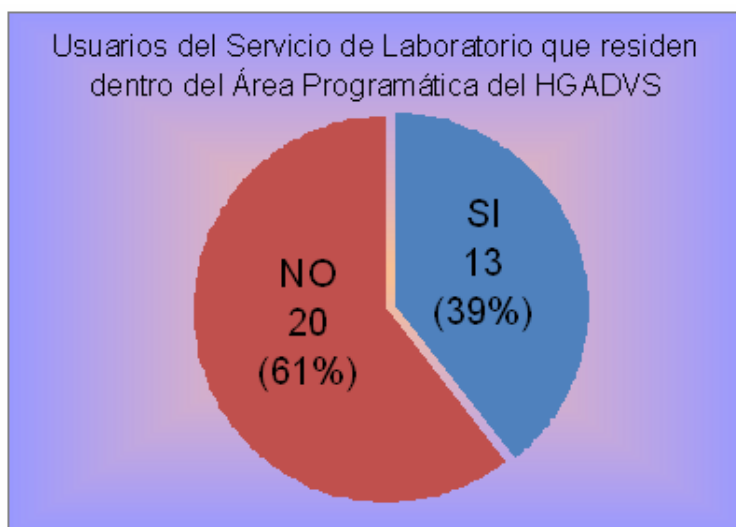


Gráfico N° 50. Fuente: elaboración propia.

6. Departamento Recursos Humanos:

6.1 Tiempos de designación

Limitaciones al alcance: El Departamento de Recursos Humanos no otorgó la fecha de llamado a Concurso de la Unidad Ginecología.

Procedimiento:

Con el objeto de analizar la cantidad de cargos sin cubrir y verificar la situación de los Concursos efectuados, se diseñó una grilla en la cual se cargaron los siguientes datos:

Fecha y nombre de quien se hizo cargo del Servicio; llamado a Concurso; fecha del Concurso; nombre del profesional adjudicatario del Concurso y fecha de asunción del cargo.

Además se analizó la información recabada en la etapa de Relevamiento.

Aclaraciones previas: A partir del Decreto N° 12/96 se derogaron las estructuras en el Escalafón General, no obstante se mantuvieron las del Escalafón Profesional.

Resultados:

Del total de las Jefaturas del hospital (66), existen a la fecha 5 vacantes.

- **Jefe División Cirugía:** se realizó un Concurso de Selección Interna el 31 de agosto del año 2007, lo ganó el Jefe de Unidad Ortopedia y Traumatología. En el proceso intervino la ONG Defeinder solicitando "vista de lo actuado" en dicho Concurso. La ONG actuó de oficio. Al no cumplir el Ministerio de Salud con los tiempos de entrega de la información requerida por la ONG, ésta recurre a la Justicia, a partir de aquí se detiene el proceso de designación. Luego se libera el expediente y se firma la Resolución Ministerial, pero con un error administrativo que asigna el cargo al Htal. Álvarez. Quien ganó el Concurso se notifica en disconformidad y vuelve a detenerse el proceso de designación. Actualmente la designación continúa frenada en el Ministerio de Salud y el profesional titular en el Concurso, desde el 1 de octubre próximo pasado, cesó sus actividades por edad jubilatoria sin lograr asumir el cargo.
- **Jefe Unidad Ginecología:** se jubiló la anterior jefa en el año 2006. Se llamó a Concurso de Selección Interna, al cual se presentaron 3 postulantes, el tercero impugnó por razones técnicas. A partir de allí se detiene el proceso de designación del cargo. Interviene la ONG Defeinder, pide lo actuado en el Hospital Vélez Sarsfield, como la documentación ya había sido enviada al Ministerio no se cumplen los plazos de entrega. La ONG acude a la Justicia, nuevamente se detiene el proceso. Interviene la Procuración, sigue deteniendo el proceso. La Procuración declara "nulo" el Concurso. La mencionada ONG ahora pide ser "veedora del concurso" y el Ministerio rechaza tal solicitud. La ONG vuelve a dar intervención a la Justicia, y continúa detenido el proceso de designación. El CATA (Comisión Asesora Técnico Administrativa) excepcionalmente produce una "designación de tareas" como Coordinador del área al profesional que ganó el Concurso. Esta medida es nuevamente apelada por la ONG, y da intervención a la Justicia, y se frena la designación del CATA.

El HVS vuelve a llamar a Concurso Interno para la Jefatura de Ginecología el 17 de agosto de 2011, con jurado externo, en el momento previo al examen en la Dirección del Hospital Vélez Sarsfield, irrumpieron 8 personas ajenas al mismo y el Director decidió suspender el Concurso. Hasta la fecha la situación continúa de igual manera.

- **Jefe Sección Salud Mental:** está vacante desde el año 2004. Cuando se jubiló la Jefa se llamó a Concurso de Selección Interna desde el 12 al 20 de octubre del mismo año. Impugnaron el Concurso simultáneamente la

Asociación de Médicos Municipales y la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires¹⁷.

En noviembre de 2005 una Psicóloga del Hospital General de Agudos Vélez Sarsfield, se presentó al Concurso de Jefe de Sección Psicopatología, y solicitó la inclusión en el Jurado de un Psicólogo. Pese a lo establecido por la Ley 448 se le negó la petición, razón por la que ambas Gremiales (Médicos y Psicólogos) impugnaron dicho Concurso. A la fecha no hubo nuevo llamado.

- El **Departamento de Urgencia y la Unidad Ortopedia y Traumatología** a la fecha siguen vacantes. No hubo llamado a Concurso.
- Se llamó a Concurso para cubrir los cargos de **Jefe Unidad de Guardia de los días miércoles y sábado**. El mismo se encuentra en la última instancia. El Jurado debe remitir el listado de los ganadores al Departamento de Recursos Humanos para su designación y asunción del cargo.

6.2 Jefaturas a cargo: Analizar la cantidad de casos de jefaturas que están cubiertas "a cargo", en relación a los funcionarios entrevistados en el relevamiento del hospital y documentación solicitada al Departamento de RRHH.

Limitaciones al alcance: No hubo.

Procedimiento:

- 1) Efectuar una lista de los entrevistados en el Relevamiento y destacar aquellos que cumplen funciones de jefatura de distintos sectores del hospital.
- 2) Obtener información acerca de la designación de cada persona como responsable de cada sector.

¹⁷ La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448 sancionada en julio de 2000 establece en su Art. 12 inc. L: "Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental." Desde ese momento se hizo inaplicable dicho inciso mediante la táctica de impugnar los concursos donde se presentaban profesionales no provenientes de las "ciencias médicas". Primero, profesionales de la Asociación de Médicos Municipales presentaron recursos de amparo y recusaciones a los jurados de los concursos del Centro de Salud Mental N° 3 "Arturo Ameghino", para cargos de jefaturas de varios servicios, a los cuales se habían presentado profesionales psicopedagogos y psicólogos. En 2004, la Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal, adherida a Femeca, la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP), la Confederación Médica de la República Argentina (Comra) y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM) promovieron una demanda de inconstitucionalidad contra diversos artículos de la Ley 448.

- 3) Analizar la documentación obtenida y elaborar un resumen con detalle de la modalidad de nombramiento de la responsabilidad y la cantidad de casos para cada una de ellas.
- 4) Elaborar la conclusión.

Resultados:

Del total de Jefaturas (64), se encuentran al momento, "a cargo", las siguientes:

- Departamento de Urgencias.
- Departamento de RRHH.
- Departamento de Enfermería.
- División Cirugía.
- Sección Enfermería Área Programática.
- Sección Enfermería Complejo Miranda.
- Sección Enfermería Consultorios Externos.
- Sección Enfermería Control de Infecciones.
- Sección Enfermería Guardia.
- Sección Enfermería Hospital de Día.
- Sección Enfermería Internación Hombres.
- Sección Enfermería Internación Mujeres.
- Sección Enfermería Partos.
- Sección Enfermería Pediatría.
- Sección Enfermería Quirófano.
- Sección Enfermería Terapia Intensiva.
- Sección Enfermería Vacunatorio.
- Sección Salud Mental.

Jefatura Departamento de Urgencias: Desde el 03/9/2010 está a cargo del Jefe de Departamento Médico Quirúrgico, sin Resolución.



Jefatura Departamento de Recursos Humanos: Desde el 25/3/2009 está a cargo la Jefe División de Recursos Humanos, por Resolución Interna N° 95/09.

Jefatura División Cirugía: Desde 08/01/2001 por Resolución Interna N°585/01 y se encuentra a cargo del Jefe del Departamento Médico Quirúrgico.

Jefatura Sección Enfermería Área Programática: Está a cargo de una Licenciada en Enfermería desde agosto del 2000, y por Resolución Interna N°305/ 08 del 15/10/2008.

Jefatura Sección Enfermería Complejo Miranda: Está a cargo de un Licenciado en Enfermería desde 2 de mayo del 2011, y sin Resolución Interna.

Jefatura Sección Enfermería Control de Infecciones: Está a cargo de un Licenciado en Enfermería desde septiembre del 2007, y por Resolución Interna N°303/ 08.

Jefatura Sección Enfermería Guardia: Está a cargo de un Licenciado en Enfermería desde septiembre del 2007 y por Resolución Interna N°301/ 08.

Jefatura Sección Enfermería Hospital de Día: Esta a cargo de un Licenciado en Enfermería desde septiembre del 2002, y por Resolución Interna N° 294 del 15/10/2008.

