



676

MARA DE SEGUNDA INSTANCIA DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA: San Salvador, a las ocho horas del día nueve de noviembre de dos mil diez.

Vistos en Apelación con la sentencia definitiva, pronunciada por la Cámara Segunda de Primera Instancia de esta Corte, a las ocho horas con treinta minutos del día treinta de julio de dos mil siete, en el Juicio de Cuentas Número II-JC-09-2007, seguido en contra de los señores: Doctora **ELSA ROXANA DE CÓBAR**, Directora; Licenciado **CARLOS ANTONIO VELASCO MORALES**, Administrador; **CARLOS EDGARDO LINARES**, Conserje; Licenciada **MARIA DOLORES VASQUEZ DE CHAVEZ**, Enfermera Jefe de Neumología; Doctor **PEDRO ALFREDO CALDERON MORAN**, Médico Jefe de Neumología; **MANUEL DE JESUS VALLADARES**, Coordinador de Rayos X; Licenciada **MARIA MAGDALENA HENRIQUEZ DE ORELLANA**, Jefe de Laboratorio Clínico; Licenciado **ROBERTO TORRES**, Coordinador Terapia Respiratoria, por sus actuaciones en el **HOSPITAL NEUMOLOGICO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, JURISDICCION DE PANCHIMALCO, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR**, durante el período comprendido entre el uno de enero de dos mil cinco al treinta y uno de marzo de dos mil seis; en concepto de Responsabilidad Administrativa.



En Primera Instancia intervinieron la Fiscalía General de la República, por medio de su Agente Auxiliar, Licenciada **ANA RUTH MARTÍNEZ DE PINEDA**, y en su carácter personal los señores Licenciada **MARIA DOLORES VASQUEZ DE CHAVEZ**, Doctora **ELSA ROXANA DE CÓBAR**, Licenciado **CARLOS ANTONIO VELASCO MORALES**, Licenciada **MARIA MAGDALENA HENRIQUEZ DE ORELLANA**, Doctor **PEDRO ALFREDO CALDERON MORAN**, **MANUEL DE JESUS VALLADARES**, **CARLOS EDGARDO LINARES** y Licenciado **JAIME ROBERTO TORRES SANTIN**.

La Cámara Segunda de Primera Instancia, pronunció la sentencia que en lo pertinente dice:

“(...) 1 -) Declárase desvanecidos los reparos 1, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, y 17, del pliego de Reparos II-JC-09-2007; 2-) Confirmanse los reparos 2, 3, 4, 5, 10, y 12, y condenase a pagar en concepto de multa, a los señores: Dra. **ELSA ROXANA DE COBAR**, a la cantidad de **CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE DÓLARES CON OCHENTA Y CINCO CENTAVOS (\$437.85)**; Lic. **CARLOS ANTONIO VELASCO MORALES**, a la cantidad de **DOSCIENTOS NUEVE DÓLARES CON CINCO CENTAVOS (\$209.05)**; Licda. **MARIA DOLORES VÁSQUEZ DE CHÁVEZ**, a la cantidad de **CIENTO SESENTA Y CINCO DÓLARES CON VEINTIDÓS CENTAVOS (\$165.22)**; Dr. **PEDRO ALFREDO**



CALDERON MORAN, a la cantidad de **DOSCIENTOS VEINTE DÓLARES CON CATORCE CENTAVOS (\$220.14)**; **MANUEL DE JESÚS VALLADARES**, a la cantidad de **OCHENTA Y UN DÓLARES CON CINCUENTA Y CINCO CENTAVOS (\$81.55)**; y Lic. **JAIME ROBERTO TORRES SANTIN** conocido en el presente juicio por **ROBERTO TORRES**, a la cantidad de **CIENTO DIECISIETE DÓLARES CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS (\$117.42)** a cada uno de ellos, equivalentes al 20% de sus salarios. Haciendo un total por este concepto, la cantidad de **UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN DÓLARES CON VEINTITRÉS CENTAVOS (\$1,231.23)**; 3-) Absuélvase a los señores: **CARLOS EDGARDO LINARES**, y Licda. **MARIA MAGDALENA HENRIQUEZ DE ORELLANA**; a quienes se les declaran libres y solventes de toda responsabilidad en lo referente a los cargos desempeñados; 4-) Queda pendiente de aprobación la gestión de las personas mencionadas en el numeral dos de este fallo por su actuación en la administración del **HOSPITAL NEUMOLÓGICO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, JURISDICCIÓN DE PANCHIMALCO, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR**, correspondiente al período del uno de enero de dos mil cinco al treinta y uno de marzo de dos mil seis, en tanto no se verifique el cumplimiento del presente fallo de esta sentencia; 5-) Al ser cancelada la presente condena, en concepto de Responsabilidad Administrativa, désele ingreso al Fondo General de la Nación. **HAGASE SABER. (...)**”

Estando en desacuerdo con dicho fallo, la Doctora **ELSA ROXANA MARTÍNEZ DE CÓBAR**, interpuso recurso de Apelación, solicitud que le fue admitida de fs. 666 vto. a 667 fte., de la cuarta pieza principal y tramitado en legal forma.

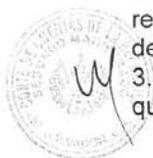
En esta Instancia han intervenido la Licenciada **ANA RUTH MARTINEZ DE PINEDA**, en su calidad de Agente Auxiliar del señor Fiscal General de la República; y la Doctora **ELSA ROXANA MARTÍNEZ VALLADARES DE CÓBAR** ó **ELSA ROXANA MARTÍNEZ DE CÓBAR**.

LEIDOS LOS AUTOS; Y,
CONSIDERANDO:

1) De fs. 6 vto. a 7 fte. del presente Incidente, se tuvo por parte en calidad de Apelada a la Licenciada **ANA RUTH MARTINEZ DE PINEDA**, Agente Auxiliar del señor Fiscal General de la República; y en calidad de Apélante a la Doctora **ELSA ROXANA MARTÍNEZ VALLADARES DE CÓBAR** ó **ELSA ROXANA MARTÍNEZ DE CÓBAR**, quien al expresar agravios de fs. 14 frente a 15 vuelto, manifestó:

”(...) El referido fallo me declara responsabilidad administrativa de conformidad a los Hallazgos: dos, tres, cuatro, cinco, diez y doce; condenándome al pago de multa; al respecto quiero referirme primeramente a los hallazgos tres, cuatro y doce de la manera siguiente: 1. Respecto de los hallazgos número tres, cuatro y doce cabe mencionar que por lo limitado del personal del referido hospital, el

Director anterior delegó como responsables de las acciones relacionadas con las infecciones nosocomiales a la Licenciada Celia de Méndez y al Doctor Elmer Ramos; esta actividad continuó siendo delegada dentro de ese período auditado y en su desempeño como únicos responsables, quienes asistieron constantemente a capacitaciones impartidas en el nivel central y recibieron visitas de supervisión; por lo tanto, concedores de la normativa instruida a ellos, considero que la responsabilidad de este punto compete a estas personas. Además existe la Norma para Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, en donde están indicadas las responsabilidades de los miembros de ese Comité. El incumplimiento de tales responsabilidades es atribuible a quien está en el deber de realizarlas. Debe entenderse que la responsabilidad en la acción u omisión, está al amparo del principio de individualización, el cual se perfila como conducto al establecimiento de culpable o absuelto cierto. Como punto de partida, la Institución del Seguro Social contrata profesionales que responden a la idoneidad para el ejercicio de sus cargos; si tales profesionales no responden a las exigencias de la idoneidad, entonces que sean ellos mismos los que respondan al juzgamiento de esta Corte; siendo así Su Señoría, serán la Licenciada Celia de Méndez y el Doctor Elmer Ramos quienes deben responder por los señalamientos enunciados y no mi persona en función de Directora de tal Nosocomio. 2. En relación al hallazgo dos. Respecto de la presentación del Diagnóstico Ambiental del Hospital al Ministerio del Medio Ambiente, se han realizado múltiples esfuerzos gestionando ante el nivel central de la institución, la realización del referido diagnóstico; ya que para tales efectos es en aquel nivel que se concentra el poder de decisión, principalmente en cuanto a lo financiero para gestionar la contratación de una firma consultora para la elaboración de este estudio; por lo tanto este nivel hospitalario queda subordinado a las decisiones, superiores del nivel central; lo cual marca un límite a la gestión propia de una Dirección hospitalaria. 3. El hallazgo tres señala que las bolsas para desechos bioinfecciosos no son adecuadas; en su momento referí que la compra de tales productos las realiza la UACI central y que el hospital está supeditado a las decisiones centrales, al momento de la auditoría simplemente se estaban consumiendo las que ya estaban presupuestadas para ello y no podía dejar de consumirse si cumplía con el requisito mayor que es el color de la bolsa; sin embargo la siguiente adquisición ya la hicieron amparada a las exigencias de las características de las bolsas. Me parece que en este punto es más condenable que no se hubieran usado las bolsas compradas y ello hubiese significado una erogación vana para las finanzas institucionales, pues si al menos se cumplía con el requisito mayor, lo demás debería de tener calidad recomendable para que así sea implementado; pero de todos modos, al igual que lo he citado en otros puntos, hay para cada una de estas funciones actores específicos que en ellos pesa la responsabilidad de actuar u omitir y deberán ser ellos los que respondan ante tal situación. 4. El hallazgo diez refiere la falta de implementos de protección al personal, pacientes y acompañantes durante prácticas de radiología; al respecto se pidió informa al Señor Manuel de Jesús Valladares, en su calidad de Encargado del área, manifestando que los implementos con los que cuenta al momento son suficientes y completos para el tipo y volumen de trabajo; a la vez aclara que los pacientes usuarios de las tomas de rayos X no entran con acompañantes. De la misma manera en que lo he citado antes; me remito a la idoneidad y capacidad de los profesionales por lo que la institución les contrato y por lo que la misma les responde en pago de salario; su incumplimiento a tal compromiso será lo juzgado de manera individualizada Siendo así, Su Señoría, la Sentencia proveída en Primera Instancia me causa agravios inmerecidos; por lo que, a usted, muy respetuosamente, PIDO: 1. Me admita el presente escrito en calidad de Expresión de Agravios; 2. Me tenga por parte en el sentido en que hoy comparezco; 3. Corra traslado al Apelado para su contestación de Ley. 4. Vencidos los términos que refiere el Art. 72 de la Ley de esta Corte y agotadas las diligencias respectivas



Reforme la Sentencia pronunciada en primera instancia, respecto de los Hallazgos dos, tres, cuatro, cinco, diez y doce; se me declare desvanecida la responsabilidad consignada en el juicio; se me absuelva y se apruebe mi gestión en el carácter comparecido. (...)"

