



---

INFORME FINAL DE  
AUDITORIA  
Con Informe Ejecutivo

---

Proyecto N° 3.16.08

**SEGUIMIENTO DEL  
PROYECTO 3.13.09 -  
HOSPITAL GUTIERREZ**

**Auditoría de Seguimiento**

---

**Período 2015**

---

**Buenos Aires, octubre 2017**


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

# **AUDITORÍA GENERAL** **DE LA CIUDAD DE** **BUENOS AIRES**

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso -  
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

## **Presidenta**

Lic. Cecilia Segura Rattagan

## **Auditores Generales**

Dra. Mariela Coletta

Dr. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. María Raquel Herrero

Dr. Vicente Federico Rodriguez

Lic. Hugo Vasques



**CÓDIGO DEL PROYECTO:** 03.16.08

**NOMBRE DEL PROYECTO:** HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUITIERREZ-  
Seguimiento del Proyecto 03.13.09.

**PERÍODO BAJO EXAMEN:** 2015

**EQUIPO DESIGNADO:**

**Director de Proyecto:** Dr. Jorge Rocha

**Supervisor:** Dr. Mario Eduardo Lef

**OBJETIVO:** Determinar si la entidad Auditada ha adoptado las acciones correctivas oportunas y apropiadas.

**FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME:** 04 DE OCTUBRE DE 2017

**APROBADO POR:** UNANIMIDAD

**RESOLUCIÓN N°:** 358/17


**INFORME EJECUTIVO**

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, octubre de 2017
Código del Proyecto	03.16.08
Denominación del Proyecto	Seguimiento del Proyecto N° 3.13.09 - Hospital Gutiérrez
Período examinado	Año 2015
Objetivo de la auditoría	Determinar si la entidad Auditada ha adoptado las acciones correctivas oportunas y apropiadas.
Alcance	El alcance del presente informe consiste en verificar la ejecución de las recomendaciones efectuadas al organismo, en el Proyecto 3.13.09, Auditoría de Gestión del Hospital de niños Dr. Ricardo Gutierrez – Período 2012, en materia del acondicionamiento, actividades que se desarrollen y el sistema de control interno. Los procedimientos de auditoría aplicados se realizarán en base a las recomendaciones formuladas en el Informe Final mencionado.
Limitaciones al alcance	No existen.
Aclaraciones previas	<p>Se examinó el informe y la documentación remitida por el hospital en respuesta a las Notas enviadas por esta Dirección: AGCBA/ <b>DGCSALUD N° 0236/16 y 075/17</b>.</p> <p>Los procedimientos para las tareas de seguimiento consistieron en la verificación de los avances informados por el ente auditado.</p> <p><u>Metodología Adoptada para el Seguimiento:</u></p> <p>A los efectos de clasificar el grado de avance en las acciones cumplimentadas para corregir los desvíos, que motivaron las recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría N° 03.13.09, se utilizó una escala de evaluación de tres niveles.</p> <p>a) El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.</p> <p>b) El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.</p> <p>c) El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas, o bien la</p>


	<p>respuesta no se corresponde con las mismas. Las tareas de relevamiento se desarrollaron a partir del 20 de febrero de 2017 y hasta 12 de mayo de 2017.</p>	
Observaciones	<p align="center"><b>Observación</b></p> <p><b>Observación 1</b> <b>Aspectos Presupuestarios</b></p> <p>a) Respecto al período 2011, las diferencias presupuestarias expresadas en los diferentes incisos manifiesta que no se cuentan con los elementos suficientes para una eficiente planificación presupuestaria.</p> <p>b) Del análisis comparativo efectuado entre los precios redeterminados de la contratación con Argus y los establecidos en el nomenclador de prestaciones de Salud de la CABA para las prestaciones de Tomografías computadas y Resonancias Magnéticas para su facturación a Obras Sociales se observa que el hospital no pudo recuperar los gastos durante el período 2012.</p>	<p align="center"><b>Grado de avance</b></p> <p>a) Incipiente</p> <p>b) No satisfactorio</p>
	<p><b>Observación 2</b> <b>Metas físicas</b></p> <p>a) Las categorías para registrar las metas físicas no Son las mismas que utiliza el resto del sistema de salud en la actividad 2 (pacientes atendidos en internación).</p> <p>b) Dificultad para la estimación de las metas en actividad 2 y 3, que son las de mayor impacto en las prestaciones del hospital.</p> <p>c) El sistema informático utilizado para farmacia, facturación, cobranza de obras sociales es el SIGHEOS, pero no está disponible en todas las áreas del hospital.</p>	<p>a) No satisfactoria</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p>
	<p><b>Observación 3</b> <b>Sobre Aspectos Estructurales y Recursos Físicos</b></p> <p>a) Deterioro del sistema de provisión de agua, corrosión y filtraciones de las cañerías cuyas reparaciones dificultan la finalización de las obras de la guardia.</p> <p>b) El diseño del sistema contra incendios establecido no ofrece protección adecuada, el 30% de las áreas relevadas carece de matafuego, el 35% carece de detector de humo, el 33% posee piso combustible.</p> <p>c) Un 23% de las escaleras requieren mantenimiento. Todas con cinta antideslizante desgastada. El 25% de los ascensores está en mantenimiento.</p> <p>d) El 76% de las áreas posee puertas que sólo se abren hacia adentro lo que dificulta la salida en caso de emergencia.</p>	<p>a) Satisfactorio</p> <p>b) Satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p>


	<p>e) Falta de salidas de emergencias Esta observación ya fue formulada en el Proyecto N° 3.07.2.07 de la AGCBA. (particularmente en sectores de internación y en consultorios externos mientras dure la construcción de la nueva guardia).</p> <p>f) Climatización inadecuada, particularmente en áreas críticas como Infectología, Terapia Intensiva, Neonatología.</p> <p>g) La señalética está incompleta en el 96 % de las áreas. No se observan planos de evacuación en numerosas áreas del hospital.</p> <p>h) El Plan de contingencias suministrado data de 2001, si bien se informa que está en elaboración su actualización</p> <p>i) Estado regular o malo de cielorrasos y revestimiento de las paredes en más del 50% de las áreas relevadas. El desgaste de las tejas en varios sectores de los pabellones, originó roturas y fisuras. La malla metálica en los espacios de ventilación también se encuentra deteriorada permitiendo el anidamiento de aves o el depósito de sus deyecciones.</p>	<p>e) No satisfactorio</p> <p>f) Incipiente</p> <p>g) Incipiente</p> <p>h) Incipiente</p> <p>i) Incipiente</p>	
	<p><b>Observación 4</b></p> <p><b>Red eléctrica e instalaciones.</b></p> <p>a) La red eléctrica está sobrecargada (cerca al límite de su capacidad), lo que imposibilita o dificulta la incorporación de nuevos equipos de trabajo y aumenta los riesgos. El 12% de las áreas relevadas posee cableado expuesto.</p> <p>b) Deterioro en las cerraduras de los tableros (área de quirófanos, los tableros seccionales con tapas semi abiertas no cuentan con cerraduras). Dentro de los pabellones falta de tapas ciegas, cables canales incompletos, cables expuestos, tomas sin funcionar, empalmes precarios, y otras.</p>	<p>a) Incipiente</p> <p>b) Satisfactorio</p>	
	<p><b>COMITÉS</b></p> <p><b>Observación 5</b></p> <p><b>Comité de Ética en Investigación (CEI)</b></p> <p>El CEI no cuenta con espacio físico adecuado para la realización de reuniones y para el archivo de la documentación generada.</p>	<p>Incipiente</p>	
	<p><b>Observación 6</b></p> <p><b>Comité de Bioética (CB)</b></p> <p>a) No se ha reglamentado la Ley 3302, lo que dificulta un régimen de funcionamiento homogéneo de los comités de bioética del sistema de salud del GCBA.</p> <p>b) El Comité de Bioética no cuenta con recursos como pc, espacio físico para archivo y reuniones, secretaria, o insumos de oficina para realizar sus tareas</p>	<p>a) No satisfactorio.</p> <p>b) Incipiente</p>	
	<p><b>Observación 7</b></p> <p><b>Comisión de Evaluación Gestión Hospitalaria (CEGH)</b></p>	<p>a) No satisfactorio</p>	




“2017, Año de las Energías Renovables”

	<p>a) La CEGH no cuenta con recursos profesionales, técnicos y administrativos para la obtención de datos y la elaboración de indicadores de gestión.</p> <p>b) La conformación de la Comisión no cuenta con la jerarquización ni la asignación de recursos que requiere para el desarrollo de sus funciones.</p> <p>c) El aporte de información de los servicios es parcial, lo que dificulta el monitoreo y la evaluación de los indicadores de gestión.</p>	<p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p>	
<p><b>Observación 8</b> <b>Comité de Docencia e Investigación (CODEI)</b> No disponen de fotocopidora y la pc resulta inadecuada para los requerimientos</p>	<p>No satisfactorio</p>		
<p><b>Observación 9</b> <b>Comité de maltrato infantil y niños en riesgo</b> a) Recursos insuficientes (No cuentan con secretaria, ni espacio físico propio para reuniones ni archivo. No poseen equipo informático, que determina el subregistro de las actuaciones). b) No llevan libro de actas.</p>	<p>a) Incipiente</p> <p>b) No satisfactorio</p>		
<p><b>Observación 10</b> <b>Comité de Trauma y Emergencia</b> No cuentan con equipamiento suficiente y adecuado para la optimización de las actividades (computadora, material docente, proyector, muñecos para reanimación).</p>	<p>No satisfactorio</p>		
<p><b>Observación 11</b> <b>Áreas administrativas y contables.</b> <b>Observaciones comunes a las áreas:</b> a) La modalidad de adhesión al retiro voluntario no permite cubrir las vacantes y exige la redistribución de tareas, sobrecargando al resto del personal. b) La estructura formal no se corresponde a la estructura real. c) No se han formalizado las designaciones por concurso de los responsables a cargo. d) No se cuenta con un plan de capacitación para el personal.</p>	<p>a) Incipiente</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p>		
<p><b>Observación 12</b> <b>Gerencia Operativa</b> a) El HGNRG no posee un sistema informático centralizado que brinde indicadores en tiempo real. b) El efector no tiene determinado el impacto en el presupuesto de las actividades desagregadas por áreas. c) Facturación: no se pudo acceder a la información correspondiente al año 2012 debido a problemas surgidos en la migración del sistema.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p>		
<p><b>Observación 13</b> <b>Departamento RRHH</b> a) Falta de coincidencia en el número de agentes</p>			


	<p>suministrado por el Departamento de Recursos Humanos y Liquidación de haberes.</p> <p>b) Se verificaron inconsistencias en el listado de agentes del Departamento de Recursos Humanos</p> <p>c) El área posee grandes cantidades de elementos combustibles (papeles, piso de madera y alfombras), con cables expuestos, no cuenta con un sistema de detección o extinción de incendio.</p> <p>d) La totalidad de las jefaturas del sector no tienen designación formal.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 14</b> <b>División Estadística</b></p> <p>a) No se cuenta con un sistema que centralice la asignación de turnos y el manejo de la agenda de los profesionales.</p> <p>b) El reemplazo del sistema informático en el que se registraban procesos de inscripción y otorgamiento de turnos, así como información de admisión y egresos dejó fuera de disponibilidad la información anterior a agosto de 2012. Esto trajo como consecuencia duplicación de HC.</p> <p>c) Duplicación de carga de datos en las consultas ambulatorias: SIGEHOS y Movimiento Hospitalario.</p> <p>d) En los IEH, no están incluidos los datos de identificación del profesional interviniente.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 15</b> <b>Archivo</b></p> <p>a) Espacio insuficiente. No permite la incorporación de más estanterías. Dificultad para la localización de HC.</p> <p>b) Deterioro de paredes y techos con desprendimiento del revoque y manchas de humedad. Escasa ventilación.</p> <p>c) Desnivel en el piso del sector de atención, con riesgo de accidentes para pacientes y personal del hospital.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) Satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 16</b> <b>Consultorios Externos</b></p> <p>Las observaciones referidas a planta física respecto de los riesgos que implican la falta de un sistema contra incendios, deterioro de mampostería y otras fueron incluidas en las correspondientes a las áreas comunes.</p> <p>a) No hay información visible acerca de la existencia del Libro de Quejas, Sugerencias y Reclamos.</p> <p>b) El 46% de los servicios entrega los turnos con agenda administrada por SIGEHOS, el resto define su propia metodología.</p> <p>c) La observación anterior implica la imposibilidad de utilizar la central 147.</p> <p>d) Falta de unificación en el sistema de archivo y generación de HC.</p>	<p>a) Satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p>	






	<p>e) Falta de personal administrativo para la distribución y archivo de las historias clínicas (cuentan con voluntarias para el desarrollo de las tareas).</p> <p>f) Concentración de la demanda en horario matutino por la falta de oferta en las especialidades en el turno vespertino.</p> <p>g) No se recuperó la partida presupuestaria para Otorrinolaringología (contaba con un consultorio hasta el año 2008 para la atención vespertina).</p> <p>h) Falta de un sistema formal de referencia y contrareferencia.</p>	<p>e) No satisfactorio</p> <p>f) No satisfactorio</p> <p>g) No satisfactorio</p> <p>h) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 17</b> <b>División Promoción y Protección</b></p> <p>a) Los recursos profesionales (médicos de planta, enfermeros), técnicos y administrativos son insuficientes en todos los sectores. El consultorio vespertino de Control Niño Sano no cuenta con médicos de planta (es atendido por médicos residentes). Tampoco pueden desarrollar atención vespertina en el vacunatorio.</p> <p>b) Equipamiento insuficiente (falta de computadoras, particularmente en el área de control de infecciones).</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 18</b> <b>Hospital de Día Polivalente</b></p> <p>a) No se observan planos de evacuación. No hay salida de emergencia, las puertas abren hacia el interior y no poseen —barra antipánico—. Los medios de salida, en la mayoría de los sectores verificados, son angostos o se encuentran reducidos en el ancho mínimo exigible al ser ocupados con aparatos de uso hospitalarios. No cuentan con sensores de humo.</p> <p>b) No cuentan con personal administrativo y la disponibilidad de enfermería es escasa. Los médicos no disponen de extensión horaria para ampliar tiempo de atención.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 19</b> <b>Departamento Área De Urgencias</b></p> <p>a) En la construcción de la nueva guardia no está contemplado un consultorio específico para psicopatología (que necesita lugar reservado), ni para toxicología.</p> <p>b) Recurso humano de anestesiología es insuficiente y además deben asignar dos profesionales por día para cubrir la demanda de Diagnósticos por Imagen.</p> <p>c) No todas las Unidades de Guardia día cuentan con endoscopista.</p> <p>d) Equipamiento informático: Dos computadoras obsoletas (más de 10 años). No tiene acceso a Internet provisto por el hospital.</p>	<p>a) No Satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 20</b> <b>UTIP</b></p>		