Jefatura Sección Enfermería Internación Hombres: Está a cargo de una Licenciada en Enfermería desde 1/6/2010, y por Resolución Interna N°275/ 10.

Jefatura Sección Enfermería Internación Mujeres: Está a cargo de una Licenciada en Enfermería desde marzo de 2006, y por Resolución Interna N°295/ 08.

Jefatura Sección Enfermería Partos: Está a cargo de una Licenciada en Enfermería desde septiembre de 2007, y por Resolución Interna N°286/ 08.

Jefatura Sección Enfermería Pediatría: Esta a cargo de una Enfermera desde junio del 2009 y por Resolución Interna N° /10.

Jefatura Sección Enfermería Quirófanos: Está a cargo por una Licenciada en Enfermería desde agosto de 2006, y por Resolución Interna N°297/ 08.

Jefatura Sección Enfermería Terapia Intensiva: Está a cargo por un Enfermero desde septiembre de 2007, y por Resolución Interna N°293/ 08.

Jefatura Sección Enfermería Vacunatorio: Está a cargo por un Licenciado en Enfermería desde septiembre de 2007, y por Resolución Interna N°302/08.

Jefatura Sección Salud Mental: Esta Jefatura no tiene Resolución, y está a cargo del Jefe de Departamento Médico-Quirúrgico, desde el año 2004.

De las 64 Jefaturas existentes en el Escalafón Profesional del HGADVS, 17 (26%) de ellas están a cargo, 46(72%) tienen cargos titulares, y 1(2%) en proceso de Concurso (Jefe Unidad Día de Guardia).

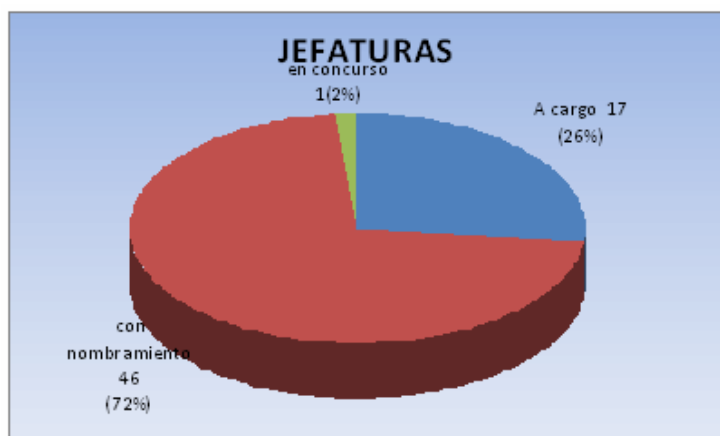


Gráfico N° 51. Fuente: elaboración propia.

De las 18 Jefaturas antes mencionadas (17 a cargo y 1 en proceso de Concurso) se destaca que en el año 2008 hubo mayor cantidad de Resoluciones Internas de nombramientos de Jefaturas a cargo sin remuneración. Se menciona también la cantidad de Jefaturas a Cargo, en las que no se expidió Resolución Interna para su designación al 31 de octubre del 2011.

Número de Resoluciones Internas por año:

Resoluciones	
Año	Cantidad
2001	1
2008	9
2009	1
2010	2
2011	1
Sin Resolución	3
Total	17

Cuadro N° 21. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

Del 100% de Jefaturas a cargo, el 78% tiene Resolución Interna sin remuneración.

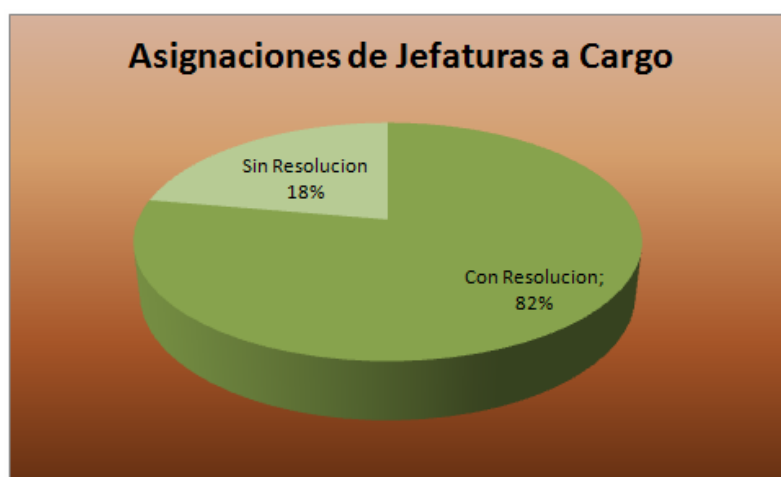


Gráfico N° 52. Fuente: elaboración propia.

El promedio de Jefaturas a cargo es de 5 años (con un caso de reciente asunción, y un máximo de 11 años), de acuerdo al análisis del siguiente cuadro:

Fecha de asunción	Jefaturas a cargo	Tiempo a cargo a oct/2011
mar-06	1	5 años
ene-01	1	10 años
mar-09	1	2 años
ago-06	1	5 años
ago-00	1	11 años
sep-02	1	9 años
sep-07	5	4 años
jun-10	1	1 año
jun-09	1	2 años
mar-10	1	1 año
may-11	1	0
No Registra	2	
Total	17	
Promedio		5 años

Cuadro Nº 22. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

7. Área Compras: Determinar las causas por las cuales el HGADVS debió realizar compras de Insumos Biomédicos y Especialidades Medicinales por vías distintas a la Licitación Pública y Compras Centralizadas, durante el ejercicio presupuestario 2010, en base a una muestra establecida a criterio de los Auditores.

Limitaciones al alcance: No hubo.

Procedimiento: Se solicitó al Área de Compras el detalle de los Insumos adquiridos en 2010, en base a la muestra utilizada en el "Procedimiento sobre control de stock de insumos de Farmacia y Quirófanos del HGAVS. Año 2011", a fin de poder establecer las causas por las cuales se debió efectuar adquisiciones, por modalidades diferentes a la Licitación Pública y/o Compras Centralizadas.

Resultados:

El Sector Compras del HGADVS no interviene en las Solicitudes de Pedidos de los insumos pertenecientes a las Canastas Centralizadas. Esta circunstancia dificulta

realizar una planificación del abastecimiento de insumos biomédicos¹⁸ y especialidades medicinales¹⁹ utilizados en los diferentes Servicios.

Actualmente, la tarea de efectuar los pedidos por Canastas Centralizadas recae sobre el Servicio de Farmacia, el cual demostró no tener un sistema adecuado de control de stock, tanto de sus bienes en custodia, así como de las existencias en los Servicios que abastece²⁰.

La ausencia de un sistema de planificación integral de las compras, contrataciones y adquisiciones de bienes y servicios se ve reflejada en la significatividad de las erogaciones por vía de excepción, como ser las del Decreto 556/2010. Las mismas equivalieron al 36% del total de compras realizadas en el año 2010, por un valor de \$ 1.628.673,93- y al 58%²¹ de la Licitaciones Públicas efectuadas en el ejercicio presupuestario 2010.

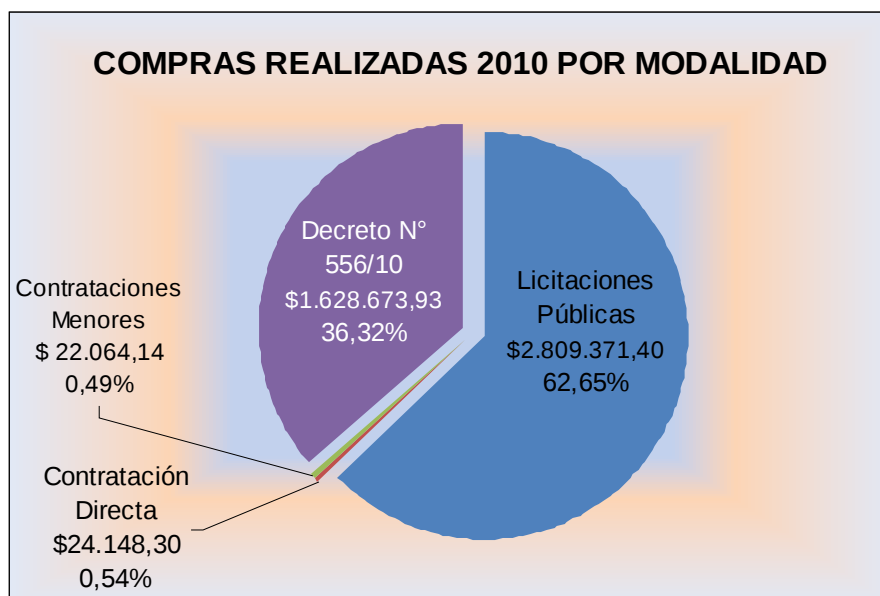


Gráfico N° 53. Fuente: elaboración propia.

¹⁸ Descartables.

¹⁹ Medicamentos.

²⁰ Ver "Procedimiento sobre control de stock de insumos de farmacia y quirófanos del HGAVS. Año 2011".

²¹ 58% = (\$1.628.673,93 / \$2.809.371,40).

