



233

MARA CUARTA DE PRIMERA INSTANCIA DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA; San Salvador a las nueve horas con treinta minutos del diecinueve de agosto de dos mil catorce.

El presente Juicio de Cuentas clasificado con el Número **JC-35-2013-3** ha sido instruido en contra de los señores: **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, Director del Hospital, con un sueldo mensual de \$2,571.31; **DR. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **Dr. FRANCISCO BARRIERE**, Epidemiólogo del Hospital, con un sueldo mensual de \$1,395.25; **Lic. SANDRA ELIZABETH BORJA ROGEL**, Ex Administradora, con un sueldo mensual de \$1,595.25; Enfermera **LUZ DEL CARMEN VÁSQUEZ**, Jefe de Arsenal y Central de Esterilización, con un sueldo mensual de \$1,004.40 y **Dr. JULIO CESAR MELÉNDEZ ARGUETA**, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, con un salario mensual de \$1,863.08; por sus actuaciones según **INFORME DE EXAMEN ESPECIAL DE GESTIÓN AMBIENTAL AL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLÓGICO, DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, POR EL PERIODO DEL UNO DE JUNIO DE DOS MIL NUEVE AL TREINTA DE ABRIL DE DOS MIL ONCE**; efectuado por la Dirección de Auditoria Seis de ésta Corte; conteniendo Cinco Reparos en concepto de Responsabilidad Administrativa.

Han intervenido en ésta Instancia la licenciada **MARIA DE LOS ANGELES LEMUS DE ALVARADO** a fs. 39 y el licenciado **JOSE ROBERTO FIGUEROA FUNES** a fs. 226 en su calidad de Agente Auxiliar del señor Fiscal General de la República, para actuar conjunta o separadamente y los señores: **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, **DR. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **Dr. FRANCISCO BARRIERE**, **Lic. SANDRA ELIZABETH BORJA ROGEL**, Enfermera **LUZ DEL CARMEN VÁSQUEZ** y **Dr. JULIO CESAR MELÉNDEZ ARGUETA**, de fs. 54 al 61 por derecho propio.

**LEIDOS LOS AUTOS;
Y, CONSIDERANDO:**

I-) Por auto de fs.37 frente, emitido a las diez horas y treinta minutos del día once de junio de dos mil trece, esta Cámara ordenó iniciar el Juicio de Cuentas en contra de los servidores actuantes antes expresados, el cual fue notificado al señor Fiscal General de la República mediante acta de fs. 38.

II-) Con base a lo establecido en el Artículo 66 y 67 de la Ley de ésta Institución se elaboró el Pliego de Reparos, el cual corre agregado de folios 43 vuelto al 47 frente,



emitido a las trece horas y treinta minutos del día veinticinco de marzo de dos mil catorce; ordenándose en el mismo emplazar a los funcionarios actuantes, para que acudieran a hacer uso de su Derecho de Defensa en el término establecido en el Artículo 68 de la Ley de la Corte de Cuentas y notificarle al señor Fiscal General de la República de la emisión del Pliego de Reparos, que esencialmente dice: **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. REPARO UNO.** Hallazgo Uno. **NO SE HAN IDENTIFICADO CONDICIONES EN LAS QUE SE PUEDAN PRESENTAR EXPOSICIONES POTENCIALES EN LAS DIFERENTES AREAS DE TRABAJO EN DONDE SE UTILICEN FUENTES DE RADIACION IONIZANTES.** Según el Informe de Auditoría, los auditores constataron que el responsable de protección radiológica, no había identificado las posibles condiciones en las que se puedan presentar exposiciones potenciales y corregirlas, no obstante que al respecto, manifestó en nota de fecha veintisiete de mayo de dos mil once, que al respecto de las exposiciones potenciales, éstas estaban consideradas en el Manual de Emergencias y Respuestas Radiológicas del Hospital.

REPARO DOS Hallazgo Dos. **INADECUADO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS BIOINFECCIOSOS.** De acuerdo al Informe de Auditoría, los auditores establecieron que el Hospital cuenta con dos sitios de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, uno para el área de Oncología y otro ubicado en el área del Hospital Quirúrgico, no obstante fue constatado que en ambos sitios existen deficiencias de infraestructura, adecuación y manejo de los desechos, tal como se detalla a continuación: SITIO DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL HOSPITAL ONCOLOGICO, ubicación de los Desechos sin ninguna señalización; Desechos Bioinfecciosos y Desechos Comunes, Colocación de los desechos bioinfecciosos con desechos comunes, puerta sin cerradura, según fotografías tomadas en fecha: diecisiete de mayo de dos mil once, a las once y treinta horas; se observaron bolsas de color rojo, fuera de los contenedores correspondientes, de acuerdo a imagen tomada en fechas dieciocho y diecinueve de mayo de dos mil once.

REPARO TRES. Hallazgo Tres. **NO SE CUENTA CON PERMISO AMBIENTAL PARA LA GENERACIÓN DE DESECHOS PELIGROSOS.** Según el Informe de Auditoría, los auditores constataron que durante el período de examen el Hospital no ha contado con Permiso Ambiental para la generación de desechos peligrosos en las diferentes áreas hospitalarias.

REPARO CUATRO. Hallazgo Cuatro. **DEFICIENCIAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y ARSENAL.** Según el Informe de Auditoría, los auditores constataron que el Hospital cuenta con tres áreas separadas entre sí, que son utilizadas para esterilización, manejo y resguardo de instrumental, equipo y ropa. Asimismo, en las áreas detalladas anteriormente, fueron identificadas algunas deficiencias, que se detallan a continuación: **a)** En el área de arsenal de Sala de operaciones y Arsenal de Módulos,



la ventanilla de recepción de materiales contaminados (aun sin esterilizar) es la misma de entrega de aquellos ya esterilizados, **b)** No se cuenta con actas de evaluación para la selección, depuración y descarte del material y utensilios e instrumental médico quirúrgico almacenado con daños, obsoleto e inservible, **c)** El material no se encuentra clasificado y separado, ni se encuentra en contenedores que cumplan las características de ser herméticos con capacidad para 20 lbs especiales para punzocortantes rotulado e indicando peligrosidad, ni que este colocado en rollos de 10,15 y 20 piezas, **d)** No se cuenta con un registro en libros que indique la cantidad de material y utensilios e instrumental quirúrgico descartado y el control de almacenamiento transporte y recepción para su disposición final. **REPARO CINCO.** Hallazgo Cinco. **DEFICIENCIAS OBSERVADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.** De acuerdo al Informe de Auditoría, los auditores verificaron que al realizar recorrido por el área que ocupa la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, constataron la existencia de condiciones deficientes en instalaciones, según el detalle siguiente: **a)** Las instalaciones no cuentan con cubículos individuales que aislen al paciente, no obstante que observaron estructuras que indicaban haber contado con estos accesorios que a la fecha en que fue realizada la auditoría se habían dañado, **b)** Observaron que se contaba con un sitio adecuado para disposición de excretas, este procedimiento podría mejorar para que la manipulación no se realice de forma manual y **c)** Constataron que algunas de las paredes interiores de la UCI se encontraban visiblemente deterioradas, ya que en algunas de estas hacían falta azulejos y en otras se observaba que se habían quebrado.

III-) A fs.48, corre agregada la Esquela de Notificación efectuada al señor Fiscal General de la República; de fs. 49 al 52, corren agregados los emplazamientos de los cuentadantes.

IV-) Los señores **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR, DR. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **Dr. FRANCISCO BARRIERE**, Lic. **SANDRA ELIZABETH BORJA ROGEL, LUZ DEL CARMEN VÁSQUEZ** y **Dr. JULIO CESAR MELÉNDEZ ARGUETA**, de fs. 54 al 61, presentaron escrito, mediante el cual se mostraron parte manifestando esencialmente lo siguiente: **“REPARO NÚMERO UNO. INVOLUCRADO: DR. FLORES SALAZAR: En cuanto al reparo en el que esa Cámara, con base en el informe de auditoría, advierte una eventual responsabilidad administrativa de mi parte como Director del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS (MQO), debido a que “No se han identificado condiciones en las que se puedan presentar exposiciones potenciales en las diferentes áreas de trabajo en donde se utilicen fuentes de radiación ionizante”, lo anterior por considerar el equipo auditor que no se cuenta con conformación relevante para la**



de decisiones ante la concurrencia de accidentes o eventualidades que pongan en riesgo la seguridad de los empleados y usuarios del Hospital. Pero lo anterior no puede ser cierto, en vista que existe documentación suficiente entregada al equipo auditor, que demuestra que el Hospital tiene identificado las áreas donde se puede dar una exposición potencial, y ha tomado las medidas necesarias para minimizar los riesgos ante una exposición potencial. El Art. 116 del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece que una exposición potencial es una: "Exposición no programada que puede resultar de un accidente o debido a una secuencia de eventos de naturaleza probabilista, incluyendo fallas de equipo y errores de operación". Por lo tanto al ser una exposición no programada, el titular registrado, que es la persona responsable de la protección y seguridad radiológica, lo que previene son los posibles accidentes o sucesos que pueden aparecer al azar, y tomar acciones anticipadas para evitar en la medida de lo posible que esto se manifieste y si aparece limitar las consecuencias de todo accidente suceso o incidente que ocurra. Al tener debidamente identificadas las áreas en donde se aplican las radiaciones ionizantes en el Centro de Atención, las cuales son: a) Radioterapia con su modalidad de Teleterapia y Braquiterapia; b) Medicina Nuclear; y c) Diagnóstico por rayos X en Medicina y odontología, de parte de la Institución se han tomado las medidas necesarias que garantizan que la probabilidad de una exposición potencial sea mínima, y las cuales han sido plasmadas en los respectivos manuales e instructivos que se revisaron de parte del equipo de auditoría de Corte de Cuentas. Las acciones anticipadas que han sido puestas en práctica para cada una de las áreas antes descritas, y las cuales pudieron ser constatadas por los auditores, son las siguientes: 1. La existencia de procedimientos adecuados para el control de la fuente. Se encuentran escritos en el Manuales de Protección y Seguridad Radiológica y en el Informe de Seguridad, para cada área y aprobados por el ISSS en abril de 2010 y por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estuvieron a disposición de los auditores de la Corte de Cuenta quienes los examinaron. 2. Se encuentran identificadas las posibles emergencias radiológicas y su respuesta, en cada una de las áreas en donde se aplican las radiaciones ionizantes: Radioterapia con su modalidad de Teleterapia y Braquiterapia, Medicina Nuclear y Diagnostico por rayos X en Medicina y odontología. Las cuales se encuentran plasmadas en el Manual de Emergencia y Respuesta Radiológica de cada área. Los manuales han sido aprobados por el ISSS en abril de 2010 en conjunto con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 3. Se ha suministrado a los trabajadores la información, capacitación y equipos necesarios para restringir su exposición persona, lo que se hace de forma continua con el personal involucrado. 4. Existe un programa de Control de Calidad que garantiza el continuo funcionamiento de los equipos bajo las condiciones



235

establecidas, y que permiten detectar toda degradación y su respuesta inmediata para evitar a una exposición potencial. (Se encuentran documentados los registros diarios, semanales, trimestrales y anuales según corresponda, y los cuales se ponen a disposición de esa Honorable Cámara). 5. Existen monitores de radiación en puntos estratégicos que detectan niveles anormales de radiación, así como la existencia de radiación cuando un procedimiento se encuentra en proceso. 6. Existen sistemas automáticos que cortan con seguridad la radiación proveniente de las fuentes en caso de que las condiciones de funcionamiento rebasen los límites prescritos. (Estos están descritos en los Manuales de Protección y Seguridad radiológica y el Informe de seguridad). 7. Existen medidas escritas en los Manuales de Protección Radiológico que garantizan con seguridad los procedimientos de mantenimiento, inspección y ensayo apropiados para preservar los dispositivos de protección y seguridad. 8. En el caso de la fuente de cobalto 60, existe un programa de seguridad en cooperación con el Gobierno de los Estados Unidos, para garantizar el control de ella, su integridad y evitar el robo de ella. 9. Existen requisitos académicos y de experiencia que debe cumplir el personal relacionados con la práctica respectiva en radiaciones ionizantes. 10. Continuamente se encuentra el Oficial de protección Radiológica local monitoreando las condiciones de trabajo y comunicando a quien corresponde la situación y solicitando la intervención respectiva de inmediato. Para demostrar lo anterior, se presentó correspondencia del trabajo de supervisión realizado y su respectivo cumplimiento, lo cual fue de conocimiento de los auditores de Corte de Cuentas en su oportunidad. 11. Existe señales de restricción de personal y de identificación de áreas de radiación. 12. En el Informe de Seguridad para Cobalto 60, de radioterapia se encuentra un análisis detallado cuantificado con árbol de probabilidad de las exposiciones potenciales que pueden existir en esa instalación que es la de mayor riesgo, este manual fue examinado por los auditores. Con lo anterior, se demuestra que el responsable de protección radiológica sí había identificado las posibles condiciones en las que se podía presentar exposiciones potenciales y se había establecido procedimientos para corregirlas, por lo tanto se le daba total cumplimiento a lo señalado en los Arts. 46, 58 y 116 del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por lo cual debía darse por superado dicho hallazgo por el equipo de auditoría. Debe tomarse en cuenta que la supuesta responsabilidad de la protección y seguridad radiológica que se me atribuye como Director del Hospital MQO no es viable, tomando en cuenta lo señalado en el Art. 57 del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que dice: **"El titular de un permiso para la realización de prácticas reguladas en este reglamento, será responsable de la protección y seguridad radiológica, en los términos, condiciones y límites establecidos en el"**

9



mismo" el cual se relaciona con el Art. 116 numeral 64 de dicho reglamento que reza: **"Titular Autorizado: Persona jurídica o natural autorizada por la Autoridad Reguladora, y responsable ante esta, para efectuar una práctica o construir u operar una instalación que use fuentes de radiación ionizante"** en consecuencia a quien se le puede exigir el cumplimiento de lo establecido en la ley, es al titular del permiso para las practicas, construcción u operación de las fuentes de radiación ionizante, quien en este caso es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y no el Director del Hospital, por lo tanto se ha señalado erróneamente el reparo antes referido ya que no se me puede atribuir alguna responsabilidad al no encontrarse dentro de mis potestades como funcionario, lo anterior se puede constatar en las FUNCIONES DEL PUESTO de Director III, que se anexan con el presente escrito (Anexo III). En ese sentido, existe una falta de legitimación pasiva en el Reparo Uno, lo que implica un vicio insubsanable al haber error en la identificación y acreditación del responsable de parte del equipo auditor, al no poderse atribuir responsabilidad en la protección y seguridad radiológica, cuando la ley establece claramente quien será el responsable, en ese sentido y por respeto al principio de legalidad, el reparo debe ser rechazado. **REPARO NÚMERO DOS. INVOLUCRADOS: DR. FLORES SALAZAR, DR. BARRIERE Y LICDA. BORJA ROGEL.** En cuanto al reparo en el que esa Cámara, con base en el informe de auditoría, advierte una eventual responsabilidad administrativa de nuestra parte como Director, Epidemiólogo y Ex Administradora del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, debido al "Inadecuado almacenamiento temporal de los desechos hospitalarios bioinfecciosos", pero no estando de acuerdo con lo anterior, por los siguientes motivos: Según Informe de Auditoría, el equipo de auditores estableció "...que el hospital cuenta con dos sitios de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, uno para el área de Oncología y otro ubicado en el área del hospital Quirúrgico, no obstante fue constatado que en ambos sitios existen deficiencias de infraestructura, adecuación y manejo de los desechos, tal como se detalla a continuación: SITIO DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL HOSPITAL ONCOLOGICO, ubicación de desechos sin ninguna señalización; desechos bioinfecciosos y desechos comunes, colocación de los desechos boinfecciosos con desechos comunes, puerta sin cerradura, según fotografías tomadas en fecha: diecisiete de mayo de dos mil once, a las once y treinta horas; se observaron bolsas color rojo fuera de los contenedores correspondientes, de acuerdo a imagen tomado en fechas dieciocho y diecinueve de mayo de dos mil once" No obstante, Honorable Tribunal, lo anterior no se puede afirmar, en vista que los auditores pudieron constatar que los hallazgos y las condiciones de riesgo señaladas en un primer informe habían sido mejoradas y superadas totalmente, por medio de las siguientes acciones: • Se colocaron señales respectivas, tanto para desechos infècciosos



