

"2013. Año del 30 Aniversario de la vuelta de la democracia"



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.13.07

**HOSPITAL DONACION F.
SANTOJANNI-SEGUIMIENTO
DEL PROYECTO 3.07.02 B**

Auditoría de Seguimiento

Período 2012

Buenos Aires, Diciembre 2013

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 Epszteyn

Dr. Alejandro Fernandez

Ing. Adriano Jaichenco

Ing. Facundo Del Gaiso

Dra. María Victoria Marcó

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.13.07

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital Donación F. Santojanni.
Seguimiento del Proyecto 3.07.02 B.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2012

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Dr. C.P Pedro Cottone

Supervisor: C.P. Mario Eduardo Lef

OBJETIVO: Determinar si la entidad auditada ha adoptado acciones correctivas oportunas y apropiadas.

Aprobado por unanimidad en Sesión del Colegio de Auditores Generales de fecha 18 de diciembre de 2013

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Diciembre de 2013
Código del Proyecto	03.13.07
Denominación del Proyecto	Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni” – Seguimiento del Proyecto N° 3.07.02 B
Período examinado	Período 2012. -
Objetivo de la auditoría	Efectuar el seguimiento de observaciones y recomendaciones formuladas en el Proyecto N°. 3.07.02b – Hospital General de Agudos” Donación F. Santojanni-“ – Auditoría de Gestión. Período 2006.
Alcance	El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325. Este Informe tiene por objetivo verificar la puesta en marcha de las recomendaciones efectuadas en el organismo en materia de acondicionamiento del Hospital General de Agudos “Donación F. Santojanni” Proyecto N° 3.07.02b.
Limitaciones Al alcance	No existieron limitaciones al alcance.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se desarrollaron entre el 22 de Abril y el 15 de Septiembre de 2013.
Aclaraciones Previas	Los procedimientos para la tarea de seguimiento consistieron en la verificación de los avances informados por el ente auditado, desde el año 2006, (período de la auditoría anterior) al año 2012; así como la correspondencia de los mismos con las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.07.02b Durante el transcurso de la presente auditoría de seguimiento, los procedimientos efectuados permitieron determinar cambios en las variables utilizadas para evaluar la gestión del año 2006. Estas variaciones han derivado en la ejecución de nuevos procedimientos dado el tiempo transcurrido, a fin de verificar las áreas críticas establecidas en el Informe de Gestión realizado. Las tareas de campo se realizaron en el periodo del 22 de Abril al 15 de Septiembre de 2013
Grado de Avance del Seguimiento de las Observaciones	Ajustándose a la normativa interna, respecto a los informes de seguimiento, se elaboró la siguiente tabla de evaluación del grado de avance de las observaciones del Informe de Gestión 3.07.02b. Se incorporó la columna “No Aplicable” para Observaciones cuya normativa no se encontraba vigente para el año 2012.

Observaciones	Grado de avance			
	Satisfactorio	Incipiente	No satisfactorio	No aplicable
1. La demanda ambulatoria atendida (paciente de consultorio externo) resulta escasa con relación a las horas asistenciales ofrecidas (1,90 consulta por cada hora médica ofrecida), tornando a la actividad asistencial ofrecida por el hospital, débil en cuanto a las actividades de promoción, prevención y atención de la salud, señaladas por la Ley Básica de Salud. Asimismo, las consultas del Primer Nivel de Atención, resultan escasas (14,23%) con relación a la consulta asistencial del hospital, no cumpliéndose así el objetivo de descomprimir la demanda del hospital.	1			
2. La producción informada por el Laboratorio Central, Sección Química Clínica, es incoherente con la producción real. El sistema informático utilizado duplica parámetros básicos como glucosa, colesterol, proteínas, albúmina, entre otros, aumentando así la estadística anual del Servicio. Asimismo, analizado el equipamiento instalado, se detecta alta capacidad tecnológica para la escasa tarea asistencial brindada; evidencia de ello es la existencia de distintos aparatos que pueden realizar una misma determinación (por ejemplo hemoglobina glicosilada), pudiendo implicar un aumento en el gasto de reactivos, por consumos innecesarios.		1		
3. La producción promedio mensual del área de Rayos (6 placas por profesional a razón de 40 minutos por estudio) resulta baja, si se considera la cantidad de equipos de Radiodiagnóstico disponible para el año 2006 (5 equipos) y la cantidad de horas profesionales ofrecidas (1.164 hs. mensuales). Si bien la conducta prescriptiva tendiente a una menor aplicación de Rayos en los pacientes, puede fundamentar la baja producción, no existe adecuación de las horas profesionales ofrecidas, que torne coherente la producción del Servicio.		1		
4. La planificación de la utilización del Tomógrafo no es operativa con relación a las horas máquinas ofrecidas (12 hs/día) y las horas hombres disponibles (58 hs diarias). El promedio de horas hombres utilizados para una TAC es de 186 minutos o 3 hs. Si además se tiene en cuenta que, el hospital es centro de derivación y que dispone de 9 profesionales cuya producción diaria es de 2 TAC por agente, se advierte incongruencia en la actividad asistencial de dicha área.		1		
5. La tasa global de infecciones anual (8,33% días/pacientes) se incrementó en un 52%, en el segundo semestre del año 2006 (primer semestre 6,33% y segundo semestre 12%), reflejando falencias en el control de infecciones que pueden llevar aparejadas, aumento de la morbimortalidad, prolongación de la internación e incremento de los costos derivados, además del costo social y aspectos legales que no son cuantificables.		1		
6. El Hospital tiene capacidad instalada ociosa (dos quirófanos con producción que no supera las 5 prácticas quirúrgicas al mes y uno con solo 17 prácticas al mes) con relación a la cantidad de quirófanos en condiciones de ser utilizados (para el año 2006, diez quirófanos sobre un total de diez) y la demanda satisfecha. Asimismo, durante el año 2007, tres quirófanos (que representan el 30% del total) se utilizaron como depósitos por no disponer del equipamiento necesario para las condiciones de uso.	1			
7. La falta de nombramiento de personal de Anestesiología, condiciona la utilización de los quirófanos.	1			
8. La escasa accesibilidad a la consulta externa, incrementa la consulta de Guardia, aproximando la demanda de dicha consulta (80%) al consumo de la consulta externa. Este tipo de consulta aumenta los costos del sistema de salud y baja la calidad de atención, de aquellos que sí necesitan la consulta de urgencia.	1			

	9. Pese a la carencia de recurso humano de Enfermería, planteadas desde la Jefatura del Departamento Enfermería, no existen elementos que acrediten la necesidad de tal recurso, dado que el cálculo de enfermeras con relación a la cantidad de camas a asistir, cubre las necesidades requeridas por el Hospital.			1	
	10. El grado de satisfacción del paciente atendido en el Hospital (44,6% promedio ponderado), resulta bajo con relación a los valores de referencia (Hospital de Oncología María Curie 72,5%). Influye sobre ello, el horario en que el paciente espontáneo debe concurrir para obtener un turno (entre las 5 y 7 de la mañana), la mala atención y malos tratos manifestada por el personal administrativo, el tiempo excesivo que el paciente con turno asignado debe esperar desde que llega al hospital hasta que recibe la atención médica (entre 1 y 2 horas) y la incomodidad en el lugar de espera a la consulta. Asimismo, analizado el libro de quejas, sobresalen aquellas referidas a los malos tratos del personal administrativo (61% promedio ponderado).	1			
	11. La ausencia de documentación y/o falta de registración de datos (historias clínicas de consultorio externo e indicación quirúrgica en 85 casos), recaen en una baja calidad de datos, impidiendo la generación de información confiable, la aplicación de indicadores de gestión y el seguimiento oportuno de los pacientes.		1		
	12. Existe un alto índice de ausentismo de Licencias por Largo tratamiento, que el hospital debe afrontar. No obstante, existe otro índice aún mayor, ausentismo no justificado, que no se comunica para su descuento de haberes (50% de casos sobre una muestra de 680 casos en el año 2006). Esta proporción se incrementa a lo largo de los años; para el año 2007 solo se comunicó para su descuento el 16% de los casos relevados (221 casos sobre una muestra de 1340 casos). Asimismo, se verifica que en ningún caso existió un descuento por llegada tarde. Esto señala la ineficiencia del control de asistencia y la falta de confiabilidad de la información que maneja y comunica el hospital.	1			
	13. Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (143.420 hs), representan un 43% a las horas normales trabajadas (329.760 hs), implicando ello, que cada agente trabajaría en promedio 10 hs diarias. No obstante, no existe información que acredite fehacientemente que dichas horas fueron desempeñadas en tareas asistenciales, ni control cruzado por oposición respecto de la División Personal.			1	
	14. El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación -que no se encuentra regulada por normativa vigente- para el pago de horas extras a profesionales de la salud, devengando por tal concepto durante el año 2006, el 40% (\$2.569.680) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales. Vale decir que, el gasto por inciso 1 aumenta en un 40%, por el pago de horas extras, sobre las que no se verifica la veracidad de su utilización.			1	
	16. No existe un control sistemático y permanente relativo al cumplimiento de la Ley 154/99 y su Decreto Reglamentario 1.886/01 sobre Residuos Patogénicos. El lugar de almacenamiento final no cumple con los requerimientos legales señalados en la normativa vigente (se utiliza también como depósito de Residuos Líquidos, el ambiente no cuenta con la iluminación y la ventilación apropiada, no cuenta con detector de humo, entre otros), incrementándose así los riesgos que devienen de su incumplimiento.	1			
	17. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el deficiente sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza las tareas, la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc.), como también la escasez de personal en función a los metros cuadrados asignados y al tipo de tarea a realizar, son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, la demora en la elaboración de los nuevos pliegos de limpieza y la concreción de la Licitación correspondiente, recae en la incorrecta	1			

"2013, Año del 30 Aniversario de la vuelta a la Democracia"

	utilización del pago del servicio, por Decreto 1.370/01 (Legítimo Abono).				
	18. El tiempo de ejecución de órdenes de mantenimiento, no es coherente, con relación al trabajo demandado. La información sobre el cumplimiento de las órdenes no es confiable, dado que el dato de fecha de finalización y conformidad del trabajo, no figura o es consignado por el mismo personal que lleva a cabo el trabajo. En tal sentido se advierte, falta de control sobre los trabajos solicitados y realizados, por parte del Departamento de Recursos Físicos del Hospital y por parte del Supervisor dependiente Dirección General Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.	1			
	Total	53%	29.4%	17.6%	0%
Según los resultados explicitados en la tabla anterior, el 17.6% de las observaciones estuvieron resueltas satisfactoriamente, el 29.4% tenía un grado de avance incipiente, mientras que el 53% su grado de avance fue insatisfactorio.					

**INFORME FINAL DE AUDITORIA
HOSPITAL DONACIÓN F. SANTOJANNI
SEGUIMINETO DEL PROYECTO N° 3.07.02 B
PROYECTO N° 3.13.07**

DESTINATARIO

Señora
Presidente de la
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 "Donación F. Santojanni" dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA

Observaciones del Proyecto 3.07.02b y acciones correctivas encaradas por el Organismo.

II. ALCANCE DEL EXAMEN

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 6° 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.

Para la realización de la auditoría se llevarán a cabo los siguientes procedimientos generales:

- 1) Entrevistas con el Director del Hospital y los responsables de las áreas vinculadas al desarrollo de las tareas de auditoría.
- 2) Revisión y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría.
- 3) Solicitud y análisis de información actualizada para la evaluación del estado actual del ente auditado, en función del cumplimiento de las observaciones.

- 4) Determinación de muestras destinadas a verificar documentación y registros.
- 5) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales.

III. ACLARACIONES PREVIAS

El 18 de mayo de 1940, se entrega formalmente el Hospital Donación Francisco Santojanni al Municipio de la Ciudad de Buenos Aires.

Hasta 1977, año en que se cierra para su remodelación, el Hospital fue especializado en tisiología. Luego, tras una importante obra que significó la ampliación de todos los servicios y la incorporación de otros nuevos, se reinaugura el establecimiento como Hospital General de Agudos el 14 de abril de 1981.

Desde entonces y hasta la fecha, el Htal. Santojanni trabaja para la salud de la comunidad adecuándose en forma permanente a las crecientes demandas de atención y complejidad de servicios.

Actualmente el Nosocomio cuenta con 385 camas activas sobre una dotación de 495 y un total de 1948 agentes.

El Área Programática abarca un total de siete Centros de Salud Comunitaria: 3, 4, 5, 7, 28, 29 y 37.

La cantidad de consultas externas de primera vez y ulteriores de todas las especialidades, conjuntamente con las realizadas bajo el Área Programática, fue de un total de 750.375, registradas en el movimiento hospitalario.

Durante el transcurso de la presente auditoría de seguimiento, los procedimientos efectuados permitieron determinar cambios en las variables utilizadas para evaluar la gestión 2006. Estas variaciones han derivado en la ejecución de nuevos procedimientos, dado el tiempo transcurrido, a fin de verificar las áreas críticas establecidas en el Informe de Gestión realizado.

A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por los responsables del Hospital General de Agudos "Donación F. Santojanni" sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría, se utilizarán los siguientes criterios de calificación de las observaciones realizadas en el informe de origen haciendo referencia al grado de avance de la situación:

✓ Grado de avance no satisfactorio (para el caso en que el ente auditado no haya iniciado modificaciones a partir de la observación realizada, o, en caso de haberlas realizado, éstas no sean satisfactorias). Se mantiene la observación.

✓ Grado de avance incipiente (para el caso en que el ente auditado haya iniciado modificaciones siguiendo la observación realizada por el equipo auditor, pero éstas no resulten suficientes).