La muestra utilizada en el "Procedimiento sobre control de stock de insumos de Farmacia y Quirófanos del HGAVS. Año 2011", fue la siguiente:

Insumos de la Muestra	
Especialidades Médicas	Biomédicos
Cefalotina sódica	Agujas desc. 25/8
Gentamicina	Agujas raquídeas 26G
Atropina sulfato	Bolsa para aspiraciones S/V
Dexametasona	Catgut Crom. R. Lenta 1
Dopamina HCL	Catgut Crom. R. Lenta 2
Etiladrianol	Electrodos desc. Autoadh.
Hiosina AMP	Guantes examinación
Lidocaina	Jeringas de 10 cm3
Ocitocina	Sonda Foley 18/5
Sevoflurano	Sutura Poliglactina Nº 0
Fentanilo Citrato	Sutura Poliglactina Nº 1
Remifentanil	Tubo endotroqueales Nº 7,5mm
Midazolam	Tubuladura K66

Cuadro Nº 23. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

De la documentación recibida se evaluaron las Solicitudes de Compra, en particular si fueron firmadas por la Dirección del Hospital y justificadas; las Órdenes de Compras emitidas; la modalidad de adquisición y su monto.

De la muestra se obtuvo un total de 55 ítems adquiridos por las distintas modalidades, totalizando un valor de \$196.685,50-

Las causas determinadas fueron las siguientes:

Modalidad de compra	Ítems.	Tipo de insumo	Causa	Monto	Totales x causa	%
Licitación Pública	4	Biomédicos	No se compran en forma centralizada	\$ 14.391,90	\$ 14.391,90	7%
Decreto 556/2010	5	Descartables	El Hospital se quedó sin stock	\$ 11.735,75		
Decreto 556/2010	1	Medicamentos	El Hosp. se quedó sin stock. No se compran en forma centralizada	\$ 175,00		
Decreto 556/2010	3	Descartables	El Hosp. se quedó sin stock. No se compran en forma centralizada	\$ 8.326,60		
Decreto 556/2010	3	Descartables	El Hosp. se quedó sin stock a la espera de la Licitación Pública	\$ 2.529,05	\$ 22.766,40	12%
Contratación Directa	5	Biomédicos	Problemas con suministro en nivel central	\$ 16.083,00		
Decreto 556/2010	2	Medicamentos	Problemas con suministro en nivel central	\$ 3.040,00		
Decreto 556/2010	32	Descartables	Problemas con suministro en nivel central	\$ 140.404,20	\$ 159.527,20	81%
	55			\$ 196.685,50		

Cuadro Nº 24. Fuente: datos suministrados por el HGADVS

De la muestra se observa que el 71%²² (\$159.527,20) de los ítems son por compras de insumos, incluidos en las Canastas Centralizadas, que tuvieron problemas de abastecimiento del proveedor establecido por el Nivel Central. La falta de eficacia y eficiencia, en este sistema de entregas, obligó al nosocomio a realizar compras por vía de excepción²³, a los fines de evitar perjudicar a los pacientes que asiste.

En el 22%²⁴ (\$22.766,40) de los casos, la causa por la cual el hospital tuvo que realizar compras de emergencia, fue por un deficiente manejo del stock. Esto demuestra que los puntos de stock mínimo no se definieron en base al tiempo que lleva realizar un proceso licitatorio, para el caso de los bienes no incluidos en las Canastas Centralizadas; o el tiempo de entrega para las Compras Centralizadas.

El restante 7%²⁵ (\$14.391,90) corresponde a una Licitación Pública, realizada para adquirir bienes que no estaban incluidos en las Canastas Centralizadas. En este caso el procedimiento de adquisición es el correcto.

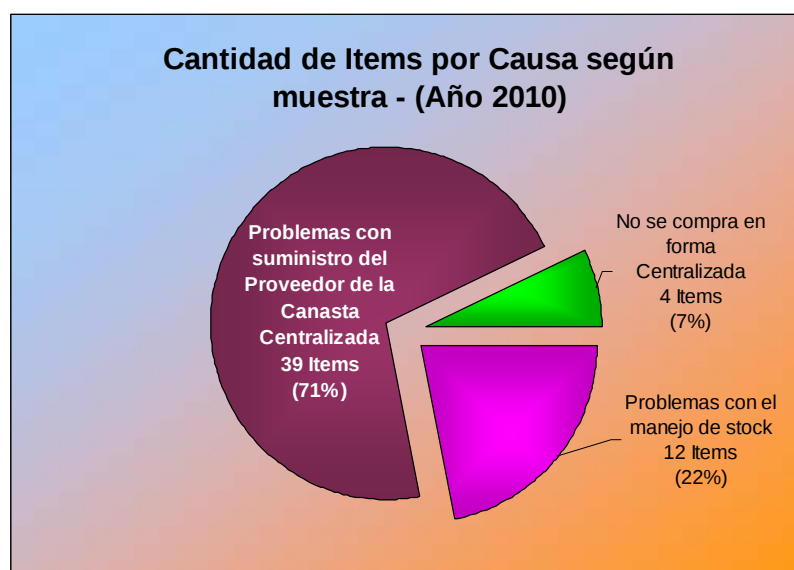


Gráfico N° 54. Fuente: elaboración propia.

²² 39 de los 55 ítems de la muestra.

²³ Decreto 556/2010 y Contratación Directa

²⁴ 12 de los 55 ítems de la muestra.

²⁵ 4 de los 55 ítems de la muestra.

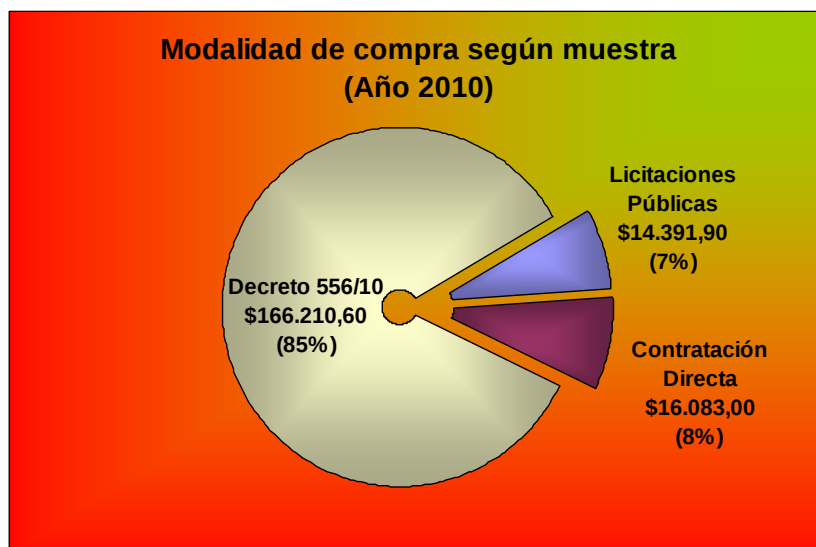


Gráfico Nº 55. Fuente: elaboración propia.

No obstante lo descripto anteriormente, se afirma que todas las Solicitudes de Pedidos estaban justificadas y firmadas por las autoridades correspondientes.

8. Stock de Unidad Farmacia y Planta Quirúrgica: Evaluación y análisis de los registros que se llevan en Farmacia y Quirófanos, respecto al almacenamiento de insumos, su cotejo con las existencias reales y establecimiento de diferencias. A fin de determinar el nivel de seguridad, cumplimiento de salvaguarda de activos, y estado de conservación de los insumos que van a ser dispensados o utilizados en pacientes del HGADVS.

Limitaciones al alcance: No hubo.

Procedimiento: En base a una muestra determinada por los Auditores, se concurrió a los lugares de guarda de insumos de Farmacia y Quirófanos. Se solicitó la documentación que refleja las existencias de insumos biomédicos y especialidades médicas seleccionadas, al momento del procedimiento. Se procedió al recuento físico de las mismas y cotejo con los registros llevados. También se cotejó su estado de conservación, la existencia de fecha de vencimiento y número de lote.

Resultados:

Quirófanos

El día 12/10/2011 a las 10:30 am el Equipo de Auditoría concurre a los quirófanos, ubicado en el primer piso del HGADVS, y se procedió a realizar el recuento de los insumos físicos establecidos en la muestra y su cotejo con los registros escritos que reflejan las existencias del Servicio. Para el recuento de los insumos físicos se contó con la presencia de una Técnica en Anestesia, a cargo de los medicamentos, y de una Enfermera, a cargo de los insumos biomédicos.

Del procedimiento se observa que en el Servicio no llevan registro escrito de las existencias en stock de insumos biomédicos y medicamentos.

Respecto a las salidas de éstos últimos, existen planillas donde se registran los insumos²⁶ utilizados en las intervenciones quirúrgicas. Éstas no garantizan que lo registrado haya sido efectivamente utilizado en los pacientes, dado que en el Procedimiento de Productividad Quirúrgica realizado por el Equipo de Auditoría, se destacó que los registros de las intervenciones quirúrgicas no son veraces ni reflejan la producción del Servicio. No obstante ello, el pedido de reposición de los medicamentos se hace en forma diaria, en base a las planillas mencionadas. El Servicio de Farmacia entrega los mismos, al personal de Quirófanos, sin una evaluación del consumo o control de stock en la Planta Quirúrgica. Los pedidos son solicitados por los responsables del área quirúrgica.