De fs. 16 a 19 de este Incidente, corre agregada la documentación relacionada por la referida Apelante.

II) Es importante puntualizar que en este Incidente, la Fiscalía General de la República, a través de su Agente Auxiliar Licenciada **ANA RUTH MARTINEZ DE PINEDA**, no hizo uso de su derecho, no obstante haber sido legalmente notificada, tal como consta a fs. 21 de este Incidente.

Luego de analizar el proceso instruido, y valorar en forma objetiva lo expuesto por las partes procesales, esta Cámara emite las siguientes consideraciones:

I) En primer lugar, considera necesario aclarar que de conformidad con los artículos 73 inciso primero de la Ley de esta Corte de Cuentas y 1026 del Código de Procedimientos Civiles, el presente fallo se circunscribirá según las disposiciones citadas que por su orden establecen, la primera: *"La sentencia que pronuncie la Cámara de Segunda Instancia confirmará, reformará, revocará, ampliará o anulará la de primera instancia. Se circunscribirá a los puntos apelados y aquellos que debieron haber sido decididos y no lo fueron en primera instancia, no obstante haber sido propuestos y ventilados por las partes"*; y la segunda: *"Las sentencias definitivas del tribunal se circunscribirán precisamente a los puntos apelados y a aquellos que debieron haber sido decididos y no lo fueron en primera instancia, sin embargo de haber sido propuestos y ventilados por las partes"*.

II) En el caso que hoy nos ocupa, el objeto de esta apelación se circunscribirá al fallo de la Sentencia venida en grado en su numeral 2, mediante el cual condenó a la Doctora **ELSA ROXANA DE CÓBAR**, y a otros, al pago de Responsabilidad Administrativa, por las deficiencias establecidas en los reparos 2, 3, 4, 5, 10 y 12 del Pliego de Reparos **II-JC-09-2007**.

III) Esta Cámara Superior en grado, al analizar los extremos de la Sentencia Definitiva pronunciada por la Cámara Segunda de Primera Instancia, manifestaciones de la funcionaria apelante y disposiciones legales aplicables, en relación al presente Incidente contra la Sentencia pronunciada por el Tribunal A quo, se permite emitir los siguientes razonamientos:

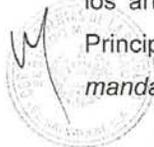
678

Para fundamentar su fallo condenatorio, en relación al **numeral dos** del Reparación Única, consistente en que no se ha presentado el Diagnóstico Ambiental del Hospital, al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, para su aprobación; la Cámara A quo, expresó que los cuentadantes únicamente han presentado notas, que comprueban que han gestionado se elabore el diagnóstico ambiental, el cual aún no existe.

En este Incidente, la funcionaria apelante, expresó que la contratación de una firma consultora para la elaboración del estudio de diagnóstico ambiental del Hospital, corresponde al nivel central de la Institución, a cuyas decisiones superiores queda subordinada la Dirección Hospitalaria.



Esta Cámara superior en grado, no comparte los razonamientos de la Cámara A quo, para fundamentar el fallo condenatorio, porque tal como consta a folios 130 de la pieza principal número uno, la Dra. ELSA ROXANA DE COBAR, por nota de fechada cinco de febrero de dos mil seis, pero recibida en la Subdirección de Salud con fecha nueve de febrero de dos mil siete, informó a esa Subdirección, en relación a dicho reparo, que había solicitado asesoría al Ministerio de Medio Ambiente, Institución donde les informaron que el estudio debía de realizarse por un consultor autorizado por ese mismo Ministerio, y solicitó gestionar ante las instancias pertinentes para que pudiera realizarse el mencionado diagnóstico, ya que por los costos no podía realizarlo el Hospital Neumológico. Asimismo, a folios 131 de la misma pieza, el Doctor SANTIAGO ROBERTO ALMEIDA, en su calidad de Jefe de División de Evaluación y Monitoreo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por nota seis de marzo de dos mil siete, dirigida a la mencionada Doctora de Cobar, en su calidad de Directora del Hospital Neumológico, le expresó que en respuesta a su nota, le informaba que la Unidad de Salud Ambiental a crearse, realizaría el diagnóstico ambiental requerido; a fs. 128 de la misma pieza mencionada, aparece una nota de fecha trece de marzo de dos mil siete, dirigida por la mencionada Doctora de Cobar, al Doctor Santiago Almeida, ya referido, como Jefe de la División Monitoreo y Evaluación del ISSS, en la cual solicitó apoyo para que por medio de la Unidad Ambiental recién conformada, se obtuviera asesoría entre otros aspectos relacionados, con el medio ambiente; evidenciándose en consecuencia, que la mencionada profesional cumplió con las obligaciones que le corresponden en razón de su cargo, como Directora del Hospital Neumológico, cumpliendo así con los artículos 68 y 69 de la Ley de esta Corte, enmarcando su conducta en el Principio Constitucional que dice: *"Nadie está obligado hacer lo que la Ley no manda ni a privarse de lo que ella no prohíbe"*. Por todo lo anteriormente



expuesto, la conclusión de la Cámara A quo, para fundamentar su fallo condenatorio por la no existencia de un Diagnóstico Ambiental del Hospital, no puede imputársele a la Doctora de Cobar, por lo que procede revocar en este punto dicho fallo.

Respecto al numeral **tres** del reparo único, consistente en que se comprobó mediante revisión del programa de trabajo del Equipo de Infecciones Nosocomiales preparado para el año 2006, que no se planificó la implementación y seguimiento de procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de contraer enfermedades agregadas a pacientes que ingresan al Hospital; la Cámara A quo, fundamentó su fallo condenatorio, manifestando que de la misma documentación presentada por los señores reparados, se evidencia que en el Plan de Trabajo no existen procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de infecciones.

En este Incidente, la funcionaria apelante, manifestó con respecto al presente hallazgo, que el Director anterior delegó como responsables de las acciones relacionadas con las infecciones nosocomiales, a la Licenciada Celia de Méndez y al Doctor Elmer Ramos, siendo únicamente ellos quienes están en el deber de realizarlas; en virtud de ello, considera que es a ellos a quienes debe responsabilizarse.

Esta Cámara superior en grado, tampoco está de acuerdo con los razonamientos expuestos por la Cámara A quo, que fundamentan su fallo condenatorio, porque la misma Cámara reconoce que el Hospital realizó un seguimiento de los procedimientos que contribuyen a minimizar riesgos de infecciones, (fs. 658 vto.) y el hallazgo fue formulado, porque dichos procedimientos no están consignados en los programas de trabajo. Para esta Cámara lo que debe importar de acuerdo con el principio finalista, es que el Hospital Neumológico haya implementado los conocimientos tal como lo ha hecho, que contribuyan a minimizar los riesgos de infecciones, por lo que esta Cámara no estaría satisfecha si los mismos procedimientos estuvieran comprendidos en un programa de trabajo pero no se hubieran implementado los mismos, siguiendo el principio conocido en Derecho Administrativo como "el documento realidad", emulando lo que en derecho de trabajo se denomina "contrato realidad" en los cuales fundamentalmente no importa lo consignado por escrito, sino lo que en verdad ocurre, y está probado que dicha Institución, si implementó tales conocimientos. Por todo lo anterior esta Cámara procederá a revocar en este punto el fallo de Primera Instancia, por no haberse pronunciado conforme a Derecho.

679

En lo relacionado con el numeral **cuatro** del reparo único, consistente en que el Equipo de Infecciones Nosocomiales, no realiza visitas a diario a los servicios de hospitalización ni al Laboratorio Clínico; la Cámara A quo para fundamentar su fallo condenatorio, manifestó que no puede desvanecerse el reparo porque si hicieron las visitas al hospital y al laboratorio clínico, lo hicieron en el año 2007 y no en el 2006 y no dejaron por escrito la constancia de las mismas, y que la prueba que presentan no es suficiente para establecer que el Doctor Pedro Alfredo Moran y la Licenciada María Dolores Vásquez de Chávez, no eran integrantes del Comité de Infecciones Nosocomiales.

En este Incidente, la funcionaria apelante, manifestó que el incumplimiento de esta responsabilidad es atribuible a quien está en el deber de realizarlas, en virtud de ello, considera que debe responsabilizarse a los profesionales que fueron contratados por el Seguro Social para la realización de tales actividades, es decir, la Licenciada Celia de Méndez y el Doctor Elmer Ramos.



Esta Cámara Ad quem, una vez más no comparte los razonamientos de la Cámara A quo relacionados a esta observación, porque tal como lo menciona en su sentencia la Cámara A quo a fs. 658 vuelto, acepta que sí se hicieron las respectivas visitas a los servicios de hospitalización y al Laboratorio Clínico, pero repara porque no se dejaron por escrito algunas visitas, retomándose los razonamientos expresados para el reparo anterior en el sentido que lo que interesa es que el Equipo de Infecciones Nosocomiales, sí realizó visitas a diario a los servicios de hospitalización y al laboratorio clínico, y con lo único que no cumplió, es con un aspecto simplemente formalista, consistente en que no dejaron prueba por escrito de tales visitas, y lo consignado a fs. 79 vuelto final y 80 frente, del escrito presentado por la Dra. de Cobar y otros en la pieza numero uno, no ha sido desvirtuado en el sentido que las visitas que se realizaron de la manera mencionada anteriormente, en el año dos mil seis, de algunas no se consignaron por escrito y sí las realizadas en el año dos mil siete, año en el cual se superaron tales deficiencias formales. Por todo lo anterior esta Cámara, procederá a revocar esta parte del fallo por no haberse pronunciado conforme a derecho.