✓ Grado de avance satisfactorio (para el caso en que el ente auditado haya resuelto la observación). Se resolvió la observación.

✓ Las tareas de campo se realizaron en el periodo del 22 de Abril al 15 de Septiembre de 2013

IV. SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES

A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:

Observación original:

Nº1. La demanda ambulatoria atendida (paciente de consultorio externo) resulta escasa con relación a las horas asistenciales ofrecidas (1,90 consulta por cada hora médica ofrecida), tornando a la actividad asistencial ofrecida por el hospital, débil en cuanto a las actividades de promoción, prevención y atención de la salud, señaladas por la Ley Básica de Salud. Asimismo, las consultas del Primer Nivel de Atención, resultan escasas (14,23%) con relación a la consulta asistencial del hospital, no cumpliéndose así el objetivo de descomprimir la demanda del hospital.

Comentario del auditado:

De acuerdo con la demanda ambulatoria atendida, se ha considerado en el análisis especialidades que asisten patologías crónicas.

Se ha realizado un promedio de producción diaria por profesional, sin tomar en cuenta que no todos los profesionales concurren todos los días al consultorio.

Por ejemplo **"consultorio de Chagas: 4pacientes/día"**. Se trataba de un consultorio semanal, con lo cual se atendieron 79 pacientes, da un promedio de 20 pacientes/día.

En la actualidad se atiende en forma multidisciplinaria por un equipo de profesionales (clínico, Neurólogo, Bioquímico, Neonatólogo, Asistentes Sociales, etc.) coordinados por el Dr. S. A, actual Director del Consejo de Enfermedad de Chagas de la Sociedad Argentina de Chagas de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Cabe destacar que el Comité y su coordinador son reconocidos por su prestigio profesional y académico del G.C.B.A.

Comentario de la auditoría año 2013

A fin de verificar el grado de cumplimiento de la Observaciones Nº 1 y Nº 8, se solicitaron las planillas de atención médica de Consultorios Externos del mes de agosto del 2013 y los libros de atención por Guardia.

En los procedimientos realizados se identificaron debilidades en ambos registros.

Planillas:

- Los profesionales no reciben las planillas impresas de pacientes con turnos programados. De acuerdo a lo expresado por el área

responsable, las planillas impresas se entregaron hasta el primer semestre del año 2012. A partir de esa fecha no se ha realizado la entrega, por falta de insumos.

- Actualmente reciben planillas en blanco que son completadas de puño y letra por los profesionales intervinientes, donde no se individualizan los pacientes con turno programado por ventanilla o turno telefónico, de aquellos que concurrieron por demanda espontánea o derivación de otras especialidades, y, a diferencia de las impresas, no se registra el horario de atención.
- Se verificó discrepancia entre el número de profesionales que consta en la distribución entregada por el Departamento de CCEE y la cantidad de planillas diarias de atención médica en los servicios de Neumonología, Chagas y Neurología.
- En los servicios de "Enfermedad de Chagas" y Neumonología, la agenda médica es manejada exclusivamente por los profesionales.
- En las planillas completadas por los profesionales de la Sección Neumonología se evidenció: registración múltiple (consulta, práctica e indicación terapéutica) del mismo paciente y nº de HC que no coincide con el número de historia clínica general.

Por ello, se solicitó la impresión de las planillas de turnos programados de las especialidades en análisis del lapso comprendido entre el lunes 12 y el viernes 16 de agosto de 2013 (Planillas impresas 43 y planillas manuscritas 33), y se realizó el cruzamiento con las planillas completadas por los profesionales de dichos servicios, comprobándose:

- Falta de planillas de producción manuscritas (23,26%), en relación a las planillas impresas, no pudiéndose determinar si la misma se debe a guarda deficiente, registración equivocada o extravío.
- Del total de planillas manuscritas no se hallaron seis planillas impresas (18,18%), cuatro de Neumonología, una de Diabetes y una de Neurología.
- Falta de especificación del origen de los turnos (programado, telefónico, demanda espontánea, Cooperadora o Pami) en el 100 % de las planillas completadas por los profesionales actuantes.
- No se verificaron duplicaciones de turnos en las planillas impresas, como si se pudo observar en las planillas manuscritas.

Conclusión:

De acuerdo a los puntos manifestados "ut supra", se observa ausencia de control cruzado entre el área profesional y el área administrativa. Esto determina la imposibilidad de evaluar el porcentaje de ausentismo de pacientes y la producción real de los profesionales. El avance no es satisfactorio, por lo tanto se mantiene la observación.

Observación original:

Nº2. La producción informada por el Laboratorio Central, Sección Química Clínica, es incoherente con la producción real. El sistema informático utilizado duplica parámetros básicos como glucosa, colesterol, proteínas, albúmina, entre otros, aumentando así la estadística anual del Servicio.

Asimismo, analizado el equipamiento instalado, se detecta alta capacidad tecnológica para la escasa tarea asistencial brindada; evidencia de ello es la existencia de distintos aparatos que pueden realizar una misma determinación (por ejemplo hemoglobina glicosilada), pudiendo implicar un aumento en el gasto de reactivos, por consumos innecesarios.

Comentario del Auditado

La afirmación realizada es incorrecta. El sistema de gestión (SIL) no toma las conexiones como dato estadístico y obviamente no utiliza reactivo, dado que sólo es un recurso informático.

En cuanto a la relación equipamiento /productividad se aclara a modo de ejemplo Equipo Modular: rendimiento 800 determinaciones /hora. El equipo posee 44 canales de reactivos, los cuales no eran suficientes para cubrir todo el espectro de determinaciones que se realizan en la Sección Química. Por esa razón se distribuyó en otros equipos, optimizando los recursos y eligiendo metodología "GOLD STANDARD", procurando la mejora continua de la calidad de resultados emitidos, y considerando siempre la relación precio/calidad. La elección de un aparato, implica que NO se realiza en otro, por lo cual mal puede generar gasto de reactivo y consumos innecesarios.

Menciona la observación 2: "LA ESCASA TAREA ASISTENCIAL BRINDADA", desconociéndose en la apreciación de la División laboratorio en esos momentos fue reconocido por ser de mayor volumen de trabajo y receptor de muestras de derivación de todos los Hospitales del G.C.B.A.

Comentario de la auditoría año 2013

En relación al tiempo transcurrido desde la anterior auditoría, se han producido cambios significativos en cuanto a adquisición de nuevo equipamiento, creación de nuevas secciones dentro de la División Laboratorio, nuevos nombramientos de técnicos y evaluación de la dotación del personal del área, la producción del mismo y los circuitos de trabajo (etapa preanalítica, analítica y postanalítica). En base a ello se resolvió a fin de verificar los cambios producidos realizar un procedimiento para corroborar el funcionamiento del

sector, y evaluar si fuera necesario modificar las observaciones o incluir otras por la nueva situación.

A continuación se detalla una síntesis de los hallazgos encontrados, a partir de los nuevos procedimientos efectuados.

Infraestructura (ver anexo fotográfico).

El laboratorio se halla ubicado en el subsuelo del Hospital, no contando con la adecuada ventilación, para el tipo y el número de aparatos y la cantidad de recurso humano que trabaja en dicho local.

Equipamiento. (*)

Sección Bioquímica Clínica:

URYSIS (lector de tiras de orina) conectado al LIS
 UF 1000 (citometría para sed. urinario) conectado al LIS
 COBAS c 501 2 módulos (Química Clínica) conectado al LIS
 COBAS e 601 (módulo inmunoensayo) conectado al LIS
 IMAGGE BECKMAN (Nefelometría) conectado al LIS
 VARIANT II (Hb glicosilada) conectado al LIS
 INTERLAB (Proteinograma) conectado al LIS

Centrifugas (2)

Sección Hemocitología:

DIESSE tipo VES-TEC (Eritrosedimentación) conexión en trámite
 STA-COMPACT (Hemostasia) conectado al LIS.
 PENTRA DF 120 (Hemogramas) conectado al LIS
 A partir de Julio 2013 se instalará Sismes XT 2100 D conectado al LIS.
 Centrifugas (2).

Sección Microbiología:

BACTEC 9240 / EPICENTER (Hemocultivos) conectado al LIS.
 PHOENIX 100 (identificación/sensibilidad bacteriana)
 Centrifugas (3), incluyendo una para tubos eppendorf, y una refrigerada

Área Endocrinología:

COBAS e 601 (módulo inmunoensayo) conectado al LIS (Sistema Informático Laboratorio integral)
 Centrifugas dos, una refrigerada

Área Autoinmunidad

BRIO (Basic robotic immunoassay operador)

Área Serología Infecciosa

ARCHITECT PLUS I 1000

Centrifugas (2)

MICROSCOPIOS: 8, incluye uno para inmunofluorescencia

HELADERAS: 7 incluye una comercial de 4 puertas (Química Clínica) y

Una bajo mesada (Serología Infecciosa)

FREEZER: 3 incluye 2 bajo mesada

AGITADOR: 3

En el relevamiento se verificó que la totalidad del equipamiento se encuentra en condiciones de uso, cumpliendo las normas de mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo a las mismas.

Recursos Humanos (*)

Total horas semanales Bioquímicos de Planta: 568 horas. Total horas semanales Conducción: 136 horas. Total horas semanales Técnicos: 660 horas.
--

(*) Fuente: Laboratorio Central. Hospital Santojanni.

En la determinación de los parámetros de evaluación de producción, se debe tener en cuenta que, de acuerdo a lo manifestado en el ítem Infraestructura, el aumento en el personal encargado de la extracción de sangre, debe ir acompañado de redistribución horaria y reorganización operativa, dado que se determinó que el 80% del personal desarrolla sus actividades en el turno matutino, quedando horas ociosas en el funcionamiento de todos los autoanalizadores, que están preparados para funcionar las 24hs. Esta modificación conllevaría a la disminución del tiempo de espera que actualmente es de 19 días promedio, y aumentaría la capacidad operativa del Servicio.

Los indicadores utilizados fueron de: * Estructura * Proceso de atención * Resultado: El indicador de estructura define la Capacidad Técnico Operativa (CTO), es el tiempo necesario para resolver la demanda diaria de los pacientes de un laboratorio, de acuerdo a su planta física, equipamiento y recursos humanos; de esta forma se puede estimar el número de pacientes promedio diario que el laboratorio puede atender adecuadamente.

La dimensión del local del laboratorio es insuficiente para el desarrollo de las actividades debido a la cantidad de aparatos que disponen, el personal que se desempeña entre profesionales y técnicos administrativos, no respetándose las condiciones de higiene y bioseguridad.

El equipamiento de auto analizadores correspondiente a las áreas de: Bioquímica Clínica; Hemocitología; Microbiología en su totalidad están conectados al SIL (Sistema Informático de Laboratorio integral, el mismo cubre las 3 etapas de la tarea: pre analítica, analítica y post-analítica), unifica las tareas de gestión del laboratorio con el tratamiento de los datos analíticos y permite integrar importantes factores adicionales tales como: Operación, control de equipos automáticos; organización de las tareas para obtener mejores rendimientos; la consideración de la gestión administrativa como tarea básica del laboratorio; creación y gestión de documentación del laboratorio, creación de archivo histórico para conocer en forma rápida la evolución de los datos de los pacientes, entre otras.

La informatización del laboratorio debiera traer aparejado como beneficio la reducción del tiempo de espera de turnos, la reducción del tiempo de atención, partiendo de la unificación de la solicitud médica.

El primer paso de control lo constituye el paciente cuando se presenta con su N° de documento y la solicitud médica.

Se solicitó a la División Laboratorio, el día 15 de agosto las órdenes médicas correspondientes a tres días 12, 13 y 14 de agosto del corriente año 2013, debido a que las mismas no son archivadas por más de una semana. Por otra parte se requirió copia impresa del registro de ingreso de pacientes al sistema, con sus correspondientes pedidos de análisis de dichos días.

Las órdenes médicas (formulario oficial de GCABA, vigente desde 2005, en el cual deben completarse todos los datos allí solicitados, información necesaria para la carga al sistema) se presentaban incompletas, ilegibles, con un sistema de guarda desordenado; y en algunos casos con fechas de prescripción de dos meses. También se hallaron órdenes realizadas en recetas sin membretes. Se detectaron errores de identificación de pacientes en una muestra donde la repetición de nombres y apellidos es alta y con gran cantidad de solicitudes médicas por paciente.

Falla en la Instrucción del personal administrativo acerca de los datos que debe contener la solicitud antes de ser procesada (en el sistema) y realizada la extracción.

Con relación al ingreso en el sistema de los partes diarios de los días mencionados, entregaron el listado Selectivo Abreviado, (donde consta nombre y apellido, el N° de petición).

De la comparación de las órdenes con el Listado Selectivo abreviado se observó lo siguiente:

Pacientes repetidos con diferentes números de petición, sexo y fecha de nacimiento (muchos de ellos figuran como fecha de nacimiento 1/01/1800).

Debido al estado de guarda y registro no se pudo constatar las órdenes médicas y el registro en el sistema de los estudios solicitados.

Conclusión:

Se determinó que las condiciones de la planta física (su distribución), el recurso humano, y el equipamiento (aumentado y con mejor calidad y tecnología); no han permitido mejorar la cantidad de pacientes atendidos y el reducir el tiempo de espera para la obtención de un turno. El grado de avance es incipiente.

Observación original:

N°3. La producción promedio mensual del área de Rayos (6 placas por profesional a razón de 40 minutos por estudio) resulta baja, si se considera la cantidad de equipos de Radiodiagnóstico disponible para el año 2006 (5 equipos) y la cantidad de horas profesionales ofrecidas (1.164 hs. mensuales).