	<p>a) Hacinamiento de las camas.</p> <p>b) Falta de filtros HEPA en el equipo de aire de la Unidad. Falta de mantenimiento.</p> <p>c) Servicio de limpieza inadecuado.</p> <p>d) Falta equipamiento (un respirador de alta frecuencia).</p>	<p>a) Satisfactorio</p> <p>b) Satisfactorio</p> <p>c) Satisfactorio</p> <p>d) Satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 21</b> <b>Unidad Toxicología</b></p> <p>a) Falta de espacio físico (observación ya formulada Proyecto N° 3.11.11: Atención clínica y social de las adicciones en servicios del Sistema de Salud).</p> <p>b) La conexión a internet, fundamental para la búsqueda de información no es provista por el hospital.</p>	<p>a) Satisfactorio</p> <p>b) Incipiente</p>	
	<p><b>Observación 22</b> <b>Departamento Medicina</b> <b>Neonatología</b></p> <p>a) Las instalaciones de provisión de gases no se ajustan a la norma DISS;</p> <p>b) Insuficiencia de recursos humanos especializados para cubrir la demanda (médicos neonatólogos y enfermeras).</p> <p>c) No hay salida de emergencia.</p> <p>d) El equipamiento es insuficiente y se requiere reemplazar aquellos de mayor utilización y antigüedad: Incubadoras, Servocunas, Incubadoras de transporte, Respiradores, Saturómetros, Medidor transcutáneo de bilirrubina, equipos de luminoterapia, blender de gases, Ecógrafo.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) Satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 23</b> <b>Infectología</b></p> <p>a) Las ventanas no son aptas para el mantenimiento de las condiciones de aislamiento.</p> <p>b) No cuentan con un sistema de presión del flujo de aire apropiado en los aislamientos (presión positiva o negativa).</p> <p>c) El Laboratorio de Investigaciones Infecciosas: no cuenta con cabinas de seguridad biológica (con flujo laminar vertical y filtros HEPA)</p> <p>d) No cuentan con micropipetas automáticas de volúmenes diferentes.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) Satisfactorio</p> <p>d) Satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 24</b> <b>Tisiología</b></p> <p>No cuentan con trabajadora social en el servicio, lo que dificulta el seguimiento de los pacientes.</p>	<p>No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 25</b> <b>Neumonología- Centro Respiratorio</b></p> <p>a) El equipamiento no responde al grado de especialización del servicio. Necesidad de nuevos equipos de diagnóstico y reemplazo de los obsoletos.</p>	<p>a) No satisfactorio</p>	


	b) Tiempo elevado de demora en los turnos. Falta de personal técnico.	b) No satisfactorio
	<b>Observación 26</b> <b>Neurología</b> a) No cuentan con rampas y los ascensores quedan fuera de funcionamiento con frecuencia b) Recurso profesional y técnico insuficiente c) Tiempo de espera para la consulta ambulatoria prolongado. d) Los equipos no cuentan con mantenimiento.	a) No satisfactorio b) No satisfactorio c) Incipiente d) Satisfactorio
	<b>Observación 27</b> <b>Hematología</b> a) No cuenta con personal administrativo. b) No cuentan con agua caliente indispensable por razones de bioseguridad para la limpieza de los implementos de laboratorio. c) Se encuentran pendientes para adjudicación los concursos por un cargo de profesional Bioquímico y un Técnico. d) Dificultad para acceso a insumos de librería, pintura, arreglos y servicio de Internet. e) El área de estadística del Hospital no tiene un sistema compatible de registro por lo que todos los registros deben ser realizados manualmente. f) Falta de mantenimiento de filtros de alta eficiencia.	a) No satisfactorio b) Satisfactorio c) No satisfactorio d) No satisfactorio e) No satisfactorio f) Satisfactorio
	<b>Observación 28</b> <b>Nefrología</b> a) No disponen de depósito propio para guardar los materiales. Los corredores se encuentran obstruidos por cajas de materiales fungibles y sueros. b) Falta de mantenimiento de los baños. c) No cuentan con estufas por el estado deficiente de las instalaciones. Falta de mantenimiento.	a) No satisfactorio b) No satisfactorio c) Satisfactorio
	<b>Observación 29</b> <b>Diálisis</b> a) Los sillones para diálisis están deteriorados, no tienen mantenimiento. b) La falta de sectores para el almacenamiento de insumos y materiales determina que se utilicen espacios para la circulación interna y otros ambientes pensados para otro destino. c) Falta personal técnico.	a) Incipiente b) No satisfactorio c) No satisfactorio
	<b>Observación 30</b> <b>Endocrinología</b> No cuentan con microscopio de campo de fluorescencia con analizador de imágenes.	No satisfactorio
	<b>Observación 31. Salud Mental</b> a) No cuentan con lugar para internación específicas	a) No satisfactorio


	de patologías severas. b) No cuentan con espacio suficiente y seguro para guardar las historias clínicas.	b) No satisfactorio
	<b>Observación 32</b> <b>Sección Genética</b> a) No se ha asignado una agente administrativa. b) Equipamiento informático insuficiente y obsoleto. c) No cuentan con una estructura administrativa y espacio físico para el resguardo de la información sensible generada en el área, tanto en soporte digital como en papel.	a) Incipiente b) Incipiente c) No satisfactorio.
	<b>Observación 33</b> <b>Departamento Cirugía General</b> a) Quirófanos Las puertas vaivén son inadecuadas (no permiten un cierre que genere aislamiento del ambiente) b) Déficit de personal de enfermería y administrativo.	a) No satisfactorio b) No satisfactorio
	<b>Observación 34</b> <b>División Cirugía Cardiovascular:</b> a) Jefatura a cargo. b) Dos equipos de Enfriamiento/calentamiento están rotos (antigüedad más de 20 años)	a) No satisfactorio b) Satisfactorio
	<b>Observación 35</b> <b>División Traumatología y Ortopedia</b> a) Las jefaturas de la División y de las Unidades no cuentan con designación formal. b) Ortopedia y Traumatología no tiene atención en horario vespertino pese a la elevada demanda. c) El recurso humano es insuficiente (no se han cubierto las vacantes de profesionales médicos, faltan enfermeros y personal administrativo)	a) Satisfactorio b) No satisfactorio c) No satisfactorio
	<b>Observación 36</b> <b>División Neurocirugía</b> a) Generan Historias Clínicas propias del servicio que son guardadas en el servicio, en un espacio inadecuado. b) El nuevo ascensor no permite la utilización de camillas. c) Se utiliza el mismo ascensor para trasladar pacientes y transportar residuos patogénicos. d) Las camas disponibles en U.T.I. no permiten satisfacer la demanda. e) Personal profesional, enfermería especializada, técnico y administrativo insuficiente.	a) No satisfactorio b) No satisfactorio c) No satisfactorio d) No satisfactorio e) No satisfactorio
	<b>Observación 37</b> <b>División Anestesiología</b> a) Elevado ausentismo que condiciona el déficit de	a) Satisfactorio




	<p>personal. Vacantes no cubiertas.</p> <p><b>Observación 38</b> <b>Dpto. Servicios Centrales Diagnóstico Y Tratamiento</b></p> <p>a) La estructura funcional no se corresponde a la formal. El área Virología no se ha incorporado a la estructura formal del Departamento.</p> <p>b) Si bien se ha realizado un nombramiento por Disposición interna del Hospital, no se ha realizado nombramiento formal de los jefes de las secciones Foniatría y Droguería.</p> <p>c) La sección Terapia Ocupacional no presta servicio por carecer de personal de planta.</p> <p>d) No posee equipamiento informático. La que utiliza la jefa de departamento no pertenece al área</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) Satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 39</b> <b>Laboratorio Central</b></p> <p>Respecto condiciones contra incendio, señalética, se incorporan a las generales ya expuestas</p> <p>a) La coexistencia de un laboratorio central y otros periféricos, incrementan los costos operativos y los riesgos de control.</p> <p>b) No cuenta con un área de depósito suficiente y adecuada. El acopio de insumos y equipos obstruye la salida de emergencia.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 40</b> <b>Diagnóstico por Imágenes.</b></p> <p>a) El piso de material de vinílico se encuentra deteriorado por desgaste y roturas.</p> <p>b) No posee ventilación. El equipo de calefacción y refrigeración central no funciona. (Esto favorece la invasión de animales en los ductos de ventilación y la contaminación ambiental).</p> <p>c) Existen rajaduras en la mampostería de la sala destinada a estudios especiales contrastados.</p> <p>d) La instalación eléctrica es deficitaria para el consumo del servicio.</p> <p>e) No se efectuaron los exámenes periódicos obligatorios del personal del servicio de radiología del HGNRG. A la fecha del relevamiento se encontraban vencidos los plazos desde hace más de 2 años.</p> <p>f) En el año 2009 se han realizado adecuaciones de las condiciones de seguridad para uso de equipos de radiaciones ionizantes, a raíz de un informe de consultoría privada del año 2008. A la fecha del relevamiento no se ha realizado otra inspección que determine la eficacia de las obras realizadas.</p> <p>g) Se efectuó un concurso por ampliación de la dotación de 7 técnicos. El proceso (Exp. 491053/12) finalizó pero no se asignaron las partidas presupuestarias</p> <p>h) Los libros de registro de atención no se encuentran debidamente foliados y rubricados.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p> <p>e) No satisfactorio</p> <p>f) No satisfactorio</p> <p>g) No satisfactorio</p> <p>h) Satisfactorio</p>	




	<p>i) En el sector no cuentan con instructivos de manejo de residuos peligrosos, ni planillas de registro de movimiento de residuos.</p> <p>j) No se observó detector de humo en el depósito de insumos.</p> <p>k) No se observaron suficientes luces de emergencia dentro de las salas (subsuelo).</p> <p>l) La señalética no estaba completa. La salida de emergencia no estaba señalizada, sin rampa y de menos de 80 cm de ancho (impide el desplazamiento de una silla de ruedas o camilla). Además posee una reja que podría impedir el escape de las personas.</p> <p>m) El pozo de dos ascensores del pabellón está sin protección y es paso obligatorio hacia la salida de emergencia. Se observó agua estancada en el pozo.</p> <p>n) Existen tres tapas de cloaca que no se encuentran selladas.</p> <p>o) No estaba disponible la documentación de habilitaciones correspondientes al servicio.</p>	<p>i) Incipiente</p> <p>j) No satisfactorio</p> <p>k) No satisfactorio</p> <p>l) No satisfactorio</p> <p>m) Satisfactorio</p> <p>n) No satisfactorio</p> <p>o) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 41.</b> <b>Farmacia</b></p> <p>a) La organización formal, que consiste en la División Farmacia y las secciones Droguería y Esterilización; no se ajustan a la organización funcional del área que posee áreas con dinamismo y estructuras funcionales del tipo de que requiere un Hospital Pediátrico de alta complejidad.</p> <p>b) Los sistemas implementados para el control de stock no contemplan la posibilidad de emitir alertas por excepción y verificación por oposición (control cruzado). Del manual de características y perfiles de usuarios del SIGEHOS, se infiere que solo el usuario habilitado puede conocer la modificaciones realizadas excepcionalmente en el stock (ajustes post inventario), pero no en tiempo real desde otras instancias de gestión.</p> <p>c) Dos cabinas de Flujo Laminar con más de 20 años de antigüedad, se realiza mantenimiento preventivo, una se encuentra en mal estado y la otra en estado regular.</p> <p>d) Un módulo Filtración con más de 20 años de antigüedad, se realiza mantenimiento preventivo y su estado es regular.</p> <p>e) Se verificaron diferencias en el control de stock que revelan debilidades en el sistema de control.</p> <p>f) Los agentes asignados para realizar la distribución, de los insumos son personal dependiente del Departamento Servicios Generales. Esta realidad dificulta la coordinación de las tareas dentro de la División ya que depende de la disponibilidad de personal que disponga el citado Dpto.</p> <p>g) Múltiples registros (libros, ficha estante, SIGEHOS)</p>	<p>a) Incipiente</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) Incipiente</p> <p>d) Incipiente</p> <p>e) Incipiente</p> <p>f) No satisfactorio</p> <p>g) Satisfactorio</p>	




	<p>de alta, baja y modificación del stock de medicamentos.</p> <p>h) No se han cubierto los cargos vacantes generados por reasignación de farmacéuticos en el momento de la conformación del área Reconstitución de Citostáticos.</p> <p>i) Aunque se realizó el proceso de concurso, no se ha nombrado el técnico en el área de Esterilización.</p>	<p>h) Incipiente</p> <p>i) Satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 42</b> <b>Departamento De Enfermería</b></p> <p>a) Es importante el déficit de personal de enfermería especialmente en los servicios de 6 hs (áreas críticas).</p> <p>b) La cantidad de enfermeras es deficitaria. Alto porcentaje de modificaciones en la composición de la planta y ausentismo.</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 43</b> <b>Área de Tecnología de la Información (TI)</b></p> <p>a) El Hospital R. Gutiérrez no dispone de una política de seguridad de la información. No existe un área encargada de la seguridad de la información.</p> <p>b) No se ha realizado una clasificación formal de los activos críticos de TI (información confidencial, equipos críticos) para desarrollar acciones de protección y seguridad.</p> <p>c) El Hospital Gutiérrez no ha establecido un plan formal de capacitación para el personal.</p> <p>d) El área de Informática no cuenta con documentación detallada de la red, por ejemplo, procedimientos formales, diagramas de red; cantidad de enlaces externos existentes en los distintos servicios; inventario de hardware y software, entre otras.</p> <p>e) Para la administración de la red el Hospital no posee un sistema informático que centralice la tarea unificar políticas de uso de la red; gestionar actualizaciones o administrar usuarios.</p> <p>f) No esta formalizado un procedimiento de alta, baja y modificación de cuentas de usuarios en la red interna y no se han generado procedimientos rutinarios y periódicos de depuración de usuarios.</p> <p>g) El Hospital no posee un procedimiento formal de back up, ni posee un sistema que permita realizar dicha tarea.</p> <p>h) La conexión a Internet de los servicios no es administrada centralmente. Existen múltiples conexiones ISP (Internet Service Provider) contratadas de forma particular por los servicios</p>	<p>a) No satisfactorio</p> <p>b) No satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p> <p>e) No satisfactorio</p> <p>f) No satisfactorio</p> <p>g) No satisfactorio</p> <p>h) No satisfactorio</p>	
	<p><b>Observación 44</b> <b>Bioingeniería</b></p> <p>a) Falta de estructura formal del área.</p>	<p>a) No Satisfactorio</p>	


