

INFORME FINAL DE AUDITORIA

Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.11.02 b

Hospital Zubizarreta

Gestión

Período 2010

Buenos Aires, Mayo de 2012

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**Av. Corrientes 640 - 6to. Piso
Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Presidente:

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: 3.11.02 b

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital Zubizarreta

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2010

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: Noviembre de 2011

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto:

Lic. Fernando Mancini

Supervisor:

Dr. (C.P.) Jorge Raimondo

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta.

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

Resolución AGC N°: 151/12

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Mayo de 2012
Código del proyecto	3.11.02.b
Denominación del proyecto	Hospital Zubizarreta -
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 Dr. Abel Zubizarreta.
Alcance	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 General de Agudos Abel Zubizarreta. 1. Evaluar la dotación y distribución del recurso humano del área de enfermería. Evaluación del déficit. 2. Evaluar tiempo de espera en la programación de cirugías, tiempo de internación, acceso y proceso de intervención quirúrgica, causa de suspensiones, confección de historia clínica, derivaciones, etc. 3. Elaboración y aplicación de guías de auditoría para el análisis de equipamiento áreas críticas: cantidad, estado funcional, antigüedad. 4. Análisis grado de satisfacción de pacientes ambulatorios mediante encuesta. 5. Evaluar el cumplimiento de las normativas aplicables en cuanto a la expresión de los pacientes por su satisfacción y/o queja de la atención recibida en el Hospital. 6. Elaboración de indicadores de gestión. 7. Análisis del control de residuos líquidos y patogénicos y de la seguridad ambiental. 8. Análisis del control patrimonial de los bienes del Hospital. 9. Análisis de los registros de los bienes donados.

Aclaraciones previas	Área Administrativa 1 Encuestas de satisfacción. <u>Objetivo</u> Determinar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en los Consultorios Externos. <u>Procedimiento:</u> Se realizó una encuesta de satisfacción a setenta y cinco (75) pacientes en la Sala de Espera del Hospital, que aguardaban ser atendidos en los turnos matutino y vespertino de los Consultorios Externos de las distintas especialidades. Observándose que los pacientes pertenecientes a la Obra Social PAMI, obtienen el turno a través de la solicitud telefónica de su Médico de Cabecera con una demora de dos a tres meses. 2. Mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento. <u>Objetivo:</u> Relevar la información necesaria de los diversos Servicios que cuentan con equipamiento médico, ya sea para diagnóstico o tratamiento, referida al mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos. 3. Libro de Quejas a).- Libro De Quejas: <u>Objeto:</u> Analizar el sistema mediante el cual el Hospital registra quejas y sugerencias efectuadas por concurrentes a la Institución a efectos de evaluar la calidad de sus prestaciones. Determinación de las áreas donde se registran mayores quejas y sugerencias. b) Buzón De Sugerencias Y Observaciones Es necesario destacar que esta actividad no esta reglamentada, como si lo esta el libro de quejas. El buzón tiene por objetivo la participación de las personas que circulan por el Hospital a efectos de recepcionar en forma espontánea sus inquietudes, necesidades y expectativas. Además, es imprescindible que el conjunto de personal sienta la responsabilidad constante de prestar mejor atención y alcanzar el logro de la satisfacción de los usuarios. 4. Patrimonio y Cooperadora La donación de bienes se puede realizar de 2 maneras: • a través de la Cooperadora del Hospital o • de un Particular. Se verificó el archivo de las mismas de los años 2009 y 2010, constatándose toda la documentación mencionada. Se verificaron los expedientes de las donaciones realizada por la Cooperadora del Hospital, de los bienes de capital durante el
------------------------------------	--

	período 2009/2010 comprobándose en los mismos la Solicitud de Adquisición, la Orden de Compra con el Bien adquirido, firmado por el Director o Subdirectora del Hospital, el Remito, la Factura y la Nota de Recepción. Área Médica 1. Internación <u>Objetivo:</u> Evaluar tiempo de espera en la programación de Cirugías, estudios complementarios, tiempo de internación, acceso y proceso de intervención quirúrgica, suspensiones, confección de historia clínica, entre otros. 2. Quirófano <u>Aclaraciones previas:</u> El Hospital cuenta con una obra inconclusa (iniciada por la Co-operadora, pero que por circunstancias económicas fue imposible de finalizarla) de un área quirúrgica, que brindaría la posibilidad de trabajar con más comodidad al personal, dado que sería de mayor tamaño que el área actual, habiendo quedado pequeños frente a la cantidad de personal que trabaja en la misma. También dificulta el espacio la aparatología moderna con que se cuenta, teniendo algunas de estas, dimensiones importantes (ejemplo de esto son las torres de laparoscopia, entre otros). Cirugía. Tiempo de espera. <u>Procedimientos:</u> Para obtener los tiempos en la demora de cirugías programadas, se solicitó en quirófano, copia de los partes diarios de cirugías de los meses de febrero, mayo, agosto y octubre. Esto se debió al no poder discernir en los partes diarios de internación, si la causa de la misma era programada o espontánea y, al no ser todos los motivos de internación, causa para una intervención quirúrgica, el número de la muestra no era representativo. <u>Resultados:</u> • El promedio total de la muestra fue de 68 días. • El tiempo promedio de espera, para la realización de cirugías oncológicas fue de 32 días (la muestra resultó de 25 casos sobre los 100 analizados). • Para la realización de una cirugía laparoscópica de las vías biliares, el tiempo promedio fue de 151 días. Observación • Para la realización de cirugías de hernias, el tiempo promedio fue de 117 días. Observación
--	---

	• En 2 casos no se detectó la fecha de la derivación desde consultorio externo; en uno de estos casos se verificó la historia clínica (manuscrita), no encontrándose tampoco la fecha en ésta. • El tiempo máximo en demora quirúrgica, fue para la realización de una septumplastía (desviación del septum nasal), 451 días. • El tiempo máximo para una intervención quirúrgica dermatológica, no excedió los 15 días. 3. Enfermería Se analizó la necesidad del personal de Enfermería, a fin de verificar, si debe ser considerado como un recurso crítico. Según los valores de referencia, el personal de enfermería necesario en cuanto a la metodología de cálculo de la Resolución Ministerial N° 194/95 es de 203 agentes, y 189 agentes según la información aportada por el Departamento de Enfermería, mientras que la dotación real es de 99 agentes; quedando así, un déficit de 104 agentes en el primer caso y de 90 agentes en el segundo caso. 4. Riesgo Medioambiental Residuos Líquidos Peligrosos (RLP) Se construyó una nueva estructura edilicia para uso exclusivo de Depósito de Líquidos Peligrosos, cuenta con los elementos de seguridad (arena, matafuegos, rejilla, instalación eléctrica anti-explosiva). En Anatomía Patológica y Laboratorio de Análisis Clínicos los agentes químicos utilizados cuentan con rótulo identificadorio y las fichas técnicas se encuentran informatizadas, los reactivos presenta etiqueta técnica. Los Bidones en Anatomía Patológica, Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes, están rotulados indicando contenido, origen y fecha. No hay depósito intermedio se llena el bidón, lo rotulan y se solicita el retiro. Radiaciones Ionizantes El Servicio de Dosimetría en Diagnóstico por Imágenes y Odontología es continuo. Residuos Patogénicos La Empresa Soma S.A. realiza el retiro de los Residuos Patogénicos. Se verificó por muestreo que la segregación de los residuos es correcta. Óxido de Etileno (ETO) Servicio de Esterilización Posee esterilización por ETO, se realiza un control cada 6 me-
--	---

	ses de dosaje de los residuos de ETO en materiales. Radiaciones No Ionizantes (CEM): En el Servicio de Terapia Intensiva parte del equipamiento es emisor de Radiaciones No Ionizantes.
Observaciones principales	AL MINISTERIO DE SALUD Seguridad e Higiene: 1. No se realizan los controles de salud del personal del Hospital, que deben ser practicados por la Empresa contratada por el GCBA. Quirófanos: 2. No se cuenta con Sala de Recuperación Post-anestésica – Resoluciones 869/1998 y 573/2000-. 3. Dos de los Quirófanos, a lo que es la Cirugía moderna, resultan de escasas dimensiones– Resolución 573/2000-. Enfermería: 4. Se detectó un déficit de agentes de enfermería, en los sectores de Internación. AL HOSPITAL Seguridad e Higiene: 5. No cuentan con Plan de Contingencia, Mapa de Riesgo ni controles de salud del personal, en Residuos Líquidos, Servicios de Esterilización, Diagnóstico por Imágenes y Odontología. 6. El personal no ha recibido entrenamiento para enfrentar situaciones de incendio. Han recibido en algunas oportunidades indicaciones de Bomberos pero no lo realizan periódicamente. 7. En los Servicios auditados no cuentan con alarmas de humo, irrigadores de techo ni puerta de emergencia (solo en Diagnóstico por Imágenes). 8. No cuentan con salida de Emergencia por pisos. Hay carteles luminosos que indican “SALIDA”. 9. Se observó como área crítica, respecto a la medición de Puesta a Tierra, el shock room de la Guardia. El área de Consultorios Externos no cuenta con Puesta a Tierra. 10. No cuentan con Protocolo para el manejo de Líquidos Peligrosos, Mapa de Riesgo ni Plan de Contingencia. Residuos Patogénicos: 11. Los Depósitos Intermedios no son de acceso restringido, se encuentran correctamente señalizados, encadenados y tapados en pasillos y salas. Unidad de Terapia Intensiva: 12. La Sala de Aislamiento de la UTI no cuenta con un aire acondicionado propio con filtro tipo HEPA.

	Odontología: 13. Los compresores de Odontología no cuentan con la protección adecuada. Los compresores (uno vertical y otro horizontal) se encuentran en un espacio tapado, cubriendo las paredes con poliestireno expandido. Consultorios Externos: 14. Los pacientes de la Obra Social PAMI, obtienen el turno a través de la solicitud telefónica de su médico de Cabecera con una demora de dos a tres meses. 15. El 92,11 % de los pacientes encuestados, refieren la imposibilidad de comunicarse telefónicamente, para el acceso a turnos. 16. El 70,67 % de los pacientes entrevistados, refirieron una demora en el tiempo de espera para la atención de turnos programados de más de 3 horas. Mantenimiento del equipamiento: 17. El 81% (trece) de los Servicios relevados no recibe mantenimiento preventivo en su totalidad o parcialidad de los equipos, aún precisándola. 18. El 50 % (ocho) de los Servicios no reciben MP en ninguno de sus equipos. 19. El Servicio de Hemoterapia sólo recibe MP en 8 de 29 equipos, además el mismo no se realiza con la frecuencia necesaria. 20. Por falta de MP, el 46% de los casos que reparan los equipos descompuestos, no son realizadas en el tiempo necesario. 21. El 64% de los Servicios, sobrecarga al personal por falta de reparación de los equipos. 22. El 91% de los Servicios reconoce el deterioro de la atención al paciente por contar con equipos en desuso por falta de reparación. 23. El 64% de Los Servicios, advierte que los tratamientos y diagnósticos pierden exactitud y/o precisión. 24. El 50 % (ocho) de los Servicios no cuentan con el espacio físico acorde a las necesidades de los equipos, generando su recalentamiento y deterioro. 25. El 53% de los Servicios no cuenta con aire acondicionado suficiente, por tal motivo el ambiente no es confortable, ventilado ni adecuado para la buena conservación de equipos. Libro de quejas: 26. De acuerdo al art. 6 de la Ley 2247, no se observó cartel identificador de la existencia del libro.
--	---