Si bien la conducta prescriptiva tendiente a una menor aplicación de Rayos en los pacientes, puede fundamentar la baja producción, no existe adecuación de las horas profesionales ofrecidas, que torne coherente la producción del Servicio.

Comentario del Auditado

En este punto se han unificado estudios seriados, con placas simples, que son realizadas por distintos agentes (Médicos y técnicos), no tomándose en cuenta la tarea realizada en quirófano, la reducción de horario y las licencias por radiación que protege al personal de Rayos.

Al tomarse sólo 3 meses, en lo proyectado anual pueden producirse desvíos importantes, que no se condicen con las estadísticas globales.

Al momento analizado por la Auditoría, el equipamiento no estaba 100% funcionando, por ejemplo estaba quemado el tubo de sala 3 y aparato de sala 1 no tenía continuidad por fallas en aparato (colimador, movilidad de camilla, etc.).

Se ha incorporado equipamiento del sector (mamógrafo, seriógrafo, reveladoras), generándose una nueva dinámica de trabajo como seguramente se verá plasmado en el relevamiento actualmente realizado por el grupo de auditores que Ud. Dirige.

Comentario de la auditoría año 2013

División Diagnóstico por Imágenes:

Estructura:

Comprende:

- Área Radiología
- Área Tomografía Computada
- Área Mamografía
- Área Ecografía
- Área Nuclear: inhabilitada por carecer de infraestructura. La sala se utiliza como depósito.

RRHH (*)

1 Jefa de División	40 hs. semanales	40 hs. Semanales
9 Médicos de Planta	30 hs. semanales	270 hs. Semanales
4 Médicos de Planta	40 hs. semanales	160 hs. Semanales
17 Técnicos Radiólogos	20 hs. Semanales. 8 a 12 hs.	340 hs. Semanales
11 Técnicos Radiólogos	20 hs. Semanales. 12 a 16 hs.	220 hs. Semanales
7 Técnicos Radiólogos	20 hs. Semanales. 16 a 20 hs.	140 hs. Semanales
(*) Se excluye personal de Guardia		

(*) Fuente: Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Santojanni.

Producción año 2012

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
Rx simple	2004	1690	1510	2040	1985	1197	1266	1326	1565	2286	1523	1227	19619
Estudios Contrastados	76	62	62	51	83	55	54	65	61	72	56	64	761
TAC (*)	326	315	0	0	0	0	0	0	112	331	347	294	1725

Mamografías	213	206	345	345	345	174	250	300	312	322	338	309	3459
Ecodoppler	68	68	97	41	84	87	78	79	48	108	40	45	843

(*) Entre marzo y agosto, área cerrada por reformas edilicias.

Para iniciar el análisis de la producción de la División, se tomó la producción de las siguientes áreas: Rx Central y Mamografía, a los efectos de evaluar los indicadores determinados en el informe de origen.

Se debe tener en cuenta que la duración promedio de un estudio simple es de 12 minutos, y la de una Mamografía de 30 minutos.

Se tomó la unidad minutos, a fin de unificar el criterio de medición.

Área Rayos Central

El área de Rayos Central cuenta con un total anual de 290.880 minutos sumando Médicos y Técnicos, en los tres turnos de atención.

El total de minutos, teniendo en cuenta la duración promedio en el año 2012, ha sido de 235.428.

Total de minutos anuales agentes: 290.880.

Estudios potenciales: 24240 estudios (*)

Estudios efectuados: 19619 estudios

De acuerdo a estos datos la producción fue del 81% de la capacidad operativa.

(*) En la cantidad total de minutos-agente no se ha considerado el ausentismo programado (Licencia ordinaria, licencia por stress, licencia por radiación) o por razones de urgencia.

Mamografía

Total de minutos anuales agentes: 195840 minutos.

Total de minutos anuales estudios: 103770 minutos.

Estudios potenciales: 6528 estudios (*)

Estudios efectuados: 3459.

De acuerdo a estos datos la producción fue del 53 % de la capacidad operativa.

Se aclara que se han elegido dos tipos de estudios, a los efectos de evaluar los indicadores determinados en el informe de origen.

(*) En la cantidad total de minutos-agente y estudios a realizar no se ha considerado el ausentismo, programado (licencia ordinaria, por stress, por exposición a radiación) o licencia por enfermedad.

Del análisis observado se infiere en que se ha mejorado notablemente las condiciones edilicias y la incorporación de nueva aparatología, de mayor resolución como ser entre ellas las áreas de Tomografía y Mamografía, contando actualmente con la siguiente infraestructura: (*)

En la Sala N°1: Equipo de Rayos X fijo digital: PHILIPS IDO 218AR (se realizan los estudios por contrastes).

En la Sala N° 2: Equipo de Rayos X fijo DINAN 500

En la Sala N° 3: Equipo de Rayos X PIMAX500. (Desde el 2012)

En la Sala N° 4: Equipo de Rayos X DINAN 500.

En la Sala N°5: Equipo de Rayos X: SIEMENS POLIMAT 500 (Seriografo).

1 Procesadora Digital e impresora: FUJI (desde 2012).

2 Procesadora automática: KODAK mod. MP-200 (desde el 2012)

6 Equipos para radiodiagnóstico: YONORAY rodante (en shock room; unidad coronaria; traumatología; neo pediatría; pediatría; uno en reaparición en medicina nuclear).

1 Equipo de Rayos X rodante de 100 AMX 4 Basic TUH 56 (se encuentra en UTI).

1 Equipo de rayos X Arco en "C": General Electric mod. XM 12-60022 (en quirófano).

2 Equipo de rayos X Arco en "C": Dinan Mod. 500 (en quirófano).

1 Equipo de Rayos X rodante Dinar 500-MAT (en Neo pediatría).

1 Tomógrafo TOSHIBA.

1 Mamógrafo : METALTRONICA mos LILLUM (desde 2012).

1 Mamógrafo : GENERAL ELECTRIC mod 550T.

1 Procesadora KODAK mod 112

1 Ecógrafo GENERAL ELECTRIC portátil.

(*) Fuente: Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Santojanni.

La División Diagnóstico por Imágenes carece de estructuras intermedias en las diferentes áreas que la integran.

Durante la mayoría de los meses del año 2012, se realizaron reformas edilicias con suspensión de las actividades en los servicios de Tomografía y Mamografía, debido a la incorporación de un nuevo tomógrafo y 2 mamógrafos. Existen dificultades durante el turno tarde por la falta de personal administrativo, que incide negativamente a todo nivel sobre el funcionamiento del servicio.

El servicio no está informatizado, se trabaja y archiva todo a mano y se guardan en carpetas.

Conclusión

De acuerdo a las mejoras realizadas a nivel edilicio y tecnológico durante el año 2012, y a la reorganización del recurso humano, se considera que se han sentado las bases para una mejor producción en el servicio. Se determina que existe un avance incipiente.

Observación:

Nº4 La planificación de la utilización del Tomógrafo no es operativa con relación a las horas máquinas ofrecidas (12 hs/día) y las horas hombres disponibles (58 hs diarias). El promedio de horas hombres utilizados para una TAC es de 186 minutos o 3 hs. Si además se tiene en cuenta que, el hospital es centro de derivación y que dispone de 9 profesionales cuya producción diaria es de 2 TAC por agente, se advierte incongruencia en la actividad asistencial de dicha área.

Comentario del auditado:

Nuevamente se entremezclan las tareas profesionales y técnicas.

Los datos consignados no coinciden con los registros: mención 9 técnicos y son 6, en tres turnos y nuevamente el cálculo de horas, no toma en cuenta la reducción por ser personal protegido por radiación.

Los datos de producción no coinciden con las estadísticas elevadas por el servicio.

Tampoco es cierto que el tomógrafo funcionaba 12 horas durante todo el año 2006, ya que se implementó en agosto de 2006 la guardia técnica nocturna y la aparatología pasó a funcionar las 24hs, con personal capacitado en el uso de la misma.

Esta mejora que se evidenció en los distintos meses tomados como referencia no fue mencionada.

Se ha incorporado equipamiento del Sector: Tomógrafo de 16 c. y su correspondiente impresora digital, con bomba de contraste para estudios cardiológicos y otros, generándose una nueva dinámica de trabajo como seguramente se verá plasmado en el relevamiento actualmente realizado por el grupo de auditores que Ud. dirige.

Comentario de la auditoría 2013:

Por reformas en el sector, el tomógrafo estuvo inactivo desde marzo hasta agosto de 2012, lo cual hace imposible la verificación de la producción en dicho año. Los pacientes fueron derivados al Hospital Piñero.

Por otra parte, la TAC es una práctica cuya duración varía de acuerdo al órgano en estudio, por lo que no se pueden unificar los parámetros para la evaluación de la producción.

El horario de atención del área es, al momento de la auditoría, de lunes a viernes de 8 a 20 hs. (lapso en el cual se hallan los médicos especialistas). Los técnicos del sector trabajan las 24hs.

Se verificó que el tiempo de espera para acceder al estudio es, actualmente, de 7 (siete) días promedio.

Conclusión:

En base a lo expresado previamente, el grado de avance es incipiente.

Observación original:

Nº5. La tasa global de infecciones anual (8,33%o días/pacientes) se incrementó en un 52%, en el segundo semestre del año 2006 (primer semestre 6,33%o y segundo semestre 12%o), reflejando falencias en el control de infecciones que pueden llevar aparejadas, aumento de la morbilidad, prolongación de la internación e incremento de los costos derivados, además del costo social y aspectos legales que no son cuantificables.

Comentario del Auditado:

Según la respuesta dada extemporáneamente por el Sr. Director Dr. M, se mencionó que las tasas de infección hospitalaria expresadas por la Auditoría,

no se desprendían de ningún dato verificable. El equipo de control de infecciones vigila activamente:

- Tasa de neumonía asociada a ARM.
- Tasa de infección asociada a catéter (en áreas cerradas).
- Tasas de infección quirúrgica.
- Otras.

En el transcurso de estos años se han realizado campañas de lavado de manos, de medidas de bioseguridad. Se han colocado dispenser de alcohol en gel en habitaciones de Clínica Médica, haciéndose extensiva la medida a todo el hospital (licitación en curso).

Comentario de la auditoría año 2013

El Comité de Infectología no forma parte del Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Hospitalarias debido a la falta de infraestructura, a pesar del Convenio firmado entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Anexo I14/03/08).

En este contexto, en el Hospital Santojanni, y por decisión del Equipo de Comité de Infectología, se miden sólo las tasas de infecciones de las áreas que considera más importantes para la obtención de los indicadores, comparando las diferentes tasas con indicadores estandarizados (NNIS/NHSN Nacional Healthcare Safety Network y la Goint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y Joint Commission International de los Estados Unidos).

En consecuencia, al no realizar todas las tasas de infecciones elaborados por las entidades mencionadas, no se hace posible el cálculo de la Tasa Global de Infecciones Intrahospitalarias.

El análisis de los datos obtenidos se ha centrado en la información suministrada por el Jefe del equipo de Infectología respecto a las Estadísticas de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud del Hospital Santojanni durante el año 2012:

UCO: (unidad coronaria): periodo enero/setiembre 2012

	Tasa de uso	Tasa de infección asociada (‰ días de uso del procedimiento)
Asistencia Respiratoria Mecánica		11.2
Cateterismo Venoso		3.9

"2013, Año del 30 Aniversario de la vuelta a la Democracia"

Central		
Sonda Vesical		7.7

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

UTI: periodo enero/setiembre 2012

	Tasa de uso (% días paciente)	Tasa de infección asociada (‰ días de uso del procedimiento)
Asistencia Respiratoria Mecánica	89	9.8
Cateterismo Venoso Central	73	0
Sonda Vesical	62	4.5

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

Shock Room: período enero/setiembre 2012

	Tasa de uso (%días paciente)	Tasa de infección asociada (‰ días de uso del procedimiento)
Asistencia Respiratoria Mecánica		11
Cateterismo Venoso Central		15
Sonda Vesical		3.5

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

UTI NEONATAL (UTIN): período Enero/junio 2012

< 750gr *	Sin infecciones	
751 a 1000 gr*	1 bacteriemia SAMR	1 NAR
1001 a 1500 gr*	1 Bacteriemia por Klebsiella spp	
1501 a 2500 gr*	1 bacteriemia SAMR	1 NAR por SAMR
>2500 gr*	Sin infecciones	

* Se expresan como número y no como tasa debido al pequeño número. Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

Infecciones en Operaciones Cesárea: período julio/setiembre 2012

Número de cirugías	Tasa de infección (%)	Tipo de infecciones
313	5.7(n=18)	15 superficiales* , 4 de órgano- espacio

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

Infecciones en Neurocirugía: período julio/setiembre 2012

Tipo de cirugías	Efectuadas	Tasa de Infección (%)
Craneotomía	23	8.6
Columna	7	42.8 *
Total	30	16.6

*Esta situación obligo a trabajar en la instrumentación de un paquete de medidas. Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

Infecciones en Cirugía Traumatológica: período julio/setiembre 2012

Número de cirugías	Tasa de Infección (%)
8	5.2

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

Infecciones en Cirugía Cardiovascular Central: período enero/mayo 2012

Número de cirugías	Tasa de Infección (%)
8	0

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

La disparidad en los períodos informados obedece a que las necesidades de informes en cada servicio son distintas.

El mayor factor en la reducción de la transmisión de microorganismos es la higiene de manos, motivo que conlleva a incluir entre las funciones del Comité

de Control de Infecciones efectuar la vigilancia de la higiene de manos en las diferentes áreas del hospital.