	<p>b) El personal del área no depende del efector.</p> <p>c) No cuentan con instructivos o manual de procedimiento para el área.</p> <p>d) No hay indicador del grado de obsolescencia del equipamiento.</p> <p>e) Tampoco se ha elaborado un plan de mantenimiento para el equipamiento médico del Hospital Gutiérrez.</p>	<p>b) Satisfactorio</p> <p>c) No satisfactorio</p> <p>d) No satisfactorio</p> <p>e) Incipiente</p>	
<p>Conclusiones</p>	<p>En el año 2012 se realizó una auditoría de gestión en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, dando como resultado final de la misma 44 observaciones y una serie de recomendaciones.</p> <p>El presente informe de seguimiento refleja un grado de avance no satisfactorio en un 70,05%, siendo incipiente en un 15,29% y satisfactorio en un 14,65%, cumpliendo parcialmente las recomendaciones.</p> <p>Persisten los inconvenientes en las instalaciones eléctricas, en los sistemas de refrigeración y calefacción, continúan siendo insuficientes las salidas de emergencias posibilitando riesgos para el personal, pacientes y familiares de los mismos. Persevera el deterioro en los accesos (ascensores, escaleras, rampas). El recurso humano (profesional, técnico y administrativo) continúa siendo insuficiente. Se observa que el sistema informático es deficitario o nulo, no hay metodología unificada para la entrega de turnos, el sistema SIGEHOS no está disponible en todas las áreas. No se ha dado solución a la falta de espacio físico a determinadas áreas.</p> <p>De acuerdo a lo relevado en los procedimientos realizados en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, puede observarse que no se han cumplimentado más del 70% de las observaciones, por lo cual se entiende que no se ha valorado o no se le dio la importancia que merece el informe previo. Desconociéndose los motivos por los que no realizaron descargos al mismo, así también las razones por las que no se dieron cumplimiento a las observaciones y recomendaciones.</p> <p>Cabe mencionar que los recursos humanos (médicos, enfermeros y administrativos) aportan el profesionalismo pertinente para que el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” sea considerado una Institución de referencia a nivel local, a pesar de los inconvenientes detectados.</p>		




**INFORME FINAL DE AUDITORÍA  
“SEGUIMIENTO DEL PROYECTO 3.13.09 – HOSPITAL GUTIERREZ”  
PROYECTO N° 3.16.08**

**DESTINATARIO**

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

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud.

**I. OBJETO DE LA AUDITORÍA**

Observaciones del Proyecto 3.13.09 y acciones correctivas encaradas por el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

**II. ALCANCE DEL EXAMEN**

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 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.

El alcance del presente informe consiste en verificar la ejecución de las recomendaciones efectuadas al organismo, en el Proyecto 3.13.09, Auditoría de Gestión del Hospital de niños Dr. Ricardo Gutiérrez –Período 2012, en materia del acondicionamiento, actividades que se desarrollen y el sistema de control interno. Los procedimientos de auditoría aplicados se realizarán en base a las recomendaciones formuladas en el Informe Final mencionado.

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

- 1) Lectura y análisis de informe previo de auditoría de AGCBA.


- 2) Relevamiento y análisis de eventuales cambios relevantes de estructura organizativa, objetivos, responsabilidades, normativa aplicable a las acciones del organismo auditado, circuitos y de sistemas.
- 3) Solicitud de información al organismo auditado sobre las decisiones y acciones adoptadas, con relación a las observaciones formuladas en la Auditoría de Gestión correspondiente al Ejercicio 2012.
- 4) Evaluación de la información recibida, determinación y aplicación de los procedimientos pertinentes según el objetivo del proyecto.
- 5) Entrevistas con funcionarios de las áreas correspondientes.
- 6) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales.
- 7) Verificación in situ de documentación respaldatoria, e infraestructura edilicia en los casos que correspondieron.
- 8) Determinación de los procedimientos a aplicar a partir de la información suministrada por el organismo.

### III. LIMITACIONES AL ALCANCE

No existieron.

### IV. ACLARACIONES PREVIAS

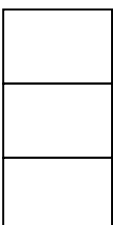
Se examinó el informe y la documentación remitida por el hospital en respuesta a las Notas enviadas por esta Dirección: AGCBA/ **DGCSALUD Nº 0236/16 y 075/17**. Los procedimientos para las tareas de seguimiento consistieron en la verificación de los avances informados por el ente auditado.

#### Metodología Adoptada para el Seguimiento:

A los efectos de clasificar el grado de avance en las acciones cumplimentadas para corregir los desvíos, que motivaron las recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría Nº 03.13.09, se utilizó una escala de evaluación de tres niveles.

- a) El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.
- b) El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.
- c) El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas, o bien la respuesta no se corresponde con las mismas.

Las tareas de relevamiento se desarrollaron a partir del 20 de febrero de 2017 y hasta 12 de mayo de 2017.



## **Comentarios:**

### Sistema Informático:

La aprobación de la Resolución N° 1288/GCABA/MSGC/16 de la Licitación Pública N° 401-0529-lpu16 (al amparo de lo establecido en el artículo 31, primera parte del artículo 32 y concordantes de la Ley N° 2095, el Decreto Reglamentario N° 95/14 que se gestiona bajo el Sistema Buenos Aires Compras -BAC- en el marco de lo dispuesto por el artículo 85 (Informatización de las Contrataciones de la ley de Compras y Contrataciones y su Decreto Reglamentario N° 1145/09) dispone la provisión, instalación y puesta en servicio de un sistema de cableado integral de datos en efectores de salud dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Dirección General de Sistemas Informáticos propicia una licitación a los efectos de la implementación de la Historia Clínica única Electrónica en el ámbito de los efectores de salud. Esto permitirá mejorar el funcionamiento informático general del hospital.

Actualmente se definió el espacio físico donde se guardará el material para el cableado de red incorporado en el 2017.

### Manual Operativo de Compras y Contrataciones:

Durante el desarrollo del presente seguimiento, se ha concluido la confección del Manual Operativo de Compras y Contrataciones a través del Sistema BAC por parte del Hospital.

Dicho manual fue elaborado sobre la base de la normativa vigente, experiencia acumulada y las recomendaciones emanadas de distintos organismos de control y de las Direcciones Generales de Compras y Contrataciones, de Presupuesto y Administración Contable y Presupuesto del Ministerio de Salud. Este Manual de Procedimientos contempla el alcance y la organización funcional.

### Plan de evacuación del Hospital:

La fiscal de mantenimiento del efector menciona que la Dirección General de Recursos Físicos en Salud cuenta con la empresa FUEGOTECNIC SA licitación pública N° 401-042-LPU 15, Expte. N° 0617476-MGEYA-DGADC aprobado por Decreto N° 281/15 quien se ocupa de las tareas correspondientes a la extinción de incendios y la elaboración del Plan de Evacuación.

Uno de los requerimientos básicos para la aprobación del expediente en Defensa Civil es la formación del Grupo Director y el Grupo de Emergencia, para tal fin se ha puesto en contacto al personal de la empresa con el Jefe del Departamento de Urgencia del Hospital para que en forma conjunta logren el objetivo.

La normativa vigente aplicable en cualquier organización que disponga de edificios y estructuras donde se desempeñen en trabajos o como hábitats de la



salud (gente internada); son la Ley de Higiene y Seguridad del Trabajo Ley Nacional 19.587 Dec. Reglamentario 351/79 y el Código de Edificación de la C.A.B.A.

La Normativa exige un Plan de Evacuación en caso de presentarse un incendio, el mismo requiere de roles de liderazgo a cargo de las autoridades de las diferentes áreas; en particular en un Hospital esto se hace difícil, debido a que la persona responsable de una determinada área puede encontrarse al momento del siniestro en quirófano generándose un conflicto de responsabilidades.

La Norma establece que una organización de estas características debería contar con un Dpto. de Higiene y Seguridad del Trabajo, de tal forma que ellos tendrían a cargo establecer los mejores criterios para definir los roles

### **Seguimiento de observaciones:**

#### **Observación 1**

##### **Aspectos Presupuestarios**

- a) Respecto al período 2011, las diferencias presupuestarias expresadas en los diferentes incisos manifiesta que no se cuentan con los elementos suficientes para una eficiente planificación presupuestaria.
- b) Del análisis comparativo efectuado entre los precios redeterminados de la contratación con Argus y los establecidos en el nomenclador de prestaciones de Salud de la CABA para las prestaciones de Tomografías computadas y Resonancias Magnéticas para su facturación a Obras Sociales se observa que el hospital no pudo recuperar los gastos durante el período 2012.

##### **Recomendación:**

Implementar junto al nivel central procesos de información que permitan una planificación presupuestaria más exacta

##### **Respuesta del ente auditado:**

- a) Se trabajó al respecto desde el Hospital mejorando los canales de comunicación y el acceso a los datos lo que permite un mayor control y mayor nivel de planificación.
- b) No corresponde a este nivel

##### **Verificación:**

Se ha mejorado la definición a nivel de actividades donde se van a realizar cada una de las afectaciones, tanto de las compras a nivel central como las propias del hospital.


La planificación por actividad de las afectaciones y por lo tanto las cuotas presupuestarias permite una mejor organización de la ejecución. Existe una mejor comunicación con el nivel central respecto de las afectaciones y el detalle del gasto. Se observa, respecto a la orden de compra abierta, la evolución de los consumos valorizados a último precio.

a) La utilización del archivo denominado "Preventivo, Definitivo del Hospital Gutiérrez Dirección General Administrativo Contable y Presupuesto (**DGADC y P**) representa una herramienta que permite un control y seguimiento norizado.

**Grado de avance:**

- a) Incipiente
- b) No satisfactorio.

**Observación N° 2**

**Metas físicas**

- a) Las categorías para registrar las metas físicas no Son las mismas que utiliza el resto del sistema de salud en la actividad 2 (pacientes tendidos en internación).
- b) Dificultad para la estimación de las metas en actividad 2 y 3, que son las de mayor impacto en las prestaciones del hospital.
- c) El sistema informático utilizado para farmacia, facturación, cobranza de obras sociales es el SIGHEOS, pero no está disponible en todas las áreas del hospital.

**Recomendación:**

Ajustar junto al Nivel Central el proceso de información de metas físicas a lo establecido en los lineamientos generales dispuestos en el instructivo del formulario de metas físicas. (Obs N° 2 a),  
Optimizar el sistema de indicadores de gestión que brinda los datos desde donde se planifican las metas físicas. (Obs N° 2 b),  
Optimizar y completar junto al Nivel Central la implementación del SIGEHOS en las áreas del Hospital. (Obs N° 2 c)

**Respuesta del ente auditado:**

- a) En cuanto a la cantidad de pacientes atendidos en internación, para el registro de las metas físicas aclaro que no coinciden con el Movimiento Hospitalario ya que hay servicios que no están implementados en dicho movimiento.  
Pacientes que ocupan 1 cama, para procedimientos y tratamiento tanto quirúrgico como de diagnóstico se consideran como internación.  
Para responder a un agrupamiento hecho hace varios años hemos sumado áreas que deberían estar incluidas en dicho movimiento, ya


que fueron incorporadas posteriormente por la complejidad y el costo que tienen, ejemplo cama: de guardia, trasplante, hospital de día polivalente, infectología, oncología. Recordemos también que el servicio de hemodinamia realiza procedimientos no invasivos para las patologías cardíacas, neuroquirúrgicas y de vasos periféricos, como así también la radiología intervencionista.

- b) Dificultad para el cálculo de la actividad 3- Pacientes atendidos en consultorios externos no tenemos, el dato es la consulta realizada, que tomamos del informe estadístico de consultas médicas ambulatorias, que nos eleva cada especialidad y está reflejado en el movimiento hospitalarios.
- c) El sistema de SIGEHOS no está disponible en todas las áreas.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio

**Observación N° 3  
Sobre Aspectos Estructurales y Recursos Físicos**

- a) Deterioro del sistema de provisión de agua, corrosión y filtraciones de las cañerías cuyas reparaciones dificultan la finalización de las obras de la guardia.
- b) El diseño del sistema contra incendios establecido no ofrece protección adecuada, el 30% de las áreas relevadas carece de matafuego, el 35% carece de detector de humo, el 33% posee piso combustible.
- c) Un 23% de las escaleras requieren mantenimiento. Todas con cinta antideslizante desgastada. El 25% de los ascensores está en mantenimiento.
- d) El 76% de las áreas posee puertas que sólo se abren hacia adentro lo que dificulta la salida en caso de emergencia.
- e) Falta de salidas de emergencias Esta observación ya fue formulada en el Proyecto N° 3.07.2.07 de la AGCBA. (particularmente en sectores de internación y en consultorios externos mientras dure la construcción de la nueva guardia).
- f) Climatización inadecuada, particularmente en áreas críticas como Infectología, Terapia Intensiva, Neonatología.
- g) La señalética está incompleta en el 96 % de las áreas. No se observan planos de evacuación en numerosas áreas del hospital.
- h) El Plan de contingencias suministrado data de 2001, si bien se informa que está en elaboración su actualización
- i) Estado regular o malo de cielorrasos y revestimiento de las paredes en más del 50% de las áreas relevadas. El desgaste de las tejas en varios


sectores de los pabellones, originó roturas y fisuras. La malla metálica en los espacios de ventilación también se encuentra deteriorada permitiendo el anidamiento de aves o el depósito de sus deyecciones.

### Recomendación:

Atender y proveer los recursos para la reparación y mantenimiento de las estructuras que optimicen la actividad y disminuyan los riesgos. Favorecer la realización de una evaluación de costos e impacto de un proyecto estructural que permita una solución integral al problema edilicio. (Obs N° 3 c), d), e), f), g), h), i).