	Patrimonio: 27.No se coloca físicamente en el bien, el número de inventario. 28.El relevamiento de los bienes patrimonizados, se realiza anualmente, priorizando la aparatología. 29.En el cierre de Ejercicio General, no se especifica por Servicio la Aparatología ni el mobiliario. Historias clínicas: 30.No existe ningún consentimiento informado en los casos de internación sin intervención quirúrgica (Art. 6º y 7º, Ley 26.529). Cirugía: 31.Los tiempos para acceder a una intervención quirúrgica de vías biliares (laparoscopia) y de hernias, resultan excesivas; 151 días en el primer caso y 117 en el segundo De lo que surge del Informe 3.11.02.a), se observa: 32.Falta de mantenimiento edilicia (Debilidades IV.1.A, IV.1.B) 33.Falta Sala de Aislamiento (Debilidades IV.1.A, IV.1.B) 34.Sala de Espera del Servicio de Oftalmología compartida con la Guardia (Debilidad IV.1.A) 35.Falta o deficiente Salida de Emergencia (Debilidades IV.1.A, IV.1.B, IV.2) 36.Carecen de matafuegos (Debilidades IV.1.A, IV.1.B) 37.Enfermería de Pediatría (sala de procedimientos) no diferencia entre área limpia y sucia (Debilidad IV.1.A) 38.Generación de altos valores sonoros (Debilidades IV.1.A, IV.2) 39.Carencia de baños para el personal y pacientes (Debilidad IV.1.A) 40.Mala segregación de residuos patogénicos (Debilidad IV.1.A) 41.En el sector de Guardia existe el único baño para personas con capacidades diferentes de todo el Hospital (Debilidad IV.1.A) 42.Falta de ventilación por los volúmenes de gases emitidos (Debilidad IV.1.A) 43.Falta de información y/o asesoramiento por parte del Ministerio respecto de los gases emanados en el Sector de Anatomía Patológica (Debilidad IV.1.A) 44.Mal delimitadas las áreas limpias y sucias (Debilidad IV.1.B) 45.Deficiente acceso del ingreso de las ambulancias a la Urgencia (Debilidad IV.2.A) 46.Los Quirófanos no posee malla de protección antiestática y falta mantenimiento en la extracción de gases (quirófano 3)
--	---

	(Debilidad IV.2) 47. Equipamiento deteriorado y/u obsoleto y falta de mantenimiento de los mismos (Debilidad IV.2) 48. No posee Sala de Recuperación (Debilidad IV.2) 49. Falta de personal (Debilidad IV.2) 50. Carece de estructura Formal (Debilidad IV.2) 51. Oncología carece de lugar físico de consulta y de espera propio, compartido con pacientes con enfermedades infectocontagiosas (Servicio de Neumonología) (Debilidad IV.2) 52. División Alimentación no realiza controles de alimentos los días sábado, domingo y feriados como tampoco realiza los controles durante la semana para la merienda y cena (Debilidad IV.2) 53. Odontología no da cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 1292/98 de esterilización en que unificará todos los procedimientos correspondientes a la Esterilización de materiales, excepto el prelavado y desinfección que se deben realizar en el área donde se procedió a la utilización del mismo (Debilidad IV.2) 54. En la División Facturación existe dificultad en verificar la pertenencia de un paciente a una Obra Social (Debilidad IV.3) No puede realizar tareas de mantenimiento que debe efectuar la contratista SEHOS S.A., por debilidades en el pliego de contratación (Debilidad IV.3)
Recomendaciones	AL MINISTERIO DE SALUD Seguridad e Higiene: 1. Realizar los controles de salud necesarios y obligatorios al personal del Hospital. (Observación 1) Quirófanos: 2. Cumplir con las Resoluciones 869/98 y 573/2000 respecto a la Sala de Recuperación Post-anestésica y de las dimensiones de los 2 quirófanos. (Observaciones 2 y 3) Enfermería: 3. Tomar las medidas necesarias a fin de reducir el déficit de personal de enfermería. (Observación 4) AL HOSPITAL Seguridad e Higiene 4. Adoptar las medidas conducentes a mejorar la seguridad del personal, pacientes internados y de todos aquellos que concurren al Hospital. (Observaciones 5 a 10) Residuos Patogénicos 5. Adoptar las medidas correctivas para cumplir con las reglamentaciones vigentes en esta normativa, para que no exis-

	tan posibilidades de tener contacto con los residuos. (Observaciones 11 y 40) Equipamiento 6. Realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios de los equipos y adaptar los espacios físicos donde se encuentran los mismos, a fin de mejorar la calidad de la atención y de la espera de los pacientes. (Observaciones 12 a 25 y 47) Libro de Quejas 7. Cumplir con la Ley 2247. (Observación 26) Patrimonio 8. Perfeccionar el sistema de control de los bienes matrimoniales así como el mecanismo para la toma de los inventarios. (Observaciones 27 a 29) Historias Clínicas 9. Tomar los recaudos para el cumplimiento de la Ley 26.529 (Arts. 6 y 7). (Observación 30) Cirugía 10. Tomar los recaudos a fin de optimizar los tiempos de espera. (Observación 31) Mantenimiento edilicio 11. Realizar las tareas necesarias de mantenimiento de la planta física del Hospital, tanto en los aspectos externos como de los Servicios. (Observaciones 32 a 39, 41 a 46, 48, 51 y 55) Personal 12. Adecuar la planta a las necesidades operativas y funcionales. (Observaciones 49 a 50 y 52) Odontología 13. Dar cumplimiento con la Resolución 1.292/1998. (Observación 53) Facturación 14. Adaptar los sistemas informáticos utilizados a fin de verificar la pertenencia de un paciente a una Obra Social. (Observación 54)
Conclusión	El Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta desarrolla su múltiple actividad con los recursos disponibles intentando satisfacer la demanda de acciones de salud lo más adecuadamente posible. El principal problema que presenta el Hospital está relacionado con la infraestructura edilicia, de tipo estructural en la mayor parte de los sectores, como también todo lo concerniente con la

	falta de personal, renovación de equipos y su mantenimiento, mayor espacio para el desarrollo de las actividades, implementación de salidas de emergencia, rampas y baños para personas con necesidades especiales, calefacción y refrigeración de diversos sectores y cumplir con cuestiones técnicas en cuanto a ascensores, matafuegos, instalaciones eléctricas y sanitarias, entre otras. El personal y la población asistida necesitan de un servicio de seguridad adecuado que no debe ser contemplado solamente con efectivos de seguridad privada, de Policía Federal o Metropolitana. El mismo debe contener una serie de medidas de carácter integral, sobre todo en un espacio físico amplio y con multiplicidad de áreas y sectores. Su estructura organizacional es vasta, con la indefinición de no contar con una formal que comprenda su dinámica y le otorgue un ordenamiento estructural, desde la propia organización y desde las responsabilidades implícitas en los cargos que el personal detenta y actualmente no le es reconocido. El Hospital presenta falencias de tipo estructural en diversos sectores que individualmente no revisten carácter de significativa dificultad, pero en conjunto van formando un cúmulo de necesidades que se van tornando en un problema integral. Al pasar del tiempo se han ido acumulando las mismas, y evaluadas a un momento son de real importancia y afectan el desenvolvimiento del efector. El equipamiento propio del Hospital carece de un sistema de mantenimiento preventivo. Se ha observado que el Hospital posee para algunos equipos, contratos directos para el mantenimiento preventivo (50% sobre el equipamiento del Hospital), no teniendo convenio para los equipos restantes, encontrándose entre ellos los servicios de Terapia Intensiva, Guardia, Quirófano y Unidad Coronaria, entre otros. En la actualidad, se debería diseñar una gestión de mantenimiento en aparatología médico hospitalaria, la cual garantice su operación segura a máximas prestaciones y a costo efectivo. De todas maneras el Hospital Zubizarreta, con sus limitaciones y debilidades, logra cumplir los objetivos de brindar prestaciones en la atención de salud a la población que acude al subsector público de salud.
--	--

**Informe Final de Auditoría
Proyecto N° 3.11.02 b
Hospital Zubizarreta**

DESTINATARIO

Señora
Presidente
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. María Eugenia Vidal

S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Hospital General de Agudos Abel Zubizarreta, dependiente del Ministerio de Salud, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ABEL ZUBIZARRETA.

II. OBJETIVO.

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta.

III. ALCANCE.

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.

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 General de Agudos Abel Zubizarreta.

1. Evaluar la dotación y distribución del recurso humano del área de enfermería. Evaluación del déficit.
2. Evaluar tiempo de espera en la programación de cirugías, tiempo de internación, acceso y proceso de intervención quirúrgica, causa de suspensiones, confección de historia clínica, derivaciones, etc.
3. Elaboración y aplicación de guías de auditoría para el análisis de equipamiento áreas críticas: cantidad, estado funcional, antigüedad.
4. Análisis grado de satisfacción de pacientes ambulatorios mediante encuesta.
5. Evaluar el cumplimiento de las normativas aplicables en cuanto a la expresión de los pacientes por su satisfacción y/o queja de la atención recibida en el Hospital.
6. Elaboración de indicadores de gestión.
7. Análisis del control de residuos líquidos y patogénicos y de la seguridad ambiental.
8. Análisis del control patrimonial de los bienes del Hospital.
9. Análisis de los registros de los bienes donados.

IV. ACLARACIONES PREVIAS

PROCEDIMIENTOS

IV. 1 Área Administrativa

IV. 1.1 Encuestas de satisfacción.

Objetivo

Determinar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en los Consultorios Externos.

Procedimiento:

Se realizó una encuesta de satisfacción a setenta y cinco (75) pacientes en la Sala de Espera del Hospital, que aguardaban ser atendidos en los turnos matutino y vespertino de los Consultorios Externos de las distintas especialidades. Observándose que los pacientes pertenecientes a la Obra Social PAMI, obtienen el turno a través de la solicitud telefónica de su Médico de Cabecera con una demora de dos a tres meses. **Observación**

Especialidades y cantidad de entrevistas:

- Adolescencia: 2
- Alergia: 1
- Cardiología: 7
- Cirugía: 2
- Clínica Médica: 6
- Dermatología: 2
- Endocrinología: 2
- Flebología: 2
- Gastroenterología: 5
- Ginecología: 5
- Kinesiología: 2
- Neumonología: 5
- Neurología: 7
- Reumatología: 2
- Otorrinolaringología: 4
- Pediatría: 9
- Promoción y Protección de la Salud: 1
- Traumatología: 7
- Odontología: 4

Variables relevadas:

- Domicilio del Paciente.
- Si tiene o no Obra Social.
- Demora en la obtención del turno, espontáneo y programado.
- Turnos ulteriores, otorgados por el médico tratante o por concurrencia al Mesón.
- Elección de turno: Matutino o Vespertino.
- Tiempo de espera desde la presencia del paciente en Sala de Espera hasta el acceso a la consulta.

- Forma de solicitar el turno: Personalmente o Telefónicamente.
- Conocimiento e Inscripción en el Plan “Cobertura Porteña”.
- Comodidad de la Sala de Espera.
- Estado general de los baños.
- Si el paciente recomendaría al Hospital.

Limitación al alcance:

La muestra se realizaba sobre un total de ochenta y nueve (89) personas presentes en la sala de espera, de la que surgieron las siguientes limitaciones:

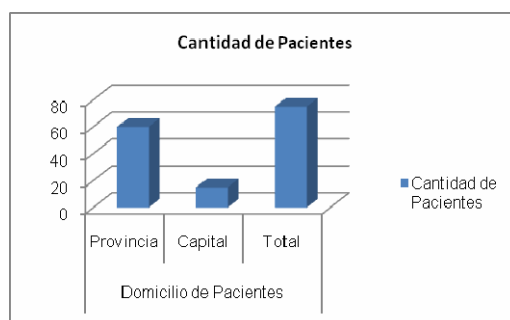
- Once (11) personas (12,37 %) se negaron a que se les realice la encuesta temiendo distraerse al momento del llamado.
- Tres (3) personas (3,37%) no sabían contestar porque eran acompañantes de pacientes que estaban siendo atendidas.

Comentarios:

- Población en estudio: pacientes ambulatorios de los turnos matutino y vespertino.
- Cuestionario: anónimo con preguntas cerradas.
- Período de medición: Tercer semana del mes de septiembre de 2011.

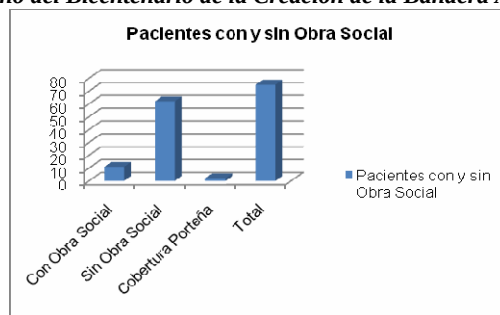
De la muestra surge:

- De los 75 pacientes encuestados, 60 personas habitan en el Primer y Segundo Cordón Bonaerense, representando el 80% de las atenciones, que 15 personas pertenecen a la Capital Federal, el 20% de la demanda de atención médica.