Las llaves de los armarios, donde se depositan los insumos biomédicos y especialidades medicinales, están a cargo de distintas personas durante los turnos del Servicio. Esto afecta la seguridad de los mismos, dado que no se hacen recuentos de las unidades físicas al inicio y al cierre de cada turno. Un ejemplo de ello es que parte de las existencias de Cefalotina sódica, Gentamicina, Atropina sulfato, Dexametasona, Etiladrianol y Ocitocina, son almacenadas en las 3 mesas de quirófanos, quedando a disponibilidad de cualquier persona que tenga acceso a la Planta Quirúrgica.

El pasillo donde se almacenan las drogas y parte del material biomédico se encuentra con escasa luz por problemas de mantenimiento, dificultando la visualización de las fechas de vencimiento de las unidades en los estantes, así como su estado de conservación. Como ejemplo de ello, a pesar de no estar

²⁶ Productos biomédicos y principios activos.

contenidas en la muestra, se encontraron sondas de Pezzer fina, deterioradas y sin su fecha de ensobrado o vencimiento.

Farmacia

El día 24/10/2011 a las 11:00 am. el Equipo de Auditoría concurrió al Servicio de Farmacia, ubicado en la Planta Baja del HGADVS, y se procedió a realizar el recuento de los insumos físicos establecidos en la muestra y su cotejo con los registros escritos que reflejan las existencias del Servicio.

El procedimiento fue presenciado por la Jefa de Unidad Farmacia; la Encargada del Sector Depósito (Productos Biomédicos) y la Jefa Sección Droguería.

A partir del procedimiento se detectaron las siguientes diferencias:

Sector: Farmacia HGADVZ		Fecha: 24/10/2011		
Insumo	Cantidad en estante	Cantidad en registros	Diferencia	Observaciones
Cefalotina sódica	878	887	-9	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock.
Atropina sulfato	151	140	11	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Dexametasona	2.200	2.099	101	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Dopamina HCL	199	201	-2	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock.
Hiosina AMP	1.076	993	83	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Ocitocina	1.500	1.402	98	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Remifentanil	565	561	4	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Midazolam	1.692	1.690	2	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.

Cuadro Nº 25. Fuente: datos suministrados por el HGADVZ

Sector: Farmacia		Fecha: 24-10-11		
Insumo	Cantidad en estante	Cantidad en registros	Diferencia	Observaciones
Agujas desc. 25/8	24.950	24.953	-3	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock.
Agujas raquideas 26G	212	137	75	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Bolsa para aspiraciones S/V	293	267	26	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Catgut Crom. R. Lenta 1	437	450	-13	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock.
Catgut Crom. R. Lenta 2	970	992	-22	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock. Se detectaron 4 sobres en la caja de los catgut 1.
Electrodos desc. Autoadh.	3.850	3.850	0	Se detectaron 10 electrodos sueltos, sin caja. No tenían fecha de vencimiento y lote.
Guantes examinación	23.300	21.700	1.600	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.
Sonda Foley 18/5	1.639	1.642	-3	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock.
Sutura Poliglactina Nº 0	1.002	1.038	-36	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock.
Sutura Poliglactina Nº 1	1.542	1.626	-84	Faltan. En el estante hay menos medicamentos que en la planilla de control de stock.
Tubo endotroqueales Nº 7,5mm	86	84	2	Sobra. En el estante hay más medicamentos que en la planilla de control de stock.

Cuadro Nº 26. Fuente: datos suministrados por el HGADVZ

La puerta de acceso al Depósito de Psicotrópicos se ubica en un pasillo de circulación general del hospital. Al momento del procedimiento la misma se encontraba abierta, dando acceso fácil a cualquiera que quisiera ingresar, esta situación se vio repetida en distintas oportunidades. También se guardan medicamentos en los cajones del escritorio de la Jefa de Farmacia, como por ejemplo Remifentanil²⁷ y Midazolam²⁸.

VII. OBSERVACIONES:

1.a) Productividad Quirúrgica

- 1.a) 1.** No se registró el número de quirófano utilizado en el 100% (375/375) de los registros examinados.
- 1.a) 2.** No se registró el número de DNI y/o historia clínica en el 22% (82/375) de los pacientes intervenidos.
- 1.a) 3.** No se registró la edad de los pacientes en el 99% (371/375) de las cirugías efectuadas
- 1.a) 4.** No se registró el tipo de cirugía (programada o emergencia) en el 56% (211/375) de los registros examinados.
- 1.a) 5.** No se registró la clase de cirugía (patología y/o procedimiento) en el 1% (3/375) de los registros examinados.
- 1.a) 6.** No se registró tipo de anestesia aplicada en el 4% (15/375) de los registros examinados.
- 1.a) 7.** No se registró el Cirujano interviniente en el 6% (21/375) de los registros examinados.
- 1.a) 8.** No se registró el personal de anestesiología interviniente en el 3% (10/375) de los registros examinados.
- 1.a) 9.** No se registró el tiempo de duración de cirugía en el 43% (161/375) de los registros examinados.
- 1.a) 10.** No se registró el 73% (274/375) de las cirugías en el Libro de Intervenciones Quirúrgicas durante los meses determinados como muestra.

²⁷ Agonista de los receptores opioides. Es un analgésico, se utiliza durante la inducción y mantenimiento de la anestesia.

²⁸ Acción sedante e hipnótica. Se utiliza durante los procesos quirúrgicos.

1.b) Riesgos Infectológicos de Planta Quirúrgica

Aspecto ambiental

- 1.b) 1.** No existe climatización que mantenga la temperatura de los quirófanos dentro de los 20 a 24°C.
- 1.b) 2.** La Sala de Cirugía no cuenta con presión positiva con respecto a los pasillos de circulación, dentro de la Planta Quirúrgica.
- 1.b) 3.** Las Salas no poseen purificador de aire mayor o igual al 90%.
- 1.b) 4.** No existe un sistema de circulación de aire que efectúe como mínimo 15 recambios de aire por hora.

Limpieza de superficies y medio ambiente

- 1.b) 5.** El sector con acceso a los Quirófanos no se encuentra visiblemente limpio.
- 1.b) 6.** El interior de los Quirófanos no se encuentra limpio. Se observó presencia de polvo en la lámpara scialítica y el carro del desfibrilador de quirófano N°1. También se encontró una silla con asiento de madera aglomerada, en mal estado de conservación y su estructura de metal oxidada. Además se observaron pies de suero oxidados. El piso presentaba restos de papel y polvo.
- 1.b) 7.** Los elementos de limpieza no poseen un lugar de depósito y no se encuentran almacenados en forma correcta. Se agrupan debajo de las piletas de lavado de manos.
- 1.b) 8.** Las superficies de los equipos de Quirófanos no se encuentran visiblemente limpias.

Circulación

- 1.b) 9.** El personal no ingresa a los Quirófanos exclusivamente por los vestuarios, también lo hace desde Sala de Partos.
- 1.b) 10.** Durante las cirugías no se mantienen cerradas las puertas de Quirófanos. Por ausencia de climatizador se deben mantener las puertas abiertas durante las intervenciones.
- 1.b) 11.** El personal no realiza cambio de cubre-botas antes de reingresar al Quirófano.
- 1.b) 12.** El número de personas dentro del área de cirugía excede al recomendable en relación al espacio físico.

Estructura física



- 1.b) 13.** En la Planta Quirúrgica existen ángulos, esquinas y hendiduras en las paredes, techos y suelo.
- 1.b) 14.** No existe un sector exclusivo para lavado de material, el mismo se encuentra en medio de las piletas para lavado de manos.
- 1.b) 15.** El sector de lavado de material no cuenta con espacio suficiente.
- 1.b) 16.** El sector de lavado de material no se encontró limpio y ordenado.
- 1.b) 17.** No existe un sector para material limpio, instrumental y ropa estéril.

Instrumental Quirúrgico

- 1.b) 18.** No cuentan con una mesa amplia y exclusiva para la colocación del material contaminado.

Precauciones estándares

- 1.b) 19.** Las heladeras de medicación no cuentan con termómetro externo.

Vestimenta de Cirugía

- 1.b) 20.** El personal que realiza las cirugías no usa barbijos 3M durante las intervenciones quirúrgicas, se utilizan otros de menor calidad.

1.c) Gestión del cierre de Quirófanos

- 1.c) 1.** No hubo actividad quirúrgica programada durante once meses en el período Noviembre 2009 / Noviembre 2010.
- 1.c) 2.** No existen registros que certifiquen el total de las cirugías realizadas.
- 1.c) 3.** No hubo derivación de los pacientes con cirugías programadas durante el periodo de cierre de quirófanos.
- 1.c) 4.** Retraso en cuanto a la efectivización de las compras solicitadas en CATA N° 542 (26/11/09) y su cumplimiento definitivo el 20/10/10 (O.C. N° 39778).
- 1.c) 5.** El monto total de la compra en equipamiento para reabrir la Planta Quirúrgica fue de \$553.513,40.- (Pesos quinientos cincuenta y tres mil quinientos trece con cuarenta centavos).

- 1.c) 6.** No fueron subsanadas todas las necesidades (planta física y bioseguridad) que originaron el cierre parcial de la Planta Quirúrgica.
- 1.c) 7.** No hubo una gestión adecuada para el cierre de la Planta Quirúrgica.

