

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Octubre de 2012
Código del Proyecto	3.11.04b
Denominación del Proyecto	Hospital Garrahan
Período examinado	Año 2010
Objetivo de la auditoria	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan.
Alcance	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. La auditoría de gestión es un examen sistemático de evidencias con el objeto de fundar una opinión independiente acerca de la gestión de una organización gubernamental, programa, actividad o función. Implica el examen de la gestión del ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados; la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos, con el objetivo de proveer información para facilitar la toma de decisiones por parte de funcionarios con responsabilidad para supervisar o iniciar acciones correctivas. En los programas y proyectos auditados correspondientes al sector público, se deberán contemplar los principios de ética y equidad, verificando la existencia de una adecuada protección y resguardo de las necesidades e intereses de la comunidad.
Período de desarrollo de tareas de auditoria	Las tareas de campo se desarrollaron entre el 10 de agosto y el 7 de noviembre 2011
Limitaciones al Alcance	El libro de actas del Comité de Historias Clínicas no registra reuniones durante el 2010. El libro presentado registra la última reunión con fecha marzo de 2009.
Aclaraciones previas	Con base en el informe de relevamiento fueron seleccionados algunos procesos que por sus características resultan sustantivos para el control interno y la calidad de gestión. Se elegidos dos macro-procesos, el macro proceso de Apoyo y el de Gestión de Calidad, dentro de cada uno de ellos se escogieron los procesos que se detallan en a continuación A. Macroproceso de Apoyo A.1. Servicios Generales A.2. Gestión de la información A.3. Desarrollo de sistemas informáticos A.4. Gestión contable y financiera

	B. Macroproceso de Gestión de Calidad B.1. Comités Hospitalarios B.2. Carpetas de Calidad
Procedimientos	A.1. SERVICIOS GENERALES: Gestión de Residuos Patogénicos Se realizaron dos relevamientos fotográficos para la obtención de evidencias físicas sobre el almacenamiento, manipulación, transporte y disposición final de residuos patogénicos en el Hospital Garrahan. A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Archivo Central del Departamento de Registros Médicos Para evaluar las tareas relacionadas con documentación y utilización de datos proporcionados por las actividades asistenciales e institucionales, se diseñaron procedimientos sobre el Departamento de Registros Médicos, específicamente sobre el Archivo Central. • Testimoniales: Entrevistas a la responsable del Archivo Central y la Dirección Asociada de atención al paciente. • Sustantivos: Análisis de la evidencia documental A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS: Área de Sistemas Se realizaron procedimientos • Testimoniales: Se realizaron entrevistas con el responsable de los Sistemas y el auditor interno del organismo. Se realizaron visitas al centro de cómputos con listas de verificación para constatar las medidas de seguridad físicas y lógicas en uso. • Sustantivos Se solicitó formalmente copia de la documentación del área de sistemas (a pedido del auditado). Se revisó y evaluó la documentación entregada A.4. GESTION CONTABLE Y FINANCIERA: Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud) Ante la inexistencia de un plan anual de auditoria, y las debilidades de la Unidad de Auditoria Interna como se observa en el Informe 3.11.04.a "Relevamiento del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", se seleccionó "Recursos de Cuentas Especiales" para realizar diversos procedimientos con el fin de identificar los puntos críticos y tomar acciones correctivas que mejoren el flujo de información para evitar la fuga de recursos, encausándola hacia el mejoramiento continuo, y fortaleciéndolo como modelo de hospital de autogestión. El proceso de facturación abarca:

- Identificación y registro de información del usuario
- Registro de Información de procedimientos
- Liquidación de los servicios prestados
- Proceso de recaudación

Para la recolección de datos y evaluación de los procesos se implementaron procedimientos testimoniales, documentales y pruebas sustantivas

Para el desarrollo e implementación de la auditoría en facturación se realizó:

- Análisis del estado actual del proceso de facturación y admisiones.
- Revisión de los formatos de captura de información actuales.
- Revisión del flujo de información.
- Determinación de los procedimientos actuales del área.

Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan"

La Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría Prof Dr. Juan P. Garrahan fue creada por la resolución 242/ 2010, del Consejo de Administración. La misma estaría conformada por el Auditor Interno, la Dirección Asociada de Asuntos Jurídicos y la Dirección Médica Ejecutiva. Entre sus funciones están descritas tareas de registro y control de las actividades que realiza la Fundación relacionadas con cuestiones relacionadas con el Hospital.

Se entrevistó a la Dirección Médica Ejecutiva para verificar las tareas desarrolladas por dicha comisión, informándonos que dicha comisión no disponía ni de acta constitutiva ni actas de reuniones realizadas

B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS

Considerando a la Historia Clínica, el documento por excelencia de la tarea asistencial de los pacientes, durante esta auditoría se realizaron distintos procedimientos sobre la misma. Se seleccionó al Comité de Historias Clínicas para verificar el cumplimiento de sus misiones y funciones, según la normativa vigente y el cumplimiento de la Ley Nacional que legisla sobre la confección y resguardo de las Historias Clínicas. Se implementaron dos procedimientos para dicha evaluación: el primero estaba relacionado con las actividades desarrolladas por el Comité.

El Extravío temporario del libro de actas del Comité en el

	período de análisis y la ausencia de documentación respaldatoria con validez formal para su reemplazo resulto una limitación al alcance para evaluar el funcionamiento de dicho comité. El Libro de Actas de la Comisión de Historias Clínicas perdido en marzo de 2009 fue reencontrado en 2011. El segundo fue realizado sobre una muestra de historias clínicas para verificar la implementación de las evoluciones informatizadas ambulatorias en la HCL en papel, como prueba piloto. B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS: Carpetas de calidad Para obtener evidencia analítica sobre el funcionamiento de la Coordinación de Gestión de Calidad del Hospital Juan P. Garrahan establecidos por reglamentación interna, se verificó la tarea realizada por los evaluadores internos (auditores internos vg "Premio de Calidad") durante el año 2010, sobre las Carpetas de Calidad que se confeccionan en los distintos procesos. Tomando como de base el Marco Normativo Interno del Hospital, se solicitaron para su análisis dichas Carpetas.
Observaciones	A.1. SERVICIOS GENERALES: Gestión de Residuos Peligrosos Residuos Sólidos: El depósito intermedio de los contenedores de residuos domiciliarios y patogénicos ubicados en pasillos de uso común, sin el debido resguardo. Ambos sitios de acopio carecen de identificación externa que los distinga como área de almacenamiento intermedio de residuos patogénicos- acceso restringido, tampoco cuentan con la identificación internacional con el logo correspondiente. Asimismo, en las bolsas y recipientes de residuos patogénicos almacenadas en el local de acopio, el generador debe colocar una tarjeta con los datos de generación de dichos residuos al precintarse las bolsas y recipientes. Existencia de cesto con bolsa roja (para residuos patogénicos) ubicado en un lugar de acceso común que contiene residuo domiciliario, sin su respectiva tapa. Existencia de un contenedor rojo (para depósito de residuos patogénicos) sin la respectiva tapa y en su interior bolsas de residuos domiciliarios. Existencia de contenedor para residuos domiciliarios que transportan bolsas con residuos patogénicos. En el trayecto hacia el depósito final de residuos patogénicos las bolsas caen de los contenedores, quedando en evidencia que no son seguros para el transporte de los residuos.



- El lavadero de contenedores, que se encuentra emplazado en un pasillo de circulación, abierto, lo que puede provocar que las personas que por allí circulan tomen contacto con los fluidos contaminados.
- El depósito final de residuos del hospital, cuyo ingreso no se encuentra debidamente señalizado con letreros que indiquen la peligrosidad de los mismos. Las dimensiones del depósito no son las adecuadas para la cantidad de residuos generados diariamente (la fotografía 12 muestra los contenedores que no caben en el depósito). El depósito no tiene puerta de ingreso, pileta para limpieza del lugar ni carros de recolección con manguera y desagüe. Tampoco cuenta con luces germicidas. Un operario manipula residuos comunes y peligrosos sin la adecuada utilización de elementos de seguridad y protección