En cuanto al numeral **cinco** del reparo único, consistente en que se comprobó mediante inspección física realizada a los diferentes servicios del Hospital, que las bolsas utilizadas para depositar los desechos bioinfecciosos, no tienen el espesor pelicular adecuado, careciendo además del símbolo universal de peligrosidad; la Cámara A quo, para fundamentar su fallo condenatorio, expresó que los señores reparados han presentado pruebas, que las compras de bolsas corren por cuenta de la UACI; pero que también hay prueba que la institución



participa en dar las especificaciones y explicaciones de las compras, en base a normativas establecidas para la prevención y control de infecciones; y que los funcionarios no presentan pruebas de la forma correcta como se debieron haber hecho las requisiciones.

En este Incidente, la Doctora de Cobar, ha manifestado que ante la observación formulada, la siguiente adquisición de bolsas se hizo llenando las exigencias relacionadas con las características de las bolsas, las cuales fueron usadas al consumirse las que tenían, que cumplían con el requisito mayor y que los responsables nombrados por el Director del Hospital anterior, son la Licenciada Celia de Méndez y Doctor Elmer Ramos, quienes considera, también deberán responder por los reparos tres, cuatro y doce.

Esta cámara superior en grado, comparte los razonamientos expuestos por la cámara A quo, que fundamentaron el fallo condenatorio, porque tal como fue expresado, si bien es cierto que las compras corren por cuenta de la UACI, el Hospital Neumológico participa en las especificaciones del producto y en el porqué de la requisición, tal como consta a fs. 658 vuelto, en consecuencia, ha habido incumplimiento de las Normas para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS, numeral 23.9, literales b) y c), que estipulan "*Las bolsas para desechos Bioinfecciosos deben de responder a las siguientes características: b) Llevar el símbolo universal de peligrosidad; y c) Ser de plástico impermeable, polietileno de baja densidad, suficientemente opaco, con un espesor pelicular entre 0,08 y 0,10 mm*". En virtud de lo expuesto, esta cámara procederá a confirmar esta parte del fallo por haberse pronunciado conforme a derecho.

En lo atinente al **numeral diez** del reparo único, consistente en la falta de implementos de protección al personal, pacientes y acompañantes durante prácticas de radiología; la cámara A quo, para fundamentar su fallo condenatorio, manifestó que los señores cuentadantes no han presentado pruebas que el personal, pacientes y acompañantes que se desenvuelven en el área de Radiología e imágenes, ya no se encuentran en peligro por contar con la protección adecuada.

Por su parte, la Funcionaria apelante, en este Incidente, expresó que el Encargado del área manifestó que los implementos de protección son suficientes y completos para el tipo y volumen de trabajo y los pacientes no entran a RAYOS X con acompañantes, y solicitó se tuviera por desvanecida la Responsabilidad consignada.

Esta Cámara Superior en grado, procederá a revocar esta parte del fallo por no haberse pronunciado conforme a derecho por los siguientes motivos, la misma

680

Cámara A quo menciona al fundamentar su fallo a fs. 659, que se logra establecer en los anexos, que se estaban gestionando las compras de los implementos de protección al personal, pacientes y acompañantes, durante las prácticas de radiología, posición que se refuerza con la nota de fs. 18 de este Incidente y 250 a 252 de la segunda pieza principal, documentación mediante la cual comprueban que se hizo la requisición de compra de un juego de protector de tiroides de 0.5 mm de plomo y un juego de protector gonadal de tela velcro con 05 mm de plomo, con la cual se robustece la evidencia del cumplimiento de este reparo.

En lo concerniente al numeral **doce** del reparo único, consistente en la carencia de programas de capacitación sobre desechos hospitalarios, para todo el personal de enfermería y personal de servicio, relacionado con el manejo, control, transporte y disposición final de los desechos hospitalarios; la Cámara A quo, fundamentó su fallo condenatorio, expresando que la documentación presentada por los cuentadantes, no es sustancial para establecer que efectivamente se impartieron capacitaciones en el área en el año dos mil seis, y tampoco hay prueba que el señor Valladares no tenía a su cargo los programas de capacitación de los desechos hospitalarios.

En este Incidente, la funcionaria apelante manifestó que el Director anterior, delegó como responsables de las acciones relacionadas con las infecciones nosocomiales a la Licenciada Celia de Méndez y al Doctor Elmer Ramos; y que esta actividad continuó siendo delegada dentro del período auditado, siendo ellos los únicos responsables del incumplimiento a que hace referencia este hallazgo, en virtud de ello, considera que debe responsabilizarse a dichos profesionales.

Esta Cámara manifiesta su desacuerdo con los razonamientos de la Cámara A quo, para fundamentar su fallo condenatorio por los siguientes motivos: tal como la misma cámara A quo lo acepta en la fundamentación del fallo de fs. 659 vuelto, se presentó documentación, relacionada con las capacitaciones que se impartieron en el año 2007, relacionada con los desechos hospitalarios, cumplimiento que está conforme con lo dispuesto en el Art. 68 de la Ley de esta Corte, que permite en las auditorias que se practican por esta Corte, al encontrar una deficiencia, la presentación de pruebas hasta antes del fallo, aun después del periodo auditado, si la naturaleza de la corrección lo permite como en el presente caso.

En consecuencia, de todo lo anterior, esta Cámara Ad quem, procederá a revocar en este punto el fallo condenatorio de Primera Instancia, por no haberse pronunciado conforme a Derecho.



POR TANTO: Expuesto lo anterior, y de conformidad con los Art. 196 de la Constitución; 427 y 428 del Código de Procedimientos Civiles; 73 de la Ley de la Corte de Cuentas y demás disposiciones legales relacionadas, a nombre de la República de El Salvador, esta Cámara **FALLA:** 1) Revócase parcialmente el fallo de la Sentencia venida en grado en su numeral 2, en el sentido de declarar libres de toda responsabilidad a los señores Doctora **ELSA ROXANA DE CÓBAR**, Licenciado **CARLOS ANTONIO VELASCO MORALES** y **MANUEL DE JESUS VALLADARES**, en lo referente al cargo, período y situación relacionados en el preámbulo de esta Sentencia, en consecuencia, extiéndaseles por el señor Presidente de esta Corte, el finiquito de Ley; 2) Confírmase la Responsabilidad Administrativa establecida en el numeral 2 del fallo de Primera Instancia a los señores Licenciada **MARIA DOLORES VASQUEZ DE CHAVEZ**, Doctor **PEDRO ALFREDO CALDERON MORAN** y Licenciado **JAIME ROBERTO TORRES SANTIN** conocido en el presente juicio como **ROBERTO TORRES**; 3) Confírmase en todo lo demás el fallo de Primera Instancia, por estar apegado a Derecho; 4) Declárase ejecutoriada esta Sentencia, librese la ejecutoria de ley, para los efectos pertinentes; 5) Vuelva la pieza principal a la Cámara de origen con certificación de esta Sentencia.- **HÁGASE SABER.**

PRONUNCIADA POR LOS SEÑORES PRESIDENTE Y MAGISTRADOS QUE LA SUSCRIBEN.

Secretario de Actuaciones



CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

EL SALVADOR, SEDE DE LA XV ASAMBLEA GENERAL DE LA OLACEFS
"UNIDOS EN EL CORAZÓN DE AMÉRICA"



CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA DIRECCIÓN DE AUDITORIA SEIS SECTOR MEDIO AMBIENTE



**INFORME DE AUDITORIA SOBRE LA GESTION AMBIENTAL,
REALIZADA POR LA ADMINISTRACION DEL HOSPITAL
NEUMOLÓGICO DEL INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL, DURANTE EL
PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 2005
AL 31 DE MARZO DE 2006.**

SAN SALVADOR, OCTUBRE DE 2006.

Teléfono PBX (503) 2222-4522 . FAX 2281-0008 Código Postal 01-107
e-mail: cdecrc@cortedecuentas.gob.sv, 13 Ca Pte. Y 1ª Av. Nte. San salvador, El Salvador, C.A.

INDICE

Página

| | |
|---|-------|
| I. INFORMACIÓN RELATIVA AL HOSPITAL NEUMOLÓGICO DEL SEGURO SOCIAL | 1 |
| a) Antecedentes de la Entidad | 1 |
| b) Estructura Organizativa | 2 |
| c) Importancia de la Gestión Ambiental Hospitalaria | 2 |
| II. INFORMACION RELATIVA AL EXAMEN | 3 |
| a) Antecedentes del Examen | |
| b) Naturaleza y Objetivos | |
| b.1 Naturaleza | 3 |
| b.2 Objetivos | 3 |
| b.2.1 General | 3 |
| b.2.2 Específicos | 3 |
| c) Alcance | 4 |
| d) Metodología | 4 |
| e) Fortalezas de la Gestión Ambiental | 4-5 |
| f) Comunicación de Hallazgos | 5-6 |
| III. CONCLUSION | 6-7 |
| IV. HALLAZGOS | 7-31 |
| V. RECOMENDACIONES | 31-33 |



Doctora

Elsa Roxana de Cobar

Directora del Hospital Neumológico del

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Presente.

I. INFORMACION RELATIVA AL HOSPITAL NEUMOLÓGICO DEL SEGURO SOCIAL.

a) Antecedentes de la Entidad.

El Hospital Neumológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, se encuentra ubicado en la Zona Sur de San Salvador, en el kilómetro 8 1/2 de la carretera que conduce a Los Planes de Renderos; territorialmente, pertenece al Municipio de Panchimalco.

- El Hospital comenzó a dar servicios de atención especializada en el área de enfermedades respiratorias en 1954, como Hospital Nacional de Neumología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- En 1976 se terminó la construcción de la infraestructura propia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y se implementa el Hospital Neumológico con 97 camas para esa especialidad.
- En 1986, a causa del terremoto de ese año, se dañó parte de la infraestructura y se utilizan áreas del Hospital Nacional "Dr. José Antonio Saldaña".
- Para 1989 debido a la epidemia del Cólera, se traslada el servicio de rehabilitación que funcionaba en el Hospital Psiquiátrico, al Hospital Neumológico del Seguro Social.
- En ese mismo año, se asignó 66 camas a pacientes de enfermedades respiratorias y 30 camas para el área de Rehabilitación
- A fines del año 2004 se trasladó el servicio de Medicina Interna al Hospital Neumológico del Seguro Social, asignándole 33 camas.
- Finalmente a partir del año 2005, el Hospital Neumológico del Seguro Social, cuenta con 3 servicios: Neumología, Medicina Interna y Rehabilitación, con un total de 99 camas.



b) Estructura Organizativa.