2. División Estadística

- 2.1.** Las cantidades que reflejan la productividad de Anestesiología, que son enviadas a la División Estadística (e informadas al Nivel Central), no se condicen con los registros examinados en la Planta Quirúrgica.
- 2.2.** En el mes de marzo no se informó a Estadística 20 anestesiología generales efectuadas en quirófanos; se informó 10 anestesiología regionales que no figuran en los registros producidos en quirófanos; y no se pudo determinar el tipo de anestesia en 8 intervenciones quirúrgicas, por no estar especificadas en los registros.
- 2.3.** En el mes de junio no se informó a Estadística 5 anestesiología generales efectuadas en quirófanos; se informó 3 anestesiología regionales que no figuran en los registros producidos en quirófanos; y no se pudo determinar el tipo de anestesia en 4 intervenciones quirúrgicas, por no estar especificadas en los registros examinados.
- 2.4.** En el mes de noviembre se informó a Estadística 5 anestesiología generales y 7 regionales que no figuran en los registros producidos en quirófanos, y no se pudo determinar el tipo de anestesia practicada en 3 intervenciones quirúrgicas, por no estar especificadas en los registros examinados.
- 2.5.** En las Planillas Resumen del Trabajo Anestésico, entregadas a la División Estadística por el Jefe de Anestesiología, se detalla que se suspendieron en marzo 5 anestesiología, en junio 7 anestesiología y en noviembre 11 anestesiología. Sin embargo, la documentación producida en los quirófanos, que refleja el trabajo de Anestesiología, carece de dicha información.
- 2.6.** La Planta Quirúrgica informó un 8% menos de su productividad, a la División Estadística del HVDS, según surge de la comparación entre los Registros de Anestesia y la documentación con la que se realizó este Procedimiento de Auditoría.
- 2.7.** La información entregada a la División Estadística del HDVS por la Planta Quirúrgica respecto a la productividad de los quirófanos no es confiable.

- 2.8.** La falta de controles internos, respecto a la base de información, sobre la que se elaboran las estadísticas referidas a Productividad de Quirófanos, genera que los mismos no reflejen su productividad real.

3. Sección Salud Mental

- 3.1.** No existe Jefe ni Coordinador del Servicio Salud Mental desde el año 2004.
- 3.2.** Las Historias Clínicas no tienen asignado número, se identifican por nombre/apellido del paciente.
- 3.3.** Cada profesional lleva su agenda de turnos en forma personal, ya que el Servicio de Salud Mental no se integra al Sistema de Turnos Centralizado del hospital.
- 3.4.** No se puede determinar la demanda y la oferta de turnos, ya que el Servicio no confecciona ni guarda registros.
- 3.5.** No se incorpora a Movimiento Hospitalario la estadística de Salud Mental.
- 3.6.** No existe un Sistema de Archivo de Historias Clínicas. De la muestra seleccionada por el equipo de auditoría, en el caso de las admisiones de Infanto-Juvenil, no se encontraron el 15% (6/39) de las Historias Clínicas solicitadas. En las admisiones de Adultos no se ubicó en 100% (35/35).
- 3.7.** No se entrega turno, ni se asigna un profesional tratante al momento de realizar la Entrevista de Admisión en Infanto-Juvenil.
- 3.8.** El 30% de los pacientes Infanto-Juveniles es derivado a otras Instituciones de la CABA en el momento de la Admisión, y el 6% con pase a otras áreas del Servicio.
- 3.9.** No existe un Equipo Interdisciplinario para la realización de admisiones de Adultos, se encarga sólo una Lic. en Psicología.
- 3.10.** En Adultos se desconoce el mecanismo de asignación de turno y profesional a los pacientes luego de su Admisión.
- 3.11.** No existe un único libro que registre las Admisiones de Adultos durante el año 2010.

4. División Diagnóstico y Tratamiento

4.1 Sección Anatomía Patológica

- 4.1.1** Las autopsias son realizadas por las Médicas Patólogas. Carecen de Técnico Eviscerador y de condiciones adecuadas en infraestructura de planta física, y de instrumental requerido para realizarlas.
- 4.1.2** Disminución de la productividad en la práctica respecto al cálculo teórico. Este desvío negativo ha sido en porcentajes de: 47% en biopsias y 45 % en los citodiagnósticos.
- 4.1.3** Planta física: las condiciones de las diferentes áreas que conforman el Servicio de Anatomía Patológica son deficientes, con respecto a estructura edilicia, distribución, ubicación y condiciones de seguridad. No poseen un sector asignado a la Secretaría.
- 4.1.4** El instrumental no cumple con las condiciones necesarias para la actividad. Los soportes para archivar biblioratos, drogas, y la histoteca se encuentran en condiciones deficitarias y poco funcionales.
- 4.1.5** En el Servicio no se realizan estudio de: Histoquímica / Inmunohistoquímica / Inmunofluorescencia, Microscopía Electrónica, Patología Molecular, ni Técnica de Patología Cuantitativa.
- 4.1.6** El Servicio de Anatomía Patológica del HVS estaría categorizado como Nivel I (uno), de acuerdo a la Resolución 1703/2007, en base al marco normativo de funcionamiento.

4.2 Unidad Laboratorio

- 4.2.1** No cumple en su totalidad con los requerimientos correspondientes a la categorización como Nivel II.
- 4.2.2** Es deficiente el sistema de registración de muestras de Bacteriología.
- 4.2.3** No todo el personal administrativo cumple con los requisitos indicados por la ley para quienes se desempeñen en Administración de Laboratorios.
- 4.2.4** Los puntos de debilidad mencionados anteriormente influyen directamente en la calidad del sistema de Gestión de Calidad en Laboratorios.

- 4.2.5** Las condiciones de las diferentes áreas, que conforman el Servicio de Laboratorio del Hospital Vélez Sarsfield, son deficientes e inadecuadas.
- 4.2.6** La distribución de las superficies no están en áreas definidas e independientes.
- 4.2.7** No es adecuada la ubicación y condiciones de seguridad en relación al número de personas que trabajan y la cantidad de elementos y equipos que poseen.
- 4.2.8** El personal de Guardia carece de espacio y condiciones ambientales para el descanso.
- 4.2.9** El nuevo espacio incorporado a Bacteriología no ha sido adaptado a la actividad. Se encuentra, como el resto, en condiciones deficitarias.
- 4.2.10** El sistema de refrigeración está compartido con Hospital de Día, quienes regulan el encendido y apagado del mismo. Esta última situación provoca serios inconvenientes, ya que las altas temperaturas son nocivas para la estabilización de los equipos y el confort laboral del personal.
- 4.2.11** El laboratorio de Serología pertenece a Hemoterapia, cuando debería ser una de las áreas de Especialización de la Unidad Laboratorio.
- 4.2.12** La cantidad y calidad de instrumental, no está en relación con las determinaciones que realizan.
- 4.2.13** Excesivo tiempo de entrega de resultados de algunas determinaciones (ej: hormonas, proteinogramas, hemoglobina glicosilada).
- 4.2.14** Excesivo tiempo de espera de turnos, y escaso número de pacientes asistidos en relación a los recursos disponibles.

4.3 Unidad Farmacia

- 4.3.1** Deficiente estructura edilicia, distribución de superficies en áreas definidas e independientes, ubicación y condiciones de seguridad.
- 4.3.2** Equipamiento deficiente. De los 7 (siete) equipos que poseen el 28% no funciona, y otro 28 % está en estado de obsolescencia.
- 4.3.3** No realizan Gestión Clínica.

- 4.3.4** No realizan Gestión de Docencia e Investigación.
- 4.3.5** Es parcial el cumplimiento de la Gestión Asistencial.
- 4.3.6** No funciona el Comité de Farmacia y Terapéutica del hospital.

5. Encuestas de satisfacción

- 5.1.** Elevado tiempo de espera para ser atendido por el Servicio de Guardia del HGADVS. Se registra un promedio de 80 minutos de espera, con un máximo de 240 minutos.
- 5.2.** Excesivo tiempo de espera en Laboratorio entre la hora del turno asignado y la extracción de la muestra a analizar. Con un promedio de 52 minutos y un máximo de 270 minutos.
- 5.3.** Desvíos en los tiempos de entrega de resultados de Laboratorio, tanto para Guardia (180 minutos) como para determinaciones no urgentes (30 días).

6. Departamento Recursos Humanos

6.1 Tiempos de designación

- 6.1.1** No fueron cubiertos aún ninguno de los puestos en las 3 (tres) áreas donde se realizó Concurso para cargo vacante de Jefatura (División Cirugía, Unidad Ginecología y Sección Salud Mental). Como consecuencia continúan sin conducción formal.
- 6.1.2** Interferencia de una ONG en el proceso de Concursos convocados por el Ministerio de Salud de la CABA.
- 6.1.3** Impugnaciones en los procesos de Concurso .La última producida fue el 17 de agosto de 2011 (Jefatura de Unidad Ginecología).
- 6.1.4** Falta de eficacia y eficiencia para cubrir cargos vacantes.

6.2 Jefaturas a cargo

- 6.2.1** Existe un 26% de Jefaturas a cargo.
- 6.2.2** No existe retribución económica en las Jefaturas a cargo.
- 6.2.3** El promedio de permanencia en Jefaturas a cargo es de 5 años desde la fecha de asunción del profesional, con casos que actualmente llegan a 11 años "a cargo".

- 6.2.4** La falta de Concursos para titularizar Jefaturas genera deficiencias en la conducción y establecimiento de criterios, metas y objetivos necesarios para el adecuado desempeño de los diferentes Servicios.