Residuos Líquidos

- Servicio de Patología: Los bidones están rotulados de acuerdo a normativa, aunque se encuentran abiertos y sin bandeja de contención. Las fotografías muestran un derrame de líquidos y el deterioro del material del piso en la zona de depósito de bidones. Asimismo se puede verificar que la ausencia de bandeja de contención de derrames permite el escurrimiento de líquidos por el alcantarillado pluvial
- El depósito final de líquidos que no es de uso exclusivo para los mismos, compartiendo el área de mantenimiento. Una parte de ellos bidones se encuentra depositado sobre una superficie porosa, el piso de cemento alisado y otra parte sobre unos pallets de madera. Ninguno cuenta con bandeja contenedora contra derrames. El estado de las paredes no es el adecuado para un depósito de residuos líquidos peligrosos. El matafuego que cumple con la normativa en cuanto a carga y vencimiento, su localización no es la adecuada, ubicándose en el fondo del depósito
- El frente del depósito sin la correspondiente inscripción de residuos líquidos ni el logo internacional de alta peligrosidad.

A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Archivo central

- El cargo de jefe de Dpto de Registros Médicos se encuentra vacante hasta la finalización de las

	tareas de campo, estando a cargo de dicha tarea la Directora Asociada de Atención al paciente desde el año 2005. • El numero de HCL faltantes durante el año 2008 fue de 171, en el 2009 fue de 139 y de 335 durante el año 2010. Entre los años 2008 y 2010 se registró un aumento del 95% en las historias faltantes. y entre 2009 y 2010 el aumento fue del 155,39% • El ingreso continuo de historias clínicas al archivo produce una disminución en el porcentaje de faltantes de años anteriores y explica que cuanto más cercano al año en curso es el análisis, mayor es el porcentaje de faltantes, lo que deja en evidencia la demora en el retorno de HCL al archivo. • En el año 2010 el 90% de las historias faltantes fueron por motivos de investigación científica, consultas (programadas y no programadas) e internación. • Un promedio de 4.8% de las historias clínicas solicitadas diariamente no pueden ser entregadas • El grupo de historias clínicas no entregadas es mayoritariamente responsabilidad de los servicios que no regresan en tiempo y forma al archivo los documentos solicitados. A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS: Organización • El área de Sistemas no es independiente de las restantes áreas de la Organización a las que presta servicio. La unidad de Tics es dependiente de la Gerencia Administrativa, es decir forma parte de un área usuaria. • La función de seguridad no es independiente del Área de Sistemas y de las áreas usuarias. El cargo de Administrador de la seguridad (aún vacante) fue propuesto en la estructura de Sistemas de Información que a su vez depende del área administrativa. • Se carece de una metodología formal y sistemática para la evaluación de riesgos. Esto ha llevado a que se realizaran evaluaciones parciales informales y no se cumpliera con todos los pasos aconsejados por la normativa, como por ejemplo: clasificación de la información, evaluación de la criticidad de los activos, la enunciación de las amenazas y su probabilidad de ocurrencia asociada y otros. • No hay un encargado de la seguridad física y lógica.
--	---

	El cargo y la función se encuentran en proceso de búsqueda y selección de un encargado general de seguridad. • No se ha efectuado la inscripción correspondiente de las bases de datos según lo exigido por la ley 26.326 de Protección de Datos Personales. Seguridad General • No existe un inventario de software por puesto de trabajo y no se dispone de una descripción del centro de datos alternativo. • No se han realizado evaluaciones de la seguridad de la red de datos como por ejemplo pruebas de penetración o ethical haking, evaluaciones de la necesidad de encriptación de información y no se guardan algunas de las revisiones de los reportes de los sistemas (logs). • No se limita la bajada e instalación o intercambio de archivos con código ejecutable y no existe un procedimiento formal para situaciones de alerta por detección de software malintencionado. • No se realiza capacitación sobre políticas seguridad en el uso de Internet. • No se encuentran debidamente formalizados las políticas y procedimientos relacionados con la rutina empleada para el respaldo de la información (back up), la guarda de registros de logs, la guarda en sede externa y el control de accesos al área de servidores • No todos los UPS se monitorean, sólo aquellos que trabajan en las funciones más críticas. Las pruebas no son formales, ni periódicas ni rutinarias. Seguridad Física del Centro de Cómputos • No existen luces de emergencia • No existe señalética de salidas • Sólo hay matafuegos móviles en las cercanías a la sala de servidores. • No existen procedimientos formales frente a situaciones de emergencias. Se realizan algunas pruebas y no se documentan. • No hay Plan de evacuación del centro ni de recuperación de desastre documentado. • Se efectúa una revisión anual de las amenazas a la seguridad física pero no se las documenta.
--	---