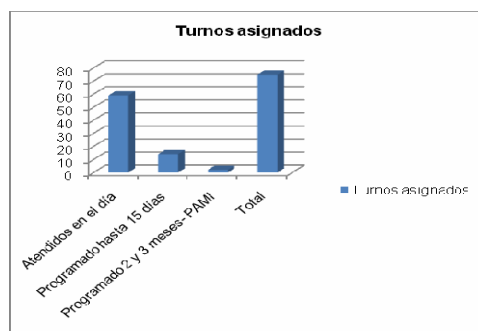
- De los 75 pacientes, 62 personas no tienen Obra Social, representando el 82,67%. Al Plan “Cobertura Porteña” pertenecen 2 personas, el 2,67% y con afiliación a Obras Sociales, incluido el PAMI, 11 personas, el 14.67%.

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

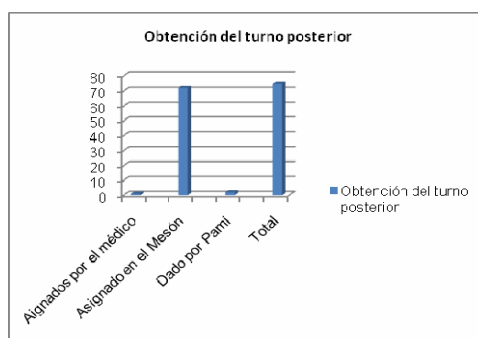


- La 1° pregunta fue referente a la demora en obtener el primer turno: 59 pacientes lo obtuvieron en el día, el 78,67 %.

Turno Programado fue solicitado por 14 pacientes, que lo obtuvieron dentro de los 15 días, el 18,67 %, y 2 personas afiliadas al PAMI lo tenían acordado hacia dos y tres meses respectivamente, el 2,67 %.

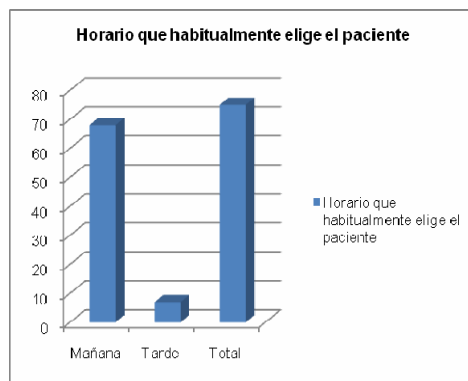


- La pregunta 2° fue referida a quien le otorgó el turno posterior, 72 pacientes, el 96 %, respondió que concurrió al Mesón, 1 persona, el 1,33 % contestó que se lo dio el médico y las 2 afiliadas al PAMI fueron llamadas por el médico de cabecera que las atiende para informarles día y hora de la atención médica en el Hospital, el 2,67%.

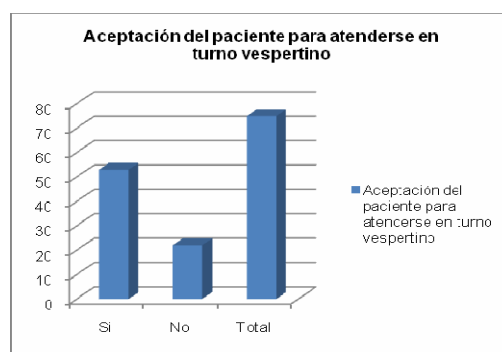


“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

- La 3° pregunta estuvo dirigida al horario de atención matutino o vespertino que elige habitualmente el paciente, 68 pacientes prefieren el matutino, el 90,67 % y 7 personas el vespertino, el 9.33 %.



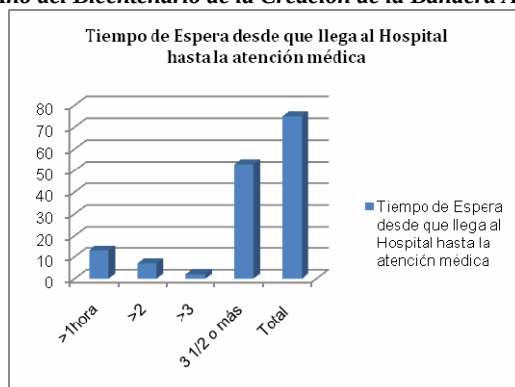
- La 4° pregunta fue dirigida a la posibilidad de atenderse en el turno vespertino, 53 pacientes respondieron por el Sí el 70.67 % y 22 personas lo desestimaron, el 29,33 %.



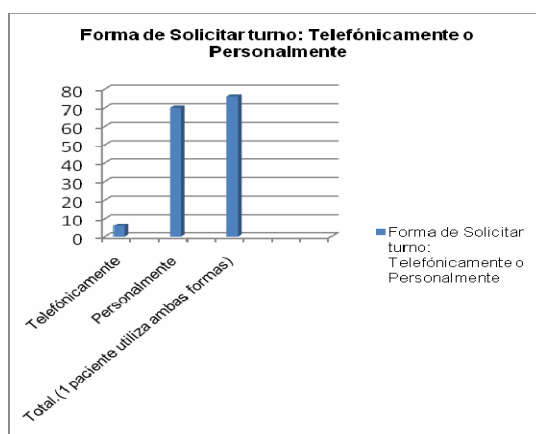
- La 5° pregunta tuvo el objeto de conocer el tiempo de espera desde la presencia del paciente en la Sala de Espera hasta el acceso a la consulta.

Más de 1 hora el 17,33%, 13 personas. Más de 2 horas 7 personas, el 9.33 % y más de 3 horas y media, 53 personas, el 70,67 %. **Observación**

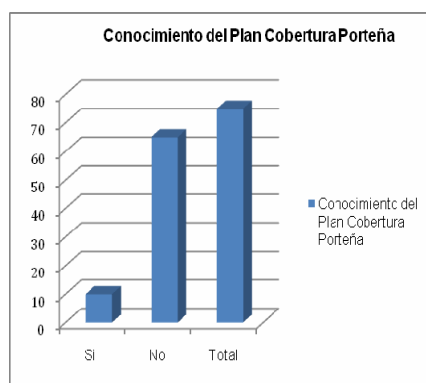
“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”



- La 6° pregunta, fue la forma en que solicita el paciente el turno. Personalmente lo hicieron 70 pacientes, el 92.11%, haciendo referencia que es difícil comunicarse telefónicamente y 6 personas dijeron haberlo hecho a través del teléfono, una paciente dijo utilizar ambas formas. **Observación**

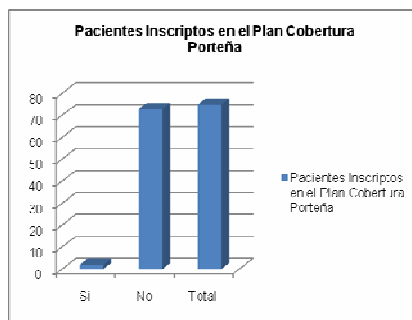


- La 7° pregunta ha sido referente el conocimiento del Plan “Cobertura Porteña”, 10 pacientes dijeron conocerlo, el 13,33 % y 65 personas no, el 86.67%, aunque de lo observado surge que el 80 % de los pacientes provienen para su atención del Conurbano Bonaerense.

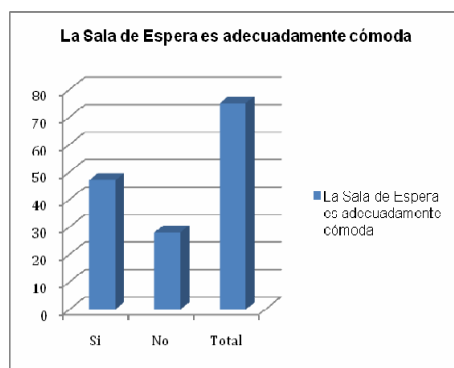


“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

- La 8° pregunta consistió en averiguar entre los encuestados, quienes estaban afiliados al Plan “Cobertura Porteña”. Dos pacientes pertenecen al Plan, el 2.67% y 73 personas No, el 97.33%, aunque de estas últimas 13 personas tienen Obra Social, el 14.67%, incluyendo la Obra Social PAMI.



- La 9° pregunta se refirió a la comodidad de la Sala de Espera. La encuentran cómoda 47 pacientes, el 62,67 % y 28 pacientes la encuentran incómoda, el 37,33 %, haciendo referencia a que deben permanecer parados sobre todo en el turno matutino.

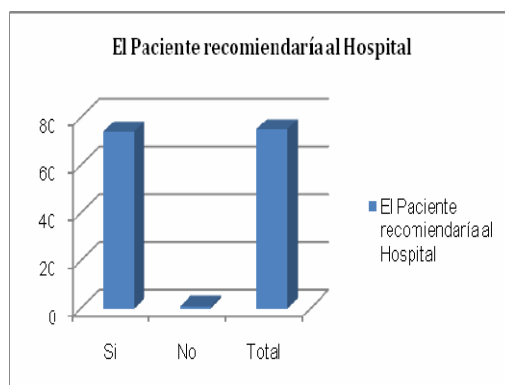


- La 10° pregunta se dirigió al estado general de los baños, 28 pacientes, el 37,33 % dijo que estaban limpios, 47 pacientes, el 62,67 % que están sucios a muy sucios.



“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

- La 11° pregunta, fue referida a si recomendarían el Hospital, 74 pacientes contestaron que Sí, el 98,67 % y 1 persona que No, el 1,33 %.



IV. 1. 2. Mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento.

Objetivo:

Relevar la información necesaria de los diversos Servicios que cuentan con equipamiento médico, ya sea para diagnóstico o tratamiento, referida al mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos.

Alcance:

Se contactó a los jefes de los siguientes Servicios:

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Quirófanos (Cirugía). | 10. Traumatología y Ortopedia. |
| 2. Terapia Intensiva. | 11. Kinesiología. |
| 3. Terapia Intermedia. | 12. Laboratorio. |
| 4. Unidad Coronaria. | 13. Hemoterapia. |
| 5. Urgencias. | 14. Esterilización. |
| 6. Endoscopía Digestiva. | 15. Oftalmología. |
| 7. Odontología. | 16. Otorrinolaringología. |
| 8. Ginecología. | 17. Fonoaudiología. |
| 9. Diagnóstico por Imágenes. | |

Se relevaron los mencionados servicios con un check-list diseñado previamente a tal fin.

Limitación al alcance:

No hubo

Tareas:

La grilla previamente mencionada fue diseñada con el fin de contar con la información acerca del mantenimiento preventivo de los equipos. Se tuvo en cuenta la cantidad de equipos con que dispone cada Servicio, si cuentan con mantenimiento, su frecuencia, espacio físico para su disposición y las conse-

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

cuencias de las carencias, como deterioro en la atención de los pacientes, sobrecarga del personal, etc.

En las visitas a los diferentes Servicios, se revisaron las respuestas con los Jefes correspondientes. En los casos en los que mencionaban recibir mantenimiento preventivo se les requirió ampliar la respuesta, teniendo en cuenta tipo de contratación, periodicidad y empresa a cargo de la tarea.

Aclaraciones previas:

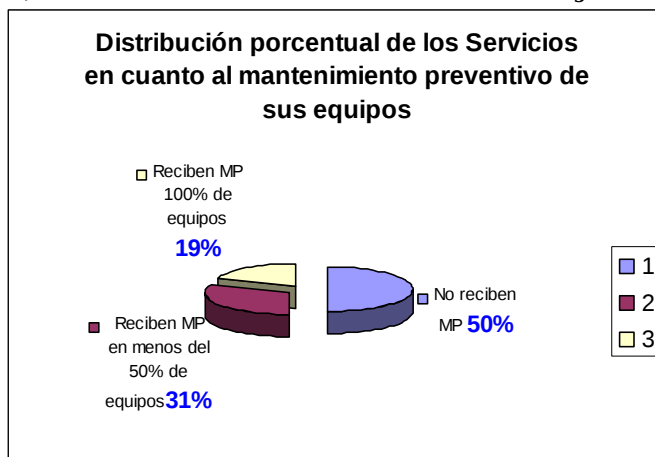
El Servicio de Ginecología, consideró prescindir del mantenimiento preventivo de los equipos, por tal motivo no se tomó para la muestra, excepto para el punto referido al aire acondicionado.