7. Área Compras

- 7.1** El hospital no cuenta con un Sistema de Planificación Integral de compras, contrataciones y adquisiciones de bienes y servicios, ya que el Área Compras no tiene ingerencia sobre los pedidos realizados al Sistema de Canastas Centralizadas, establecido por el Nivel Central.
- 7.2** El Sistema de Compras Centralizadas, es ineficaz e ineficiente en cuanto a la entrega de insumos. El desabastecimiento que provocó obligó al hospital a realizar compras de urgencia, poniendo en riesgo la salud de los pacientes.
- 7.3** El Sistema de Manejo de Stock del HGADVS es deficiente. Los puntos de stock mínimo no se definen en base al tiempo que lleva realizar un proceso licitatorio y/o la espera de entrega de bienes por el Proveedor de la Canasta Centralizada.

8. Stock de Unidad Farmacia y Planta Quirúrgica

- 8.1** No existe un control eficaz y eficiente sobre los insumos almacenados en los Servicios de Quirófano y Farmacia.
- 8.2** No existe registro escrito de las existencias de insumos en el Servicio de Quirófanos.
- 8.3** No es confiable el sistema que registra las salidas de insumos de medicamentos en la Planta Quirúrgica.
- 8.4** Los medicamentos existentes en Quirófanos están expuestos a la sustracción por personas que ingresen a la Planta Quirúrgica.
- 8.5** No existe control periódico de las fechas de vencimiento de los insumos y su estado de conservación.
- 8.6** El Servicio de Farmacia entrega medicamentos e insumos biomédicos a Quirófanos sin ningún tipo de control sobre el consumo de los mismos.
- 8.7** No existe un control sistemático y periódico del Servicio de Farmacia sobre el stock y estado de las reservas de insumos en la Planta Quirúrgica.

VIII. RECOMENDACIONES

1.a) Productividad Quirúrgica

Cumplir con los registros de Planta Quirúrgica (P.Q) en tiempo y forma. Especialmente los datos referidos al Libro de Intervenciones Quirúrgicas.

1.b) Riesgos Infectológicos de Planta Quirúrgica

Aspecto ambiental

Equipar la P.Q. con los elementos necesarios para minimizar los riesgos infectológicos imputables al aspecto ambiental: climatización, presión positiva, purificador de aire, y circulación de aire.

Limpieza de superficies y medio ambiente

Adecuar la limpieza, los insumos empleados y las características de su depósito a los requerimientos de una P.Q.

Entrenar al personal de limpieza en técnicas adecuadas a una P.Q..

Controlar diariamente el cumplimiento de la normativa.

Circulación

Cumplir con la normativa de circulación y uso correcto de indumentaria en la P.Q.

Estructura física

Cumplir con las modificaciones de Planta Física de la P.Q, las que fueron planteadas como una de las causales del cierre parcial de los Quirófanos durante el período Noviembre 2009/Noviembre 2010.

Instrumental quirúrgico

Instalar una mesa para colocación de material contaminado, y completar las necesidades de equipamiento para la P.Q.

Precauciones estándar

Equipar con termómetro externo las heladeras utilizadas para conservación de fármacos.

Vestimenta quirúrgica

Cumplir con la normativa de uso de barbijos de calidad adecuada.

1.c) Gestión de cierre de Quirófanos

Trabajar con planificación estratégica ante la necesidad de realizar reequipamiento y/o remodelaciones en la Planta Física del área quirúrgica, de tal forma de acortar tiempos y minimizar perjuicios a los pacientes.

Agilizar las gestiones de compra y entrega de equipos biomédicos y/o instrumental quirúrgico.

Cumplimentar con todas las carencias por las que fue cerrado parcialmente el Centro Quirúrgico (equipamiento, remodelaciones de Planta Física y medidas de bioseguridad).

2. División Estadística

Registrar la productividad quirúrgica de forma completa, confiable y unificada.

Generar un sistema de control interno respecto a la base de información de productividad quirúrgica.

Informar a Movimiento Hospitalario (Nivel Central) datos estadísticos de productividad quirúrgica confiables.

3. Sección Salud Mental

Efectivizar el cargo de Jefe de Sección Salud Mental a la brevedad.

Cumplir con la normativa de confección y guarda de Historias Clínicas.

Unificar el sistema de otorgamiento de turnos con el resto de las Especialidades de Consultorios Externos.

Conformar un Equipo Interdisciplinario para realizar las admisiones a pacientes adultos.

Llevar registros unificados, completos y legibles respecto a la totalidad de las actividades realizadas por la Especialidad.

Diseñar planillas de registro estadístico que reflejen las particulares actividades de un Servicio de Salud Mental (individual, pareja, familia, talleres, entre otras).

4. División Diagnóstico y Tratamiento

4.1 Sección Anatomía Patológica

Adecuar las condiciones de Planta Física, equipamiento y recurso humano a la actividad específica.

Instalar el nivel tecnológico necesario para cumplir con estudios de uso habitual en la práctica médica.

4.2 Unidad Laboratorio

Cumplir la totalidad de los requisitos correspondientes a un Laboratorio Nivel II.

Mejorar el sistema de registración de muestras en Bacteriología.

Cumplir los requisitos del perfil del personal, necesarios para trabajar en la Administración de Laboratorio.

Mejorar las condiciones de Planta Física y bioseguridad, acordes a la actividad que se realiza, cantidad de equipos y número de personas.

Optimizar el nivel de productividad acorde a la cantidad y calidad del equipamiento que poseen.

Mejorar los tiempos de otorgamiento de turnos y entrega de resultados.

Instalar un sistema de refrigeración independiente para el Laboratorio.

Reubicar dentro del Organigrama Real al Laboratorio de Serología (debería ser un área de especialización de la Unidad Laboratorio).

4.3 Unidad Farmacia

Mejorar las condiciones de la estructura edilicia, ubicación, distribución de superficies y condiciones de bioseguridad.

Reparar los equipos que no funcionan y adquirir nueva tecnología que reemplace aquella que se encuentra en estado de obsolescencia.

Cumplir con todos los requisitos de la Gestión Asistencial, y ampliar el espectro de actividades, incorporando aquellas que son necesarias para toda Farmacia Hospitalaria (Gestión Clínica, Gestión de Docencia e Investigación, Comité de Farmacia y Terapéutica).

5. Encuestas de satisfacción

Mejorar el tiempo de espera de los pacientes que concurren a Guardia.

Mejorar el tiempo de espera para la toma de muestras de los pacientes que concurren a Laboratorio.

Mejorar el tiempo de espera de entrega de resultados de Laboratorio.

6. Departamento Recursos Humanos

6.1 Tiempos de designación

Cubrir los cargos vacantes de Jefaturas ya concursados (División Cirugía, Unidad Ginecología y Sección Salud Mental), efectivizando en sus funciones a los profesionales que ganaron dicho Concurso.

Definir las competencias de una ONG dentro de los procesos de Concursos Profesionales para Hospitales dependientes del Ministerio de Salud de la CABA.

6.2 Jefaturas a cargo

Reducir los tiempos de puestos de conducción con la figura de "Jefaturas a cargo".

7. Área Compras

Crear un Sistema de Planificación Integral de Compras, Contrataciones y Adquisiciones de Bienes y Servicios, que permita vincular de manera íntegra, eficaz y eficiente al efector con el Nivel Central.

Optimizar los tiempos de compra y entrega de insumos del Sistema de Compras Centralizadas, acorde a las necesidades del hospital.

Crear un Sistema de Manejo de Stock del HGADVS que responda de manera ágil y eficiente.

8. Stock de Unidad Farmacia y Planta Quirúrgica

Diseñar y poner en práctica un Sistema de Control Interno sobre los insumos almacenados en la Planta Quirúrgica y la Unidad Farmacia.

Crear un registro de las existencias de insumos de la Planta Quirúrgica, su ingreso y utilización.

Disponer de un lugar adecuado para el acopio de medicamentos e insumos de la Planta Quirúrgica, brindando seguridad de guarda y condiciones adecuadas de almacenamiento (higiene, temperatura y humedad).

Cumplir con la actividad diaria de "Farmacia Clínica" en Planta Quirúrgica, para poder evaluar entrega vs. consumo, y optimizar la utilización de insumos.

IX. CONCLUSIÓN

El HGADVS es un efector de salud dependiente del Ministerio de Salud de la CABA con una trayectoria de casi 100 años en la ciudad. Ha atravesado diversas mudanzas y cambios estructurales desde su creación en el año 1914.

Actualmente su oferta de servicios corresponde a un hospital polivalente, sin embargo presenta algunas carencias que sería importante resolver a la brevedad en beneficio de los usuarios del sistema.



El Hospital presenta relevantes falencias en relación al tema de infraestructura, equipamiento y bioseguridad hospitalaria, que resultaría necesario tener en cuenta en futuras auditorias.