Seguridad lógica

- Hay aspectos de Seguridad Lógica que se realizan rutinariamente pero no poseen documentación formal.
- Las claves son alfanuméricas pero no son renovables.
- Sólo algunas claves de determinados sistemas son encriptadas.
- No está siempre limitada la cantidad de intentos de ingreso de los usuarios.
- Los procedimientos de depuración de usuarios no son formales, ni rutinarios ni periódicos.
- Los procedimientos de manejo de usuarios y claves de administradores no están formalizados.

A.4.GESTION CONTABLE Y FINANCIERA:

Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud)

- No se halla un manual formal de normas y procedimientos, ni descripción de tareas y asignación de responsabilidades para los agentes afectados al sector, aprobado por el Consejo de Administración.
- No se dispone de un modulo de costos operativos ni de una metodología de recupero de costos que permita elaborar un Nomenclador de prestaciones en función a los costos operativos.
- Emergencias, Laboratorio y catorce terminales de la Central de Turnos no cuentan con acceso la pagina web del Anses, para la captación de beneficiarios de las obras sociales
- No se encuentra integrado el sistema informático de facturación con el sistema contable. .
- Se observo ausencia de control en forma sistemática auditoria de las cuentas involucradas en la facturación
- No se realiza la facturación en los tiempos establecidos por la normativa
- El contrato de prestaciones médico asistenciales con la obra social Pami se encuentra vencido.

Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría "Prof Dr. Juan P. Garrahan "

- No existen actas sobre las reuniones y actividades realizadas por dicha Comisión, esta situación motivó

	que fuera inviable realizar las actividades de auditoria sobre dicha Comisión y sobre el cumplimiento de la Resolución 242/ 2010 del Consejo de Administración de dicho Hospital B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS: Comité de Historias Clínicas. • .No existen registros en el libro de actas de acciones realizadas por el Comité durante 2010 • La documentación puesta a disposición de esta AGCBA en reemplazo del libro de actas carece de valor formal. La Dirección Médica Ejecutiva no exige formalidad a los documentos enviados por el Comité. • No existe registro de acciones en colaboración con Comités y Comisiones del Grupo de Calidad de Atención Médica. • No se cumplió con las funciones de diseño y revisión periódica de la historia clínica de papel según normativa vigente: Muestra de historias clínicas • El 94.2% de las historias clínicas relevadas no estaban foliadas. Se verificó que sólo lo estaban las que tenían solicitud de fotocopia. • El 4.2% de las historias clínicas relevadas no contaba con registro de diagnóstico principal • El 3.7% de las historias clínicas que debían tener el Registro de Consentimiento Informado no contaba con el mismo. • En el 13,5 % de las historias clínicas no estaban identificadas las actuaciones profesionales con firma y sello o aclaración en forma completa.¹ • El 6,5 % de las historias clínicas no posee la primera hoja pre-impresa con los datos identificatorios del paciente, su grupo familiar, el número de historia clínica y la fecha y motivo de inicio del registro médico. • El 19,2 % de los registros médicos evaluados no presentaban epicrisis² al alta del paciente. • Se verificaron registros de evolución informatizada solo en el 10,8% de las historias de la muestra, todos los casos correspondieron a la especialidad Neumonología, excepto una
--	--

¹ Cabe aclarar que se indican como incompletas las historias clínicas a las que les faltaba al menos un dato.

² En los Hospitales de Día Polivalente y Oncológico las epicrisis se denominan "Contrarreferencia".