236

como para desechos comunes. • Se construyó complemento de pared para separar en forma completa los desechos infecciosos de los desechos comunes. • Se habilitaron las puertas para cada sitio de almacenamiento, de manera que cada uno tuviera su puerta individual. • Ya no se observan bolsas rojas fuera de los contenedores. • Se realizó una medición del sitio de almacenamiento temporal de desechos infecciosos comprobando que tiene capacidad suficiente para el depósito de los mismos. • Se adjunta fotografías en donde se visualizan los cambios realizados. (Anexo IV). Además, debe tomarse en cuenta por ese Honorable Tribunal, que dentro del Centro de Atención ya existía condiciones que garantizaban que no existieran sitios propensos a convertirse en focos de contaminación al interior del establecimiento hospitalario al tener debidamente separados los sitios de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, por lo que al acatarse los primeros señalamientos hechos por el equipo de auditoría se logró mejorar los ambientes de estos lugares, minimizando las condiciones de riesgo para el Hospital. Lo anterior, fue confirmado por el equipo de auditores, a excepción del espacio de los lugares de almacenamiento de los desechos, que establecen en su informe final que es insuficiente, pero lo anterior no es posible afirmarlo teniendo que se han hecho mediciones las cuales se presentan a este Tribunal donde se demuestran que dichos lugares tiene capacidad para almacenar hasta un promedio de 10 días de generación de desechos, y siendo que la remoción de los desechos se encuentra programada para cada día, por lo tanto el espacio asignado es suficiente. Para lo cual se anexa el resultado de estas mediciones (Anexo V) con documentación de respaldo. En sentido, consideramos que se han superados todos los hallazgos señalados por la dirección de auditoría seis para el reparo número dos, por lo que no se nos puede atribuir ninguna responsabilidad administrativa, teniendo en cuenta que en el Hospital posee lugares adecuados de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, que cumplen con los requisitos establecidos en la normativa aplicable y lo cual fue constatado en su momento por los auditores de Corte de Cuentas. **REPARO NÚMERO TRES. INVOLUCRADO: DR. FLORES SALAZAR:** En cuanto al reparo en el que esa Cámara, con base en el informe de auditoría, advierte una eventual responsabilidad administrativa de mi parte como Director del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, debido a que "No se cuenta con permiso ambiental para la generación de desechos peligrosos", al respecto hago las siguientes consideraciones: Es de tomar en cuenta por ese Honorable Tribunal, que para la obtención de un permiso ambiental para una obra como el Hospital MQO, la Ley de Medio Ambiente establece un requisito previo en su Art.23 el cual consiste en realizar un Estudio de Impacto Ambiental y el cual debe realizarse por cuenta del titular, por medio de un equipo técnico multidisciplinario, lo cual debe relacionarse con el Art. 107 de dicha ley que reza "Los titulares de actividades



obras o proyectos públicos o privados, que estuvieren funcionando al entrar en vigencia dicha Ley y que, de conformidad al Art. 20 de la misma, deban someterse a evaluación de impacto ambiental, están obligados a elaborar un diagnóstico ambiental en un plazo máximo de dos años y presentarlo al Ministerio para su aprobación". El Decreto Legislativo N°566 de fecha 04 de octubre del 2001 publicado en el Diario Oficial N° 198, Tomo 353, del 19 de octubre del 2001, estableció una interpretación auténtica de la Ley de Medio Ambiente cuando hace referencia a "titular", y lo señala como la persona quien ostenta el cargo de propietario del proyecto, de la obra o de la infraestructura, por consiguiente es dicha persona quien debe cumplir con las obligaciones establecidas en la ley, en consecuencia si el propietario del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, no se le puede imputar alguna responsabilidad administrativa al Director del Centro de Atención, por la supuesta omisión de gestión de permiso ambiental cuando no se encontraba dentro de sus potestades como funcionario. Aunado a lo anterior, se puede constatar en las FUNCIONES DEL PUESTO de Director III, anexas al presente escrito (Anexo III), las cuales describen las actividades a realizar en mi cargo, no se refleja que tenga la obligación de gestionar ante las autoridades correspondientes los permisos de funcionamiento ni permisos ambientales del Centro de Atención. Por lo tanto, existe una falta de legitimación pasiva en el presente reparo, lo que implica un vicio insubsanable al haber error en la identificación y acreditación del responsable de parte del equipo auditor, al no poderse atribuir responsabilidad en la de gestión de permiso ambiental para la generación de desechos peligrosos, siendo que la ley establece claramente quien será el responsable, en ese sentido y por respeto al principio de legalidad, el reparo debe ser rechazado. **REPARO NÚMERO CUATRO. INVOLUCRADOS: DR. FLORES SALAZAR, DR. BARRIERE Y LICDA. VASQUEZ:** En cuanto al reparo en el que esa Cámara, con base en el informe de auditoría, advierte una eventual responsabilidad administrativa de nuestra parte como Director, Epidemiólogo y Jefe de Arsenal y Central de Esterilización del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, debido a "Deficiencias en la Central de Esterilización", hacemos las siguientes consideraciones: Es de tener en cuenta Honorable Tribunal, que el equipo de auditores constató que las deficiencias señaladas en un primer informe habían sido mejoradas y superadas totalmente, por medio de las siguientes acciones: En su momento se señaló en el literal a) que en el área de arsenal de Sala de Operaciones y Arsenal de Módulos, la ventanilla de recepción de materiales contaminados (aun sin esterilizar) es la misma de entrega de aquellos ya esterilizados. Se pudo verificar por los auditores que en el área de Arsenal de Módulos ya se contaba con dos ventanillas separadas, una para la recepción de material limpio no estéril y en la otra ventanilla únicamente para entrega de material estéril, para comprobar lo anterior cual se adjunta fotografías del lugar (Anexo



VI). En cuanto a la ventanilla de arsenal de Sala de Operaciones, si bien era una ventanilla única se atendió inmediatamente las observaciones del equipo de auditores, y se iniciaron las gestiones de remodelación del área a través de nota de requerimiento del día 13 de abril de 2013 remitida a la División de Infraestructura del ISSS, como lo estableció el equipo auditor en su informe final. Desde esa fecha se ha continuado con las gestiones del proceso de remodelación e instalación de las dos ventanillas separadas en el área de arsenal de Sala de operaciones y lo cual se lo comprobamos con nota de fecha 18 Diciembre de 2013 emitida por la División de Infraestructura en donde remiten al Centro de Atención la propuesta de diseño del área de arsenal de Sala de Operaciones (Anexo VII); y con Nota de fecha 2 Abril de 2014 emitida por la Subdirección de Salud en donde se aprueba la libre gestión para la contratación de servicios de remodelación, en donde también se presenta el diseño arquitectónico (Anexo VIII). Pero debe tomarse en cuenta por ese Honorable Tribunal que dicha remodelación no implicaba solamente la construcción de las ventanillas, sino que es una transformación total del área por la complejidad de la ubicación, no obstante, dicho proceso se encuentra en su fase final por lo que se evidencia una efectividad en las gestiones administrativas realizadas para superar el señalamiento original. Así también se señaló por los auditores en los literales b) No se cuenta con actas de evaluación para la selección, depuración y descarte del material y utensilios e instrumental médico quirúrgico almacenado con daños, obsoletos e inservibles; c) El material no se encuentre clasificado y separado ni se encuentra con contenedores que cumplan las características de ser herméticos con capacidad para 20 libras especiales punzocortantes, rotulado e indicando peligrosidad, ni que esté colocado en rollos de 10, 15 y 20 piezas; y d) No se cuenta con un registro en libros que indique la cantidad de material y utensilios e instrumental quirúrgico descartado y el control de almacenamiento, transporte y recepción para su disposición final. Se podrá constatar en el expediente administrativo que en el momento oportuno se presentó documentación al equipo auditor donde se evidenciaba acciones encaminadas a realizar una depuración y descarte del material y utensilios e instrumental médico quirúrgico almacenado con daños, obsoletos e inservibles, además de haber clasificado y separado el material debidamente, así como haber elaborado un mejor control del mismo, sin embargo dicho equipo auditor considero en el informe final que como no constaban las actas de descarte no se podía dar por superado dicho hallazgo, aun cuando las mismas se encontraban en su etapa de elaboración por un comité debidamente conformado. Al respecto, debe tenerse en cuenta que el proceso de depuración del equipo y material fue finalizado en su momento oportuno como se le comprueba con el acta de descarte extendida por el "Comité Local de Descarte y copia de las notas de remisión del material descartado al sitio de Almacenamiento (Anexo IX), por lo que no se puede atribuir ninguno



responsabilidad administrativa por los anteriores hallazgos, teniendo en cuenta que se han realizado gestiones y acciones que han originado la superación total de dichas observaciones. **REPARO NÚMERO CINCO. INVOLUCRADOS: DR. FLORES SALAZAR, DR. BARRIERE Y DR. MELENDEZ ARGUETA:** En cuanto al reparo en el que esa Cámara, con base en el informe de auditoría, advierte una eventual responsabilidad administrativa de nuestra parte como Director, Epidemiólogo y Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico, debido a "Deficiencias observadas en la Unidad de Cuidados Intensivos", hacemos las siguientes consideraciones: Es de tener en cuenta Honorable Tribunal, que el equipo de auditores constató que las deficiencias señaladas en un primer informe habían sido mejoradas y superadas, por medio de las siguientes acciones: El equipo auditor señaló que a) Las instalaciones no cuentan con cubículos individuales que aislen al paciente, no obstante que observaron estructuras que indicaban haber contado con estos accesorios que a la fecha en que fue realizada la auditoría se habían dañado. En su momento le fue comprobado al equipo auditor que dicha observación fue corregida por medio de la reparación e instalación de las cortinas separadoras de cada paciente, al girarse las respectivas órdenes de trabajo al área correspondiente, las cuales se anexan (Anexo X). Asimismo se adjunta informe del Epidemiólogo donde constan fotografías con las cortinas instaladas en la Unidad de Cuidados Intensivos (Anexo XI), por lo cual fue debidamente superado dicho hallazgo. En el Literal b) señaló el equipo de auditores que observaron que se contaba con un sitio adecuado para disposición de excretas, ese procedimiento podría mejorar para que la manipulación se realice de forma manual. Tómese en cuenta Honorable Tribunal, que el equipo de auditores señala en su observación que el sitio de disposición de excretas es adecuado, por lo que reconoce que no se está incumpliendo ninguna normativa en ese sentido no se puede atribuir ninguna responsabilidad por dicho acto, sino lo que sugiere es que el procedimiento se "podría mejorar" por lo que dicho término se podría entender como una sugerencia, la cual se ha tomado en cuenta para iniciar gestiones administrativas encaminadas a la instalación de lavachatas eléctricas, con lo cual el proceso de disposición de excretas se hará de forma automática, lo anterior se comprueba con la documentación que refleja la autorización de compra de dichos instrumentos. (Anexo XII). El literal c) establecía que se constataron que algunas de las paredes interiores de la UCI se encontraban visiblemente deterioradas, ya que algunas de éstas hacían falta azulejos y en otras se observaban que se habían quebrado. En su momento al equipo auditor se le presentó documentación donde se le comprobó que dicho hallazgo fue corregido por medio de la reparación de los azulejos deteriorados en paredes y pilares de la UCI, para lo cual también debe tomarse en cuenta el informe del epidemiólogo antes relacionado donde constan fotografías de los azulejos reparados



(Anexo XI). En sentido, consideramos que se han superados todos los hallazgos señalados por la dirección de auditoría seis para el reparo número cinco, por lo que no se nos puede atribuir ninguna responsabilidad administrativa, teniendo en cuenta que hemos realizado gestiones y acciones que han originado la superación de las observaciones del informe emitido por los auditores de Corte de Cuentas". Por lo que ésta Cámara mediante resolución de fs. 218 a 219 ambos vuelto, admitió el anterior escrito, tuvo por parte en el carácter en que comparecieron los señores antes mencionados y se concedió audiencia a la Fiscalía General de la República, para que en el plazo de **TRES DIAS HABILES** emita su opinión en el presente Juicio de Cuentas, de conformidad al Art. 69 inciso final de la Ley de la Corte de Cuentas de la República.

V-) De fs. 226 a fs. 227, corre agregado escrito presentado por el Licenciado **JOSE ROBERTO FIGUEROA FUNES**, evacuando la audiencia conferida en los siguientes términos: " **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. REPARO UNO. NO SE HAN IDENTIFICADO CONDICIONES EN LAS QUE SE PUEDAN PRESENTAR EXPOSICIONES POTENCIALES EN LAS DIFERENTES AREAS DE TRABAJO EN DONDE SE UTILICEN FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTES.** En el presente hallazgo se determina que no se le dio cumplimiento por parte del Director del Hospital a las solicitudes de notas enviadas por el Ex Supervisor de Protección Radiológica en el sentido de que se han visualizado y comunicado en su oportunidad las exposiciones potenciales en las instalaciones del hospital sin que a la fecha fueran atendidos por el director del Hospital. No se está cuestionando que no existan los Planes de Emergencias Radiológicas, sino que lo cuestionado es que no se han identificado las condiciones en que se puedan presentar esas exposiciones potenciales. No obstante las notas enviadas por el Ex Supervisor de Protección Radiológica. Por lo tanto las pruebas presentadas no hacen prueba suficiente de descargo que justifique la inobservancia a lo dispuesto en los Art. 46, Art. 58 y Art. 116 numerales 24) y 30) del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica por lo que el reparo se mantiene y deberán responder de acuerdo a los Art. 54, 107 de la Corte de Cuentas. **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. REPARO DOS. INADECUADO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS BIOINFECCIOSOS.** Al momento de la auditoría se pudo constatar que si existía un inadecuado almacenamiento temporal de desechos hospitalarios bioinfecciosos comprobados. La defensa de los cuentadantes se basa en las medidas correctivas de lo cual presentan fotografías, sin embargo considero que al momento de la auditoría existió la inobservancia a los Art. 58, 60 de la Ley de Medio Ambiente, Art. 23, 27, 28, 29, 30 del reglamento Especial en materia de sustancias, Residuos y desechos Peligrosos y por lo tanto la Representación Fiscal considera que



reparo se mantiene, por lo que deberán responder de conformidad a lo estipulado en los Art. 54, y 107 de la ley de la Corte de Cuentas de la Republica. **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. REPARO TRES. NO SE CUENTA CON PERMISO AMBIENTAL PARA LA GENERACIÓN DE DESECHOS PELIGROSOS.** Ante la falta de permiso se está poniendo en riesgo el medio ambiente y además la defensa del cuentadante señalado en el presente reparo se basa en que él no es el titular y que dentro de sus funciones del puesto como director no está en la obligación de gestionar ante las autoridades esos permisos y que eso le compete al Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Sin embargo considero que el siendo el director del Hospital no puede venir a alegar desconocimiento de la ley y su administración tiene que desarrollarla apegada a derecho, respetando y velando para que se cumplan las Normas Ambientales necesarias, por lo tanto si a él no le compete estaba en la obligación de gestionar a través de notas o solicitudes al Director del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que iniciara el trámite para que se le diera el permiso ambiental para la generación de desechos sólidos, pero no consta ninguna gestión a la fecha como medio de prueba. Por lo tanto considero que si existió inobservancia a los Art. 17, 20, 21, 22 y 23 del Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos y por lo tanto la Representación Fiscal considera que el reparo se mantiene, por lo que deberán responder de conformidad a lo estipulado en los Art. 54, y 107 de la ley de la Corte de Cuentas de la Republica. **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. REPARO CUATRO. DEFICIENCIAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y ARSENAL.** Al momento de la auditoría se pudo constatar que si existían deficiencias en la Central de esterilización y arsenal que fueron comprobadas por los auditores en su momento. La defensa de los cuentadantes se basa en las medidas correctivas de lo cual presentan fotografías y documentos de medidas que han tomado desde el hallazgo, sin embargo considero que al momento de la auditoría existió la inobservancia a lo establecido en las Normas para la Central de Esterilizaciones y Equipos en el ISSS; Normas para la disposición final de material, utensilios e instrumental médico quirúrgico descartados en los centros de atención del ISSS; y por lo tanto la Representación Fiscal considera que el reparo se mantiene, por lo que deberán responder de conformidad a lo estipulado en los Art. 54, y 107 de la ley de la Corte de Cuentas de la Republica. **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. REPARO CINCO. DEFICIENCIAS OBSERVADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.** Al momento de la auditoría se pudo constatar que si existían deficiencias en la Unidad de cuidados Intensivos que fueron comprobadas por los auditores en su momento. La defensa de los cuentadantes se basa en las medidas correctivas de lo cual presentan fotografías y documentos de medidas que han tomado desde el hallazgo, sin embargo considero que al momento de la auditoría existió la inobservancia a lo establecido en las



239

Normas para la Prevención y control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS y Manual de Procedimientos para la Limpieza y Desinfección de Áreas en los Centros de Atención del ISSS; y por lo tanto la Representación Fiscal considera que el reparo se mantiene, por lo que deberán responder de conformidad a lo estipulado en los Art. 54, y 107 de la ley de la Corte de Cuentas de la Republica"". Por lo que esta Cámara mediante resolución de fs. 228 vuelto a 229 frente, admitió el anterior escrito, se tuvo por parte al referido profesional y por evacuada la Audiencia conferida, ordenándose traer el presente Juicio para Sentencia.

