

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Mayo de 2012
Código del proyecto	3.11.02.b
Denominación del proyecto	Hospital Zubizarreta -
Período examinado	2010
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta.
Alcance	Se implementaron procedimientos de auditoría teniendo en cuenta las áreas críticas detectadas en la Auditoría de Relevamiento, orientados a evaluar la gestión desarrollada en el Hospital General de Agudos Abel Zubizarreta. 1. Evaluar la dotación y distribución del recurso humano del área de enfermería. Evaluación del déficit. 2. Evaluar tiempo de espera en la programación de cirugías, tiempo de internación, acceso y proceso de intervención quirúrgica, causa de suspensiones, confección de historia clínica, derivaciones, etc. 3. Elaboración y aplicación de guías de auditoría para el análisis de equipamiento áreas críticas: cantidad, estado funcional, antigüedad. 4. Análisis grado de satisfacción de pacientes ambulatorios mediante encuesta. 5. Evaluar el cumplimiento de las normativas aplicables en cuanto a la expresión de los pacientes por su satisfacción y/o queja de la atención recibida en el Hospital. 6. Elaboración de indicadores de gestión. 7. Análisis del control de residuos líquidos y patogénicos y de la seguridad ambiental. 8. Análisis del control patrimonial de los bienes del Hospital. 9. Análisis de los registros de los bienes donados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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