Higiene de Manos en UTI (% de adherencia) período enero/ abril 2012

	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Médicos	78	70	75	78
Kinesiólogos	61	67	77	80
Enfermeros	81	80	79	86
Interconsultores	25	25	25	10

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

Higiene de Manos en UTI neonatal (% de adherencia): período enero/ mayo 2012

	Enero	Febrero	marzo	Abril	Mayo
Médicos	89	87	85	88	89
Enfermeros	92	90	95	92	95
Interconsultores	88	65	78	75	78

Fuente: Unidad Infectología. Hospital Santojanni

Otros factores de riesgo se refieren:

A las malas condiciones de limpieza en el establecimiento debido a la falta de cumplimiento por parte de la empresa encargada de dicha tareas, que no respeta los protocolos elaborados por el comité de infecciones. Por otra parte se ha vuelto a comprobar el inadecuado manejo de los residuos patogénicos y el incumplimiento del control de tránsito (de elementos y personas) desde y hacia áreas críticas.

Se observa en determinados sectores del hospital deficiencia en las condiciones edilicias y en su mantenimiento.

Conclusión:

Si bien las condiciones de limpieza son deficientes, las actividades de control sistemático de infecciones que se desarrollaron a partir del año 2012, y las tareas preventivas en relación al lavado de manos, que manifestaron una alta adherencia (en los servicios de internación con mayor riesgo de infección), se

puede inferir que se ha realizado una mejora en relación a la situación observada en el anterior informe. El grado de avance es incipiente.

Observación original:

Nº6. El Hospital tiene capacidad instalada ociosa (dos quirófanos con producción que no supera las 5 prácticas quirúrgicas al mes y uno con solo 17 prácticas al mes) con relación a la cantidad de quirófanos en condiciones de ser utilizados (para el año 2006, diez quirófanos sobre un total de diez) y la demanda satisfecha. Asimismo, durante el año 2007, tres quirófanos (que representan el 30% del total) se utilizaron como depósitos por no disponer del equipamiento necesario para las condiciones de uso.

Comentario del Auditado

El mayor inconveniente de recursos físicos en los quirófanos era la falta de dotación de mesas de anestesia, que fue solucionado en el transcurso del año 2011, con la compra de las mismas. A su vez, se realizó una modificación edilicia para la ampliación del servicio de Hemodinamia, con la incorporación de un angiógrafo de última generación. Esto aparejó la supresión de dos quirófanos. En la actualidad no existen quirófanos utilizados como depósitos.

Observación original:

Nº7. La falta de nombramiento de personal de Anestesiología, condiciona la utilización de los quirófanos.

Comentario del Auditado

La falta de nombramiento de Médicos Anestesiistas es aún un tema sin resolver, y claramente en peor situación que en el año 2006/2007.

Se han realizado llamados a selección internos, abierto y los mismos han quedado desiertos.

Esto se debe a que la Asociación de Anestesia ha realizado contratos (mandatos) en acuerdo con el nivel central y vaciando a los hospitales públicos de dicha prestación.

Comentario de la auditoría año 2013 (referentes a observaciones 6 y 7).

La práctica quirúrgica programada implica múltiples variables propias y externas que no deben soslayarse en los procedimientos efectuados para evaluar la producción de un servicio de Cirugía. Las externas implican la realización de los exámenes indispensables para la valoración del riesgo quirúrgico: análisis de sangre, radiodiagnóstico, evaluación de la función cardiorrespiratoria, así como también, aquellos estudios complementarios inherentes a cada patología individual.

La realización de estos estudios, una vez indicados, depende de la disponibilidad de los servicios de diagnóstico de cada institución.

En cuanto a las variables propias de los servicios, se debe tener en cuenta: cantidad de horas médicas de Cirujanos, cantidad de horas médicas de Anestesiólogos, quirófanos activos, equipamiento en condiciones de uso, y

cantidad de camas disponibles en el servicio, en UCO y en UTI, para la internación de pacientes de alto riesgo o ante posibles complicaciones postoperatorias.

Los procedimientos realizados en el transcurso de la presente auditoría están dirigidos a evaluar la producción del servicio de Cirugía General, de acuerdo al concepto anteriormente explicado.

El Departamento de Cirugía depende de la Subdirección Médica. Su estructura comprende:

- División Cirugía General
- División Ginecología
- División Traumatología y Ortopedia
- División Cirugía Plástica y Reconstructiva.
- Unidad Cirugía Cardiovascular.
- Unidad Neurocirugía
- Unidad Oftalmología
- Unidad Otorrinolaringología
- Unidad Urología
- Unidad Odontología
- Sección Cirugía Ambulatoria.
- División Anestesiología
- División Quirófano Central.

El Departamento de Cirugía cuenta con un total de 156 camas presupuestadas (dotación), de las cuales se encuentran habilitadas 72, es decir el 46.15% del total. Las causas de la imposibilidad de uso son: refacciones y reparaciones, falta de personal de enfermería y reasignación del espacio para otros fines (depósitos, residentes, aula y otros).

La planta física quirúrgica en el año 2012 contaba con un total de 11 quirófanos:

- 6 (seis) activos utilizados por las diferentes especialidades quirúrgicas; 1(uno) está equipado con flujo laminar.
- 2 (dos) activos utilizados por el Servicio de Hemodinamia.
- 1 (uno) quirófano activo, para uso exclusivo de la Guardia.
- 2 (dos) quirófanos ociosos por falta de equipamiento.

A lo largo del seguimiento realizado por el equipo de auditoría durante el año 2013, surgen algunas diferencias con el año anterior que se plasman en el siguiente cuadro correspondiente al año 2013.

"2013, Año del 30 Aniversario de la vuelta a la Democracia"

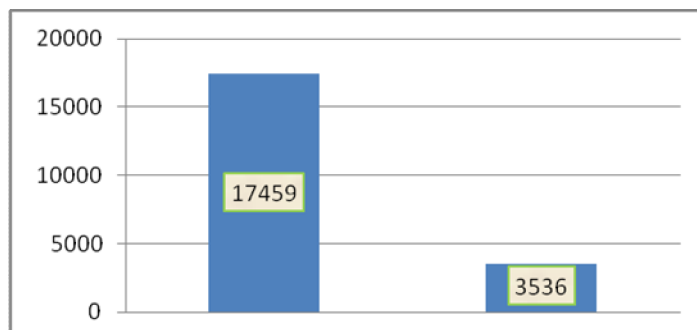
Quirófanos	Operativo	No operativo	Causa
1		x	No habilitado
2	si		Baja complejidad
3		x	Sensor de oxígeno de mesa roto hace dos meses
4	si		Guardia
5		x	Sensor de oxígeno roto --- alta complejidad
6	si		
7		x	Falta multiparametrico
8	si		Planta y guardia alta complejidad
9	si		Flujo laminar
10			Hemodinamia
11			Hemodinamia
Total	5	4	

Fuente: Jefe a/c de la Sección Anestesiología

Producción Departamento de Cirugía. Año 2012

Total Hospital	17459	100%
Total Dpto. de Cirugía	3536	20,25%

Fuente: Movimiento Hospitalario 2012. Departamento de estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud G.C.A.B.A

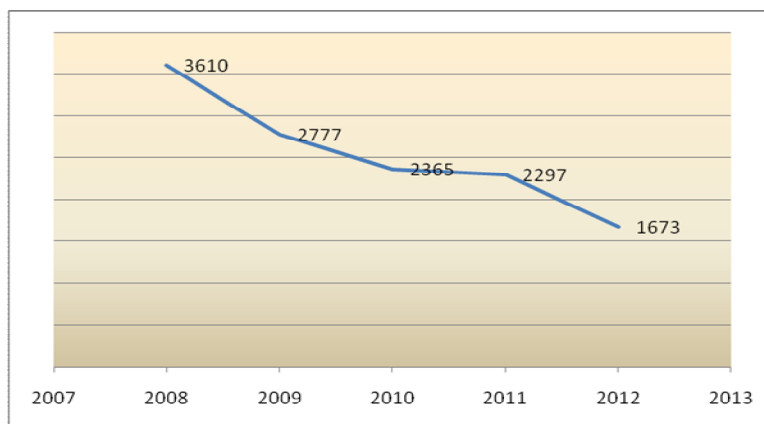


Estadística de Cirugías Programadas con anestesia general 2008-2012

Año	Total de Cirugías
2008	3610
2009	2777
2010	2365
2011	2297
2012	1673

Fuente: Departamento de Cirugía. Hospital Santojanni

"2013, Año del 30 Aniversario de la vuelta a la Democracia"



Estadística de Cirugías programadas con anestesia general. Año 2012

Cirugía General	479
O y T	372
Ginecología	191
Neurocirugía	120
Urología	123
Cirugía Plástica y Reconstructiva	135
Cirugía Cardiovascular	77
Cirugía Percutánea	145
ORL	31
Totales	1673

Fuente: Departamento de Cirugía. Hospital Santojanni
Horas especialidades quirúrgicas semanales: 1394 hs.

División Anestesiología

RRHH

Cargo	Horas semanales
1 Jefe de División	44 horas semanales
3 Médicos de planta	24 horas semanales c/u
3 Médicos de planta	16 horas semanales c/u

Fuente: Departamento de Personal. Hospital Santojanni

Total horas semanales reales

Conducción	44 hs.
Planta	120 hs.

Distribución semanal real de Médicos anestesiólogos

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
4	3	2	2	4

Durante el presente seguimiento se relevaron diferencias con respecto al año 2012 en relación al recurso humano de la Sección, fundamentalmente debido a la disponibilidad de horas de profesionales anestesiólogos contratados bajo la modalidad de mandato.

En el año 2013 se distribuyen de la siguiente manera:

Año 2013	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	Horas Semanales
Anestesiólogos de planta						
a	1		1		1	24
b	1	1			1	24
c	1			1		36
d		1	1	1		24

"2013, Año del 30 Aniversario de la vuelta a la Democracia"

e	1	1	1			24
Sub - total	4	3	3	2	2	132
Anestesiólogos de Mandato						
f		1	1	1		24
g		1		1	1	24
h	1			1	1	24
i	1	1	1			24
Sub - total	2	3	2	3	2	96
Total general	6	6	5	5	4	228

Fuente: elaboración propia en base a la información brindada por el Jefe a/c de la Sección Anestesiología

Para el análisis de las cirugías se ha tomado una muestra que comprende los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre 2012, de los siguientes registros:

Libro de Quirófano 2012.

Libro de Anestesia de Quirófano Central 2012.

Libro de Anestesia de Centro Obstétrico.

Del análisis efectuado se determina que las cirugías programadas con anestesia general en Quirófano Central han tenido una duración promedio de 2 horas 30 minutos, calculadas desde el ingreso del paciente a quirófano hasta la recuperación anestésica.

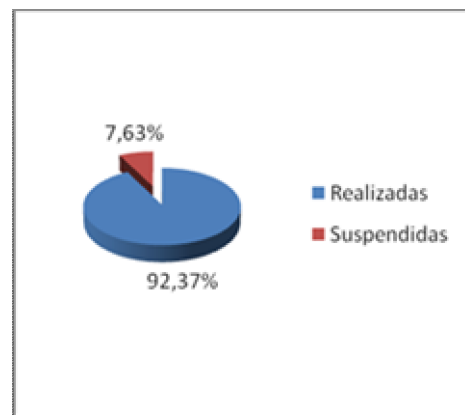
En cuanto a la actividad del Centro Obstétrico se ha tomado como minutos promedio, 60' en cesáreas programadas y 30' en otras cirugías de la especialidad: legrado evacuador, cerclaje, plástica de episiotomía, absceso mamario.

El promedio de cirugías ha sido de 74/ mes con 6 quirófanos activos.

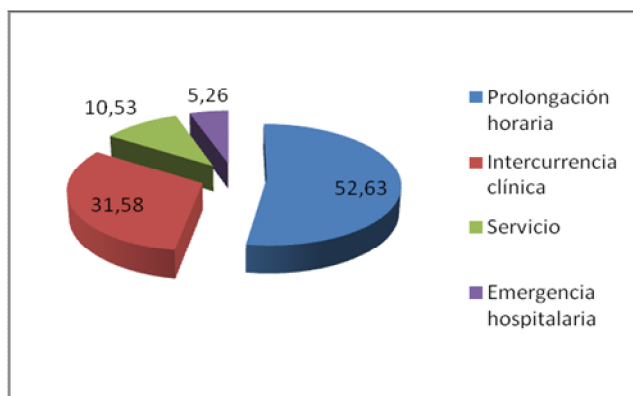
Se desprende del cuadro de distribución de Anestesiólogos la posibilidad de efectuar 24 cirugías por semana, lo que daría un total promedio de 96 por mes.

Año 2012	Febrero	Mayo	Agosto	Noviembre
Realizadas	65	66	76	23
Sin datos	1	0	0	10
Suspendidas	7	6	5	1
Total	73	72	81	34

Realizadas	230	92,37%
Suspendidas	19	7,63%
Total	249	100,00%



Causas	Cantidad	%
Prolongación horaria	10	52,63
Intercurrencia clínica	6	31,58
Servicio	2	10,53
Emergencia hospitalaria	1	5,26
Total	19	100,00



Minutos totales de Anestesia en cirugías programadas

Año 2012	Febrero	Mayo	Agosto	Noviembre(*)
Centro Quirúrgico	8730	9890	10035	4090
Centro Obstétrico	2550	2790	2910	2100
Total	11280	12680	12945	6190

(*) 2 Anestesiólogos con Licencia Médica a partir del mes de octubre: uno de 24 hs. semanales y otro de 16 hs. semanales

A los minutos totales de producción mensual descriptos en el cuadro anterior se deben agregar un promedio de 2160 minutos mensuales calculados a partir de una ocurrencia que oscila entre 8 y 10 endoscopías con anestesia general. Se deja constancia que no se tuvo acceso al Libro de Endoscopías por extravío del mismo. Los datos de producción de anestesiología en endoscopías fueron manifestados por el Jefe de la División Anestesia.