VI-) Luego de analizado el Informe de Auditoría, las explicaciones vertidas, Papeles de Trabajo y la Opinión Fiscal, ésta Cámara emite las siguientes consideraciones: **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. REPARO UNO**, titulado **NO SE HAN IDENTIFICADO CONDICIONES EN LAS QUE SE PUEDAN PRESENTAR EXPOSICIONES POTENCIALES EN LAS DIFERENTES AREAS DE TRABAJO EN DONDE SE UTILICEN FUENTES DE RADIACION IONIZANTES**; se cuestiona que el responsable de protección radiológica, no había identificado las posibles condiciones en las que se podían presentar exposiciones potenciales y corregirlas, no obstante haber manifestado en nota de fecha veintisiete de mayo de dos mil once, que las exposiciones potenciales, estaban consideradas en el Manual de Emergencias y Respuestas Radiológicas del Hospital. Al respecto el reparado **RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, en sus alegatos ha manifestado que al equipo auditor le fue entregada documentación con la cual se demostraba que el Hospital tenía identificadas las áreas donde se pudiese dar una exposición potencial, siendo estas donde se aplican las radiaciones ionizantes, como lo son: **a) Radioterapia** con su modalidad de Teleterapia y Branquiterapia, **b) Medicina Nuclear** y **c) Diagnostico por rayos X** en Medicina y Odontología; razón por la cual tomaron las medidas necesarias para minimizar los riesgos, asimismo alega que según el Art. 116 numeral 64 del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica del Ministerio de Salud y Asistencia Social, el titular registrado es la persona responsable de la protección y seguridad radiológica, por lo que de parte de la Institución se tomaron las medidas necesarias que garantizan que la probabilidad de una exposición potencial sea mínima, las cuales han sido plasmadas en los respectivos manuales e instructivos que fueron revisados por parte del equipo de auditoria de esta Corte de Cuentas de la República, previniendo en la medida de lo posible accidentes o sucesos que pueden aparecer al azar, tomando para ello acciones anticipadas a fin de evitar que una situación así ocurra o en su defecto limitar las consecuencias del accidente. Por otra parte alega el reparado que de acuerdo a lo dispuesto en el Art. 116 numeral 64 del Reglamento antes mencionado, el titular



autorizado para las practicas, construcción u operación de las fuentes de radiación ionizante, a efectuar es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y no el Director del Hospital, por lo tanto sostiene que su persona ha sido señalada erróneamente en el Reparo que nos ocupa, ya que a él no se le puede atribuir alguna responsabilidad al no encontrarse dentro de sus potestades como funcionario lo antes detallado y de acuerdo a las funciones del puesto de Director III que desempeñaba, por lo tanto sostiene que en este Reparo existe una falta de legitimación pasiva, lo que implica un vicio insubsanable al haber error en la identificación y acreditación del responsable de parte del equipo auditor, al no podersele atribuir responsabilidad en la protección y seguridad radiológica, ya que la Ley establece claramente quien será el responsable. Sobre lo argumentado fue presentada documentación de descargo que consta de fs. 62 al 125. Por su parte el **Ministerio Público Fiscal**, sostiene que el Director del Hospital no le dio cumplimiento a las solicitudes de notas enviadas por el Ex Supervisor de Protección Radiológica en el sentido que se visualizaron y comunicaron en su oportunidad la exposiciones potenciales en las instalaciones del Hospital sin que a la fecha fueran atendidas por el Director del Hospital; asimismo, sostiene la Representación Fiscal que no se ha cuestionado que no existan planes de Emergencias Radiológicas, sino que lo cuestionado es que no se identificaron las condiciones en que se puedan presentar esas exposiciones potenciales, en ese sentido la documentación presentada no justifica la inobservancia razón por la cual para la Representación Fiscal la observación se mantiene. En virtud de lo anterior, **esta Cámara**, considera que de acuerdo a los argumentos expuestos y a la documentación presentada por el reparado Flores Salazar de fs.62 al 125, servidor que ostentaba el cargo de Director del Hospital, consta que dicho Nosocomio ya contaba con manuales e instructivos que identifican posibles accidentes o sucesos que podrían aparecer al azar, siendo esto lo que según el Art.116 N° 30 del Reglamento Especial de Política y Seguridad Radiológica, se denomina Exposición Potencial, asimismo según carta de fecha veintisiete de julio de dos mil once dirigida a la Administradora HMQ y Oncológico, con copia para el Director del Hospital, se informa sobre tres órdenes de trabajo relacionadas con protección radiológica de las fuentes radiactivas de Cesio 137, utilizadas para pacientes de Branquiterapia, en que solicitaba la revisión y reparación de los equipos que no estaban funcionando bien, siendo estos: 1- Sistema de llave del contenedor para mantener las dosis de radiación de las fuentes Cesio de 137, en su límite más bajo posible de acuerdo a la Ley. (Cubo de plomo). 2- Circuito cerrado de TV. y 3- Monitor de radiación para activar la alarma de una fuente de Cesio 137, que sale del área de contención de ella. Dicha solicitud fue realizada según detalla la carta, con el fin de que fueran realizadas acciones inmediatas, debido a las condiciones especiales existentes en el cuarto nivel del Hospital, en donde no existía personal de la institución y



ya se había iniciado el tránsito de personas totalmente ajenas a los riesgos de radiación, existiendo la posibilidad de una pérdida de fuentes por la intromisión de personas extrañas, documento que se encuentra incorporado en el legajo correspondiente al Anexo Dos, Hallazgo IV, de los Papeles de Trabajo, de tal manera que, con dicha documentación se determina la identificación a las condiciones en las que pudieran presentarse exposiciones potenciales para su corrección, según lo exige el Art. 58 lit. c) del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, en virtud de lo anterior se comprueba que lo establecido en el Reglamento se ha cumplido, al haberse identificado algunas exposiciones potenciales mediante las cuales pudiera ponerse en riesgo la seguridad de los empleados y usuarios del Hospital en donde se utilizan fuentes de radiación ionizante, en ese sentido los Suscritos concluimos que el reparo no subsiste y procede desvanecer el mismo de conformidad al Art. 69 Inc. 1° de la Ley de la Corte de Cuentas de la República. **REPARO DOS, titulado INADECUADO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS BIOINFECCIOSOS**; se cuestiona que el Hospital cuenta con dos sitios de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, uno para el área de Oncología y otro ubicado en el área del Hospital Quirúrgico, no obstante fue constatado que en ambos sitios existían deficiencias de infraestructura, adecuación y manejo de los desechos, tal como se detalla a continuación: SITIO DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL HOSPITAL ONCOLOGICO, ubicación de los Desechos sin ninguna señalización; Desechos Bioinfecciosos y Desechos Comunes, Colocación de los desechos bioinfecciosos con desechos comunes, puerta sin cerradura, según fotografías tomadas en fecha: diecisiete de mayo de dos mil once; se observaron bolsas de color rojo, fuera de los contenedores correspondientes, de acuerdo a imagen tomada en fechas dieciocho y diecinueve de mayo de dos mil once. Al respecto los reparados **RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR, DR. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **FRANCISCO BARRIERE y SANDRA ELIZABETH BORJA ROGEL**, en sus alegatos han manifestado que los auditores al momento de realizar la auditoria pudieron constatar que las condiciones de riesgo señaladas en un primer informe, ya habían sido mejoradas y superadas totalmente por medio de las acciones realizadas, como también alegan que en el Hospital ya existían condiciones que garantizaban que no existieran sitios propensos a convertirse en focos de contaminación al interior del establecimiento hospitalario, ya que se tenían debidamente separados los sitios de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, lo cual minimizo las condiciones de riesgo para el hospital, situación que fue confirmada por el equipo de auditores, a excepción del espacio de los lugares de almacenamiento de los desechos, ya que establecieron en el informe final que es insuficiente, para lo cual los reparados alegan que han hecho mediciones con las que

f



demuestra que dichos lugares tienen capacidad para almacenar hasta un promedio de diez días de generación de desechos y siendo que la remoción de los desechos se encuentra programada para cada día, el espacio asignado estiman los servidores actuantes que es suficiente, asegurando que lo señalado en el Reparo ha sido superado y se ha cumplido con los requisitos de la normativa aplicable. Sobre lo argumentado fue presentada documentación de descargo que consta de fs. 126 al 135. Por su parte el **Ministerio Público Fiscal**, sostiene que al momento de la auditoria se constató que existía un inadecuado almacenamiento temporal de desechos hospitalarios bioinfecciosos y que la defensa de los reparados se basa en las medidas correctivas de lo cual presentan fotografías, sin embargo la Representación Fiscal considera que al momento de la Auditoría existió la inobservancia a los Artículos 58, 60 de la Ley de Medio Ambiente y Artículos 23, 27, 28, 29 y 30 del Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos, en ese sentido es de la opinión que la responsabilidad debe mantenerse. En virtud de lo anterior, **esta Cámara**, considera que la condición planteada por el Auditor en el Informe que dio origen al Reparo consiste en que tanto el Director como la Administradora y Epidemiólogo del HQO, no habían realizado acciones y gestiones necesarias para minimizar o eliminar las condiciones de riesgo en los sitios de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, uno para el área de Oncología y otro ubicado en el área del Hospital Quirúrgico; sin embargo, de acuerdo al comentario de los auditores, la única observación que persistió al final fue en lo concerniente al espacio necesario para el depósito de la cantidad de desechos que son generados por el Hospital, los cuales según el informe por el volumen que estos presentan sobrepasan la capacidad de almacenamiento utilizada por el Hospital, por parte de los reparados documentaron que fue realizado un estudio de medición para conocer la capacidad de almacenamiento temporal para Desechos Bioinfecciosos del lugar, el cual se encuentra agregado de fs. 130 al 132, en el que se detalla entre otros aspectos, que en la medición "in situ" realizada al lugar pueden colocarse dos filas de seis Jabas en el nivel inferior, haciendo un total de doce Jabas y otras doce en la segunda fila, otras diez en la tercera y ocho más en la cuarta fila, en ese sentido se tendría una capacidad total de almacenar cuarenta y dos Jabas agregando en caso necesario otra fila de ocho Jabas que haría un total de capacidad por todo de cincuenta Jabas; y dicho informe detalla que si el Hospital genera cuatro Jabas al día significa que el deposito tiene capacidad para almacenar hasta diez días de desechos; los Suscritos Jueces somos del criterio que tal condición se encuentra fuera del alcance de los servidores actuantes ya que en dicho edificio desde el momento de su construcción están diseñados los lugares específicos para determinado fin, situación que no es del arbitrio de los reparados; y considerando que de acuerdo al estudio efectuado en los



lugares de almacenamiento en el cual se concluye que el espacio determinado es el adecuado, en ese sentido se establece que el reparo no subsiste y procede desvanecer el mismo de conformidad al Art. 69 Inc. 1° de la Ley de la Corte de Cuentas de la República. **REPARO TRES**, titulado: **NO SE CUENTA CON PERMISO AMBIENTAL PARA LA GENERACIÓN DE DESECHOS PELIGROSOS**; se cuestiona que durante el período de examen, el Hospital no contó con Permiso Ambiental para la generación de desechos peligrosos en las diferentes áreas hospitalarias. Al respecto el reparado **RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, alego que para la obtención de un permiso ambiental de obra como el Hospital MQO, es requisito previo realizar un Estudio de Impacto Ambiental que debe ser realizado a cuenta del titular, por medio de un equipo técnico multidisciplinario; en ese sentido, manifiesta el reparado que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social es el propietario del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico, por lo que alega que no se le puede imputar a su persona alguna responsabilidad administrativa en el cargo que ostentaba como Director del Centro de Atención, por la supuesta omisión de gestión de permiso ambiental, ya que no se encuentra dentro de sus potestades como funcionario, debido a que las funciones del puesto de Director III describen las actividades a realizar en el puesto que el reparado ostentaba y en ellas no se refleja que tuviera la obligación de gestionar ante las autoridades correspondientes los permisos de funcionamiento ni permisos ambientales del Centro de Atención, por lo que arguye que el reparo debe de rechazarse. Por su parte el **Ministerio Público Fiscal**, entre otros aspectos sostiene que siendo el reparado el Director del Hospital, no puede alegar desconocimiento de la Ley y su administración tiene que desarrollarla apegada a derecho, respetando y velando para que se cumplan las Normas Ambientales necesarias, por lo que la Representación Fiscal considera que si a él no le competía lo señalado en el Reparo, estaba en la obligación de gestionar a través de notas o solicitudes al Director del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que iniciara el trámite para que se le diera el permiso ambiental para la generación de desechos sólidos, sin embargo no consta ninguna evidencia de gestión a la fecha como medio de prueba, por lo que el Ministerio Público Fiscal es de la opinión que el Reparo se mantenga. En virtud de lo anterior, esta Cámara, considera que de acuerdo al Manual Descriptor de Puesto, el Director es el encargado de dirigir todo el Hospital por medio de sus diferentes jefaturas, y como autoridad máxima es a quien le compete gestionar ante el titular aquellas diligencias que por Ley no puede ejecutar su persona, sin embargo el servidor bajo la justificación que no es a su persona a quien le compete, omitió cualquier diligencia encaminada a cumplir con la obligación de contar con el permiso ambiental, tomando en consideración lo anterior, existe inobservancia al Art. 20 y 21 del Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuales y Desechos Peligrosos, en ese sentido