El Hospital Neumológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, cuenta con una estructura organizativa que no está aprobada por la máxima autoridad hospitalaria, y no cuenta con líneas definidas jerárquicas de autoridad, como son las Gerencias, Departamentos, Servicios y Secciones; en dicho organigrama observamos lo siguiente:

- Está compuesto por 20 Unidades que comprenden desde la Dirección y sus comités, hasta las unidades de terapia ocupacional, educacional y respiratoria;
- La estructura organizativa se encuentra incompleta; es decir, no se han plasmado Unidades como Alimentación y Dietas, Archivo, Limpieza, Mantenimiento, Telefonía, Arsenal, y Ropería; y,
- En la Unidad de Servicios Generales, no se detallan los servicios que dependen de la misma;



c) Importancia de la Gestión Ambiental Hospitalaria.

La gestión ambiental es de vital importancia en todo centro de salud. Para llevar a cabo esta tarea, es fundamental participar y motivar a todo el personal de salud, fortalecer sus conocimientos y capacidades y solicitar incondicionalmente su colaboración.

Esta actividad lleva consigo el establecimiento de normas de bioseguridad hospitalaria, con el fin de prever cualquier tipo de riesgo y contaminación que se pueda generar en el Hospital, relacionado tanto con las actividades diarias que el personal desarrolla para poder cumplir sus funciones, así como con el establecimiento de normas especiales de educación a visitantes, quienes pueden estar expuestos a riesgos al momento de su estancia en el Hospital.

El éxito de la gestión ambiental ejercida en todo el Hospital, depende de la participación entusiasta de todo el personal involucrado en el proceso, así como de pacientes que lo visitan. Para alcanzar el éxito deseado, se debe lograr su involucramiento y cooperación, para sensibilizarlos respecto a la necesidad de ejercer una gestión ambiental acorde a las necesidades de protección del medio ambiente intrahospitalario.

II. INFORMACIÓN RELATIVA AL EXAMEN.

a) Antecedentes del examen.

La Auditoría de Gestión Ambiental al Hospital Neumológico del Seguro Social, de Panchimalco, se ha realizado con base al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Gubernamental y de acuerdo al artículo 30, numeral 5) de la Ley de la Corte de Cuentas de la República.

b) Naturaleza y objetivos.

b.1 Naturaleza.

Se ha efectuado auditoría de gestión ambiental al Hospital Neumológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por el período comprendido entre el 1 de enero 2005 al 31 de marzo de 2006, con el propósito de evaluar la gestión ambiental y el cumplimiento de objetivos y metas ambientales del Hospital.

b.2 Objetivos.

b.2.1 Objetivo general.

Emitir un informe que contenga los resultados y conclusiones de la auditoría de gestión ambiental practicada al Hospital Neumológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por el período comprendido del 1 de enero de 2005 al 31 de marzo de 2006, de acuerdo con políticas, planes, objetivos y metas ambientales de la entidad y si éste ha cumplido con la legislación y reglamentación medio ambiental aplicable.

b.2.2 Objetivos específicos.

- Evaluar la gestión administrativa ambiental ejecutada en el Centro Hospitalario durante el período sujeto a examen.
- Verificar el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, planes de trabajo, y demás normativa relacionada con la protección del medio ambiente.
- Evaluar la observancia de los instrumentos de la política nacional de medio ambiente en los planes y programas hospitalarios.
- Comprobar la creación de una Unidad Ambiental y verificar que ésta cumpla con sus funciones y competencias de conformidad con la ley, con el fin de garantizar la protección del medio ambiente.



c) Alcance.

Realizamos auditoría de Gestión Ambiental al Hospital Neumológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por el período del 1 de enero de 2005 al 31 de marzo de 2006, de conformidad con Normas de Auditoría Gubernamental emitidas por la Corte de Cuentas de la República. Para tal efecto se aplicaron pruebas de control y de cumplimiento dentro de las áreas o proyectos identificados como críticos, con base a procedimientos contenidos en los respectivos programas de auditoría y que responden a nuestros objetivos.

d) Metodología.

La metodología de trabajo fue orientada a la obtención de resultados mediante la ejecución de los programas de auditoría. Dentro de algunos de los procedimientos que aplicamos en la ejecución de nuestro trabajo se encuentran los siguientes:

- Recopilación y lectura de normativa interna y demás leyes aplicables;
- Visita previa a las instalaciones de las entidades;
- Conocimiento del Plan Estratégico, Planes Operativos o de Trabajo y Memorias de labores de la Entidad;
- Conocimiento e identificación de fuentes de criterio;
- Entrevistas con los funcionarios y demás personal que se encuentra involucrado con la gestión ambiental;
- Formulamos guías de entrevistas que sirvieron de orientación para las visitas a las unidades seleccionadas, con el fin de obtener información documental para la obtención de evidencia para la ejecución de nuestro trabajo;
- Revisión documental de instrumentos de gestión y demás documentos administrativos;
- Comprensión y análisis de los diferentes procesos operativos del Hospital.
- Conocimiento del entorno ambiental del Hospital, verificando los mecanismos de control y seguimiento, ejercidos por el Departamento de Saneamiento Ambiental;
- Realizamos Inspecciones físicas, toma de fotografías, entrevistas, encuestas, investigación bibliográfica; etc.

**e) Fortalezas de la gestión del Hospital en materia ambiental.**

El Hospital Neumológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través de la administración ejercida durante el período del 1 de enero de 2005 al 31 de marzo de 2006, se obtuvieron los logros siguientes:

- a) Fortalecimiento de la infraestructura mediante la construcción de área para conteo de ropa sucia hospitalaria, colocación de techado de pasillo exterior, ampliación de área de recepción de muestras de laboratorio;
- b) Inicio del proyecto de remodelación del Hospital, lo cual resolverá el problema de hacinamiento en todas las áreas;
- c) Creación de diferentes comités de apoyo y asesoría que contribuyen a medidas de bioseguridad y al manejo de desechos hospitalarios; y
- d) Obras de mitigación como el Proyecto "Reforzamiento de Muro", el cual impide que se erosione el terreno del Hospital, evitando el riesgo de hundimiento del mismo.



Reforzamiento de muro de contención.



f) Comunicación de hallazgos.

1. Planes Anuales Operativos no contienen acciones orientadas a proteger el Medio Ambiente.
2. No se ha presentado Diagnóstico Ambiental del Hospital al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
3. Programa de Trabajo 2006, sin procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de infecciones.
4. Equipo de Infecciones Nosocomiales, no realiza visitas a diario a los diferentes Servicios de Hospitalización ni al Laboratorio Clínico.
5. Bolsas para Desechos Bioinfecciosos no son adecuadas.
6. Falta de equipo de Protección Colectivo en Servicio de Laboratorio Clínico.

Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.

7. Servicio de Laboratorio Clínico carece de Símbolos y Señales que orienten sobre peligros de contaminación.
8. Falta de Programa de Garantía de Calidad en Servicio de Radiología e Imágenes.
9. Falta de Equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imágenes.
10. Falta de Implementos de Protección al Personal, Pacientes y Acompañantes durante las Prácticas de Radiología.
11. Registros de Historiales Dosimétricos de Empleados del Servicio de Radiología e Imágenes no se llevan de manera correcta.
12. Carencia de programas de capacitación sobre desechos hospitalarios.
13. Los desechos hospitalarios no son segregados adecuadamente y los bioinfecciosos no son etiquetados.
14. Ubicación inapropiada del centro de acopio temporal de desechos hospitalarios.
15. Inadecuado drenaje en centro de acopio temporal de desechos comunes.
16. No se cuenta con un Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales.
17. Falta de infraestructura para centro de acopio temporal de desechos hospitalarios bioinfecciosos.

**III. CONCLUSION.**

De conformidad a los resultados obtenidos a través de la aplicación de procedimientos de auditoría, relacionada a la gestión ambiental ejercida por el Hospital Neumológico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, durante el período del 1 de enero de 2005 al 31 de marzo de 2006, en la cual constatamos: Planes Anuales Operativos no contienen acciones orientadas a proteger el Medio Ambiente; No se ha presentado Diagnóstico Ambiental del Hospital al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales; Programa de Trabajo 2006, sin procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de infecciones; Equipo de Infecciones Nosocomiales, no realiza visitas a diario a los diferentes Servicios de Hospitalización ni al Laboratorio Clínico; Bolsas para Desechos Bioinfecciosos no son adecuadas; Falta de equipo de Protección

Colectivo en Servicio de Laboratorio Clínico; Servicio de Laboratorio Clínico carece de Símbolos y Señales que orienten sobre peligros de contaminación; Falta de Programa de Garantía de Calidad en Servicio de Radiología e Imágenes; Falta de Equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imágenes; Falta de Implementos de Protección al Personal, Pacientes y Acompañantes durante las Prácticas de Radiología; Registros de Historiales Dosimétricos de Empleados del Servicio de Radiología e Imágenes no se llevan de manera correcta; Carencia de programas de capacitación sobre desechos hospitalarios; Los desechos hospitalarios no son segregados adecuadamente y los bioinfecciosos no son etiquetados; Ubicación inapropiada del centro de acopio temporal de desechos hospitalarios; Inadecuado drenaje en centro de acopio temporal de desechos comunes; No se cuenta con un Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales; y, Falta de infraestructura para centro de acopio temporal de desechos hospitalarios bioinfecciosos.

Por lo antes expuesto, concluimos que de ser superadas las deficiencias planteadas, se estaría contribuyendo a minimizar el deterioro en el medio ambiente y a minimizar riesgos durante el proceso de los servicios hospitalario.



IV. HALLAZGOS.

1. Planes Anuales Operativos sin acciones orientadas a proteger el Medio Ambiente.

Comprobamos que las diferentes Unidades del Hospital, elaboran Planes Anuales Operativos, en los cuales no se consideran acciones orientadas a proteger el medio ambiente; así como la determinación de objetivos, metas, políticas e indicadores ambientales sobre el alto riesgo de contaminación dentro de las instalaciones del Hospital.