Resultado:

Servicio	Cantidad de equipos que deben recibir mantenimiento preventivo (MP)	Cantidad de equipos que reciben MP	Porcentaje (%)
Otorrinolaringología	6	0	0
Hemoterapia	29	8	28
Dx. Por Imágenes	7	1	14
Guardia	23	0	0
Fonoaudiología	3	0	0
Laboratorio	13	13	100
Kinesiología	25	0	0
Esterilización	5	1	20
Oftalmología	14	14	100
T. Intensiva	17	0	0
T. Intermedia	2	0	0
Unidad Coronaria	13	0	0
Odontología	34	34	100
Quirófanos	15	1	7
Traumatología	1	0	0
Endoscopía Digestiva	2	1	50

Cabe mencionar que hay Servicios que cuentan con mayor cantidad de equipos, que no requieren mantenimiento preventivo.

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”



a)- Del cuadro se desprende que el 50% de los Servicios no recibe mantenimiento en ningún equipo.

b)- Los Servicios comprendidos en el 31% son los siguientes: Endoscopia Digestiva con el 50% de los equipos con MP, Hemoterapia con el 28% de los equipos con MP, Esterilización con el 20% de los equipos con MP, Diagnóstico por Imágenes 17% de los equipos con MP y Quirófanos 7% de los equipos con MP.

c)- A continuación se detallan los responsables del MP, que reciben los tres Servicios comprendidos en el 19% del gráfico.

- Laboratorio, el MP es realizado por las empresas de los equipos, en préstamo por consumo.
- Odontología, el Hospital contrata a la empresa Ingeniero Carusso, a cargo del MP de todos los equipos.
- Oftalmología, el Hospital contrata al técnico especializado para realizar el MP de los equipos.

El Servicio de Hemoterapia, cuenta con 29 equipos, sólo 8 reciben MP, la frecuencia del mismo es anual.

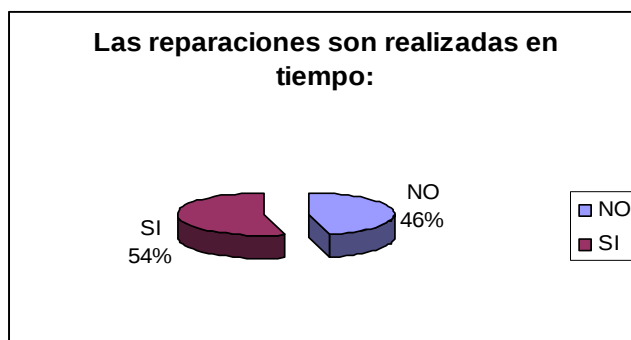
Para los Servicios que no reciben mantenimiento preventivo en todos o alguno de sus equipos, sólo se reparan cuando se descomponen. Se detallan en el siguiente cuadro:

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

Servicio	La reparación se realiza en:	
	Tiempo	Forma
Otorrino	No	Si
Hemoterapia	No	Si
Guardia	No	Si
Fonoaudiología	Si	Si
Kinesiología	No	Si
Esterilización	No	No
T. Intensiva	Si	Si
T. Intermedia	Si	Si
U. Coronaria	Si	Si
D. por Imágenes	Si	Si
Quirófanos	Si	Si
Traumatología	No	Si
Endoscopía Digestiva	Si	Si

De los Servicios que requieren reparaciones, sólo Esterilización refiere no siempre recibir las reparaciones en forma.

En el gráfico a continuación se visualizan los porcentajes de Servicios que en ocasiones no reciben la reparación en el tiempo necesario.



En el 50% de los casos (8 Servicios) no cuentan con espacio físico acorde a las necesidades, donde se encuentran los equipos. Para esta determinación se han tenido en cuenta los requerimientos de los mismos, según el calor que generan, espacio físico que ocupan, ventilación que requieren. En ocasiones, los mismos pueden recalentar y deteriorarse.

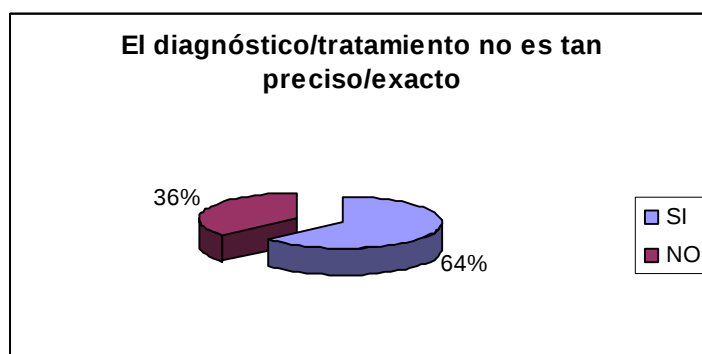
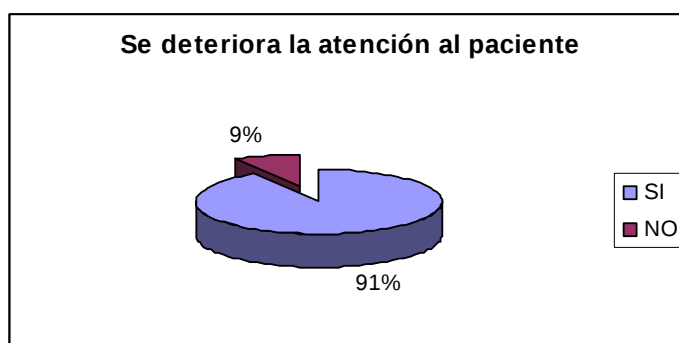
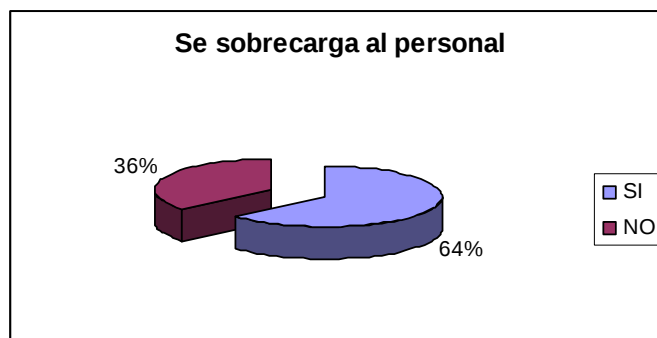
Estos Servicios son los siguientes:

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Quirófanos | 5. Kinesiología |
| 2. Odontología | 6. Laboratorio |
| 3. Unidad Coronaria | 7. Hemoterapia |
| 4. Oftalmología | 8. Otorrinolaringología |

Corrientes 640, Piso6to. C1043AAT, tel 4321-3700- Ciudad Autónoma de Buenos Aires

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

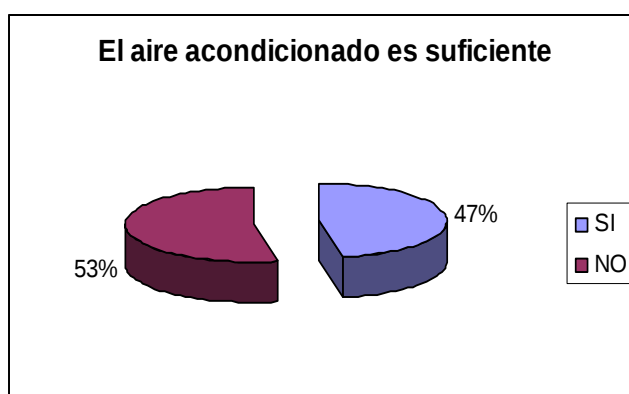
A continuación se grafican las dificultades que surgen, mencionadas por los Jefes de los Servicios, a raíz de la falta de mantenimiento de los equipos:



A continuación se representan porcentajes de conformidad o no en relación al aire acondicionado con que cuenta cada Servicio. Cabe mencionar que los Servicios que no prestan conformidad están directamente relacionados con la cantidad de equipos generadores de calor y la disposición de las bocas del aire acondicionado central.

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

Servicio	Aire acondicionado suficiente
Otorrino	Si
Hemoterapia	No
Guardia	No
Fonoaudiología	Si
Laboratorio	No
Kinesiología	No
Esterilización	Si
Oftalmología	Si
T. Intensiva	Si
T. Intermedia	No
U. Coronaria	No
Odontología	No
Quirófanos	Si
Traumatología	Si
Ginecología	No
Endoscopía Digestiva	Si
Dx. por Imágenes	No



IV. 1. 3. Libro de Quejas

a).- Libro De Quejas:

Objeto: Analizar el sistema mediante el cual el Hospital registra quejas y sugerencias efectuadas por concurrentes a la Institución a efectos de evaluar la calidad de sus prestaciones. Determinación de las áreas donde se registran mayores quejas y sugerencias.

Procedimiento: Análisis y evaluación del Libro de Quejas.

Aclaraciones Previas: En la cartelera ubicada en la entrada del Hospital se puede observar un cartel ubicado en forma visible al público en general donde

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

se procede a informar respecto de la existencia de buzones de Sugerencias y Reclamos. Es destacable señalar que, en la puerta de acceso a la Secretaría, ubicada en la planta baja del Hospital, se encuentra ubicado un Buzón de Sugerencias, a efectos de que aquellas personas que lo crean conveniente puedan realizar sugerencias a efectos de manifestar las inquietudes que estimen convenientes para optimizar la gestión Hospitalaria dirigidas al Comité de Gestión de Calidad.

Normativa Aplicable:

Hasta el año 2006, se hallaba en vigencia la Ordenanza N° 39927/CJD/1984, que en su art. 1° establecía que “En todas las dependencias municipales en la que se preste atención al público será obligatoria la existencia de un Libro de Quejas, Sugerencias y Reclamos”, y en su art. 2° rezaba “El libro mencionado estará a disposición del público en el sector designado por la Dirección”.

Esta Ordenanza ha sido derogada por la Ley 2247/2006 (en su art. 11 procede a la derogación en forma expresa de esta Ordenanza), que actualmente rige la materia que nos ocupa.

El Hospital cuenta con un Libro de Quejas como estipula la Ley 2247. Prima facie, resulta necesario señalar que, esta Ley en su art. 1 establece la obligatoriedad del mismo al establecer que “...en todas las dependencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con atención al público... será obligatoria la existencia de un Libro de Quejas, Sugerencias y Reclamos...”. A su vez el art. 8 de la misma reza que “...En las dependencias oficiales con atención al público, el Director y/o responsable designa el sector donde se exhibe el libro, es responsable directo del mismo, y elevará todas las intervenciones producidas...” y determina en su art. 6 “que deberá existir un cartel ubicado en lugar visible por el público, donde se informará a cerca de la existencia del Libro de Quejas, Sugerencias y Reclamos”.

No se constató la existencia del cartel mencionado en el art. 6 de la Ley 2247.

Observación

Tarea Realizada:

Ante nuestra solicitud, se nos hizo entrega de la fotocopia de fecha 08 de marzo de 2007 con el que se habilita el Libro N°1 de **Quejas, Sugerencias y Reclamos** que consta de 400 fs., refrendado por el Dr. Alejandro Ramos y cuya última actuación registrada data de fecha 15 de septiembre del 2011, remitida por TBA (Trenes de Buenos Aires), agradeciendo por la colaboración en el accidente en paso a nivel Artigas con Fecha 15/09/2011.

Observaciones: Conforme la evaluación realizada surge que el Hospital lleva el correspondiente Libro de Quejas, cumplimentando así lo dispuesto en la Ley 2247, que rige la materia.

b) Buzón De Sugerencias Y Observaciones

Es necesario destacar que esta actividad no esta reglamentada, como si lo esta el libro de quejas.

El buzón tiene por objetivo la participación de las personas que circulan por el Hospital a efectos de recepcionar en forma espontánea sus inquietudes, necesidades y expectativas. Además, es imprescindible que el conjunto de personal sienta la responsabilidad constante de prestar mejor atención y alcanzar el logro de la satisfacción de los usuarios.