### Respuesta del ente auditado:

- a) Respecto del sistema de provisión de agua que dificulta la finalización de la obra de la guardia ha sido solucionado.
- b) Se ha contratado una empresa que se ocupa de la extinción de incendios, quien mantiene a norma los puestos de extintores e hidrantes, respecto de la detección de incendio no corresponde al recurso físico.
- c) Todos los ascensores de la institución cuentan con oblea QR, lo cual garantiza que los mismos tienen conservadores que se ocupan del mantenimiento. Las escaleras del hospital y se rempazan periódicamente las cintas antideslizantes.
- d) No corresponde al área de mantenimiento. Deberá consultarse al área pertinente.
- e) ídem d)
- f) Se han reemplazado los equipos centrales de las áreas mencionadas, faltando el sector de infectología.
- g) Los planos de evacuación se encuentran ubicados en las áreas mencionadas correspondiendo esta tarea a la empresa Fuegotecnic SRL.
- h) Se encuentra en trámite faltando por parte del hospital la nómina de personal asignado para los roles de evacuación.
- i) Se han realizado los mantenimientos correctivos de gran parte de las áreas y se sigue trabajando en ello.

### Verificación:

- a) Se ha constatado la finalización de la obra de la guardia.
- b) Se ha constatado lo manifestado por el efector. Se observó una buena señalización y provisión de elementos contra incendio:
- c) Faltan antideslizantes y algunos ascensores no tienen obleas. Algunos ascensores no cuentan con las obleas de mantenimiento
- d) Requiere obra nueva
- f) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.


- g) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado, sin embargo es incompleta la señalética.
- h) Plan de Evacuación del hospital pag. 6
- i) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

**Grado de avance:**

- a) Satisfactorio
- b) Satisfactorio
- c) No Satisfactorio
- d) No satisfactorio
- e) No satisfactorio
- f) Incipiente
- g) Incipiente
- h) Incipiente
- i) Incipiente

**Observación 4**

**Red eléctrica e instalaciones.**

- a) La red eléctrica está sobrecargada (cerca al límite de su capacidad), lo que imposibilita o dificulta la incorporación de nuevos equipos de trabajo y aumenta los riesgos. El 12% de las áreas relevadas posee cableado expuesto.
- b) Deterioro en las cerraduras de los tableros (área de quirófanos, los tableros seccionales con tapas semi abiertas no cuentan con cerraduras). Dentro de los pabellones falta de tapas ciegas, cables canales incompletos, cables expuestos, tomas sin funcionar, empalmes precarios, y otras.

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Se solicitó presupuesto para la realización de una planta transformadora de energía eléctrica y se han realizado obras de reparación de tableros y casetas para mejorar el sistema, se sigue trabajando en el tema.
- b) Respecto de las cerraduras de los tableros eléctricos, se han colocado las mismas en todos los tableros y se trabaja permanentemente en el tema.

**Verificación:**

- a) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado. Sin embargo no se ha accedido al presupuesto mencionado.
- b) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado. Se observaron nuevos tableros con sus cerraduras correspondientes.




**Grado de avance:**

- a) Incipiente
- b) Incipiente

**Observación N° 5:**

**Comité de Ética en Investigación (CEI)**

El CEI no cuenta con espacio físico adecuado para la realización de reuniones y para el archivo de la documentación generada.

**Recomendación:**

Proveer los recursos físicos e informáticos necesarios para un mejor desarrollo de las actividades del CEI (Obs N°5).

**Respuesta del Ente auditado:**

El lugar físico se encuentra asignado pero su remodelación está en trámite licitatorio. No cuenta con recursos informáticos propios. Es insuficiente el lugar de archivo de protocolos de investigación.

**Verificación:**

Se ha verificado lo expuesto por el ente auditado: cuentan con espacio físico reducido, inadecuado para la realización de reuniones. No cuentan con recursos informáticos propios y que falta lugar para archivar los protocolos de investigación.

**Grado de avance:**

Incipiente

**Observación N°6**

**Comité de Bioética (CB)**

- a) No se ha reglamentado la Ley 3302, lo que dificulta un régimen de funcionamiento homogéneo de los comités de bioética del sistema de salud del GCBA.
- b) El Comité de Bioética no cuenta con recursos como pc, espacio físico para archivo y reuniones, secretaria, o insumos de oficina para realizar sus tareas.

**Recomendación:**

Impulsar la reglamentación de la Ley 3302. Obs N° 6 a),  
Proveer los recursos necesarios para un mejor desarrollo de las actividades del CB. (Obs N° b).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) No corresponde


- b) Dicho Comité se reúne frente a casos puntuales. Cuenta con material de oficina.

**Verificación:**

- b) Se ha verificado lo expuesto por el ente auditado. No cuentan con un espacio físico permanente dado que se reúne en casos puntuales ante determinadas problemáticas.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio.  
b) Incipiente

**Observación N°7**

**Comisión de Evaluación Gestión Hospitalaria (CEGH)**

- a) La CEGH no cuenta con recursos profesionales, técnicos y administrativos para la obtención de datos y la elaboración de indicadores de gestión.  
b) La conformación de la Comisión no cuenta con la jerarquización ni la asignación de recursos que requiere para el desarrollo de sus funciones.  
c) El aporte de información de los servicios es parcial, lo que dificulta el monitoreo y la evaluación de los indicadores de gestión.

**Recomendación:**

Proveer los recursos profesionales, técnicos y administrativos necesarios para un eficaz y eficiente desarrollo de las actividades del CEGH que permitan el seguimiento de los indicadores y monitoreo de los resultados.

Formular incentivos para el fortalecimiento de la organización y funcionamiento de la CEGH (Obs N°7 a), b) c).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) La obtención de datos es realizada por Departamento de estadística. No cuenta con personal especializado.  
b) No corresponde  
c) Se intenta corregir dicha información pero no se cuenta con plantel administrativo acorde para tal fin

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio  
b) No satisfactorio  
c) No satisfactorio


**Observación N° 8**  
**Comité de Docencia e Investigación (CODEI)**

No disponen de fotocopidora y la pc resulta inadecuada para los requerimientos

**Respuesta del Ente auditado:**

Continúa igual situación

**Grado de avance:**

No satisfactorio

**Observación N° 9:**  
**Comité de maltrato infantil y niños en riesgo**

- a) Recursos insuficientes (No cuentan con secretaria, ni espacio físico propio para reuniones ni archivo. No poseen equipo informático, que determina el subregistro de las actuaciones).
- b) No llevan libro de actas.

**Recomendación:**

Registrar las actuaciones y conclusiones de las reuniones del Comité de Maltrato en libro de actas  
(Obs N°8 a), Obs N°9 a), b).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Cuenta con espacio físico propio de reunión.
- b) Sin respuesta

**Verificación:**

- a) Cuentan con un espacio físico reducido, no apto para reuniones y es compartido con el Servicio de Salud Mental.

**Grado de avance:**

- a) Incipiente.
- b) No satisfactorio

**Observación N°10**  
**Comité de Trauma y Emergencia**

No cuentan con equipamiento suficiente y adecuado para la optimización de las actividades (computadora, material docente, proyector, muñecos para reanimación).


**Recomendación:**

Equipar con materiales y tecnología adecuada para la capacitación del recurso humano (Obs N° 10).

**Respuesta del Ente auditado**

Se adjuntó informe sobre su actividad que no trata el tema observado

**Grado de avance:**

No satisfactorio

**Observación N° 11**

**Áreas administrativas y contables.**

**Observaciones comunes a las áreas:**

- a) La modalidad de adhesión al retiro voluntario no permite cubrir las vacantes y exige la redistribución de tareas, sobrecargando al resto del personal.
- b) La estructura formal no se corresponde a la estructura real.
- c) No se han formalizado las designaciones por concurso de los responsables a cargo.
- d) No se cuenta con un plan de capacitación para el personal.

**Recomendación:**

Generar un adecuado proceso de provisión de RRHH y distribución de tareas para cubrir las vacantes de personal (Obs N° 11 a),  
Establecer junto al Nivel Central un sistema formal adecuado para la asignación de responsabilidades y su remuneración correspondiente (Obs N° 11 b), y efectivizar la designación los responsables (Obs N° 11 c),  
Establecer un plan formal de capacitación del personal. (Obs N° 11 d).

**Respuesta del Ente auditado**

Se realizó junto con la Gerencia de Planeamiento de Dotaciones y reubicación Laboral de la Dirección de Capital Humano- Subsecretaría de Gestión de recursos Humanos del Ex Ministerio de Modernización, relevamiento del personal denominado Proyecto Dotaciones Hospital Gutiérrez.

Posteriormente en el año 2015 se llevó a cabo un relevamiento de puestos establecidos en el Acta de Negociación Colectiva N° 4/15 instrumentada por Resolución N° 628/MHGC/2015 a fin de implementar la nueva carrera administrativa.

En relación a la capacitación del personal, se incentiva a los agentes para realizar los cursos dictados por el Instituto Superior de la Carrera.


### Verificación:

- a) Al momento de desarrollo del Proyecto 3.13.09 se encontraba en vigencia el retiro voluntario, por lo que los datos no se encontraban consolidados. Durante la presente auditoría se pudo determinar que el número de agentes acogido al retiro fue de 26. Los mismos no han sido reemplazados. Entre ellos se destacan: 2 administrativos del área de recursos humanos, lo que debilita aún más la gestión del área; y 5 administrativos del área de estadísticas y una subdirectora administrativa afectando las áreas de administración del efector. A partir del año 2013 no se realizaron más retiros voluntarios. No se han reemplazado las bajas por fallecimiento de un auxiliar ni la renuncia de una telefonista, ambos del 2014. Igual situación se verificó para las jubilaciones de 2 auxiliares producidas durante el año 2015. En el año 2013 se produjo un ordenamiento de la dotación del personal del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez a través de la Gerencia Operativa de Planificación de Dotaciones de acuerdo a las misiones y funciones en un marco de búsqueda de eficiencia y eficacia en el uso de los recursos humanos. Los objetivos de dicho análisis, tuvieron en cuenta el impacto de los proyectos a desarrollarse y/o a desactivarse en el futuro cercano, fueron los siguientes:
- ✓ Composición de la dotación actual
  - ✓ Planificación de la dotación necesaria
  - ✓ Diseñar indicadores de carga de tarea
  - ✓ Visualizar la cultura y las necesidades de la organización
  - ✓ Diseñar un modelo de dotación de recursos humanos que permita cumplir las misiones y funciones.

### Grado de avance:

- a) Incipiente
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio

### Observación N° 12 Gerencia Operativa

- a) El HGNRG no posee un sistema informático centralizado que brinde indicadores en tiempo real.
- b) El efector no tiene determinado el impacto en el presupuesto de las actividades desagregadas por áreas.
- c) Facturación: no se pudo acceder a la información correspondiente al año 2012 debido a problemas surgidos en la migración del sistema.


**Recomendación:**

Implementar junto al Nivel Central la aplicaciones informáticas necesaria que permitan generar en tiempo real y con el nivel de detalle requerido indicadores e información presupuestaria del Hospital que permitan su seguimiento y control. (Obs N°12).

**Respuesta del Ente auditado**

Se trabaja permanentemente para sistematizar procesos a fin de lograr información presupuestaria e indicadores para un mayor seguimiento, control y análisis.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio

**Observación 13**

**Departamento RRHH**

- a) Falta de coincidencia en el número de agentes suministrado por el Departamento de Recursos Humanos y Liquidación de haberes.
- b) Se verificaron inconsistencias en el listado de agentes del Departamento de Recursos Humanos
- c) El área posee grandes cantidades de elementos combustibles (papeles, piso de madera y alfombras), con cables expuestos, no cuenta con un sistema de detección o extinción de incendio.
- d) La totalidad de las jefaturas del sector no tienen designación formal.

**Recomendación:**

Implementar controles que permitan detectar y corregir las diferencias e inconsistencias detectadas. (Obs N°13 a y b),

Proveer espacios y condiciones laborales apropiadas para el personal. (Obs N°13 c),

Establecer junto al Nivel Central un sistema formal adecuado para la asignación de responsabilidades y su remuneración correspondiente. (Obs N°13 d).

**Respuesta del Ente auditado**

Se trabaja permanentemente en fortalecer los controles. Si bien se digitalizaron los legajos, aún se conserva la documentación en papel. Se procura mejorar los espacios físicos.


El punto d) fue respondido en la Observación 11

**Verificación:**

a y b) Las estructuras organizacionales y plantas de personal del Departamento Ejecutivo del Hospital se encuentran enmarcadas en el Decreto 573/72; y Decreto N° 684/09: descripción de las responsabilidades primarias de quienes integran la dotación del Hospital.

El Departamento de RRHH del hospital no cuenta con el listado de la composición del personal al 31 de diciembre de 2015. Esta repartición actualiza su dotación periódicamente sobre un único archivo en formato Excel, dando de alta, baja y/o modificando la situación de revista de cada agente en los casos de corresponder.

Existen casos en que la partida presupuestaria otorgada a un agente no se condice con la tarea que desempeña. Por ejemplo un agente con partida presupuestaria de camillero, cumple funciones como administrativo y tiene una disposición interna en la cual se le encomiendan funciones como Jefe de División. Existen agentes con partidas presupuestarias de telefonista cumpliendo funciones administrativas y agentes con partida presupuestaria de servicios generales que también cumplen tareas administrativas.

Esta situación prolongada en el tiempo implica, menor remuneración en su función, mayor responsabilidad y notable perjuicio en sus futuros beneficios previsionales.

La dotación actual del hospital es la siguiente:

PERSONAL	TOTALES
PROFESIONALES DE PLANTA	526
PROFESIONALES DE GUARDIA	255
PROFESIONALES SUPLENTE DE GUARDIA	176
RESIDENTES	319
ENFERMERÍA	532
SERVICIOS GENERALES	66
ADMINISTRATIVOS	163
TÉCNICOS	178
AUXILIARES	22
TOTAL	2.237

Fuente: Hospital Gutiérrez

**Grado de avance:**

- a) Incipiente
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio


## Observación N° 14

### División Estadística

- a) No se cuenta con un sistema que centralice la asignación de turnos y el manejo de la agenda de los profesionales.
- b) El reemplazo del sistema informático en el que se registraban procesos de inscripción y otorgamiento de turnos, así como información de admisión y egresos dejó fuera de disponibilidad la información anterior a agosto de 2012. Esto trajo como consecuencia duplicación de HC.
- c) Duplicación de carga de datos en las consultas ambulatorias: SIGEHOS y Movimiento Hospitalario.
- d) En los IEH, no están incluidos los datos de identificación del profesional interviniente.

### Recomendación:

Generar un proceso de registro centralizado de asignación de turnos.

Establecer procedimientos informáticos que aseguren la disponibilidad de la información.