El artículo 4 de la Ley de Medio Ambiente, establece: "Se declara de interés social la protección y mejoramiento del medio ambiente. Las Instituciones públicas o municipales, están obligadas a incluir de forma prioritaria en todas sus acciones, planes y programas el componente ambiental...".

Descuido por parte de la Administración superior del Hospital, al no considerar acciones tendientes a proteger el Medio Ambiente, dentro de su Plan Anual de Trabajo.

La falta de medidas que contrarresten aspectos de contaminación, originadas por las actividades propias del Hospital, provoca que el deterioro ambiental, dentro de las instalaciones del Hospital, se incremente.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Se giró nota a los encargados de las diferentes unidades para que en los próximos Planes Anuales Operativos y Estratégicos y en el tercer trimestre del actual, consideren acciones tendientes a proteger al Medio Ambiente, tales como: objetivos, metas, políticas, programas, acciones e indicadores ambientales".

Comentarios de los Auditores.

Se confirma que las diferentes Unidades del Hospital, no elaboran Planes Anuales Operativos, en los que se consideren acciones orientadas a proteger el medio ambiente; así como la determinación de objetivos, metas, políticas e indicadores ambientales.

2. No se ha presentado Diagnóstico Ambiental del Hospital al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Comprobamos que la Administración del Hospital, no ha presentado el Diagnóstico Ambiental al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales para su aprobación.

El artículo 107 de la Ley del Medio Ambiente establece: "Los titulares de actividades, obras o proyectos públicos o privados, que se encuentren funcionando al entrar en vigencia la presente ley, que conforme 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....".

La administración del Hospital, no le ha dado importancia a la elaboración del Diagnóstico Ambiental, como un instrumento para establecer medidas de mitigación que contrarresten efectos negativos contra el medio ambiente.

Se incrementa el riesgo que se genere contaminación ambiental debido a que no se han determinado los peligros potenciales que existen dentro del Hospital, así mismo los efectos en el Medio Ambiente.



Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 2 de abril del corriente año, expresó que: "Actualmente no se cuenta con un diagnóstico de impacto ambiental del Hospital, aprobado por el Ministerio de Medio Ambiente, únicamente se han realizado en dos oportunidades, inspecciones generales por parte de la unidad médica de San Jacinto, con el propósito de realizar un diagnóstico de riesgos enfocados a la salud ocupacional..."

Asimismo, en nota de fecha 4 de octubre del mismo año, expresó: "Se ha solicitado a Sub Dirección de Salud se autorice la gestión necesaria para obtener los servicios de un especialista que elabore el Diagnóstico Ambiental del Hospital, y de esta manera poder presentarlo al Ministerio del Medio Ambiente a la mayor brevedad posible para su aprobación".

Comentarios de los Auditores.

Se confirma que no se ha elaborado un Diagnóstico Ambiental, que permita establecer medidas de mitigación sobre cualquier impacto negativo que se pueda generar.

3. Programa de Trabajo 2006, sin procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de infecciones.

Mediante revisión del programa de trabajo del Equipo de Infecciones Nosocomiales preparado para el año 2006, comprobamos que no se planificó la implementación y seguimiento de procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de contraer enfermedades agregadas a pacientes que ingresan al Hospital.

Las Normas para la Prevención y control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS, numeral 5.1.13, establecen: "El programa de trabajo del Equipo de Infecciones Nosocomiales (EIN) deberá contar como mínimo en función de los servicios y recursos existentes con los lineamientos escritos para la implementación y seguimiento de los siguientes procedimientos:

- a) Lavado de manos;
- b) Colocación y manejo de catéteres Urinarios;
- c) Instalación y manejo de equipos de terapia intravenosa;
- d) Vigilancia y prevención de Neumonías asociadas a ventilador y técnicas de aspiración de secreciones;
- e) Técnicas de aislamiento en pacientes con enfermedades infectocontagiosas;
- f) Uso y control de antisépticos y desinfectantes;
- g) Vigilancia y control del proceso de esterilización y desinfección;



- h) Vigilancia y control de heridas quirúrgicas;
- i) Vigilancia de procedimientos invasivos;
- j) Vigilancia postexposición del personal y pacientes a agentes infectocontagiosos; y,
- k) Limpieza de áreas físicas y superficies inertes"

Falta de diligencia del Equipo de Infecciones Nosocomiales, al no planificar la implementación y seguimiento de procedimientos para minimizar riesgos de que se contraigan enfermedades agregadas a pacientes que ingresan al hospital.

Se incrementa el riesgo que pacientes contraigan otras enfermedades dentro del Hospital.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Se adjunta nota en la cual la Dirección solicita a las personas encargadas del monitoreo de las enfermedades nosocomiales que realicen las visitas diarias a los diferentes servicios y Laboratorios Clínicos y se evalúe en estas el riesgo del paciente para adquirir una infección nosocomial y además se revise diariamente los resultados del Laboratorio Clínico, de todo esto se pasará además un informe diario a la Dirección".



Comentario de los Auditores.

Se confirma que en el programa de trabajo del Equipo de Infecciones Nosocomiales preparado para el año 2006, no se planificó la implementación y seguimiento de procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de contraer enfermedades agregadas a pacientes que ingresan al Hospital.

4. Equipo de Infecciones Nosocomiales, no realiza visitas a diario a los Servicios de Hospitalización ni al Laboratorio Clínico.

Mediante revisión de bitácoras de visitas realizadas por el Equipo de Infecciones Nosocomiales a los diferentes servicios de Hospitalización y Laboratorio Clínico, comprobamos que éstas no son realizadas a diario y únicamente están orientadas al manejo de los desechos hospitalarios y en las mismas no evalúan el riesgo en general del paciente para adquirir una Infección Nosocomial; asimismo, no revisan a diario los resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico.

Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.

Las Normas para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS, en el numeral 5.1.6, establece: "La visita por los integrantes del equipo de Infecciones Nosocomiales a los servicios de hospitalización deberá ser realizado a diario y estará dirigido a los ingresos, donde se evaluará el riesgo del paciente para adquirir una Infección Nosocomial, (Búsqueda de febriles, signos de inflamación, etc.) también se revisarán diariamente los resultados del laboratorio clínico".

El Equipo de Infecciones Nosocomiales no le da la debida importancia al programa de visitas diarias a los Servicios de Hospitalización y al Laboratorio Clínico.

Los pacientes y el personal que presta sus servicios al Hospital, se encuentran expuestos a adquirir infecciones nosocomiales; asimismo, por la misma causa se incrementa el riesgo de que dicho Equipo pueda tomar decisiones equivocadas sobre los resultados de los exámenes efectuados en el Laboratorio Clínico.



Comentarios de la Administración.

El Coordinador del Comité de Infecciones Nosocomiales del Hospital, envió nota en la que expresa que: "Remite fotocopias de las supervisiones del Equipo de Infecciones Nosocomiales"

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Se giró instrucciones al comité de Nosocomiales para que al actual plan de trabajo se le agregará las acciones encaminadas a la implementación y el seguimiento de procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de contraer enfermedades agregadas a pacientes que ingresan por primera vez al Hospital".

Comentarios de los Auditores.

Revisamos documentación de las supervisiones presentadas de las visitas efectuadas y comprobamos que únicamente han sido realizadas por dos miembros del equipo y no por los cinco integrantes que conforman dicho comité; además, éstas están orientadas solamente a segregación de desechos sólidos y no se realizan a diario como está establecido.

Además con sus comentarios la Directora del Hospital confirma que las bitácoras de visitas realizadas por el Equipo de Infecciones Nosocomiales a los diferentes servicios de Hospitalización y Laboratorio Clínico, no son realizadas a diario y únicamente están orientadas al manejo de los desechos hospitalarios.

5. Bolsas para Desechos Bioinfecciosos no son adecuadas.

Comprobamos mediante inspección física realizadas a los diferentes servicios del Hospital, que las bolsas utilizadas para depositar los desechos bioinfecciosos, no tienen el espesor pelicular adecuado careciendo además del símbolo universal de peligrosidad.

Las Normas para la Prevención y control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS, numeral 23.9, estipula: "Las bolsas para desechos Bioinfecciosos deben de responder a las siguientes características: b) Llevar el símbolo universal de peligrosidad; y c) Ser de plástico impermeable, polietileno de baja densidad, suficientemente opaco, con un espesor pelicular entre 0,08 y 0,10 mm.



En la fotografía se observa que las bolsas no tienen el espesor pelicular adecuado, ni el símbolo de peligrosidad.



No se cuenta con bolsas adecuadas para desechos bioinfecciosos, ya que éstas son las que envían del hospital central del ISSS.

Existe riesgo de que ocurra algún accidente en el manejo de los desechos hospitalarios o alguna contaminación a los empleados del Hospital.

Comentarios de la Administración.

El Coordinador del Comité de Infecciones Nosocomiales expresó que: "En el mercado local no existen bolsas con el símbolo universal de desechos sólidos bioinfecciosos, ni con el espesor requerido por la normativa institucional"

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "De acuerdo al señalamiento sobre el tipo de bolsas para los desechos bioinfecciosos, se ha solicitado a nivel superior la dotación de las bolsas que

cumplan con las especificaciones normadas para que al contar con ellas exigir su uso".

Comentarios de los Auditores.

El Coordinador del Comité de Infecciones Nosocomiales y la directora del Hospital, aceptan que las bolsas utilizadas para el manejo de desechos bioinfecciosos, no son adecuadas.

6. Falta de equipo de Protección Colectivo en Servicio de Laboratorio Clínico.

Comprobamos mediante inspección física a las instalaciones del Servicio de Laboratorio Clínico, que no se han colocado extintores y baldes con arena para utilizar como sistemas de seguridad en caso de incendios o derrames químicos; asimismo, no se ha instalado una regadera de presión para el personal en caso de accidente.

El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en su Romano III, "Lineamientos y Procedimientos Generales", Literal e) "Equipo de Protección Individual y Colectivo" entre sus recomendaciones establece: "En las áreas de Laboratorio Clínico deben haber extintores de fuego y baldes con arena para derrames químicos", además menciona: "Se debe tener una instalación de una regadera de presión..."

El mismo Manual en su Romano IX, "Organización de un Ambiente de Laboratorio y seguridad en las Instalaciones Físicas", Literal a) entre sus recomendaciones establece: "Los sistemas de seguridad para incendios, tableros de control eléctricos, duchas de emergencia y botiquines deben estar colocados con facilidad de acceso inmediato".