El total de horas disponibles de profesionales Anestesiólogos por semana es de 120 hs = 7200 minutos semanal, dando un total de 28800 minutos mensuales.

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos de la documentación recolectada se utiliza el **50.21%** de las horas disponibles de Anestesiólogos. Se aclara que no se han incluido las horas disponibles de los Anestesiólogos designados por Mandato (Modalidad de contrato de profesionales anestesiólogos) por no contar aún con estos datos. Este porcentaje surge de comparar las horas de anestesiología que se utilizaron en las cirugías realmente efectuadas durante los meses de febrero, mayo y agosto de 2012 con las horas de anestesiólogos de planta disponibles por mes (expresadas en 28800 minutos por mes).

Como puede observarse con los datos del año 2013 la situación se ha modificado, actualmente disponen de menor cantidad de quirófanos activos (cinco, según el cuadro que antecede) y por otra parte se han detallado las horas de anestesiología por mandato, que aumenta la disponibilidad final de horas de dicha especialidad.

Conclusión:

De lo expresado precedentemente se desprende que el número de quirófanos es menor a lo observado en el informe de origen, debido a la rotura de equipamiento (mesa de anestesia y falta de paramétrico en otra) y el uso de dos quirófanos para hemodinamia (tal como lo manifiesta la Dirección del Hospital). Por otra parte existe mayor disponibilidad de horas de anestesiología, fundamentalmente bajo la modalidad de Mandato. El grado de avance es no satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación original:

Nº8. La escasa accesibilidad a la consulta externa, incrementa la consulta de Guardia, aproximando la demanda de dicha consulta (80%) al consumo de la consulta externa. Este tipo de consulta aumenta los costos del sistema de salud y baja la calidad de atención, de aquellos que sí necesitan la consulta de urgencia.

Comentario del Auditado

En este punto no se ha tenido en cuenta la actividad de los médicos de cabecera, no están discriminados los horarios de atención en urgencia y se debe tomar en cuenta que a partir de las 18hs, no existe consulta externa. Por otro lado no es cierto que aumenta el costo ni baja la calidad de la atención. Más allá de estas apreciaciones, se ha reevaluado la oferta asistencial de consultorios externos, diagramándose modificaciones de acuerdo a las demoras de los turnos de las especialidades y a la carga horaria disponible de nuestros profesionales.

Comentario del equipo de auditoria del año 2013:

A los efectos de evaluar el grado de avance realizado por el Hospital se solicitaron los libros de Guardia correspondientes al periodo agosto de 2012, de las especialidades Pediatría, Clínica médica 1 y 2. Debido al estado de los distintos locales destinados al archivo y por las características de la guarda de las historias clínicas y los libros de Guardia, los correspondientes al año 2012 no se encontraron disponibles. En reemplazo de ellos se solicitaron los correspondientes al mismo mes del año 2013.

De la lectura de los libros de Clínica Médica 1 y 2, surge:

- En el registro de consultas de los pacientes no se especifica el horario de la prestación, en el 99% de los casos. Esta situación impide la comparación, a fin construir un indicador válido, de la demanda de guardia en relación a la atención de consultorios externos.

- La cantidad de pacientes no difiere sustancialmente entre los días hábiles (cuando funcionan los CCEE) y los fines de semana.
- La ausencia de firma y sello se corroboró en el 66,42% de los registros observados.

En relación a la oferta de consultorios externos se remite al comentario desarrollado respecto de la Observación nº 1.

Conclusión:

Como resultado de los procedimientos efectuados en la lectura y análisis de los sistemas de registro y guarda de la documentación respaldatoria de la atención médica, tanto de consultorios externos como de Guardia, se determina que los mismos no son confiables para elaborar un indicador comparativo válido entre la atención de ambos servicios.

Por lo tanto el grado de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación original:

Nº9. Pese a la carencia de recurso humano de Enfermería, planteadas desde la Jefatura del Departamento Enfermería, no existen elementos que acrediten la necesidad de tal recurso, dado que el cálculo de enfermeras con relación a la cantidad de camas a asistir, cubre las necesidades requeridas por el Hospital.

Comentario del Auditado

El cálculo de dotación de personal de enfermería en esta institución se realiza en base a las Normas de Organización y Funcionamiento de Establecimientos de Atención Médica, vigente desde 1995 según resolución ministerial N° 191/95.

De tal manera, se toman como días laborables el 58% de los días del año o sea 212 días, coincidiendo con el Informe Preliminar en cuanto al índice promedio de atención de enfermería por paciente, que es de 6 horas. Se concluye que el déficit de enfermería es de 219 enfermeros. (En el anexo del presente informe se detallan las formulas para el cálculo de dotación de enfermería, entregados por el hospital con fecha 21 de mayo de 2008). En relación a lo manifestado se adjunta nota presentada por el Departamento de Enfermería en ocasión del informe, con las consideraciones al respecto.

Comentario del equipo de auditoria del año 2013:

El análisis de los datos obtenidos se ha centrado en:

- La edad promedio de los agentes, teniendo en cuenta los factores de riesgo ("Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión"¹), atento al hecho de que cuanto mayores sean éstos, mayor es la posibilidad de sufrir patologías orgánicas (osteoartículomusculares, HTA, DBT), así como también un aumento de la respuesta a las situaciones de stress generadas en la atención de pacientes. Estas circunstancias aumentan

¹ Definición según la OMS.

considerablemente el promedio habitual de ausentismo o la necesidad de recurrir a licencias por largo tratamiento, o a la derivación de los agentes afectados a la realización de tareas livianas sin contacto con pacientes, lo que acrecienta el índice de ausentismo y, por ende, la cantidad de puestos de trabajo a cubrir.

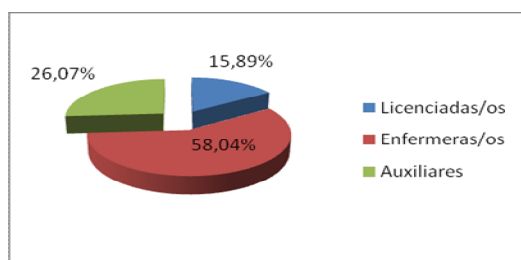
- El déficit del personal de Enfermería en el ente auditado, haciendo la pertinente verificación de acuerdo a los índices de atención de enfermería utilizados para el cálculo del personal necesario para la cobertura mínima de un servicio hospitalario, en cuanto a la totalidad de sus camas presupuestadas y a la cantidad de camas disponibles.

Análisis de la composición del Departamento de Enfermería

Agentes según cargo.

	Planta	Decreto N° 604/09	Total	
Licenciadas/os	72	6	78	15,89%
Enfermeras/os	247	38	285	58,04%
Auxiliares	123	5	128	26,07%
Total			491	100,00%

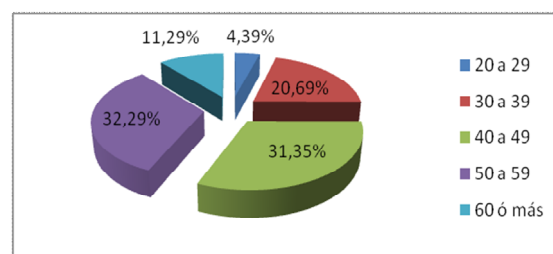
Fuente: Departamento de Enfermería. Htal. Santojanni



Clasificación según edad y sexo.

Personal femenino

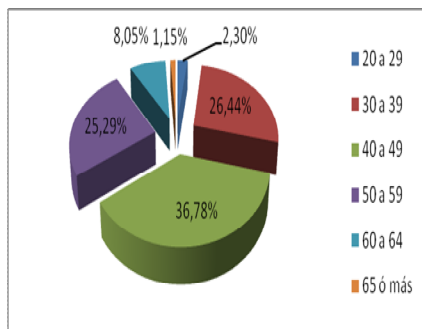
20 a 29	4,39%
30 a 39	20,69%
40 a 49	31,35%
50 a 59	32,29%
60 ó más	11,29%



Personal masculino

20 a 29	2,30%
30 a 39	26,44%
40 a 49	36,78%
50 a 59	25,29%
60 a 64	8,05%

65 ó más	1,15%
----------	-------



Promedio de edad según nivel de formación y sexo.

Licenciados	51,27
Licenciadas	52,93
Enfermeros	44
Enfermeras	44,57
Auxil.Masc.	48,68
Auxil.Femen.	48,37

2012		
MES	ALTAS	BAJAS
ENERO	3	6
FEBRERO	6	3
MARZO		
ABRIL	2	2
MAYO	13	2
JUNIO	2	3
JULIO	1	
AGOSTO	1	
SEPTIEMBRE	4	
OCTUBRE	5	
NOVIEMBRE	2	
DICIEMBRE	3	2
TOTAL	42	18

1BAJA CON DOBLE NOMBRAIMIENTO

Cálculo del déficit de enfermería

La cantidad de camas disponibles no está relacionada sólo con la falta de horas de enfermería. De las 495 camas presupuestadas, actualmente 96 camas (19.40%) están desafectadas a la internación de pacientes debido a:

refacciones de locales, falta de mobiliario, otros destinos dados a los locales (depósito, aulas, habitación de residentes).

ÁREA GENERAL			
Cálculo del déficit de personal en base a camas presupuestadas		Cálculo del déficit de personal en base a camas disponibles actualmente	
SERVICIO	DÉFICIT	SERVICIO	DÉFICIT
CIRUGÍA A	45,85	CIRUGÍA A	7,28
NEUROCIRUGÍA	6,16	NEUROCIRUGÍA	1,97
CIRUGÍA P	30,70	CIRUGÍA P	7,28
TRAUMATOLOGÍA	47,60	TRAUMATOLOGÍA	14,55
GINECOLOGÍA	26,94	GINECOLOGÍA	6,28
CLÍNICA P	14,85	CLÍNICA P	1,38
CLÍNICA A	4,01	CLÍNICA A	4,01
CARDIOLOGÍA	43,72	CARDIOLOGÍA	14,79
MATERNIDAD P	20,85	MATERNIDAD P	16,10
MATERNIDAD A	8,38	MATERNIDAD A	6,01
CLÍNICA PB	-0,12	CLÍNICA PB	-0,12
PEDIATRÍA	21,06	PEDIATRÍA	21,06
INTERNAC. CONJUNTA	33,60	INTERNAC. CONJUNTA	26,60
TOTAL ÁREA ABIERTA	303,59	TOTAL ÁREA ABIERTA	127,19

ÁREA CERRADA			
Cálculo de déficit de personal en base a camas presupuestadas		Cálculo del déficit de personal en base a camas disponibles actualmente	
SERVICIO	DÉFICIT	SERVICIO	DÉFICIT
NEO INTENSIVA	15,17	NEO INTENSIVA	3,12
UTI UTIN	29,28	UTI UTIN	-2,86
UCO	15,14	UCO	7,10
NEO INTERMEDIA	32,85	NEO INTERMEDIA	23,21
SHOCK ROOM	10,14	SHOCK ROOM	10,14
TOTAL ÁREA CRÍTICA	102,58	TOTAL ÁREA CRÍTICA	40,71

Calculo para determinar la dotación de personal de enfermería en internación

$$\begin{array}{ccccc} \text{Días-cama} & & & & \\ \text{anual} & & \text{Índice} & & \text{Nº de personal} \\ & \times & \text{promedio de} & = & \text{necesario} \\ & & \text{atención} & & \end{array}$$

Horas anuales de trabajo por agente

Datos necesarios:

1. Días-Cama anual = N° de camas X 365 días
2. Índice Promedio de atención de Enfermería (IADE) por paciente y por día (recomendado por Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente)

Para el análisis del déficit se utilizaron los siguientes IADE específicos :

Clínica Médica: 2,30

Clínica Quirúrgica: 4

Obstetricia: 2,30

Pediatría: 4

Áreas críticas: 8

3. Cálculo de horas anuales de trabajo:

Hs. diarias de trabajo por agente X N° días reales de trabajo = Hs. anuales de trabajo por gente

Cálculo de días reales de trabajo

Días teóricos – Total días a descontar = días de trabajo

Días a descontar:

- Feriados anuales
- Ausentismo (promedio)
- Vacaciones anuales (promedio) se considera solamente días laborales no trabajados.
- Francos semanales (según régimen laboral del establecimiento)

Conclusión:

De acuerdo al procedimiento efectuado por la presente auditoria se verifica que existe un déficit de agentes de enfermería de:

- En base a las camas presupuestadas 406 agentes.
- En base a las camas disponibles a la fecha del procedimiento 168 agentes.

Dicho déficit es cubierto actualmente de manera parcial con módulos de enfermería. Se levanta la observación relativa a enfermería.

Observación original:

N°10 El grado de satisfacción del paciente atendido en el Hospital (44,6% promedio ponderado), resulta bajo con relación a los valores de referencia (Hospital de Oncología María Curie 72,5%). Influye sobre ello, el horario en que el paciente espontáneo debe concurrir para obtener un turno (entre las 5 y 7 de la mañana), la mala atención y malos tratos manifestada por el personal administrativo, el tiempo excesivo que el paciente con turno asignado debe esperar desde que llega al hospital hasta que recibe la atención médica (entre 1 y 2 horas) y la incomodidad en el lugar de espera a la consulta. Asimismo, analizado el libro de quejas, sobresalen aquellas referidas a los malos tratos del personal administrativo (61% promedio ponderado).