Reparo se confirma, de conformidad a los Artículos 61 y 69 Inc. 1º de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, por lo tanto sanciónese al reparado con Multa equivalente al diez por ciento de su salario mensual de conformidad a lo establecido en el Art. 107 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República. **REPARO CUATRO**, titulado **DEFICIENCIAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y ARSENAL**; se cuestiona que el Hospital cuenta con tres áreas separadas entre sí, que son utilizadas para esterilización, manejo y resguardo de instrumental, equipo y ropa; y que en dichas áreas fueron identificadas las siguientes deficiencias: **a)** En el área de arsenal de Sala de operaciones y Arsenal de Módulos, la ventanilla de recepción de materiales contaminados (aun sin esterilizar) es la misma de entrega de aquellos ya esterilizados, **b)** No se cuenta con actas de evaluación para la selección, depuración y descarte del material y utensilios e instrumental médico quirúrgico almacenado con daños, obsoleto e inservible, **c)** El material no se encuentra clasificado y separado, ni se encuentra en contenedores que cumplan las características de ser herméticos con capacidad para 20 lbs, especiales para punzocortantes rotulado e indicando peligrosidad, ni que este colocado en rollos de 10,15 y 20 piezas, **d)** No se cuenta con un registro en libros que indique la cantidad de material y utensilios e instrumental quirúrgico descartado y el control de almacenamiento transporte y recepción para su disposición final. Al respecto los reparados **RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR, FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **FRANCISCO BARREIRE y LUZ DEL CARMEN VASQUEZ**, en sus alegatos han manifestado que respecto al **literal a)** del Reparo, fue verificado por el equipo de Auditores que en el área de Arsenal de Módulos ya se contaba con dos ventanillas separadas, una para la recepción de material limpio no estéril y la otra ventanilla únicamente para entrega de material estéril y en cuanto a la ventanilla de arsenal de Sala de Operaciones, si bien era una ventanilla única se atendieron inmediatamente las observaciones del equipo de auditores y se iniciaron las gestiones de remodelación del área a través de nota de requerimiento del día trece de abril de dos mil trece remitida a la División de Infraestructura del ISSS, argumentando los reparados que desde esa fecha se continuo con las gestiones del proceso de remodelación e instalación de las dos ventanillas separadas en el área de arsenal de la Sala de Operaciones, lo cual quedó evidenciado con la nota de fecha dieciocho de diciembre de dos mil trece emitida por la División de Infraestructura en donde remiten al Centro de Atención la propuesta de diseño del área antes relacionada. Asimismo, mencionan los reparados que en nota de fecha dos de abril de dos mil catorce se aprobó la libre gestión para la contratación de Servicios de remodelación, en donde también se presentó el diseño arquitectónico, de tal manera que los servidores actuantes manifiestan que dicha remodelación no implicaba solamente la construcción de las ventanillas, sino

que era una transformación total del área por la complejidad de la ubicación y que dicho proceso se encuentra ya en su fase final, evidenciando una efectividad en las gestiones administrativas realizadas. Por otra parte respecto a lo señalado en el **literal b)**, sostienen los reparados que fue presentada documentación al equipo de auditoria del expediente administrativo, en donde se evidenciaban las acciones realizadas encaminadas a efectuar una depuración y descarte del material y utensilios e instrumental médico quirúrgico almacenado con daños, obsoletos e inservibles, como también la debida clasificación y separación del material; sin embargo manifiestan los servidores actuantes que el equipo de auditoria considero que como no constaban las actas de descarte no se podía dar por superado el hallazgo, aun cuando estas se encontraban en su etapa de elaboración por un comité. Sobre lo argumentado fue presentada documentación de descargo que consta de fs. 136 al 195. Por su parte el **Ministerio Público Fiscal**, sostiene que la defensa de los servidores actuantes se ha basado en los argumentos sobre las medidas correctivas tomadas, presentando fotografías y documentos de las gestiones realizadas; sin embargo, considera la Representación Fiscal que al momento de la Auditoría la deficiencia atribuida existía en la Central de esterilización y arsenal del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ya que fueron inobservadas las Normas para la disposición final de material, utensilios e instrumental médico quirúrgico descartados en los centros de atención del ISSS, en ese sentido concluye que el reparo debe de mantenerse. En virtud de lo anterior, **esta Cámara**, estima: al revisar el hallazgo que dio origen al reparo que nos ocupa, encontramos que la condición del mismo se refiere a que tanto el Director del HQO, la Jefa del Área de Arsenal y Central de Esterilización y el Epidemiólogo del Hospital, no habían realizado las acciones y gestiones suficientes para eliminar las condiciones de riesgo de contaminación en la Central de Esterilización y Arsenal; en ese sentido los reparados en sus alegatos han indicado las acciones realizadas tendientes a subsanar la condición y han presentado documentación de descargo agregada de fs. 137 al 195, en fotocopias certificadas consistente en un informe original, mediante el cual explican las condiciones de las áreas de Arsenal de Módulos, la cual está situada en el Complejo principal de la Central de esterilización y el Área de Arsenal de Sala de Operaciones ubicada contiguo a la Sala de Operaciones, detallando que estas áreas son completamente diferentes y que la primera ya contaba con dos áreas separadas con su respectiva ventanilla, una para recepción de material sin esterilizar y la otra para entrega de material ya esterilizado, informe que incluye fotografías mediante las cuales se visualizan dichas áreas y los rótulos que indican cada una de ellas; asimismo se encuentra una carta Ref. 019/2013, de fecha dieciocho de diciembre de dos mil trece, dirigida al Jefe del Departamento de Diseño por el Técnico de Infraestructura del Hospital, en la cual se hace entrega de la documentación para el Proyecto de

Readecuación del Área de Arsenal del Hospital Médico Quirúrgico, la cual ha sido elaborada para que se gestionara por Mantenimiento Regional, a fin de que se procediera a cargar la solicitud de pedido en el sistema SAFISSS, para iniciar el proceso de compra respectivo; anexando junto a la misma el presupuesto, diseño, planos y especificaciones técnicas del Proyecto; así también dentro de la documentación de descargo presentada se encuentra el Acta de Descarte y el Detalle en cuadro del descarte respectivo, que detalla el Instrumental y Material Médico Quirúrgico deteriorado, de los años dos mil ocho al dos mil trece, a fin de efectuar la disposición final de los mismos, los cuales totalizaron un peso neto de ciento noventa y nueve y media libras de cajas de Instrumental; con lo anterior se demuestra que los reparados han hecho uso de los medios y alcance para realizar las gestiones necesarias a fin de solventar el Reparo, demostrando con ello que no ha existido negligencia en el tratamiento del problema; no adecuándose la conducta descrita en el artículo 54 de la Ley de la Corte de Cuentas, en tal sentido, se concluye que **el reparo no subsiste** y procede desvanecer el mismo de conformidad al Art. 69 Inc. 1° de la Ley de la Corte de Cuentas de la República. **REPARO CINCO**, titulado **DEFICIENCIAS OBSERVADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**; se cuestiona que al realizar recorrido por el área que ocupa la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, constataron la existencia de condiciones deficientes en las instalaciones, según el detalle siguiente: **a)** Las instalaciones no cuentan con cubículos individuales que aislen al paciente, no obstante que observaron estructuras que indicaban haber contado con estos accesorios que a la fecha en que fue realizada la auditoria se habían dañado, **b)** Observaron que se contaba con un sitio adecuado para disposición de excretas, sin embargo se considera que este procedimiento podría mejorar para que la manipulación no se realice de forma manual y **c)** Constataron que algunas de las paredes interiores de la UCI se encontraban visiblemente deterioradas, ya que en algunas de estas hacían falta azulejos y en otras se observaba que se habían quebrado. Al respecto los reparados **RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR, FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **FRANCISCO BARRIERE** y **JULIO CESAR MELENDEZ ARGUETA**, en sus alegatos han manifestado que respecto al literal a) del Reparo, en su momento le fue comprobado al equipo de auditoria que dicha observación fue corregida por medio de la separación e instalación de las cortinas separadoras de cada paciente, mediante las ordenes de trabajo giradas en el área correspondiente, presentado fotografías correspondientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, en las que se evidencian las cortinas instaladas; por otra parte manifiestan los servidores actuantes que respecto a lo señalado en el literal b), que como bien lo expresan los auditores en la observación, ellos se refieren a que el sitio de disposición de excretas es "adecuado", en ese sentido alegan que no está

incumpléndose ninguna normativa, siendo así sostienen los reparados que no se puede atribuir ninguna responsabilidad por dicho acto, ya que sugieren que tal procedimiento se "podría mejorar", pero este término arguyen los reparados podría entenderse como una sugerencia, la cual según ellos ha sido tomada en cuenta ya que han iniciado gestiones administrativas encaminadas a la instalación de lavachatas eléctricas, con lo cual el proceso de disposición de excretas se hará de forma automática, comprobando lo argumentado con la autorización de compra de dichos instrumentos. Por otra parte en cuanto al literal c), los reparados argumentan que al equipo de auditoria le fue presentada documentación mediante la cual se comprobaba que lo observado fue corregido por medio de la reparación de los azulejos deteriorados en paredes y pilares de la UCI, anexando fotografías correspondientes del lugar con los azulejos ya reparados. Sobre lo argumentado fue presentada documentación de descargo que consta de fs. 196 al 218. Por su parte el **Ministerio Público Fiscal**, sostiene que la defensa de los servidores actuantes se ha basado en los argumentos sobre las medidas correctivas tomadas, presentando fotografías y documentos de las gestiones realizadas; sin embargo, considera la Representación Fiscal que al momento de la Auditoría la deficiencia atribuida existía, en ese sentido concluye que el reparo debe mantenerse. En virtud de lo anterior, **esta Cámara**, considera que la condición planteada por el Auditor en el Informe que dio origen al Reparación consiste en que tanto el Director del Hospital, el Epidemiólogo, las jefaturas médicas y de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del HQO, no habían realizado acciones suficientes para minimizar o eliminar las condiciones de riesgo y vulnerabilidad para la recuperación de la salud de los pacientes; al respecto los reparados han expresado que lo señalado por el equipo de auditores que realizó el examen ha sido corregido, para lo cual han presentado como evidencia documentación certificada notarialmente que corre agregada de fs. 197 al 218, entre la que se encuentra el Expediente Manl N°313025478/2013, correspondiente al proceso para la adquisición de las cortinas separadoras del área señalada en el Reparación, como también del informe del Epidemiólogo de fecha tres de abril de dos mil catorce, en el cual se detalla que las observaciones relacionadas en los literales a) y c) del Reparación, referente a las cortinas y azulejos deteriorados del área de Cuidados Intensivos del Hospital, ya fueron corregidas, habiendo verificado y comprobado In Situ que se habían instalado cortinas separadoras entre las camas de los pacientes y que en las paredes y pilares del área de encamamiento de la UCI los azulejos dañados ya se habían cambiado, incorporando en dicho informe fotografías mediante las cuales se visualizan lo enunciado; respecto al literal b) contenido en el reparo, según el informe del Epidemiólogo el sistema de automatizado de descarte de excretas, está en proceso de adquisición por parte del Hospital, para lo cual han presentado documentación por medio de la que se comprueban las acciones y gestiones

realizadas tendientes a la adquisición del suministro, instalación y puesta en funcionamiento de lavachata; en ese orden de ideas, se determina que los reparados han efectuado gestiones que han dado resultados positivos para el cumplimiento de los respectivos Manuales y Normas, por lo que lo planteado en el reparo ha sido superado, ya que las acciones realizadas son las que han estado al alcance de los puestos asignados a cada uno de ellos y lo establecido en el literal b) del Reparo la observación consistía en que se podría mejorar, situación que se está cumpliendo, en ese sentido se concluye que el Reparo no subsiste, siendo procedente desvanecerlo de conformidad al Art. 69 Inc. 1° de la Ley de la Corte de Cuentas de la República.

POR TANTO: De acuerdo a los considerandos anteriores y de conformidad con los Artículos 195 N° 3° de la Constitución de la República, 3, 15, 16, 54, 69, 107 y 115 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, 215, 216, 217 y 218 del Código Procesal Civil y Mercantil, a nombre de la República de El Salvador, esta Cámara **FALLA:** 1.) Declarase desvanecida la responsabilidad atribuida en el **Reparo Uno** titulado **“NO SE HAN IDENTIFICADO CONDICIONES EN LAS QUE SE PUEDAN PRESENTAR EXPOSICIONES POTENCIALES EN LAS DIFERENTES AREAS DE TRABAJO EN DONDE SE UTILICEN FUENTES DE RADIACION IONIZANTES”** y absuélvasele al pago en concepto de Multa, al **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**. 2.) Declarase desvanecida la responsabilidad atribuida en el **Reparo Dos** titulado **“INADECUADO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS BIOINFECCIOSOS”** y absuélvaseles al pago en concepto de Multa, a los señores: **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, **Dr. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **Dr. FRANCISCO BARRIERE**, y **Lic. SANDRA ELIZABETH BORJA ROGEL**. 3.) Confírmase el **Reparo Tres** y declarase Responsabilidad Administrativa, en el reparo titulado **“NO SE CUENTA CON PERMISO AMBIENTAL PARA LA GENERACIÓN DE DESECHOS PELIGROSOS”**, condenase a pagar en concepto de Multa por la infracción cometida al **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, la cantidad de DOSCIENTOS CUNCUENTA Y SIETE DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA CON TRECE CENTAVOS (**\$257.13**), equivalente al diez por ciento de su salario mensual devengado en el periodo auditado. 4.) Declarase desvanecida la responsabilidad atribuida en el **Reparo Cuatro** titulado **“DEFICIENCIAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y ARSENAL”** y absuélvaseles al pago en concepto de Multa, a los señores: **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, **Dr. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **Dr. FRANCISCO BARRIERE** y Enfermera **LUZ DEL CARMEN VÁSQUEZ**. 5.) Declarase desvanecida la responsabilidad



atribuida en el **Reparo Cinco** titulado “DEFICIENCIAS OBSERVADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS” y absuélvaseles al pago en concepto de Multa, a los señores: **Dr. RICARDO FEDERICO FLORES SALAZAR**, **Dr. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **Dr. FRANCISCO BARRIERE** y **Dr. JULIO CESAR MELÉNDEZ ARGUETA**. 6.) Haciendo un total de Responsabilidad Administrativa la cantidad de DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA CON TRECE CENTAVOS **(\$257.13)**. 7.) Declárase libres y solventes de toda responsabilidad y apruébese la gestión de los señores: **Dr. FRANCISCO RENE BARRIERE PEREZ** conocido en el presente Juicio como **Dr. FRANCISCO BARRIERE**, Epidemiólogo del Hospital; **Lic. SANDRA ELIZABETH BORJA ROGEL**, Ex Administradora; Enfermera **LUZ DEL CARMEN VÁSQUEZ**, Jefe de Arsenal y Central de Esterilización y **Dr. JULIO CESAR MELÉNDEZ ARGUETA**, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, en relación a sus cargos y periodo de actuación. 8.) Queda pendiente de aprobación la gestión de la persona mencionada en el numeral 3.) de éste fallo por su gestión en el **HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLOGICO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**, por el periodo del uno de junio de dos mil nueve al treinta de abril de dos mil once. 9.) Al ser cancelada la condena impuesta en concepto de Responsabilidad Administrativa désele ingreso al Fondo General de la Nación. **HÁGASE SABER.**



Ante mí,

Secretaría de Actuaciones.





25

MARA CUARTA DE PRIMERA INSTANCIA DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA: San Salvador, a las ocho horas y treinta minutos del día veinticinco de septiembre de dos mil catorce.

Transcurrido el término establecido de conformidad con el Art. 70 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, sin que se haya interpuesto Recurso alguno sobre la Sentencia Definitiva pronunciada por esta Cámara a las nueve horas con treinta minutos del día diecinueve de agosto de dos mil catorce, agregada de folios **233** a folios **244** ambos frente del presente Juicio, declárese ejecutoriada dicha sentencia y librese la ejecutoria correspondiente.

NOTIFIQUESE.

Ante mí,

Secretaría de Actuaciones.

JC-35-2013-3

Fiscal: Lic. María de los Ángeles Lemus de Alvarado.

Lic. Roberto José Figueroa Funes.

Ref. Fiscal: 213-DE-UJC-18-12.

SARV



CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA



DIRECCIÓN DE AUDITORIA SEIS



**INFORME DE EXAMEN ESPECIAL DE GESTIÓN
AMBIENTAL AL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y
ONCOLÓGICO, DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL
SEGURO SOCIAL, POR EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO
DE 2009 AL 30 DE ABRIL DE 2011**

SAN SALVADOR, MAYO DE 2013

Teléfonos PBX: (503) 2222-4522, 2222-7863, Fax: 2281-1885 Código Postal 01-107
<http://www.cortedecuentas.gob.sv>, 1ª. Av. Norte y 13ª. C. Pte. San Salvador, El Salvador, C.A.

ÍNDICE

	PAG
I ANTECEDENTES DEL EXAMEN ESPECIAL	
a. Origen del Examen Especial	1
b. Antecedentes del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico	1-7
c. Antecedentes del Examen Especial	7
II OBJETIVOS DEL EXAMEN ESPECIAL	8
a. Objetivo General	8
b. Objetivos Específicos	8
III ALCANCE Y RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS APLICADOS	8
a. Alcance	8-9
b. Resumen de los Procedimientos Aplicados	10-11
IV RESULTADOS DEL EXAMEN ESPECIAL	12
a. Detalle de Hallazgos	12
b. Hallazgos	12-38
V RECOMENDACIONES	38
VI CONCLUSIONES	38-39



Doctor
Ricardo Federico Flores Salazar
Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico
del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ISSS
Presente.

