



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.16.07
HOSPITAL MARÍA CURIE
Auditoria de Gestión

Período 2016

Buenos Aires, Marzo 2018

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría General de la Ciudad de Bs. As.

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

Cdra. Mariela Coletta

Ing. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. Raquel Herrero

Cdor. Vicente Rodríguez

Lic. Hugo Vasques

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Código de Proyecto: 3.16.07

Nombre del Proyecto: Gestión Hospital de Oncología María Curie

Objeto: Hospital de Oncología María Curie

Objetivo: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos en términos de eficacia y eficiencia en el Hospital María Curie.

Período bajo examen: Año 2015

Equipo Designado:

DIRECTOR DE PROYECTO

Sr. Lucas Coria

AUDITOR SUPERVISOR

Lic. Gamez, Mercedes

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 2 DE MARZO DE 2018

APROBADO POR: UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN N°: 45/2018

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gsai, de la Ciudad de Bs. As.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Marzo de 2018							
Código del Proyecto	3.14.04							
Denominación del Proyecto	Gestión Hospital Marie Curie							
Período examinado	Año 2015							
Programas auditados	No aplicable.							
Unidad Ejecutora								
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos en términos de eficacia y eficiencia en el Hospital Maria Curie.							
Presupuesto (ejecutado, expresado en pesos)	Ejecución Presupuestaria 2015							
	Jurís	U. Ej.	Pro g	In c	Sanción	Vigente	Devengado	% Ejecución
	40	414	83	1	179.723.159,00	207.575.851,00	206.886.629,96	99,6680%
	40	414	83	2	21.428.000,00	26.636.665,00	26.635.127,65	99,9942%
	40	414	83	3	16.246.493,00	17.223.233,00	17.223.224,89	100,0000%
	40	414	83	4	6.301.000,00	15.335.418,00	8.768.265,26	57,1766%
	40	414	83	5		7.945,00	7.944,69	99,9961%
	Total				223.698.652,00	266.779.112,00	259.521.192,45	97,2794%
	Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por el Hospital “Maria Curie” y la Dirección General Administrativa Contable y Presupuesto.							
Alcance	Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría: 1. Marco Normativo de referencia, recopilación y análisis de la normativa general y específica aplicable al objeto. 2. Entrevistas y solicitud de información por nota a funcionarios y responsables de áreas formales e informales que intervienen en la gestión. 3. Análisis de información solicitada por nota a funcionarios y responsables de las áreas formales e informales que intervienen en la gestión. 4. Análisis del Presupuesto Físico y Financiero. 5. Relevamiento de Servicios Tercerizados, (Mantenimiento) adquisición de insumos y medicamentos. 6. Ayudas Médicas: relevamiento del circuito de pacientes y contrataciones de prestaciones privadas. 7. Relevamiento de obras de remodelación. Puesta en valor del Hospital María Curie 8. Obtención y análisis de información referente a datos estadísticos. 9. Relevamiento de las áreas de Admisión y Consultorio de Orientación, Departamentos Quirúrgico, Radiaciones.							

	Diagnóstico y Tratamiento, Servicio Social y Farmacia a fin de obtener información sobre el circuito de atención de pacientes. 10. Elaboración de procedimientos de auditoria en base al relevamiento de las áreas antes mencionadas.
Limitaciones al alcance	a) No se recibió información solicitada por Nota AGCBA N° 682/17 y reiterada por Nota AGCBA N° 1081/17 el 10/5/17 dirigida al Subsecretario de Atención Hospitalaria sobre el estado y grado de avance del Expediente N° 1536493/2011 y Expediente N° 06876587/2014 que tratan sobre el tema de provisión y puesta en funcionamiento de un Acelerador Lineal para el Hospital Marie Curie. b) Servicios Tercerizados: Licitaciones L.P.N° 596/05 y L.P.N° 71/SIGAF/14: Nota AGCBA N° 683/17 del 23/03/2017 (recibida el 29/03/17) dirigida a la Dirección General de Recursos Físicos en Salud y que fuera recibida el 29/03/2017 y reiteración por Nota AGCBA N° 904/17 con fecha 12/04/2017: - No se ha dado vista de los Expedientes solicitados, ya que no se respondió al pedido expreso de tomar vista de los mismos - Existe un grado de confiabilidad muy bajo respecto de los datos consignados en la información recibida, siendo inviable la conciliación de la información.
Aclaraciones previas	Del relevamiento de las áreas de Admisión y Consultorio de Orientación, Departamentos Quirúrgico, Radiaciones, Diagnóstico y Tratamiento, Servicio Social y Farmacia se consideraron los aspectos significativos y áreas críticas y se elaboraron y efectuaron los siguientes procedimientos de auditoria: 1) Tiempo de espera en atención en CCEE 2) Departamento Quirúrgico: tiempo de espera para efectuar intervenciones quirúrgicas, análisis de producción, motivos de suspensión. Tiempo de espera: Entre la fecha de consulta al Servicio de Admisión y la de la 1ª consulta en la especialidad de derivación Entre la 1ª consulta de la especialidad y la IQ 3) Departamento de Diagnóstico y Tratamiento: Análisis del equipamiento, mantenimiento preventivo y correctivo 4) Ayudas Médicas: Seguimiento de los procesos implementados para las Ayudas Médicas de Radioterapia 3D y PET (Tomografía de positrones) durante el año 2015.

	Tiempo de Demora: - Gestión Asistencial: se refiere al tiempo que transcurre entre que el paciente recibe la indicación del tratamiento de Terapia Radiante hasta que el expediente ingresa en la sección Compras. - Gestión administrativa: se refiere al tiempo que demora el expediente desde que ingresa a la Sección Compras hasta la fecha de emisión de la orden de compra. - Gestión total: Se refiere al tiempo de demora desde la fecha de indicación del tratamiento a la fecha de emisión de la orden de compra. 5) Enfermería: Relación entre dotación necesaria, dotación actual y déficit. Módulos de Enfermería 6) Residuos Patogénicos: Relevamiento de áreas específicas y evaluación del circuito de tratamiento de residuos.
Observaciones principales	Observación N° 1) Requerimiento de Expedientes: Licitación Pública N° 71 SIGAF/14. Y Licitación N° 596/05. A la DGRF: - No se facilitó la vista a los Expedientes requeridos por Nota. - La información enviada no estaba foliada - Los Expedientes contenían duplicidad e información inconsistente lo cual imposibilitó el correcto análisis de las licitaciones. Observación N° 2) No se recibió respuesta a los requerimientos elevados a Subsecretaría de Atención Hospitalaria de Expediente N° 1536493/2011 y de Expediente N° 06876587/2014 que tratan sobre el tema de provisión y puesta en funcionamiento de un Acelerador Lineal para el Hospital Marie Curie. Observación N° 3: En el período 2015, el porcentaje de ejecución correspondiente a la partida 4.2.1 Puesta en Valor es del 54.95%. El Saldo No Utilizado asciende a \$ 6.558.267,65, importe que representa un 45% del Crédito Vigente. Observación N° 4) Metas Físicas Se observó un desvío significativo durante el primer trimestre de 2015 (17% menos de lo programado). Durante los cuatro trimestres

correspondientes al período 2015, se evidenció que lo programado superó a lo ejecutado

Observación N° 5) Recursos Humanos

- a. Del cruce de la información recibida (Planillas Suplemento Guardias) y de la Base de Datos de personal se verificó que la reducción horaria determinada en la Ordenanza 14.838/58 no se aplica según lo establecido. Se verificó que profesionales y técnicos realiza mayor cantidad de horas que las establecidas.
- b. Enfermería: Del cruce de la información recibida y de la Base de Datos de personal 2015 se verificó que la reducción horaria establecida por la aplicación de la Ordenanza 14.838/58 quedo vulnerada dado que el personal realiza mayor cantidad de horas que las establecidas.

Observación N° 6) Quirófanos

- a. En el período auditado funcionaban dos de los tres quirófanos por carecer de Mesa de Anestesia
- b. Falta de registro informatizado que facilite el acceso a información pertinente de las intervenciones quirúrgicas
- c. Suspensión de cirugías: Del total de 445 Intervenciones Quirúrgicas programadas (meses de febrero, mayo, agosto y noviembre), se realizaron 395 intervenciones. Del total de 50 intervenciones suspendidas 26 (5.84% de las intervenciones quirúrgicas programadas) fueron por motivos atribuibles al efector auditado: 13 por Horario Equipo Quirúrgico, 8 por falta de cama, 2 por falta de equipamiento (Rotura Arco en "C" y falta de Ecógrafo), 1 falta de sangre , 1 falta de camillero y 1 falta HC.

Observación N° 7) Equipamiento

- a. De información recibida desde la Dirección General de Coordinación Tecnologías y Financiamiento en Salud los siguientes equipamientos del Htal. Curie se encuentran obsoletos
- b. Mamógrafo: La Unidad Radiodiagnóstico cuenta con dos mamógrafos analógicos cuya tecnología ha sido superada.
- c. Servicio de Radioterapia y Servicio de Medicina nuclear: el equipamiento del área es obsoleto y sus prácticas no permiten asegurar un correcto diagnóstico.

- d. Fuente Radioactiva del Equipo de Telecobaltoterapia: Durante 2015 y 2016 las áreas técnicas presentaron varias notas a la Dirección del Hospital solicitando la renovación de la fuente advirtiendo que de no ser así “la actividad radioactiva caerá por debajo de determinados valores y que resulta imprescindible para el correcto funcionamiento del equipo”.
- e. Falta de Acelerador Lineal: Desde el año 2011 (Expte 1536493/11) el Htal Curie elevó un informe con una propuesta y proyecto de reequipamiento para el Depto Radiaciones como centro de referencia oncológico del Sistema de Salud del Gobierno de la CABA.
- f. Radiofísica Sanitaria: No cuentan con gafas plomadas (Protección de retina) y no posee el hospital biombos plomados.

Observación N° 8) Farmacia

El Hospital Marie Curie no cumple con lo determinado en la Disposición del ANMAT 2303/14 que establece el establecimiento del Sistema de Trazabilidad de productos Médicos.

Observación N° 9) Ayudas Médicas

Terapia Radiante:

- a. La gestión administrativa (de Contratación Menor), implicó el mayor tiempo de demora la gestión:
- En el 57,45% de los pacientes (27) se demoró de 20 a 50 días,
 - En el 38,30% de los pacientes (18) se demoró de 51 a 80 días.
- b. El monto que se abonó durante el año 2015, por 47 contrataciones de tratamiento de terapias radiantes fue de \$1.917.200, dado que el hospital no cuenta con acelerador lineal.

EQUIPO	ESTADO OPERATIVO	FECHA INGRESO	OBSERVACIONES
Equipo de RX Fijo Seriógrafo	Parcialmente Operativo	01/01/1996	Obsoleto
Equipo de RX Rodante	No Operativo	01/01/1993	En Reparación/Obsoleto

	Equipo RX Arco en C	Operati vo	01/01 /1993	Obsoleto
	Pet a. La gestión administrativa (de Contratación Menor), implicó el mayor tiempo de demora la gestión: - En el 62,50% de los pacientes (15) se demoró de 35 a 70 días. - En el 33,33% de los pacientes (8) se demoró de 71 a 100 días. Observación N° 10) Residuos Patogénicos a. El Hospital no realiza la correcta segregación de los residuos domiciliarios o comunes depositándolos en los contenedores para los residuos patogénicos. b. Las Bolsas Rojas destinadas a la recolección de residuos patogénicos no cumplen con la normativa vigente en cuanto su gramaje. c. El almacenamiento intermedio no cumple con el marco legal vigente. Ley N° 154/99 Art. 25. Decreto Reglamentario N° 1886/01. d. El personal de la empresa de limpieza, afectado a la gestión de retiro de los residuos patogénicos: - No rotula las bolsas rojas por lo tanto no se puede determinar de qué servicio provienen. - No cumple con los circuitos pre fijados para el traslado de los mismos. - No realiza la desinfección del ascensor público luego del traslado. - No cumple con las medidas de bioseguridad en la práctica de retiro y transporte de los mismos. - No utiliza indumentaria adecuada y elementos de protección. e. El Local de acopio de los Residuos patogénicos no cumple con lo estipulado en la normativa vigente. f. Se detectaron diferencias entre los kilos de residuos patogénicos producidos por el hospital, con los referidos por la empresa de retiro, transporte y tratamiento.			
Conclusiones	La segunda causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires está relacionada con cuestiones oncológicas. El Hospital Marie Curie es el único hospital oncológico de la Ciudad y principal referente oncológico en el sistema de salud en la Ciudad de buenos aires ya que no solo realiza la atención de pacientes con patología			

	oncológica prevalente, como sucede en los hospitales generales de agudos, sino que también asiste a aquellos pacientes con enfermedades oncológicas menos frecuentes. En este encuadre, cobra vital relevancia para los usuarios las áreas de diagnóstico y de tratamiento ya que un eficiente funcionamiento de ellas aumenta considerablemente la posibilidad de curación y mejora la calidad de vida. Durante las tareas de campo se pudo verificar la existencia de equipamiento obsoleto, con una antigüedad mayor a 20 años que demanda su renovación. El hecho de contar con equipamiento actualizado y de mayor complejidad (mayor resolución, menor tiempo de exposición), por un lado permitirá la realización de más estudios en menor tiempo y atender mayor cantidad de pacientes acortando el tiempo de inicio en el tratamiento y por otro lado, evitaría riesgos inherentes a la alta exposición tanto de usuarios como de trabajadores. Debemos mencionar al respecto que se detectó que los profesionales y técnicos cuenta con una carga horaria superior a la establecida por la ordenanza 14.838/58 que estipula una reducción horario para los trabajadores por los riesgos para su salud. Respecto al equipamiento es necesario resaltar que se ha solicitado la adquisición de un Acelerador Lineal para el hospital; la tramitación se inició en 2011 a través de los expedientes número 156493/2011 y número 06876587/2014. Su ausencia obliga que los pacientes deban iniciar un circuito de ayudas médicas que autoriza el diagnóstico y tratamiento a nivel privado. Otra detección relevante y que está vinculado con el tratamiento es que durante el periodo auditado funcionaban dos de los tres quirófanos destinados a cirugía con anestesia general, dado que el restante carecía de mesa de anestesia, situación que se mantiene desde 2008. Al momento de realizar las tareas de campo solo se contaba con un quirófano destinado a cirugías con anestesia general y otro para anestesia de mínima complejidad. Debemos tener en cuenta la relevancia de este, ya que como resultado del procedimiento de auditoria se verifico que se suspendieron cirugías por motivos atribuibles al efector auditado.
--	--

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
“HOSPITAL MARIA CURIE”
PROYECTO N° 3.16.07**

DESTINATARIO

Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cdor. Diego César Santilli
S / D

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135° de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de conformidad con las disposiciones de la Ley 70, artículos 131°, 132° y 136°, la AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, procedió a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el objeto que se detalla a continuación.

I. OBJETO

Jurisdicción 40 – Ministerio de Salud –UE 414 Htal. Marie Curie

II. OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital Marie Curie.

III. ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

1. Marco Normativo de referencia, recopilación y análisis de la normativa general y específica aplicable al objeto.
2. Entrevistas y solicitud de información por nota a funcionarios y responsables de áreas formales e informales que intervienen en la gestión.
3. Análisis de información solicitada por nota a funcionarios y responsables de las áreas formales e informales que intervienen en la gestión.
4. Análisis del Presupuesto Físico y Financiero.
5. Relevamiento de Servicios Tercerizados, (Mantenimiento) adquisición de insumos y medicamentos.

6. Ayudas Médicas: relevamiento del circuito de pacientes y contrataciones de prestaciones privadas.
7. Relevamiento de obras de remodelación. Puesta en valor del Hospital María Curie
8. Obtención y análisis de información referente a datos estadísticos.
9. Relevamiento de las áreas de Admisión y Consultorio de Orientación, Departamentos Quirúrgico, Radiaciones, Diagnóstico y Tratamiento, Servicio Social y Farmacia a fin de obtener información sobre el circuito de atención de pacientes.
10. Elaboración de procedimientos de auditoria en base al relevamiento de las áreas antes mencionadas.

Cabe aclarar que para el actual proyecto de auditoria se utilizó información contenida en informes de auditoria previos: Proyecto N° 3.06.05b Gestión Hospital de Oncología Marie Curie y Proyecto N° 03.09.04 Seguimiento de observaciones correspondientes al Proyecto 3.06.05b Auditoría de Gestión del Hospital de Oncología Marie Curie – Período 2005/2006

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 7 de septiembre de 2016 y el 16 de junio de 2017

IV. LIMITACIONES AL ALCANCE

- a) No se recibió información solicitada por Nota AGCBA N° 682/17 y reiterada por Nota AGCBA N° 1081/17 el 10/5/17 dirigida al Subsecretario de Atención Hospitalaria sobre el estado y grado de avance del **Expediente N° 1536493/2011 y Expediente N° 06876587/2014** que tratan sobre el tema de provisión y puesta en funcionamiento de un Acelerador Lineal para el Hospital Marie Curie.
- b) Servicios Tercerizados: Licitaciones L.P.N° 596/05 y L.P.N° 71/SIGAF/14: Nota AGCBA N° 683/17 del 23/03/2017 (recibida el 29/03/17) dirigida a la Dirección General de Recursos Físicos en Salud y que fuera recibida el 29/03/2017 y reiteración por Nota AGCBA N° 904/17 con fecha 12/04/2017:

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

- No se ha dado vista de los Expedientes solicitados, ya que no se respondió al pedido expreso de tomar vista de los mismos
- Existe un grado de confiabilidad muy bajo respecto de los datos consignados en la información recibida, siendo inviable la conciliación de la información.

V. ACLARACIONES PREVIAS

1. Consideraciones Generales

El cáncer comprende un conjunto de entidades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales, que presentan morfología, manifestaciones clínicas, pronóstico y determinantes diferentes.

En nuestro país representa la segunda causa de muerte concentrando a lo largo de los años aproximadamente el 20% del total de defunciones.

Es el resultado de dos procesos sucesivos: la proliferación de un grupo de células, denominado tumor o neoplasia, y la capacidad invasiva que les permite colonizar y proliferar en otros tejidos u órganos, fundamentalmente a través del sistema linfático o el sistema circulatorio, ocasionando el crecimiento de nuevos tumores en otras partes del cuerpo alejadas de la localización original, proceso conocido como metástasis.

Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer. Los más comunes son: de piel, pulmón, mama y colorrectal.

La malignidad del cáncer es variable, según la agresividad de sus células y las características biológicas de cada tipo tumoral.

A diferencia de los tumores benignos que son de crecimiento lento, no se propagan a otros tejidos y rara vez recidivan tras ser extirpados, los tumores malignos son de crecimiento rápido, se propagan a otros tejidos, recidivan con frecuencia tras ser extirpados y provocan la muerte en un periodo variable de tiempo, si no se realiza tratamiento.

El tratamiento médico del cáncer se fundamenta en tres pilares: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Otras posibilidades de tratamiento incluyen la hormonoterapia, inmunoterapia, nuevas terapéuticas no citotóxicas y el trasplante de médula. La respuesta al tratamiento puede ser completa, si se ha producido la desaparición de todos los signos y síntomas de la enfermedad, o parcial, si existe una disminución significativa de todas las lesiones mensurables. En el plan de tratamiento hay que definir si la intención es curativa o paliativa. Dada la complejidad y multiplicidad de los síntomas, tanto aquellos propios de la enfermedad, como los que surgen a partir de las terapéuticas implementadas, y el impacto anímico producido en los pacientes y su entorno, el tratamiento debe ser multidisciplinario.

La OMS (Organización Mundial de Salud) asegura que en la Argentina hay más de 100.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes

similares tanto en hombres como en mujeres. De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, nuestro país se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta. Esto representa aproximadamente 60.000 muertes por año, de las cuales más del 90% se produce en personas mayores de 44 años de edad. En magnitud, el volumen más importante de casos estimados corresponde al cáncer de mama con más de 18.700 casos nuevos por año (18% del total y 36% del total de cánceres en mujeres). Fuente: Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación

Cuadro 1

Tabla 1: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes.

SITIO TUMORAL	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	PROMEDIO ANUAL DE CASOS	%	PROMEDIO ANUAL DE CASOS	%	PROMEDIO ANUAL DE CASOS	%
Mama	19386	16,8			19386	32,2
Colon-recto	13558	11,8	7237	13,2	6321	10,5
Pulmón	11244	9,8	7690	14,0	3554	5,9
Próstata	11202	9,7	11202	20,4		
Cérvix	4956	4,3			4956	8,2
Riñón	4068	3,5	2650	4,8	1418	2,4
Páncreas	3988	3,5	2650	4,8	2034	3,4
Estómago	3738	3,2	2374	4,3	1364	2,3
Vejiga	3546	3,1	2701	4,9	845	1,4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2,6	1615	2,9	1424	2,4
Leucemias	2372	2,1	1369	2,5	1003	1,7
Ovario	2274	2,0			2274	3,8
Esófago	2263	2,0	1493	2,7	770	1,3
Otros	29528	25,6	13972	25,4	14860	24,7
TOTAL	115162	100,0	54953	100,0	60209	100,0

Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, 2016.