Establecer junto al Nivel Central medidas tendientes a optimizar la utilización de los recursos y las tareas que realiza el personal

Ajustar la confección de los IEH a la reglamentación.

Establecer junto al Nivel Central medidas tendientes a optimizar la utilización de los recursos y las tareas que realiza el personal (Obs N° 14 a), b); c).

### Respuesta del Ente auditado:

- a) Centralizar la entrega de turnos en un mismo lugar, evitaría a las madres deambular por todo el hospital. Seguimos con un sistema de turnos descentralizado, se necesitaría instalar el sistema en la totalidad de los Consultorios Externos y contar con más recursos humanos para operar el SIGEHOS
- b) La base de datos del sistema anterior no se recuperó en su totalidad y se perdió gran parte de la información. Por esa razón seguimos duplicando la información.
- c) La estadística del sistema de SIGEHOS tiene discrepancia con el Movimiento Hospitalario, puesto que al elaborar la estadística se toma como dato la consulta realizada, esta la obtenemos del Informe Estadístico de Consulta Médico Ambulatorio (IECMA) que completa el médico y firma.
- d) Los IEH una vez emitidos por Admisión y Egresos vuelven completos a la División de Estadísticas al alta del paciente, para su elaboración y codificación del diagnóstico completo y firmado por el profesional. No se puede realizar el circuito del IEH por el sistema SIGEHOS.




**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio

**Observación N° 15**

**Archivo**

- a) Espacio insuficiente. No permite la incorporación de más estanterías. Dificultad para la localización de HC.
- b) Deterioro de paredes y techos con desprendimiento del revoque y manchas de humedad. Escasa ventilación.
- c) Desnivel en el piso del sector de atención, con riesgo de accidentes para pacientes y personal del hospital.

**Recomendación:**

(Obs N° 15) incluidas en las recomendaciones correspondientes a Obs N° 3 estructura física

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Como es de su conocimiento respecto a la capacidad del Archivo, las estanterías están todas ocupadas y para depurar necesitamos espacio el pasillo que no tenemos. La búsqueda de las Historias Clínicas se nos dificulta cada vez más.
- b) Ediliciamente la planta física está deteriorada y disfuncional para el archivo de las historias clínicas. Recordemos que el archivo se encuentra sobre lo que fuera una gran laguna en el siglo XIX, esto hace que ante cualquier lluvia por pequeña que fuera sube la napa y el archivo se inunda. También sucede cuando la bomba de agua no funciona o no da abasto. Es un ambiente totalmente insalubre. Con las reiteradas inundaciones hemos perdido muchas historias clínicas las cuales están clasificadas y volcadas en un libro de actas rubricado en noviembre de 2015 por la Dirección del Hospital. Estas historias están embolsadas para su destrucción total.
- c) Lo que se solucionó fue el desnivel del piso, en el sector activo de atención.

**Verificación:**

- c) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) Satisfactorio


## Observación N° 16 Consultorios Externos

Las observaciones referidas a planta física respecto de los riesgos que implican la falta de un sistema contra incendios, deterioro de mampostería y otras fueron incluidas en las correspondientes a las áreas comunes.

- a) No hay información visible acerca de la existencia del Libro de Quejas, Sugerencias y Reclamos.
- b) El 46% de los servicios entrega los turnos con agenda administrada por SIGEHOS, el resto define su propia metodología.
- c) La observación anterior implica la imposibilidad de utilizar la central 147.
- d) Falta de unificación en el sistema de archivo y generación de HC.
- e) Falta de personal administrativo para la distribución y archivo de las historias clínicas (cuentan con voluntarias para el desarrollo de las tareas).
- f) Concentración de la demanda en horario matutino por la falta de oferta en las especialidades en el turno vespertino.
- g) No se recuperó la partida presupuestaria para Otorrinolaringología (contaba con un consultorio hasta el año 2008 para la atención vespertina).
- h) Falta de un sistema formal de referencia y contrareferencia.

### Recomendación:

(Respecto de la planta física, las recomendaciones de este sector, se incluyen en la recomendación de la Obs N° 3)

Realizar las acciones pertinentes para ajustarse a la reglamentación. (Obs N° 16 a).

Generar un proceso de registro centralizado de asignación de turnos (Obs N° 16 b) y c).

Establecer un sistema de seguridad en la información que establezca pautas para la generación de Historias Clínicas, su destino y administración (Obs N° 16 d).

Arbitrar la asignación de RRHH y distribución de tareas que permitan cubrir las actividades necesarias para el funcionamiento de los servicios del Hospital. (Obs N° 16 e).

### Respuesta del Ente auditado:

Ya existe Libro de quejas, Sugerencias y Reclamos.

En relación al sistema de registro y la coexistencia de 2 métodos administrativos de registro, el SIGHEOS y la agenda administrativa, el Departamento Técnico y la División Estadística del Hospital han sido


notificados oportunamente y en varias oportunidades al igual que la falta de personal administrativa.

La falta de unificación en el sistema de archivo y generación de HC ha sido derivada al área correspondiente.

**Verificación:**

Se ha constatado la existencia del Libro de Quejas, Reclamos y Sugerencias.

**Grado de avance:**

- a) Satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio
- e) No satisfactorio
- f) No satisfactorio
- g) No satisfactorio
- h) No satisfactorio

**Observación N°17**

**División Promoción y Protección**

- a) Los recursos profesionales (médicos de planta, enfermeros), técnicos y administrativos son insuficientes en todos los sectores. El consultorio vespertino de Control Niño Sano no cuenta con médicos de planta (es atendido por médicos residentes). Tampoco pueden desarrollar atención vespertina en el vacunatorio.
- b) Equipamiento insuficiente (falta de computadoras, particularmente en el área de control de infecciones).

**Recomendación:**

Arbitrar las medidas necesarias tendientes a asignar recursos que aseguren una eficaz y eficiente atención del Niño Sano y las acciones de prevención y promoción de la salud. (Obs. N° 17, a) y b).

**Respuesta del Ente auditado:**

La falta de personal administrativo, recurso esencial para el desarrollo de la tarea médica al igual que el recurso de enfermería ha sido presentado en repetidas oportunidades al Departamento Técnico y a la División Estadística del Hospital.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio


**Observación N°18**  
**Hospital de Día Polivalente**

- a) No se observan planos de evacuación. No hay salida de emergencia, las puertas abren hacia el interior y no poseen —barra antipánicoll. Los medios de salida, en la mayoría de los sectores verificados, son angostos o se encuentran reducidos en el ancho mínimo exigible al ser ocupados con aparatos de uso hospitalarios. No cuentan con sensores de humo.
- b) No cuentan con personal administrativo y la disponibilidad de enfermería es escasa. Los médicos no disponen de extensión horaria para ampliar tiempo de atención.

**Recomendación:**

(Recomendación Obs N° 18 a), ídem Obs N° 3).

Asegurar el funcionamiento eficiente del sector con la incorporación de recursos (Obs N° 18, b).

**Respuesta del Ente auditado:**

Los requerimientos enunciados correspondientes a medidas de seguridad de la planta física han sido derivados al área correspondiente.

La falta de personal administrativo, recurso esencial para el desarrollo de la tarea médica al igual que el recurso de enfermería ha sido presentado en repetidas oportunidades al Departamento Técnico y a la División Estadística del Hospital.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio

**Observación N° 19**  
**Departamento Área De Urgencias**

- a) En la construcción de la nueva guardia no está contemplado un consultorio específico para psicopatología (que necesita lugar reservado), ni para toxicología.
- b) Recurso humano de anestesiología es insuficiente y además deben asignar dos profesionales por día para cubrir la demanda de Diagnósticos por Imagen.
- c) No todas las Unidades de Guardia día cuentan con endoscopista.


- d) Equipamiento informático: Dos computadoras obsoletas (más de 10 años). No tiene acceso a Internet provisto por el hospital.

**Recomendación:**

Asegurar en la nueva construcción la cantidad de consultorios para las especialidades que requieren mayor privacidad. (Obs N° 19, a).

Garantizar el recurso humano se anestesiología y endoscopia para el sector (Obs N° 19, b) y c).

Proveer equipamiento informático (Obs N° 19, d).

**Respuesta del Ente auditado:**

Se adjunta informe de Jefe del Departamento de Urgencia. El mismo no responde a los temas observados.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio

**Observación N° 20**

**UTIP**

- a) Hacinamiento de las camas.
- b) Falta de filtros HEPA en el equipo de aire de la Unidad. Falta de mantenimiento.
- c) Servicio de limpieza inadecuado.
- d) Falta equipamiento (un respirador de alta frecuencia).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Número de camas: La Unidad cuenta con dos aislamientos de 8 m2 cada uno y de un espacio de 135 m2 con 16 unidades posibles lo que da una unidad cada 8 m2.
- b) Filtros HEPA: Se consta de un sistema central de aire acondicionado con filtros HEPA con un mantenimiento realizado en Noviembre de 2016.
- c) El servicio de limpieza consta de tres empleados en el turno mañana uno a la tarde y otro a la noche. En sábado, domingo y feriado es un empleado por turno. Este esquema es adecuado para el Servicio.
- d) Desde julio de 2016 tenemos un respirador de alta frecuencia oscilatorio Sensormedics 3100 A. El resto del equipamiento es adecuado para el trabajo de la Unidad.


**Verificación:**

- a) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.
- b) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.
- c) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

**Grado de avance:**

- a) Satisfactorio
- b) Satisfactorio
- c) Satisfactorio
- d) Satisfactorio

**Observación N° 21**

**Unidad Toxicología**

- a) Falta de espacio físico (observación ya formulada Proyecto N° 3.11.11: Atención clínica y social de las adicciones en servicios del Sistema de Salud).
- b) La conexión a internet, fundamental para la búsqueda de información no es provista por el hospital.

**Recomendación:**

Disponer de un espacio adecuado para el desarrollo de las acciones de la Unidad dada la reiteración de la observación. (Obs N° 21).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) En contestación al informe relativo a la Unidad de Toxicología sobre la falta de espacio físico (observación y formulación del proyecto N° 3.11.11: Atención clínica y social de las adicciones en servicio de Sistema de salud) pongo en su conocimiento que la unidad de Toxicología en su aspecto edilicio fue acondicionada, teniendo un consultorio para atención de todos los pacientes que así lo soliciten. En cuanto a la atención de adictos sólo se puede realizar la atención ambulatoria de los mismos, cuando se requiere internación las mismas no están preparadas para este tipo de paciente.
- b) En cuanto al sistema de Internet por el motor de búsqueda rápida que necesita este servicio y la cantidad de computadores que posee, el sistema de web que ofrece el gobierno de la Ciudad es demasiado lento y solamente hay instalado un solo periscopio para tal fin, por lo que los médicos integrantes de la Unidad estamos solventando la conexión a la misma.  
Si bien en el último tiempo se accedió por sistema wifi a red TWLANGCBA que es de acceso gratuito, la misma no es utilizada con regularidad, ya que la conexión se realiza de manera informal. Por lo tanto se solicita se proporcione este insumo a esta Unidad, ya que es


prioritario para el funcionamiento del servicio, no solo para la búsqueda de información, sino también para realizar asesoramientos e incluso atención vía internet a muchos pacientes que nos consultan desde distintos puntos del país y del exterior.

Se hace aclaración con respecto a la red informática que está en proceso desde Nivel central realizar el cableado informático de todo el Hospital.

#### **Verificación:**

- a) Se ha verificado lo expuesto por la jefa de servicio: poseen un consultorio para la atención de pacientes. Ha reiterado la demanda de camas para internación de pacientes con patologías toxicológicas. Si bien la jefa no cuenta con un despacho propio, refirió que esta situación no representa un obstáculo para el desarrollo de sus funciones.
- b) Se ha verificado lo expuesto por la jefa del servicio: faltan computadoras y el servicio de internet del gobierno es demasiado lento por lo que los profesionales del área solventan el acceso a internet para desarrollar sus funciones: utilización de Programa MICRO MEDEX on-line, como así también la atención de consultan vía internet desde distintos puntos del país.

Por otra parte se ha confirmado que se encuentra en proceso el cableado informático en todo el hospital, ejecutado por el nivel centra

#### **Grado de avance:**

- a) Satisfactorio
- b) Incipiente

#### **Observación 22**

##### **Departamento Medicina Neonatología**

- a) Las instalaciones de provisión de gases no se ajustan a la norma DISS;
- b) Insuficiencia de recursos humanos especializados para cubrir la demanda (médicos neonatólogos y enfermeras).
- c) No hay salida de emergencia.
- d) El equipamiento es insuficiente y se requiere reemplazar aquellos de mayor utilización y antigüedad: Incubadoras, Servocunas, Incubadoras de transporte, Respiradores, Saturómetros, Medidor transcutáneo de bilirrubina, equipos de luminoterapia, blender de gases, Ecógrafo.


**Recomendación:**

Asegurar el cumplimiento de normas universales para la instalación de gases medicinales (Obs. N° 22 a)

Asegurar la asignación de RRHH especializados (Obs N° 22 b)

(Obs N° 22 c) ídem Obs N° 3).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Recientemente y encontrándose en etapa de Presupuesto. Se estaría encauzando el tema de provisión de gases ajustadas a las normas DISS.  
(Médico)  
Se solicitó presupuesto para realizar la obra necesaria para poner a norma la provisión de gases médicos. (fiscal)
- b) Falta de enfermería
- c) SIN solución la salida de Emergencia
- d) Se cuenta actualmente con Servocunas. También hay respiradores pero les falta calentador-humidificador  
Lo más importante y URGENTE es contar con 3 calentores-humidificadores Fisheranf.

**Verificación:**

- d) Cuenta con servocunas, con respiradores y calentador-humidificador.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) Incipiente

**Observación N°23**

**Infectología**

- a) Las ventanas no son aptas para el mantenimiento de las condiciones de aislamiento.
- b) No cuentan con un sistema de presión del flujo de aire apropiado en los aislamientos (presión positiva o negativa).
- c) El Laboratorio de Investigaciones Infectológicas: no cuenta con cabinas de seguridad biológica (con flujo laminar vertical y filtros HEPA)
- d) No cuentan con micropipetas automáticas de volúmenes diferentes.




