**PROYECTO DE RESOLUCIÓN**

Artículo 1°.- El Poder Ejecutivo informará, a través de los organismos correspondientes, dentro de los 30 (treinta) días de recibida la presente, sobre los siguientes puntos relacionados con el Hospital General de Agudos "Donación F. Santojanni" del barrio de Liniers, Comuna 9:

1) Por qué razón la demanda ambulatoria atendida resulta escasa con relación a las horas asistenciales ofrecidas.

2) Medidas a implementarse para agilizar el nombramiento de personal de Anestesiología y optimizar la eficiencia en la utilización de los quirófanos.

3) Que avances se han realizado para incrementar el grado de satisfacción del paciente atendido en el Hospital en virtud de los registros de mala atención y malos tratos.

4) Dé precisiones referidas al alto índice de ausentismo por Licencias por largo tratamiento y ausentismo no justificado del personal.

5) Cuales son las razones por las cuales no existe un control sistemático y permanente, relativo al cumplimiento de la Ley 154/99 y su Decreto Reglamentario 1.886/01 sobre Residuos Patogénicos.

6) Cuales son las medidas que se han implementado para subsanar el deficiente sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la escasez de personal y su falta de capacitación y la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección.

7) Que medidas se han tomado en relación a optimizar el tiempo de ejecución de las Órdenes de Mantenimiento.

**Artículo 2º.-** Comuníquese, etc.

**FUNDAMENTOS**

**Señora Presidente:**

El 14 de abril de 1981 se reinaugura el establecimiento como Hospital General de Agudos y desde entonces y hasta la fecha, el Hospital Santojanni trabaja para la salud de la comunidad adecuándose en forma permanente a las crecientes demandas de atención y complejidad de servicios. Actualmente el Nosocomio cuenta con 385 camas activas sobre una dotación de 495 y un total de 1948 agentes. El Área Programática abarca un total de siete Centros de Salud Comunitaria: 3, 4, 5, 7, 28, 29 y 37.

La cantidad de consultas externas, durante el periodo 2012, de primera vez y ulteriores de todas las especialidades, conjuntamente con las realizadas bajo el Área Programática, fue de un total de 750.375, registradas en el movimiento hospitalario.

La valiosa tarea que desarrolla el Hospital en la comunidad requiere de una atención permanente en materia de control y desarrollo de políticas de mejoras continuas.

La Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha llevado a cabo en el periodo 2006 el informe de Auditoría de Gestión N° 3.07.02b en el cual se han efectuado una serie de observaciones que el Hospital Santojanni debía atender, modificar y mejorar para brindar un mejor servicio a la comunidad en referencia a los estándares de la Lay Básica de salud.

La AGCBA en sintonía con el seguimiento de sus informes, realiza entre los meses de abril y septiembre de 2013 el Proyecto N° 3.13.07 de Seguimiento para auditar el periodo 2012 y cotejar si se han avanzado en el cumplimiento de las observaciones del Proyecto de Gestión N° 3.07.02b sobre el período 2006, verificándose que la mayoría de dichas observaciones no se han subsanado, dando como resultado un impacto negativo en el servicio comunitario, lejos de los patrones y criterios de salud pública.

La Primer Observación del Proyecto de Auditoria Nº 3.07.02 B., determinaba que: “La demanda ambulatoria atendida (paciente de consultorio externo) resulta escasa con relación a las horas asistenciales ofrecidas (1,90 consulta por cada hora médica ofrecida), tornando a la actividad asistencial ofrecida por el hospital, débil en cuanto a las actividades de promoción, prevención y atención de la salud, señaladas por la Ley Básica de Salud. Asimismo, las consultas del Primer Nivel de Atención, resultan escasas (14,23%) con relación a la consulta asistencial del hospital, no cumpliéndose así el objetivo de descomprimir la demanda del hospital.”

El informe de auditoría N° 3.13.07, mantiene esta observación ya que el avance logrado en los años transcurridos no es satisfactorio.

Con respecto a la segunda cuestión en el informe original se realizaban las siguientes observaciones:

N°6. El Hospital tiene capacidad instalada ociosa (dos quirófanos con producción que no supera las 5 prácticas quirúrgicas al mes y uno con solo 17 prácticas al mes) con relación a la cantidad de quirófanos en condiciones de ser utilizados (para el año 2006, diez quirófanos sobre un total de diez) y la demanda satisfecha. Asimismo, durante el año 2007, tres quirófanos (que representan el 30% del total) se utilizaron como depósitos por no disponer del equipamiento necesario para las condiciones de uso.

N°7. La falta de nombramiento de personal de Anestesiología, condiciona la utilización de los quirófanos.

En el informe aprobado en Diciembre del 2013, la AGCBA, concluye que se mantienen estas observaciones, en virtud de que. “el número de quirófanos es menor a lo observado en el informe de origen, debido a la rotura de equipamiento (mesa de anestesia y falta de paramétrico en otra) y el uso de dos quirófanos para hemodinamia (tal como lo manifiesta la Dirección del Hospital). Por otra parte existe mayor disponibilidad de horas de anestesiología, fundamentalmente bajo la modalidad de Mandato”. Razón por la cual se requiere información respecto a las medidas a implementarse para agilizar el nombramiento de personal de Anestesiología.

Respecto de la tercera inquietud, la observación del informe original rezaba:

N°10 El grado de satisfacción del paciente atendido en el Hospital (44,6% promedio ponderado), resulta bajo con relación a los valores de referencia (Hospital de Oncología María Curie 72,5%). Influye sobre ello, el horario en que el paciente espontáneo debe concurrir para obtener un turno (entre las 5 y 7 de la mañana), la mala atención y malos tratos manifestada por el personal administrativo, el tiempo excesivo que el paciente con turno asignado debe esperar desde que llega al hospital hasta que recibe la atención médica (entre 1 y 2 horas) y la incomodidad en el lugar de espera a la consulta. Asimismo, analizado el libro de quejas, sobresalen aquellas referidas a los malos tratos del personal administrativo (61% promedio ponderado).

Siendo la conclusión del Informe Final de Auditoría N° 3.13.07, la siguiente: “Si bien las condiciones de la planta física y mobiliarios han sido mejoradas, la limpieza continua siendo deficitaria. En cuanto a la atención tanto administrativa como profesional se debe mejorar el trato hacia los usuarios, en términos asistenciales y de gestión de turnos. A fin de mejorar el circuito de calidad de atención deben favorecerse los mecanismos de gestión de reclamos de diferente índole. El grado de avance es satisfactorio sólo en lo relacionado al confort en las salas de espera. En cuanto al resto de los ítems de esta observación el grado de avance es no satisfactorio. Se mantiene la observación”.

En referencia a la cuarta pregunta, encontramos la Observación Nº 12 en el primer informe: “Existe un alto índice de ausentismo de Licencias por Largo tratamiento, que el hospital debe afrontar. No obstante, existe otro índice aún mayor, ausentismo no justificado, que no se comunica para su descuento de haberes (50% de casos sobre una muestra de 680 casos en el año 2006). Esta proporción se incrementa a lo largo de los años; para el año 2007 solo se comunicó para su descuento el 16% de los casos relevados (221 casos sobre una muestra de 1340 casos). Asimismo, se verifica que en ningún caso existió un descuento por llegada tarde. Esto señala la ineficiencia del control de asistencia y la falta de confiabilidad de la información que maneja y comunica el hospital”.

Siendo el comentario del equipo de auditoria del año 2013, el siguiente: “Respecto del Comentario del Auditado, se verificó que la Subgerencia de Recursos Humanos y Servicios Generales, no lleva registros de pedidos médicos de los agentes del Hospital, ni de Licencias de Largo Tratamiento, dado que se derivan a la Dirección General de Medicina del Trabajo del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Las llegadas tardes no son registradas por la falta de personal y por la cantidad de agentes que firman a la misma hora. Por lo cual, el grado de avance es no satisfactorio, se mantiene la observación”.