IV. 1. 4. Patrimonio y Cooperadora

La donación de bienes se puede realizar de 2 maneras:

- a través de la Cooperadora del Hospital o
- de un Particular.

Los bienes de Capital adquiridos por Caja Chica, Licitaciones o Transferencias de los Ministerios de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o de la Nación son Patrimoniados por la División.

El circuito para la adquisición de bienes de capital a través de Cooperadora se inicia con la solicitud del Servicio o Área a la División de Patrimonio, luego se eleva a Dirección del Hospital para la aprobación del Director y posteriormente a la Cooperadora, quien solicita presupuestos para la compra del bien.

Se eleva toda la documentación a la División Patrimonio para inventariarlo, quien informa a Contaduría las altas por medio del Formulario C-0262, adjuntando el Resumen Mensual. Quedando en archivo de la División Patrimonio la Solicitud de Pedido a Patrimonio, Orden de Compra firmada por el Tesorero, Presupuestos, Remito, Factura y Nota en la que consta la cantidad de facturas que se están entregando.

Se verificó el archivo de las mismas de los años 2009 y 2010, constatándose toda la documentación mencionada.

Se verificaron los expedientes de las donaciones realizada por la Cooperadora del Hospital, de los bienes de capital durante el período 2009/2010 comprobándose en los mismos la Solicitud de Adquisición, la Orden de Compra con el Bien adquirido, firmado por el Director o Subdirectora del Hospital, el Remito, la Factura y la Nota de Recepción.

No reciben copia de la Recepción Definitiva por parte del Poder Ejecutivo.

El circuito de donación de Particulares se inicia con un Formulario de Donación donde se detallan todas las características del bien con la firma del donante y la factura de compra. Se eleva toda la documentación a la División Patrimonio

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

para inventariarlo, quien informa a Contaduría las altas por medio del Formulario C-0262.

Mediante un Expediente que se eleva a la Región Sanitaria, se comunica la donación recibida. El mismo está integrado por el Formulario de Donación firmado por el o los donantes y con las firmas de la Jefa de Patrimonio, del Jefe Contable, del Coordinador de Gestión Económico Financiero y del Director del Hospital.

Una copia de cada Expediente se archiva en la División de Patrimonio y otra en Despacho del Hospital.

Se verificaron los Expedientes de Donaciones de Particulares en el Período 2009/2010, constatándose en todos ellos el Formulario de Donación y la Factura correspondiente.

El circuito de las Transferencias del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires o del Ministerio de la Nación, de los Bienes de Capital, se inicia con la transferencia del mismo al Hospital, la División Patrimonio recibe un Remito donde consta la cantidad de elementos que el Hospital recibe pero no el valor de los mismos. La División se contacta con el proveedor solicitando la Orden de Compra con los valores reales del Bien, se carga el alta en el Formulario C-0262, comunicándolo a través de éste a la Contaduría General de la Ciudad, realizando las imputaciones internas anteriormente mencionadas en la descripción de las donaciones.

El registro de los Bienes de Capital se realiza a través del Sistema Informático Mindware, que otorga en forma correlativa el número de inventario correspondiente a cada Bien móvil. Esto se genera al cargarse el Formulario de Altas C-0262 y queda registrada informáticamente la procedencia del mismo, el Servicio o Sector en el que se encuentra físicamente el Bien, la marca, el modelo y el número de serie. Esta información se eleva a Contaduría a mes vencido, los días 10 de cada mes. Se adjunta al Formulario C-0262, el resumen mensual que es el Resumen General de Bienes de Dominio Privado y Bienes de uso permanente.

No se coloca físicamente en el bien, el número de inventario. **Observación**

El relevamiento de los bienes patrimonizados, se realiza anualmente priorizando la aparatología. **Observación**

En el cierre de Ejercicio General, no se especifica por Servicio la Aparatología ni el mobiliario. **Observación**

Si alguna persona perteneciente al Hospital o ajena al mismo ingresa un Bien de Capital (ej. Computadora para uso personal), se registra en el Formulario de Inventario en el Ítem: Bien de Terceros de Valores, especificándose sin valor.

IV. 2. Área Médica

IV. 2.1. Internación

Objetivo:

Evaluar tiempo de espera en la programación de Cirugías, estudios complementarios, tiempo de internación, acceso y proceso de intervención quirúrgica, suspensiones, confección de historia clínica, entre otros.

Aclaraciones Previas:

El Hospital Abel Zubizarreta utiliza el software “MindWare” para la confección de historias clínicas informatizadas, la misma es utilizada en consultorio externo. Todo paciente internado y quienes son sometidos a intervenciones quirúrgicas, se les confecciona una historia clínica manuscrita.

Procedimientos:

Para la aplicación de determinados procedimientos de auditoria, la selección de la muestra obedece según criterio del auditor. De esta manera, fueron seleccionados los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre del 2010.

La tarea de auditoria se lleva a cabo habiendo solicitado al responsable del área de estadística, la siguiente documentación:

- Parte diario de internación, a partir de los cuales se solicitaron las historias clínicas sobre las que se realizó el procedimiento.
- Fueron requeridas 100 historias clínicas.

Se confeccionó una planilla a fin de volcar en ella las internaciones registradas en la documentación solicitada, figurando en la misma:

- | | |
|--|---|
| • Número de HC. | • Fecha de solicitud y tipo de estudio complementario. |
| • Localidad. | • Fecha de realización y tipo de estudio complementario. |
| • Fecha de ingreso. | • Fecha de pre-quirúrgico. |
| • Fecha de egreso. | • Servicio que realiza la intervención quirúrgica y/o atención. |
| • Fecha de cirugía. | • Consentimiento informado (si/no). |
| • Diagnóstico. | • Derivaciones y/o traslados. |
| • Servicio de Consultorio Externo y fecha de derivación a internación y/o cirugía. | • Observaciones. |
| • Cobertura médica (si/no). | |
| • Epicrisis (si/no). | |

Resultados:

- 75 pacientes (75%) no posee cobertura médica; 16 pacientes (64%) tienen como cobertura PAMI.
- El promedio de días de internación es de 6, eliminando para el cálculo del promedio los 2 extremos, tanto el máximo como mínimo. El máximo tiempo de internación fue de 70 y el mínimo de 1 día (ambos fueron eliminados para el promedio).
- La mediana fue de 4 días de internación.
- El 97% de las Hc poseen epicrisis.
- De 45 intervenciones quirúrgicas, solo en 2 no figuraba consentimiento informado.
- No existe ningún consentimiento informado en los 53 casos de internación sin intervención quirúrgica.¹ **Observación**
- Derivaciones:
 - o 1 paciente es derivado desde el Hospital Rivadavia por falta de cama en el mismo.
 - o 1 paciente es derivado al Hospital Argerich por no contar el Hospital Zubizarreta con la infraestructura necesaria para la atención; patología del paciente derivado, “hepatocarcinoma”.
 - o 2 pacientes son derivados a Hospitales de la Provincia de Bs. As., por sus respectivas obras sociales.
- 48 pacientes (48%) residen en la Ciudad Autónoma de Bs. As., el 52% restante, son residentes de la Provincia de Bs. As.
- 1 paciente en situación de calle (fallece en el Hospital).

Distribución de los diferentes Servicios en internación (según la muestra)

Especialidad	Número de Historias clínicas	%
Ginecología	7	7%
Traumatológica	9	9%
Urología	7	7%
Otorrinolaringología	2	2%
Pediatría y Adolescencia	8	8%
Clínica médica	22	22%
Cardiología	9	9%
Neumotisiología	1	1%
Cirugía	29	29%
Odontología	1	1%
Neurología	3	3%

¹ Art. 6º y 7º, Ley 26.529.

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

Infectología	1	1%
Gastroenterología	1	1%
TOTAL	100	100%

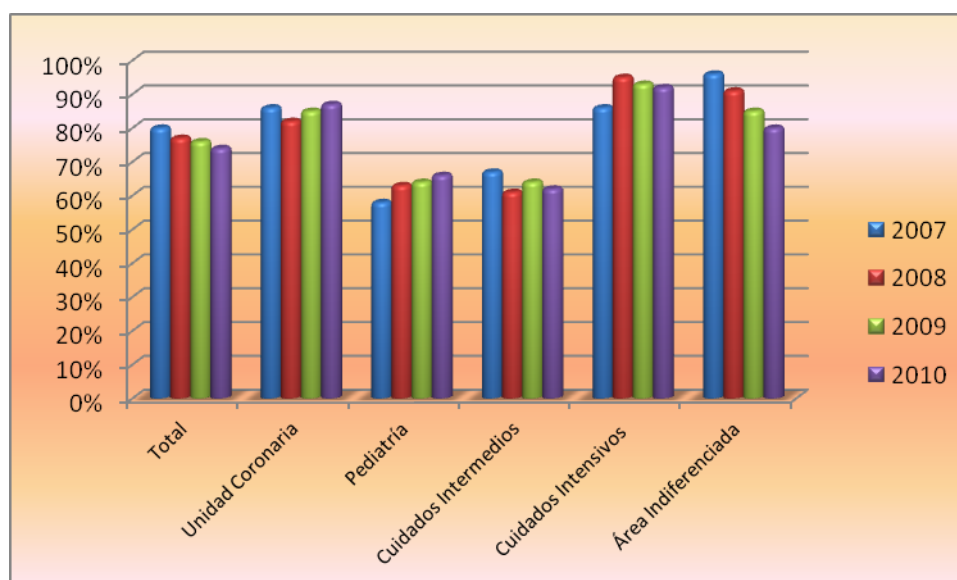
ÍNDICE O PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS²

Valora como se están ocupando las camas de un servicio o institución. Si el valor promedio de un índice ocupacional al cabo de un período es alto, por encima de 90-95 %, puede ser indicativo que en ciertos momentos o épocas se han rechazado pacientes; es lo que se llama trabajar con "cama caliente". Por el contrario, resultados inferiores al 70-75% hablan de subutilización de los elementos disponibles, por exceso de recursos en relación a la demanda existente.

El índice de ocupación de los Hospitales generales de agudos es de 80-85%.

Se calcula según la siguiente fórmula:

$$\text{TOTAL DE PACIENTES - DIA REGISTRADOS DURANTE UN PERIODO} \times 100 = \frac{\text{POC}}{\text{TOTAL DE DIAS - CAMA DURANTE ESE PERIODO}}$$



Fuente: Movimiento Hospitalario 2007, 2008, 2009 y 2010.

² Dr. Rezzonico R. y Aranguren, E., "Auditoría Médica".

Corrientes 640, Piso 6to. C1043AAT, tel 4321-3700- Ciudad Autónoma de Buenos Aires

IV.2.2. Quirófano

Aclaraciones previas:

El Hospital cuenta con una obra inconclusa (iniciada por la Cooperadora, pero que por circunstancias económicas fue imposible de finalizarla) de un área quirúrgica, que brindaría la posibilidad de trabajar con más comodidad al personal, dado que sería de mayor tamaño que el área actual, habiendo quedado pequeños frente a la cantidad de personal que trabaja en la misma. También dificulta el espacio la aparatología moderna con que se cuenta, teniendo algunas de estas, dimensiones importantes (ejemplo de esto son las torres de laparoscopia, entre otros).

En esta área funcionarían 5 quirófanos, de los cuales 3 serían para cirugías mayores y 2 para cirugías ambulatorias. Esto favorecería a los usuarios del Hospital, dado que este tipo de prácticas se hacen al finalizar las cirugías que requieren anestesia general, y por lo tanto el tiempo es más limitado. Contando con dos quirófanos para actos quirúrgicos ambulatorios, se aumentaría el número de cirugías, reduciéndose los tiempos de espera.

También es de destacar como factor de importancia, la incorporación de Sala de Recuperación post anestésica, la que no se cuenta a la fecha, debiendo quienes son intervenidos quirúrgicamente esperar en un pequeño hall, donde ingresan y egresan todos los pacientes, no contando con comodidades necesarias³. **Observación**

El Hospital cuenta con 3 quirófanos funcionales, teniendo estos las siguientes dimensiones:

- 1- 19m2
- 2- 18m2
- 3- 20m2

Según la Resolución 573/2000 “Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales”, la dimensión de los quirófanos para Cirugía Mayor, deberá ser de 20 m2 y para Cirugía Especializada, de 30 m2. **Observación**

Cirugía. Tiempo de espera.