Durante el lapso de 11 meses en el periodo Noviembre 2009 – Noviembre 2010 se produjo el cierre parcial de la Planta Quirúrgica, con su apertura se mantienen algunos de los problemas que motivaron el cierre; se le suma falta de sistematización de los registros de la Planta Quirúrgica. Existen algunos problemas en los procedimientos de designación de cargos vacantes y de ejecución de los concursos en todas las áreas del Hospital. La falta de concursos para cubrir cargos vacantes y la impugnación de algunos de ellos, dificulta la conducción del hospital y obstaculiza el correcto desempeño de los diferentes servicios. El sistema de Compras centralizadas presenta demoras respecto a la entrega de insumos, lo cual, genera que el efecto realice compras de urgencia, incidiendo también en el tratamiento de los pacientes. Es imprescindible el diseño, aprobación y cumplimiento de un Plan Estratégico que incluya: remodelaciones y ampliaciones de su Planta Física, reequipamiento de áreas críticas con tecnología acorde a la oferta, y nombramiento de cargos vacantes con asunción de sus funciones a la brevedad. Sobre la Base de la consolidación de los recursos antedichos y una conducción que asuma el gerenciamiento con liderazgo y distribución de tareas, con asunción de responsabilidades por logro de objetivos, se podrá obtener una prestación de servicios con mayor eficacia, eficiencia, economía y equidad.

ANEXO I ESTADÍSTICAS 2010 - HGADVS

MOVIMIENTO DE INTERNACION SEGÚN ESPECIALIDADES

Hospital General de Agudos Velez Sarsfield

Ministerio de Salud - GCABA

Año: 2010

Especialidades	Ing.	Pases	Ing. + Pases	Egresos			Pases	Egr. + Pases	Días Camas Disp.	Pac. Día
				Altas	Def.	Total				
Medicina										
Cardiología	18	46	64	62	1	63	3	66	802	509
Clínica Médica	510	59	569	481	34	515	52	567	5883	5516
Subtotal Medicina	528	105	633	543	35	578	55	633	6685	6025
Cirugia										
Cirugía General	573	47	620	556	6	562	53	615	4497	3279
Ginecología	71	3	74	74		74		74	678	235
Oftalmología									702	
Ortopedia Y Traumatología	196	15	211	193	2	195	16	211	2763	1859
Subtotal Cirugia	840	65	905	823	8	831	69	900	8640	5373
Pediatria										
Recien Nacido Sano	1047	348	1395	1289		1289	96	1385	6509	3726
Neonatología	742	96	838	476	3	479	353	832	3374	2869
Pediatría	757	35	792	785		785	3	788	4914	2482
Subtotal Pediatria	2546	479	3025	2550	3	2553	452	3005	14797	9077
Tocoginecologia										
Obstetricia	1983	12	1995	1970		1970	13	1983	9400	6421
Subtotal Tocoginecologia	1983	12	1995	1970		1970	13	1983	9400	6421
Urgencia										
Terapia Intermedia	42	27	69	1	12	13	58	71	640	568
Terapia Intensiva	86	47	133	8	41	49	88	137	1311	1220
Subtotal Urgencia	128	74	202	9	53	62	146	208	1951	1788
Total Hospital	6025	735	6760	5895	99	5994	735	6729	41473	28684



INDICES DE INTERNACION SEGÚN ESPECIALIDADES
Hospital General de Agudos Velez Sarsfield
Ministerio de Salud - GCABA
Año: 2010

<i>Especialidades</i>	<i>Promedio Camas Disp.</i>	<i>Promedio Pac.día</i>	<i>% Ocup.</i>	<i>Promedio Perm.</i>	<i>Giro</i>	<i>Tasa Mort. Hosp. (%)</i>
Medicina						
Cardiología	2,20	1,39	63,47	7,71	30,04	1,52
Clínica Médica	16,12	15,11	93,76	9,73	35,18	6,00
Subtotal Medicina	18,32	16,51	90,13	9,52	34,56	5,53
Cirugia						
Cirugía General	12,32	8,98	72,92	5,33	49,92	0,98
Ginecología	1,86	0,64	34,66	3,18	39,84	
Oftalmología	1,92					
Ortopedia Y Traumatología	7,57	5,09	67,28	8,81	27,87	0,95
Subtotal Cirugia	23,67	14,72	62,19	5,97	38,02	0,89
Pediatría						
Recien Nacido Sano	17,83	10,21	57,24	2,69	77,67	
Neonatología	9,24	7,86	85,03	3,45	90,01	0,36
Pediatría	13,46	6,80	50,51	3,15	58,53	
Subtotal Pediatría	40,54	24,87	61,34	3,02	74,12	0,10
Tocoginecologia						
Obstetricia	25,75	17,59	68,31	3,24	77,00	
Subtotal Tocoginecologia	25,75	17,59	68,31	3,24	77,00	
Urgencia						
Terapia Intermedia	1,75	1,56	88,75	8,00	40,49	16,90
Terapia Intensiva	3,59	3,34	93,06	8,91	38,14	29,93
Subtotal Urgencia	5,35	4,90	91,65	8,60	38,91	25,48
Total Hospital	113,62	78,59	69,16	4,79	52,75	1,65

MOVIMIENTO DE CONSULTORIOS EXTERNOS SEGUN ESPECIALIDADES
Hospital General de Agudos Velez Sarsfield
Ministerio de Salud - GCABA
Año: 2010

<i>Especialidades</i>	<i>Consultas Externas</i>			
	<i>1ra vez</i>	<i>Interc.</i>	<i>Ulterior</i>	<i>Total</i>
Medicina				
Clínica Médica	3952	7067	2416	13435
Clínica Médica (vesp)	2857		1500	4357
Dermatología	4777	123	6468	11368
Cardiología	2874	866	1710	5450
Gastroenterología (grupo De Trabajo)	1532	223	1231	2986
Infectología (grupo De Trabajo)	277		797	1074
Neurología	1934		1326	3260
Nefrología	477	932	1032	2441
Subtotal Medicina	18680	9211	16480	44371
Cirugia				
Cirugía General	706	76	183	965
Cirugía General (vesp)	1070		612	1682
Ginecología	5277	190	7889	13356
Ginecología (vesp)	645		587	1232
Oftalmología	3476	541	1157	5174
Oftalmología (vesp)	1411		423	1834
Otorrinolaringología	6845	623	7090	14558
Ortopedia Y Traumatología	5290	3518	9602	18410
Ortopedia Y Traumatología (vesp)	157		270	427
Flebología	460		735	1195
Proctología	86		116	202
Urología	1785	394	1531	3710
Subtotal Cirugia	27208	5342	30195	62745
Pediatría				
Pediatría	6242		2846	9088
Pediatría (vesp)	2558		2970	5528
Neonatología (vesp)	1471		2271	3742
Neumonología	685		482	1167
Cardiología	537		48	585
Adolescencia (grupo De Trabajo)	915		122	1037
Subtotal Pediatría	12408		8739	21147
Tocoginecologia				
Obstetricia	3044	140	4820	8004
Obstetricia (vesp)	1135		5106	6241
Subtotal Tocoginecologia	4179	140	9926	14245
Urgencia				
Guardia Del Día	83247			83247
Subtotal Urgencia	83247			83247

<i>Especialidades</i>	<i>Consultas Externas</i>			
	<i>1ra vez</i>	<i>Interc.</i>	<i>Ulterior</i>	<i>Total</i>
Promocion Y Proteccion				
Promoción Y Protección	24147	1602	2357	28106
Subtotal Promocion Y Proteccion	24147	1602	2357	28106
Areas				
Area Salud Escolar	20173		666	20839
Area Salud Comunitaria	340		99	439
Area Epidemiología	805		840	1645
Area Inmunizaciones	1153		97	1250
Subtotal Areas	22471		1702	24173
Plan Médico De Cabecera/Cobertura Porteña				
Médico De Cabecera (clínica Médica)	4062		2577	6639
Médico De Cabecera (pediatría)	4456		1981	6437
Médico De Cabecera (tocoginecología)	1844		1251	3095
Subtotal P.M.C./Cobertura Porteña	10362		5809	16171
Centros De Salud				
Cesac N° 36	7628		3506	11134
Subtotal Centros De Salud	7628		3506	11134
Total Hospital	210330	16295	78714	305339

ANEXO II

Grilla de Habilitación Categorizante - Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica - Ministerio de Salud

LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA	SI	NO
PLANTA FÍSICA		
Cuenta con planos y construcción aprobada por autoridad competente		
ACCESIBILIDAD FÍSICA:		
ACCESOS Y CIRCULACIONES		
Se encuentra ubicado en planta baja		
En caso de estar ubicado en planta alta cuenta con ascensores.		
En caso de estar ubicado en planta alta cuenta con montacamilla.		
Cuenta con rampas para discapacitados.		
Cuenta con corredores de acceso y circulación amplios.		
Las actividades de abastecimiento están programadas para evitar interferencias con el público		
Los accesos permiten el control de ingresos y están identificados		
CARACTERÍSTICAS CONSTRUCTIVAS		
Las instalaciones aseguran el abastecimiento adecuado y continuo de electricidad y fluidos.		
Cuenta con desagües resistentes a agentes químicos		
Instalación Eléctrica:		
Línea eléctrica para iluminación y alimentación de electroaparatos con descarga a tierra e interruptores de seguridad.		
Condiciones de seguridad:		
Cuentan con un plan de emergencias.		
Cuentan con instalaciones validadas por autoridad competente		
Cuenta con matafuegos del tipo adecuado en circulaciones y/o locales donde existan factores de riesgo.		
CUENTA CON : AREA DE SECRETARIA		
Se encarga de la recepción de los pedidos de estudios y del material remitido, entrega de informes y archivo de preparados.		
CUENTA CON : AREA DE LABORATORIO		
Area de Macroscopía (Estudia el material macroscópicamente y lo envía al área que corresponda)		
Laboratorio Técnico (La Superficie mínima será de 7,50 m² con un lado mínimo de 3,00 m²)		
Area de Microscopía		
Practicas que realiza:		
Biopsias rutina diagnóstica		
Estudios Citológicos		
Necropsias		
Histoquímica / Inmunohistoquímica / Inmunofluorescencia		
Microscopia Electrónica		
Técnicas de Patología Molecular		
Técnicas de Patología Cuantitativa		
CUENTA CON EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO PARA REALIZAR :		
BIOPSIAS RUTINA diagnóstica		
Archivos para preparados.		
Archivos para tacos de parafina		
Balanza precisión		