En lo relativo al cumplimiento de la Ley 154/99 y su Decreto Reglamentario 1.886/01 sobre Residuos Patogénicos, la observación original N° 16 textualmente indicaba: “No existe un control sistemático y permanente relativo al cumplimiento de la Ley 154/99 y su Decreto Reglamentario 1.886/01 sobre Residuos Patogénicos. El lugar de almacenamiento final no cumple con los *“*requerimientos legales señalados en la normativa vigente (se utiliza también como depósito de Residuos Líquidos, el ambiente no cuenta con la iluminación y la ventilación apropiada, no cuenta con detector de humo, entre otros), incrementándose así los riesgos que devienen de su incumplimiento”.

Manteniéndose la misma en el informe de auditoría N° 3.13.07, en virtud de las siguientes razones: “Se dispuso efectuar un procedimiento del circuito de residuos patogénicos y líquidos peligrosos en los lugares de acopio. Se observó que el lugar de almacenamiento de los líquidos peligrosos se encontraba con las puertas abiertas sin ningún tipo de cerradura ni de seguro, no poseía ninguna identificación o logo en el acceso. Encontrándose el lugar de almacenamiento con falta de higiene y mantenimiento, no cumpliendo con las normas de seguridad .Tanto los pisos como las paredes no poseen cerámicos ni azulejos, se observó la falta de un contenedor de arena para la prevención de derrame de los líquidos peligrosos, se encontraban bidones con signos de derrame, y muchos de ellos sin el debido etiquetado.

El local de acopio de los residuos patogénicos, se encontraba cerrado con candado y se solicitó al personal de seguridad la apertura del mismo, observándose que el almacenamiento de los residuos no cumple con las normas de seguridad e higiene, los pisos y la paredes no se encuentran en condiciones no poseen cerámicos o azulejos para la correcta limpieza del mismo, tampoco posee rejilla de desagote; las luces no funcionan, existen contenedores sucios, y sin el correspondiente etiquetado.

También el depósito se usa como lugar de guarda de otros objetos no relacionados con los residuos patogénicos. En el lugar además se encuentra la vestimenta del personal que está a cargo de la recolección de los residuos. El lugar en donde se depositan los residuos en bolsas negras se encuentra detrás de los depósitos de acopio; los contenedores están al aire libre, sin tapa, desbordados y el lugar está sucio y sin protección de ningún tipo. El empleado a cargo de las bolsas rojas de la empresa Indaltec S.A, comienza el circuito por la mañana por el cuarto piso en la zona de internación. El retiro de los residuos patogénicos se hace dos veces al día, por la mañana y por la tarde. En los servicios de Maternidad y Neonatología existe un ducto por donde se arrojan las bolsas negras y bolsas rojas, que caen en contenedores, en ocasiones las bolsas se rompen. Para la recolección de los residuos el personal utiliza delantal, barbijo y guantes que no son los adecuados, no poseen botas sino zapatos.

El delantal que utilizan para su trabajo debe higienizarse diariamente, no cumple con esa normativa, y se hace una vez por semana.

Se verificó la existencia de notas elevadas a la Dirección, en donde se manifiesta que se encontraron elementos corto punzantes en las bolsas negras y rojas, no depositándose en los contenedores correspondientes. Se retiran las bolsas rojas de cada sector precintadas y rotuladas según el servicio y aproximadamente se demora 4 horas en completar el circuito. La limpieza de los carros se realiza cada vez que finaliza la recolección, se lo limpia con detergente y lavandina. El personal a cargo del circuito cuenta con todas las vacunas incluyendo la de hepatitis B. El personal no realiza cursos introductorios y de capacitación.

Las bolsas negras y rojas cumplen con las medidas correspondientes. Se procedió a la verificación de los certificados de disposición final de los residuos patogénicos, entregados por las plantas tratadoras al Hospital, de los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, octubre, noviembre y diciembre del año 2012, y los meses de enero, marzo, abril y mayo del año 2013. Del análisis de los mismos se detectaron que todos corresponden a residuos sólidos, salvo un único certificado de abril del año 2013, que corresponde a los residuos patogénicos líquidos. No se cumple con lo normado en el art. 27 de la Ley Nº 154/99 y su Reglamentación Decreto N° 1886/01, que expresamente determina que los residuos líquidos no pueden ser vertidos a la red de desagües o conducto cloacal sin previo tratamiento que asegure su descontaminación”.

Respecto del sexto requerimiento del presente proyecto, la observación del informe original rezaba:

N° 17. La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el deficiente sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza las tareas, la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc.), como también la escasez de personal en función a los metros cuadrados asignados y al tipo de tarea a realizar, son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, la demora en la elaboración de los nuevos pliegos de limpieza y la concreción de la Licitación correspondiente, recae en la incorrecta utilización del pago del servicio, por Decreto 1.370/01 (Legitimo Abono).

Siendo la conclusión del informe de auditoría N° 3.13.07, la siguiente: “Con la documentación entregada hasta la fecha, se ha determinado que la observación debe ser mantenida, ya que no se puede constatar cómo se controla la cantidad de personal de limpieza que concurre diariamente a cada una de las áreas del Hospital, y cuál es su grado de capacitación en técnicas de limpieza de los locales. El grado de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación”.

Por último, en lo referente a optimizar el tiempo de ejecución de las Órdenes de Mantenimiento, se requiere información, atento haberse observado en el primer informe: “N° 18. El tiempo de ejecución de órdenes de mantenimiento, no es coherente, con relación al trabajo demandado. La información sobre el cumplimiento de las órdenes no es confiable, dado que el dato de fecha de finalización y conformidad del trabajo, no figura o es consignado por el mismo personal que lleva a cabo el trabajo. En tal sentido se advierte, falta de control sobre los trabajos solicitados y realizados, por parte del Departamento de Recursos Físicos del Hospital y por parte del Supervisor dependiente Dirección General Recursos Físicos en Salud, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Siendo el comentario de la auditoria del año 2013, el siguiente: “En el Hospital se desarrollan tres tipos de mantenimiento, el del mobiliario (camas, mesas de luz, escritorios, etc.) realizado por los agentes propios del Hospital, el de estructura edilicia (reparaciones de gas, electricidad, agua, telefonía, provisión de gases médicos, generación del grupo electrógeno, etc.) llevado a cabo por la empresa Indaltec S.A. (la cual trabaja en coordinación con el Departamento de Recursos Físicos y es fiscalizada por el supervisor de la DGRFS del Ministerio de Salud de la GCABA). Por último, el mantenimiento y reparación del equipamiento hospitalario es realizado por diferentes proveedores de servicios, con distintas modalidades de contratación y pago.

Reparación de equipamiento: Fue solicitado el listado de órdenes de reparación y mantenimiento de equipos médicos con fecha de inicio del pedido, y de entrega del bien reparado. Si bien el listado cuenta con el monto inicial de la reparación, el monto final y las empresas proveedoras de los servicios, no se pudo obtener la fecha de conformidad cuando se recibe el bien reparado, siendo este un límite para determinar el tiempo transcurrido entre la solicitud de reparación y la vuelta del equipo reparado”.

Sra. Presidente, el Art. 20 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, prescribe que: “Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.”

De los informes de auditoría señalados, notamos que se ha avanzado en algunas cuestiones, quedando pendientes las que componen los puntos del presente pedido de informes.

Es por todo lo expuesto, y necesitando contar con la información requerida, para trabajar en la solución de la problemática, que solicito a mis pares la aprobación de la presente iniciativa.