**Recomendación:**

Asegurar la infraestructura y equipamiento que garanticen el desarrollo de la actividad en condiciones de seguridad adecuadas para el paciente y el personal. (Obs N° 23 a), b).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Las ventanas de una de las Unidades (9 y 10) son tipo guillotina y no fueron ni modificadas ni cambiadas
- b) El Aire Acondicionado no ha sido cambiado por lo tanto carece del Sistema de presión de flujo positiva-negativa para los aislamientos (médico)  
Se solicitó asistencia técnica para el cambio de equipo (fiscal)
- c y d) El laboratorio de Investigaciones Infectológicas contaba y sigue contando con Cabina de seguridad, Filtros HEPA, Pipetas Automáticas de volúmenes diferentes.  
La Unidad 10, carece de aire acondicionado en las habitaciones y se maneja con un equipo manual.  
Estas Unidades destinadas a pacientes con INMUNOSUPRESION SEVERA, incluye TRASPLANTE de Medula e Hígado, requeriría modificación urgente en el sistema acondicionamiento de aire/filtros.

**Verificación:**

c y d) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.  
Se observaron cabinas de seguridad biológicas vertical y horizontal.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) Satisfactorio
- d) Satisfactorio

**Observación N° 24**

**Tisiología**

No cuentan con trabajadora social en el servicio, lo que dificulta el seguimiento de los pacientes.

**Recomendación:**

Arbitrar la asignación de recursos que faciliten del seguimiento de los pacientes. (Obs N° 24).

**Respuesta del Ente auditado:**


Sigue sin Asistente Social que es imprescindible para la patología infecciosa que asiste.

**Grado de avance:**

No satisfactorio

**Observación 25**

**Neumonología- Centro Respiratorio**

- a) El equipamiento no responde al grado de especialización del servicio. Necesidad de nuevos equipos de diagnóstico y reemplazo de los obsoletos.
- b) Tiempo elevado de demora en los turnos. Falta de personal técnico.

**Recomendación:**

Proveer equipos de nueva tecnología y recursos para responder a la demanda de un hospital de alta complejidad. (Obs N° 25 a) y b. Obs N° 44).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) La dotación de Equipamiento con el que cuenta es escaso y obsoleto. No se le otorgaron los recursos necesarios para atender patología respiratoria de mediana complejidad. Sigue necesitando reemplazar el Equipamiento para diagnóstico que reemplacen los obsoletos
- b) El tiempo de espera para consulta (6 meses) continúa siendo el mismo ya que la demanda aumento por falta de respuesta de la Pcia. de Buenos Aires a los pacientes con problemas respiratorios. No se produjo el nombramiento de la Técnica en Espirometría (asiste ad honorem desde hace 13 años).

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio

**Observación 26**

**Neurología**

- a) No cuentan con rampas y los ascensores quedan fuera de funcionamiento con frecuencia
- b) Recurso profesional y técnico insuficiente
- c) Tiempo de espera para la consulta ambulatoria prolongado.
- d) Los equipos no cuentan con mantenimiento.

**Recomendación:**


Respecto de la planta física, recomendación incluida en la correspondiente a la Obs N° 3

Arbitrar medidas destinadas a acortar los tiempos de espera para la consulta ambulatoria. (Obs N° 26 b y c)

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Los ascensores cuentan con conservador y oblea pertinente (fiscal)  
Funcionamiento de los ascensores, ha mejorado (médico)
- b) Demanda asistencial, se incrementó ostensiblemente a expensas de pacientes provenientes del Cono Suburbano, razón por la cual la dotación sigue resultando insuficiente.
- c) Los tiempos de espera han disminuido como máximo:
  - \*La emergencia se atiende en el día
  - \*Las que encuadran como urgentes se resuelven dentro de los 7 días.
  - \*Los turnos para consulta que no enrole en los anteriores demoran 90 días.
- d) Actualmente si cuentan

**Verificación:**

- c) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.
- d) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) Incipiente
- d) Satisfactorio

**Observación 27**

**Hematología**

- a) No cuenta con personal administrativo.
- b) No cuentan con agua caliente indispensable por razones de bioseguridad para la limpieza de los implementos de laboratorio.
- c) Se encuentran pendientes para adjudicación los concursos por un cargo de profesional Bioquímico y un Técnico.
- d) Dificultad para acceso a insumos de librería, pintura, arreglos y servicio de Internet.
- e) El área de estadística del Hospital no tiene un sistema compatible de registro por lo que todos los registros deben ser realizados manualmente.
- f) Falta de mantenimiento de filtros de alta eficiencia.


**Recomendación:**

Respecto del mantenimiento (Obs N° 27 d) ver recomendaciones Obs N° 44 Agilizar la efectivización de los cargos concursados y la asignación de personal administrativo (Obs N° 27 a) y c)  
Proveer equipos de nueva tecnología y recursos para responder a la demanda de un hospital de alta complejidad (Obs N° 27 e).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Sigue sin contar con personal administrativo. (médico)  
Se reemplazó el sistema obsoleto de calefacción y agua caliente y se encuentra operativo. (fiscal)
- b) Se solucionó el problema con el agua caliente.
- c) No se efectivizaron los cargos de los concursos realizados en el 2011 para Técnico y Bioquímico.
- d) Sigue sin tener disponibilidad para el material de librería
- e) No hay solución hasta ahora.
- f) Se está realizando el mantenimiento de los Filtros de Alta Eficiencia

**Verificación:**

- b) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.
- f) Se ha verificado el mantenimiento de Filtros de Alta Eficiencia.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) Satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio
- e) No satisfactorio
- f) Satisfactorio

**Observación 28**  
**Nefrología**

- a) No disponen de depósito propio para guardar los materiales. Los corredores se encuentran obstruidos por cajas de materiales fungibles y sueros.
- b) Falta de mantenimiento de los baños.
- c) No cuentan con estufas por el estado deficiente de las instalaciones.  
Falta de mantenimiento.

**Recomendación:**

Respecto de la planta física y la falta de espacio, las recomendaciones se incluyen en la Obs N° 3 (Obs N° 28 a), b).


**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Se ha encontrado lugar para depósito de insumos en otras áreas del Hospital.
- b) No existe el mantenimiento de baños, solo se efectúa la reparación y esta tarea está a cargo de Mejores Hospitales. (Médico)  
Se realiza el mantenimiento correctivo y preventivo del sector de baños (fiscal)
- c) Las estufas se han regularizado durante la obra de gas realizada en el hospital (fiscal)

**Verificación:**

- c) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

Comentario: Durante el recorrido por la planta física se estableció que el servicio cuenta con problemas permanentes de funcionamiento del ascensor.

**Grado de avance:**

- a) No Satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) Satisfactorio

**Observación 29  
Diálisis**

- a) Los sillones para diálisis están deteriorados, no tienen mantenimiento.
- b) La falta de sectores para el almacenamiento de insumos y materiales determina que se utilicen espacios para la circulación interna y otros ambientes pensados para otro destino.
- c) Falta personal técnico.

**Recomendación:**

(Obs N° 29)

Recomendación (Obs N° 43) incluida en recomendación a la Obs N° 3.

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Algunos de los sillones para diálisis fueron reparados, pero no en su totalidad. (médico)  
Sólo cuentan con un sillón nuevo. El resto que fueron donados desde un servicio de diálisis de adultos y fueron reacondicionados son un modelo que habría que cambiarlos en forma definitiva. Deben reemplazarse 4.
- b) Continúa siendo escaso el espacio para la guarda de suministros.


- c) Se volvió a pedir una partida para “técnica de hemodiálisis”. Con ella se volverá a llamar a concurso. Este personal debe ser reemplazado con urgencia.

**Verificación:**

- a) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.  
Se verificó la existencia de un nuevo sillón para diálisis.

**Grado de avance:**

- a) Incipiente  
b) No satisfactorio  
c) No satisfactorio

**Observación 30  
Endocrinología**

No cuentan con microscopio de campo de fluorescencia con analizador de imágenes.

**Recomendación:**

Incluida en recomendación a la Obs N° 44.

**Respuesta del Ente auditado:**

Sigue sin contar con Microscopio de campo de fluorescencia con analizador de Imágenes

**Grado de avance:**

No satisfactorio

**Observación 31  
Salud Mental**

- a) No cuentan con lugar para internación específicas de patologías severas.  
b) No cuentan con espacio suficiente y seguro para guardar las historias clínicas.

**Recomendación:**

Implementar áreas de internación y atención adecuadas que permitan dar cumplimiento a la normativa de atención de Salud Mental (Obs N° 31 a y b).

**Respuesta del Ente auditado:**


- a) Esta Unidad no cuenta con lugar para internación específica de patologías severas.
- b) La Unidad no cuenta con espacio suficiente y seguro para guardar historias clínicas.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio

**Observación 32**

**Sección Genética**

- a) No se ha asignado una agente administrativa
- b) Equipamiento informático insuficiente y obsoleto.
- c) No cuentan con una estructura administrativa y espacio físico para el resguardo de la información sensible generada en el área, tanto en soporte digital como en papel.

**Recomendación:**

Generar un adecuado proceso de provisión de RRHH y distribución de tareas para cubrir las vacantes de personal (Obs N° 32 a),  
Proveer los recursos necesarios para un mejor desempeño del área (Obs N° 32 b),  
Establecer un sistema de seguridad de la información que establezca pautas para la generación de información sensible, su destino y administración (Obs N° 32 c).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Actualmente comparte una administrativa con otro Servicio.
- b) Ser consiguieron dos computadoras muy antiguas, aunque funcionan. Habría que reemplazarlas
- c) Es correcto. No cuenta con una estructura administrativa y espacio físico que permita el resguardo de información sensible generada en el área, tanto en soporte como en papel.

**Grado de avance:**

- a) Incipiente
- b) Incipiente
- c) No satisfactorio

**Observación 33**

**Departamento Cirugía General**

- a) Quirófanos Las puertas vaivén son inadecuadas (no permiten un cierre que genere aislamiento del ambiente)


- b) Déficit de personal de enfermería y administrativo.

**Recomendación:**

(Obs N° 33 a) incluida en las recomendaciones de la Obs N° 3; (Obs N° 33 b) incluida en las recomendaciones de la Obs N° 42.

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Continúa en iguales condiciones  
b) Continúa igual observación

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio  
b) No satisfactorio

**Observación 34**

**División Cirugía Cardiovascular:**

- a) Jefatura a cargo.  
b) Dos equipos de Enfriamiento/calentamiento están rotos (antigüedad más de 20 años)

**Recomendación:**

Regularizar situación de revista RRHH (Obs N° 34 a)

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) Jefatura a cargo: la misma se encuentra sin resolución a la fecha y continúa a mi cargo.  
b) Dos equipos de enfriamiento/ calentamiento: dada su antigüedad serán dados de baja (médico)  
Se ha reemplazado el equipo central de aires (fiscal)

**Verificación:**

- b) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado (fiscal)

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio  
b) Satisfactorio

**Observación 35**

**División Traumatología y Ortopedia**

- a) Las jefaturas de la División y de las Unidades no cuentan con designación formal.




- b) Ortopedia y Traumatología no tiene atención en horario vespertino pese a la elevada demanda.
- c) El recurso humano es insuficiente (no se han cubierto las vacantes de profesionales médicos, faltan enfermeros y personal administrativo)

**Recomendación:**

Adecuar la asignación de profesionales en atención ambulatoria a la demanda (Obs N° 35 b) y c).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) La Jefatura de División está cubierta por el Dr. Francisco Lucero Saa, cargo obtenido por concurso.  
La Unidad XIV Jefe designado por Concurso el Dr. Eduardo Stefano.  
La Unidad XIII Concurso obtenido por el Dr. Juan Carlos Krauthamer. En espera de la confirmación de su nombramiento en la etapa administrativa para su efectivización.
- b) Para los Consultorios vespertinos debe ser asignado un Médico de Planta que coordine dicho consultorio y una secretaria.
- c) El recurso humano es insuficiente se espera el llamado a concurso para cubrir el cargo que deja el Dr. Juan Carlos Krauthamer al asumir interinamente como Jefe de la Unidad XIII.

**Verificación:**

- a) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

**Grado de avance:**

- a) Satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio

**Observación 36**

**División Neurocirugía**

- a) Generan Historias Clínicas propias del servicio que son guardadas en el servicio, en un espacio inadecuado.
- b) El nuevo ascensor no permite la utilización de camillas.
- c) Se utiliza el mismo ascensor para trasladar pacientes y transportar residuos patogénicos.
- d) Las camas disponibles en U.T.I. no permiten satisfacer la demanda.
- e) Personal profesional, enfermería especializada, técnico y administrativo insuficiente (observación ya formulada en el Proyecto N° 3.06.10 de la AGCBA).

**Recomendación:**


(Obs N° 36 b) y c) incluidas en recomendaciones correspondientes a la Obs N° 3.

(Obs N° 36 d) incluida en recomendaciones correspondientes a la Obs N° 20.

(Obs N° 36 e) incluida en recomendaciones correspondientes a la Obs N° 15.

#### **Respuesta del Ente auditado:**

a) Desde su fundación el servicio mantiene historias clínicas propias (las cuales constituyen la Historia de la Neurocirugía Pediátrica en la Argentina). Se mantiene el sistema debido a la necesidad de conservación de las mismas en términos legales, 20 años, y por la imposibilidad material del Archivo Central de recibir las mismas.

La digitalización de las mismas ( lo que debería integrar un programa integral del Hospital) permitiría disminuir el volumen físico de las historias en papel.

b) Efectivamente el nuevo ascensor requiere de un tamaño especialmente pequeño de camillas. Este hecho fue detectado ( por mí persona) durante el ensamblaje del mismo e informado inmediatamente a los ingenieros de la empresa adjudicataria.

La solución propuesta: construcción de un ascensor externo de acceso directo a la sala fue elevado por la Dirección aprox. 4 años atrás a las autoridades pertinentes.

Aprovecho para reafirmar el pedido de una Puerta de Emergencia, para nuestra sala de Internación, solicitada en reiteradas oportunidades.

c) Se desprende del punto anterior.

d) Si bien las disponibilidad de camas de UTI obedece a la asignación que realiza dicha Unidad, debemos destacar la constante buena predisposición para la atención conjunta de pacientes de Alta Complejidad.

Las principales dificultades ocurren cuando UTI se encuentra "saturada" por pacientes derivados con requerimiento de A. R. M desde otros Hospitales y al ser el Gutiérrez Centro Municipal de Trauma se continúan sumando los pacientes con necesidades de su patología neuroquirúrgica traumática o tumoral específica que no tienen otro centro de atención.

e) Otro aspecto es la carencia circunstancial de planteles de enfermería acordes con la demanda.

Una forma de mejorar sería la implementación de una sección exclusiva para un "cerebro agudo" en la UTI o eventualmente en nuestra sala, con obvia previa resolución del punto b.