	de ellas que correspondió a Endocrinología pero cuya evolución se registró en el año 2011. B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS: Carpetas de calidad • No se cumplió con la planificación programada de Evaluaciones Internas de Calidad para el período 2010. • No se registraron hasta la finalización de esta auditoria de campo (noviembre del 2011) evaluaciones durante el año 2011. • Los informes de los Evaluadores no mantienen una organización estándar para su confección, encontrándose los datos descriptos sin ordenamiento en común.
Recomendaciones	A.1. SERVICIOS GENERALES Gestión de Residuos Peligrosos Residuos Sólidos • Los lugares de acopio deben ser espacios ad-hoc, en áreas restringidas, con identificación externa, deberá poseer la siguiente leyenda "área de almacenamiento intermedio de residuos patogénicos – acceso restringido" y la identificación internacional de residuos patogénicos. Según normativa vigente • Los recipientes para residuos patogénicos deben ser cestos de material plástico rígido o acero inoxidable, con tapa a pedal o removible, fácilmente lavables. Según el Manual de Gestión de Residuos Patogénicos del GCBA año 2000. • Los carros de tracción manual deben poseer llantas de goma. • El carro debe estar diseñado de tal forma que asegure la hermeticidad, impermeabilidad, facilidad en la limpieza para el drenaje a fin de evitar accidentes por derrame de los residuos • Deben tener preferentemente puertas laterales y estar debidamente identificados con símbolos de peligrosidad. • Se debe señalizar apropiadamente la ruta de recolección. • La recolección debe realizarse en horarios de menor tránsito interno. • De no contar con un ascensor de uso exclusivo, será acordado un horario para esta tarea. • Los carros deberán lavarse y desinfectarse al finalizar la operación en un área con las siguientes características según normativa vigente en la C.A.B.A.

	• Señalización de la entrada al depósito final: tendrá que tener letreros alusivos a la peligrosidad de los residuos que allí se depositan. • Los operadores a cargo de transporte de residuos no podrán ingresar a las áreas de circuito cerrado. El personal que realice el transporte no podrá desempeñar otra función mientras se halle abocado a esta tarea. Proveer al personal la ropa de trabajo e implementos de protección adecuada para el cumplimiento de su labor según normativa vigente. A.1.2. Residuos Líquidos • Los bidones donde se depositan líquidos peligrosos deberían contar con bandeja de contención para evitar derrames y estar correctamente cerrados por sus características volátiles. De acuerdo con la normativa vigente.. • De acuerdo con la normativa vigente, el local debería contar con estanterías especialmente acondicionadas para contener derrames. Los pisos y las paredes requieren de pintura ignífuga, debería ser de uso exclusivo para los residuos líquidos y contar con elementos de seguridad ubicados en un sitio cercano a la salida. Se observa la ausencia de un balde con arena para casos de contingencia (derrames). • Identificar correctamente la entrada del depósito de líquidos peligrosos de acuerdo a la normativa vigente. A.2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Archivo central • Cobertura del cargo de jefe del Dpto. de Registros Médicos. • Mayor utilización de las herramientas informáticas disponibles para el recupero de HCL faltantes. • Planificación temporal de los procedimientos de recupero de historias clínicas que se encuentran fuera del archivo. • Implementación de sistemas de alarma que informen sobre tiempos excedidos en la devolución de HCL por motivos no asistenciales. • Planificación de los procedimientos de control sobre el reordenamiento interno del Archivo Central • Implementación de una normativa interna que responsabilice a los servicios por la demora en el retorno de historias clínicas al archivo.
--	---

	A.3. DESARROLLO SISTEMAS INFORMATICOS Organización Mejorar corregir y ampliar los aspectos de la organización posibles de incrementar su eficiencia en base a la aplicación de metodologías apropiadas, mejorar su independencia en línea con lo requerido por la normativa y aumentar el nivel de cumplimiento legal mencionados. Seguridad General: Formalizar y eventualmente modificar los aspectos de la seguridad general enumerados en las observaciones, con incorporación de: • Firma por parte de los usuarios de compromiso de uso responsable de la red. • Compra Software de monitoreo de red y puestos de trabajo. • Incorporar las Normas de SIGEN como lista de auto verificación. • Recomendar cursos de capacitación de Firewall. Seguridad Física: • Evaluar y completar las medidas de prevención para incendios y evacuación del área de Sistemas. Seguridad lógica: • Evaluar, formalizar e incorporar las adecuaciones y modificaciones a los aspectos de seguridad lógica enunciados como potenciales debilidades. Incorporar Auditoría de Procesos y cursos de capacitación de seguridad de Oracle. A.4.GESTION CONTABLE Y FINANCIERA: Recursos de cuentas especiales (Prestaciones médico-asistenciales a efectores de Salud) • Definir y aprobar por el Consejo de Administración las normas y procedimientos administrativos de área. • Elaborar un plan de auditoría en forma continua e integral de las cuentas involucradas en la facturación. • Proveer en las áreas faltantes de conexión a Internet para poder consultar las páginas Web de la superintendencia de seguros de salud y la pagina Web de ANSES.
--	--