El pronóstico de una enfermedad depende de diversos factores, entre ellos la rapidez en el diagnóstico con vista a un tratamiento precoz, y dentro de las distintas opciones terapéuticas, se encuentra el tratamiento quirúrgico.

³ Resolución 869/1998 “Normas de Organización y Funcionamiento de Equipamiento Básico para Quirófanos y Salas de Parto en Anestesiología”.
Resolución 573/2000 “Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales”.

Se ha analizado el tiempo transcurrido entre la derivación y el tratamiento quirúrgico, para así determinar la demora quirúrgica en el tratamiento.

Procedimientos:

Para obtener los tiempos en la demora de cirugías programadas, se solicitó en quirófano, copia de los partes diarios de cirugías de los meses de febrero, mayo, agosto y octubre. Esto se debió al no poder discernir en los partes diarios de internación, si la causa de la misma era programada o espontánea y, al no ser todos los motivos de internación, causa para una intervención quirúrgica, el número de la muestra no era representativo.

Para ello se tomó como muestra, 100 cirugías del parte diario de quirófano y se buscó desde una Pc del área de estadística, mediante el software Mindware, la fecha de Consultorio Externo desde donde se realiza la derivación a cirugía.

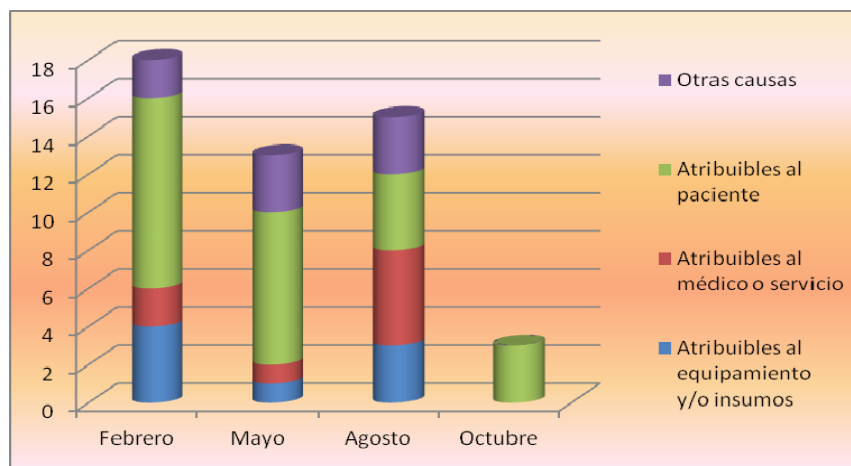
Resultados:

- El **promedio** total de la muestra fue de 68 días.
- El tiempo **promedio** de espera, para la realización de cirugías oncológicas fue de 32 días (la muestra resultó de 25 casos sobre los 100 analizados).
- Para la realización de una cirugía laparoscópica de las vías biliares, el tiempo **promedio** fue de 151 días. **Observación**
- Para la realización de cirugías de hernias, el tiempo promedio fue de 117 días. **Observación**
- En 2 casos no se detectó la fecha de la derivación desde consultorio externo; en uno de estos casos se verificó la historia clínica (manuscrita), no encontrándose tampoco la fecha en ésta.
- El tiempo **máximo** en demora quirúrgica, fue para la realización de una septumplastía (desviación del septum nasal), 451 días.
- El tiempo máximo para una intervención quirúrgica dermatológica, no excedió los 15 días.

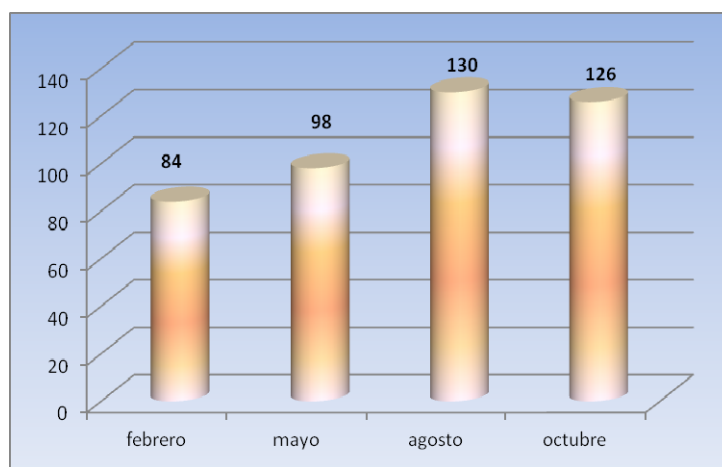
MOTIVO DE SUSPENSIONES DE CIRUGÍAS AÑO 2010

Causas de suspensión	Febrero	Mayo	Agosto	Octubre
Atribuibles al equipamiento y/o insumos	4	1	3	0
Atribuibles al médico o servicio	2	1	5	0
Atribuibles al paciente	10	8	4	3
Otras causas	2	3	3	0
Total	18	13	15	3

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”



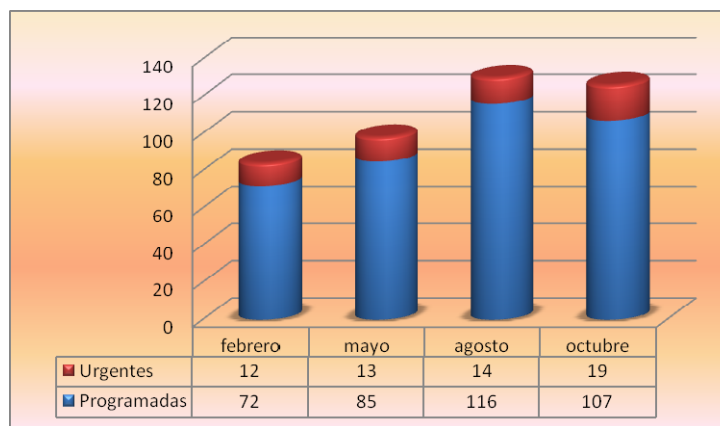
Cirugías realizadas



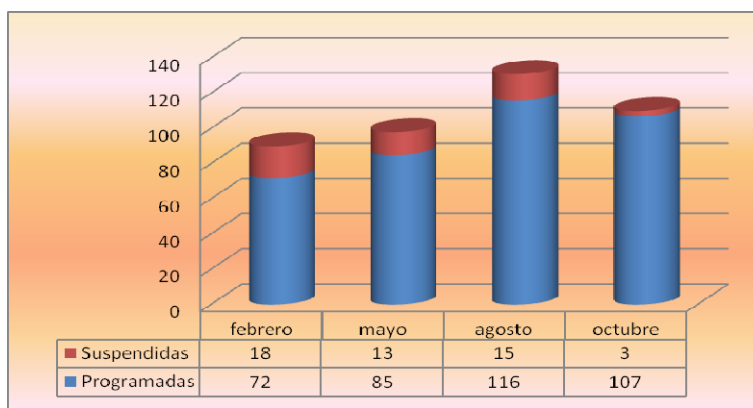
Se ordenaron las cirugías según la modalidad de la demanda en “programadas” y “urgentes”.

La proporción de cirugías de ambos tipos se mantuvo relativamente constante en los meses analizados.

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”



Cirugías programadas



IV.2.3. Enfermería

Se procederá al análisis de la dotación y distribución del recurso humano del área de enfermería.

Se considerará la misma en función de los distintos sectores asistenciales y la aplicación del recurso humano en el mismo.

Se analizó la necesidad del personal de Enfermería, a fin de verificar, si debe ser considerado como un recurso crítico.

Distribución del personal de enfermería en las áreas de internación

UCO: camas 5

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6 a 12	3	3	3	3	3		
12 a 18	2	2	2	2	2		
18 a 24	2	2	2	2	2		
0 a 6	2	2	2	2	2		
24hs						2	2
0 a 12						2	2
12 a 24						2	2

UTI: camas 6

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6 a 12	3	3	3	3	3		
12 a 18	2	2	2	2	2		
18 a 24	2	2	2	2	2		
0 a 6	2	2	2	2	2		
24hs						3	3
0 a 12						3	3
12 a 24						3	3

INTERNACION "A": camas 19

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7 a 14	3	3	3	3	3		
14 a 21	2	2	2	2	2		
21 a 7	2	2	2	2	2		
7 a 21						2	2
21 a 7						2	2

INTERNACION "B": camas 20

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7 a 14	4	4	4	4	4		
14 a 21	2	2	2	2	2		
21 a 7	2	2	2	2	2		
7 a 21						2	2
21 a 7						2	2

UCI camas 24

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7 a 14	4	4	4	4	4		
14 a 21	2	2	2	2	2		
21 a 7	2	2	2	2	2		
7 a 21						1	1
21 a 7						2	2

PEDIATRÍA camas 18

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7 a 14	3	3	3	3	3		
14 a 21	2	2	2	2	2		
21 a 7	2	2	2	2	2		
7 a 21						2	2
21 a 7						2	2

HOSPITAL DE DIA camas 5, sillones 3

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6 a 12	2	2	2	2	2		
12 a 18	0	0	0	0	0		
18 a 24	0	0	0	0	0		
0 a 6	0	0	0	0	0	0	0
24hs						0	0
0 a 12						0	0
12 a 24						0	0

DPTO. DE URGENCIA camas 8, camillas 3

Horarios	Cantidad de agentes						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6 a 12	4	4	4	4	4		
12 a 18	2	2	2	2	2		
18 a 24	3	3	3	3	3		
0 a 6	2	2	2	2	2		
24hs						0	0
0 a 12						3	3
12 a 24						3	3

Dotación de Enfermería en Internación

a) Cálculo horas anuales de trabajo de cada enfermera

Para calcular las horas anuales de trabajo de una enfermera se procedió a descontar a los 365 días del año, el total de días no trabajados.⁴

Franco semanales ⁵	104 días
Licencia anual ordinaria (promedio)	30 días
Licencia por stress ⁶	9 días
Feridos	11 días
Total	154 días

$$365 - 154 = 211 \text{ días}$$

Multiplicando días trabajados por horas diarias⁷ de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

$$211 \times 7 = 1477 \text{ hs anuales}$$

b) Determinación de camas reales

Para establecer camas reales, se puede multiplicar las camas de dotación por el porcentaje ocupacional. En nuestro caso, se tomó como dato directo el número de camas disponibles.

Camas disponibles.

El Hospital cuenta con 105 camas, las cuales no se encuentran diferenciadas por servicios.

	Camas
UCO	5
UTI	6
Internación “A”	19
Internación “B”	20
UCI	24
Pediatría	18
Hospital de Día ⁸	5
Urgencias	8
Total	105

Fuente: Departamento de Enfermería

⁴ Resolución Ministerial 194/95.

⁵ Ajustado según Acta de Paritaria Dr. J. Rezzonico año 2003.

⁶ Dicho dato figura en la Resolución Ministerial 194/95, no obstante los agentes de enfermería no cuentan con estos días.

⁷ Se considera un promedio de 7 hs diarias.

⁸ El Servicio posee además, 3 sillones.

c) Índice de calidad según la especialidad (Internación)

El índice que se desea brindar estará en relación a la calidad de atención que se dará a los pacientes.

Índice por Especialidad⁹

Especialidades	Hs/paciente s/Res.194/95		Hs/paciente s/Depto. Enfermería	
Clínica Médica	2,30	Hs.	4	Hs.
Neurología	0	Hs.	4	Hs.
Cardiología	0	Hs.	4	Hs.
Neumotisiología	0	Hs.	4	Hs.
Hemotología	0	Hs.	4	Hs.
Clínica quirúrgica	4	Hs.	4	Hs.
Ginecología	0	Hs.	4	Hs.
Traumatología	0	Hs.	4	Hs.
Urología	0	Hs.	4	Hs.
O.R.L.	0	Hs.	4	Hs.
C.Plástica	0	Hs.	4	Hs.
Pediatría	4	Hs.	4	Hs.
Terapia Intensiva	10	Hs.	10	Hs.
Unidad Coronaria	10	Hs.	10	Hs.
Terapia Intermedia	6	Hs.	6	Hs.
Nefrología	4	Hs.	4	Hs.
Infectología	4	Hs.	4	Hs.
Emergencias	9	Hs.	10	Hs.
Psiquiatría agudos	6	Hs.	6	Hs.
Psiquiatría crónicos	2.30	Hs.	2.30	Hs.
Total	61,60	Hs.	100.30	Hs.