Datos obtenidos de Internacional Agency for Research on Cancer Proyecto Globocan. El objetivo del proyecto es proporcionar estimaciones contemporáneas de la incidencia, mortalidad y prevalencia de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, para 184 países del mundo.

2. Marco Normativo (Anexo I Normativo)

- Constitución de la Nación Argentina
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley N° 17.132: Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. Decreto N° 6.216/67.
- Ley N° 19.587: Higiene y Seguridad del Trabajo.
- 24.804 denominada Ley Nacional de la Actividad Nuclear.
- Ley N° 24.557: Ley de Riesgo del Trabajo.
- Ley N° 24.804/97: Ley Nacional de Actividad Nuclear. Medicina nuclear y su decreto reglamentario 1390/98
- Decreto N°1424/97: Poder Ejecutivo Nacional establece la aplicación obligatoria de las normas del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD EN ATENCIÓN MEDICA en los Hospitales Públicos adheridos.
- Resolución N° 610/2004: Ministerio de Salud de la Nación (Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento
- Ley N° 153: Ley básica de salud de la Ciudad de Bs. As.
- Ley N° 2543: Radiofísica Sanitaria.
- Ordenanza N° 14.838/CD/?/58. Condiciones de protección del trabajo.
- Resolución 194/95 Normas de organización y funcionamiento de Servicios de Enfermería
- Decreto Nacional N° 842/58: Delega el control de los materiales radioactivos a la Comisión Nacional de Energía Atómica.
- Ley N° 24.804/97: Ley Nacional de Actividad Nuclear. Funciones del Estado. Criterios de regulación. Jurisdicción. Autoridad Regulatoria Nuclear. Definiciones. Disposiciones generales.
- Disposición ANMAT 2303/14: Establece un Sistema de Trazabilidad de Productos Médicos

Residuos Patogénicos y Líquidos Peligrosos

- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: art. 27, inc. 10 y 12.
- Ley Nacional n. 24.051/PEN/91: Régimen de Desechos Peligrosos.
- Ley 154/GCABA/99 Regula la Generación, Manipulación, Almacenamiento, Recolección , Transporte, Tratamiento y Disposición Final de los residuos patogénicos provenientes de las actividades que propendan a la atención de la salud humana y animal.

- Decreto 1886/01 aprueba la reglamentación de la ley 154, el manual de gestión de residuos patogénicos, y formularios relacionados con dicha ley.
- Decreto 706/GCABA/05: Modifica el Decreto N. 1.886-GCABA/01.
- Ley 210 (1999) Transporte, tratamiento, almacenamiento y disposición final de residuos patológicos y peligrosos.
- Ley 747/GCABA/02: Modifica la ley 154 referido al tratamiento de residuos. Decreto 262/02: Promulga la ley 747.
- Ley 760/GCABA/02: Prohíbe la producción y comercialización de las sustancias denominadas genéricamente PCBS, y de los productos y equipos que las contengan. Establecen la obligatoriedad del reemplazo de los equipos, instalaciones o sistemas en uso que contengan PCBS y el tratamiento de sus desechos como residuos peligrosos.
- Ley 1854. Residuos Urbanos.
- Ley 2.214 de Residuos Peligrosos. Regula la generación, manipulación, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final de los Residuos Peligrosos.
- Reglamentación: Decreto 2020/07: Se aprueba la Reglamentación de la ley 2.210 de Residuos Peligrosos de la Ciudad de Buenos Aires. Desechos – Líquidos-Sólidos Gaseosos-Productos Farmacéuticos-Disolventes-Químicos-PCT-PBB- Metales y Plásticos- Daño Ambiental.
- Integra: ley 1820
- Decreto 138/08: Establece que la Agencia de Protección Ambiental actúe como autoridad de aplicación de las leyes vigentes en materia ambiental.
- Ley 2.585/GCABA/07. Mantenimiento e infraestructura de subsectores de salud- Hospitales- Hospitalaria-Seguridad-Riesgos-Pacientes.
- Resolución N° 112/ GCABA/ SSMAYEP/ 02 - Crea el registro de seguimiento estadístico de la gestión integral de los residuos patogénicos en el marco de la ley N° 154 y Decreto N° 1.886/GCABA/2001.
- Resolución 1126/GCABA/SS/00 Crea el Comité Asesor Técnico Administrativo para los servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos patogénicos.

Personal- Jornada Laboral

- Consejo Deliberante. Ordenanza N° 14.838/CD/?/58. Establece Condiciones de Protección del Trabajo.
- Consejo Deliberante. Ordenanza N° 44.844/CD/?/90. Denomina María Curie al Instituto Municipal de Oncología. Ex instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia. Colocación de Placa.
- Consejo Deliberante. Ordenanza N° 39.228/MCBA/?/83. Exceptúa la aplicación de las limitaciones establecidas por la Ord. N° 14.838 al solo efecto de la guardia para médicos especialistas en radiodiagnóstico y los técnicos de radiología que se desempeñen en los sectores de urgencia de los Hospitales de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.
- Ley N° 5.666/16: Aprueba Primera Actualización del Digesto Jurídico de la CABA.
- Ley N° 19.587 Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Decreto Reglamentario N° 351/79.

- Ley N° 21.664 Aprueba el Convenio sobre la protección de los trabajadores contra las radiaciones ionizantes. (OIT) Higiene y seguridad del Trabajo.
- Resolución N° 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Establécense los exámenes médicos en salud que quedaran incluidos en el sistema de riesgos del trabajo.

3. Análisis de Presupuesto

Análisis de la Ejecución Presupuestaria 2015

Cuadro 2

Juris	U. Ej.	Prog	Inc	Sanción	Vigente	Devengado	% Ejecución
40	414	83	1	179.723.159,00	207.575.851,00	206.886.629,96	99,6680%
40	414	83	2	21.428.000,00	26.636.665,00	26.635.127,65	99,9942%
40	414	83	3	16.246.493,00	17.223.233,00	17.223.224,89	100,0000%
40	414	83	4	6.301.000,00	15.335.418,00	8.768.265,26	57,1766%
40	414	83	5		7.945,00	7.944,69	99,9961%
Total				223.698.652,00	266.779.112,00	259.521.192,45	97,2794%

Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por el Hospital "Maria Curie" y la Dirección General Administrativa Contable y Presupuesto.

Inciso 1: corresponde al gasto de Sueldos al Personal. Este inciso no lo ejecuta el Hospital, la información es suministrada por el Ministerio de Hacienda. -

Según lo informado por el Hospital en el período 2015 se observó una ejecución presupuestaria promedio del 99,91% correspondiente a los Incisos: inciso 01, inciso 02, inciso 03 e inciso 05.

Respecto al Inciso 04, se divide en dos Actividades: 1) Bienes de Uso representa sólo un 2% de lo sancionado en dicho inciso y 2) Puesta en valor representa el 98% restante. Cabe aclarar que la ejecución de dicho insumo no es competencia del hospital.

La ejecución del 57,17% del Inciso 4 (Puesta en valor), corresponde a la Licitación Pública N° 71/SIGAF/14, para la contratación individualizada "Gestión, Operación y Mantenimiento Integral del Recurso Físico, Edificios e Instalaciones, y Manejo Interno de los Residuos Hospitalarios y la ejecución de trabajos menores de mantenimiento" a realizarse en el Hospital de Oncología Maria Curie, dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta Contratación se ha iniciado en Abril de 2015 y no ha finalizado al cierre de dicho Ejercicio, debido a lo cual presenta el porcentaje de 45% de sub-ejecución. **(Observación N° 3)**

Cuadro 3

Jur	U E	Prog	Inc.	Descripción	2014	2015	Incremento porcentual 2014- 2015
40	414	83	1	Gastos en Personal	157.074.790,79	206.886.629,96	31,71
40	414	83	2	Bienes de Consumo	19.115.803,36	26.635.127,65	39,34
40	414	83	3	Servi. no Personales	12.898.052,06	17.223.224,89	33,53
40	414	83	4	Bienes de Uso	10.062.267,55	8.768.265,26	-12,86
40	414	83	5	Subsidios, Transferencias	13.241,15	7.944,69	-40,00
Total					199.164.154,91	259.521.192,45	30,31

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por el Hospital "María Curie" y la Dirección Gral. Administrativa Contable y Presupuesto.

Del análisis efectuado sobre la variación registrada en el periodo 2014 / 2015, se puede mencionar:

A) INCISO 2: el incremento del 39,34% se debió a la demanda de insumos de los distintos servicios del hospital a fin de garantizar un normal abastecimiento de los mismos.

Cabe señalar que si bien la demanda de insumos fue constante y poco variable, el factor determinante del gasto fue la variación del costo de los mismos.

B) INCISO 3: idem Inciso 2, con relación a los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos del hospital, que en su gran mayoría se encuentran próximo a terminar su vida útil.

C) INCISO 4 el porcentual observado tiene relación con la disponibilidad de presupuesto por parte del Ministerio de Salud.

En lo que respecta al inciso 4, Puesta en Valor, casi no sufrió modificaciones, al tratarse de dos contrataciones manejadas por la Dirección de Recursos Físicos: \$8.773.633,89 para el Ejercicio 2014 y \$8.000.898,35 para el Ejercicio 2015, lo que arroja una variación del 8%.

C) INCISO 5: el porcentual observado se debió a que las ayudas médicas correspondientes a la adquisición de prótesis para los pacientes fueron afectadas y ejecutadas con presupuesto del hospital en el INCISO 2.

Análisis contable Licitaciones L.P.Nº 596/05 y L.P.Nº 71/SIGAF/14

Con el objetivo del Análisis Presupuestario correspondiente al Período 2015, se ha procedido a verificar el Inciso 4 correspondiente a Bienes de Uso y más exactamente, la partida 4.2.1, que obedece a Construcciones.

Cuadro 4

	Prog.	Inciso	Partida	Descripción	Sanción	Vigente	Definitivo	Devengado	Saldo No Utilizado
2014	83	4	2.1	Construcciones en Bienes de Dominio Privado	4,600,000.00	8,859,015.00	8,858,997.31	8,773,633.89	85.381.11
2015	83	4	2.1	Construcciones en Bienes de Dominio Privado	6,200,000.00	14,559,166.00	8,000,898.35	8,000,898.35	6.558.267.65

Desde el organismo auditado se nos informó que ésta partida no fue de utilización del Nosocomio

Como parte del requerimiento original objeto de esta Auditoría, se envió Nota a la Dirección de Recursos Físicos en Salud, la cual fue respondida con fecha 28/10/2016 a través de un mail, brindando la siguiente información respecto al Programa 83, Inc. 4, Partida 2.1:

- Partida Presupuestaria 2014: correspondiente a la Licitación Pública Nº596/05, 377/SIGAF/07, para la contratación individualizada como “Servicio de Gestión, Operación y Mantenimiento del Recurso Físico (Predio, Infraestructura, Obra Civil, Instalaciones, Equipo y Limpieza) del Hospital de Oncología Maria Curie”.
- Partida Presupuestaria 2015: a partir de Abril de 2015 corresponde la Licitación Pública Nº 71/SIGAF/14, para la contratación individualizada “Gestión, Operación y Mantenimiento Integral del Recurso Físico, Edificios e Instalaciones y Manejo Interno de los Residuos Hospitalarios y la ejecución de trabajos menores de mantenimiento” a realizarse en el Hospital de Oncología Maria Curie, dependiente del Minsiterio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Luego, se envió Nota a la Dirección Gral. Adminsitrativa, Contable y Presupuesto, solicitando información sobre:

-Inciso 4 – Partida Principal 2.1, períodos 2014 y 2015.

La respuesta obtenida vía mail el 22/12/2016 refiere que el Expediente que refleja esta ejecución presupuestaria para dichos períodos, se halla en la Dirección General de Recursos Físicos en Salud.

Con fecha 23/03/2017, se envió otra Nota a la Dirección General de Recursos Físicos en Salud solicitando, Vista de los Expedientes ya citados y Resoluciones que aprueben la totalidad de Adicionales y las Redeterminaciones de Precios, correspondientes a las Licitaciones objeto de esta Auditoria, además de Ordenes de Compra y Montos Devengados. Todo esto a los fines de poder conciliar esta información con la ejecución presupuestaria respectiva.

La Nota mencionada fue respondida oficialmente el 17/05/2017, habiendo sido firmada digitalmente por el Director General Dirección General Recursos Físicos en Salud, dependiente del Ministerio de Salud.

Del análisis de la información y documentación enviada, se pueden destacar varios aspectos: **(Observación N°1)**

- No se ha dado vista de los Expedientes solicitados, ya que no se respondió al pedido expreso de tomar vista de los mismos,
- La información carece de foliatura,
- Como parte primera de la respuesta, se han enviado dos cuadros correspondientes a cada una de las Licitaciones respectivamente. El primero contiene como título "Licitación Pública N° 71/05" – correspondiente a la Partida Presupuestaria 2015. Por reiteración Nota DGSalud 182/16 Nota AGCBA 2079/16 con fecha 27/10/16 recepcionada 1/11/16 y de lo que se desprende en las Resoluciones (que avalan esta Licitación), el número correcto de Licitación es L.P. N° 71/SIGAF/14.
- El segundo cuadro contiene como título "Licitación Pública N° 569/05" – correspondiente a la Partida Presupuestaria 2014. Por reiteración Nota DGSalud 182/16 Nota AGCBA 2079/16 con fecha 27/10/16 recepcionada 1/11/16 y de lo que se desprende en las respectivas Resoluciones (que avalan esta Licitación), el número correcto de Licitación es L.P. N° 596/05.
- De la comparación de la información recibida respecto a las dos Licitaciones, se observó que hay duplicidad en la información. Esto se demuestra ya que lo informado en cuanto a N° de Adicionales y/o Redeterminaciones de precios, N° Orden de Compra, Mes, Actuado e Importe Total, correspondiente a la L.P. N° "71/05", que según esta Auditoría sería L.P. N° 71/SIGAF/14 contiene los mismos datos, fechas e importes que la L.P. N° "569/05" y que según esta Auditoría sería L.P. N° "596/05". La única diferencia es que en la primera constan datos para el Adicional N°4 (Mant. de Trans, Celdas y Grupo Electrógeno) desde Julio/13, cuando esta Licitación se abrió en el 2014. En la segunda constan los mismos datos que en la primera pero desde Enero 2014, para los mismos conceptos.

- En lo que hace a la Ejecución Presupuestaria y del análisis de la Cuenta de Inversión, se observa que en el período 2014, el Saldo No Utilizado asciende a \$ 85.381,11, resultando poco significativo. En cambio en el período 2015, el Saldo No Utilizado es de \$6.558.267.65, lo que representa un 45% del Crédito Vigente.

Cabe aclarar, que la Licitación 71/SIGAF/14, ha comenzado en abril del 2015 no habiendo terminado al cierre del Ejercicio Anual 2015.

Análisis de metas físicas

Para efectuar un análisis de las Metas Físicas del Año 2015, primeramente debemos definir la meta y cuál va a ser su unidad de medida.

Meta = Paciente Atendidos,
Unidad de Medida = Persona

A partir de esto, surge del análisis que en el 1º Trimestre del año, lo programado asciende a 44.560 personas atendidas, mientras que lo ejecutado fue en defecto y corresponde a 36.876 personas. El desvío producido fue del orden del 17%, es decir, que se ejecutó menos de lo que se programó. El Hospital tiene obligación de informar a Nivel central los problemas y causas de los desvíos cuando estos superen el 10%.

Del Anexo I referido a Problemas de Ejecución y Desvíos Físicos el Hospital informó lo siguiente del primer trimestre:

- Dos quirófanos no funcionaban por falta de equipamiento **(Observación N° 6)**
- Mesa de anestesia vetusta,
- Falta de profesionales en Área Crítica,
- La tecnología no se adaptaba a los protocolos actuales de tratamiento **(Observación N° 2)**
- Falta de equipamiento de informática.

Respecto a las medidas correctivas y/o paliativas a tomar por el Hospital tendientes a subsanar los problemas presentados en el 1º trimestre son:

- Presupuestar nuevamente la mesa de anestesia que había sido presupuestada y luego anulada.
- Volver a solicitar equipamiento informático.

En el 2º Trimestre, lo programado asciende a 52.350 personas atendidas, mientras que lo ejecutado asciende a 49.320. El desvío en este caso fue poco significativo de un 6%.

En el 3º Trimestre, lo programado asciende a 53.730 personas mientras que lo ejecutado asciende a 51.319 personas. El desvío fue de un 4%, poco significativo.

En el 4º Trimestre, lo programado asciende a 48.600 personas mientras que lo ejecutado asciende a 44.189. El desvío en este caso fue de un 9%.

En los cuatro Trimestres se pudo observar una baja de la producción generalizada, donde lo programado fue superior a los ejecutado.

Esta baja de producción, según consta en las Planillas Anexo 1 “Problemas de Ejecución y Desvíos Físicos” se debió a la falta de equipamiento y aparatología y escasez de Recursos Humanos (agentes en edad jubilatoria y nombramientos vacantes).

Si bien lo programado superó a lo ejecutado, la cantidad de “pacientes atendidos en Hospital” se incrementó en el transcurso de los trimestres.

4. Datos del Movimiento Hospitalario

Dotación de camas. Año 2015

Unidad Medicina: 54 camas

Unidad Cirugía: 34 camas

UTI: 4 camas

El cuadro siguiente muestra la producción hospitalaria basándose en el análisis de Movimiento Hospitalario años 2013 al 2015.

Cuadro 5

	2013	2014	2015
Ingresos(*)	2373	2448	2512
Egresos (**)	2357	2461	2511
Días cama disp.	29823	30919	29989
Pac.día	20088	23113	20571
Prom.camás disp.	81.71	84.71	82.16
Prom.pac.día	55.04	63.32	56.36
% ocupac.	67.36	74.75	68.6
Prom.perm.	8.75	9.56	8.29
Giro cama	28.1	28.54	30.2
Tasa mort.hosp.(%)	18.64	19.44	17.37

Fuente: Pagina Web Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires/ Salud/ Movimiento Hospitalario

(*)Ingresos + Pases

(**) Egresos (Altas y Defunciones) + pases

Los porcentajes de ocupación son bajos y esto responde a que se trata de un Hospital especializado cuya guardia no es abierta.

Análisis de Porcentaje de ocupación de camas

Es el número de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, expresado en porcentaje. Relaciona lo efectivamente producido (camas ocupadas) con la capacidad potencial de producción (total de camas operativas).

Porcentaje ocupacional HMOMC (*)

Cuadro 6

Subtotal Medicina (Curieterapia + Clínica Médica)	84,58 %
Subtotal Cirugía General	35,10 %
Total Hospital	68,60 %

(*) Movimiento Hospitalario 2015. Estadísticas para la Salud.

El porcentaje ocupacional del HMOMC en los dos Departamentos evaluados, es directamente proporcional a la cantidad de ingresos registrados en el período:

Cuadro 7

Subtotal Medicina (Curieterapia + Clínica Médica)	1725
Subtotal Cirugía General	787
Total Hospital	2512

5. Recursos Humanos

El cuadro siguiente muestra el personal del Hospital discriminado por escalafón:

Cuadro 8

	Sector	Cantidad
Administrativos	DEPTO DE RRHH CON LIC SIN GOCE DE HEBERES	1
	DESPACHO	3
	DIRECCION SECRETARIA	1
	DIV. ESTADISTICA	43
	ECONOMICO FINANCIERO	26
	GERENCIA	1
	INFORMATICA	1
	LEGALES	2
	OFICINA DE PERSONAL	8
	PATRIMONIO	4

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad GsL de la Ciudad de Bs. As.

	PROFESIONAL DE ESCALAFON NUTRICION	1
	REFERENTE DE MALVINAS PARA TODO EL GCBA	1
	SUBDIRECCION SECRETARIA	1
	SUBGERENCIA RR HH	1
	Total de Administrativos	94
Serv. Grales.	MANTENIMIENTO	37
Técnicos	ANATOMIA PATOLOGICA	5
	CARDIOLOGIA	2
	COBALTO	10
	ESTERILIZACION	8
	FARMACIA	4
	HEMATOLOGIA	1
	HEMOTERAPIA	11
	LABORATORIO	6
	MEDICINA NUCLEAR	3
	ODONTOLOGIA	1
	QUIROFANO	15
	RX	14
	TAC	6
	Total de técnicos	86
Profesionales	MEDICOS	151
	ODONTÓLOGOS	5
	LICENCIADOS *	28
	BIOQUÍMICOS	17
	FARMACEUTICOS	11
	BIOINGENIERO	1
	EXPERTO DE RADIOFISICA RADIANTE	2
	Total de Profesionales	215
TOTAL GRAL DEL HOSPITAL		432

Fuente: Base de Datos personal HOMC

* Licenciados: En Servicio Social, Psicología, Nutrición, Kinesiología

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Cuadro 9
Residentes:

Jefe y Residentes Clínica Oncológica	9
Jefe y Residentes Mastología	2
Total	11

Los concurrentes suman 11 profesionales que cumplen un horario de 4 horas por día y cuatro veces a la semana.