Falta de interés de la Administración Superior del Hospital, al no dotar al servicio de Laboratorio Clínico con el equipo de seguridad y protección colectivo, necesario para incendios o derrames químicos.

Se incrementa el riesgo de poner en peligro la seguridad del personal, de pacientes y del medio ambiente frente a la generación de incendios o derrames químicos.

Comentarios de la Administración.

La Jefa del Servicio Laboratorio Clínico, expresó: "No se optó por solicitar un extintor de fuego dentro del laboratorio, debido a que existe uno a un metro



aproximadamente de la puerta de salida del laboratorio. Los baldes con arena no se habían colocado por el espacio reducido”.

Asimismo en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, manifestó: “....la regadera de presión, para usar en caso de accidentes, informo que ya se encuentra instalada en el Laboratorio Clínico”.

La Directora del Hospital, en nota de misma fecha, expresó: “Al momento ya se colocó en el Laboratorio extintor y 2 recipientes con arena y la ducha, se adjuntan fotos”.

Comentarios de los Auditores.

No obstante lo expresado por la Jefa del Laboratorio Clínico, la observación se mantiene, ya que el extintor al que hace mención, se encuentra a 2.5 metros fuera de dicho Laboratorio y en caso de acontecer un siniestro, las personas que laboran adentro, les sería difícil hacer uso de él; además, el referido extintor, está orientado más a ser utilizado en el área de informática del Hospital. La Jefa del Laboratorio, acepta que hay baldes con arena pero no se han colocado. Por la regadera de presión, no emitió ningún comentario. No fue posible verificar lo mencionado porque el Equipo de Auditores, ya se había retirado.



7. Servicio de Laboratorio Clínico carece de Símbolos y Señales que orienten sobre peligros de contaminación.

Comprobamos mediante inspección física a las instalaciones del Servicio de Laboratorio Clínico que no se ha colocado, símbolos y señales que orienten sobre las áreas de circulación y adviertan sobre peligros de contaminación.

El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en su Romano IX, “Organización de un Ambiente de Laboratorio y Seguridad en las Instalaciones Físicas”, entre algunas de las medidas establece: “Utilizar símbolos y señales que orienten sobre las áreas de circulación y adviertan acerca sobre peligros de contaminación y radiación, de acuerdo a los símbolos internacionales, se recomienda color azul para identificar los lugares de libre acceso y color rojo para las áreas de acceso restringido”. Además, establece que “Las señales se colocan con rótulos visibles y claros y son de riguroso acatamiento”. También expresa que “Debe contar con símbolos de señalización interna que identifiquen las áreas donde existen riesgos químicos, sustancias infecciosas, radiactivos, etc. colocarlos en equipos, recipientes, puertas, materiales, etc.; que contengan o estén contaminados con agentes peligrosos. Visible desde varios ángulos y de tamaño proporcional en donde esté colocado”.

La Jefa del Servicio de Laboratorio Clínico no ha dado cumplimiento a las instrucciones emitidas por el Laboratorio Central "Dr. Max Bloch" del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en lo relacionado a la organización de un ambiente de Laboratorio y Seguridad en las instalaciones físicas.

Se incrementa el riesgo de poner en peligro la salud y seguridad del personal del Hospital, de los usuarios y el medio ambiente frente a la contaminación con agentes biológicos, físicos o químicos.

Comentarios de la Administración.

La Jefa del Servicio de Laboratorio Clínico, expresó: "En la última limpieza general, se optó por retirar las señalizaciones, debido a que se deterioraron". La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Se ha realizado gestión de compra para elaboración de señalización del servicio de Laboratorio Clínico. Se anexa copia".

Comentarios de los Auditores.

La Jefa del Servicio de Laboratorio Clínico y la Directora del Hospital, aceptan que en las instalaciones de dicho laboratorio no existen señalizaciones.



8. Falta de Programa de Garantía de Calidad en Servicio de Radiología e Imágenes.

Comprobamos que el Servicio de Radiología e Imágenes no ha preparado y presentado a la Unidad Reguladora y Asesora de Radiaciones Ionizantes (UNRA), para su aprobación, un Programa de Garantía de Calidad que coadyuve a que en dicho servicio se cumplan con los requisitos específicos relacionados con la protección y seguridad radiológica de la instalación y equipo.

El Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, emitido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el artículo 44, establece: "El titular de una autorización de las actividades o prácticas reguladas en el presente reglamento, debe establecer un Programa de Garantía de Calidad aprobado por la Autoridad Reguladora, que proporcione la certeza de que se cumplen los requisitos específicos relacionados con la protección radiológica y seguridad de las fuentes, así como los procedimientos de control de calidad para la evaluación periódica de la seguridad radiológica de la instalación y equipo".

Asimismo, en el "Permiso de Operación" otorgado al titular "Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Hospital Neumológico" para el período

comprendido del 28 de octubre de 2004 al 28 de octubre de 2006, entre los límites y condiciones bajo los cuales se concedió el presente permiso, numeral 23 establece: "Implementar un Programa de Garantía de Calidad para la sala de rayos X....."

Falta de diligencia en la elaboración de un documento que garantice la calidad y buen funcionamiento de la seguridad radiológica de la institución.

No se cumple con los requisitos de protección radiológica, lo que trae como consecuencia poner en peligro la salud y seguridad del personal, de los usuarios y el medio ambiente frente a la contaminación por radiaciones.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "El encargado de Rayos X, manifiesta que se cuenta con un programa de garantía de calidad respaldado por UNRA".



Comentarios de los Auditores.

No obstante lo expresado por la Directora del hospital, la observación permanece, ya que al revisar la documentación que ampara el comentario de ella, observamos que con lo que cuentan, es un Manual de Protección Radiológica y no con un Programa de Garantía de Calidad en el Servicio de Radiología e Imágenes.

9. Falta de Equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imágenes.

Comprobamos que en las Instalaciones del Servicio de Radiología e Imágenes, no se han colocado equipos detectores de radiaciones ionizantes, que permitan medir la radiación a que están expuestos los usuarios y al medio ambiente en general.

El Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, en el artículo 51 establece: "La instalación deberá estar provista de equipos detectores de radiaciones ionizantes para cumplir con el Programa de Seguridad y Protección Radiológica, según la práctica a realizar....."

El encargado del Servicio de Radiología e Imágenes asume que no ha recibido indicaciones a nivel institucional para solicitar se coloquen los detectores de radiaciones en el Servicio de Radiología e Imágenes.

Se pone en peligro la salud y seguridad del personal, de los usuarios y el medio ambiente en general frente a la contaminación por radiaciones.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, expresó: "En relación a la carencia de equipos detectores de radiaciones ionizantes, según información del encargado de rayos X, nunca ha recibido alguna indicación a nivel institucional para solicitarlo" Asimismo, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Según el encargado de rayos X no se requiere de equipo de detectores de radiaciones ionizantes en este Hospital debido a que el tipo de servicio que se presta no se requiere".

En nota de misma fecha, el señor Manuel de Jesús Valladares, coordinador de Rayos X, manifestó: "...este Departamento no utiliza, ni maneja elementos o materiales radiactivos que contaminen o pongan en riesgo la salud o seguridad del personal, usuarios o el medio ambiente. Nosotros contamos con un equipo radiológico convencional provisto de los elementos o mecanismos de seguridad que NO permiten la producción de radiaciones por accidente o mal manejo, se limita al área a exponer a través de la reducción de campo (colimador), contamos con técnicas de exposición ya establecidas, el cuarto o área donde permanece el paciente está protegida para evitar la fuga o exposición fuera del departamento, a través de un indicador luminoso la existencia de radiación cuando es requerida en un estudio, la cual no estará presente sin el manejo directo del operador".



Comentarios de los Auditores.

Los comentarios no desvirtúan la observación, ya que el mandato del artículo 51 del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, no hace referencia a ninguna excepción.

10. Falta de Implementos de Protección al Personal, Pacientes y Acompañantes durante Prácticas de Radiología.

Comprobamos que al personal que labora en el Servicio de Radiología e Imágenes, a los pacientes y acompañantes, no se les ha proporcionado protectores de cuello (tiroides) y protectores de gónadas a utilizar durante las prácticas radiológicas, asimismo no se cuenta con la existencia suficiente de delantales plomados para proteger al personal, paciente y acompañantes. En el Servicio únicamente se dispone de dos delantales.

El Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, Capítulo V, Exposición Ocupacional, Obligaciones del Titular de la autorización, artículo 57

establece: "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 mismo. Para tal efecto, el titular de la autorización tendrá las obligaciones siguientes:

b) "Proporcionar al personal los medios de protección, dosimetría, capacitación y todo otro elemento necesario para el cumplimiento de sus funciones en condiciones de seguridad".

Asimismo en el "Permiso de Operación" otorgado al titular "Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Hospital Neumológico" para el periodo comprendido del 28 de octubre de 2004 al 28 de octubre de 2006, entre los límites y condiciones bajo los cuales se concedió el permiso, numeral 14 establece: "Garantizar la seguridad en la instalación, de los trabajadores, de pacientes y acompañantes, proporcionándoles implementos de protección....."

Falta de iniciativa al no proporcionar al personal que labora en el Servicio de Radiología e Imágenes, a los pacientes y acompañantes, protectores de cuello (tiroides) y protectores de gónadas a utilizar durante las prácticas radiológicas, así como, delantales plomados suficientes en el Servicio.



Se incrementa el riesgo que personal del Hospital, pacientes y acompañantes sufran contaminación por radiaciones en las áreas corporales más susceptibles.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital expresó: "El equipo de protección está en trámite y será comprado esta semana".

Asimismo, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Se adjunta orden de compra de implementos de protección en base a necesidades solicitadas por el encargado de rayos X".

En nota de misma fecha el Señor Manuel de Jesús Valladares, Coordinador de Rayos X, manifestó: "Nuestro departamento posee 3 delantales plomados, los cuales son suficientes para esta área ya que únicamente que el paciente no colabore, se dispone de una persona para sostenerlo, pero son casos muy raros. Por lo general al realizar el examen dentro de esta área están el paciente y el técnico.

Los demás protectores están en trámite de compra".