Comentario del auditado:

En este punto se comparan universos diferentes: Hospital Monovalente versus Hospital General de Agudos. A fin de seguir con las apreciaciones relativas al ítem, considero impropia la frase "la mala atención y malos tratos manifestada por personal administrativo" (sic) ya que se toma una apreciación subjetiva que no debiera consignarse en un informe de auditoría.

Nuevamente enfocándome en las mejoras que se han realizado, la afirmación de las colas y la espera se produce en las consultas espontáneas, ya que un gran número de citaciones son programadas con citación en día y fecha especificada.

La sala de espera se ha condicionado con sillas y televisores plasma que producen mayor confort, colocándose llamador numérico y micrófono.

El Comité de Calidad monitorea la higiene de la sala y de los baños, y ha trabajado activamente para dotar de cartelería que guía al paciente. En este mismo esfuerzo por mejorar la accesibilidad y otorgar al paciente una guía se creó el CAP (Centro de Atención del Paciente) en lugar estratégico.

Comentario del equipo de auditoria del año 2013:

En relación a esta observación, se tomó la decisión de reemplazar la metodología de toma de encuestas por la sistematización de las quejas registradas en el libro respectivo durante el año 2012. Del análisis de esta documentación se verifica que:

Motivo de las quejas	Cantidad	Imputado a	Porcentuales
Maltrato	12	Maternidad -Personal Seguridad-Laboratorio-Pers. Administrativo-Cardiología	42,86
Mala atención	5	Sector administrativo - Camillero - Guardia pediátrica - Pers.Cesac Piedrabuena -CCEE de Cardiología	17,86
Falta atención	6	Clínica Médica - Guardia - Endocrinología - Kinesiología	21,43
Falta de limpieza e higiene	2	Maternidad -Reumatología - Traumatología	7,14
Demora en la atención	2	Guardia - Endocrinología	7,14
Demora en la entrega de turnos	1	Pami-Endocrinología	3,57
Total	28		100,00

Como se observa en el cuadro, las dos principales causas de queja son las acciones consideradas por los usuarios como "maltrato" llevado a cabo por profesionales, personal administrativo o de seguridad, y la "falta de atención" por ausencia o tardanza de los profesionales. Es de tener en cuenta que si sumamos los porcentajes de las categorías inherentes a la calidad de la atención llegamos a un 46,43% estableciendo de esta manera la principal causa de queja.

Según la normativa vigente regulada por la Ley N° 2247/2006, modificada por la Ley N° 3805/2011, establece que deberá existir un "Libro de Quejas, Agradecimientos Sugerencias y Reclamos" en las dependencias del Gobierno de la CABA que tengan atención al público.

De acuerdo a la inspección ocular se determinó que no existe en ningún lugar visible la indicación de referencia del citado libro.

Por otra parte se ha constatado el reacondicionamiento de la sala de espera con sillas y televisores nuevos, y la colocación de llamador numérico y micrófono; en cuanto a la limpieza, se corroboró que la misma es deficiente.

Conclusión:

Si bien las condiciones de la planta física y mobiliarios han sido mejoradas, la limpieza continua siendo deficitaria. En cuanto a la atención tanto administrativa como profesional se debe mejorar el trato hacia los usuarios, en términos asistenciales y de gestión de turnos. A fin de mejorar el circuito de calidad de atención deben favorecerse los mecanismos de gestión de reclamos de diferente índole. El grado de avance es satisfactorio sólo en lo relacionado al confort en las salas de espera. En cuanto al resto de los ítems de esta observación el grado de avance es no satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación original :

Nº11 La ausencia de documentación y/o falta de registración de datos (historias clínicas de consultorio externo e indicación quirúrgica en 85 casos), recaen en una baja calidad de datos, impidiendo la generación de información confiable, la aplicación de indicadores de gestión y el seguimiento oportuno de los pacientes.

Comentario del auditado:

En consultorio externo se utilizan fichas en las que se consignan los datos de la patología del paciente, los estudios solicitados y los resultados. En ella no se establece la fecha quirúrgica que es determinada por cada servicio, y cada uno de ellos tiene su propia lista de espera. Estos listados no respetan un orden de llegada sino que se prioriza por la patología.

Comentario del equipo de auditoria del año 2013:

A fin de comprobar el grado de avance, se seleccionaron aleatoriamente 96 HC., pertenecientes a pacientes atendidos en la totalidad de las especialidades de CC.EE.

Del análisis de las mismas se comprobó:

- ✓ Los datos de filiación se encuentran completos en el 34,94% de las fichas.
- ✓ Los antecedentes personales y/o familiares figuran en el 66,27% de las fichas.
- ✓ El motivo de consulta figura en el 97,59% de las fichas analizadas
- ✓ Se constató firma y sello del profesional interviniente en el 92% de las fichas y las fichas eran legibles en el 95% de los casos.

Archivo

En cuanto al archivo de las fichas clínicas se continúa con la guarda en ficheros por el número de documento, se comprobó además la multiplicidad de "cartones amarillos (formulario tipo)", para el mismo paciente, a veces

justificada y en otros casos, por extravío de la ficha o por no encontrar el original. Para evaluar el sistema de registro y guarda se debe relacionar el sistema de otorgamiento de turnos, la generación de fichas clínicas, planillas y agendas médicas conjuntamente con la guarda de dichos registros. Este proceso se debe agilizar y mejorar en todo el circuito, favoreciendo el control cruzado.

Conclusión:

Por lo expuesto anteriormente, el grado de avance se considera incipiente.

B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA / CONTABLE:

Observación original:

Nº12 Existe un alto índice de ausentismo de Licencias por Largo tratamiento, que el hospital debe afrontar. No obstante, existe otro índice aún mayor, ausentismo no justificado, que no se comunica para su descuento de haberes (50% de casos sobre una muestra de 680 casos en el año 2006). Esta proporción se incrementa a lo largo de los años; para el año 2007 solo se comunicó para su descuento el 16% de los casos relevados (221 casos sobre una muestra de 1340 casos). Asimismo, se verifica que en ningún caso existió un descuento por llegada tarde. Esto señala la ineficiencia del control de asistencia y la falta de confiabilidad de la información que maneja y comunica el hospital.

Comentario del auditado:

Se adjunta nota de la Jefa de RRHH, en relación a la observación realizada. (Ver Anexo 2).

Comentario del equipo de auditoría del año 2013:

Respecto del Comentario del Auditado, se verificó que la Subgerencia de Recursos Humanos y Servicios Generales, no lleva registros de pedidos médicos de los agentes del Hospital, ni de Licencias de Largo Tratamiento, dado que se derivan a la Dirección General de Medicina del Trabajo del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Las llegadas tardes no son registradas por la falta de personal y por la cantidad de agentes que firman a la misma hora.

Conclusión:

Por lo expuesto, el grado de avance es no satisfactorio, se mantiene la observación.

Observación original:

Nº13: Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (143.420 hs), representan un 43% a las horas normales trabajadas (329.760 hs), implicando ello, que cada agente trabajaría en promedio 10 hs diarias. No obstante, no existe información que acredite fehacientemente que dichas horas fueron

desempeñadas en tareas asistenciales, ni control cruzado por oposición respecto de la División Personal.

Observación original:

Nº 14: El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación -que no se encuentra regulada por normativa vigente- para el pago de horas extras a profesionales de la salud, devengando por tal concepto durante el año 2006, el 40% (\$2.569.680) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales. Vale decir que, el gasto por inciso 1 aumenta en un 40%, por el pago de horas extras, sobre las que no se verifica la veracidad de su utilización.

Comentario del Auditado:

"En la actualidad, no se realizan "horas extras" bajo la modalidad de guardias fuera de dotación, que fueron transformadas en prolongaciones horarias y/o cargos genuinos por el decreto 2033. SOLO SE UTILIZA LA SUPLENCIA DE GUARDIA PARA CUBRIR LOS PUESTOS DE URGENCIA".

Comentario de la Auditoría:

En primer lugar es necesario aclarar que la normativa a la cual se hace referencia, no es un Decreto, sino la Resolución nº 2033/MSGC-MHGC/09, que establece en su art. 1, la creación de los cargos de ejecución, conforme el art. 1, del Decreto nro. 495/09, de 30 horas semanales, los que serán cubiertos de acuerdo a lo dispuesto en la Carrera Municipal de Profesionales de la Salud aprobada por la Ordenanza nro. 41.455, reglamentada por Decreto nro. 2745/87 y Resolución nro. 375/SSySHyF/06, y modificatorias.

En el art. 3, de la Resolución nº 2033/MSGC-MHGC/09, se amplía a 40 horas semanales el horario de los profesionales de los diversos hospitales, a partir del 1 de agosto de 2009.

También, el Decreto nro. 495/09, establece que a partir del 1 de agosto de 2009, los Módulos Asistenciales dispuestos en el art. 13 de la Resolución nro. 3326/MHGC/08, serán reemplazados por nuevos cargos de Ejecución.

Conclusión:

En virtud de la nueva normativa vigente, resultan inaplicables el contenido de las observaciones precedentes. Se levanta la observación.

Observación original:

Nº 16. No existe un control sistemático y permanente relativo al cumplimiento de la Ley 154/99 y su Decreto Reglamentario 1.886/01 sobre Residuos Patogénicos. El lugar de almacenamiento final no cumple con los

requerimientos legales señalados en la normativa vigente (se utiliza también como depósito de Residuos Líquidos, el ambiente no cuenta con la iluminación y la ventilación apropiada, no cuenta con detector de humo, entre otros), incrementándose así los riesgos que devienen de su incumplimiento.

Comentario del auditado:

Actualmente los depósitos de residuos patogénicos y especiales están puestos en valor según normas vigentes, y aprobados por el APRA.

La disposición final de los residuos se realiza con la habilitación otorgada por la inscripción como generadores de tales, ante la OPDS. Se adjunta copia de certificados a modo de constancia.

Comentario del equipo de auditoria del año 2013:

Se dispuso efectuar un procedimiento del circuito de residuos patogénicos y líquidos peligrosos en los lugares de acopio. Se observó que el lugar de almacenamiento de los líquidos peligrosos se encontraba con las puertas abiertas sin ningún tipo de cerradura ni de seguro, no poseía ninguna identificación o logo en el acceso. Encontrándose el lugar de almacenamiento con falta de higiene y mantenimiento, no cumpliendo con las normas de seguridad. Tanto los pisos como las paredes no poseen cerámicos ni azulejos, se observó la falta de un contenedor de arena para la prevención de derrame de los líquidos peligrosos, se encontraban bidones con signos de derrame, y muchos de ellos sin el debido etiquetado.

El local de acopio de los residuos patogénicos, se encontraba cerrado con candado y se solicitó al personal de seguridad la apertura del mismo, observándose que el almacenamiento de los residuos no cumple con las normas de seguridad e higiene, los pisos y la paredes no se encuentran en condiciones no poseen cerámicos o azulejos para la correcta limpieza del mismo, tampoco posee rejilla de desagote; las luces no funcionan, existen contenedores sucios, y sin el correspondiente etiquetado. También el depósito se usa como lugar de guarda de otros objetos no relacionados con los residuos patogénicos. En el lugar además se encuentra la vestimenta del personal que está a cargo de la recolección de los residuos.

El lugar en donde se depositan los residuos en bolsas negras se encuentra detrás de los depósitos de acopio; los contenedores están al aire libre, sin tapa, desbordados y el lugar está sucio y sin protección de ningún tipo.

El empleado a cargo de las bolsas rojas de la empresa Indaltec S.A, comienza el circuito por la mañana por el cuarto piso en la zona de internación. El retiro de los residuos patogénicos se hace dos veces al día, por la mañana y por la tarde. En los servicios de Maternidad y Neonatología existe un ducto por donde se arrojan las bolsas negras y bolsas rojas, que caen en contenedores, en ocasiones las bolsas se rompen.

Para la recolección de los residuos el personal utiliza delantal, barbijo y guantes que no son los adecuados, no poseen botas sino zapatos.

El delantal que utilizan para su trabajo debe higienizarse diariamente, no cumple con esa normativa, y se hace una vez por semana.

Se verificó la existencia de notas elevadas a la Dirección, en donde se manifiesta que se encontraron elementos corto punzantes en las bolsas negras y rojas, no depositándose en los contenedores correspondientes.

Se retiran las bolsas rojas de cada sector precintadas y rotuladas según el servicio y aproximadamente se demora 4 horas en completar el circuito.

La limpieza de los carros se realiza cada vez que finaliza la recolección, se lo limpia con detergente y lavandina. El personal a cargo del circuito cuenta con todas las vacunas incluyendo la de hepatitis B. El personal no realiza cursos introductorios y de capacitación.

Las bolsas negras y rojas cumplen con las medidas correspondientes.

Se procedió a la verificación de los certificados de disposición final de los residuos patogénicos, entregados por las plantas tratadoras al Hospital, de los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, octubre, noviembre y diciembre del año 2012, y los meses de enero, marzo, abril y mayo del año 2013. Del análisis de los mismos se detectaron que todos corresponden a residuos sólidos, salvo un único certificado de abril del año 2013, que corresponde a los residuos patogénicos líquidos. No se cumple con lo normado en el art. 27 de la Ley N° 154/99 y su Reglamentación Decreto N° 1886/01, que expresamente determina que los residuos líquidos no pueden ser vertidos a la red de desagües o conducto cloacal sin previo tratamiento que asegure su descontaminación.