I. ANTECEDENTES DEL EXAMEN ESPECIAL

a. ORIGEN DEL EXAMEN ESPECIAL

El Examen Especial se realizó en observancia al Art. 30 numeral 5) de la Ley de la Corte de Cuentas de la República en el que se otorga la atribución de realizar auditorías de gestión ambiental.

b. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLÓGICO

El Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social ISSS, se encuentra ubicado al final de la Alameda Juan Pablo II de la ciudad de San Salvador. Por su complejidad, es un hospital de Tercer Nivel que presta atención de emergencias médico-quirúrgicas y de especialidades oncológicas, es un Hospital de referencia para el ISSS y atiende pacientes de todo el territorio nacional, ocupa un área de 3000 mt² y estructuralmente consta de dos áreas: Hospital Medico Quirúrgico con sistema mixto construido en un nivel en 1987 y Torre Oncológica con cuatro niveles, de hormigón y cemento armado, construido en 1993.

La atención médica que proporciona el Hospital se divide en tres áreas principales y áreas de atención complementaria según detalle siguiente:

1. ATENCIÓN MEDICA

Emergencia y Hospitalización	- Observación de emergencias de Medicina Interna y Cirugía General - Hospitalización Medicina Interna y Cirugía General - Cirugía General Electiva
------------------------------	--



Sala de Operaciones	- Cirugía General y Electiva
Unidad de Cuidados Críticos	- Unidad de Cuidados Intensivos - Unidad de Cuidados Intermedios
Unidad de Cateterismo Cardíaco	- Cateterismo Cardíaco de Emergencia - Cateterismo Cardíaco Electivo
Unidad de Cardiología	- Pruebas de Esfuerzo - Monitoreo Holder
Unidad de Neumología	- Espiometrías - Fibrobronoscopías
Unidad de Gastroenterología	- Gastroskopias de Emergencia y Electivas - Colonoscopias de emergencia y electivas - Gastrostomías
Unidad de Neurología	- Electroencefalogramas



2. ATENCIÓN DE NEFROLOGÍA

Diálisis Peritoneal	- Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) - Programa de Diálisis Peritoneal Continua (DPCA)
Hemodiálisis	- Programa de Hemodiálisis - Hemodiálisis de Emergencia
Unidad de Trasplante Renal	- Trasplante Renal

3. ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Hospitalización	- Especialidades de Oncología Clínica - Oncología Quirúrgica - Oncología Ginecológica - Hematología
Terapias Oncológicas	- Quimioterapia - Radioterapia
Consulta Externa	- Oncología Clínica - Oncología Quirúrgica - Oncología Ginecológica - Hematología - Infectología - Alergología



4. ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

Auxiliares de Diagnóstico	- Laboratorio Clínico - Laboratorio de Inmunología - Rayos X - Tomografía Computarizada - Ultrasonografía - Ecografía
---------------------------	--

Farmacia	- Despacho de medicamentos de especialidades
Servicios Técnicos y de Colaboración Médica	- Enfermería - Alimentación y dietas - Fisioterapia - Trabajo Social - Registros Médicos - Estadística
Central de Esterilizaciones	- Esterilización con autoclave - Esterilización con oxido de etileno
Servicios Generales	- Servicios Varios - Limpieza - Vigilancia - Conserjería
Ropería	- Control de ropa para envío a lavandería - Costurería
Transporte	- Servicio de Transporte - Ambulancias
Mantenimiento	- Mantenimiento de Infraestructuras y redes eléctricas
Administrativas	- Gerencia de Personal - Fondo Circulante - Presupuesto



	- Almacén - Bodegas
--	--

La dotación de camas del Hospital es la siguiente:

a. HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO

Dos Servicios de Medicina Interna	94 camas
Un Servicio de Cirugía General	45 camas
Unidad de Cuidados Críticos	24 camas
Unidad de cuidados Post quirúrgicos cardiológicos	4 camas
Unidad de Trasplante Renal	4 camas
Observación de Emergencia	33 camas



b. ONCOLOGIA

Hospitalización	61 camas
-----------------	----------

El total el Hospital cuenta con 265 camas y cuenta además con una expansión de camas en el área de Diálisis Peritoneal con 60 camas y Máxima Urgencia de 4 camas, con lo cual se totalizan a 329 camas censables.

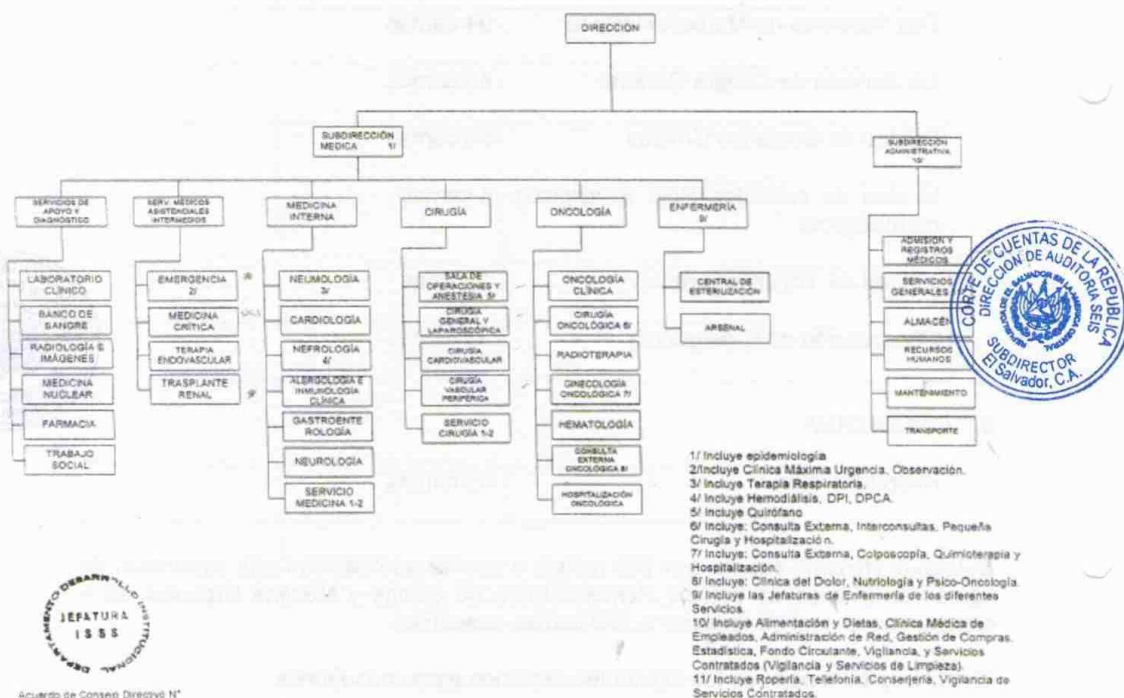
En el Hospital funcionan los siguientes espacios para consultorios:

Emergencia Medicina y Cirugía	- 9 consultorios médicos - 1 sala de curaciones e inyecciones - 1 sala de pequeña cirugía
Consulta Externa Oncología	- 5 consultorios en el primer nivel - 15 consultorios en el segundo nivel

5

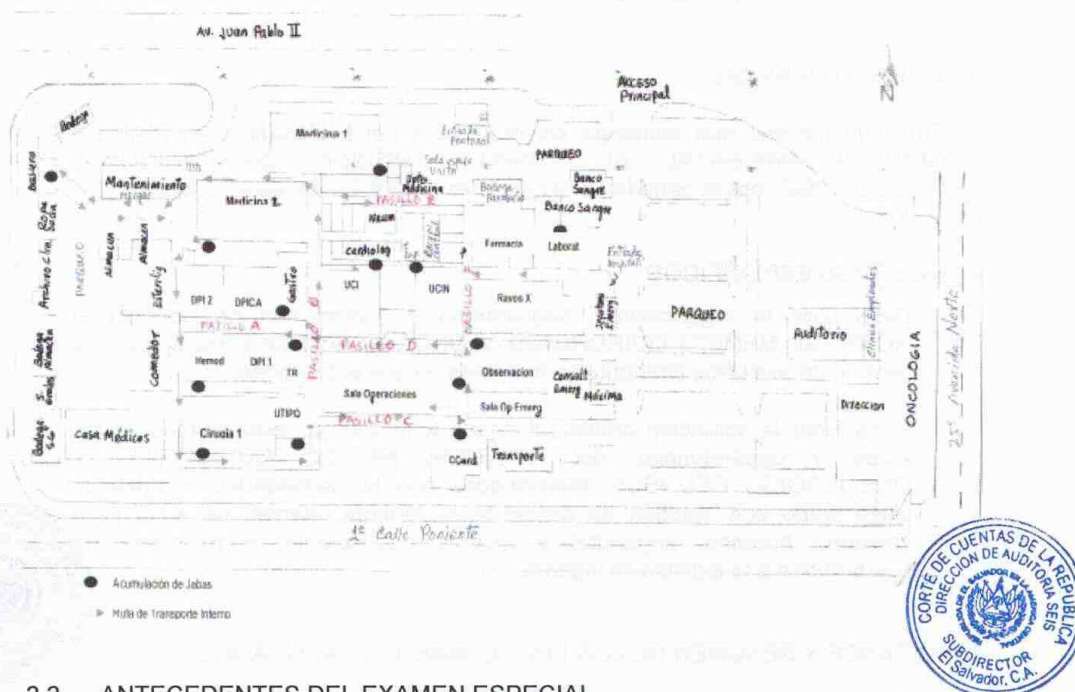
	- 5 consultorios en el tercer nivel
Salas de Operaciones	- 2 salas de emergencia - 5 salas para electivas

La estructura organizativa del Hospital es la siguiente:



Acuerdo de Consejo Directivo N°

El esquema de las instalaciones del Hospital es el siguiente:



2.2 ANTECEDENTES DEL EXAMEN ESPECIAL.

La Corte de Cuentas a través de la Dirección de Auditoría Seis, está practicando Examen Especial de Gestión Ambiental al Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por el periodo del 01 de junio de 2009 al 30 de abril de 2011, en atención a Plan Anual de Trabajo de la Dirección de Auditoría Seis de la Corte de Cuentas de la República.

Entidades Relacionadas con el Examen Especial.

De conformidad a la naturaleza del Examen Especial se ha determinado que la única institución relacionada es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social ISSS, específicamente el Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico como una dependencia de este Instituto, por lo que los procedimientos de auditoría se han orientado a algunas dependencias del Instituto a nivel central y particularmente al funcionamiento y operación del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS.

II. OBJETIVOS DEL EXAMEN ESPECIAL

a. OBJETIVO GENERAL

Emitir un Informe que contenga los resultados del EXAMEN ESPECIAL DE GESTIÓN AMBIENTAL AL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLÓGICO, por el periodo del 01 de junio de 2009 al 30 de abril de 2011.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la organización, seguimiento y control con que cuenta el HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLÓGICO DEL ISSS, para la gestión de aspectos ambientales inmersos en sus actividades.
- Determinar la actuación ambiental de los funcionarios responsables de las áreas y dependencias del HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLÓGICO DEL ISSS, relacionadas con las actividades y procesos clave como son: gestión de desechos y vertidos, manejo de agua para consumo humano, seguridad e higiene ocupacional, entre otros, de conformidad a la legislación vigente.

III. ALCANCE Y RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS APLICADOS

a. ALCANCE

Realizamos un EXAMEN ESPECIAL DE GESTIÓN AMBIENTAL AL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLÓGICO, por el periodo del 01 de junio de 2009 al 30 de abril de 2011, de conformidad a las Normas de Auditoria Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República, en lo aplicable.

Como parte del Alcance del Examen Especial se evaluaron las siguientes Áreas de interés:

- a. Desechos (comunes, bioinfecciosos, anatomopatológicos, químicos, radioactivos, especiales)
- b. Residuos
- c. Vertidos

- d. Manejo de agua para consumo humano
- e. Condiciones de Infraestructura e Instalaciones
 - Higiene
 - Seguridad/Riesgo Ocupacional
- f. Actividades especiales
 - Lavandería y ropería
 - Alimentación
 - Almacenamiento (medicamentos, químicos otros insumos)
 - Disposición de cadáveres.

De conformidad a las áreas de interés que se han identificado en el Alcance del Examen Especial, los procedimientos de auditoría se han orientado para verificar lo siguiente:

1. Reglamentación Técnica Legal especializada (institucional y general).
2. Organización para la gestión de estas áreas y su normativa y funcionamiento.
3. Gestión de las áreas de interés por parte de la institución. dependencias involucradas y responsables.
4. Acciones de control realizadas por la institución u otros sobre las áreas de interés. (informes, evaluaciones, auditorías, etc.) y su cumplimiento y seguimiento.
5. Caracterización institucional de algunas áreas de interés, específicamente:
 - a. Desechos
 - b. Residuos
 - c. Vertidos
 - d. Otros contaminantes
6. Cumplimiento a disposiciones y condiciones en permisos y autorizaciones para algunos procesos y actividades, específicamente Permisos Ambientales.



b. RESUMEN DE LOS PROCEDIMIENTOS APLICADOS

1. Identificamos y evaluamos los procesos y actividades relevantes en el funcionamiento y operación del Hospital, concernientes al componente ambiental, determinando responsables de su ejecución, seguimiento y evaluación, según detalle:
 - a. Gestión de desechos
 - b. Mantenimiento
 - c. Limpieza de instalaciones
 - d. Seguridad e Higiene Ocupacional
 - e. Alimentación
 - f. Manejo de agua para consumo humano
 - g. Lavandería y Ropería
 - h. Almacenamiento (medicamentos, químicos otros insumos)
 - i. Descarte de equipo obsoleto y productos vencidos
2. Evaluamos la gestión de los desechos radiactivos generados en el Hospital y su caracterización, verificando el cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento de Protección y Seguridad Radiológica.
3. Realizamos inspecciones en las áreas relacionadas con la práctica de radiaciones ionizantes, para evaluar su adecuada gestión de conformidad a la normativa aplicable y autorizaciones emitidas por las instancias competentes.
4. Evaluamos el cumplimiento de la normativa siguiente:
 - a. Normas para la depuración y disposición final de Cristales y Vidrios Reciclables de los Centros de Atención de ISSS.
 - b. Normas para la recolección, transporte y almacenamiento de envases plásticos Metálicos en dependencias de Salud del ISSS.
 - c. Normas para la depuración y eliminación de películas radiológicas de los servicios de imagenología en el ISSS.
 - d. Normas para la disposición final de material, utensilios e instrumental médico quirúrgico descartado en Centros de Atención del ISSS.
 - e. Normas para el descarte de reactivos obsoletos, vencidos, contaminados y/o residuales de los servicios de apoyo diagnóstico del ISSS. Radiología e Imágenes Laboratorio Clínico.



- f. Normas para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS.
 - g. Norma de Lavandería y Ropería.
 - h. Norma para el Manejo de Cadáveres y Piezas Anatómicas en el ISSS.
 - i. Norma para la Central de Esterilización y Equipos, ISSS.
 - j. Manual de Procedimientos para la Limpieza y Desinfección de Áreas en los Centros de Atención del ISSS.
 - k. Manual de Normas y Procedimientos Operación y Mantenimiento,
 - l. Manual de Normas y procedimientos para el descargo y disposición final de Bienes, ISSS.
 - m. Manual de Normas y Procedimientos Retiro y Utilización de Partes de Bienes Muebles Considerados Descartados en Bodega de Descarte, ISSS.
5. Verificamos si el Hospital ha dado el debido seguimiento a los informes practicados por otras dependencias del ISSS, en lo concerniente a aspectos ambientales.
6. Constatamos la acumulación de residuos y desechos peligrosos en las bodegas, almacenes e instalaciones en general del Hospital, como resultado de medicamentos e insumos médicos vencidos, constatando a la vez las gestiones realizadas por instancias hospitalarias sobre su adecuada disposición temporal (almacenamiento, confinamiento) y disposición final de conformidad a la legislación vigente. Las instancias hospitalarias identificadas son:
- a. Comité de Farmacoterapia del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS.
 - b. Comité Multidisciplinario para la depuración y descarte de bienes de consumo del ISSS.
7. Evaluamos el seguimiento y cumplimiento a los informes del Comité de Infecciones Nosocomiales del Hospital y Comité de Higiene y Seguridad Ocupacional, para identificar aspectos relacionados con el componente ambiental del Hospital.