Comentarios de los Auditores.

No fue posible verificar lo mencionado por la Directora del Hospital ni lo dicho por el Coordinador de Rayos X, porque el Equipo de Auditores, ya se había retirado de las instalaciones del Hospital.

11. Registros de Historiales Dosimétricos de Empleados del Servicio de Radiología e Imágenes, no se llevan de manera correcta.

Comprobamos que los registros de historiales dosimétricos de los empleados que laboran en el Servicio de Radiología e Imágenes, no se llevan en forma secuencial y acumulativa.

El Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, en su artículo 64, establece: "El titular de la autorización deberá mantener los registros de dosis de cada trabajador, los que deberán incluir las dosis e incorporaciones de las resultantes de la operación normal de las prácticas, separadamente de aquellas intervenciones debidas a emergencias o accidentes". Asimismo el artículo 65 menciona: "Los registros de dosis deberán conservarse durante toda la vida laboral del trabajador, o hasta que el trabajador haya cumplido setenta y cinco años de edad, o treinta años después de que haya terminado su relación laboral".

Falta de interés en que se lleven registros de historiales dosimétricos en forma secuencial y acumulativa de cada uno de los empleados que laboran en dicho Servicio.

El no contar con los registros de historiales dosimétricos en forma secuencial y acumulativa del personal expuesto a radiaciones, incrementa el riesgo que dicho personal exceda de los límites de exposición ocupacional en un determinado tiempo.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Se adjuntan los registros de historiales dosimétricos en forma secuencial y acumulativa del personal que labora en el servicio de rayos X, haciendo hincapié de que los Licenciados Mario E. Campos y Luís Antonio Laínez, iniciaron sus labores en este Hospital en septiembre de 2004, por lo que no se tiene otros datos de dosimetría de años anteriores".

En nota de misma fecha el Señor Manuel de Jesús Valladares, coordinador de Rayos X, manifestó: "En la siguiente tabla les presentamos copia del registro del personal en forma secuencial y acumulativa hasta agosto de 2006.

Los Licenciados Mario E. Campos y Luís Antonio Laínez, iniciaron sus labores en este Hospital en septiembre de 2004, por lo cual no se tienen otros datos de dosimetría de años anteriores".

Comentarios de los Auditores.

No fue posible verificar lo mencionado por la administración, porque el Equipo de Auditores, ya se había retirado de las instalaciones del Hospital.



12 Carencia de programas de capacitación sobre desechos hospitalarios.

Comprobamos que no se han implementado capacitaciones para todo el personal de enfermería y personal de servicio, relacionado con el manejo, control, transporte y disposición final de los desechos hospitalarios.

El artículo 127 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece: "El Director y los Jefes de Divisiones, Departamentos, Servicios o Unidades deberán elaborar y desarrollar programas de capacitación para el personal a su cargo según necesidades".

La Norma Técnica de Control Interno "CAPACITACION", establece: "La entidad ejecutará programas para desarrollar las capacidades y aptitudes de sus servidores en el campo de su competencia, sobre la base de un diagnóstico que contenga las necesidades de capacitación, sus objetivos y un sistema de evaluación y seguimiento.

Los conocimientos adquiridos por el servidor en programas de capacitación en el interior o exterior del país deberán tener un efecto multiplicador hacia el interior de la entidad, por ello es necesario suscribir un convenio que regule esta responsabilidad".

Falta de coordinación entre la administración superior y las diferentes áreas o unidades del Hospital, para implementar capacitaciones para el personal, sobre desechos hospitalarios.

El personal no cuenta con la capacitación suficiente que le permita conocer y protegerse de la contaminación por desechos hospitalarios.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Recientemente se realizó capacitación en la que se incluye como temática el manejo de desechos sólidos la cual estaba basada en las necesidades de capacitación definidas para el año 2006, se adjunta el temario y listado de participantes en los que incluye enfermería y personal de servicio. Además se tiene programada otra capacitación sobre desechos sólidos para este último trimestre, en la que de nuevo se retroalimentará sobre el manejo, control, transporte y disposición final de los desechos hospitalarios a todas las disciplinas. Se adjunta plan de capacitación".

En nota de misma fecha el Señor Manuel de Jesús Valladares, coordinador de Rayos X, manifestó: "Se ha iniciado a nivel de este Hospital un programa de Desechos Hospitalarios, el cual este departamento está incluido para mejorar, conocer y protegerse de la contaminación de desechos bioinfecciosos".

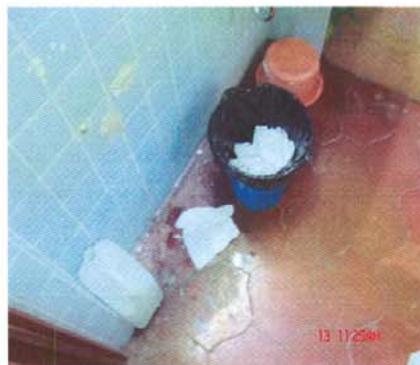


Comentarios de los Auditores.

Con los comentarios de la Directora del Hospital y el Coordinador de Rayos X, se confirma que no se han implementado capacitaciones para todo el personal de enfermería y personal de servicio, relacionado con el manejo, control, transporte y disposición final de los desechos hospitalarios.

13 Los desechos hospitalarios no son segregados adecuadamente y los bioinfecciosos no son etiquetados.

Comprobamos que los desechos comunes son depositados en bolsas rojas y los desechos bioinfecciosos en bolsas negras, por lo que existe una inadecuada segregación de los desechos hospitalarios; además, las bandejas que contienen los desechos bioinfecciosos, no son etiquetadas.



En las fotografías se observa que la bolsa negra contiene desechos no comunes y la bolsa roja desechos comunes, evidenciando la segregación inadecuada.

Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.



Las fotografías muestran las bandejas que contienen los desechos bioinfecciosos, sin estar debidamente etiquetadas.

De conformidad al Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Manejo de Infecciones Nosocomiales en el ISSS, numeral 8, MANIPULACION CORRECTA DE DESECHOS, todos los desechos deben ser identificados en las diferentes áreas donde se generan, se colocaran en bolsas plásticas resistentes impermeables fabricadas con polietileno de baja densidad, opacas con un espesor peculiar entre 0.08 y 0.10 mm.

A) Desechos comunes:

Los desechos comunes serán segregados en BOLSAS NEGRAS utilizándose los 2/3 de la capacidad de la bolsa, se manejarán con el cuidado requerido por el auxiliar de servicio.

B) Desechos bioinfecciosos:

Los desechos sólidos peligrosos infecciosos (procedentes de salas de aislamiento, biológicos, sangre y derivados) residuos anatómicos humanos; así como todo aquello que haya expuesto a secreciones y excreciones de los pacientes, serán segregados en BOLSAS ROJAS. Los que puedan drenar líquidos se colocarán preferiblemente en contenedores rígidos impermeables, además de la bolsa roja.

El Manual de Procedimientos Operativos para la prevención y manejo de infecciones nosocomiales en el ISSS, capítulo I, numeral 8.3, "ALMACENAMIENTO TEMPORAL" establece: "Centralizar el acopio de los desechos peligrosos hospitalarios en un sitio exclusivo, utilizando contenedores de color rojo y rotularlos con el símbolo internacional de riesgo biológico. La infraestructura ideal debe ser de paredes y piso impermeables que facilite la limpieza, sin fisuras y con buena ventilación (Paredes con repello y afinadas con cemento u otro material afín y piso encementado y afinado así como dispondrá de drenaje conectado a aguas servidas)"

El manual para personal médico y de enfermería, Gestión y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios, parte I, capítulo 5, manejo interno de los DSH,



"Almacenamiento Temporal", señala: "Deben acondicionarse dos locales para el almacenamiento temporal: Uno para desechos comunes y otro para desechos peligrosos. Bajo ninguna circunstancia deben almacenarse los residuos a la intemperie, ni en los cuartos de limpieza o almacenes de materiales".

No existe coordinación y supervisión entre el personal médico, enfermería y personal de limpieza para orientar al público y personal administrativo respecto a la adecuada separación de los desechos sólidos hospitalarios.

Podría ocasionarse contaminación y proliferación de enfermedades para el personal del Hospital, pacientes, personal de la empresa que recoge y transporta los desechos hospitalarios y público en general.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "En coordinación con el equipo de Infecciones Nosocomiales se estará verificando el estricto cumplimiento por parte del personal de lo que estipula el manual de procedimientos operativos para la prevención y manejo de infecciones nosocomiales".



Comentarios de los Auditores.

Los comentarios de la Directora del Hospital, confirman que los desechos comunes son depositados en bolsas rojas y los desechos bioinfecciosos en bolsas negras; además, que las bandejas que contienen los desechos bioinfecciosos, no son etiquetadas.

14. Ubicación inapropiada del centro de acopio temporal de desechos hospitalarios comunes.

El centro de acopio temporal de los desechos hospitalarios comunes, está situado muy cercano a las instalaciones de la cocina del Hospital y de una cafetería que funciona internamente; además, éste no recibe el mantenimiento necesario, por cuanto carece de limpieza e higiene, lo cual eleva el riesgo de contaminación y proliferación de enfermedades.



De conformidad al Manual de Procedimientos Operativos para la prevención y manejo de infecciones nosocomiales en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, numeral 8.3, "ALMACENAMIENTO TEMPORAL", establece: "El sitio se ubicará preferentemente en zonas alejadas de las áreas de pacientes, visitas, cocinas, comedor, instalaciones sanitarias, sitios de reunión, áreas de esparcimiento, oficinas, talleres y lavanderías; y cerca de las puertas de servicio local, con el fin de facilitar las operaciones de transporte externo".

El manual para Personal Médico y Enfermería, Gestión y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios, parte I, capítulo 5, "MANEJO INTERNO DE DSH, ALMACENAMIENTO TEMPORAL", establece: Deben acondicionarse dos locales para el almacenamiento temporal: Uno para desechos comunes y otro para desechos peligrosos. Bajo ninguna circunstancia deben almacenarse los residuos a la intemperie, ni en los cuartos de limpieza o almacenes de materiales".

Inadecuada ubicación del centro temporal de acopio de los desechos hospitalarios, dentro del Hospital.