Conclusión:

El grado de avance es no satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación original :

N° 17. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el deficiente sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza las tareas, la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc.), como también la escasez de personal en función a los metros cuadrados asignados y al tipo de tarea a realizar, son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, la demora en la elaboración de los nuevos pliegos de limpieza y la concreción de la Licitación correspondiente, recae en la incorrecta utilización del pago del servicio, por Decreto 1.370/01 (Legítimo Abono).

Comentario del Auditado

Al momento de la Auditoría, existían varios contratos relacionados a las tareas de limpieza.

Las licitaciones / contratos siempre fueron ejecutados a nivel central, y en la actualidad está vigente un nuevo contrato único, que incluye todas las áreas, cubriendo las deficiencias observadas.

Se adjuntan las normativas en relación a las áreas y el modo de realización.

Comentario de la auditoria del año 2013:

El Hospital tiene una superficie total de 26.000 m², por lo que se requiere, según el Jefe del Departamento a cargo de RRFF alrededor de 124 agentes de limpieza. La empresa contratada para las tareas de limpieza es la firma Indaltec S.A.; según el Jefe de Dpto. provee sólo 90 empleados, de los cuales por razones de ausentismo, diariamente se presentan a realizar las tareas 80 empleados promedio.

La empresa divide al Hospital en cuatro sectores, área negra (locales de administración, pasillos, áreas comunes, Hall de espera, etc.), área blanca (los Servicios de Quirófano, Centro Obstétrico, Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Unidad de Terapia Intermedia (UTIN), Hemodinamia (catéteres) y Guardia); áreas grises son: Internación, Consultorios, Servicios de Diagnósticos y estaciones de Enfermería y el área verde (calles y veredas de los jardines, techos, marquesinas y patios).

Se le solicito al responsable de la empresa Indaltec S.A. que hiciera entrega de una copia de las normas escritas para higiene hospitalaria, hasta la finalización del trabajo de campo, las mismas no fueron entregadas. No se ha podido corroborar constancia escrita de la capacitación del personal de limpieza. El responsable de Indaltec S.A. ha entregado el listado de personal por áreas (blanca, gris, negra y verde) con la descripción de los servicios y las sub áreas correspondientes, con turnos asignados (mañana, tarde y noche, con sus respectivos horarios), días hábiles y feriados.

El responsable de Indaltec, S.A. no hizo entrega del tablero de comando y control de presentismo del personal de limpieza a su cargo, sin esta documentación no puede establecerse el índice de ausentismo y por lo tanto si el personal designado por área es suficiente.

Se realiza una planilla de certificación mensual de las tareas realizadas en cada área y subárea, la que es firmada por el Jefe del Dpto. de RRFF, el Fiscalizador de RRFF del Ministerio de Salud de la CABA y un representante de la empresa. No queda copia de la misma en los archivos del Departamento.

En cuanto a las tareas de supervisión efectuadas por el fiscalizador, conjuntamente con el Jefe a cargo del Departamento de Recursos Físicos del Hospital, el único registro escrito con que se pudo evaluar la gestión del año 2012 y parcialmente del 2013 ha sido el "libro de comunicaciones", el mismo no se encuentra habilitado ni rubricado por ninguna autoridad, sólo se halla foliado y se hacen por triplicado. Las notas están firmadas de manera discontinua por el Jefe del Dpto. de Recursos Físicos, el Jefe de mantenimiento de Indaltec S.A y el Fiscalizador del GCABA.

Del análisis de las notas recolectadas se determina lo siguiente:

Los siguientes registros de reclamos fueron realizados desde el 7 de noviembre de 2012 al 14 de febrero de 2013:

Reclam o	Año	Motivo o causa del Registro	Origen	Destino	Área
1	201 2	Presencia de aguja en bolsa roja. Presencia de aguja en bolsa negra.	Concesionario Indaltec	Recursos Físicos Hospital	Guardia y Neonatología
2	201 2	Presencia de aguja en sábanas.	Concesionario Indaltec	Recursos Físicos Hospital	Terapia Intensiva
3	201 2	Falta de limpieza	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Consultorios externos, monitoreo fetal, quirófanos, sala de espera y baños públicos
4	201 2	Falta de limpieza y contenedores excesivamente llenos.	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Contenedores de residuos patogénicos.
5	201 2	Falta de desinfección	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Shock room, baños públicos sin limpieza
6	201 2	Falta de limpieza	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Centro obstétrico y consultorios externos. Vidrios internos y externos, baños públicos caballeros. Sala de espera de guardia, mesón. Áreas públicas no se limpian.
7	201 3	Falta de limpieza	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Alturas de CCEE. Escaleras de internación, baños y patios internos.

8	2013	Falta de limpieza. Falta de desinfección en vacunatorio	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Altura de guardia general de sala de espera, consultorios y office de enfermería
9	2013	Falta de limpieza	Recursos Físicos Hospital - Comité de Infectología	Concesionario Indaltec	Elementos de limpieza, contenedores de residuos y trabajos de altura
10	2013	Requerimiento de personal de limpieza. Recambio de personal en quirófano por falta de capacitación	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	CESAC 7
11	2013	Falta de entrenamiento del personal	Recursos Físicos Hospital - Prevención y Control de Infecciones	Concesionario Indaltec	Áreas Blancas
12	2013	Falta de limpieza.	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Escaleras y pisos de internación. Ascensores a quirófanos.
13	2013	Falta de limpieza	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Vestuarios caballeros subsuelo, pasillos de subsuelo y escaleras a quirófano. Asimismo, Áreas cerradas en altos
14	2013	Falta de limpieza. Derrame de líquidos peligrosos en recinto de guarda y falta de limpieza	Recursos Físicos Hospital	Concesionario Indaltec	Carros y contenedores de disposición media.

Cantidad de observaciones año 2012	4
Cantidad de observaciones año 2013	8

Conclusión:

Con la documentación entregada hasta la fecha, se ha determinado que la observación debe ser mantenida, ya que no se puede constatar cómo se controla la cantidad de personal de limpieza que concurre diariamente a cada una de las áreas del Hospital, y cuál es su grado de capacitación en técnicas de limpieza de los locales. El grado de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación original :

Nº 18. El tiempo de ejecución de órdenes de mantenimiento, no es coherente, con relación al trabajo demandado. La información sobre el cumplimiento de las órdenes no es confiable, dado que el dato de fecha de finalización y conformidad del trabajo, no figura o es consignado por el mismo personal que lleva a cabo el trabajo. En tal sentido se advierte, falta de control sobre los trabajos solicitados y realizados, por parte del Departamento de Recursos Físicos del Hospital y por parte del Supervisor dependiente Dirección General Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Comentario del auditado:

Lo expresado en este punto es manifiestamente genérico. Con relación a la reparación de equipamiento biomédico se realiza con personal del Hospital, sin contar efectivamente con Bioingenieros propios. Los aparatos "sostén de vida", de "diagnóstico por imágenes", odontología, etc. Cuentan con mantenimiento preventivo anual. En otros casos, se realiza por demanda correctiva. El mantenimiento de mobiliario, se realiza de acuerdo a capacidad presupuestaria, por agentes municipales.

Los mantenimientos preventivo y correctivo de aspectos edilicios y de las instalaciones para los servicios agua, luz, teléfono, grupo electrógeno, etc. son efectuados bajo los términos del Contrato Vigente por la empresa adjudicataria INDALTEC.

Comentario de la auditoría del año 2013:

En el Hospital se desarrollan tres tipos de mantenimiento, el del mobiliario (camas, mesas de luz, escritorios, etc.) realizado por los agentes propios del Hospital, el de estructura edilicia (reparaciones de gas, electricidad, agua, telefonía, provisión de gases médicos, generación del grupo electrógeno, etc.) llevado a cabo por la empresa Indaltec S.A. (la cual trabaja en coordinación con el Departamento de Recursos Físicos y es fiscalizada por el supervisor de la DGRFS del Ministerio de Salud de la GCABA). Por último, el mantenimiento y reparación del equipamiento hospitalario es realizado por diferentes proveedores de servicios, con distintas modalidades de contratación y pago.

Reparación de equipamiento:

Fue solicitado el listado de órdenes de reparación y mantenimiento de equipos médicos con fecha de inicio del pedido, y de entrega del bien reparado. Si bien el listado cuenta con el monto inicial de la reparación, el monto final y las

empresas proveedoras de los servicios, no se pudo obtener la fecha de conformidad cuando se recibe el bien reparado, siendo este un límite para determinar el tiempo transcurrido entre la solicitud de reparación y la vuelta del equipo reparado.

Conclusión:

No se ha producido un avance satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observaciones	Grado de Avance			
	No satisfactorio	Incipiente	Satisfactorio	No aplicable
1	1			
2		1		
3		1		
4		1		
5		1		
6	1			
7	1			
8	1			
9			1	
10	1			
11		1		
12	1			
13			1	
14			1	
15				
16	1			
17	1			
18	1			
Totales	9	5	3	
Porcentajes	53	29,4	17,6	

ANEXO I

Información solicitada a los Organismos de Control de la Ciudad de Buenos

Asimismo, se aclara que a pesar de ser una auditoría de seguimiento para disponer de una visión integral, se requirió información respecto de las causas judiciales y denuncias vigentes a los siguientes organismos:

a) Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

Con fecha 06/05/2013 se recibió de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires los listados de actuaciones vinculadas al Hospital Donación F. Santojanni, correspondientes al período 2011-2012, las que fueron tramitadas en el Área de Derecho a la Salud de la Defensoría.

Del análisis de la información recibida, se detallan sucintamente el año y número de las actuaciones, las causas y el estado de las mismas:

AÑO Y N° ACTUACION	CAUSA	ESTADO
2527/12	Falta de atención médica y abandono de persona	La Defensoría realizó el traslado de la queja mediante Oficio. La denuncia se radicó en sede Judicial. Se da por concluido el trámite.
5273/11	Dificultad para obtener historia clínica de internación	La Defensoría consultó al Dpto. de Archivo del Hospital, quienes le informaron que en el 2005 hubo un incendio, que en el 2008 se produjo una inundación, y que por ello no hay historias clínicas anteriores al año 1999.
2309/11	Denuncia por mala atención a su hija	La niña fue atendida y enviada a su domicilio, con indicación de Ibuprofeno, dieta y control en 48 horas. Después de 10 horas la niña presenta desorientación y dolor. La madre llama al SAME, cuyos profesionales, declararon el fallecimiento de la niña. El diagnóstico de la morgue judicial fue peritonitis, Expediente n° 886, remitido por

		Seccional 40. En agosto de 2011 se reitera oficio, y en respuesta se informa que el Ministerio de Salud de la CABA por Resolución n°1974/MSGC/2011, con fecha 10/11/11, ordena la instrucción de sumario administrativo a los efectos de la investigación de los hechos, atribución o deslinde de responsabilidades.
2168/11	Denuncia realizada por profesionales del Servicio Social del Hospital Santojanni, quienes reclaman la urgente derivación de dos pacientes del Programa Federal de Salud (PROFESALUD)	La Defensoría remitió Oficio a la Obra Social solicitando la urgente derivación de los pacientes a Instituciones Asistenciales que brinden atención acorde a las patologías presentadas por los pacientes. Posteriormente el 21/06/11, fue trasladado uno de los pacientes. La Defensoría da por concluido el trámite.
2132/11	Inconvenientes para obtener turnos	Se libraron oficios y se realizaron gestiones telefónicas, el paciente fue atendido sin inconvenientes.
1692/11	Falta de atención en la guardia	La Defensoría solicita a través de Oficio al Hospital, la investigación de los hechos. En respuesta se informa que la guardia atendió normalmente, y que la paciente no esperó. La Defensoría da por concluido el trámite.
825/11	Falta de cobertura del estudio de hipotiroidismo indicado por su médico tratante	La Defensoría realizó una gestión telefónica con el sector de endocrinología, a los efectos de comunicarles la denuncia. Posteriormente, el paciente realizó el estudio. La Defensoría concluye el trámite.
431/11	Mala atención recibida por personal del Hospital ante el fallecimiento de	La Defensoría remite Oficio al Hospital. En respuesta expresan que la

	su hermana	empleada de Admisión y Egresos confeccionó el certificado de defunción, pero al momento de la firma del mismo, se produjo una demora en la búsqueda de la Historia Clínica, lo que retrasó el trámite.
--	------------	--

b) PROCURACION GENERAL DE LA CABA

El 14 de mayo de 2013 se recibe de la Dirección Seguimiento de Organismos de Control y Acceso a la Información, la respuesta a nuestra nota AGCBA n° 932/13, respecto de la información solicitada a la Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires, relacionada con las actuaciones correspondientes al Hospital Donación F. Santojanni, período 2011-2012.

La Procuración General informa a través de sus distintas áreas, las actuaciones relacionadas con el Hospital Santojanni, se detallan a continuación las siguientes:

NO REGISTRAN ACTUACIONES (con el Hospital Santojanni):

1. Dirección Poder de Policía
2. Dirección Asuntos Especiales
3. Dirección General de Asuntos Tributarios y Recursos Fiscales
4. Dirección de Gestión Dominial
5. Dirección General de Asuntos Comunes
6. Dirección Gral. de Relaciones Contractuales

REGISTRAN ACTUACIONES (con el Hospital Santojanni):

1. Dirección de Relaciones Extracontractuales
2. Dirección Gral. de Asuntos Penales.
3. Dirección Gral. de Empleo Público.
4. Dirección Gral. de Sumarios
5. Dirección Gral. de Relaciones Contractuales

Del análisis de la información suministrada, paso a detallar de cada una de las áreas, sucintamente, el número de las actuaciones y/o expedientes, el año de inicio, motivo de las causas y el estado de las mismas:

1. Dirección de Relaciones Extracontractuales: (listado fs. 6, 7 y 8)
Las causas informadas por ésta Dirección abarcan desde el año 1993 al 2012.