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

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

- Según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$61.60 / 11 = 5,6$$

- Según Departamento de Enfermería:

$$100,30 / 20 = 5,01$$

⁹Índice ajustado según la Resolución Ministerial 194/95 Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, cálculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

d) Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo (40%)¹⁰ se obtiene el índice ajustado por ausentismo.

- Índice según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$\frac{5,6 \times 40\%}{100} = 2,24$$

$$5,6 + 2,24 = 7,84$$

Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo real (45%), de acuerdo a lo informado por el Departamento de Enfermería, se obtiene el índice ajustado por ausentismo.

- Índice según Departamento de Enfermería:

$$\frac{5,015 \times 45\%}{100} = 2,256$$

$$5,015 + 2,256 = 7,27$$

e) Multiplicando el número de camas reales, por el índice ajustado de ausentismo, se obtiene la cantidad de horas de enfermería que se necesita en un día.

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

$$105 \text{ (camas)} \times 7,84 = \mathbf{823,2 \text{ hs de enfermería}}$$

- Tomando un ausentismo del 45%, según Departamento de Enfermería.

$$105 \text{ (camas)} \times 7,27 = \mathbf{763,35 \text{ hs de enfermería}}$$

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

- Según Resolución Ministerial N°194/95

$$823.2 \times 365 = \mathbf{300.468 \text{ hs anuales de enfermería}}$$

- Según Departamento Enfermería

¹⁰ Dato extraído de la Resolución Ministerial 194/95, Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, cálculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

$$763,35 \times 365 = \mathbf{278.622,75 \text{ hs anuales de enfermería}}$$

g) Dividiendo la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año por las horas reales de trabajo de una enfermera, determinamos el total de enfermeras.

- Según Resolución Ministerial N° 194/95

$$300.468 / 1.477 = \mathbf{203 \text{ enfermeros}}$$

- Según Departamento Enfermería

$$278.622,75 / 1.477 = \mathbf{189 \text{ enfermeros}}$$

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

- Según Resolución Ministerial N°194/95

Dotación enfermería según el servicio (dato a Diciembre 2010)	121
Personal de conducción	- 6
Total de enfermero/as con tarea asistencial en consultorios externos	-16
Total de enfermero/as con tarea asistencial en internación	99

Total de enfermero/as con tarea asistencial en internación	99
Total de enfermeras necesarias s/Res.194/95	- 203
Diferencia resultante	- 104

- Según Departamento Enfermería

Total de enfermero/as con tarea asistencial en internación	99
Total de enfermeras necesarias s/Dpto. de Enfermería	- 189
Diferencia resultante	-90

Según los valores de referencia, el personal de enfermería necesario en cuanto a la metodología de cálculo de la Resolución Ministerial N° 194/95 es de 203 agentes, y 189 agentes según la información aportada por el Departamento de Enfermería, mientras que la dotación real es de 99 agentes; quedando así, un déficit de 104 agentes en el primer caso y de 90 agentes en el segundo caso.

Asimismo, si se consideran las horas adicionadas por horas módulo que realiza el personal de enfermería (2.100 horas módulo promedio mensual x 12 meses = 25.200 horas módulo promedio anual, de las cuales el 75% están destinadas a internación = 18.900 horas), la diferencia negativa de 104 agentes según la

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

metodología de cálculo por la Resolución Ministerial N° 194/95, sólo disminuye en 13 agentes (18.900 horas módulo promedio anual / 1.477 horas anuales necesarias de enfermería = 13 agentes), quedando así un déficit de enfermería de 91 agentes (104 agentes menos 13 agentes correspondiente a horas módulos). **Observación**

Si el análisis lo realizamos en base a los datos extraídos del Departamento de Enfermería (ausentismo 45%) y consideramos la diferencia negativa de 90 agentes con una disminución de 13 agentes (horas módulos), el déficit desciende a 77 agentes. **Observación**

IV. 2.4. RIESGO MEDIOAMBIENTAL

Residuos Líquidos Peligrosos (RLP)

Se construyó una nueva estructura edilicia para uso exclusivo de Depósito de Líquidos Peligrosos, cuenta con los elementos de seguridad (arena, matafuegos, rejilla, instalación eléctrica anti-explosiva).

En Anatomía Patológica y Laboratorio de Análisis Clínicos los agentes químicos utilizados cuentan con rótulo identificadorio y las fichas técnicas se encuentran informatizadas, los reactivos presentan etiqueta técnica.

Los Bidones en Anatomía Patológica, Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes, están rotulados indicando contenido, origen y fecha. No hay depósito intermedio se llena el bidón, lo rotulan y se solicita el retiro.

Radiaciones Ionizantes

El Servicio de Dosimetría en Diagnóstico por Imágenes y Odontología es continuo. Al momento de esta auditoría se encuentra bajo análisis la prestación de la empresa dado que los dosímetros del personal que no ha estado expuesto a radiaciones dan valores que no corresponden. Todos los agentes realizan en forma obligatoria análisis de sangre cada seis meses.

Cuentan con elementos de protección personal y para terceros, biombos y chalecos plomados.

Tienen mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.

Residuos Patogénicos

La Empresa Soma S.A. realiza el retiro de los Residuos Patogénicos. Se verificó por muestreo que la segregación de los residuos es correcta.

Dado que el Hospital cuenta con un solo ascensor para todo uso, para el transporte interno de los residuos se colocaron carteles con los horarios matutino y

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

vespertino en los que se realiza el traslado de Residuos Patogénicos, siguiendo el programa de manejo y recolección de los envases y el de procedimientos de seguridad para su manipuleo. Realizando inmediatamente el lavado posterior del ascensor y de la ruta hasta su depósito. En ese horario no puede ser utilizado por el personal o público en general.

El personal cuenta con elementos de protección botas, barbijos, guantes, etc.

El Depósito Final es de uso exclusivo para Residuos Patogénicos, contando con todos los elementos de seguridad, está señalizado, tiene tubos de luz, balanza, los recipientes están tapados, hay alarma de humo.

Cuentan con Plan y elementos de contingencia. El Personal está capacitado con el Programa RES. Ley 154/6. En cada Servicio se pega una fotocopia de la misma.

Existe la “Comisión de Residuos en Establecimientos de Salud” (RES) y el “Comité RES” en el Hospital, conformado: por el Presidente del Comité que es el Director del Hospital, una Coordinadora General, una Coordinadora Suplente, ambas son Enfermeras Licenciadas en Control de Infecciones, y los Jefes de los Servicios que generan Residuos Patogénicos y Líquidos Peligrosos.

La capacitación del personal encargado de la manipulación de los residuos patogénico es continua. Los últimos cursos a los que concurrieron se realizaron en el Hospital Pirovano sobre Seguridad e Higiene en el Trabajo, y en el Hospital Pasteur sobre Seguridad Operativa de Residuos Patogénicos. Se realizan Jornadas para el entrenamiento del personal que no pudo concurrir a los cursos. Una Enfermera en control de Infecciones Coordinadora de RES (Residuos en Establecimientos de Salud) coordina las Jornadas o concurre a las que se realizan extramuros.

Se realizan análisis de sangre y desde la División de Promoción y Protección de la Salud se promueve la vacunación del personal (médico y enfermería), las vacunas de Hepatitis B y la Doble Adultos son obligatorias.

Se ha implementado un Barril señalizado y tapado para el descarte de cartuchos y tonner, como residuos tóxicos.

El Retiro de los Residuos Patogénicos es diario.

Se ha solicitado por Nota a la Empresa de Limpieza, Tapas para los Cestos de Residuos comunes que se encuentran en el Hospital.

Mercurio

Los termómetros y tensiómetros de Mercurio fueron reemplazados en su totalidad.

En el Servicio de Odontología las amalgamas se realizan en morteros, El costo del amalgamador, y el desaprovechamiento de material no justifica el gasto de la compra, dado que las cantidades utilizadas son ínfimas, solo se realiza un 20% de las prácticas de este tipo, el resto son fotocurados, ionómeros vítreos y extracciones. Poseen Kit antiderrame. El almacenamiento y descarte de mercurio es adecuado.

El personal recibe capacitación continua y cuentan con manuales de seguridad operativa en el servicio.

Óxido de Etileno (ETO)

Servicio de Esterilización

Posee esterilización por ETO, se realiza un control cada 6 meses de dosaje de los residuos de ETO en materiales.

Cuentan con Aireación Forzada. Se realizan validaciones del proceso. Control de parámetros.

El personal cuenta con elementos de protección y reciben capacitación continua. Durante el período 2010/2011 ingresaron 5 Técnicos al Servicio de Esterilización.

Radiaciones No Ionizantes (CEM):

En el Servicio de Terapia Intensiva parte del equipamiento es emisor de Radiaciones No Ionizantes: respiradores microprocesado con pantalla (6), monitores individuales (6), monitor portátil (1), monitor central (1), cardiodesfibriladores con osciloscopio (2), computadoras (3).

No se permite el uso de celulares dentro de la UTI.

No se han realizado mediciones de CEM ni evaluado sus efectos dentro de la UTI. No obstante ello, no se observaron interferencias entre los diferentes equipos de electromedicina.

Seguridad e Higiene

Se auditaron los servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Diagnóstico por Imágenes, Esterilización y Odontología, que cuentan con elementos y espacios de higiene.

En el año 2011 se realizó una licitación para la instalación de detectores de humo, cámaras de seguridad, sensores de movimiento y otras medidas de seguridad, la compañía adjudicataria se encuentra trabajando para la instalación de los elementos necesarios.

En Enero de 2011 se realizó una medición de Puesta a Tierra de distintas áreas del Hospital por un Ingeniero Eléctrico. Este informe se elevó a Recursos Físicos del Ministerio de Salud de la CABA.

La medición de la Puesta a Tierra, en general dieron correctas (por ejemplo en Laboratorio, UTI, Unidad coronaria, cuidados intermedios, etc).

El aire acondicionado de Esterilización y Laboratorio no está sectorizado, ni cuenta con filtros HEPA.

V.- OBSERVACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

Seguridad e Higiene:

1. No se realizan los controles de salud del personal del Hospital, que deben ser practicados por la Empresa contratada por el GCBA.

Quirófanos:

2. No se cuenta con Sala de Recuperación Post-anestésica – Resoluciones 869/1998 y 573/2000-.

3. Dos de los Quirófanos, a lo que es la Cirugía moderna, resultan de escasas dimensiones– Resolución 573/2000-.

Enfermería:

4. Se detectó un déficit de agentes de enfermería, en los sectores de Internación.

AL HOSPITAL

Seguridad e Higiene:

5. No cuentan con Plan de Contingencia, Mapa de Riesgo ni controles de salud del personal, en Residuos Líquidos, Servicios de Esterilización, Diagnóstico por Imágenes y Odontología.

6. El personal no ha recibido entrenamiento para enfrentar situaciones de incendio. Han recibido en algunas oportunidades indicaciones de Bomberos pero no lo realizan periódicamente.

7. En los Servicios auditados no cuentan con alarmas de humo, irrigadores de techo ni puerta de emergencia (solo en Diagnóstico por Imágenes).

8. No cuentan con salida de Emergencia por pisos. Hay carteles luminosos que indican “SALIDA”.

9. Se observó como área crítica, respecto a la medición de Puesta a Tierra, el shock room de la Guardia. El área de Consultorios Externos no cuenta con Puesta a Tierra.

10. No cuentan con Protocolo para el manejo de Líquidos Peligrosos, Mapa de Riesgo ni Plan de Contingencia.

Residuos Patogénicos:

11. Los Depósitos Intermedios no son de acceso restringido, se encuentran correctamente señalizados, encadenados y tapados en pasillos y salas.

Unidad de Terapia Intensiva:

12. La Sala de Aislamiento de la UTI no cuenta con un aire acondicionado propio con filtro tipo HEPA.

Odontología:

14. Los compresores de Odontología no cuentan con la protección adecuada. Los compresores (uno vertical y otro horizontal) se encuentran en un espacio tapado, cubriendo las paredes con poliestireno expandido.