IV. RESULTADOS DEL EXAMEN ESPECIAL

a. DETALLE DE HALLAZGOS

1. No se han identificado condiciones en las que se puedan presentar exposiciones potenciales en las diferentes áreas de trabajo en donde se utilicen fuentes de radiación ionizantes.
2. Inadecuado almacenamiento temporal de los desechos hospitalarios bioinfecciosos.
3. No se cuenta con permiso ambiental para la generación de desechos peligrosos.
4. Deficiencias en la central de esterilización y arsenal.
5. Deficiencias en la unidad de cuidados intensivos.

b. HALLAZGOS

1. NO SE HAN IDENTIFICADO CONDICIONES EN LAS QUE SE PUEDAN PRESENTAR EXPOSICIONES POTENCIALES EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE TRABAJO EN DONDE SE UTILICEN FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTES.

Constatamos que el responsable de protección radiológica, no ha identificado las posibles condiciones en las que se puedan presentar exposiciones potenciales y corregirlas, no obstante que al respecto, manifiesta en nota de fecha 27 de mayo de 2011, que al respecto de las exposiciones potenciales, éstas están considerados en el Manual de Emergencias y Respuestas Radiológicas del Hospital.

El Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, establece:

Art. 46: "En la medida de lo posible, el titular de la autorización deberá establecer un sistema secuencial de barreras que proporcionen la protección y seguridad radiológica, de acuerdo con la magnitud y probabilidad de las exposiciones Potenciales de sus fuentes. Este sistema debe permitir que en caso de falla de una de las barreras, ésta sea compensada o corregida por las barreras siguientes, con el propósito de que:



- a) Prevenga los accidentes probables,
- b) Mitigue las consecuencias en caso que ocurra un accidente,
- c) Restaure las condiciones de seguridad después del accidente".

Art. 58: "El responsable de la protección radiológica deberá cumplir con las obligaciones siguientes:

- a) Elaborar los procedimientos de protección y seguridad aplicables a las prácticas, y aprobadas por la Autoridad Reguladora,
- b) Elaborar y supervisar el programa de vigilancia radiológica de las prácticas,
- c) Identificar las condiciones en las que se puedan presentar exposiciones potenciales, y corregirlas.
- d) Elaborar, supervisar y participar en los programas de entrenamiento inicial y anual del trabajador,
- e) Asegurar que se efectúen las pruebas de fuga a las fuentes selladas,
- f) Llevar los registros de los historiales dosimétricos del personal, prueba de fuga, medición de niveles y demás actividades concernientes a la protección radiológica,
- g) Estar presente en el desarrollo de las inspecciones y auditorías que practique la Autoridad Reguladora, cuando así se requiera, y
- h) Las demás que determine la Autoridad Reguladora.

Art. 116: "Para los efectos del presente Reglamento, los conceptos y sus correspondientes definiciones se entenderán en el sentido o significado que en continuación se expresan:

24) Exposición: El acto o condición de estar sujeto a irradiación. La exposición puede ser externa o interna, según si la fuente se localiza fuera o dentro del cuerpo humano. La exposición puede ser clasificada como normal o potencial; ocupacional, médica o pública, exposición en situaciones de intervención, de emergencia o crónica. El término exposición desde el punto de vista de radiodosimetría, se expresa como la cantidad de ionización producida en aire.

30) Exposición Potencial: Exposición no programada que puede resultar de un accidente o debido a una secuencia de eventos de naturaleza probabilística, incluyendo fallas de equipos y errores de operación".

La deficiencia se ha originado al no haber dado cumplimiento a la legislación aplicable por parte del supervisor de protección radiológica.

La deficiencia ha originado que no se cuente con conformación relevante para la toma de decisiones ante la ocurrencia de accidentes o eventualidades que pongan en riesgo la seguridad de los empleados y usuarios del Hospital.



COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACION

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: "En este punto el Supervisor de Protección Radiológica pedirá mas tiempo para dar una respuesta".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de fecha 06 de mayo de 2013, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS y el ex Supervisor de Protección Radiológica del Hospital, manifiestan lo siguiente: "En Anexo 2 se encuentra copia de Plan de Emergencias Radiológicas en donde se contemplan exposiciones potenciales radiológicas. Así mismo en Anexo 3 se encuentran notas enviadas y recibidas por el Lic. Napoleón Melara con referencia a que se puedan presentar exposiciones potenciales".

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

En los comentarios presentados en la nota del 6 de mayo, tanto el Director del Hospital como el ex Supervisor de Protección Radiológica del Hospital, hacen mención que en los planes de emergencias radiológicas es donde se contemplan en forma de resumen las exposiciones potenciales radiológicas, además se presentan notas enviadas por el ex Supervisor de Protección Radiológica con referencia a que se puedan presentar exposiciones potenciales en las instalaciones del Hospital, las cuales han sido visualizadas y comunicadas en su oportunidad, sin embargo no se demuestra que dichos señalamientos han sido atendidos por parte del Director del Hospital.

Por tanto la observación se mantiene en parte hasta verificar si las autoridades superiores dieron seguimiento a las observaciones planteadas por el ex Supervisor de Protección Radiológica del Hospital.

2. INADECUADO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS BIOINFECCIOSOS.

Comprobamos que el Hospital cuenta con dos sitios de almacenamiento temporal de desechos comunes y bioinfecciosos, uno para el área de Oncología y otro ubicado en el área del Hospital Quirúrgico, no obstante constatamos que en ambos sitios existen deficiencias de infraestructura, adecuación y manejo de los desechos, como se detalla a continuación:



SITIO DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL HOSPITAL ONCOLOGICO



Ubicación de los Desechos sin ninguna señalización. / fecha 17.mayo 2011 13:30 horas.



Desechos Bioinfecciosos

Desechos Comunes

Fecha: 17.mayo 2011 13:30 horas



Colocación de los desechos bioinfecciosos con desechos comunes.



Puerta sin Cerradura

Fecha: 17.mayo 2011
13:30 horas



Imágenes de fecha: 18 de mayo 2011/ hora: 14:44

Se observan bolsas de color rojo, fuera de los contenedores correspondientes.



Imágenes de fecha: 19 de mayo 2011/ hora: 14:16



La Ley del Medio Ambiente, establece:

Art. 58: "El Ministerio, en coordinación con los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, Economía y las municipalidades, de acuerdo a las leyes pertinentes y reglamentos de las mismas, regulará el manejo, almacenamiento y disposición final de desechos peligrosos producidos en el país".

Art. 60: "Toda persona natural o jurídica que use, genere, recolecte, almacene, reutilice, recicle, comercialice, transporte, haga tratamiento o disposición final de

12
sustancias, residuos y desechos peligrosos, deberá obtener el permiso Ambiental correspondiente, de acuerdo a lo establecido en esta ley”.

El Código de Salud, establece:

Art. 77: “Los establecimientos que produzcan desechos que por su naturaleza o peligrosidad no deben entregarse a servicio público de aseo deberán establecer un sistema de tratamiento o autorizado por el Ministerio”.

El Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos, establece:

Art. 23: “Se consideran desechos peligrosos las categorías siguientes:

Y1 Desechos Clínicos resultantes de la atención médica prestada en hospitales, centros médicos y clínicas”.

Art. 27: “Para los desechos de naturaleza biológico-infecciosos, el Ministerio tendrá en cuenta lo dispuesto en el Código de Salud y demás normativa correspondiente”.

Art. 28: “El Ministerio deberá exigir y evaluar el Estudio de Impacto Ambiental de los proyectos sobre sistemas de tratamiento, eliminación y de instalaciones de almacenamiento y disposición final de los desechos peligrosos, de acuerdo con el Art. 21, letra d) de la Ley. Los residuos peligrosos que vayan a manejarse en dichas instalaciones, deberán ser señalados en el Estudio de Impacto Ambiental, así como la cantidad proyectada de los mismos. La evaluación del Estudio de Impacto Ambiental respectiva, así como su control y su seguimiento se realizarán de acuerdo a lo establecido en el Capítulo IV de la Ley, sobre el Sistema de Evaluación Ambiental”.

Art. 29: “La gestión de los desechos peligrosos deberá ser realizada de conformidad al presente Reglamento, a las reglas técnicas y a las normas técnicas de calidad ambiental aplicables en el país, en estrecha coordinación con los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, de Agricultura y Ganadería, con el Ministerio de Economía, el Viceministerio de Transporte, y las municipalidades. Incompatibilidad de desechos peligrosos”.

Art. 30: “Los desechos peligrosos incompatibles entre sí, deben manejarse segregadamente, con el fin de disponer de ellos en forma segura. Para cada desecho peligroso deberá seleccionarse el tratamiento más adecuado, sea este físico, químico o biológico, así como una combinación de los anteriores.

En general, el tratamiento de un desecho peligroso se orientará a reducir su magnitud, a aislarlo y a disminuir sus grados de peligrosidad y toxicidad”.



Art. 73: "Las áreas de almacenamiento de sustancias, residuos y desechos peligrosos deberán reunir, entre otras, las siguientes condiciones:

- a. Encontrarse separadas de las áreas de producción, servicios y oficinas, debiendo estar ubicadas en zonas donde se reduzcan los riesgos por posibles emisiones, fugas, incendios o explosiones, entre otros;
- b. Contar con muros de contención y sistema de retención para captación de derrames;
- c. Para las sustancias, residuos o desechos líquidos, los pisos deberán contar con canaletas que conduzcan los derrames a las fosas de retención, con capacidad de contener lo almacenado;
- d. Contar con pasillos lo suficientemente amplios que permitan el tránsito de montacargas mecánicas, electrónicos o manuales, así como el movimiento de los equipos de seguridad;
- e. Las paredes y el piso deberán estar cubiertos con material impermeable, tal como poliureas, respecto de las sustancias almacenadas, con ventilación e iluminación adecuadas; y
- f. Contar con los sistemas de prevención contra incendios".

La Norma para el Manejo de los Desechos Peligrosos en el ISSS, establece:
"Almacenamiento Temporal Local:

Debe estar identificado, aislado y con restricción para personas particulares.

Debe cumplir con los siguientes requisitos:

Debe separarse internamente el área destinada para DB y desechos comunes, por una pared intermedia con materiales resistentes.

No debe mezclar los desechos comunes con los Bioinfecciosos.

Debe identificarse el área con un rótulo y / o señal de riesgo de peligro biológico.

El sitio de almacenamiento temporal de los desechos debe estar ubicado preferentemente en zonas alejadas de las áreas de pacientes, ... talleres y lavanderías...".

La Norma para la Vigilancia Epidemiológica del ISSS, establece: "Funciones del Comité Local de Epidemiología:

Promueven y vigilan en el ámbito Local la observancia de las Normas relacionadas con la Vigilancia epidemiológica y el cumplimiento de los procedimientos relacionados (Normas y Manual de Procedimientos para la Prevención de las Infecciones Nosocomiales, manejo de los Desechos Bioinfecciosos, Laboratorio Clínico, Lavandería y Ropería, Central de Esterilizaciones y equipos".



La Norma Salvadoreña NSO 13.25.01:07, Norma Técnica para el Manejo de Desechos Bioinfecciosos, establece: "9. Almacenamiento Central Temporal. Todo establecimiento generador de desechos bioinfecciosos debe tener un sitio de almacenamiento central temporal, dentro del perímetro del establecimiento especialmente acondicionado y construido para esta actividad.

El almacenamiento central temporal se debe ubicar en un lugar que permita el acceso directo de los vehículos de recolección externa de los desechos bioinfecciosos. Además cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Identificado y señalizado
- b) Aislado
- c) Con acceso restringido
- d) Separado de cualquier área por una división que los delimite
- e) No deben almacenarse los desechos a la intemperie, ni acumular o amontonar bolsas en el suelo, por lo que se exige el uso de contenedor y cajas de embalaje para su manejo y almacenamiento.
- f) Debe implementarse un programa de mantenimiento
- g) Techado
- h) De uso exclusivo para desechos bioinfecciosos
- i) Diseñado con una capacidad mínima de dos veces el volumen promedio de generación de desechos bioinfecciosos de un día.
- j) Pisos y paredes repellados y pulidos, pintados con pintura de aceite con colores claros; con ángulos de encuentro entre piso y pared redondeados, lo mismo aplica para los ángulos entre pared y pared
- k) La pendiente mínima de piso debe ser del 2%, sistema de desagüe con su caja de registro y conectado a la red de alcantarillado previo tratamiento de desinfección. Debe utilizarse una solución de hipoclorito de calcio o de sodio a una concentración de 250 o 300 mg/l, u otro desinfectante equivalente.
- l) Con acceso a agua
- m) Con ventilación e iluminación".

La deficiencia se ha originado porque el Director, Administradora y Epidemiólogo del Hospital no realizaron las acciones y gestiones necesarias para minimizar o eliminar las condiciones de riesgo en los sitios señalados.

La deficiencia ha originado que se ponga en cuenta con un sitio propenso a convertirse en focos de contaminación al interior del establecimiento hospitalario.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACION

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Director del Hospital Medico



Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: “En Anexo 10 se encuentra nota del Epidemiólogo del Hospital en la que muestra fotografía del sitio ubicado en Oncología para almacenar los desechos en cuestión y se puede comprobar que los ángulos del piso a pared si están redondeados para facilitar la limpieza del lugar. En cuanto a la observación que el sitio no esta aislado y que se encuentra ubicado en el paso de circulación de vehículos que transitan en el Hospital, en vista que es un “almacenamiento temporal” se ha condicionado para cumplir con los requerimientos de la norma como lo estar identificado y señalizado, con acceso restringido separado de cualquier área por paredes que lo delimitan, techado, separado de las áreas de atención, con puertas individuales que permanecen cerradas, etc. También a pesar que se encuentra ubicado en una de las salidas del hospital, este acceso es restringido para el transito de personas y no todos los vehículos utilizan esta salida ya que existe otro portón que se utiliza como entrada y salida. Otro factor es que el sitio está cerca de la calle para facilitar las operaciones del transporte externo. Técnicamente, como lo expresa el Epidemiólogo del Hospital en su nota, el termino aislado utilizado en la norma significa ubicarlo en la periferia separado de áreas de pacientes, visitas de reunión, restringido a personas particulares, condiciones que por lo anteriormente señalado consideramos que el almacenamiento temporal de Oncología podría cumplir el termino de aislado, por lo que solicito se dé por superada esta observación”.

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Epidemiólogo del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: “Los ángulos entre piso y pared si están redondeadas; en las fotografías que se presentaron en el informe preliminar probablemente no se visualizaban adecuadamente esta condición.

Presentamos las siguientes fotografías en las que hemos colocado una cinta de color, únicamente para visualizar el ángulo. Se hicieron los ángulos redondeados en ambos depósitos (Infeccioso y Común).

Ángulos de encuentro entre piso-pared y pared-pared redondeados. Oncología



Consideramos que el objetivo principal por la cual los diferentes instrumentos regulatorios describen las características que debe cumplir el sitio de "Almacenamiento temporal" es para disminuir los riesgos de contaminación.

La "Norma para el Manejo de los Desechos Peligrosos en el 1888", establece:

10.2 "El almacenamiento temporal se debe ubicar en un lugar que permita el acceso directo de los vehículos de recolección externa de los desechos, debe estar identificado, aislado y con restricción para personas particulares, además separarse de cualquier área por una pared que los delimite perfectamente.

En el hospital de Oncología tenemos deficiencias de espacio y el lugar seleccionado como almacenamiento temporal se ha acondicionado para cumplir los requerimientos de la norma como lo es estar identificado y señalizado, con acceso restringido, separado de cualquier área por paredes que lo delimitan, techado, separado de las áreas de atención, con puertas individuales que permanecen cerradas, etc.

A pesar de que se encuentra ubicado en una de las salidas del hospital, este acceso es restringido para el tránsito de personas, no todos los vehículos utilizan esta salida ya que existe otro portón que se utiliza como entrada y salida, está cerca de la calle para favorecer las operaciones de transporte externo.

Desde el punto de vista técnico consideramos que cuando la norma habla de "Aislado" significa ubicarlo en la periferia, separado de las áreas de pacientes, visitas, sitios de reunión, cerrado, con acceso restringido a las personas particulares, condiciones que por lo anteriormente señalado y tomando en cuenta nuestra realidad de infraestructura, consideramos que el almacenamiento temporal de Oncología podría cumplir el término de aislado, por lo que solicitamos se dé por superada esta observación".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de fecha 06 de mayo de 2013, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS y el Epidemiólogo del Hospital, manifiestan lo siguiente: "Se respondió lo solicitado en Anexo 10 contenido en documentación entregada en audiencia del 19 de abril de 2013".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013, la Ex Administradora del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, no emitió comentarios a la presente observación.



COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

Respecto al sitio de almacenamiento temporal de los desechos del Hospital de Oncología, no obstante que se han realizado mejoras en las condiciones del lugar específicamente los ángulos de piso a pared, lo que favorece la limpieza del sitio; consideramos que no cuenta con el espacio necesario para depositar la cantidad de desechos que se generan en el Hospital y debido a que los volúmenes de estos desechos sobrepasa la capacidad del lugar utilizado para esta finalidad; consideramos que no cumple las condiciones adecuadas.

3. NO SE CUENTA CON PERMISO AMBIENTAL PARA LA GENERACION DE DESECHOS PELIGROSOS.

Constatamos que durante el periodo de examen el Hospital no ha contado con Permiso Ambiental para la generación de desechos peligrosos en las diferentes áreas hospitalarias.

Art. 23: "Se consideran desechos peligrosos las categorías siguientes:

Corrientes de Desechos:

Y0 Todos los desechos que contengan o se encuentren contaminados por radionucleidos cuya concentración o propiedades puedan ser el resultado de actividad humana.

Y1 Desechos Clínicos resultantes de la atención médica prestada en hospitales, centros médicos y clínicas.

Y2 Desechos resultantes de la producción y preparación de productos farmacéuticos.

Y3 Desechos de medicamentos y productos farmacéuticos.

Y4 Desechos resultantes de la producción, la preparación y la utilización de biocidas y productos fitofarmacéuticos.

Y5 Desechos resultantes de la fabricación, preparación y utilización de Productos químicos para la preservación de la madera.

Y6 Desechos resultantes de la producción, preparación y la utilización de disolventes orgánicos.

Y7 Desechos que contengan cianuros, resultantes del tratamiento térmico y las operaciones de temple.

Y8 Desechos de aceites minerales no aptos para el uso a que estaban destinados.

Y9 Mezclas y emulsiones de desecho de aceite y agua o de hidrocarburos y agua.



Y10 Sustancias y artículos de desechos que contengan, o estén contaminados por bifenilos policlorados (PCB), terfenilos policlorados (PCT) o bifenilos polibromados (PBB).

Y11 Residuos alquitranados resultantes de la refinación, destilación o cualquier otro tratamiento pirolítico.

Y12 Desechos resultantes de la producción, preparación y utilización de tintas, colorantes, pigmentos, pinturas, lacas o barnices.

Y13 Desechos resultantes de la producción, preparación y utilización de resinas, látex, plastificantes o colas y adhesivos.

Y14 Sustancias químicas de desecho, no identificadas o nuevas, resultantes de la investigación y el desarrollo o de las actividades de enseñanza y cuyos efectos”.

El Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos, establece:

Art. 20: “El Permiso Ambiental será requisito necesario para el funcionamiento de Las respectivas industrias, transportes, plantas de tratamiento y otras actividades, en general, que generen u operen con residuos peligrosos”.

Art. 21: “Los generadores de residuos peligrosos deberán fomentar su minimización en el sector productivo, como política aplicable a sus actividades, a través del uso de tecnologías que reduzcan la generación de residuos peligrosos, así como a través del desarrollo de actividades y procedimientos que conduzcan a una gestión sostenible de los residuos mencionados y a la difusión de tales actividades”.



Art. 22: “El generador de residuos peligrosos deberá:

- a. Manejar segregadamente los residuos peligrosos que no sean compatibles entre sí;
- b. Envasar sus residuos peligrosos en recipientes que reúnan las condiciones de seguridad, plena identificación de su estado físico y sus características de peligrosidad e incompatibilidad;
- c. Dar a sus residuos peligrosos el tratamiento que le corresponda; y
- d. Mantener y almacenar sus residuos peligrosos en condiciones de seguridad y en áreas que reúnan los requisitos previstos al respecto”.

Art. 17: “Los generadores de residuos peligrosos, así como las personas naturales o jurídicas que usen, generen, recolecten, almacenen, reutilicen, reciclen, comercialicen, transporten o realicen tratamiento de dichos residuos, serán responsables del cumplimiento de las disposiciones de la Ley, de este Reglamento y de las reglas técnicas que de él se deriven, estando obligados a determinar su

peligrosidad y a registrarse en el Consejo, así como a mantenerse actualizados en dicho Registro".

La deficiencia se ha originado porque el Director del Hospital no ha realizado las acciones y gestiones pertinentes para contar con el permiso señalado por los auditores.

La deficiencia ha originado que el Hospital no cuente con las directrices necesarias emitidas por el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, para regular generación de desechos de tal forma de armonizar con la legislación aplicable en beneficio de la población y el medio ambiente en general.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACION

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: "En Anexo 11 se encuentra Plan de Acción para la gestión pertinente para contar con el permiso ambiental solicitado".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de fecha 06 de mayo de 2013, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: "Se envió nota al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales solicitando orientación en cuanto a si el hospital debe tramitar el permiso ambiental de forma local o si este debe hacerse como institución; se anexa copia de nota enviada a dicho ministerio con acuse de recibido en Anexo 6".



COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

En sus comentarios el Director del Hospital, manifiesta que está realizando acciones encaminadas a solventar la observación, iniciando con la presentación de nota en fecha 03 de Mayo de 2013 al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales MARN, solicitando orientación en cuanto a si el Hospital debe tramitar el Permiso Ambiental de forma local o si este debe hacerse como Institución; además el Director del Hospital anexa copia de la referida nota, mostrando que se ha recibido en el MARN. Al respecto, somos conscientes del esfuerzo que se está realizando para solventar la observación, sin embargo hasta no concluir el proceso la observación se mantiene.

4. DEFICIENCIAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y ARSENAL.

Constatamos que el Hospital cuenta con tres áreas separadas entre sí, que son utilizadas para esterilización, manejo y resguardo de instrumental, equipo y ropa, según detalle:

No	Área/ubicación	Actividad realizada
1	Arsenal de Módulos	a. Recepción de instrumental y ropa contaminada procedente de áreas de hospitalización, emergencia y arsenal de sala de operaciones. b. Esterilización de instrumental y ropa, utilizando autoclave. c. Almacenamiento de instrumental y ropa estéril (procesada en esta área y en esterilizador a gas) d. Despacho de instrumental y ropa estéril a los servicios de hospitalización, emergencia y arsenal de sala de operaciones
2	Arsenal de Sala de Operaciones	a. Recepción de instrumental contaminado de salas de operaciones b. Traslado de instrumental contaminado hacia Arsenal de Módulos c. Recepción de instrumental estéril procedente de Arsenal de Módulos d. Almacenamiento de instrumental y ropa estéril (procesada en Arsenal de Módulos y en esterilizador a gas) e. Despacho de instrumental y ropa estéril a salas de operaciones
3	Área de Esterilizador a gas	Esterilización de materiales termosensibles que son previamente clasificados y trasladados desde Arsenal de Módulos, los que de igual forma son regresados a Arsenal de Módulos debidamente estériles.



En las áreas detalladas anteriormente, identificamos algunas deficiencias, que se detallan a continuación:

- a) En el área de arsenal de Sala de operaciones y Arsenal de Módulos, la ventanilla de recepción de materiales contaminados (aun sin esterilizar) es la misma de entrega de aquellos ya esterilizados. (ver fotos 1 y 2).

- b) No se cuenta con actas de evaluación para la selección, depuración y descarte del material y utensilios e instrumental médico quirúrgico almacenado con daños, obsoleto e inservible.
- c) El material no se encuentra clasificado y separado, ni se encuentra en contenedores que cumplan las características de ser herméticos con capacidad para 20 lbs especiales para punzocortantes rotulado e indicando peligrosidad, ni que este colocado en rollos de 10, 15 y 20 piezas. (ver foto 6).
- d) No se cuenta con un registro en libros que indique la cantidad de material y utensilios e instrumental quirúrgico descartado y el control de almacenamiento transporte y recepción para su disposición final.



1
Ventanilla para entrega y recepción de instrumental en Sala de Operaciones



2
Ventanilla para entrega y recepción de instrumental y ropa en Arsenal de Módulos



3
Instrumental dañado y fuera de uso, dispuesto en bodegas ubicadas en el área de Arsenal de Módulos

rollos de 10, 15 y 20 piezas c/u y sujetarlos con cinta auto adherible, hule u otro medio adecuado; 9.4 Colocarlos en un depósito rígido (caja) de cartón con doble pared, 9.5 Las cajas deberán ser reforzadas con material auto adherible resistente en sus pliegues abiertos; 9.6 Las cajas deberán ser selladas en la tapa superior con auto adherible para almacenaje, de tal forma que no dificulte su apertura en caso de auditar piezas, previo a su disposición final, 9.7 El peso por caja conteniendo bienes de consumo deberá oscilar entre 9 y 10 kgs (20libras); 9.8 Estas cajas deben ser identificadas en su exterior con lugar de procedencia, peso, códigos y cantidad de bienes de consumo que contiene y en su interior una copia conteniendo información similar; numeral 12 se llevará registro en libros, se levantará actas y otros registros que indiquen la cantidad de material, utensilios e instrumental quirúrgico descartados en el nivel local; así mismo el control de almacenamiento, transporte y recepción para su recepción final".

La deficiencia se ha originado porque el Director del Hospital, así como la Jefa del área y el Epidemiólogo del Hospital, no han realizado las acciones y gestiones suficientes para eliminar condiciones de riesgo de contaminación en la central de esterilización y arsenal.

La deficiencia ha originado condiciones propicias para contaminación de equipo y material, con el consecuente riesgo por la salud de los pacientes.

COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACION

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: "En Anexo 12 se encuentra la respuesta dada por la Jefe de Central de Esterilización en la que envía nota al Jefe de la División de Infraestructura para que le realicen una evaluación para rediseñar el área de arsenal de Sala de Operaciones. En cuanto a que no se dota al personal del pantalón verde y zapatos antideslizantes, el personal utiliza el uniforme que la institución le proporciona y el pantalón verde es utilizado únicamente por el personal de Sala de Operaciones. En cuanto a los zapatos los dotados por la institución son antideslizantes. En relación a la utilización de equipo de protección respiratoria se ha implementado el uso de la mascarilla N-95 al personal. Con relación al Esterilizador de Gas éste es un equipo totalmente automático y seguro para el operador, que cuenta con un extractor interno de aire que no permite que el aire salga de la cámara al exterior. En relación al descarte de material se encuentra en proceso el segundo descarte. Asimismo en Anexo 10 se encuentra respuesta del Epidemiólogo del Hospital con relación a este hallazgo".



La Norma para la Central de Esterilización y Equipos del ISSS, establece:

"5.2.2 Para la decisión correcta de la ubicación de la Central de Esterilización se tendrá en cuenta lo siguiente:

- a) Deberá estar situada en un área de circulación restringida.
- b) Alejada de una zona con alto tránsito de personas, preferentemente en un primer piso.
- c) Con fácil acceso a los servicios de mantenimiento del equipo propio del área.
- d) Próxima a los principales servicios que utilizan material estéril (sala de operaciones, emergencias, etc.).

19.2 Los Establecimientos de la Red del ISSS, dispondrán con dos (2) años como mínimo, para adecuar sus instalaciones de acuerdo a la presente: "NORMA PARA LA CENTRAL DE ESTERILIZACIONES Y EQUIPOS EN EL ISSS", y para los nuevos centros que estén en planificación, diseño, remodelación y construcción, la norma debe de cumplirse de inmediato, San Salvador, Junio del 2005.

La Norma para la Disposición Final de Material, Utensilios e Instrumental Médico Quirúrgicos descartados en los Centros de Atención del ISSS, Disposiciones Técnicas, establece:

Numeral 4: "...El material, utensilio e instrumental quirúrgico deberá ser clasificado y separado inmediatamente después de su descarte".

Numeral 5: "El material, utensilio e instrumental quirúrgico descartado según clasificación se depositara en contenedores especiales para "punzocortantes", el cual deberá estar debidamente rotulado e indicando contenido y peligrosidad".

Numeral 6: "El material, utensilio e instrumental quirúrgico descartado no podrán sacarse de su área de recolección o de su depósito, excepto cuando sea transportada al área de almacenamiento local".

Numeral 7: "Los recipientes para la recolección y depósito de material, utensilios e instrumental quirúrgico descartado (corto punzante) tendrán las siguientes características: 7.2. Capacidad para 20 libras de peso, 7.3 Deben ser herméticos, con la inscripción "Solamente instrumental y utensilios médico-quirúrgicos"; 7.5 Espesor de 35 micrómetros (0.035Mm), 7.6 color gris. Los depósitos para la recolección no serán utilizados para otro fin que no sea material e instrumental médico quirúrgico. 9. El material utensilios e instrumental médico quirúrgico considerados para su traslado para su disposición final, será primeramente embalado y posteriormente introducido en depósitos adecuados, siguiendo el siguiente procedimiento; 9.2 Envolver o cubrir filos y puntas con material protector y sellarlo con material auto adherible, hule u otro medio adecuado, 9.3 Colocarlos en



En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Epidemiólogo del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: "Dice el informe: «De los comentarios y documentos presentados a los auditores, consideramos lo siguiente:

a.- Durante el recorrido realizado en diciembre 2012 comprobamos que el área de Arsenal de Sala de Operaciones no se cuenta con ventanillas separadas para la recepción de material no estéril y despacho de materiales esterilizados. Hemos tenido a la vista notas correspondientes a los meses de julio y septiembre de 2006 relacionadas con las gestiones que la Jefa de la Central de Esterilización ha realizado al Jefe de Infraestructuras a fin de que esta área sea remodelada, no obstante no hay evidencia que corresponda al periodo examinado (200~2011) por lo que consideramos que esta condición se mantiene".

RESPUESTA

Es necesario recordar que el diseño original del hospital es de tipo provisional por lo que a través de los años se han ido insertando y adaptando áreas de acuerdo a las necesidades del momento. El espacio donde actualmente está el arsenal de Sala de Operaciones era anteriormente la UCI, la cual era independiente de sala.

A pesar de que durante el periodo examinado no se realizaron gestiones de remodelación, el problema principal por el cual no se ha podido construir otra ventanilla, es que el área donde podría ubicarse está contiguo a un pasillo interno de sala de operaciones y en la parte del arsenal, queda dentro del servicio sanitario, además que la ruta interna dentro de sala que seguiría el material ya utilizado tendría que recorrer varios pasillos y una sala donde se cambian los técnicos, aumentando el riesgo de contaminación. Reiteramos que en esta ventanilla no se recibe material contaminado, sino que material "limpio no esterilizado", ya que como lo establece el Manual de Normas y Procedimientos de Sala de Operaciones Material y Equipo de Sala" numeral 5. el material utilizado en cirugías, debe regresar a la central de Esterilización limpio y completo".



Tomando en cuenta que el proceso de habilitación de esta ventanilla implica un proceso complejo de remodelación tanto en sala como en arsenal y a partir de lo observado por ustedes en esta sección, la jefaturas respectivas han iniciado las gestiones administrativas solicitando a infraestructura los estudios respectivos para para determinar la mejor opción para la remodelación del área y habilitar las dos ventanillas.

h.- En cuanto a la existencia de actas para la depuración y descarte de material con daños, obsoleto e inservible no se presentó evidencia de que se haya realizado dicha actividad durante el periodo de examen por lo que la condición se mantiene,

ya que se evidenció la existencia del referido material en los espacios utilizados como bodegas en las instalaciones del Arsenal.

RESPUESTA:

Según la norma para la disposición final de Material, utensilios e instrumental médico quirúrgico descartado en los centros de atención del ISSS, Disposiciones Técnicas numeral 1 dice: El personal profesional y técnico-operativo de la Central de esterilización y/o Arsenal quirúrgico, posterior a una estricta revisión, seleccionará y lisiará el material, utensilios e instrumental quirúrgico para su depuración y posterior descarte.

En base a lo anterior, el proceso de descarte tiene dos fases importantes: el proceso de depuración y el proceso de descarte. El proceso de depuración consiste en la identificación, clasificación y separación del material que se considera obsoleto o inservible y la elaboración de listados de este material.

El proceso de descarte tiene varios pasos como es señalado en el numeral 3 de la norma "el personal de los servicios de central de esterilización y/o arsenal quirúrgico elaborará un inventario físico, consolidarán la información, descargarán del kardex el material, utensilio e instrumental quirúrgico, solicitarán en base a este inventario físico la valoración de los bienes para su descarte por parte de las instancias correspondientes, para ellos se aplicarán los siguientes criterios ..."

La Norma no establece períodos y/o frecuencia para realizar esta actividad, por lo que creemos que la central de esterilización se encuentra en el proceso de depuración y es la razón por la que no se tienen actas de descarte. Sin embargo, el material quirúrgico almacenado no constituye ningún riesgo de contaminación, pues antes de guardarlo debe haberse lavado y limpiado.

Una vez que se han establecido los bienes a descartar y se han establecido los costos de cada código, la jefatura deberá enviar estos listados al "Comité de descarte local" y es este proceso administrativo de descarte el que aún está pendiente de completar, razón por la cual no están las actas de descarte correspondientes.

El Manual de Normas y Procedimientos para el descargo y disposición final de bienes, numeral 6, Procedimientos 6.1, comité de descarte local dice en los numerales 13: recibe los listados, revisa y avala los descartes con firma y sello; numeral 14: envía los desearles aprobados. Es en este proceso que como epidemiólogo y miembro del comité, tengo participación".

i.- No se mostró evidencia de una adecuada clasificación y separación del material por lo que la condición se mantiene.

RESPUESTA:



La jefatura del área ha iniciado el proceso de descarte y el material se está clasificando, separando y colocando en cajas debidamente identificadas, como se muestra en las siguientes fotografías:

Cajas con material clasificado



j.- No se tuvo evidencia de que exista registro en libros que indiquen la cantidad de material y utensilios e instrumental quirúrgico descartado ni que exista control de almacenamiento, transporte y recepción para su disposición final durante el periodo examinado, por lo tanto consideramos que la observación se mantiene.

RESPUESTA

Como expresamos en los puntos anteriores, el registro de la cantidad y costos de los bienes descartados se tiene cuando se ha completado el proceso y se han levantado las actas y el descarte ha sido aprobado por el Comité Local de Descarte. Como el proceso de descarte aún está en proceso, es la razón por la que no hay registros del material descartado. Una vez que el comité local de descarte levanta el acta respectiva, la regresa a la jefatura y esta la remite a la Dirección local quien a su vez la envía a la "Comisión para descarte y disposición final de bienes de consumo".

El Manual de Normas y Procedimientos para el descargo y disposición final de bienes, numeral 6, Procedimientos 6.1, Comisión para desechar y disposición final de bienes de consumo dice en los numerales 18: recibe informe valorizado y consolidado con el detalle de los bienes adjunto y procede a solicitar el descarte al Consejo Directivo; numeral 19: Determina la disposición final de cada bien de consumo y envía el anteproyecto de Acuerdo al Consejo Directivo".

Es la comisión antes mencionada la que lleva el control del almacenamiento, transporte y recepción para su disposición final de los bienes a descartar por el instituto, razón por la cual nosotros como nivel local no tenemos estos registros, aparte que durante el período examinado no hemos realizado ningún proceso de descarte de material quirúrgico".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, la Jefe de la Central de Esterilización del ISSS, manifiesta lo siguiente: "Se envió nota solicitando evaluación, diseño y ejecución de la obra de remodelación del área del arsenal de Sala de Operaciones que permita dar cumplimiento a la norma Institucional en relación a contar dentro del área con ventanillas separadas; una para despacho de material estéril y otra para recepción de material no estéril (se anexa copia de nota ANEXO 1) se espera gestión por parte de infraestructura.

Actualmente se encuentra en proceso el segundo descarte de material e instrumental Quirúrgico se detalla proceso y etapas del proceso que ya se efectuaron anexo copia (ANEXO 3).

Con relación a los ítems I, J todo se encuentra actualmente en proceso".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de fecha 06 de mayo de 2013, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, el Epidemiólogo del Hospital y la Jefa de la Central de Esterilización del Hospital, manifiestan lo siguiente: "En Anexo 7 se encuentra documentación adicional a la presentada en Audiencia del 19 de abril de 2013 y es la siguiente:

- Manual de Normas y Procedimientos de Sala de Operaciones 2012. En la página 12 de dicho manual podemos constatar que la ropa verde es exclusiva para el uso de Sala de Operaciones y que está prohibido utilizarla en áreas fuera de ella.
- Nota de Comité de Infecciones Nosocomiales.
- Plan de Acción para remodelación de Arsenal ubicado anexo a Sala de Operaciones. Debido a que existe un proyecto de diseño para Ampliación y Mejora del Hospital Quirúrgico y que contempla el área en mención se tendría que decidir si se espera a la realización del proyecto final o se hará la remodelación; para lo cual se solicitará una evaluación por parte de la división de la Infraestructura con el objeto que determine si amerita la remodelación inmediata o se espera la ejecución del proyecto antes mencionado".



COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

En relación al área de arsenal de Sala de operaciones y Arsenal de Módulos, la ventanilla de recepción de materiales contaminados (aun sin esterilizar) es la misma de entrega de aquellos ya esterilizados hemos tenido a la vista nota del fecha 13 de abril dirigida al Jefe de la División de Infraestructura a fin de solventar la observación no obstante la condición se mantiene debido que el área ya mencionada no ha sido remodelada.

En relación a que no se cuenta con actas de evaluación para la selección, depuración y descarte del material y utensilios e instrumental médico quirúrgico almacenado con daños, obsoleto e inservible hemos tenido a la vista documentación que evidencia que se han realizado algunas acciones encaminadas a realizar la actividad no obstante no se ha concluido y no se han levantados las respectivas actas que soporte la documentación.

En relación a que el material no se encuentra clasificado y separado, ni se encuentra en contenedores que cumplan las características de ser herméticos con capacidad para 20 lbs especiales para punzocortantes rotulado e indicando peligrosidad, ni que este colocado en rollos de 10,15 y 20 piezas; y que no se cuenta con un registro en libros que indique la cantidad de material y utensilios e instrumental quirúrgico descartado y el control de almacenamiento transporte y recepción para su disposición final. No hemos tenido a la vista la evidencia de que se hayan realizado los registros tal y como establece la Norma.

5. DEFICIENCIAS OBSERVADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Al realizar recorrido por el área que ocupa la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, constatamos la existencia de condiciones deficientes en instalaciones, según detalle siguiente:

- a) Las instalaciones no cuentan con cubículos individuales que aislen al paciente, no obstante que se cuenta con estructuras que indican haber contado con estos accesorios que a la fecha se han dañado.

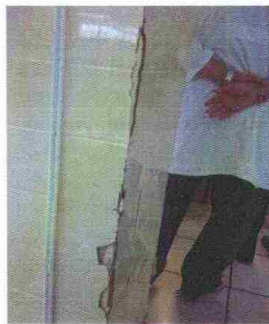


- b) Así mismo observamos que si bien, se cuenta con un sitio adecuado para disposición de excretas este procedimiento podría mejorar para que la manipulación no se realice de forma manual.



- d) Comprobamos que algunas de las paredes interiores de la UCI se encuentran visiblemente deterioradas, ya que en algunas de estas hacen falta azulejos y en otras se observa que se han quebrado.





Las Normas para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS, establece:

Apartado 7.6.1: “En el diseño de las UCI se debe de contar idealmente con cubículos individuales que permitan la aplicación de técnicas de aislamiento así como contar con lavabos en cada habitación e incluir sitios adecuados para la disposición de excretas”.

El Manual de Procedimientos para la Limpieza y Desinfección de Áreas en los Centros de Atención del ISSS, establece:

7.2 Paredes y Techos: “Un pequeño número de bacterias pueden ser aisladas de los techos y paredes. Es muy importante que estos se encuentren en buen estado (superficies lisas sin soluciones de continuidad para prevenir la acumulación de suciedad). Esto cobra gran importancia en Salas de Operación Centrales de Esterilización y Unidades de cuidados intensivos donde se realizan procedimientos invasivos. Los techos y paredes deben verse limpios visiblemente, la frecuencia de su higiene no debe exceder los 8 días....”.

La deficiencia se ha originado porque el Director del Hospital, el Epidemiólogo y las jefaturas medicas y de enfermería del área señalada, no ha realizado las acciones y gestiones suficientes para minimizar o eliminar las condiciones de riesgo y vulnerabilidad para la recuperación de la salud de los pacientes.

La deficiencia ha originado la presencia de condiciones que afectan negativamente la recuperación de la salud de los pacientes.



COMENTARIOS DE LA ADMINISTRACION

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: "Con relación a las condiciones deficientes encontradas en la Unidad de Cuidados Intensivos en Anexo 13 se presenta Plan de Acción para superar el presente hallazgo. Asimismo se anexa nota del Jefe de Cuidados Intensivos en la cual expresa que por tratarse de resultados preliminares, solicita se agreguen modificaciones de las cuales se está agregando evidencia o se está aclarando la información presentada. Así mismo se agrega evidencia de gestiones de mantenimiento correctivo a algunas del periodo de examen y otras recientes".

Finalmente nos gustaría hacer de su conocimiento que existe un diseño para ampliar y mejorar el Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico plasmado en el Contrato No. G-036/2013 denominado "DISEÑO PARA LA AMPLIACIÓN Y MEJORA DEL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO, SAN SALVADOR", ya que cuando se realice dicha ampliación y mejora se superaran muchas de las deficiencias encontradas en vista que el Hospital Médico Quirúrgico tiene limitaciones de espacio insuficiente lo que, como ustedes lo expresan, impide que ciertos espacios puedan ser ampliados o modificados. Ver Anexo 14 con copia del contrato en mención y listado de Necesidades Médicas Revisado entregado a las autoridades del hospital por la empresa adjudicada".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de esa misma fecha, el Epidemiólogo del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiesta lo siguiente: "Debido a las observaciones hechas en esta sección, las jefaturas respectivas han iniciado un proceso de actualización de órdenes de trabajo y planes de acción para reparar la infraestructura dañada y gestionar la compra del lavapatos eléctrico a la brevedad posible".

En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de fecha 17 de abril del mismo año, el Jefe Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos y la Jefa de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, manifiestan lo siguiente: "Las instalaciones no cuentan con cubículos Individuales que aislen al paciente, no obstante que se cuenta con estructuras que indican haber contado con estos accesorios que a la fecha se han dañado," Referente a este punto queremos se agregue al comentario de los auditores sobre" que no hay gestión de solicitud de cubículos individuales" por el siguiente comentario:- la respuesta nuestra en el informe fue que las Normas de Funcionamiento de la Unidad de Medicina Crítica del ISSS, no mencionan que debemos tener todas las camas en cubículos individuales, -Además de lo



manifestado en la respuesta del informe del Epidemiólogo del Hospital: La estructura de separación entre pacientes, faltantes y mencionadas en este informe, se utilizan como una barrera física principalmente cuando se van a realizar cuidados de enfermería y/o procedimientos al paciente. ya que deben permanecer abiertos para garantizar la vigilancia y observación constante de cada uno de los pacientes. Pero que sin embargo se comprobó que en el 2009 y 2012 que se realizaron gestiones a fin de que las cortinas sea sustituidas o reparadas Por lo que se debe modificar este comentario y agregar la copia de la solicitud de colocación de las cortinas con fecha 2009, Que anexamos a este documento.

b) "Comprobamos Que algunas de las paredes interiores de la UCI se encuentran visiblemente deterioradas, ya que en algunas de estas hacen falta azulejos y en otra se observa que se han Quebrado,"

Referente a este punto se debería agregar al comentario de los auditores, algo que ya lo mencionamos en nuestra respuesta: "los azulejos de las paredes de la UCI son reparadas frecuentemente ya que debido a la movilización de las camas, se golpean las paredes y se caen o se rompen los azulejos" Además se ha elaborado un plan de acción junto con la dirección local para un mantenimiento permanente y periódico de dicha área. (se anexa Documento).

En el resto de COMENTARIOS DE LOS AUDITORES; es importante agregar que las jefaturas médicas y enfermería de Cuidados Intensivos; junto con la Dirección Local han elaborado un "Plan de Acción" para superar los hallazgos de Auditoría y donde se incluye la gestión de compra de lavachata o lava pato eléctrico, la colocación de cortinas entre los cubículos de las camas de cuidados intensivos y el plan de mantenimiento periódico para reparación de paredes internas de la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS".



En respuesta a lectura de Borrador de Informe realizada el día 19 de abril de 2013 y mediante nota de fecha 06 de mayo de 2013, el Director del Hospital Medico Quirúrgico y Oncológico del ISSS, el Epidemiólogo del Hospital, el Jefe Medico de la Unidad de Cuidados Intensivos y la Jefa de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, manifiestan lo siguiente: "En Anexo 8 se encuentra nuevo Plan de Acción, ya que el entregado en audiencia del 19 de Abril de 2013 tenia una inconsistencia que se corrigió".

COMENTARIOS DE LOS AUDITORES

a) En cuanto a que las instalaciones no cuentan con cubículos individuales que aislen al paciente, no obstante que se cuenta con estructuras que indican haber contado con estos accesorios, a la fecha se han dañado, por lo tanto consideramos que la deficiencia se mantiene.

b) Así mismo observamos que si bien, se cuenta con un sitio adecuado para disposición de excretas este procedimiento podría mejorar para que la manipulación no se realice de forma manual, y

c) Comprobamos que algunas de las paredes interiores de la UCI se encuentran visiblemente deterioradas, ya que en algunas de estas hacen falta azulejos y en otras se observa que se han quebrado. No se presentó evidencia que soporte las acciones realizadas para superar la condición, cabe mencionar que hemos tenido a la vista el Plan de Acción para superar los hallazgos de la Corte de Cuentas, no obstante dicho Plan no contempla fechas de inicio, ni se ha presentado documentación que demuestre que las actividades consideradas dentro del mismo Plan se estén realizando.

V. RECOMENDACIONES

Al señor Director del Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social:

1. Se diseñe e implemente un programa permanente de entrenamiento o capacitación para las áreas de Braquiterapia, Medicina Nuclear, Rayos X y Terapia Endovascular.
2. Se dé seguimiento y cumplimiento a las observaciones y recomendaciones emitidas en informes y actas de inspección de la Unidad Reguladora y Asesora de Radiaciones Ionizantes "UNRA" del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la finalidad de reducir o eliminar oportunamente condiciones de riesgo en instalaciones, equipo y prácticas, que puedan afectar la calidad de los procesos y la integridad de pacientes y empleados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en las áreas de Medicina Nuclear y Radioterapia.



VI. CONCLUSIONES

- a. Las condiciones de las instalaciones utilizadas para la atención de pacientes y para el funcionamiento de los procesos y actividades principales del Hospital presentan algunas deficiencias que pueden ser solucionadas al implementar programas de mantenimiento, adecuación o remodelación; no obstante se cuenta con la limitante del espacio insuficiente, lo cual conlleva a que algunos espacios no puedan ser alterados o ampliados.

- b. La actuación de la Administración del Hospital de conformidad a sus competencias legales en la incorporación del componente ambiental en sus proyectos y programas, está limitada al no contar con un Diagnostico Ambiental institucional que dirija las acciones de adecuación ambiental para optimizar los principales aspectos ambientales, como son: generación de desechos, vertidos, etc.
- c. Las deficiencias identificadas por los auditores, indican que la actuación de la Administración Hospital en relación al cumplimiento y seguimiento de la legislación ambiental aplicable no es eficiente.

El presente Informe de Examen Especial, se efectuó de conformidad con Normas de Auditoria Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República en lo aplicable y se refiere únicamente a EXAMEN ESPECIAL DE GESTIÓN AMBIENTAL AL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y ONCOLÓGICO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, POR EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DE 2009 AL 30 DE ABRIL DE 2011.

San Salvador, 17 de mayo de 2013

DIOS UNION LIBERTAD



Sub director de Auditoria Seis