2. Dir. Gral. de Asuntos Penales:

Existen dos causas en trámite, a fs. 16, que seguidamente se enumeran:

Cantidad de Juicios	Causa	Sentencias
47	Daños y perjuicios	5
4	Interrupción de Prescripción	0
12	Responsabilidad Médica	0
11	Beneficio de Litigar sin Gastos	1

Cantidad de Juicios	Carátula	Exp.nº	Juzgado	Causa	Estado
2	I. O. José Oscar s/art.172, inc.4 y 249 CP-	s/n	Criminal de Instrucción nº26, Sec.155	Defraudación, por la donación que la Fundación M., le efectuara al Hospital para la compra de material quirúrgico y anexos	En trámite. Se ordenó pericial caligráfica.
	NN s/muerte dudosa (paciente J. F.)	27.213/12	Criminal de Instrucción nº 48, Sec.145	Muerte dudosa. Se investiga el fallecimiento de una paciente.	Se solicitó fotocopias de la causa en abril de 2013

3. Dirección Gral. de Empleo Público:

Adjuntan los dictámenes jurídicos desde fs. 18 a fs. 39, elaborándose el siguiente cuadro:

Cantidad de Dictámenes	Motivo	Iniciado por:	Estado
13	Diferencias salariales	Agentes del Hospital	Impugnación al Acta de negociación Colectiva 252/11
1	Selección Interna para cubrir un cargo de Médico Psiquiatra	Asoc. Psicólogos CABA	Recurso Jerárquico
1	Selección Interna para cubrir un cargo de Jefe de Unidad Urología	Dr. Norberto O. F.	Recurso Jerárquico
1	Selección Interna para cubrir un cargo	Pte. Asoc. Psicólogos CABA	Recurso Jerárquico
1	Antecedentes penales emitido por Registro de Reincidencia	Presbítero C. M. S. G.	Recurso de Reconsideración con Jerárquico en subsidio, contra el archivo del decreto de designación de cargo. Se hizo lugar a la revocación interpuesta.

4. Dirección General de Sumarios:

4.1. Dirección Sumarios de Regímenes Especiales:

Informa que registran 7 sumarios, sin especificar los motivos, que son los siguientes:

SUMARIOS n°	Estado
190/11	Etapa investigativa
83/12	Etapa investigativa
11/11	Etapa investigativa
238/11	Etapa investigativa
99/11	Etapa investigativa
210/12	Etapa investigativa
13/11	Un agente sumariado

4.2 Dirección de Sumarios de Régimen General:

Se adjuntaron cuatro informes con planillas extraídas del Sistema Informático de Seguimiento de Juicios de la Procuración General de la CABA, y en base a ello se confeccionaron los siguientes cuadros:

Sumarios n°	Motivo	Dictamen
95/05	Falta de presentación de inventarios de bienes muebles	2 agentes sumariadas; se resuelve por Dictamen del 05/12/12: en un caso extinguir la acción por fallecimiento, y en el otro caso queda exenta de responsabilidad disciplinaria
72/09	Presunto intento de cobro de honorarios por parte de médicos de la Div. Cirugía Plástica y Reconstructiva	Fecha de Dictamen de archivo 29/09/11

Sumario n°	Motivo	Dictamen
146/07	Averiguación de Infracción art. 85 Código Penal (aborto)	20/07/12 archivo

Sumario n°	Motivo	Dictamen	Observaciones
304/05	Interrupción del flujo de oxígeno en el sector de terapia intensiva. Causa penal por muerte dudosa	08/09/09 Se aconseja cesantía. Se confirma 29/04/13	Causa Penal n° 34538 Fiscalía de Instrucción n° 16, Juzgado Instrucción n° 6, Sec. Única
123/09	Kits de anestésicos adquiridos por la Licitación Pública Internacional n°	Sin detalles	No se agrega más detalles

	45/05		
284/07	Supuesta superposición horaria	Sin Dictamen	Fecha de asignación 21/11/11
375/08	Presuntas irregularidades en el desarrollo de sus relaciones laborales en el CESAC N°3, del agente R. E. D., con sus superiores, pares, profesionales del arte de curar y público asistente.	Sin Dictamen	Fecha de asignación 29/05/12
314/11	Comportamiento irregular del agente P. P. en el ámbito del Hospital.	Sin Dictamen	Fecha de asignación 17/07/12

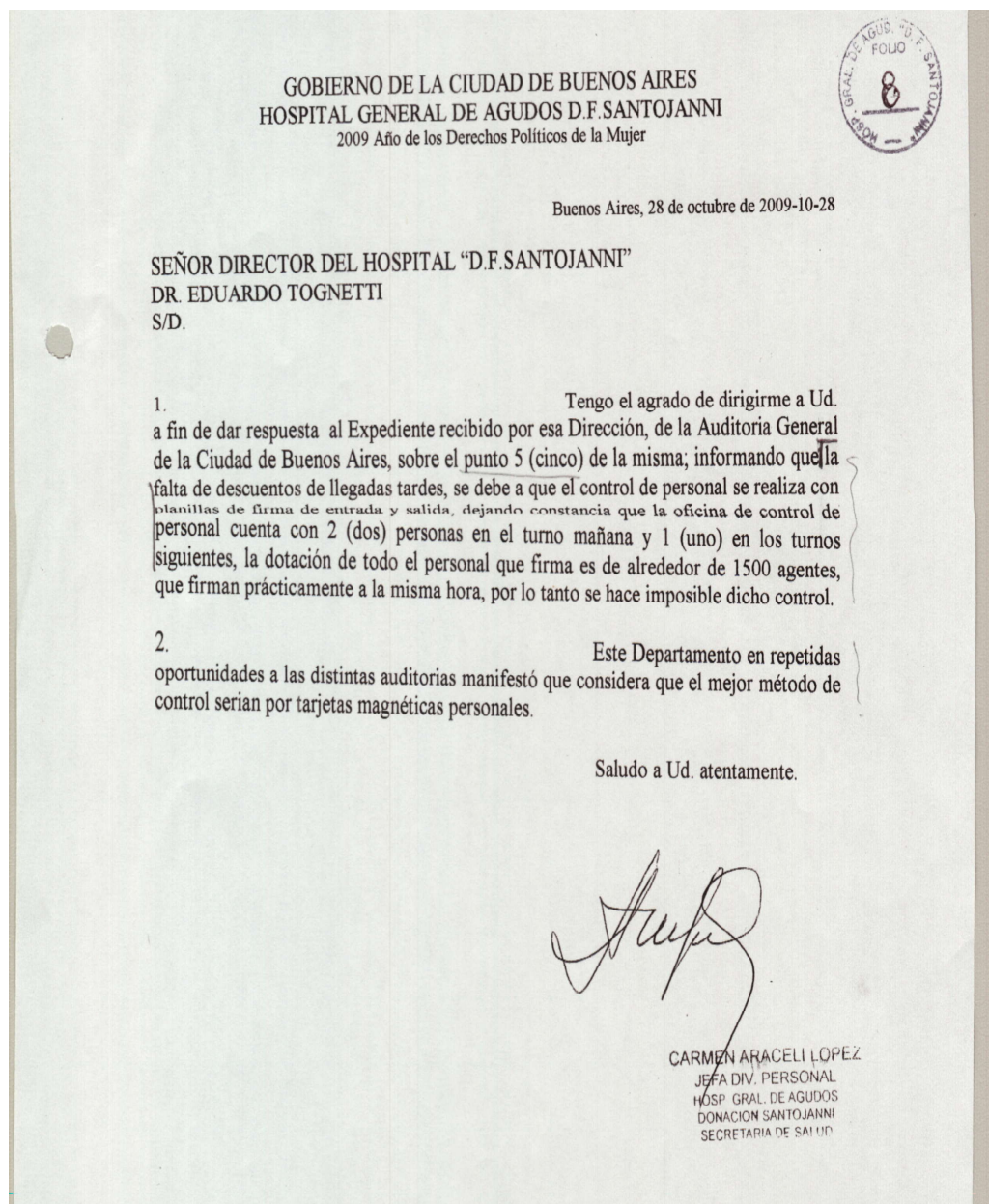
Sumario n°	Motivo	Dictamen
254/07	En el Dpto. de Urgencias, el Dr. N. F. fue agredido y acusado por la madre de un paciente	12/09/11 Archivo
91/09	Supuesto acoso laboral de un agente que se desempeña en el Hospital	23/02/12 Archivo
76/08	El paciente F. A., internado en terapia intensiva fue golpeado y maltratado por enfermeros del turno noche el 14/11/07	13/03/12 Se aconseja cesantía

5. Dir. Gral. de Relaciones Contractuales:

Informan a fs 57, que no han tramitado juicios relacionados con el Hospital Santojanni. A fs. 59, adjuntan un listado de actuaciones administrativas tramitadas por la Dirección Jurídica de Contrataciones, en el cual señalan el número de los expedientes de compras, en el marco de la Ley N° 2.095, nombre de las empresas contratadas, y mínimamente refieren el título del trámite de los mismos, sin especificar motivos de las sanciones que se señalan, ni demás situaciones de los procedimientos a que hacen referencia.

ANEXO II

Nota Recursos Humanos



Anexo III

Fotografías – Residuos patogénicos y Líquidos peligrosos

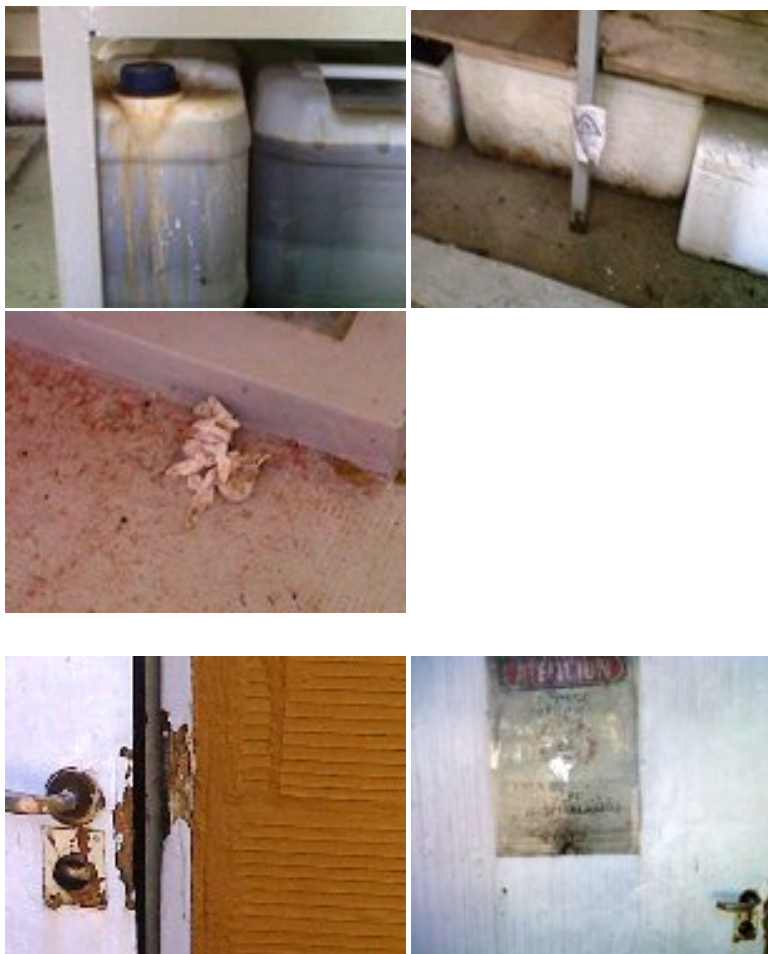
Local de acopio de Residuos Patogénicos



Comentario: Puerta de acceso en mal estado, cerradura en mal estado.

1) Depósito de Líquidos Peligrosos





Comentario: Puerta de acceso mal estado, sin cerradura, bidones con signo de derrame, guante tirados en el piso.

2) Local de acopio de residuos patogénicos





Comentario: Piso y contenedores sucio, bolsa rojas abiertas, luces en mal estado, estructura no correspondiente al lugar, vestimenta del personal a cargo del circuito.

3) Local de acopio de los residuos domiciliarios





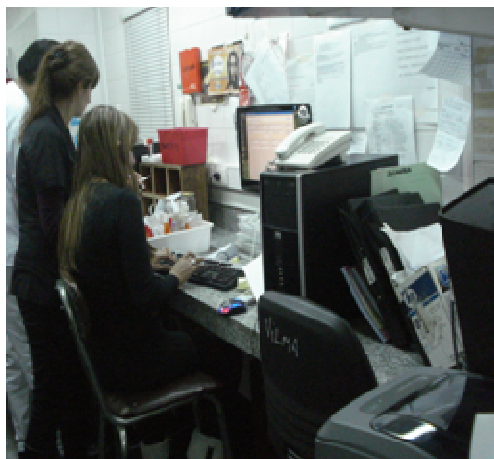
Comentario: contenedores sucios y rebalsado al descubierto sin tapa.

4) ducto de bolsas negras y bolsas rojas



Observación: El hospital no posee señalización de ningún tipo para el circuito del retiro de los residuos.

División Laboratorio Central (ubicación Subsuelo)



Área de recepción y administrativa.



Área Bacteriología y pasillo.



Área Bacteriología y área de trabajo de laboratorio de Bioquímica Clínica.