#### **Grado de avance:**

a) No satisfactorio

b) No satisfactorio


- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio
- e) No satisfactorio

### **Observación 37**

#### **División Anestesiología**

Elevado ausentismo que condiciona el déficit de personal. Vacantes no cubiertas.

#### **Respuesta del Ente auditado:**

En respuesta al punto 37- a) no hemos reunido un número considerable de licencias injustificadas que comprometan el funcionamiento del servicio. Y en referencia a vacantes no cubiertas, no tenemos ningún cargo que no se haya concursado y cubierto en la planta de, anestesiología, no así con la guardia que depende del Departamento de Urgencias.

#### **Verificación:**

Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

#### **Grado de avance:**

Satisfactorio

### **Observación 38**

#### **Dpto. Servicios Centrales Diagnóstico Y Tratamiento**

- a) La estructura funcional no se corresponde a la formal. El área Virología no se ha incorporado a la estructura formal del Departamento.
- b) Si bien se ha realizado un nombramiento por Disposición interna del Hospital, no se ha realizado nombramiento formal de los jefes de las secciones Foniatría y Droguería.
- c) La sección Terapia Ocupacional no presta servicio por carecer de personal de planta.
- d) No posee equipamiento informático. La que utiliza la jefa de departamento no pertenece al área

#### **Recomendación:**

Establecer junto al Nivel Central un sistema formal adecuado para la asignación de responsabilidades y su remuneración correspondiente (Obs N° 38 a).

Generar un adecuado proceso de provisión de RRHH y distribución de tareas para cubrir las vacantes de personal, asimismo, en los casos que los servicios


son suspendidos deben existir un documento formal que justifique las causas que llevan a tomar esa decisión  
Proveer de los recursos necesarios para un mejor desempeño del área (Obs N° 38).

**Respuesta del Ente auditado:**

- a) El área Virología no se ha incorporado aun a la estructura formal del Departamento.  
Acciones correctivas: Se reiteran los pedidos Se adjunta  
Nota: 28 junio 2007  
Nota: 27 julio de 2014 "solicitud de nueva estructura para el Dpto. de Diagnóstico y Tratamiento.
- b) Los Jefes de las Secciones Foniatría y Droguería han concursado sus cargos y actualmente poseen nombramiento formal
- c) La situación se mantiene igual
- d) La situación persiste sin cambio

**Verificación:**

- b) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) Satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio

**Observación 39**

**Laboratorio Central**

Respecto condiciones contra incendio, señalética, se incorporan a las generales ya expuestas

- a) La coexistencia de un laboratorio central y otros periféricos, incrementan los costos operativos y los riesgos de control.
- b) No cuenta con un área de depósito suficiente y adecuada. El acopio de insumos y equipos obstruye la salida de emergencia.

**Recomendación:**

Establecer junto al Nivel Central una reestructuración del sistema formal para la asignación de responsabilidades y dependencias del Laboratorio Central (Obs N° 39 a).

Proveer de los recursos necesarios para una mayor seguridad laboral y mejor desempeño del área (Obs N°39 b).

**Respuesta del Ente auditado:**


- a) La situación se mantiene sin cambio, además del Laboratorio con sus Secciones Hematología, Bioquímica y Microbiología, existen laboratorios periféricos Infectología, Endocrinología, Inmunología y Medicina Transaccional.
- b) Continúa siendo inadecuada e insuficiente. Persiste la situación. Acciones correctivas. Se reiteran los pedidos de solicitud de depósitos, construcción de una cámara fría  
Nota 8 julio 2016.  
Fue aprobada la compra de una cámara fría y se está a la espera de la autorización de Recursos Físicos para que evalúe la factibilidad de instalación

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio

**Observación 40**

**Diagnóstico por Imágenes.**

- a) El piso de material de vinílico se encuentra deteriorado por desgaste y roturas.
- b) No posee ventilación. El equipo de calefacción y refrigeración central no funciona. (Esto favorece la invasión de animales en los ductos de ventilación y la contaminación ambiental).
- c) Existen rajaduras en la mampostería de la sala destinada a estudios especiales contrastados.
- d) La instalación eléctrica es deficitaria para el consumo del servicio.
- e) No se efectuaron los exámenes periódicos obligatorios del personal del servicio de radiología del HGNRG. A la fecha del relevamiento se encontraban vencidos los plazos desde hace más de 2 años.
- f) En el año 2009 se han realizado adecuaciones de las condiciones de seguridad para uso de equipos de radiaciones ionizantes, a raíz de un informe de consultoría privada del año 2008. A la fecha del relevamiento no se ha realizado otra inspección que determine la eficacia de las obras realizadas.
- g) Se efectuó un concurso por ampliación de la dotación de 7 técnicos. El proceso (Exp. 491053/12) finalizó pero no se asignaron las partidas presupuestarias.
- h) Los libros de registro de atención no se encuentran debidamente foliados y rubricados.
- i) En el sector no cuentan con instructivos de manejo de residuos peligrosos, ni planillas de registro de movimiento de residuos.
- j) No se observó detector de humo en el depósito de insumos.
- k) No se observaron suficientes luces de emergencia dentro de las salas (subsuelo).


- l) La señalética no estaba completa. La salida de emergencia no estaba señalizada, sin rampa y de menos de 80 cm de ancho (impide el desplazamiento de una silla de ruedas o camilla). Además posee una reja que podría impedir el escape de las personas.
- m) El pozo de dos ascensores del pabellón está sin protección y es paso obligatorio hacia la salida de emergencia. Se observó agua estancada en el pozo.
- n) Existen tres tapas de cloaca que no se encuentran selladas.
- o) No estaba disponible la documentación de habilitaciones correspondientes al servicio.

### Recomendación:

Proveer los recursos necesarios para un mejor calidad del servicio y seguridad laboral (Obs N° 40 a) y b).

Realizar una evaluación formal de las rajaduras para evitar la exposición del personal a la radiación y realizar las reparaciones necesarias (Obs N° 40)

Gestionar la puesta en norma de los controles de salud del personal (Obs N° 40)

Disponer la revisión técnica de la seguridad de las instalaciones del servicio (Obs N° 40)

Generar un adecuado proceso de provisión de RRHH y distribución de tareas para cubrir las vacantes de personal. En los casos en que se toman decisiones sobre los servicios deben existir documentos formales que justifique las causas que llevan a tomarlas (Obs N° 40)

Implementar un sistema de registro que permita la disponibilidad de la información y la eficiencia en el registro (Obs N° 40)

Generar la documentación necesaria que permita un manejo seguro y seguimiento de los residuos peligrosos (Obs N° 40)

Optimizar los sistemas de protección y de detección de incendio en incidentes en lugares críticos (Obs N° 40 j), k) y l).

Realizar la evaluación correspondiente, efectuar las reparaciones y medidas de protección del sector (Obs N° 40 m) y n).

Adequar la documentación a la normativa vigente Obs N° 40 o).

### Respuesta del ente auditado:

- a) Permanece en iguales condiciones. Se adjuntan reclamos de mejoras cite las instalaciones.
- b) Si bien los equipos centralizados de ventilación y calefacción siguen sin funcionar, el servicio ha incorporado 3 aires acondicionados del tipo split y un ventilador de pie para aliviar la situación. De todas maneras la refrigeración es insuficiente en el sector de sala de espera. Se adjunta nota 30 octubre 2014.
- c) Permanece en iguales condiciones.
- d) Se reforzó al incorporarse los aires acondicionados. Se adjunta nota 30 octubre 2014.



- e) Esta jefatura ha tramitado reiterados reclamos vía jerárquica. Aun no se ha efectivizado. Cabe señalar que se ha solicitado al Opto de Salud y Seguridad en el trabajo, dependiente del Hospital Piñero, proceda a evaluar la situación de salud de los trabajadores del área.  
Se adjunta memo N0-2016-26157027- DGHOSP
- f) No habiendo recibido Inspecciones de Radiofísica sanitaria, se ha solicitado un nuevo relevamiento de consultoría privada para verificación de las instalaciones del servicio, el cual fue realizado por el Ing. Svarka. Estamos a la espera del informe.  
Se adjunta nota 10 de marzo 2015. Se adjunta nota 5 mayo 2015.  
Se adjunta nota 18 noviembre 2015.
- g) El proceso no fue efectivizado.
- h) Se han adecuado los libros a las normativas.  
Se adjuntan fotocopias que evidencia la acción correctiva.
- i) El personal registra en una planilla los movimientos de los líquidos Y16; la empresa Mejores Hospitales realiza el procedimiento del manejo y retiro.
- j) Permanece en iguales condiciones.  
18 septiembre 2014 dirigida a Gerente Operativa.  
18 septiembre 2014 dirigida a Arquitecta Fiscalizadora de Empresa de Mantenimiento  
Se adjunta nota 18 noviembre 2015.
- k) Permanece en iguales condiciones. Se adjuntan reclamo  
18 Septiembre 2004 dirigida a Gerente Operativa  
18 Septiembre 2014 dirigida a Arquitecta Fiscalizadora de Empresa de Mantenimiento  
Se adjunta nota 18 noviembre 2015
- l) Se incluyó un plano de evacuación. Resto permanece en iguales condiciones. Se adjuntan reclamos  
18 septiembre 2004 dirigida a Gerente Operativa  
18 septiembre 2014 dirigida a Arquitecta Fiscalizadora de Empresa de Mantenimiento  
Se adjunta nota 14 enero 2015. Se adjunta nota 21 mayo 2015  
Se adjunta nota 18 noviembre 2015
- m) Fue subsanado el inconveniente. En ese sector hoy funcionan 2 ascensores nuevos.
- n) Las tapas de cloacas se sellan frecuentemente pero no se ha encontrado una solución definitiva.
- o) Permanece en iguales condiciones. Se adjuntan notas pidiendo regularizar la situación.

**Verificación:**

- j) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.
- m) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado


**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio
- e) No satisfactorio
- f) No satisfactorio
- g) No satisfactorio
- h) Satisfactorio
- i) Incipiente
- j) No satisfactorio
- k) No satisfactorio
- l) No satisfactorio
- m) Satisfactorio
- n) No satisfactorio
- o) No satisfactorio

**Observación 41**

**Farmacia**

- a) La organización formal, que consiste en la División Farmacia y las secciones Droguería y Esterilización; no se ajustan a la organización funcional del área que posee áreas con dinamismo y estructuras funcionales del tipo de que requiere un Hospital Pediátrico de alta complejidad.
- b) Los sistemas implementados para el control de stock no contemplan la posibilidad de emitir alertas por excepción y verificación por oposición (control cruzado). Del manual de características y perfiles de usuarios del SIGEHOS, se infiere que solo el usuario habilitado puede conocer la modificaciones realizadas excepcionalmente en el stock (ajustes post inventario), pero no en tiempo real desde otras instancias de gestión.
- c) Dos cabinas de Flujo Laminar con más de 20 años de antigüedad, se realiza mantenimiento preventivo, una se encuentra en mal estado y la otra en estado regular.
- d) Un módulo Filtración con más de 20 años de antigüedad, se realiza mantenimiento preventivo y su estado es regular.
- e) Se verificaron diferencias en el control de stock que revelan debilidades en el sistema de control.
- f) Los agentes asignados para realizar la distribución de los insumos son personal dependiente del Departamento Servicios Generales. Esta realidad dificulta la coordinación de las tareas dentro de la División ya que depende de la disponibilidad de personal que disponga el citado Dpto.
- g) Múltiples registros (libros, ficha estante, SIGEHOS) de alta, baja y modificación del stock de medicamentos.




- h) No se han cubierto los cargos vacantes generados por reasignación de farmacéuticos en el momento de la conformación del área Reconstitución de Citostáticos.
- i) Aunque se realizó el proceso de concurso, no se ha nombrado el técnico en el área de Esterilización.

**Recomendación:**

Adaptar la estructura del área a las necesidades funcionales del hospital. (Obs N°41 a).

Implementar controles de inventario que contemple el control por oposición. (Obs N°41b).

Establecer un sistema de control del equipamiento crítico del Hospital, que provea datos para tomar decisiones de adquisición y reemplazo de equipos obsoletos (Obs N° 41 c) y d).

Optimizar el sistema de control de inventario, proveyendo al servicio los recursos necesarios para realizarlo (Obs N° 41 e).y f).

Establecer junto al Nivel Central una reestructuración del sistema formal para la asignación de responsabilidades y dependencias del sector. En los casos en que se toman decisiones sobre los servicios deben existir documentos formales que justifique las causas que llevan a tomar esa decisión (Obs N° 41 h).

**Respuesta del ente auditado:**

- a) La estructura propuesta por esta División fue elevada por el Dpto. de Diagnóstico y Tto. (Nota 27 de julio 2014: "Solicitud de Nueva Estructura para el Dpto. Diagnóstico y Tto".) Y la descripción de las funciones de las jefaturas solicitadas fue explayada en nota elevada al Dpto Diagnóstico y Tto. del 30 de junio de 2014.
- b) El sistema informático utilizado para la gestión de insumos es el SIGEHOS, el cual fue diseñado e instalado por el Gobierno de la Ciudad, como así también se encuentra bajo su órbita las actualizaciones y modificaciones del mismo.
- c y d) Se realizó el pedido de solicitud de las cabinas citadas: Pedido N° 12/16 del 26-01-2016 para el Área de Mezclas Intravenosas, y Pedido 46/16 del 18-04-16 para el Área de Reconstitución de Drogas Oncológicas (Farmacia Oncología).
- e) Se hicieron subdivisiones en diferentes subdepósitos, tanto en el área física como en el sistema informático, lo cual mejoró notablemente la Gestión de los insumos como así también el sistema de control de los mismos.


- f) Esta situación persiste en la actualidad, y si bien existen diferentes notas al respecto (29/11/2011, 13 /3/ 2012), la solución se encuentra fuera de la órbita de esta División.
- g) Los múltiple registros de movimientos de stock llevados a cabo en esta División (libros foliados, ficha estante, SIGEHOS), son los exigidos por la legislación vigente.
- h) Esta situación persiste en la actualidad; si bien se ha solicitado el nombramiento de dos farmacéuticos para desempeñarse en dicha área al momento de la creación de la misma y en posteriores notas (4/03/2011,18/10/2011,6/2/2012,10/10/2012), y aprobado en CATA (expediente 325.095/12), estos nombramientos aún no han sido aprobados. La tarea en esta área está siendo realizada por dos farmacéuticos con suplencias especiales de guardia.
- i) El nombramiento del citado técnico en Esterilización ya se hizo efectivo.