	Comisión Permanente de Vinculación con la Fundación Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan Cumplir con las funciones establecidas en la Resolución 242/ 2010 del Consejo de Administración respecto de las tareas de control que debe realizar el Hospital sobre las actividades realizadas por la Fundación Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan B.1. COMITÉS HOSPITALARIOS: Comité de Historias Clínicas • Registrar en un libro de actas que se ajuste a la normativa, las acciones realizadas, de manera de garantizar que se plasme en un documento la tarea para poder someterla a control posterior • Exigir que las distintas áreas cumplan con la normativa, requiriendo documentación con valor formal. • Formalizar y registrar las acciones que el Comité debe realizar con otras áreas del hospital. • Cumplir con la totalidad de las misiones y funciones establecidas para el comité en lo referido a la revisión periódica de Historias Clínicas y la utilización de formatos de evaluación simples que permitan establecer objetivos medibles y puedan volcarse rápidamente al mejoramiento de los registros que permitan ser reevaluados. Muestra de historias clínicas • Foliar la totalidad de las Historias Clínicas según lo establecido en la Ley 26529 Capítulo IV art.15. • Consignar el diagnóstico principal en la totalidad de Historias Clínicas según establece la Ley 26529 Capítulo IV art.15 • Cumplir con la obligatoriedad del registro del consentimiento informado en la totalidad de las prácticas asistenciales establecidas taxativamente en la misma ley 26529 Capítulo III Art 6 y 7 • Cumplir en la totalidad de Historias Clínicas con la identificación en forma completa de los profesionales actuantes (firma y sello o aclaración) Ley 26529 Capítulo IV art.15 • Incorporar en la totalidad de las Historias Clínicas la hoja pre impresa con los datos
--	--

	identificatorios del paciente. • Incorporar a la totalidad de las Historias Clínicas el resumen de Internación (epicrisis) Ley 26529 Capitulo IV art.15 • Controlar y profundizar la implementación de los avances en la implementación de la Historia Clínica Informatizada en los servicios referidos como prueba piloto.. B.2. EVALUADORES INTERNOS DE LOS PROCESOS: Carpetas de calidad • Adecuar la planificación de las evaluaciones a los tiempos y recursos humanos disponibles, de modo de poder dar cumplimiento a lo establecido. • Establecer un modelo de informe de evaluación donde se instaure un ordenamiento de los ítems a evaluar y criterios comunes de mensurarlos, con el objetivo de facilitar la observación del informe y la comparación con otras carpetas de calidad así como con las próximas evaluaciones a realizar sobre el mismo sector.
Conclusión	El Hospital Garrahan desarrolla sus múltiples actividades asistenciales, académicas, docentes y comunitarias con niveles de excelencia, como fue puesto de manifiesto en nuestro informe de relevamiento. La capacidad y compromiso de su recurso humano, en todos los niveles de ejecución, la tarea permanente de revisión de practicas y circuitos, el desarrollo y actualización de las tecnologías implementadas hacen del Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. como el hospital referencia para la gestión de la salud. Durante el informe de gestión nos hemos avocado a auditar áreas existentes en cualquier hospital publico, así como sectores que son exclusividad de este Hospital. Es nuestro deber señalar que mas allá de las observaciones y recomendaciones que esta Auditoria a manifestado, el nivel de excelencia del Hospital Garrahan está en percentilos superiores al promedio de los prestadores de salud de la Cuidad de Buenos Aires y destacamos que en el informe de descargo el Ente comunica que muchas de las observaciones y recomendaciones están siendo puestas en practica, quedando para un informe de seguimiento la confirmación de las mismas. Queremos también destacar el nivel de compromiso que

	han asumido las autoridades del hospital con las recomendaciones, manifestando la aplicación de las mismas, que serán evaluadas en un futuro seguimiento. Así mismo agradecer la colaboración recibida durante las tareas de auditoria.
--	--