Balanza para pesar especímenes (precisión 1 mg.)
Balanza para pesar órganos (precisión 1 gr.)
Centro de inclusión
Dispensador de parafina
Estufa de inclusión.
Fotomicroscopio
Heladera.
Instrumental quirúrgico para el tallado de biopsias y piezas quirúrgicas
Máquinas coloreadoras de preparados.
Material descartable para protección del personal.
Mechero o anafe .
Mesa de tallado de biopsias y piezas quirúrgicas
Microscopios binoculares (oculares de 10 x y objetivos 10,20,40,60,100)
Micrótopo criótopo
Micrótopo de deslizamiento y / o rotatorio.
Reloj avisador
Sierra de huesos
CITOLOGIA DE RUTINA
Cámara húmeda de incubación
Centrífugas
Citocentrífuga
Cubetas para tinciones
Estufa
Fotomicroscopio
Heladera
Micropipetas
Microscopios
Pinzas
Pipetas convencionales
Sistema de filtro de membrana
Soportes metálicos
Tijeras
NECROPSIAS
Balanza para pesar órganos (precisión 1 gr.)
Balanza para pesar órganos (precisión 5 gr.)
Báscula para pesar cadáveres
Instrumental para autopsias de adultos
Instrumental para autopsias infantiles
Material descartables para protección del personal
Mesa de autopsia de acero inoxidable
HISTOQUÍMICA / INMUNOHISTOQUÍMICA / INMUNOFLUORESCENCIA
Cámara húmeda de incubación
Cestillas para portas de vidrio
Cestillas para portas termoresistentes
Congeladores
Estufa
Heladera
Horno microondas
Jarras de Coplin de vidrio
Micropipetas
Microscopio de fluorescencia

Microscopio óptico
Ph – metro con al menos una cifra decimal
Pipetas convencionales
Puntas de pipeta desechables
Recipientes de tinción histológica
Soportes de tubos de ensayo
Tubos de ensayo de plástico con tapas
Tubos Eppendorf
Vasos de precipitado graduados
MICROSCOPIA ELECTRÓNICA
Agitador magnético
Balanza de precisión
Campana de extracción
Centrífugas
Cuchilla de diamantes
Estufa
Frigorífico
Lupa estereoscópica
Microscopio electrónico de alta resolución
Microscopio óptico
Ph – metro con al menos una cifra decimal
Placa térmica
Procesadora de inclusión
Reloj avisador
Ultramicrotomo de avance mecánico
PATOLOGÍA MOLECULAR
Agitador magnético
Balanza de precisión
Baños de incubación con agitación
Centrífugas
Congeladores de -20° y -80°
Contenedor de banco de tejidos congelados
Cubeta de electroforesis. Cubetas horizontales y verticales para realización de geles
Cubetas para Southern Blot
Fuente de alimentación eléctrica para electroforesis
Revelador de geles para ultravioletas
Secuenciador
Sistema de fotografía para geles
TECNICA DE PATOLOGÍA CUANTITATIVA
Balanza de precisión
Baños de incubación con agitación
Citocentrífuga
Citómetro de flujo
Heladera
Microondas
Microscopio óptico
Ph – metro con al menos una cifra decimal
Pinzas
Pipetas con filtros
Sistema informático de citómetro de flujo
Tijeras



Vortex
RECURSOS HUMANOS
Jefe de servicio:
Médico patólogo validado por autoridad competente.
Tiene antecedentes de capacitación en administración de servicios de salud
Médicos de planta:
Médicos patólogos validados por autoridad competente.
Area Técnica:
Personal capacitado en:
Citología
Histología
Citometria de flujo
Genética
Biología molecular
Evisceradores
Personal de enfermería
Personal administrativo
MARCO NORMATIVO DE FUNCIONAMIENTO
Libro de Patología de Hojas fijas, numeradas en forma consecutiva, donde conste: nombre del paciente, material remitido, nombre del medico que solicita el estudio, nombre del patólogo y firma del mismo o de la persona que retira el material, fecha de entrada
Cuentan con normas y guías establecidas sobre Bioseguridad.
Cuentan las normas para tratamiento de residuos patológicos.
Cuentan con normas de control y prevención de infecciones.

ANEXO III

Grilla Riesgos Infectológicos – Planta Quirúrgica

Fecha:	Hora:	SI	No	Observación	Obligatoriedad	No	Total Parcial	% Incump.
Estructura física								
¿Sector de cirugía aislado de otras áreas?					Debe estar			
¿Los pisos se encuentran íntegros?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Paredes, techos y suelo cubiertos de materiales lisos, no porosos, que permita su fácil limpieza?					Es Ley e implica alto riesgo.			
En relación al punto anterior, ¿se evitan los ángulos, esquinas y hendiduras?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Las piletas para lavado de manos se encuentran íntegras?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Las piletas de lavado de manos funcionan con dispositivos de fácil utilización?					Debe estar			
¿Las canillas funcionan de forma correcta?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Hay un sector exclusivo para lavado de material?					Debe estar			
¿El sector de lavado de material cuenta con espacio suficiente?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿El sector de lavado de material se encuentra limpio y ordenado?					Debe estar			
¿Hay un sector para material limpio, para instrumental y para ropa estéril?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Hay un sector de insumos de farmacia?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Las paredes del depósito de material de farmacia se encuentran en óptimas condiciones de limpieza?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Las paredes, techos y suelos del depósito de material de farmacia está cubierto de materiales lisos, no porosos, que permitan su fácil limpieza?					Es Ley e implica alto riesgo.			
En relación al punto anterior, ¿se evitan los ángulos, esquinas y hendiduras?					Es Ley e implica alto riesgo.			
					Incumplimiento Parcial			
Vestimenta de cirugía								
¿La vestimenta del personal es apropiada?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los barbijos son 3M?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿El personal utiliza gorros, botas, y barbijos descartables?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los gorros cubren totalmente el cabello?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Utiliza el calzado cubierto dentro del servicio?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿La ropa que se desecha es colocada en recipientes cerrados?					Debe estar			
¿La ropa estéril se encuentra en lugar limpio y con envoltorio rotulado?					Es Ley e implica alto riesgo.			
					Incumplimiento Parcial			
Limpieza de superficies y medio ambiente								
¿El sector con acceso a los quirófanos se encuentran visiblemente limpios?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿El interior de los quirófanos se encuentra limpio?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los elementos de limpieza poseen un lugar de depósito?					Debe estar			
¿Los productos se encuentran almacenados en forma correcta?					Debe estar			
¿Las superficies de los aparatos de quirófanos se encuentran visiblemente limpias?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Se realiza limpieza entre paciente y paciente?					Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Las camillas se encuentran visiblemente limpias?					Es Ley e implica alto riesgo.			
					Incumplimiento Parcial			

Circulación							
¿Existen áreas de circulación semi restringidas y restringidas?				Es Ley e implica alto riesgo.			
En relación al punto anterior, ¿se respetan?							
¿El personal ingresa a los quirófanos exclusivamente por los vestuarios?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Durante la cirugía se evita abrir innecesariamente la puerta de quirófanos?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Se realiza cambio de botas antes de reingresar al quirófano?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿El número de personas dentro del área de cirugía es acorde al espacio físico?				Es Ley e implica alto riesgo.			
				Incumplimiento Parcial			
Instrumental quirúrgico							
¿El material posee lugar de lavado y descontaminación ?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Cuenta con una pileta de lavado exclusivo del mismo?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Cuenta con material exclusivo para realizar la limpieza?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Hay una mesa amplia exclusiva para la colocación del material contaminado?				Es Ley e implica alto riesgo.			
				Incumplimiento Parcial			
Aspecto ambiental							
¿Temperatura entre 20 y 24°?				Debe estar.			
¿La sala de cirugía cuenta con presión positiva con respecto a los pasillos?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Las salas poseen purificador de aire mayor o igual al 90%?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Se efectúan 15 recambios de aire por hora?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿En la sala de cirugía el aire es introducido por el techo y aspirado por el piso?				Es Ley e implica alto riesgo.			
				Incumplimiento Parcial			
Precauciones estándares							
¿Todas las camillas poseen jabón antiséptico en dispensador de fácil uso?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Se utilizan cepillos individuales?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los frascos de antiséptico poseen la tapa íntegra?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los dispensadores se encuentran en buenas condiciones?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Las heladeras de medicación cuenta con termómetro externo?				Debe estar.			
				Incumplimiento Parcial			
Residuos							
¿Se utilizan descartadores?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los descartadores son de material resistente?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Hay cestos con bolsas rojas para material contaminado?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los residuos patógenos se precintan?				Es Ley e implica alto riesgo.			
¿Los recipientes desbordan con material patógeno?				Es Ley e implica alto riesgo.			
Observaciones generales del procedimiento:				Incumplimiento Parcial			
				Incumplimiento Total			

Anexo IV Organigrama Real