**Verificación:**

- a) Del análisis de las notas elevadas desde la Jefatura de la División Farmacia al Departamento de Diagnóstico y Tratamiento se verifica que han solicitado una nueva estructura acorde las funciones de las jefaturas vigentes. Dicha solicitud se basa en el Manual de Organización, Procedimientos y Normas de Servicios de Farmacia Hospitalaria, aprobado por Resolución N° 1363/SS/00. Se adjuntaron las funciones del Jefe de Sección Farmacotecnia y Jefe de Sección Farmacia clínica aprobadas.
- c y d) Se verificaron los pedidos mencionados en la respuesta del ente auditado.
- e) Se ha verificado las modificaciones en los diferentes subdepósitos.
- g) Se verificó la existencia de los siguientes registros: Material Biomédico y esterilización; Biomédicos, Registro de Remitos originales para Departamento Contable y patrimonio; Libro Registro Remitos originales para Departamento Contable Servicio Farmacia; Libro de Farmacia-Servicio de Farmacia; Libro de Remitos pasados a Dirección desde el Servicio de Farmacia; Libro de Farmacia; Libro Varios- Servicio de Farmacia; Libro de Gases Medicinales- Servicio de Farmacia.  
Se verificaron las fichas estantes de stock, llevadas al día.
- h) Se verificaron las notas mencionadas por el ente auditado donde se detalla la necesidad de los cargos a cubrir. Así mismo se ha verificado la labor de dos farmacéuticos con suplencias de guardia.
- i) Se verificó el nombramiento del técnico en esterilización

**Grado de avance:**

- a) Incipiente
- b) No satisfactorio


- c y d) Incipiente
- e) Incipiente
- f) No satisfactorio
- g) Satisfactorio
- h) Incipiente
- i) Satisfactorio

#### **Observación 42**

##### **Departamento De Enfermería**

- a) Es importante el déficit de personal de enfermería especialmente en los servicios de 6 horas (áreas críticas).
- b) La cantidad de enfermeras es deficitaria. Alto porcentaje de modificaciones en la composición de la planta y ausentismo.

##### **Recomendación:**

Implementar políticas junto al Nivel Central que permitan disponer de los recursos humanos necesarios para las áreas. Generar las condiciones para permitir una mayor estabilidad de la planta (Obs N° 42 a y b).

##### **Respuesta del ente auditado:**

- a) Áreas abiertas déficit de enfermería: 47  
Áreas cerradas déficit: 74. Total déficit: 121
- b) **Ausentismo:** 20% al 40%.  
Además de no contar con cobertura para:

- Personal en tramites (por jubilación-cesantía- renuncias)
- -Personal con: - tareas livianas  
-tareas sin contacto con pacientes
- licencias prolongadas (otorgadas por Medicina del Trabajo).

##### **Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio

#### **Observación 43**

##### **Área de Tecnología de la Información (TI)**

- a) El Hospital R. Gutiérrez no dispone de una política de seguridad de la información. No existe un área encargada de la seguridad de la información.
- b) No se ha realizado una clasificación formal de los activos críticos de TI (información confidencial, equipos críticos) para desarrollar acciones de protección y seguridad.


- c) El Hospital Gutiérrez no ha establecido un plan formal de capacitación para el personal.
- d) El área de Informática no cuenta con documentación detallada de la red, por ejemplo, procedimientos formales, diagramas de red; cantidad de enlaces externos existentes en los distintos servicios; inventario de hardware y software, entre otras.
- e) Para la administración de la red el Hospital no posee un sistema informático que centralice la tarea unificar políticas de uso de la red; gestionar actualizaciones o administrar usuarios.
- f) No está formalizado un procedimiento de alta, baja y modificación de cuentas de usuarios en la red interna y no se han generado procedimientos rutinarios y periódicos de depuración de usuarios.
- g) El Hospital no posee un procedimiento formal de back up, ni posee un sistema que permita realizar dicha tarea.
- h) La conexión a Internet de los servicios no es administrada centralmente. Existen múltiples conexiones ISP (Internet Service Provider) contratadas de forma particular por los servicios.

**Recomendación:**

Diseñar e implementar un sistema de seguridad de la información (Obs N° 43 a)

Realizar un relevamiento y clasificación de activos críticos de TI. Desarrollar acciones de protección. (Obs N° 43 b)

Proveer al personal un plan de capacitación que responda a las necesidades del efector (Obs N° 43 c)

Generar la documentación necesaria para el funcionamiento y descripción del área y sus recursos (Obs N° 43 d)

Implementar un sistema centralizado de administración de la red. (Obs N° 43 e)

Formalizar los procedimientos de alta, baja y modificación de usuarios que acceden a información del Hospital (Obs N° 43 f)

Generar un sistema formal de back up centralizado que permita el resguardo de información crítica del Hospital (Obs N° 43 g)

Ajustar el manejo de enlaces a las normas establecidas por la Agencia de Sistemas de Información (Obs N° h).

**Respuesta del ente auditado:**

- a/h) Acerca del área de Tecnología de la Información, se aclara que el Hospital no cuenta a la fecha con un área de Sistemas ni Tecnología de Información. El hospital cuenta con dos empleados administrativos asignados a tareas de mantenimiento del parque informático y red. Las políticas de administración de dicha red son dictadas por la Dirección General de Sistemas de Información del Ministerio de Salud del GCBA. El acceso a internet se realiza efectivamente de manera


descentralizada y en muchos casos es costeado por los propios servicios

Para resolver estos y otros problemas vinculados se presenta la propuesta de creación del Grupo de Trabajo en Informática Médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Dicho Grupo tendrá la misión de desarrollar las acciones requeridas para la implementación de Tecnologías de Información y Comunicación en los procesos administrativos, asistenciales y docentes de la institución y brindar soporte a los Servicios del Hospital en este proceso

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) No satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio
- e) No satisfactorio
- f) No satisfactorio
- g) No satisfactorio
- h) No satisfactorio

**Observación 44  
Bioingeniería**

- a) Falta de estructura formal del área.
- b) El personal del área no depende del efector.
- c) No cuentan con instructivos o manual de procedimiento para el área.
- d) No hay indicador del grado de obsolescencia del equipamiento.
- e) Tampoco se ha elaborado un plan de mantenimiento para el equipamiento médico del Hospital Gutiérrez.

**Recomendación:**

Establecer junto al Nivel Central una reestructuración del sistema formal para la asignación de responsabilidades y dependencias del sector. En los casos en que se toman decisiones sobre los servicios deben existir documentos formales que justifique las causas que llevan a tomar esa decisión (Obs N° 44 a).

Generar la documentación necesaria para el funcionamiento, descripción y control de las tareas de las que realiza el área (Obs N° 44 c).

Establecer un sistema de control del equipamiento crítico del Hospital, que provea datos para tomar decisiones de adquisición y reemplazo de los que se encuentran obsoletos. Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos (Obs N° 44 d y e).

**Respuesta del ente auditado:**


- a) En primer lugar, no presenta una estructura formal reconocida dentro del organigrama del hospital. Físicamente, Bioingeniería se ubica en un espacio compartido en el cual no se cuenta con espacio físico suficiente para guardar los cables paciente, sensores, accesorios de gases medicinales, y demás elementos utilizados junto con los equipos médicos; elementos que son distribuidos por nuestra área según las necesidades de los Servicios previa constatación de la misma.
- b) En segundo lugar, el personal del área no depende del hospital. Los ingenieros que ingresan a los distintos hospitales son contratados desde nivel central, o bien, son residentes que dependen de la Dirección de Capacitación y Docencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- c) En tercer lugar, no se cuentan con procedimientos operáticos, protocolos de verificación del equipamiento médico propios del hospital; y de sus correspondientes accesorios. Este requerimiento sería de gran utilidad para el hospital como prevención de eventos adversos y para la seguridad del paciente / operario. Sin embargo, para cumplir con este requisito se necesitaría el apoyo del hospital para conseguir el instrumental de ensayo adecuado, el recurso humano suficiente para verificar en tiempo y forma todo el parque de equipamiento presente en el hospital, y su correcta capacitación en el uso del mismo.  
En cuanto a los accesorios, existen simuladores de parámetros fisiológicos, cuya adquisición facilitaría la prueba de los cables paciente, pudiéndose descartar estos accesorios con total seguridad que la falla informada se debe al accesorio en sí mismo y no al equipo; ahorrándose así el hospital servicios técnicos innecesarios y tiempos muertos.
- d) En cuarto lugar, debido a la complejidad del hospital, tamaño del parque de equipamiento médico, demanda de necesidades de los distintos Servicios; resulta imposible a la fecha con el recurso humano que se cuenta llevar a cabo una Gestión adecuada del parque de equipamiento médico. Sería de gran utilidad para hospital que se implemente una Gestión del equipamiento basada en procesos, procesos sobre los cuales se puedan establecer indicadores y objetivos a cumplir en un determinado tiempo; de esta manera se podría detectar de forma anticipada desviaciones e implementar las correspondientes acciones correctivas. La Gestión no sólo implica trabajar sobre las necesidades actuales, sino también implica planificar las necesidades futuras del hospital.
- e) En quinto lugar, a la fecha no se han elaborado planes de mantenimientos sobre equipamiento médico propios del hospital por las razones mencionadas anteriormente. Es por este motivo que se recurre a la tercerización de los Servicios de Mantenimiento, siendo en estos casos el rol del ingeniero a cargo del hospital de


fiscalizar que se brinde un correcto servicio acorde a lo estipulado en los pliegos adjudicados.

**Verificación:**

- c) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.
- e) Se ha constatado lo formulado por el ente auditado.

**Grado de avance:**

- a) No satisfactorio
- b) Satisfactorio
- c) No satisfactorio
- d) No satisfactorio
- e) Incipiente

**Síntesis del Grado de avance de las observaciones**

Observación	Grado de avance
<b>N° 1</b>	
a	Incipiente
b	No satisfactorio
<b>N° 2</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
<b>N° 3</b>	
a	Satisfactorio
b	Satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
e	No satisfactorio
f	Incipiente
g	Incipiente
h	Incipiente
i	Incipiente
<b>N° 4</b>	
a	Incipiente
b	Satisfactorio
<b>N° 5</b>	Incipiente
<b>N° 6</b>	
a	No satisfactorio
b	Incipiente
<b>N° 7</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
<b>N° 8</b>	No satisfactorio
<b>N° 9</b>	




“2017, Año de las Energías Renovables”

a	Incipiente
b	No satisfactorio
<b>N° 10</b>	No satisfactorio
<b>N° 11</b>	
a	Incipiente
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
<b>N° 12</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
<b>N° 13</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
<b>N° 14</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
<b>N° 15</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	Satisfactorio
<b>N° 16</b>	
a	Satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
e	No satisfactorio
f	No satisfactorio
g	No satisfactorio
h	No satisfactorio
<b>N° 17</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
<b>N° 18</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
<b>N° 19</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
<b>N° 20</b>	
a	Satisfactorio
b	Satisfactorio
c	Satisfactorio
d	Satisfactorio
<b>N° 21</b>	
a	Satisfactorio




b	Incipiente
<b>N° 22</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	Satisfactorio
<b>N° 23</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	Satisfactorio
d	Satisfactorio
<b>N° 24</b>	No satisfactorio
<b>N° 25</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
<b>N° 26</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	Incipiente
d	Satisfactorio
<b>N° 27</b>	
a	No satisfactorio
b	Satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
e	No satisfactorio
f	Satisfactorio
<b>N° 28</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	Satisfactorio
<b>N° 29</b>	
a	Incipiente
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
<b>N° 30</b>	No satisfactorio
<b>N° 31</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
<b>N° 32</b>	
a	Incipiente
b	Incipiente
c	No satisfactorio
<b>N° 33</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
<b>N° 34</b>	
a	No satisfactorio
b	Satisfactorio
<b>N° 35</b>	
a	Satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio


“2017, Año de las Energías Renovables”

<b>N° 36</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
e	No satisfactorio
<b>N° 37</b>	No Satisfactorio
<b>N° 38</b>	
a	No satisfactorio
b	Satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
<b>N° 39</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
<b>N° 40</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
e	No satisfactorio
f	No satisfactorio
g	No satisfactorio
h	No satisfactorio
i	Incipiente
j	No satisfactorio
k	No satisfactorio
l	No satisfactorio
m	Satisfactorio
n	No satisfactorio
o	No satisfactorio
<b>N° 41</b>	
a	Incipiente
b	No satisfactorio
c	Incipiente
d	incipiente
e	Incipiente
f	No satisfactorio
g	Satisfactorio
h	Incipiente
i	Satisfactorio
<b>N° 42</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
<b>N° 43</b>	
a	No satisfactorio
b	No satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
e	No satisfactorio
f	No satisfactorio
g	No satisfactorio
h	No satisfactorio


<b>N° 44</b>	
a	No satisfactorio
b	Satisfactorio
c	No satisfactorio
d	No satisfactorio
e	Incipiente

<b>Grado de avance</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Satisfactorio	24	15,29%
Incipiente	22	14,01%
No satisfactorio	111	70,70%
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100 %</b>

### Conclusión:

En el año 2012 se realizó una auditoría de gestión en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, dando como resultado final de la misma 44 observaciones y una serie de recomendaciones.

El presente informe de seguimiento refleja un grado de avance no satisfactorio en un 70,70%, siendo incipiente en un 14,01% y satisfactorio en un 15,29%, cumpliendo parcialmente las recomendaciones.

Persisten los inconvenientes en las instalaciones eléctricas, en los sistemas de refrigeración y calefacción, continúan siendo insuficientes las salidas de emergencias posibilitando riesgos para el personal, pacientes y familiares de los mismos. Persevera el deterioro en los accesos (ascensores, escaleras, rampas). El recurso humano (profesional, técnico y administrativo) continúa siendo insuficiente.

Se observa que el sistema informático es deficitario o nulo, no hay metodología unificada para la entrega de turnos, el sistema SIGEHOS no está disponible en todas las áreas. No se ha dado solución a la falta de espacio físico a determinadas áreas.

De acuerdo a lo relevado en los procedimientos realizados en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, puede observarse que no se han cumplimentado más del 70% de las observaciones, por lo cual se entiende que no se ha valorado o no se le dio la importancia que merece el informe previo. Desconociéndose los motivos por los que no realizaron descargos al mismo, así también las razones por las que no se dieron cumplimiento a las observaciones y recomendaciones.

Cabe mencionar que los recursos humanos (médicos, enfermeros y administrativos) aportan el profesionalismo pertinente para que el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” sea considerado una Institución de referencia a nivel local, a pesar de los inconvenientes detectados.