Concursos

De la información recibida se identificó que durante el 2015 hubo 35 concursos de los cuales dos están en curso y uno fue declarado desierto (Suplente Guardia UTI)

Suplencias de Guardia

La información recibida del 2015 del área de Personal permitió elaborar los cuadros que a continuación se muestran:

Cuadro 10

Guardias Técnicas		
Mes	Lunes a Viernes	Sábado, Domingo, Feriados y días no laborables
Sub-total de guardias por mes	Enero	131.5
	Febrero	154
	Marzo	147
	Abril	122.5
	Mayo	144.5
	Junio	145
	Julio	134.5
	Agosto	126.5
	Septiembre	135
	Octubre	144
	Noviembre	151
	Diciembre	108.5
Total		1644

Cuadro 11

Suplencias de guardia, sector de urgencia		
Mes		Prestaciones habituales de lunes a viernes, y sábados, domingos, feriados y días no laborables.
Sub-total de guardias por mes	Enero	213.5
	Febrero	213.5
	Marzo	213.5
	Abril	230.5
	Mayo	217.6
	Junio	207
	Julio	216.5
	Agosto	212.5
	Septiembre	218
	Octubre	213.5
	Noviembre	213
	Diciembre	218.5
	Total	2587.6

Cuadro 12

Suplemento por guardias realizadas sector de urgencias		
Mes		Sábados, domingos, feriados y días no laborables
Sub-total de guardias por mes	Enero	49.5
	Febrero	44
	Marzo	33
	Abril	28
	Mayo	27
	Junio	37
	Julio	38
	Agosto	29
	Septiembre	31
	Octubre	30
	Noviembre	28
	Diciembre	29
	Total	403.5

Los cuadros 10, 11 y 12 describen las horas de guardias realizadas en el hospital por mes y la sumatoria anual.

Las suplencias de guardia las cumplen los profesionales del hospital, cuando no se llegan a cubrir con el personal del hospital son cubiertas por profesionales de otros hospitales. Existen suplencias de 24 Hs. Esa cantidad de horas se pueden realizar dentro del mes.

Por otro lado, el personal que realiza guardias fuera de dotación son los técnicos que tienen nombramiento dentro del hospital. Los técnicos no tienen nombramiento de guardia, por eso se realizan guardias fuera de dotación.

De la Base de Datos del personal y del relevamiento de las áreas seleccionadas, se pudo verificar que el personal administrativo cumple 5 horas, el técnico 4 y el profesional 3. Asimismo, se observó la realización de guardias de profesionales y técnicos de planta.

Del Informe 3.09.04 Informe de Seguimiento Htal Marie Curie surge como recomendación: Implementar mecanismos de acción tendientes a disminuir la situación descripta (los profesionales y técnicos del hospital, realizan horas extras en contraposición a lo establecido) y revisión de la vigencia de la Ordenanza 14.838/58 por el Poder Legislativo. **(Observación N° 5)**

5.1.Respuesta del Htal. M. Curie a Nota AGCBA N°346/17

Respecto del cumplimiento horario reducido de profesionales, de técnicos y de administrativos:

El fundamento normativo se encuadra en la Ordenanza N° 14838/58 cuando se refiere al Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia, incluye al personal que pertenece al Instituto que a partir del año 1976 paso a denominarse Hospital Municipal de Oncología (en el año 1996 se lo designó con el nombre de Marie Curie). El cumplimiento horario de acuerdo a la Ordenanza mencionada es de:
Escalafón Profesional: tres horas por día de lunes a viernes y una guardia rotativa de igual duración cada seis sábados. La carga horaria de la guardia rotativa es cumplimentada en capacitación.

Escalafón General:

Licenciados en Enfermería y Técnicos: 4 horas diarias

Administrativos y Abogado: 5 horas diarias

De acuerdo a la información recibida, se efectuó en 1993 una reunión de CATA junto a los representantes es Gremiales Asociación de profesionales, Médicos Municipales y Sutecha a partir de lo cual se estableció el siguiente horario:

3 horas Profesionales de la Carrera Profesional

4 horas Enfermería y Técnicos de la Salud

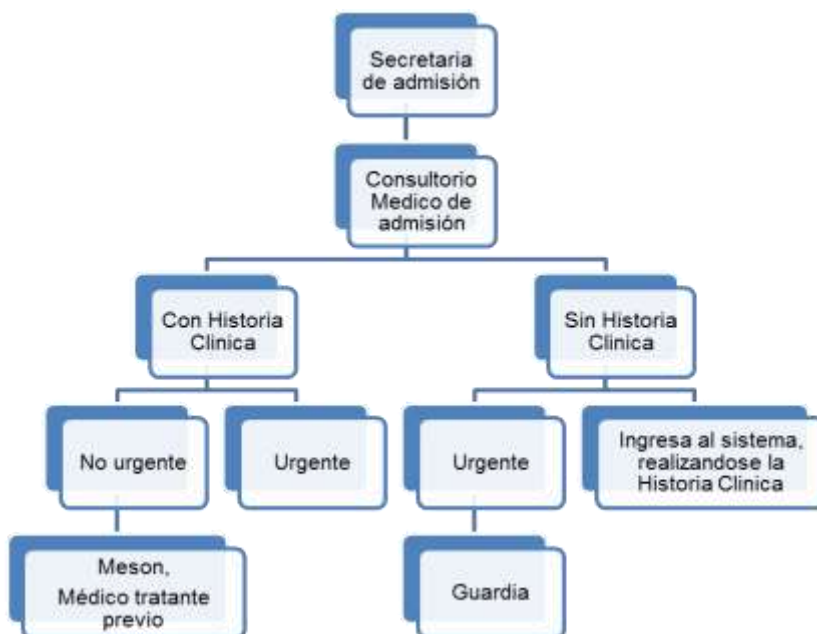
5 horas Administrativos

V) CARACTERÍSTICAS GENERALES

Con el objetivo de relevar el circuito de atención, a continuación se describirán las áreas seleccionadas que implican ingreso, diagnóstico y tratamiento de pacientes.

Descripción de las áreas bajo examen:

1. Área Admisión: Sistema de ingreso



El Consultorio de Admisión Médica cuenta con 4 médicos (un oncohematólogo dos oncólogos y un médico Internista) en promedio atienden 10 pacientes por día por cada profesional y la consulta lleva entre 15 y 20 minutos. Se inicia la recepción a las 7 hs.

De 10 a 11 horas tienen prioridad los pacientes derivados de otros Hospitales de la Red y que solicitan tratamiento de radioterapia. Estos pacientes concurren con las respectivas Biopsias, el resumen de HC y la solicitud de Radiación.

Los profesionales cumplen diferentes horarios:

Cuadro 13

Profesionales	Horario
1 médico Jefe	8 a 11
1 médico	7 a 10
1 médico	7 a 11
1 médico	9 a 12.30

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento efectuado

En este servicio no se realiza examen físico a los pacientes, sino que se analizan los estudios con los que concurre. Se recibe pacientes que tienen confirmada su enfermedad oncológica y desean segunda opinión, o que solicitan continuar su

tratamiento en este Nosocomio. También aquellos que aun sin tener diagnóstico de certeza por biopsia, adjuntan estudios que generan dudas razonables y cuyo performance status objetivable en la consulta hace sostener la alta sospecha de enfermedad oncológica.

El profesional completa la planilla de admisión médica, cuyos datos relevantes son: motivo de consulta, estudios realizados, estudios anatomopatológicos, y tratamientos previos. Además, Antecedentes personales y patológicos del paciente. Se asigna al paciente un número de HC, un cartón-carné con dicho número y la derivación pertinente para solicitar turno en el Mesón.

En el caso de pacientes, derivados o no, provenientes de otro país, la mayoría de ellos sin un DNI Argentino, se les solicita la inscripción en Migraciones para realizar la Identidad Precaria, que les permita transitar por los diferentes centros de Salud incluido el Banco Nacional de Drogas hasta la obtención final de la Identidad Nacional. Se les solicita, en lo posible, ostenten un domicilio real de localización. Si se trata de una urgencia en el contexto de su enfermedad se lo deriva a la Guardia.

En el caso de pacientes residentes en la Provincia de Bs.As. que cuentan con una obra social de provincia (PROFE-IOMA-PAMI) pero sin derivación por O. Social, se le solicitara una forma denominada Rechazo Conformado con la finalidad de permitir al paciente tratarse en el Hospital y facilitarle, llegado el momento, los medicamentos que aquí se le prescriban.

En el mesón la entrega de turnos está informatizada. La historia clínica luego de pasar por el mesón va a archivo hasta la nueva consulta.

La demora promedio para obtención de turnos depende de la especialidad.

En Admisión, no hay demanda insatisfecha, los pacientes que llegan a última hora y no revisten urgencia, se los deriva para el día siguiente

Planta física Consultorio Admisión: Se trata de un solo consultorio amplio sin divisiones, con tres escritorios, una pequeña cocina (sin heladera) y tres lockers. La secretaria ocupa un pequeño espacio pulmón adherido a la sala médica y comparte escritorio con un médico del Servicio.

Registros: Llevan registro estadístico de consultas médicas ambulatorias en planillas para tal fin que se entregan semanalmente para su fichaje.

La Guardia brinda asistencia a todo paciente oncológico que se encuentre con un cuadro agudo. Si el requirente no fuera paciente del Hospital debidamente registrado con Historia clínica, se lo asiste y se lo deriva al centro en donde se realiza su tratamiento; si solicita seguir siendo atendido en el Hospital Curie, luego de resolver la urgencia se lo envía a Admisión Medica para el debido registro. La Guardia médica cuenta a diario con al menos tres Historias Médicas vacías para poder habilitarlas con todo paciente que reciban fuera del horario de Admisión Medica, o los fines de semana

1.1.Consultorios Externos

En el Mesón ubicado en la planta baja el paciente puede solicitar turno para las especialidades que figuran en el cuadro siguiente. Se requirió información referida a 2015 a fin de verificar los tiempos de espera en la entrega de turnos:

Cuadro 14

Mes Año : MAYO 2015		Mes Año : OCTUBRE 2015
Especialidad	Espera obtención de turno programados (días corridos)	Espera obtención de turno programados (días corridos)
Curieterapia	Sin Demora	15 Días
Clínica Oncológica	Sin Demora	Sin Demora
Clínica Oncológica Vesp.	15 Días	Sin Demora
Consultorio Admisión Méd.	Sin Demora	Sin Demora
Hematología	Sin Demora	Sin Demora
Psicopatología	Sin Demora	Sin Demora
Cardiología	Sin Demora	Sin Demora
Nutrición y Diabetes	Sin Demora	Sin Demora
Cirugía General	Sin Demora	Sin Demora
Proctología	Sin Demora	Sin Demora
Cirugía Plástica	Sin Demora	Sin Demora
Ginecología	10 Días	30 Días
Cirugía MaxiloFacial	Sin Demora	Sin Demora
Patología Mamaria	45 Días	35 Días
Urología	Sin Demora	10 Días
Ortopedia y Traumatología	20 Días	35 Días
Cirugía Torácica	Sin Demora	Sin Demora
Estomatología	35 Días	40 Días
Dermatología	Sin Demora	Sin Demora
Clínica Médica	Sin Demora	Sin Demora

Fuente: Planillas Mesón HOMC

Según información del área la referencia “Sin Demora” es en promedio una semana de espera.

Las especialidades con mayor tiempo de espera fueron Patología Mamaria, Estomatología y Ortopedia y Traumatología

El área de Registro de Consultorio Externo informó que en 2015 Patología Mamaria no tuvo demoras en el otorgamiento de turnos de 1° vez y que los turnos prequirúrgicos, curaciones y biopsias se otorgaban previa evaluación y requerimiento mediante autorización del médico del Servicio. En el caso de Turnos Ulteriores (control) la demora fue de 45-55 días. A partir del 2017 se amplió la dotación de profesionales del servicio y la demora para turnos ulteriores es de 15-20 días.

Análisis Estadístico

El área de Estadísticas realiza cada año (mayo y octubre) un corte semanal a fin de acceder a información demográfica del perfil de consultantes de Consultorios Externos.

A continuación se reflejan los resultados:

Cuadro 15

	SEMANA 18 AL 22 DE MAYO 2015	SEMANA 19 AL 23 DE OCTUBRE 2015
ESPECIALIDAD	CANTIDAD DE PACIENTES	CANTIDAD DE PACIENTES
Curieterapia	35	42
Roentgenterapia	0	0
Alta Energía	67	55
C.Médica	19	6
C. Oncología Quimioterapia	286	285
C. Oncología Quimioterapia T. Vespertino	0	49
Medicina Nuclear **	0	0
Cuidados Paliativos	51	45
Consultorio de Orientación	93	98
Hematología	40	53
Infectología	0	2
Dermatología	62	56
Cardiología	63	64
Endocrinología	0	0
Nutrición y Diabetes	50	49
Neumonología	15	21
Nefrología (g.trab.)	0	0
Gastroenterología y Hepatología (g.trab.)	43	36
Tabaquismo	48	18
Cirugía General	19	14
Cirugía Plástica	24	21
Proctología (g. Trab.)	14	13
Ginecología	161	155
Cirugía Max. Facial	52	43
Patología Mamaria	107	133
Urología	63	66
Ort. Y Traumatología	31	21
Ort. y Traumatología TT	12	12
Cirugía Torácica	14	10
Flebolinfología	0	0
Estomatología	50	41
Odontología	72	60
TOTAL	1491	1468

Fuente: Planillas Mesón HMOMC

La mayor cantidad de consultas fue C. Oncología Quimioterapia (pacientes en tratamiento) Ginecología y Patología Mamaria.

**Medicina Nuclear: solo realiza prácticas médicas

Cuadro 16

ESPECIALIDAD	DEL 18 AL 22 DE MAYO 2015					DEL 19 AL 23 DE OCTUBRE 2015				
	Paciente de consultorio externo	PROCEDENCIA				Paciente de consultorio externo	PROCEDENCIA			
		Cap. Fed.	Conurbano	Rest. Bs. As.	Otros		Cap. Fed.	Conurbano	Rest. Bs. As.	Otros
Curioterapia	35	12	19	-	4	42	17	20	1	4
Roentgenterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alta Energía	67	23	36	-	8	55	30	21	2	2
C.Médica	19	14	5	-	-	6	3	3	-	-
Cclínica Oncología Quimioterapia	286	90	173	3	20	285	84	175	17	9
Cclínica. Oncología Quimioterapia T. Vespertino	-	-	-	-	-	49	-	45	2	1
Medicina Nuclear	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuidados Paliativos	51*	13	36	1	-	45	12	32	-	1
Consultorio de Orientación	93	23	59	10	1	98	33	106	6	6
Hematología	40	11	23	1	5	53	21	28	2	2
Infectología	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-
Dermatología	62	29	27	3	3	56	27	22	6	1
Cardiología	63	25	30	3	5	64	30	29	1	4
Endocrinología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutrición y Diabetes	50	21	27	1	1	49	17	31	-	1
Gastroenterología y Hepatología (g.trab.)	43	25	17	1	-	36	17	17	1	1
Neumonología	15	4	10	1	-	21	9	7	1	4
Nefrología (g.trab.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tabaquismo	48	40	-	8	-	18	13	4	1	-
Cirugía General	19	6	11	-	2	14	6	6	-	2
Cirugía Plástica	24	9	14	-	1	21	8	10	2	1
Proctología (g. Trab.)	14	3	9	1	1	13	3	7	2	-
Ginecología	161	46	105	5	5	155	56	96	3	-
Cirugía Max. Facial	52	13	29	3	7	43	15	20	2	6
Patología Mamaria	107	29	68	9	1	133	36	82	10	5
Urología	63	31	26	2	4	66	26	36	2	2
Ort. Y Traumatología	31	7	19	2	3	21	9	9	2	1
Ort. y Traumatología TT	12	5	5	-	2	12	7	4	1	-

Cirugía Torácica	14	6	6	1	1	10	3	5	1	1
Flebotomología	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estomatología	50	26	20	2	2	41	15	17	5	4
Odontología	72	27	33	7	5	60	16	39	5	-
TOTALES	1491	538	807	64	81	1468	514	872	75	58

51* en la planilla del Htal falto el registro de un paciente.

Fuente: Planillas Estadísticas HMOMC

En las 3 especialidades de mayor demanda de pacientes (Clínica Oncológica, Ginecología y Patología Mamaria) el % mayor de pacientes (60 %, 65% Y 64% respectivamente) provienen del Conurbano.

2. Departamento Médico Quirúrgico

El actual Jefe de Departamento asumió el cargo en 2009 y cuenta con 34 años de antigüedad en el Hospital.

El HMOMC cuenta con 4 (cuatro) quirófanos: 3 (tres) en el 4to. Piso, para la ejecución de intervenciones quirúrgicas con anestesia general, y un quirófano de menor dimensión, en el primer piso del nosocomio, para la realización de IQ (intervenciones quirúrgicas) ambulatorias, con anestesia local, donde se realiza Braquiterapia, IQ del servicio de Urología y, excepcionalmente, FEDA (endoscopia digestiva alta).

Desde el año 2008, funcionan (hasta la fecha) en el 4to. Piso dos de los tres quirófanos, dado que el restante carece de Mesa de Anestesia.

Debido a las obras que se vienen desarrollando desde 2016 por la instalación de un nuevo ascensor camillero se desafectó definitivamente el quirófano 3 (mediano) donde se ubicará el nuevo ascensor. Se cuenta con un quirófano para anestesia general y otro para anestesia de mínima complejidad.

En el período auditado contaba con 2 (dos) quirófanos equipados para realizar IQ (Intervenciones Quirúrgicas) con anestesia general y de variada complejidad, y 1 (uno) quirófano para la realización de cirugías ambulatorias con anestesia local y de baja complejidad. **(Observación N° 6)**

Los quirófanos funcionan entre las 8.00 y las 18 horas, de lunes a viernes.

Los médicos cirujanos dependen de esta jefatura, los Anestesiólogos de Subdirección Médica y las Instrumentadoras y Técnicos de Anestesia del Departamento Técnico.

Circuito de atención

El Jefe de Departamento informa que el tiempo de espera para efectuar intervenciones quirúrgicas, desde que el paciente se presenta en Admisión, es de 90 (noventa) días promedio de acuerdo a disponibilidad de quirófanos y salas de internación.

El área elaboró una planilla para los exámenes pre quirúrgico, que incluye Laboratorio, Imágenes, Examen cardiológico y evaluación anestésica. Los turnos se otorgan en el Mesón.

2.1 .Recursos Humanos

División Cirugía

Cirugía General

Cuadro 17

	Cargo	Horas semanales
1	Jefe de División A/C	15
2	Médicos de planta	15
1	Médico de planta y guardia	12 + 12
1	Médico de planta y guardia	10 + 24
6	Instrumentadoras quirúrgicas (planta)	20
5	Instrumentadoras quirúrgicas (planta y guardia)	20 + 24
1	Instrumentadora quirúrgica	25
1	Instrumentadora quirúrgica (planta y guardia)	16 + 24

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Sección Ginecología

Cuadro 18

	Cargo	Horas Semanales
5	Médicos de planta	15

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Grupo de Trabajo Patología Mamaria

Cuadro 19

	Cargo	Horas Semanales
1	Médico de planta (A/C)	15
1	Médico de planta	15
1	Médico de planta	10

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Grupo de Trabajo Urología

Cuadro 20

	Cargo	Horas Semanales
3	Médicos de planta	15

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Sección Cabeza y Cuello

Cuadro 21

	Cargo	Horas Semanales
1	Jefe de Sección	15
3	Médicos de planta	15

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Grupo de Trabajo Traumatología

Cuadro 22

	Cargo	Horas Semanales
1	Médico de planta (A/C)	15
2	Médicos de planta	15

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Grupo de Trabajo Patología Torácica

Cuadro 23

	Cargo	Horas Semanales
1	Médico de planta	15
2	Médicos de planta	15

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Grupo de Trabajo Linfología

Cuadro 24

	Cargo	Horas Semanales
1	Médico de planta	15

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Unidad Anestesia

Cuadro 25

	Cargo	Horas Semanales
1	Jefe de Unidad	15
7	Anestesiólogos de planta	15
5	Anestesiólogos de guardia	24

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

El Jefe del Departamento Médico Quirúrgico elevo a la superioridad las siguientes Notas:

Durante los años 2014/15 se han solicitado los siguientes equipamientos:

Por nota N° 07/14, con fecha 9 de Abril, se solicitó la provisión de un TV LED de 32 pulgadas para ser utilizado por el laparoscopio, debido a que en su momento se disponía de un laparoscopio actualizado y un TV analógico de 14 pulgadas de visión defectuosa.

El 24 de Abril de 2014, se solicitó la adquisición de un microscopio quirúrgico para la realización de las cirugías reconstructivas microquirúrgicas de alta complejidad. El microscopio con el que contaba el servicio en ese momento se encontraba deteriorado por lo que se deberían suspender las cirugías.

El 24 de Julio de 2014, se elevó la solicitud de equipamiento para ser incluido en el presupuesto del año 2015, el equipamiento solicitado fue el siguiente:

Para funcionamiento de 4 Quirófanos:

1. 2 Máquinas de Anestesia con monitor multiparametrico. indispensables para realizar anestesia con gases. Actualmente se cuenta con dos máquinas.
2. 2 bombas de infusión continua para administrar medicación e hidratación (por vía endovenosa durante la anestesia)
3. Microscopio Quirúrgico con cabezal para ayudante (ya se suministró).
4. Video audio.
5. Equipo de filmación intraoperatoria con proyección en Quirófano, Sala de Médicos y Aula Central. Con la intención de filmar todas las operaciones con finalidad científica, docente, y médico legal.
6. Arco en "C" intensificador de imágenes intra operatorio con impresora para Cirugía mini invasiva. El existente se encuentra fuera de servicio e imposible de reparar.
7. Mantas térmicas para calefaccionar a pacientes en Cirugías prolongadas.
8. Instalación eléctrica nueva en los 4 Quirófanos a 3x380 V. La actual es insuficiente
9. Calentador de sangre y fluidos para que las mismas ingresen al paciente a temperatura adecuada.
10. 2 Laringoscopios Quirúrgicos con Fibra óptica y sistema de fijación. Los actuales están fuera de uso.
11. Caja de instrumental para microcirugía vascular. Las existentes se encuentran fuera de uso.
12. Caja completa para microcirugía laríngea. Las existentes se encuentran fuera de uso.
13. Fibrolaringoscopio diagnóstico para anestesia dificultosas.
14. 1 Neuroestimulador para explorar trayectos nerviosos.
15. 2 Lupas por 4 aumentos para Cirugía para cirugías delicadas.
16. Monitor (TV32") para Laparoscopia. (ya fue suministrado)

Cabe aclarar que el Hospital contará, luego de las obras que se están realizando, con 3 quirófanos.

El 2 de Febrero de 2015 se solicitó la compra urgente de dos electrobisturi para Quirófano Central del 4° piso. En su momento se contaba con tres electrobisturi marca DYME EDES 410, que habían excedido su vida útil.

El 6 de Febrero de 2015 se solicitó la adquisición de un fibrolaringoscopio con canal de trabajo para el servicio de cirugía de cabeza y cuello para poder efectuar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en su momento no se realizaban por encontrarse el instrumental deteriorado y en plan de reparación y el otro fibroscopio ha sido dado de baja ya que no admite más reparaciones.

Con fecha 13 de Febrero de 2015 se solicitó la reparación de los dos laringoscopios rígidos.

Cabe aclarar que estos requerimientos responden a un funcionamiento óptimo de quirófanos en cuanto equipamiento sin ninguna otra consideración (RRHH, Planta física, etc).

2.2) Producción del Departamento Médico Quirúrgico

Producción de Intervenciones Quirúrgicas según Servicio:

Cuadro 26

Servicio	Producción Anual
Cgia. General	106
Cgia. Plástica	136
Cgia. Máxilofacial	289
Ginecología	143
Urología	60
Ortop. Y Traumatología	79
Patología Torácica	52
Patología Mamaria	183
Guardia	191
Total	1239

Fuente: Planillas Departamento Médico Quirúrgico HOMC

Cirugías suspendidas. Año 2015

Cuadro 27

Cirugía Gral. (*)	27
Cirugía Plástica(*)	13
Cirugía Máxilofacial (*)	38
Ginecología	26
Urología	8
Ortopedia y Traumatología (*)	29
Patología Torácica (*)	5
Patología Mamaria (*)	13

Guardia(*)	2
Total	161

Fuente: Estadísticas de HOMC

Se indica el número total de IQ suspendidas, sin especificar el tipo de anestesia utilizada. En los servicios señalados con (*), no se diferencian las IQ suspendidas en Internación de las suspendidas en Consultorio Externo.

El Htal Curie es centro de referencia de Cirugía Maxilofacial.

Distribución semanal de Quirófanos

Cuadro 28

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8 a 13 hs.	Cirugía General. Patología Mamaria.	Cirugía Torácica. Ginecología.	Traumatología. Patología Mamaria.	Urología. Ginecología.	Cirugía Máxilofacial Cirugía General. Cirugía Plástica.
13 a 18 hs.	Cirugía Máxilofacial	Ginecología	Traumatología	Cirugía General. Ginecología.	Cirugía Máxilofacial.

Cirugía General: 15 horas semanales
 Patología Mamaria: 10 horas semanales
 Cirugía Torácica: 5 horas semanales
 Ginecología: 20 horas semanales
 Traumatología: 10 horas semanales
 Urología: 5 horas semanales
 Cirugía Máxilofacial: 15 horas semanales.

Se ha efectuado el análisis de los servicios quirúrgicos de acuerdo a la evidencia documental: Libro de Quirófano e Historias Clínicas (ver Análisis Estadístico Libro de Quirófanos y Análisis de HC) seleccionadas de manera aleatoria y en un número estadísticamente significativo: 128 Historias Clínicas.

Del mismo se desprende un alto porcentaje de cirugías prolongadas. Esto se debe a la complejidad de las mismas a partir de la patología atendida en el hospital y, en consecuencia, del estado general de los pacientes.

Por otra parte, si un paciente en tratamiento en el hospital, internado o que ingresa por Guardia, presenta una urgencia quirúrgica, la/las operación/nes programadas en el quirófano donde se realiza la IQ de urgencia debe/n ser pospuesta/s, y en algunos casos, en función de la duración de la cirugía de urgencia, reprogramadas y/o suspendidas hasta nueva fecha.

Los servicios quirúrgicos preparan el listado de IQ de acuerdo a demanda y disponibilidad, para un período que oscila entre los 60 y 90 días. Si un paciente no estuviera en condiciones de ser intervenido, se contacta a otro paciente de la lista, con una patología igual o similar en complejidad y fecha quirúrgica posterior.

a) Análisis Estadístico del Libro de Quirófano (Observación N° 6)

De un total de 445 IQ programadas en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre, se seleccionaron las que se llevaron a cabo en los servicios de Cirugía Máxilofacial, Patología Mamaria, Cirugía Torácica, Ginecología, Urología y Ortopedia y Traumatología, con anestesia general, peridural y raquídea.

A continuación se expresan los resultados:

Febrero 2015

Cuadro 29

Realizadas	84
Suspendidas	9
Total	93



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

De las 84 IQ realizadas, 12 (14.29%) fueron cirugías de urgencia. La totalidad de las mismas se efectuó con anestesia local.

Cirugías suspendidas según anestesia a utilizar.

Cuadro 30

Tipo de anestesia	Total	Suspendidas	%
General	45	5	11,11
Local	39	3	7,69
Peridural	2	1	50
Raquídea	1	0	0
Local c/apoyo	6	0	0
Total	93	9	

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Motivos de suspensión

Cuadro 31

Inherentes al paciente	3 (*)
Falta de cama	2
Horario equipo quirúrgico.	3
Prioridad urgencia	1
Total	9

*** Inherentes al paciente**

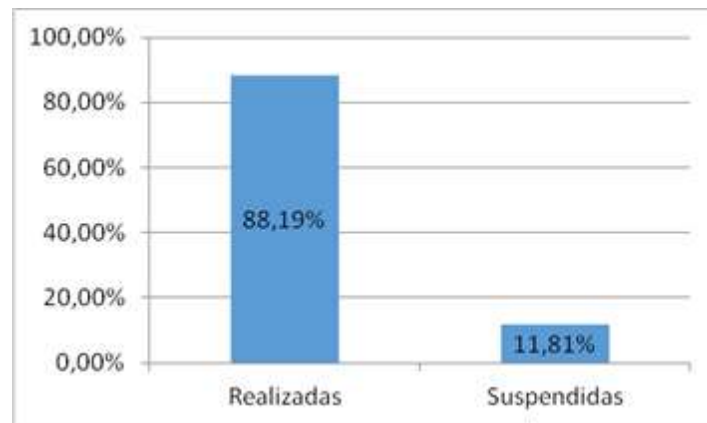
Cuadro 32

Hipertensión Arterial	1
Ausencia paciente	1
Óbito	1

Mayo 2015

Cuadro 33

Realizadas	112
Suspendidas	15
Total	127



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

De las 112 IQ realizadas, 15 (13.39%) fueron cirugías de urgencia: 9, con anestesia local y 3 con anestesia general.

Cirugías suspendidas según anestesia a utilizar.

Cuadro 34

Tipo de anestesia	Total	Suspendidas	%
General	74	12	16,22
Local	43	3	6,98
Peridural	0	0	0
Raquídea	5	0	0
Local c/apoyo	5	0	0
Total	127	15	

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Causas de suspensión de IQ

Cuadro 35

Falta de camillero	1
Horario equipo quirúrgico.	2
Prioridad urgencia	1
Falta de HC	1
Inherentes al paciente.	6 (*)
Falta de cama en UTI	4
Total	15

1. Inherentes al paciente. (*)

Cuadro 36

Infección respiratoria aguda	1
Mal estado general	2
Plaquetopenia	1
Decisión del paciente	1
Ausencia del paciente	1

Agosto 2015

Cuadro 37

Realizadas	100
Suspendidas	9
Total	109



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

De las 100 IQ realizadas, 12 fueron cirugías de urgencia: 5 con anestesia general, 5 con anestesia local, 1 con anestesia peridural y 1 con anestesia local con apoyo (local + sedación).

Cirugías suspendidas según anestesia a utilizar.

Cuadro 38

Tipo de anestesia	Total	Suspendidas	%
General	60	5	10
Local	38	3	7,89
Peridural	2	0	0

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gsai, de la Ciudad de Bs. As.

Raquídea	4	1	25
Local c/apoyo	5	0	0
Total	109	9	

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Causas de suspensión de IQ

Cuadro 39

Inherentes al paciente.	5 (*)
Horario equipo quirúrgico	3
Falta de sangre	1
Total	9

1. Inherentes al paciente (*)

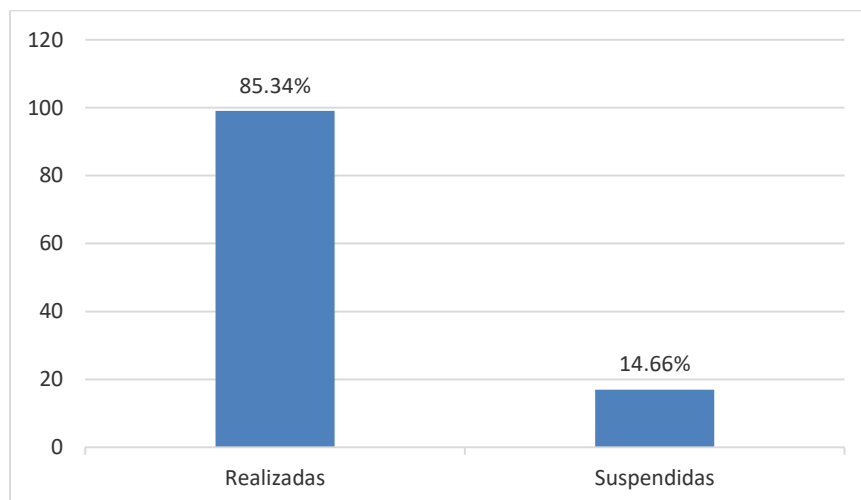
Cuadro 40

Decisión del paciente	1
Ausencia del paciente	2
Mal estado general	1
Hipertensión Arterial	1

Noviembre 2015

Cuadro 41

Realizadas	99
Suspendidas	17
Total	116



Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

De las 99 IQ realizadas, 14 (14.14%) fueron cirugías de urgencia: 6 con anestesia general y 8 con anestesia local.

Cirugías suspendidas según anestesia a utilizar.

Cuadro 42

Tipo de anestesia	Total	Suspendidas	%
General	77	15	19,48
Local	33	2	6.06
Peridural	2	0	0
Raquídea	3	0	0
Local c/apoyo	1	0	0
Total	116	17	

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Causas de suspensión de IQ

Cuadro 43

Rotura Arco en "C"	1
Falta de Ecógrafo	1
Falta de cama	2
Horario equipo quirur.	5
Inherentes al paciente	8 (*)
Total	17

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

1. Inherentes al paciente (*)

Cuadro 44

Hipertensión Arterial	2
Decisión del paciente	1
Falta de ayuno	1
Óbito	1
Síndrome febril	1
Infección respiratoria aguda	1
Mal estado general	1

Motivos de Suspensión - Cuadros unificados- (Observación N°6)

Los Motivos de Suspensión de cirugías por causas inherentes al paciente sumaron 22 casos y por motivos atribuibles al hospital 26:

Cuadro 45

Causas inherentes al paciente	Cantidad
Hipertensión Arterial	4
Mal estado general	4
Decisión del paciente	3
Ausencia del paciente	4
Infección respiratoria aguda	2
Plaquetopenia	1
Falta de ayuno	1
Síndrome febril	1
Óbito	2
Total	22

Cuadro 46

Atribuibles al hospital	Cantidad
Fuera horario equipo Q	13
Falta de cama (sala y UTI)	8
Falta equipamiento	2
Falta sangre	1
Falta camillero	1
Falta Historia Clínica	1
Total	26

Además se suspendió por prioridad de urgencia 2 cirugías programadas.

En total fueron suspendidas 50 intervenciones quirúrgicas

Resultados del análisis realizado sobre los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre de 2015 del Libro de Quirófano del HMOMC.

Cuadro 4

	Máximo-facial	O y T	PM	Gineco	Cir. Torác.	Urol.	Cir. Gral.	Total
Horas disponibles por semana ¹	15	10	10	20	5	5	15	80
Horas totales disponibles ²	240	160	160	320	80	80	240	1280
Horas utilizadas 2015 ³	132,17	65,92	133,00	140,00	15,92	40,17	73,17	600,33
Porcentaje utilizadas/disponible ⁴	55,07%	41,20%	83,13%	43,75%	19,90%	50,21%	30,49%	46,90%

1. Horas disponibles por semana por servicio según datos obtenidos en la Jefatura del Departamento de Cirugía.
2. Total de horas disponibles de los cuatro meses analizados (16 semanas por la cantidad de horas semanales exhibidas en la primera fila).

3. Total de horas utilizadas durante el periodo analizado según datos del Libro de Quirófano del HMOMC.
4. Uso del quirófano por servicio expresado en porcentaje de las horas disponibles.

Si bien se identifica en el cuadro anterior, una subutilización de las horas disponibles, se ha comprobado que la producción de los servicios analizados es correcta, dado que no se verificaron demoras en las IQ, a excepción de aquellas cuyas causas han sido mencionadas anteriormente, incluyendo las originadas por fallas técnicas en el equipamiento del HMOMC y otras inherentes a la institución.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que el HMOMC no sólo realiza la atención de pacientes con patología oncológica prevalente, como sucede en los Hospitales Generales de Agudos, sino particularmente aquellos pacientes con enfermedades oncológicas menos frecuentes, generalmente derivados de aquellos efectores. A modo de ejemplo, patologías prevalentes como en el caso de la patología mamaria (PM) presenta un porcentaje de utilización alto (83.13%).

b) Análisis de Historias Clínicas:

Se seleccionaron 128 HC entre las IQ, respetando la proporcionalidad de cirugías de los servicios e incluyendo no sólo las IQ dirigidas al tratamiento curativo o paliativo de las patologías oncológicas, sino aquellas que han sido resultado de cuadros agudos no relacionados específicamente con éstas, en pacientes en tratamiento en el nosocomio (Ej. Colecistectomía, hernioplastia), con los siguientes resultados:

- La estructura formal de las Historias Clínicas está conservada en el 100% de los casos.
- En los estudios prequirúrgicos se incluye, en el 100% de los casos, la interconsulta con los servicios de Salud Mental y Nutrición.
- Las cirugías suspendidas por causas inherentes al Hospital, se realizaron entre 1 y 20 días posteriores a la fecha programada en un principio.

Tiempo de espera

El tiempo de espera entre la fecha de consulta al **Servicio de Admisión y la de la 1ª consulta** en la especialidad de derivación fue (*):

Ginecología: entre 1 y 29 días

Patología Mamaria: entre 1 y 34 días

Cirugía General: entre 2 y 24 días

Ortopedia y Traumatología: entre 1 y 8 días

Urología: entre el mismo día de la consulta en Admisión y 30 días

Cirugía Máxilofacial: entre el mismo día de la consulta en Admisión y 28 días

Cirugía Torácica: entre 7 y 18 días.

En el 4.58% de los casos se verificó ausencia del paciente el día del otorgamiento del turno.

El tiempo (en días) transcurrido entre la **1ª consulta de la especialidad y la IQ** fue de:

Ginecología: entre 33 y 150 días
 Patología Mamaria: entre 34 y 114 días
 Cirugía General: entre 32 y 127 días
 Ortopedia y Traumatología: entre 90 y 116 días
 Urología: entre 103 y 116 días
 Cirugía Máxilofacial: entre 32 y 101 días
 Cirugía Torácica: entre 43 y 126 días

Se seleccionó el máximo de días de demora en la realización de las IQ a fin de analizar los motivos. Los resultados se expresan a continuación:

- 12.80%** (16) de los pacientes debió realizar tratamiento radiante y/o Quimioterapia previo a la intervención quirúrgica;
- 10.47%** (13) de los pacientes, realizó procedimiento diagnóstico previo a la cirugía: trucut, biopsia, raspado biopsia fraccionado¹, verificándose una demora de entre 15 y 30 días para la obtención del resultado del estudio anatomopatológico.
- 15.74%**: (20) la demora se debió a intercurrencias.

El **60,99%** restante se efectuó entre el mínimo verificado y un promedio de 50 días

Del relevamiento efectuado, durante el período auditado, el sector de Anatomía Patológica contó con un porcentaje de recursos humanos menor que en 2016 (4 médicos, 1 técnico y sin administrativos).

¹ **Trucut o Punción con Aguja Gruesa:** técnica utilizada para extraer un cilindro de tejido tumoral formado no sólo por células sino también por los elementos de soporte: tejido conectivo, vasos linfáticos y microcapilares. Esta técnica de biopsia conserva la arquitectura del tejido, permitiendo establecer con mayor precisión el potencial de malignidad e invasión de una lesión tumoral. **Punción estereotáxica:** Procedimiento de biopsia en el que se usa una computadora y un aparato explorador de tres dimensiones para encontrar el sitio de un tumor y guiar la extirpación de tejido para su examen anatomopatológico.

3) Departamento de Diagnóstico y Tratamiento

El Jefe de Unidad Hemoterapia desde noviembre de 2016 se encuentra a cargo del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital, cargo que será concursado y que actualmente ejerce ad- honorem.

Desempeña tareas en el Hospital desde el 1/10/89 y hasta la actualidad. Su horario es de 8.30 hs a 11.30 hs. Cumpliendo una jornada laboral de 15 horas semanales.

Del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento dependen los siguientes servicios:

- Laboratorio
- Hemoterapia
- Farmacia

1

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
 de la
 Autoridad GsL de la Ciudad de Bs. As.

-TAC/Ecografía
-Kinesiología
-Radiología
-Anatomía Patológica

Recursos Humanos

Cuadro 48

	Cargo	Cantidad
Departamento Diagnóstico y Tratamiento	Jefe de Departamento	1
División Anatomía Patológica	Jefe de División	1
	Médicos de planta	5
	Técnicos en Histología	4
	Técnico en Citología	1
Unidad Laboratorio	Jefe de Laboratorio	1
	Bioquímicos de planta	8
	Bioquímicos de Guardia	6
	Bioquímica de planta	1
	Técnicos de Laboratorio	6
Unidad Radiodiagnóstico	Jefe de Unidad (A/C)	1
	Médicos de planta	3
	Técnicos Radiólogos	16
	Lic. en prod. de Bioimágenes	4

Unidad Farmacia	Jefe de Servicio y de Esterilización	1
	Jefe de Droguería	1
	Técnicos en Esterilización	6
	Auxiliares de Técnicos de Esterilización	2
	Farmacéuticos de Planta	5
	Farmacéuticos de Guardia	6
	Farmacéuticos suplentes de guardia	4
	Ayudante de Farmacia	4
	Operario de Farmacia	1
Kinesiología	Personal Administrativo	1
	A/C Sector	1
TAC/ ECOGRAFÍA	Kinesiólogos	4
	Técnicos TAC	6
Hemoterapia	A/C Sector (Médico)	1
	Jefe Técnico	1
	Técnico Hemoterapia	10

Fuente: Elaboración propia en base a Base de datos Personal

A fin de verificar los tiempos de espera en la entrega de turnos se realizó un relevamiento en las áreas dependientes del Departamento:

Servicio de Laboratorio: Funciona de lunes a viernes de 7.30 a 9.30 además de una guardia de 24 hs. No existe demora en la entrega de turnos.

No hay demoras en la realización de placas convencionales.

Estudios contrastados: 15 días de demora
Mamografía: 7 días de demora
Tomografía con contraste endovenoso: 20 días de demora

De la totalidad de los servicios del área se seleccionaron las áreas críticas surgidas en el relevamiento.

Unidad Farmacia (Observación N°8)

El actual Jefe de la Unidad Farmacia se encuentra a cargo desde 3 de abril de 2014 por jubilación de su antecesor. El cargo de Planta es de Jefe de Sección Esterilizaciones. También bajo su área se encuentra la Sección Droguería

El 18 de noviembre de 2015 la Unidad Farmacia recibió desde el ANMAT una orden de inspección para relevar y evaluar el establecimiento en sus condiciones higiénicas sanitarias, verificación de documentación, medicación vencida y análisis de stock de productos con soporte de trazabilidad.

Por Disposición del ANMAT 2303/14 (antecedente Resolución Ministerio de Salud N°435/11) se estableció un Sistema de Trazabilidad de Productos Médicos que deberán implementar las personas físicas o jurídicas que intervengan en la cadena de distribución, dispensación y aplicación de productos médicos registrados ante la Administración Nacional.

De la inspección mencionada surgió como falta grave el incumplimiento del deber de informar correctamente los productos tal como lo establece la normativa vigente.

El Jefe de la Unidad expresó en forme reciente cuenta con dos PC y la incorporación de un personal administrativo. Actualmente, realizan registros manuales de medicación sobrante con datos de pacientes y se resguarda en la misma farmacia. Una PC está habilitada con nro CUF con clave de ingreso de ANMAT. La medicación ingresa a un libro rubricado, con fecha. El registro informático esta desactualizado. El área de Farmacia Central realiza varias tareas para la atención de los distintos servicios del Hospital, preparación de material biomédico, fraccionamiento de comprimidos (trabajan con unidosis) recetas magistrales atención de quirófano.

Realizan control de Stock de medicamentos al día 31 de cada mes a través del F 15 con el sistema Sigehos que obliga el Ministerio de Salud. Expresa que no es suficiente el personal técnico para la atención de la demanda en Hospital de Día.

Unidad Radiodiagnóstico (Observación N° 7)

Instalaciones y equipamiento:

El Jefe de la Sección Coordinación Técnicos, informó que el hospital Curie tiene en funcionamiento los equipos en el Servicio de Radiodiagnóstico y tomografía computada que a continuación se detalla y que los mismos cuentan con servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de empresas contratadas a nivel central del Ministerio:

- 1 telecomando marca Siemens de 850 MA y125 KV. Modelo Polimat 50 T (1993)
- 1 mamógrafo con sistema de esterotaxia Marca Metalronica Mod. Lilyum (2011)
- 1 mamógrafo Mod. Mamex marca Gendex, (Donación- 2001).
- 1 Equipo Pimax 600 MA con mesa y Potter Mural (Donación COAS 2008)
- 1 Equipo Pimax 600 MA con mesa y Potter Mural (2012)
- 1 Procesadora Marca AGFA Gevaert Mod. Curix 400 (1993)
- 1 Procesadora Marca Optimax Mod. 2010
- 1 Procesadora Marca Kodak Mod. Min- r (Pase al Hospital Durand)
- 1 Arco en C, para cirugía marca Siemens Mod. Stenoscop D 16- D 9 stenoscop Le. (Quirófano 1993)
- 1 Rodante 200 MA Marca General Electric. Mod AMX-4 (1993)
- 1 Rodante Marca Pimax Modelo Micro II de 10 KW
- 1 Rodante Marca Dinan mod. Dinar- 500- Maf (Braquiterapia de alta tasa- 2011)
- 1 Equipo de Tomografía computada multislice Marca Philips Mod. Brillance 16 con Work Station. (2009-2010)

Equipos dado de Baja:

- Mamógrafo General Electric 500 T. Senographe (Equipo con antigüedad de 20 años)
- Procesadora marca Agfa Gevaert Mod. Curix 160
- Kalcon Pollux 700 MA con mesa / seriógrafo y potter mural (Equipo con antigüedad de 30 años).

Equipos- Necesidades:

El servicio considera imprescindibles para el funcionamiento del área técnica la incorporación de equipos para el 2017 y detalla la necesidad específica:

- 2 equipos de ecografía portátil con mesa.
- 1 equipo de radiología teleomandado para el servicio de radiodiagnóstico en reemplazo de equipo polimat 50 T que tiene mas de 20 años de antigüedad.
- 2 equipos de radiologia arco en C para cirugía para quirófano central en reemplazo del equipo Stenoscop que tiene más de 20 años de antigüedad
- 1 equipo de radiologia rodante para terapia en reemplazo del equipo AMX 4 con más de 20 años de antigüedad.

Un sistema de digitalización de imágenes para radiología general. Mamografía y braquiterapia de alta tasa.

El 27 de marzo de 2017 el Jefe de Unidad Radiodiagnóstico elevó una Nota al Director del Htal acompañado también con la firma del Bioingeniero encargado de la evaluación y control de equipamiento del Hospital, en donde se expresa que:"las campañas de prevención y la incorporación de equipamiento específico en el resto de los hospitales ha generado una creciente demanda....."la Unidad cuenta con dos mamógrafos analógicos con procesador químico cuya tecnología ha sido superada y las pocas prácticas intervencionistas que se realizan están condicionadas por la limitación del equipamiento e insumos..... "Esta situación hace que se produzcan falsos positivos.....".el 63% de las prácticas realizadas en el área de mamografía corresponden a pacientes que han recibido algún procedimiento médico-

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gs. de la Ciudad de Bs. As.

quirúrgico con una complejidad en las imágenes producidas que no pueden ser interpretadas con la objetividad necesaria para la vigilancia oncológica”

“Se solicita:

- Mamografo full digital directo y consola diagnóstica con monitores de 5 megapixels
- Software para tomosíntesis
- Torre para punción esterotáxica con Mammothome y Core biopsy
- Pistolas para punción histológicas

....“Una vez más remarco el carácter urgente de la situación pues en el corto plazo este servicio considerará la posibilidad de discontinuar estas practicas, no solamente por el esfuerzo ético que representa, sino también por los riesgos médico legales que podrían traer aparejados”...

4. Departamento Radioterapia (Observación N°7)

El Departamento está conformado por dos Divisiones, dos Unidades y dos Secciones:

Departamento Radioterapia	Jefe de Departamento	1
---------------------------	----------------------	---

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Cuadro 49

División Terapia Radiante	Jefe de División (Reemplazante)	1
---------------------------	---------------------------------	---

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

División Medicina Nuclear	Jefe de División	1
	Médicos de planta	1
	Técnicos	4

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

Cuadro 50

Unidad Cobaltoterapia	Jefe de Unidad	1
	Médicos Radioterapeutas de planta	2
	Técnicos operadores	9

Fuente: Elaboración propia en base relevamiento del área

Cuadro 51

Unidad Curieterapia	Jefe de Unidad	1
	Médicos Radioterapeutas de planta (BBT*)	2
	Médico Oncoginecólogo de planta (BAT**)	1***
	Técnico Radiólogo (BAT)	1
	Instrumentadora quirúrgica (BAT)	1

Fuente: Elaboración propia en base relevamiento del área

(*)Braquiterapia de baja tasa.

(**)Braquiterapia de alta tasa.

*** Ginecólogo con nombramiento de suplencia de guardia

Cuadro 52

Sección Dosimetría	Jefe de Sección (A/C)	1
	Especialistas en Física de la radioterapia	2
	Técnico dosimetrista	1
Sección Roentgenterapia	Jefe de Sección (A/C)	1

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento del área

a) Detalle del Equipamiento del Servicio de Radioterapia y del Servicio de Medicina nuclear

- -Equipo de teleterapia Cobalto 60
- -Equipo de braquiterapia de alta tasa de dosis "Micro Selectron V3"
- -Cámara Gamma de Imagen Plana "Dyna Cámara serie 5"
- -Spect "VexWin" SX300
- -Elementos para dosimetría.

Autoridad Regulatoria Nuclear. Presidencia de la Nación Argentina (ARN)

Es el organismo nacional argentino competente en materia de regulación de la seguridad radiológica y nuclear, las salvaguardias y la seguridad física. Tiene a su cargo la función de regular y fiscalizar la actividad nuclear en la República Argentina a fin de: -Proteger a las personas, al ambiente y a las futuras generaciones del efecto nocivo de las radiaciones ionizantes y mantener condiciones satisfactorias de seguridad radiológica y nuclear. (Seguridad radiológica y nuclear).

-Asegurar que los materiales nucleares sean utilizados únicamente con fines pacíficos y prevenir el acceso no autorizado a estos materiales que pudiera provocar situaciones de riesgo. (Salvaguardias y seguridad física). La ARN tiene también las funciones de asesorar a los poderes del Estado en materias de su competencia y ser proactiva en atender las necesidades de los grupos de interés, fundamentar las acciones reguladoras y fiscalizar la implementación de requerimientos de seguridad.

A este equipo de auditoría fue presentado copia de las siguientes Licencias de Operación Documentos por medio de los cuales la Autoridad Regulatoria Nuclear, autoriza bajo ciertas condiciones la operación de una instalación. Esta Licencia es intransferible, y válida para los fines y bajo las condiciones en que se otorga y su vigencia está limitada al plazo especificado en la misma. En caso de que no especifique se entenderá que es por tres años a partir de la fecha de emisión de la misma. El titular de la licencia de operación es la persona física o jurídica (en este caso el Hospital Curie) a la que la Autoridad Regulatoria Nuclear ha otorgado la **licencia clase II**. Y asume la responsabilidad directa por la seguridad radiológica de una instalación o práctica. Se entiende por práctica a toda tarea como fuentes de radiación que produzca un incremento real o potencial de la exposición de personas a radiaciones ionizantes o de la cantidad de personas expuestas. El cumplimiento de las normas regulatorias aplicables y de las condiciones establecidas en las licencias que emite la ARN no eximen a su titular del cumplimiento de toda otra legislación y reglamentación emanada por otras autoridades de aplicación y que no competen a la ARN. El titular de las Licencias debe tramitar la renovación de la misma con una antelación a 60 días del vencimiento de la misma. Y la transferencia, comercialización, importación, exportación, tratamiento, producción, manipulación o almacenamiento no pueden realizarse sin previa notificación a la ARN para su registro, debiendo

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gs. de la Ciudad de Bs. As.

obtener la correspondiente autorización previa para los casos que así lo requiera la ARN.

Como procedimiento de auditoria se cotejó las copias remitidas de las Licencias emitidas por la ARN con la página web de la ARN encontrándose las mismas en la sección de licencias de operación clase II y registro de operación de instalaciones clase III vigentes hasta el 17/3/2017

b) Mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento

El bioingeniero a cargo de los equipos de los servicios de Servicio de Radioterapia y del Servicio de Medicina nuclear del Hospital Curie con fecha 24/01/2017 elevo a las autoridades del hospital un informe respecto a los equipos Cámara Gamma Pickeer SX 300 inventario N° 3115355 y Cámara Gamma Pickeer Serie 5 Inventario N° 3113173 (15 años de antigüedad) que presentaron en los últimos meses fallas entre las que se enumera: en la estabilidad en los detectores teniendo que ser calibrados dos o tres veces por día, errores aleatorios durante su funcionamiento teniéndose que reiniciar el equipo y por lo tanto el estudio y las imágenes distorsionadas y con ruido en el monitor de persistencia, sensores de impacto para la protección del paciente dañados. (Copia textual de la nota remitida a la Dirección del Hospital) Asimismo informa degradación en la calidad de las imágenes, y resolución parcial en la resolución energética y pérdida de uniformidad.

Todas ellas, vienen relacionadas con la fallas en componentes electrónicos antiguos y dependientes a los cambios de temperatura, defectos y deterioro en los cristales, sintonización inadecuada de fotomultiplicadores los cuales no permiten asegurar un correcto diagnóstico.

La empresa de mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento, decidió no renovar el contrato una vez finalizado el actual debido a la falta de repuestos en el mercado y por tratarse de equipos cuya fabricación se ha discontinuado hace algunos años y presentan tecnología obsoleta. Remite copia a esta auditoría de la nota que envió el director de la Empresa VECCSA, con fecha 24/2/2017 mediante el cual informa a la Dirección del Hospital Curie que una vez finalizado el periodo de prórroga de la orden de compra N 414-11518-OC 16, decidieron discontinuar la modalidad de abono de mantenimiento del equipo de Cámara Gamma del hospital Curie debido a la dificultad para disponer de los repuestos necesarios ya que se trata de un equipo obsoleto.

El profesional mencionado a cargo del equipamiento informó que dada la antigüedad de los equipos y estado de los mismos, no se puede garantizar la certeza de los resultados, recomendando la baja y reposición de los mismos.

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gs. de la Ciudad de Bs. As.

Respuesta a Nota N° 281/17 AGCBA Dirección General de Coordinación Tecnologías y Financiamiento en Salud

Informa que la Ley N° 2543 Radiofísica Sanitaria en la Ciudad de Buenos Aires no se encuentra reglamentada

Informa que el personal del GCBA no realiza fiscalizaciones sobre los equipos, resultando gestionadas las acciones de reparación y mantenimiento con empresas del rubro.

c) División Medicina Nuclear (**Observación N°7**)

El servicio funciona en dos turnos. Mañana y tarde. Posee dos equipos de Cámara Gamma antiguos y obsoletos. Se cuenta con contrato (Licitación 414-1498 y 414-1497 LPU15 Empresa VECSA) para un servicio preventivo y correctivo. Hoy debe utilizarse, más o menos, día por medio. No se consiguen ya repuestos para los equipos y los arreglos que se realizan son parciales. Como consecuencia el funcionamiento del equipamiento tiene serias discontinuidades. Hace varios años que se solicita su recambio.

Las únicas dos médicas especialistas del Servicio han superado la edad jubilatoria.

Hay dos puestos de planta por concursarse, uno el de planta que la jefa de División anterior dejó vacante y el que dejó vacante una profesional fallecida en 2016.

Se realizan aquí todos los estudios habituales de medicina nuclear. Centellogramas, estudios de perfusión pulmonar, renal, cardíaca y tratamientos con Iodo radioactivo para patología tiroidea.

d) División Radioterapia (**Observación N°7**)

Unidad Alta Energía: Es el servicio de Radioterapia externa y funciona en tres turnos. Mañana, tarde y noche. Hasta las 20 hs. El turno mañana se inicia a las 6 hs.

Posee una bomba de Cobalto y un simulador para planificar tratamientos. Se cuenta con contrato (Licitación 414-1593 Empresa Invap S.A.) para un servicio preventivo y correctivo. Hasta el año 2014 se utilizaban dos bombas de cobalto. La que se desinstalo, había sido puesta en funciones en el año 1976. En ese Bunker actualmente está en funciones el equipo de Braquiterapia de Alta Tasa. Por Licitación 414-0383 –CDI16 se realiza cambio de fuente cada 4 meses y mantenimiento preventivo.

Solicitud de renovación de fuentes radioactiva del equipo de telecobaltoterapia: De fecha 25 de junio de 2015, se reitera el pedido mencionado con carácter de urgente dado que en diciembre de 2015 la actividad radioactiva caerá por debajo de determinados valores y que resulta imprescindible para el correcto funcionamiento del equipo. Con fecha 15 de septiembre de 2015 se reitera el pedido y el 25 de marzo de 2016 se solicita nuevamente dar trámite preferencial a fin de no incurrir en abandono de persona debido a la dilatación de los

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gs. de la Ciudad de Bs. As.

tratamientos teniendo en cuenta que este es una de los hospitales de la red que cuentan con esta prestación.

El Jefe de Departamento informó que con la evolución de la tecnología los estándares de tratamiento radiante han ido modificándose al punto tal que el tratamiento con cobaltoterapia ya no se utiliza en la mayor parte de los países industrializados..... “Se evalúa con mucho cuidado cada caso que concurre al servicio para tratamiento con terapia externa, para no quedar en situación de realizar una mala praxis haciendo un tratamiento con nuestra tecnología, cuando, en el entorno del hospital están a disposición tratamientos con tecnología moderna que ofrecen mejores resultados y menor toxicidad.” ...

Hoy se realizan aproximadamente 100 aplicaciones por día durante los tres turnos de atención. La mayor parte son tratamientos con criterio paliativo.

Actualmente el servicio deriva pacientes a tratamiento con Acelerador lineal para tratamientos radiantes 2D a CETRO a través de un convenio municipal que no genera al gobierno de la Ciudad costos adicionales.

La mayor parte de los pacientes deben ser derivados a tratamientos con Acelerador lineal para tratamientos radiantes 3D que se ha transformado en la últimas décadas en el estándar de la mayoría de las patologías oncológicas o a tratamientos radiantes con Intensidad Modulada IMRT. (Ver Ayudas Medicas)

El Jefe de Departamento Radiaciones en 2015 y 2016 elevó por nota a la Dirección del Hospital la solicitud de evaluar la adquisición del Programa tratamientos tridimensionales para el equipo de Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Hasta el presente el equipo realiza tratamientos bidimensionales utilizando para la planificación placas radiográficas convencionales. El paso hacia la técnica tridimensional llevará a la planificación de los tratamientos con imágenes Tomográficas o de Resonancias Nucleares Magnéticas.

Acelerador Lineal: (Observación N°1 y N°7)

Por Expte 1536493/11 el Htal Curie elevó un informe con una propuesta y proyecto de reequipamiento para el Depto Radiaciones como Centro de Referencia Oncológico del Sistema de Salud del Gobierno de la CABA. En 2013 se elevó una Nota del Subsecretario de Administración del Sistema de Salud a Dirección General de Recursos Físicos en donde solicita realizar centralizadamente la planificación correspondiente en el presupuesto 2014 e iniciar el proceso de licitación que permita inaugurar el servicio del acelerador lineal durante dicho año.

Unidad Curieterapia (Braquiterapia).

Alta Tasa de Dosis. El equipo fue instalado hace dos años aproximadamente, donado por la institución COAS, funciona en el turno de mañana.

Requiere la sincronización laboral de los médicos radioterapeutas entrenados en esta terapia asociado al técnico físico, ingeniero e instrumentador/a.

Actualmente el servicio cuenta con personal para cubrir un solo turno.

Baja Tasa de Dosis. Este es el sistema tradicional de braquiterapia que actualmente está siendo menos utilizado por las ventajas que ofrece la alta tasa con resultados terapéuticos similares.

Sin embargo continua siendo útil en muchos casos que hoy recibe el hospital. Son los casos que requieren que el tratamiento sea hecho en una sola aplicación prolongada con internación, en lugar de las usuales cuatro semanales que lleva el tratamiento con braquiterapia de Alta tasa sin internación para el cáncer ginecológico.

El servicio de braquiterapia cuenta con un plantel de enfermería propio que depende funcionalmente del Departamento de Enfermería y en el caso de necesidad son llamadas para otras funciones del hospital.

Sección Dosimetría. La sección dosimetría se encarga del control de los equipos, seguridad radiológica, cálculos de dosimetría de todos los tratamientos radiantes que se realizan en el departamento de radiaciones. No cuenta con equipamiento propio completo para todo lo que debe realizar. Debe pedir apoyo externo para cumplir con lo normatizado y exigido la Autoridad Regulatoria Nuclear.

Sección Coordinación Técnicos (Observación N°7)

Su responsable se encuentra a cargo desde el año 1995 y que formalmente se lo designó mediante Disposición N° 36-HMOMC-2009 con fecha 2/6/1999.

Su jornada laboral es de 8 a 12 hs.

En cuanto a la estructura depende de la Gerencia de Recursos Humanos y de él dependen los Coordinadoras de las áreas técnicas y los técnicos que conforman los respectivos servicios

Protección del personal y el uso de dosímetros.

Los técnicos expuestos a radiaciones y personal del servicio cuentan con dosímetro y recibe los informes mensuales de los mismos por la empresa que se adjudica a nivel central. De los informes dosimétricos año 2015-2016 se detectaron 2 técnicos y 2 administrativos irradiados con valores dentro del índice normal permitido **(Anexo Radiofísica Sanitaria)**

Empresas de Dosimetría: Constan informes dosimétricos del personal hasta junio del año 2015 realizados por la empresa De la Vega Vedoya S.H. y de agosto de 2015 en adelante por la empresa Nuclear Control.

En cuanto a los chalecos plomados, el hospital cuenta con chalecos plomados para protección del personal técnico y los técnicos los utilizan. (Cuentan con 4 chalecos plomados en quirófano, 1 en alta energía, 1 en medicina nuclear y 4 en radiodiagnóstico).

Respuesta a Nota Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, área de Radiofísica Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación

Se solicitó como autoridad de aplicación en el marco de la Ley N° 17.557/67, Decreto N° 6.320/68, Resoluciones y Disposiciones complementarias, para que

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gral. de la Ciudad de Bs. As.

informe si el Hospital Maríe Curie cuenta con Habilidadación del Servicio de Radiodiagnóstico y en qué estado se encuentran los equipos (inspecciones y/o habilitación de equipos de rayos x).

De lo requerido, se informó a esta auditoria mediante nota, que se encuentran en trámite general de habilitación las instalaciones de equipos de Rayos x del Hospital, original en curso en el área técnica de Radiofísica Sanitaria es el N° 2002-2817-97-9 y que conforme a las últimas instalaciones de reemplazo del mamógrafo cursa también el N° 2002-17699-12-3.

Que habiéndose emitido una nota por parte de la coordinación técnica del Hospital, con fecha 22/11/2016 para que se diera cuenta de haberse cumplimentado con lo requerido por inspección de esta Área de fecha de 2/5/2011, es que Radiofísica Sanitaria, detalla que conforme a una nueva evaluación realizada el 6/12/2012 y la última evaluación radiosanitaria efectuada el 29/12/2016, cuya copia autenticada acompañó a esta respuesta, establece que las instalaciones de los equipos de rayos x del servicio de radiología del hospital (Radiología simple, contrastada y mamógrafos) dieron cumplimiento a las indicaciones de mejora de blindajes observada en la inspección del 2/5/2011, encontrándose en condiciones de radioprotección conforme a la Ley N° 17.557, Decreto N° 6320/68 y Disposición N° 30/91.

Y que a los fines de optimizar la condición de radioprotección, se indicó complementar un blindaje en una puerta de acceso al equipo, lo cual no impide el normal uso del mismo y será verificada por inspección oportunamente y resta verificar en la próxima inspección en breve en fecha a definir, las indicaciones de optimización realizadas en la instalación del tomógrafo computado lo cual no impide su normal uso.

4. Equipamiento

Del relevamiento efectuado en las áreas seleccionadas (Departamento Quirúrgico, Radiaciones y Diagnóstico y Tratamiento) surgió la siguiente información obtenida de registros de patrimonio hospitalario, información y notas de reclamos de los servicios:

Los siguientes equipamientos tienen 20 años de antigüedad:

Cuadro 53

Equipo rayos x rodante con intensificador
Equipo rayos x rodante collimador
Cabina de flujo laminar vertical
Aparato espectrodesintógrafo con fuente de poder
Espectrofotómetro
Electrocardiógrafo
Aparato fibrocolonoscopio
Equipo de cámara gamma
Aparato cardiodesfibrilador c/ monitor y registrador

Monitor cardíaco mod.7831 ^a
Equipo de anestesia
Aparato vaporizador termocompensado calibrado
Monitor de cabecera mod. MCD-300/21
Monitor FC, Temp y apnea

Fuente: Listado Patrimonio HOMC

Los siguientes equipamientos tienen 15 años de antigüedad:

Cuadro 54

Sistema Nuclear detector de ganglio centinela mod. Europrobe
Electrocardiografo digital
Equipo simulador de radioterapia
Equipo de cobaltoterapia

Fuente: Listado Patrimonio HOMC

Equipamiento tercerizado – comodato

Cuadro 55

CANTIDAD	DESCRIPCION	MOTIVO	SECTOR
1	COAGULOMETRO mca STAGO, mod. START.	CONTRATACION DIRECTA N° 4346/SIGAF/09 O/C4346.-(BERNARDO LEW E HIJOS SRL)	HEMATOLOGIA
1	BT-3000-PLUS-N° SERIE-41080471-	LICITACION PUBLICA N°443/2009-O/C25761/09 (WIENER LABORATORIOS SAIC)	LABORATORIO
1	CELLDYN MODELO CELLDYN 3700-	LICITACION PUBLICA N°446/SIGAF/09. O/C N° 25752-09(DROGUERIA ARTIGAS S.A.)	LABORATORIO

Fuente: Listado Patrimonio HOMC

5. Ayudas Médicas (Observación N°9)

Generalidades:

- Las ayudas médicas se rigen por la Resolución N°158/SS/ 98.
- Es un procedimiento administrativo especial, para garantizar el derecho a la atención de un paciente sin cobertura social y residente en la Ciudad de Buenos Aires.

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gsai, de la Ciudad de Bs. As.

- Existe un fondo para Insumos y Prestaciones especiales para situaciones de excepción que surgen en los hospitales, que el mismo no puede brindar.
- El carácter de la prestación puede ser Urgente, Corto Plazo o Trámite programado.

Durante el 2015 se realizaron 47 radioterapias 3D y 24 PET; que representan el 87 % de las ayudas médicas que se llevan a cabo en el hospital

- La radiopotterapia 3D es un tratamiento y el PET (Tomografía de positrones) es un estudio diagnóstico, ambas prestaciones no las puede brindar actualmente el hospital, ya que no posee Acelerador Lineal y el equipamiento para el PET. Estas prestaciones se tercerizan a través de la modalidad de Contratación Menor. Actualmente se gestionan mediante el Programa BAC, Buenos Aires Compra.

Las ayudas médicas siguen el siguiente circuito:

- El profesional actuante efectúa la indicación diagnóstica y/o terapéutica, completa el formulario N°00234, de solicitud de la prestación y el carácter del trámite (urgente, corto plazo o programado),
- En el área de Prestaciones se efectúa la identificación de cobertura (Formulario N° 00235),
- El Servicio Social realiza una entrevista y se completa la historia social. El servicio le entrega al paciente una carta poder (formulario N° 00236),
- Se envía al Sector Compras y Contrataciones, una fotocopia de todos los formularios,
- El pedido sale de Servicio Social y pasa a Compras,
- Este sector pide 2 Presupuestos, luego pasa a Programación donde se hace la afectación preventiva y se fija que haya crédito.
- Se hace una Contratación Menor.
- El médico asesor mira las ofertas de menor a mayor, una vez que se hace el asesoramiento,
- El expediente vuelve a la oficina de Compras.
- En la Gerencia Operativa se encuentra el expediente en papel y en Sistemas.
- La empresa proveedora del servicio de tratamiento radiante y / o PET, entrega el remito,

- Tesorería emite el parte de recepción electrónico, seguido a lo cual el proveedor presenta la factura para luego cobrarla.

Procedimiento:

Seguimiento de los procesos implementados para las Ayudas Médicas de Radioterapia 3D y PET (Tomografía de positrones) durante el año 2015.

Objetivo:

1. Analizar los tiempos de demora de cada sector, que interviene desde que el médico indica el tratamiento hasta que el sector Compras emite la orden de compra.
2. Evaluar el cumplimiento de los circuitos formales requeridos para llevar a cabo la contratación menor (Ley de compras N°2095 art. 38 y concordantes. Modificatorias 4764 y Dto. Reglamentario 95/GCBA/14 que se gestiona bajo sistema Buenos Aires Compra –BAC-, en el marco de lo dispuesto por el art. 83 Ley de Compras y Contrataciones citada y su Dto. Reglamentario N° 1145/GCBA/09 para la contratación de tratamientos radiantes tridimensionales en concepto de Ayudas Médicas).

Para realizar el procedimiento se solicitaron y analizaron todos los expedientes de ayudas médicas del 2015, referidos a radioterapia 3D y PET.

En total se revisaron 71 expedientes, 47 pertenecientes al tratamiento de Radioterapia 3D y 24 al estudio diagnóstico PET. Se elaboraron 2 grillas con las siguientes variables:

Grilla N° 1: Terapia Radiante y PET

Tiempos de demora

- Nombre del paciente.
- N° expediente electrónico
- Indicación médica y fecha.
- Diagnóstico
- Intervención Servicio Social y fecha.
- Certificado de cobertura y fecha.
- Intervención compras y fecha.
- Envío de fax a empresas.

- Apertura y fecha.
- Asesoramiento médico.
- Disposición aprobatoria.
- Autorización de la prestación.
- Orden de compra, Número y fecha/ Inicio del tratamiento.
- Número de remito.
- Finalización tratamiento.

Grilla N° 2: Terapia Radiante y PET

Procedimiento de la compra abierta

- N° de paciente.
- N° contratación menor
- Empresas licitantes.
- Menor precio
- Cuadro comparativo
- Empresa adjudicataria
- Solicitud gasto: N° partida, concepto, precio unitario y precio total

Análisis y Resultados

Grilla N° 1

Terapia Radiante

La cantidad de pacientes registrados para la tramitación de las ayudas médicas (terapia radiante), asciende a 47. Del análisis de la gestión asistencial y administrativa surge que el tiempo utilizado desde que el médico indica el tratamiento hasta que el sector Compras emite la orden de compra fue un promedio por paciente de 59,82 días.

Cabe aclarar que este lapso de tiempo se da entre la fecha de la receta extendida por el médico con la indicación del tratamiento de terapia radiante y la fecha de la orden de compra, que se toma como parámetro para determinar el inicio del tratamiento, dependiendo del estado de salud de los pacientes.

Se aclara que una vez que se emite la orden de compra la empresa se hace cargo de citar al paciente, por lo cual no se puede determinar la fecha exacta de inicio de tratamiento.

El comienzo y la continuidad efectiva del tratamiento dependen del estado de salud actual del paciente.

Modalidad de pago:

- El paciente cada vez que recibe la prestación firma un remito.
- Finalizado el tratamiento, presenta dichos remitos en Tesorería del hospital.
- Tesorería emite el parte de recepción definitiva (PRD).
- El prestador debe presentar en el Centro Único de Pagos la factura y el PRD.
- Cada prestador posee una cuenta abierta en el Banco Ciudad.
- Tesorería del Ministerio de Hacienda transfiere el pago a la cuenta del prestador. La demora en el pago es de aproximadamente 3 meses, según lo expresó la Gerente Operativa del Hospital Curie.

Cuadro Resumen Ayudas Médicas por Patologías

Cuadro 56

Diagnóstico	Cantidad Pacientes
Cara Malar	1
Colon	1
Columna	1
Endometrio	1
Esófago	1
Lengua y Amígdala	1
Mama	26
Mediastino	2
Páncreas	1

Pelvis	1
Próstata	8
Próstata - Vesícula	1
Pulmón	1
Sin Dato	1
Totales	47

Fuente: Elaboración propia en base a información del Hospital (expedientes)

La patología de mayor prevalencia es la de cáncer de mama que representa el 55% del total de las terapias radiantes, seguida del cáncer de próstata que representa el 17%.

Tiempos de demora

Se han establecido tres intervalos de demora

- **Gestión Asistencial:** se refiere al tiempo que transcurre entre que el paciente recibe la indicación del tratamiento de Terapia Radiante hasta que el expediente ingresa en la sección Compras.
- **Gestión administrativa:** se refiere al tiempo que demora el expediente desde que ingresa a la Sección Compras hasta la fecha de emisión de la orden de compra.
- **Gestión total:** Se refiere al tiempo de demora desde la fecha de indicación del tratamiento a la fecha de emisión de la orden de compra.

Gestión Asistencial

Cuadro 57

Intervalo Demora Asist.	G.	Cantidad Pacientes	Porcentaje
0 a 15		41	87,23%
16 a 30		2	4,26%
31 a 50		4	8,51%
		47	100,00%

En este proceso el paciente concurre al Médico Especialista, a Servicio Social y a Prestaciones.

El 87,23% de los pacientes (41) tuvo una demora en la gestión asistencial entre 0 y 15 días. Cabe aclarar que en 20 pacientes la demora fue de 0 a 5 días.

La cantidad de pacientes (6) que demoran en recibir la prestación entre 16 y 50 días, no resulta significativa. En estos casos, fueron los pacientes los que se atrasaron en realizar el trámite.

Se observa que el circuito de la gestión asistencial, se realiza en un tiempo adecuado.

Gestión Administrativa

Cuadro 58

Intervalo Demora G. Adm.	Cantidad Pacientes	Porcentaje
20 a 50	27	57,45%
51 a 80	18	38,30%
81 a 110	2	4,26%
	47	100,00%

En el sector Compras se inicia el expediente administrativo. En esta etapa se verifica el cumplimiento de los pasos formales de la Contratación Menor elegida como modalidad de compra.

El 57,45% de los pacientes (27) tuvo una demora en la gestión administrativa de 20 a 50 días.

El 38,30% de los pacientes (18) tuvo una demora en la gestión administrativa de 51 a 80 días.

Se observa que el cumplimiento de los pasos que exige esta etapa, implica el mayor tiempo de demora de toda la gestión.

Gestión total

Cuadro 59

Intervalo Demora Total	Cantidad Pacientes	Porcentaje
25 a 60	26	55,32%
61 a 90	18	38,30%
91 a 120	3	6,38%
	47	100,00%

El 55,32% de los pacientes (26) tuvo una demora en la gestión total de 25 a 60 días.

El 38,30% de los pacientes (18) tuvo una demora en la gestión total de 61 a 90 días.

Grilla N°2: Terapia Radiante

Evaluar los procedimientos de la Contratación Menor

De las 47 Ayudas Médicas vistas, se ha verificado y constatado el cumplimiento de los requisitos formales, según las pautas normativas referentes a la modalidad de compra de la contratación menor de tratamientos radiantes tridimensionales.

Se realizan contrataciones menores para los tratamientos radiantes y PET dado que no hay exactitud, respecto a la cantidad de pacientes que necesitarán dichas prestaciones. Como así también del tipo de tratamiento, ya que se define de acuerdo a la patología de cada paciente.

Las licitaciones públicas se realizan en un marco general, mientras que las contrataciones menores son individuales, dado la especificidad de los tratamientos.

Cuadro de Ayudas Médicas según Empresa y Costo de los Tratamientos- Año 2015

Cuadro 60

Empresa	Costo	Cantidad de Contratación de tratamientos
Total Fleming	752.300	19
Total Ceditrin	575.600	14
Total Mevaterapia	551.900	13
Total CDT	37.400	1
Total Tto Radiante 3D	1.917.200	47

Fuente planilla de ayudas médicas entregadas por el hospital (expedientes)

Se aclara que el monto varía de acuerdo al tipo de tratamiento requerido. El tipo de radiación que se administra depende del tipo de cáncer, de su ubicación, de la profundidad en el cuerpo a donde se necesita que llegue la radiación, de la salud en general del paciente y su historial médico. También responde a otros factores, como por ejemplo si el paciente debe recibir otros tipos de tratamiento para el cáncer.

El monto que se abonó durante el año 2015, por 47 contrataciones de tratamiento de terapias radiantes fue de \$. **1.917.200**

La empresa Radiation Oncology (Fleming) fue la que realizó la mayor cantidad de terapias radiantes. En total fueron 19 por un monto de \$ 752.300

Representa el 39,25% de lo abonado.

La empresa Ceditrin realizó 14, por un monto de \$ 575.600. Representando el 30 % de lo abonado.

La empresa Mevaterapia realizó 13, por un monto de \$ 551.900. Representando el 28,78% de lo abonado.

La gerente operativa informó que las empresas que brindan la prestación en el mercado son las siguientes:

- Ceditra Terapia Radiante,
- R.T.A. Fleming,
- Mevaterapia,
- C.D.T. Centro Esp. en Terapia Radiante,
- Vidt Centro Médico,
- Ceditrin.

El hospital a través de la modalidad de compra elegida (contratación menor) convoca a dichas empresas, que deben estar inscriptas en el registro de prestadores de la Ciudad.

No todas las empresas se presentan dada la demora en el pago de la prestación y a que algunas no actualizan la inscripción en el mencionado Registro.

PET

La cantidad de pacientes registrados para la tramitación de las ayudas médicas (PET), asciende a 24. Desde que el médico indica el estudio hasta que el sector Compras emite la orden de compra se obtuvo como resultado un promedio por paciente de 75,71 días.

Este lapso de tiempo se da entre la fecha de la receta extendida por el médico con la indicación del estudio y la fecha de la orden de compra, que se toma como parámetro para determinar la fecha estimada de realización del estudio, dependiendo del estado de salud de los pacientes.

La realización del estudio depende del estado de salud actual del paciente.

Se aclara que una vez que se emite la orden de compra, la empresa se hace cargo de citar al paciente.

No todas las empresas se presentan dada la demora en el pago de la prestación y a que algunas no actualizan la inscripción en el Registro de Prestadores de la Ciudad.

Modalidad de pago:

- El paciente cuando recibe la prestación firma un remito.
- Éste es presentado en Tesorería del hospital,
- Tesorería emite el parte de recepción definitiva (PRD),
- El prestador debe presentar en el Centro Único de Pagos la factura y el PRD.
- Cada prestador posee una cuenta abierta en el Banco Ciudad.
- Tesorería del Ministerio de Hacienda transfiere el pago a la cuenta del prestador. La demora en el pago es de aproximadamente 3 meses, según lo expresó la Gerente Operativa.

La gerente operativa informó que las empresas que brindan la prestación en el mercado, son las siguientes:

- Fundación Centro de Diagnóstico Nuclear,
- TCBA (Fundación Jaime Roca),
- Investigaciones Vasculares Diagnóstico y Tratamiento Endovascular,
- Cemic,
- Diagnóstico Maipú,
- Megared Corp. S.A. (TMAXE),
- Fleming,
- Geniba.

Cuadro de Ayudas Médicas PET según Empresa y Costo de los Tratamientos. Año 2015

Cuadro 61

Empresa	Costo	Contratación de tratamiento
TOTAL FLEMING	104.000	10
TOTAL GENIBA	30.000	6
TOTAL FUNDAC. CENTRO DIAG. NUCLEAR	26.600	7
TOTAL FUNDAC. CENTRO DÍA	3.500	1
TOTAL PET	164.100	24

Fuente planilla de ayudas médicas entregadas por el hospital (expedientes)

El monto que se abonó durante el año 2015, por 24 contrataciones del estudio diagnóstico PET fue de \$164.100

La empresa Radiation Oncology (Fleming) fue la que realizó la mayor cantidad de estudios. En total fueron 10 por un monto de \$ 104.000.

Representa el 63,38 % de lo abonado.

La empresa Geniba S.R.L. realizó 6, por un monto de 30.000, representando un 18,28% de lo abonado.

La empresa Fundación Centro de Diagnóstico Nuclear realizó 7, por un monto de 26.600, representando un 16,21% de lo abonado.

Tiempo de demora

Se han establecido tres intervalos de demora

- **Gestión Asistencial:** se refiere al tiempo que transcurre entre que el paciente recibe la indicación del PET hasta que el expediente ingresa en la sección Compras.
- **Gestión administrativa:** se refiere al tiempo que demora el expediente desde que ingresa a la Sección Compras hasta la fecha de emisión de la orden de compra.
- **Gestión total:** Se refiere al tiempo de demora desde la fecha de indicación del estudio antes mencionado a la fecha de emisión de la orden de compra.

Gestión Asistencial

Cuadro 62

Intervalo Asist.	Demora	Cantidad Pacientes	Porcentaje
0 a 15		20	83,33%
16 a 30		2	8,33%
31 a 50		2	8,33%
		24	100,00%

En este proceso el paciente concurre al Médico Especialista, a Servicio Social y a Prestaciones.

El 83,33% de los pacientes (20) tuvo una demora en la gestión asistencial entre 0 y 15 días. Cabe aclarar que en 12 pacientes la demora fue de 0 a 5 días.

La cantidad de pacientes (4) que demoran en recibir la prestación entre 16 y 50 días, no resulta significativa. En estos casos se observa que fueron los pacientes que se atrasaron en la realización del trámite.

Se observa que el circuito de la gestión asistencial, se realiza en un tiempo adecuado.

Gestión Administrativa

Cuadro 63

Intervalo Adm.	Demora	Cantidad Pacientes	Porcentaje
35 a 70		15	62,50%
71 a 100		8	33,33%
101 a 130		1	4,17%
		24	100,00%

En el sector Compras se inicia el expediente administrativo. En esta etapa se verifica el cumplimiento de los pasos formales de la Contratación Menor elegida como modalidad de compra.

El 62,50% de los pacientes (15) tuvo una demora en la gestión administrativa de 35 a 70 días.

El 33,33% de los pacientes (8) tuvo una demora en la gestión administrativa de 71 a 100 días.

Se observa que el cumplimiento de los pasos que exige esta etapa, implica el mayor tiempo de demora de toda la gestión.

Gestión Total

Cuadro 64

Intervalo Total	Demora	Cantidad Pacientes	Porcentaje
35 a 70		11	45,83%
71 a 100		11	45,83%
101 a 130		2	8,33%
		24	100,00%

El 45,83% de los pacientes (11) tuvo una demora en la gestión total de 35 a 70 días.

El 45,83% de los pacientes (11) tuvo una demora en la gestión total de 71 a 100 días.

6. Sección Salud Mental

La sección está cargo de una profesional Médica Psiquiatra desde 2004.

Dos Psiquiatras se ocupan de la admisión de pacientes y los psicólogos atienden pacientes y realizan entrevistas dirigidas en psico profilaxis

Los tratamientos psicoterapéuticos están orientados a esclarecer los efectos colaterales de los tratamientos

Aquellos pacientes que son dados de alta continúan el tratamiento psicológico cuando vienen a los controles.

Recursos Humanos

Jefa de Sección

6 Licenciados en Psicología

3 Psiquiatras

Prestaciones

Todas las prestaciones están dirigidas al paciente oncológico y su familia, realicen o no el tratamiento oncológico en este hospital

- Admisión Psicoterapia
- Admisión Psicoprofilaxis
- Psicoterapias Individuales
- Psicoprofilaxis Quirúrgica
- Psicoprofilaxis en Quimioterapia
- Psicoprofilaxis en Terapias radiantes
- Interconsultas en Salas de Internación
- Abordajes familiares
- Psicofarmacoterapia
- Supervisiones a otras instituciones

Certificados de Salud Mental (para los pacientes oncológicos, incluye confección de certificados de discapacidad, con la elaboración del perfil neuropsicológico y MMPIII en el caso que sea pertinente)

La psicoprofilaxis no es por demanda espontanea, sino que está incorporada a la hoja de ruta que debe realizar el paciente a su ingreso al hospital a los fines de intervenir sobre el proceso de adaptación a la enfermedad del paciente oncológico, y ocasionalmente su entorno

Se abordan problemáticas psicológicas o trastornos psiquiátricos de tipo orgánico derivados de la enfermedad, del tratamiento o de las intervenciones diagnósticas.

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gsrl. de la Ciudad de Bs. As.

7. Departamento de Enfermería

El Subgerente Operativo está a cargo desde el 2013.

Franjas horarias que cumple el personal:

Lunes a viernes

6-10 HS A 22-06

10-14 HS B22-06

14-18HS

18-22HS

Sábados Domingos y Feriados

6-14 Hs.

14-22 Hs.

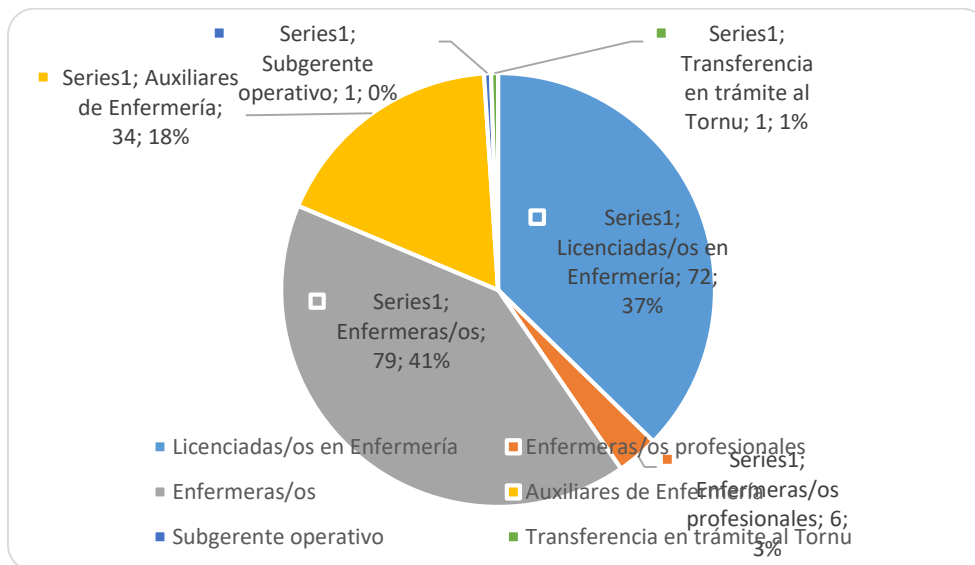
22-06 Hs.

En el Hospital se desempeñan en total 193 enfermeros:

Cuadro 65

Licenciadas/os en Enfermería	72
Enfermeras/os profesionales	6
Enfermeras/os	80
Auxiliares de Enfermería	34
Subgerente operativo	1
Transferencia en trámite al Tornu	1
Total	193

Fuente: Elaboración propia en base a información HOMC



Fuente: Elaboración propia en base a información HOMC

De acuerdo a lo establecido en Resolución 194/95 que regula la organización y funcionamiento de enfermería, la relación que se considera aceptable en cuanto a composición del plantel es 3% Enfermeros Profesionales y 37% Auxiliares de Enfermería. En el caso del Hospital Curie los porcentajes suman 41% Enfermeros Profesionales y Licenciados y un 18% de Auxiliares de Enfermería.

El Subgerente Operativo de Enfermería presento en 2016 el siguiente requerimiento de Recurso Humano

Relación entre dotación necesaria, dotación actual y déficit.

Cuadro 66

Servicio	Dotación Necesaria	Dotación Actual	Déficit
Clínica Hombres	59	44	15
Clínica Mujeres	57	45	12
Cirugía hombres	32	22	10
Cirugía mujeres	45	26	19
UTI	29	16	13
Curiterapia	12	8	4
Hospital de Día	12	9	3
Guardia	19	7	12
Consultorios externos	22	16	6
Totales	287	193 *	94

* un agente en transferencia

Fuente: informe Subgerencia Operativa de Enfermería – año 2016-

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Gs. de la Ciudad de Bs. As.

Módulos de enfermería año 2016 (Observación N°5)

Cruce entre el horario habitual y la realización de módulos

Del personal que realizó 20 módulos los meses de Febrero, Mayo, Agosto y Noviembre. se seleccionó de cada mes el primero de la lista con un intervalo de cada tres personas hasta llegar a una muestra de diez.

Por otro lado, se relevó el horario laboral para poder conocer la totalidad de horas realizadas durante el mes.

El departamento de enfermería contabiliza los módulos realizados por el personal del día 21 al 20 del mes siguiente. Para poder establecer las horas realizadas durante el mes se tomaron los días correspondientes a los meses de la muestra.

De los listados de Modulos (seleccionados por cumplir 20 por mes) se sumaron las horas habituales de trabajo obteniendo en la columna final el total de horas trabajadas durante el mes. Se verificó de este modo que se excedían en la cantidad de las horas establecidas por la normativa.

Hay casos en los que figuran con 0 horas realizadas de módulos, en esos casos son módulos que se realizaron meses anteriores y fueron acumulados.

Mes de Febrero

Cuadro 67

Mes de Mayo

Cantidad de módulos	Días laborales	Horario	Horas semanales	Horas de módulos	Horas totales Hs. Sem. + Hr. Mod.
20	Sábados, Domingos y Feriados	22:00 a 06:00	80	36	116
20	Lunes a Viernes	22:00 a 06:00	152	24	176
20	Lunes a Viernes	22:00 a 06:00	152	32	184
20	Lunes a Viernes	14:00 a 18:00	76	40	116
20	Lunes a Viernes	10:00 a 14:00	76	16	92
20	Sábados, Domingos y Feriados	22:00 a 06:00	80	36	116
20	Lunes a Viernes	10:00 a 14:00	76	32	108
20	Lunes a Viernes	08:00 a 12:00	76	24	100
20	Lunes a Viernes	14:00 a 18:00	76	4	80
20	Sábados, Domingos y Feriados	14:00 a 22:00	80	8	88

Cuadro 68

Cantidad de módulos	Días laborales	Horario	Horas semanales	Horas de módulos	Horas totales Hs. Sem. + Hr. Mod.
20	Sábados, Domingos y Feriados	22:00 a 06:00	80	0	80
20	Lunes a Viernes	08:00 a 12:00	84	40	124
20	Lunes a Viernes	22:00 a 06:00	168	0	168
20	Sábados, Domingos y Feriados	14:00 a 22:00	88	40	128
20	Lunes a Viernes	10:00 a 14:00	84	24	108
20	Lunes a Viernes	10:00 a 14:00	84	44	128
20	Sábados, Domingos y Feriados	22:00 a 06:00	80	0	80
20	Lunes a Viernes	10:00 a 14:00	84	16	100
20	Sábados, Domingos y Feriados	10:00 a 14:00		Los módulos fueron realizados en la gerencia operativa	
20	Lunes a Viernes	14:00 a 18:00	84	20	104

Mes de agosto

Cuadro 69

Cantidad de módulos	Días laborales	Horario	Horas semanales	Horas de módulos	Horas totales Hs. Sem. + Hr. Mod.
20	Lunes a Viernes	06:00 a 10:00	88	0	88
20	Lunes a Viernes	08:00 a 12:00	88	0	88
20	Sábados, Domingos y Feriados	06:00 a 14:00	72	24	96
20	Lunes a Viernes	14:00 a 18:00	88	16	104
20	Lunes a Viernes	22:00 a 06:00	176	32	208
20	Lunes a Viernes	06:00 a 10:00	88	24	112
20	Lunes a Viernes	06:00 a 10:00	88	40	128
20	Lunes a Viernes	06:00 a 10:00	88	8	96
20	Lunes a Viernes	10:00 a 14:00	88	20	108

Mes de Noviembre

Cuadro 70

Cantidad de módulos	Días laborales	Horario	Horas semanales	Horas de módulos	Horas totales
20	Lunes a Viernes	06:00 a 10:00	84	40	124
20	Lunes a Viernes	22:00 a 06:00	168	0	168
20	Lunes a Viernes	06:00 a 10:00	84	24	108
20	Lunes a Viernes	14:00 a 18:00	84	0	84
20	Lunes a Viernes	22:00 a 06:00	168	16	184
20	Lunes a Viernes	06:00 a 10:00	84	20	104
20	Lunes a Viernes	08:00 a 12:00	84	36	120

20	Sábados, Domingos y Feriados	06:00 a 14:00	72	16	88
20	Lunes a Viernes	22:00 a 06:00	168	32	200
20	Lunes a Viernes	08:00 a 12:00	84	20	104

8. Residuos Patogénicos (Observación N° 10)

A fin de relevar la gestión de los residuos patogénicos y líquidos peligrosos en el Hospital María Curie se seleccionó el Servicio de Laboratorio como objeto de auditoría. La elección del servicio se fundó en la accesibilidad del mismo, comparado con el quirófano del hospital que se encuentra en actividad constante. Como así también que en dicho Servicio de Laboratorio se manipula material cortopunzante y patogénico.

El 26 de diciembre de 2016 se efectuó un relevamiento “in situ”, con el objeto de establecer si la gestión de los residuos patogénicos y líquidos peligrosos, se ajustaba a la normativa vigente. Para realizar el procedimiento, se utilizó un modelo de grilla realizado por este equipo de auditoría y ajustado al marco normativo vigente para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Hospital cuenta con un Comité de Residuos, que depende directamente de la Dirección del Hospital Curie. Se reúne periódicamente. Sus representantes para las cuestiones administrativas y de gestión son las Instrumentadoras. Su sede de trabajo (Del Comité), se encuentra en el sub suelo del Hospital en el área de mantenimiento. Llevan un libro de actas rubricado en el cual se registran: las reuniones, las contingencias, los retiros de residuos patogénicos y líquidos peligrosos, entrega de insumos como bidones, etc.

Resultados del procedimiento (Observación N°10)

Almacenamiento primario: Se observó en primer lugar que el servicio de laboratorio cuenta con 8 descartadores plásticos y 1 de vidrio los cuales se encuentran en las mesas de extracción, limpios y son usados correctamente. En dicho procedimiento se informó a este equipo de auditoría, la necesidad de contar en el servicio de Laboratorio con descartadores más pequeños para maletín para realizar prácticas en las salas y en la guardia del Hospital. (Descartadores más pequeños, transportables, tema que el Comité de Residuos está intentando solucionar con la empresa de mantenimiento y limpieza para determinar si están en el mercado y en el contrato). En cuanto al almacenamiento primario: se observó que los residuos sólidos urbanos son descartados en bolsa roja. (En los cestos de bolsa roja del servicio se encontró papeles y otros residuos domiciliarios o comunes) Solo se observa en el servicio un solo cesto con bolsa negra. En cuanto al tamaño de las bolsas de residuos color rojo

(Residuos patogénicos) se verifica que las mismas son finas y no son opacas. En cuanto a los residuos líquidos peligrosos, se observa que los bidones para su recolección son plásticos y con tapa como lo establece la normativa.

Las Bolsas Rojas destinadas a la recolección de residuos patogénicos no cumplen con la normativa vigente en cuanto su gramaje. Decreto N° 706/GCABA/05. Art. N° 15. Modifica Decreto Reglamentario de la Ley N° 154. Decreto N° 1886/GCABA/01. Manual de Gestión de Residuos patogénicos.

El Comité de Residuos entregó copia del plan de gestión de residuos de la empresa de limpieza, listado del personal afectado a la tarea de recolección de residuos patogénicos y líquidos peligrosos, copia de la constancia de capacitación del personal en materia de higiene y seguridad en el trabajo conjuntamente con las copias de los certificados de vacunas aplicadas. Copia de contrato de afiliación "Asociart" aseguradora de riesgo de trabajo contrato N° 305193, 1/4/2016 con la nómina del personal cubierto. Se verificó que todo el personal afectado a las tareas de gestión de residuos patogénicos y líquidos peligrosos se encuentran comprendidos en dicha póliza.

Almacenamiento Intermedio: Se verificó luego de una recorrida ocular, la existencia de almacenamiento intermedio en un pasillo del subsuelo cercano a laboratorio y si bien se encontró en un carro tapado, limpio, con ruedas y la leyenda "patogénicos", no cumple con los requisitos de la Ley N° 154 y ley N° 24.051 respecto de su accesibilidad e identificación.

En cuanto al procedimiento de gestión del personal de la empresa (Trasporte interno),

Este equipo de auditoría, conjuntamente con las representantes del comité de residuos y el representante de la empresa de limpieza, realizó el seguimiento del personal de limpieza afectado al retiro de los residuos patogénicos en las salas del piso 3.

Se determinó luego de la inspección ocular, que en lo que respecta a los contenedores, los mismos son plásticos, se encuentran limpios, son de tamaño grande y tienen las cuatro ruedas. Asimismo tienen tapa y la identificación reglamentaria, logo.

Las bolsas en su interior se encuentran cerradas con precintado pero no cuentan con el rotulado respectivo.

El personal de la empresa de limpieza, afectado a la gestión de retiro de los residuos patogénicos, no rotula las bolsas rojas por lo tanto no se puede determinar de que servicio provienen. Ley N° 154. Art. 26.

En cuanto a su traslado, si bien cuentan con un ascensor exclusivo para residuos patogénicos, con una señalética en la pared que determina horarios de uso para del traslado exclusivo de residuos patogénicos, los mencionados son trasladados por otros ascensores y no se realiza el lavado luego del circuito prefijado en los ascensores.

Por lo tanto el circuito no se encuentra pre fijado.

En cuanto al equipo de protección:

-El personal no utilizó los guantes adecuados, no utiliza botas ni antiparras. Si contaba en su oportunidad con barbijo y delantal impermeable. Estas observaciones fueron realizadas a la empresa de limpieza, la cual exhibió en su depósito a este equipo de auditoría: los guantes, botas, antiparras y barbijos que fueron requeridos y se comprometió en que se realizaría una charla nuevamente con el equipo de limpieza para la concientización del manejo de residuos.

El personal de limpieza afectado a la recolección de residuos patogénicos, no cumple con las medidas de bioseguridad en la práctica de retiro y transporte de los mismos. No utilizan la indumentaria adecuada y elementos de protección.

Decreto N° 1886/01. Artículo 7° Agrégase como Anexo II el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos. Bioseguridad.

Almacenamiento Final:

a) **El local de acopio de residuos líquidos peligrosos:** al momento de la auditoria se encontró cerrado con llave. Cuenta con un logo y señalética en su puerta de acceso y la misma siempre se encuentra bajo llave. Posee ventilación, matafuegos, arena y piedras para aplicar el plan de contingencia en caso de derrame. Rejillas para el lavado de pisos.

En su interior, cuenta con estantes individuales para el depósito de los bidones, los cuales se encontraron al momento de la auditoria cerrados y rotulados, uno al lado del otro en su correcta capacidad de llenado como lo establecen las leyes vigentes.

b) **El local de acopio de Residuos Patogénicos:** se lo encontró cerrado con llave al momento de la auditoria. Con la señalética y logo respectivo, no cuenta con superficies de fácil lavado y su piso es poroso y sin pendiente para el lavado. Tiene rejilla. Cuenta con pileta de lavado de manos.

Se encontraron ocho contenedores de residuos patogénicos sin tapas y sin señalética.

No cuentan con luz germicida.

Al momento de la auditoría se encontró una balanza para el pesaje y fue reemplazada por una eléctrica posteriormente.

La accesibilidad de los mismos, no es buena. Se encuentran en un patio externo del hospital en los jardines y los carros deben cruzar un parque para llegar a los mismos.

Se hallaron en dicho patio contiguo tres contenedores de residuos domiciliarios abiertos.

El Local de acopio de los Residuos patogénicos no cumple con lo estipulado por Ley N° 154/99. Art. 23 - Local de acopio. Decreto Reglamentario N° 1886/01.

Los Certificados de aptitud ambiental del hospital María Curie

El Certificado de Aptitud Ambiental como Generador de Residuos Patogénicos tiene vigencia por dos (2) años. Para su renovación debe presentar, dentro de los treinta (30) días anteriores a su vencimiento una declaración jurada que indique si continúa la actividad en las mismas condiciones o si se realizaron modificaciones. Debe adjuntar también la documentación vencida que necesite actualización.

<http://www.buenosaires.gob.ar/tramites/residuos-patogenicos>

El certificado de gestión de residuos peligrosos tiene vigencia por 2 años. Para su renovación debe presentar, dentro de los 30 días anteriores a su vencimiento, el formulario de renovación y toda la documentación que se encuentre vencida o deba ser actualizada. Presentar formulario para la renovación de su Certificado de Gestión de Residuos Peligrosos acompañando toda aquella documentación que haya perdido vigencia.

<http://www.buenosaires.gob.ar/agenciaambiental/residuos-peligrosos-caba>

Ley N° 154. Art. 14. Decreto Reglamentario N° 1886/01. Ley N° 2214/06 Art. 12/16. Decreto Reglamentario N° 2020/07:

Los Certificados de aptitud ambiental como generador del Hospital Curie, se encuentran vencidos y se instaron los trámites en APRA desde el año 2015 para residuos patogénicos (Exp. 2015-04698578) y para residuos líquidos peligrosos (Exp. 2015-04395026).²

Desde el año 2014 el Comité realizó sus gestiones internas en el Hospital Curie para que el mismo pueda inscribirse como generador de residuos. Consta en copia de notas entregadas a este equipo de auditoría con fecha 20/07/2015.

Tratamiento de los residuos:

La cantidad de kilos de **residuos patogénicos** producidos por el Hospital Curie, según constan en las planillas de retiro exhibidas a este equipo de auditoría para el año 2015 fue de 8366 kilos.

En lo que respecta a **Líquidos Peligrosos** (Y6 desechos disolventes orgánicos Y16 desechos de productos fotográficos) se puede establecer respecto de su producción para el mismo periodo (2015), según los datos informados por el comité, se registraron los siguientes valores de producción que se detallan a continuación:

-Febrero: Y 6, 70 kg Y16 450kg

-Marzo: Y 6 50 kg Y16 140kg

-Mayo Y6 100kg Y16 450kg

² En el 2016 la APRA requirió documentación para la consecución del trámite y el Hospital remitió al Ministerio de Salud la información solicitada a esos efectos.

-Julio Y6 150kg Y16 300 kg
 -Septiembre Y6 150kg Y 16 320kg
 -Diciembre Y 6 330kg. Y 16 660kg

Se verificaron y cotejaron la existencia de los originales de los certificados de tratamiento de residuos patogénicos y líquidos peligrosos emitidos por la Empresa Soma S.A. (Ubicación de planta de tratamiento en Australia Norte 1137, Talar de Pacheco. Prov. De Buenos Aires)

Todos los certificados acompañados con la firma del responsable técnico Lic. Claudio Vessuri.

Se puso a disposición de esta auditoría los manifiestos de transporte y certificados de tratamiento conjuntamente con las planillas únicas de registro diario del residuo patogénico y los remitos de la empresa Soma S.A. para el periodo 2015. Tomándose en conocimiento y verificándose el circuito administrativo correspondiente y de los manifiestos de transportes.

Detalle de los Remitos y kilos retirados:

Remito Nº 01-08027475. 31/01/2015- 963 kilos Patogénicos

01-00022787. 28/2/2015 -976 k

01-00028580. 31/03/2015- 1.121 k

01-00028831. 30/04/2015-1.136 k

01-00028979 31/05/2015 1.043k

01-00029040 30/06/2015 829k

01-00029502 31/7/2015 949 k

01-00029700 31/08/2015 623k

01-00029750 29/09/2015 810 k

01-00029831 31/10/2015 621k

01-00030029 30/11/2015 714k

01-00030094 31/12/2015 568k

Se detalla a continuación los hallazgos de auditoría:

Se coteja la planilla de retiro mensual que por el servicio de recolección transporte y tratamiento y disposición final de los residuos patogénicos generados mes por mes con el remito de la empresa y se detectaron diferencias en los kilos retirados y tratados para los meses de marzo y julio. (Existen diferencias en otros meses pero poco significativas)

Si bien en el periodo auditado (Año 2015) el Hospital Curie, cumple con el tratamiento ambiental de los residuos patogénicos y líquidos peligrosos. Se observa una diferencia entre los kilos de residuos patogénicos generados con los retirados por la empresa.

A continuación se detallan kilos producidos por mes y kilos retirados según consta en remitos relevados.

Periodo 2015:

En el mes de enero fueron producidos 963 kilos de residuos y retirados 964. (1 kilo poco significativo para una observación que incluso favorece al hospital). La cuenta final da planilla diaria 964.

Para febrero se generó según planilla de registro diario 978 kilos de residuos y fueron retirados 976. (2 kilos en diferencia)

Para marzo el hospital produjo 1100 kilos de residuo y según remito fueron retirados 1.121 kilos. **(Observación N° 10)-**

En abril de 2015, se produjeron 1.142 kilos de residuo y fueron retirados 1043.

En mayo se produjeron 1043 kilos de residuo y fueron retirados 1043.

En junio se produjeron 829 kilos de residuo y fueron retirados por remito 829.

En julio fueron producidos 907 kilos de residuo y fueron retirados por remito 949 kilos – **(Observación N° 10).**

En agosto fueron producidos 623 kilos de residuo y fueron retirados 623.

En septiembre fueron producidos 808 kilos de residuos y fueron retirados 810.

En octubre fueron producidos 620 y retirados 621 kilos de residuo

En noviembre 724 kilos de residuos producidos y fueron retirados 714 kilos. (Se llevaron 10 kilos menos o fue un error de tipeo). **(Observación N°10)**

En diciembre fueron producidos 558 kilos de residuo y fueron retirados 568 kilos- **(Observación N°10).**

Se detectaron diferencias entre los kilos de residuos patogénicos producidos por el hospital, con los referidos por la empresa de retiro, transporte y tratamiento. Ley N° 154/99. Art. 40. Ley 24.051

En cuanto a los Líquidos peligrosos producidos en el Hospital Curie, fueron retirados en el año 2015 por la empresa Traeco.

Actualmente, son retirados para su tratamiento ambiental (año 2016) por Traeco los caratulados como Y16 Desechos resultantes de la producción, preparación y utilización de productos químicos y materiales para fines fotográficos y los Y6 Desechos resultantes de la producción, la preparación y la utilización de disolventes orgánicos. y los Y3 (Desechos de medicamentos y productos farmacéuticos para la salud humana y animal. son retirados por Soma S.A.

Observaciones

Observación N° 1)

Requerimiento de Expedientes: Licitación Pública N° 71 SIGAF/14. Y Licitación N° 596/05. A la DGRF:

- a) No se facilitó la vista a los Expedientes requeridos por Nota.
- b) La información enviada no estaba foliada



- c) Los Expedientes contenían duplicidad e información inconsistente lo cual imposibilitó el correcto análisis de las licitaciones.

Observación N° 2)

No se recibió respuesta a los requerimientos elevados a Subsecretaría de Atención Hospitalaria de Expediente N° 1536493/2011 y de Expediente N° 06876587/2014 que tratan sobre el tema de provisión y puesta en funcionamiento de un Acelerador Lineal para el Hospital Marie Curie.

Observación N° 3:

En el período 2015, el porcentaje de ejecución correspondiente a la partida 4.2.1 Puesta en Valor es del 54.95%. El Saldo No Utilizado asciende a \$ 6.558.267,65, importe que representa un 45% del Crédito Vigente.

Observación N° 4) Metas Físicas

Se observó un desvío significativo durante el primer trimestre de 2015 (17% menos de lo programado) . Durante los cuatro trimestres correspondientes al período 2015, se evidenció que lo programado superó a lo ejecutado

Observación N° 5) Recursos Humanos

- a. Del cruce de la información recibida (Planillas Suplemento Guardias) y de la Base de Datos de personal se verificó que la reducción horaria determinada en la Ordenanza 14.838/58 no se aplica según lo establecido. Se verificó que profesionales y técnicos realiza mayor cantidad de horas que las establecidas.
- b. Enfermería: Del cruce de la información recibida y de la Base de Datos de personal 2015 se verificó que la reducción horaria establecida por la aplicación de la Ordenanza 14.838/58 quedo vulnerada dado que el personal realiza mayor cantidad de horas que las establecidas.

Observación N° 6) Quirófanos

- a. En el período auditado funcionaban dos de los tres quirófanos por carecer de Mesa de Anestesia
- b. Falta de registro informatizado que facilite el acceso a información pertinente de las intervenciones quirúrgicas
- c. Suspensión de cirugías: Del total de 445 Intervenciones Quirúrgicas programadas (meses de febrero, mayo, agosto y noviembre), se realizaron 395 intervenciones. Del total de 50 intervenciones suspendidas 26 (5.84% de las intervenciones quirúrgicas programadas) fueron por motivos atribuibles al efector auditado: 13 por Horario Equipo Quirúrgico,

8 por falta de cama, 2 por falta de equipamiento (Rotura Arco en "C" y falta de Ecógrafo), 1 falta de sangre , 1 falta de camillero y 1 falta HC.

Observación N° 7) Equipamiento

- a. De información recibida desde la Dirección General de Coordinación Tecnologías y Financiamiento en Salud los siguientes equipamientos del Htal. Curie se encuentran obsoletos:

Cuadro 73

EQUIPO	ESTADO OPERATIVO	FECHA INGRESO	OBSERVACIONES
Equipo de RX Fijo Seriógrafo	Parcialmente Operativo	01/01/1996	Obsoleto
Equipo de RX Rodante	No Operativo	01/01/1993	En Reparación/Obsoleto
Equipo RX Arco en C	Operativo	01/01/1993	Obsoleto

- b. Mamógrafo: La Unidad Radiodiagnóstico cuenta con dos mamógrafos analógicos cuya tecnología ha sido superada.
- c. Servicio de Radioterapia y Servicio de Medicina nuclear: el equipamiento del área es obsoleto y sus prácticas no permiten asegurar un correcto diagnóstico.
- d. Fuente Radioactiva del Equipo de Telecobaltoterapia: Durante 2015 y 2016 las áreas técnicas presentaron varias notas a la Dirección del Hospital solicitando la renovación de la fuente advirtiendo que de no ser así "la actividad radioactiva caerá por debajo de determinados valores y que resulta imprescindible para el correcto funcionamiento del equipo".
- e. Falta de Acelerador Lineal: Desde el año 2011 (Expte 1536493/11) el Htal Curie elevó un informe con una propuesta y proyecto de reequipamiento para el Depto Radiaciones como centro de referencia oncológico del Sistema de Salud del Gobierno de la CABA.
- f. Radiofísica Sanitaria: No cuentan con gafas plomadas (Protección de retina) y no posee el hospital biombos plomados.

Observación N° 8) Farmacia

El Hospital Marie Curie no cumple con lo determinado en la Disposición del ANMAT 2303/14 que establece el establecimiento del Sistema de Trazabilidad de productos Médicos.

Observación N° 9) Ayudas Médicas

Terapia Radiante:

- a. La gestión administrativa (de Contratación Menor), implicó el mayor tiempo de demora la gestión:
 - En el 57,45% de los pacientes (27) se demoró de 20 a 50 días,
 - En el 38,30% de los pacientes (18) se demoró de 51 a 80 días.
- b. El monto que se abonó durante el año 2015, por 47 contrataciones de tratamiento de terapias radiantes fue de \$1.917.200, dado que el hospital no cuenta con acelerador lineal.

Pet

- a. La gestión administrativa (de Contratación Menor), implicó el mayor tiempo de demora la gestión:
 - En el 62,50% de los pacientes (15) se demoró de 35 a 70 días.
 - En el 33,33% de los pacientes (8) se demoró de 71 a 100 días.

Observación N° 10) Residuos Patogénicos

- a. El Hospital no realiza la correcta segregación de los residuos domiciliarios o comunes depositándolos en los contenedores para los residuos patogénicos.
- b. Las Bolsas Rojas destinadas a la recolección de residuos patogénicos no cumplen con la normativa vigente en cuanto su gramaje.
- c. El almacenamiento intermedio no cumple con el marco legal vigente. Ley N° 154/99 Art. 25. Decreto Reglamentario N° 1886/01.
- d. El personal de la empresa de limpieza, afectado a la gestión de retiro de los residuos patogénicos:
 - No rotula las bolsas rojas por lo tanto no se puede determinar de qué servicio provienen.
 - No cumple con los circuitos pre fijados para el traslado de los mismos.
 - No realiza la desinfección del ascensor público luego del traslado.
 - No cumple con las medidas de bioseguridad en la práctica de retiro y transporte de los mismos.
 - No utiliza indumentaria adecuada y elementos de protección.

- e. El Local de acopio de los Residuos patogénicos no cumple con lo estipulado en la normativa vigente.
- f. Se detectaron diferencias entre los kilos de residuos patogénicos producidos por el hospital, con los referidos por la empresa de retiro, transporte y tratamiento.

Recomendaciones

- 1) ; 2) Instrumentar las acciones necesarias a fin de cumplimentar en tiempo y forma lo dispuesto por el art. 135 de la Ley 70.
- 3) Desde el Ministerio de Salud arbitrar las medidas que considere necesarias respecto del saldo no utilizado de la partida 4.2.1. Puesta en valor administrada por la Dirección de Recursos Físicos en Salud.
- 4) Arbitrar las medidas necesarias a fin de evitar desvíos significativos en la planificación de la gestión hospitalaria.
- 5) Cumplir con lo dispuesto en la normativa vigente
- 6) Generar las condiciones necesarias que permitan al Departamento Médico Quirúrgico responder adecuadamente a la demanda de pacientes (Recursos humanos suficientes, equipamiento quirúrgico, espacio físico e informático adecuado.
- 7) 9) Desde el Ministerio de Salud arbitrar los mecanismos que permitan al Hospital contar con un Acelerador Lineal. El requerimiento data del 2011 por Expediente 1536493/11.

Dado el grado de obsolescencia del equipamiento relevado, dotar de nuevo equipamiento con tecnología adecuada, Biombos y gafas plomados a los Departamentos de Diagnóstico y Tratamiento y de Radioterapia.

8) Dar cumplimiento al sistema de Trazabilidad de Productos Médicos establecidos por Disposición del ANMAT 2303/14

10) Residuos Patogénicos: Dar cumplimiento a la normativa vigente en cuanto al correcto almacenamiento primario, intermedio y de acopio de los residuos, su rotulación, traslado y también utilización del equipo de protección del personal de limpieza.

En cuanto a las diferencias de kilos entre los registros de montos producidos y retirados, se recomienda efectuar un control más preciso y evitar abonar en forma estimativa, tal como refiere el descargo del hospital, de 600 kg mensuales.

Conclusión

La segunda causa de muerte en la Ciudad de Buenos Aires está relacionada con cuestiones oncológicas. El Hospital Marie Curie es el único hospital oncológico de la Ciudad y principal referente oncológico en el sistema de salud en la Ciudad de Buenos Aires ya que no solo realiza la atención de pacientes con patología oncológica prevalente, como sucede en los hospitales generales de agudos, sino que también asiste a aquellos pacientes con enfermedades oncológicas menos frecuentes. En este encuadre, cobra vital relevancia para los usuarios las áreas de diagnóstico y de tratamiento ya que un eficiente funcionamiento de ellas aumenta considerablemente la posibilidad de curación y mejora la calidad de vida. Durante las tareas de campo se pudo verificar la existencia de equipamiento obsoleto, con una antigüedad mayor a 20 años que demanda su renovación. El hecho de contar con equipamiento actualizado y de mayor complejidad (mayor resolución, menor tiempo de exposición), por un lado permitirá la realización de más estudios en menor tiempo y atender mayor cantidad de pacientes acortando el tiempo de inicio en el tratamiento y por otro lado, evitaría riesgos inherentes a la alta exposición tanto de usuarios como de trabajadores. Debemos mencionar al respecto que se detectó que los profesionales y técnicos cuenta con una carga horaria superior a la establecida por la ordenanza 14.838/58 que estipula una reducción horario para los trabajadores por los riesgos para su salud. Respecto al equipamiento es necesario resaltar que se ha solicitado la adquisición de un Acelerador Lineal para el hospital; la tramitación se inició en 2011 a través de los expedientes número 156493/2011 y número 06876587/2014. Su ausencia obliga que los pacientes deban iniciar un circuito de ayudas médicas que autoriza el diagnóstico y tratamiento a nivel privado. Otra detección relevante y que está vinculado con el tratamiento es que durante el periodo auditado funcionaban dos de los tres quirófanos destinados a cirugía con anestesia general, dado que el restante carecía de mesa de anestesia, situación que se mantiene desde 2008. Al momento de realizar las tareas de campo solo se contaba con un quirófano destinado a cirugías con anestesia general y otro para anestesia de mínima complejidad. Debemos tener en cuenta la relevancia de este, ya que como resultado del procedimiento de auditoria se verifico que se suspendieron cirugías por motivos atribuibles al efector auditado.

Anexo I Normativo

Marco Normativo

- Constitución de la Nación Argentina
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley N° 17.132: Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. Decreto N° 6.216/67.
- Ley N° 19.587: Higiene y Seguridad del Trabajo.
24.804 denominada Ley Nacional de la Actividad Nuclear.
- Ley N° 24.557: Ley de Riesgo del Trabajo.
- Ley N° 24.804/97: Ley Nacional de Actividad Nuclear. Medicina nuclear y su decreto reglamentario 1390/98 establecen la existencia de la denominada AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR (A.R.N.), dependiente de la Presidencia de la Nación., como autoridad nacional en seguridad nuclear. También establece las normas que deben cumplimentar los servicios que manejan radiaciones nucleares entre las cuales figura la exigencia de autorizaciones, licencias y permisos. Estas exigencias comprenden a instalaciones, equipos, personal actuante y normas de funcionamiento. La AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR dicta normas como la A.R. 8.11.1 (Resolución 36/01 del Directorio de la A.R.N. B.O. 15-1-02) referidas a licencias y permisos. Y otras resoluciones que contemplan diversos aspectos del manejo de sustancias radiactivas.
- Decreto N°1424/97: Poder Ejecutivo Nacional establece la aplicación obligatoria de las normas del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD EN ATENCIÓN MEDICA en los Hospitales Públicos adheridos.
- Resolución N° 610/2004: Ministerio de Salud de la Nación (Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes en Establecimientos con o sin Internación e incorporan las mismas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Derógase la Resolución N° 145/94 del ex-Ministerio de Salud y Acción Social).
- Ley N° 153: Ley básica de salud de la Ciudad de Bs. As.
- Ley N° 2543: Radiofísica Sanitaria.
- Ordenanza N° 14.838/CD/?/58. Condiciones de protección del trabajo. Servicio de Radiología. Radiólogos. Radiaciones. Radiografías. Instalaciones. Aparatos. Personal. Técnicos. Auxiliares. Fisioterapeutas. Médicos. Enfermeras. Horarios. Jornada Laboral. Riesgos. Adicionales. Guardias. Radiología y fisioterapia. Hospitales. Bonificación. Remuneración y Jubilación.

- Resolución 194/95 Normas de organización y funcionamiento de Servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica.

-Decreto Nacional N° 842/58: Delega el control de los materiales radioactivos a la Comisión Nacional de Energía Atómica. En el mencionado decreto, no se contempla el control de equipos generadores de RX, no obstante ser las fuentes que en mayor grado contribuyen a la exposición de la sociedad a las radiaciones ionizantes.

Atento a la necesidad de cubrir este aspecto de protección radiosanitaria, es que surgió la -Ley N° 17.557/67: Disposiciones para la instalación y utilización de equipos específicamente destinados a la generación de RX. Decreto Reglamentario N° 6.320/68, Resolución Ministerial N° 2.680/68: Normas Básicas de Seguridad Radiosanitaria, sus modificatorias y complementarias.

-Ley N° 24.804/97: Ley Nacional de Actividad Nuclear. Funciones del Estado. Criterios de regulación. Jurisdicción. Autoridad Regulatoria Nuclear. Definiciones. Disposiciones generales.

Residuos Patogénicos y Líquidos Peligrosos:

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: art. 27, inc. 10 y 12.

Ley Nacional n. 24.051/PEN/91: Régimen de Desechos Peligrosos. Desechos Peligrosos: Registro de Generadores y Operadores de Residuos. Plantas de Tratamiento de Desechos Peligrosos. Certificado Ambiental. Transporte de Residuos Peligrosos, Residuos Patológicos. Incidentes de Contaminación. Cosa Riesgosa. Daño por Vicio o Riesgo de la Cosa. Responsabilidad Extracontractual. Cosas Abandonadas. Oponibilidad a Terceros. Adulteración de Aguas potables.

Decreto Nac. 831/PEN/93

Principio General: Según el artículo 41, (Ley 154) son de aplicación supletoria la Ley Nacional N° 24.051 y su Decreto Reglamentario 831/93, o las normas que en el futuro las reemplacen.

Ley 154/GCABA/99 Regula la Generación, Manipulación, Almacenamiento, Recolección, Transporte, Tratamiento y Disposición Final de los residuos patogénicos provenientes de las actividades que propendan a la atención de la salud humana y animal.

Decreto 1886/01 aprueba la reglamentación de la ley 154, el manual de gestión de residuos patogénicos, y formularios relacionados con dicha ley.

Manual de Gestión de Residuos Patogénicos. Secretaría de Salud del G.C.B.A: año 2000. (Ley 154/99) Está pensada para que su implementación asegure un medio ambiente sano y seguro, la protección de la salud de los pacientes, del personal y de la comunidad en general.

Decreto 706/GCABA/05: Modifica el Decreto N. 1.886-GCABA/01.

Ley 210 (1999) Transporte, tratamiento, almacenamiento y disposición final de residuos patológicos y peligrosos.

Ley 747/GCABA/02: Modifica la ley 154 referido al tratamiento de residuos.

Decreto 262/02: Promulga la ley 747.

Ley 760/GCABA/02: Prohíbe la producción y comercialización de las sustancias denominadas genéricamente PCBS, y de los productos y equipos que las contengan. Establecen la obligatoriedad del reemplazo de los equipos, instalaciones o sistemas en uso que contengan PCBS y el tratamiento de sus desechos como residuos peligrosos.

Ley 1854. Residuos Urbanos.

Ley 2.214 de Residuos Peligrosos. Regula la generación, manipulación, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final de los Residuos Peligrosos.

Reglamentación: Decreto 2020/07: Se aprueba la Reglamentación de la ley 2.210 de Residuos Peligrosos de la Ciudad de Buenos Aires. Desechos – Líquidos-Sólidos Gaseosos-Productos Farmacéuticos-Disolventes-Químicos-PCT-PBB- Metales y Plásticos- Daño Ambiental.

Integra: ley 1820

Complementa: ley 760 (La ley 2214 complementa lo dispuesto por la ley 760)

Modifica la: ley 451 y la ley 123.

Disposición N° 1623/GCABA/DGET/11: Establece requisitos para el registro de Generadores de Residuos Peligrosos.

Decreto 138/08: Establece que la Agencia de Protección Ambiental actúe como autoridad de aplicación de las leyes vigentes en materia ambiental.

Ley 2.585/GCABA/07. Mantenimiento e infraestructura de subsectores de salud- Hospitales- Hospitalaria-Seguridad-Riesgos-Pacientes.

Resolución N° 112/ GCABA/ SSMAYEP/ 02 - Crea el registro de seguimiento estadístico de la gestión integral de los residuos patogénicos en el marco de la ley N° 154 y Decreto N° 1.886/GCABA/2001.

Resolución 1126/GCABA/SS/00 Crea el Comité Asesor Técnico

Administrativo para los servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos patogénicos.

Personal- Jornada Laboral:

Consejo Deliberante. Ordenanza N° 14.838/CD/?/58. Establece Condiciones de Protección del Trabajo. Servicios de Radiología. Radiólogos. Radiaciones. Radiografías. Locales. Instalaciones. Aparatos. Personal. Técnicos. Auxiliares. Fisioterapeutas. Médicos. Enfermeros. Horarios. Jornada Laboral. Riesgo. Adicionales. Guardias. (Mediante la Ordenanza N° 28.392 se deja sin efecto la Ordenanza N° 21.939 y restablece la vigencia de la Ordenanza N° 14.838).

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Grel. de la Ciudad de Bs. As.

Consejo Deliberante. Ordenanza N° 44.844/CD/?/90. Denomina María Curie al Instituto Municipal de Oncología. Ex instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia. Colocación de Placa.

Consejo Deliberante. Ordenanza N° 39.228/MCBA/?/83. Exceptúa la aplicación de las limitaciones establecidas por la Ord. N° 14.838 al solo efecto de la guardia para médicos especialistas en radiodiagnóstico y los técnicos de radiología que se desempeñen en los sectores de urgencia de los Hospitales de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente.

Ley N° 5.666/16: Aprueba Primera Actualización del Digesto Jurídico de la CABA.

Ley N° 19.587 Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo. **Decreto Reglamentario N° 351/79.**

Ley N° 21.664 Aprueba el Convenio sobre la protección de los trabajadores contra las radiaciones ionizantes. (OIT) Higiene y seguridad del Trabajo.

Resolución N° 37/2010. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Establécense los exámenes médicos en salud que quedaran incluidos en el sistema de riesgos del trabajo.

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Autoridad Grial. de la Ciudad de Bs. As.