Consultorios Externos:

15. Los pacientes de la Obra Social PAMI, obtienen el turno a través de la solicitud telefónica de su médico de Cabecera con una demora de dos a tres meses.

16. El 92,11 % de los pacientes encuestados, refieren la imposibilidad de comunicarse telefónicamente, para el acceso a turnos.

17. El 70,67 % de los pacientes entrevistados, refirieron una demora en el tiempo de espera para la atención de turnos programados de más de 3 horas.

Mantenimiento del equipamiento:

18. El 81% (trece) de los Servicios relevados no recibe mantenimiento preventivo en su totalidad o parcialidad de los equipos, aún precisándola.

19. El 50 % (ocho) de los Servicios no reciben MP en ninguno de sus equipos.

20. El Servicio de Hemoterapia sólo recibe MP en 8 de 29 equipos, además el mismo no se realiza con la frecuencia necesaria.

21. Por falta de MP, el 46% de los casos que reparan los equipos descompuestos, no son realizadas en el tiempo necesario.

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

22. El 64% de los Servicios, sobrecarga al personal por falta de reparación de los equipos.
23. El 91% de los Servicios reconoce el deterioro de la atención al paciente por contar con equipos en desuso por falta de reparación.
24. El 64% de Los Servicios, advierte que los tratamientos y diagnósticos pierden exactitud y/o precisión.
25. El 50 % (ocho) de los Servicios no cuentan con el espacio físico acorde a las necesidades de los equipos, generando su recalentamiento y deterioro.
26. El 53% de los Servicios no cuenta con aire acondicionado suficiente, por tal motivo el ambiente no es confortable, ventilado ni adecuado para la buena conservación de equipos.

Libro de quejas:

27. De acuerdo al art. 6 de la Ley 2247, no se observó cartel identificatorio de la existencia del libro.

Patrimonio:

28. No se coloca físicamente en el bien, el número de inventario.
29. El relevamiento de los bienes patrimonizados, se realiza anualmente, priorizando la aparatología.
30. En el cierre de Ejercicio General, no se especifica por Servicio la Aparatología ni el mobiliario.

Historias clínicas:

31. No existe ningún consentimiento informado en los casos de internación sin intervención quirúrgica (Art. 6º y 7º, Ley 26.529).

Cirugía:

32. Los tiempos para acceder a una intervención quirúrgica de vías biliares (laparoscopia) y de hernias, resultan excesivas; 151 días en el primer caso y 117 en el segundo

De lo que surge del Informe 3.11.02.a), se observa:

33. Falta de mantenimiento edilicia (Debilidades IV.1.A, IV.1.B)
34. Falta Sala de Aislamiento (Debilidades IV.1.A, IV.1.B)
35. Sala de Espera del Servicio de Oftalmología compartida con la Guardia (Debilidad IV.1.A)

36. Falta o deficiente Salida de Emergencia (Debilidades IV.1.A, IV.1.B, IV.2)
37. Carecen de matafuegos (Debilidades IV.1.A, IV.1.B)
38. Enfermería de Pediatría (sala de procedimientos) no diferencia entre área limpia y sucia (Debilidad IV.1.A)
39. Generación de altos valores sonoros (Debilidades IV.1.A, IV.2)
40. Carencia de baños para el personal y pacientes (Debilidad IV.1.A)
41. Mala segregación de residuos patogénicos (Debilidad IV.1.A)
42. En el sector de Guardia existe el único baño para personas con capacidades diferentes de todo el Hospital (Debilidad IV.1.A)
43. Falta de ventilación por los volúmenes de gases emitidos (Debilidad IV.1.A)
44. Falta de información y/o asesoramiento por parte del Ministerio respecto de los gases emanados en el Sector de Anatomía Patológica (Debilidad IV.1.A)
45. Mal delimitadas las áreas limpias y sucias (Debilidad IV.1.B)
46. Deficiente acceso del ingreso de las ambulancias a la Urgencia (Debilidad IV.2.A)
47. Los Quirófanos no posee malla de protección antiestática y falta mantenimiento en la extracción de gases (quirófano 3) (Debilidad IV.2)
48. Equipamiento deteriorado y/u obsoleto y falta de mantenimiento de los mismos (Debilidad IV.2)
49. No posee Sala de Recuperación (Debilidad IV.2)
50. Falta de personal (Debilidad IV.2)
51. Carece de estructura Formal (Debilidad IV.2)
52. Oncología carece de lugar físico de consulta y de espera propio, compartido con pacientes con enfermedades infectocontagiosas (Servicio de Neumonología) (Debilidad IV.2)

- 53. División Alimentación no realiza controles de alimentos los días sábado, domingo y feriados como tampoco realiza los controles durante la semana para la merienda y cena (Debilidad IV.2)
- 54. Odontología no da cumplimiento a lo establecido en la Resolución N° 1292/98 de esterilización en que unificará todos los procedimientos correspondientes a la Esterilización de materiales, excepto el prelavado y desinfección que se deben realizar en el área donde se procedió a la utilización del mismo (Debilidad IV.2)
- 55. En la División Facturación existe dificultad en verificar la pertenencia de un paciente a una Obra Social (Debilidad IV.3)
- 56. No puede realizar tareas de mantenimiento que debe efectuar la contratista SEHOS S.A., por debilidades en el pliego de contratación (Debilidad IV.3)

VI.- RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

Seguridad e Higiene:

- 1. Realizar los controles de salud necesarios y obligatorios al personal del Hospital. (Observación 1)

Quirófanos:

- 2. Cumplir con las Resoluciones 869/98 y 573/2000 respecto a la Sala de Recuperación Post-anestésica y de las dimensiones de los 2 quirófanos. (Observaciones 2 y 3)

Enfermería:

- 3. Tomar las medidas necesarias a fin de reducir el déficit de personal de enfermería. (Observación 4)

AL HOSPITAL

Seguridad e Higiene

- 4. Adoptar las medidas conducentes a mejorar la seguridad del personal, pacientes internados y de todos aquellos que concurren al Hospital. (Observaciones 5 a 10)

Residuos Patogénicos

- 5. Adoptar las medidas correctivas para cumplir con las reglamentaciones vigentes en esta normativa, para que no existan posibilidades de tener contacto con los residuos. (Observaciones 11 y 40)

Equipamiento

6. Realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios de los equipos y adaptar los espacios físicos donde se encuentran los mismos, a fin de mejorar la calidad de la atención y de la espera de los pacientes. (Observaciones 12 a 25 y 47)

Libro de Quejas

7. Cumplir con la Ley 2247. (Observación 26)

Patrimonio

8. Perfeccionar el sistema de control de los bienes matrimoniados así como el mecanismo para la toma de los inventarios. (Observaciones 27 a 29)

Historias Clínicas

9. Tomar los recaudos para el cumplimiento de la Ley 26.529 (Arts. 6 y 7). (Observación 30)

Cirugía

10. Tomar los recaudos a fin de optimizar los tiempos de espera. (Observación 31)

Mantenimiento edilicio

11. Realizar las tareas necesarias de mantenimiento de la planta física del Hospital, tanto en los aspectos externos como de los Servicios. (Observaciones 32 a 39, 41 a 46, 48, 51 y 55)

Personal

12. Adecuar la planta a las necesidades operativas y funcionales. (Observaciones 49 a 50 y 52)

Odontología

13. Dar cumplimiento con la Resolución 1.292/1998. (Observación 53)

Facturación

14. Adaptar los sistemas informáticos utilizados a fin de verificar la pertenencia de un paciente a una Obra Social. (Observación 54)

VII.- CONCLUSIONES

El Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta desarrolla su múltiple actividad con los recursos disponibles intentando satisfacer la demanda de acciones de salud lo más adecuadamente posible.

El principal problema que presenta el Hospital está relacionado con la infraestructura edilicia, de tipo estructural en la mayor parte de los sectores, como

“2012, Año del Bicentenario de la Creación de la Bandera Argentina”

también todo lo concerniente con la falta de personal, renovación de equipos y su mantenimiento, mayor espacio para el desarrollo de las actividades, implementación de salidas de emergencia, rampas y baños para personas con necesidades especiales, calefacción y refrigeración de diversos sectores y cumplir con cuestiones técnicas en cuanto a ascensores, matafuegos, instalaciones eléctricas y sanitarias, entre otras.

El personal y la población asistida necesitan de un servicio de seguridad adecuado que no debe ser contemplado solamente con efectivos de seguridad privada, de Policía Federal o Metropolitana. El mismo debe contener una serie de medidas de carácter integral, sobre todo en un espacio físico amplio y con multiplicidad de áreas y sectores.

Su estructura organizacional es vasta, con la indefinición de no contar con una formal que comprenda su dinámica y le otorgue un ordenamiento estructural, desde la propia organización y desde las responsabilidades implícitas en los cargos que el personal detenta y actualmente no le es reconocido.

El Hospital presenta falencias de tipo estructural en diversos sectores que individualmente no revisten carácter de significativa dificultad, pero en conjunto van formando un cúmulo de necesidades que se van tornando en un problema integral. Al pasar del tiempo se han ido acumulando las mismas, y evaluadas a un momento son de real importancia y afectan el desenvolvimiento del efector.

El equipamiento propio del Hospital carece de un sistema de mantenimiento preventivo. Se ha observado que el Hospital posee para algunos equipos, contratos directos para el mantenimiento preventivo (50% sobre el equipamiento del Hospital), no teniendo convenio para los equipos restantes, encontrándose entre ellos los servicios de Terapia Intensiva, Guardia, Quirófano y Unidad Coronaria, entre otros. En la actualidad, se debería diseñar una gestión de mantenimiento en aparatología médico hospitalaria, la cual garantice su operación segura a máximas prestaciones y a costo efectivo.

De todas maneras el Hospital Zubizarreta, con sus limitaciones y debilidades, logra cumplir los objetivos de brindar prestaciones en la atención de salud a la población que acude al subsector público de salud.

ANEXO

LEGISLACIÓN Y NORMATIVA

Norma	Detalle
Constitución de la Ciudad de Buenos Aires	Libro Primero, Título Segundo, Capítulo Segundo “Salud”, artículos 20 a 22. Establece los lineamientos básicos del área salud.
Ley 153/99	Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
Ley 2247/2006	Deroga Ordenanza N° 39927/CJD/1984, por disposición al público de Libro de Quejas y Sugerencias
Decreto 392/GCABA/10	Suprime los cargos de Coordinadores de Gestión Económico Financiera creados por el Decreto N° 194/GCABA/08.
Decreto 100/GCABA/10	Modifica cuadro de competencias del Decreto N° 329/GCABA/08.
Decreto 684/GCABA/09	Aprueba el Régimen Gerencial para la Administración Pública de la CABA.
Decreto 754/GCABA/08	Aprueba la nueva reglamentación de la Ley 2095 de compras y contrataciones.
Decreto 194/GCABA/08	Crea el cargo de Coordinador de Gestión Económico Financiera en el ámbito de los 33 establecimientos asistenciales.
Decreto 12/GCABA/96	Conforma la estructura organizativa del Poder Ejecutivo de la Ciudad y dispone la caducidad y aprobación de la estructura de los primeros niveles.
Resolución 737/GCABA/MJGGC/10	Cubre los cargos gerenciales transitorios, de diferentes agentes en el área de Salud. Designaciones.
Resolución 31/GCABA/MSGC/08	Crea las Regiones Sanitarias I, II, III y IV delimitadas geográficamente en las comunas.
Resolución 158/GCABA/SS/98	Aprueba el procedimiento para ayudas sociales a personas de escasos recursos - atención Hospitalaria - salud - creación - fondo de emergencia para insumos y prestaciones especiales - subsidios - ayuda médica - rotativo - formularios - solicitud - cuenta única - pacientes sin cobertura médica - sin obra social - alta complejidad
Resolución Ministerial 194/95	Metodología para la planificación de planteles de enfermería
Resolución 869/1998.	Normas de Organización y Funcionamiento de Equipamiento Básico para Quirófanos y Salas de Parto en Anestesiología
Resolución 573/2000	Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales