

INFORME EJECUTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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