La inadecuada ubicación del centro de acopio temporal de los desechos hospitalarios, incrementa el riesgo de contaminación, proliferación y contagio de enfermedades dentro y fuera de las instalaciones del Hospital.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Se giró instrucciones a la administración respecto al mantenimiento y limpieza de las instalaciones del centro de acopio temporal de los desechos comunes.

Mientras se construye el área de almacenamiento temporal del Hospital Neumológico ISSS con las condiciones adecuadas según lo normado, se ha enviado nota al Director del Hospital Saldaña para permitirnos utilizar el área de almacenamiento de los desechos bioinfecciosos, ya que reúne condiciones apropiadas para tal fin, además esto permitirá mantener más alejado del área de cocina y de la cafetería. Se adjunta nota dirigida al Director del Hospital Saldaña".

Asimismo manifestó: "Debido a que se tiene en proceso el proyecto de remodelación del Hospital, en el que va incluido el área de almacenamiento temporal, no se ha gestionado una nueva área".

Comentarios de los Auditores.

Lo expresado por la Directora del Hospital, no subsana la deficiencia planteada además se acepta que la ubicación de las instalaciones del centro de acopio temporal de los desechos hospitalarios es inapropiada.

**15. Inadecuado drenaje en centro de acopio temporal de desechos comunes.**

Al efectuar inspección a las instalaciones del centro de acopio temporal del Hospital, comprobamos que el sistema de drenaje no es adecuado, ya que los lixiviados que se generan por medio de los desechos sólidos comunes, son lavados y esparcidos por la acera y luego hacia la calle.



En la fotografía se observa que los drenajes no son adecuados.



De conformidad al Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Manejo de Infecciones Nosocomiales en el ISSS", numeral 8.3, "ALMACENAMIENTO TEMPORAL", establece: "Centralizar el acopio de los desechos peligrosos hospitalarios en un sitio exclusivo, utilizando contenedores de color rojo y rotularlos con el símbolo internacional de riesgo biológico. La infraestructura ideal debe ser de paredes y piso impermeables que facilite la limpieza, sin fisuras y con buena ventilación (Paredes con repello y afinadas con cemento u otro material afín y piso en cementado y afinado así como dispondrá de drenaje conectado a aguas servidas".

Falta de diligencia por parte de la Dirección Superior, en darle un adecuado tratamiento a los lixiviados generados por los desechos comunes generados en el Hospital.

Se genera foco de contaminación en el mismo lugar de acopio, por la generación de lixiviados en dicha área, que no son evacuados correctamente.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital, en nota de fecha 4 de octubre del corriente año, expresó: "Al momento de construcción del área de desechos sólidos se ha solicitado a Sección de obra civil, se adjunta documentación relacionada donde se detalla además el diseño el cual se contempla un drenaje adecuado".



Comentarios de los Auditores.

Los comentarios de la Directora del Hospital confirman que el sistema de drenaje del centro de acopio temporal del Hospital, no es adecuado.

16. No se cuenta con un Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales.

Comprobamos que el Hospital no cuenta con un sistema de tratamiento de aguas residuales que le permitan minimizar la contaminación generada por todos aquellos fluidos producidos por Baños, Servicios Sanitarios, Laboratorio Clínico, Radiología, Lavandería, Cocina, Arsenal, Sala de Operaciones y Lixiviados que botan los camiones al comprimir los desechos sólidos comunes, los que vierten directamente a las tuberías que conducen al río Huiza. A través de pruebas de laboratorio realizadas a las aguas residuales, generadas por las distintas áreas que conforman el Hospital, pudimos constatar que éstas, contienen elementos contaminantes del medio ambiente que sobrepasan los niveles permisibles; además, verificamos que las aguas del río, son utilizadas para uso doméstico, por habitantes de comunidades que se encuentran ubicadas en las riveras de dicho río.

Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.



Las fotografías evidencian los lixiviados que derraman los camiones al comprimir la basura.



La fotografía muestra los peces que viven en el río, antes de ser contaminado.



Se observa el río después de recibir las aguas contaminadas.



Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.



La fotografía muestra la caída de aguas residuales al río.



Las fotografías ilustran la utilización del agua del río y la toma de muestra para el análisis.

El Código de Salud en su artículo 67, establece: "Se prohíbe descargar residuos de cualquier naturaleza, aguas negras y servidas en acequias, quebradas, arenas, barrancas, ríos, lagos, esteros; proximidades de criaderos naturales o artificiales de animales destinados a la alimentación o consumo humano.....".

El artículo 42 de la Ley de Medio Ambiente, establece: "Toda persona natural o jurídica, el Estado y sus entes descentralizados están obligados, a evitar las acciones deteriorantes del medio ambiente, a prevenir, controlar, vigilar ...".

El artículo 7 del Reglamento Especial de Aguas Residuales, establece: "Toda persona natural o jurídica, pública o privada, titular de una obra, proyecto o actividad responsable de producir o administrar aguas residuales y de su vertido en un medio receptor, en lo sucesivo denominada el titular, deberá instalar y operar sistemas de tratamiento para que sus aguas residuales cumplan con las disposiciones de la legislación pertinente...".



El Reglamento General sobre Seguridad e Higiene en los Centro de Trabajo en su artículo 51, establece: "En ningún caso podrán incorporarse en los subsuelos o arrojados en los canales de regadío, acueductos, ríos, esteros, quebradas, lagos, lagunas o embalses, o en masas o en cursos de agua en general, las aguas servidas de origen doméstico, los residuos, o relaves industriales o las aguas contaminadas resultantes de manipulaciones químicas de otra naturaleza, sin ser previamente sometidas a los tratamientos de neutralización o depuración que prescriben en cada caso los Reglamentos sanitarios vigentes o que se dicten en el futuro".

No se da la importancia requerida por parte de la Dirección Superior del Hospital, para llevar a cabo un proyecto para el tratamiento de las aguas residuales.

La falta de un sistema de tratamiento de aguas residuales en el Hospital incrementa la contaminación del río Huiza, lo que pone en riesgo la salud de los habitantes que hacen uso del agua de dicho río para bañarse o para usos domésticos lo mismo que las diferentes especies animales y vegetales que habitan en la zona del río, ocasionando un gran daño en la conservación del medio ambiente.

Comentarios de la Administración.

La Directora del Hospital en nota de fecha 2 de abril de 2006, expresa: "En cuanto a las aguas residuales, no se ha realizado el tratamiento de éstas, sin embargo se pretende realizar reuniones con el Hospital Saldaña, para trabajar integralmente al respecto"

Asimismo, en nota de fecha 4 de octubre del mismo año, expresó: "Se envió nota a Dr. Edwin Montoya con el propósito de dar seguimiento a las acciones que se pueden realizar en conjunto para solventar el problema de aguas residuales".

Comentarios de los Auditores.

Los comentarios de la Directora del Hospital, confirman que no se le da tratamiento a las aguas residuales generadas por el Hospital.

17. Falta de infraestructura para centro de acopio temporal de desechos hospitalarios bioinfecciosos.

Comprobamos que el Hospital carece de infraestructura para el resguardo temporal de los desechos bioinfecciosos, lo cual evidencia el alto grado de riesgo de contaminación y de contagio de cualquier enfermedad, debido a que adicionalmente a la inexistencia de infraestructura para el resguardo, éstos se encuentran fuera de las bandejas donde se depositan.



Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.



Las fotografías muestran la falta de infraestructura por el centro de acopio temporal de desechos hospitalarios bioinfecciosos.

El Manual de Procedimientos Operativos para la prevención y manejo de infecciones nosocomiales en el ISSS, capítulo I, numeral 8.3, "ALMACENAMIENTO TEMPORAL" establece: "Centralizar el acopio de los desechos peligrosos hospitalarios en un sitio exclusivo, utilizando contenedores de color rojo y rotularlos con el símbolo internacional de riesgo biológico. La infraestructura ideal debe ser de paredes y piso impermeables que facilite la limpieza, sin fisuras y con buena ventilación (Paredes con repello y afinadas con cemento u otro material afin y piso encementado y afinado así como dispondrá de drenaje conectado a aguas servidas)"

El manual para personal médico y de enfermería, Gestión y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios, parte I, capítulo 5, manejo interno de los DSH, "Almacenamiento Temporal", señala: "Deben acondicionarse dos locales para el almacenamiento temporal: Uno para desechos comunes y otro para desechos peligrosos. Bajo ninguna circunstancia deben almacenarse los residuos a la intemperie, ni en los cuartos de limpieza o almacenes de materiales".



Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.

La deficiencia es originada porque la Administración Superior del Hospital, no ha potenciado el riesgo que representa, la ausencia de la infraestructura de un centro de acopio temporal para desechos bioinfecciosos.

En consecuencia el riesgo de contaminación, contagio y proliferación de enfermedades dentro del Hospital, se incrementa.

Comentarios de la Administración.

La Directora del hospital en nota de fecha 6 de junio del 2006, manifiesta: "Debido a que se tiene en proceso un proyecto de remodelación del Hospital en el que va incluido el área de almacenamiento temporal no se ha gestionado una nueva área"

Asimismo, en nota de fecha 4 de octubre del mismo año, expresó: "Ya se gestionó la construcción del centro de acopio temporal para los desechos bioinfecciosos".

Comentarios de los Auditores.

La Directora del Hospital, con su comentario confirma que no existe área para el almacenamiento temporal de los desechos bioinfecciosos.



IV. RECOMENDACIONES.

A la Directora del Hospital:

1. A través de las diferentes Unidades, que en los Planes Anuales Operativos y Estratégicos, consideren acciones tendientes a proteger el Medio Ambiente, tales como: objetivos, metas, políticas, programas, acciones e indicadores ambientales.
2. Se elabore y presente al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales a la mayor brevedad posible el Diagnóstico Ambiental del Hospital, para su aprobación.
3. Exigir al Equipo de Infecciones Nosocomiales, ejercer las visitas diarias a los diferentes servicios hospitalarios y Laboratorio Clínico, quienes deberán presentar, informes de las mismas.
4. Que el programa de trabajo del Equipo de Infecciones Nosocomiales incluya procedimientos que contribuyan a minimizar riesgos de contraer enfermedades a pacientes que ingresen por primera vez al Hospital.

Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.

5. Exija el uso de bolsas de plástico impermeable, polietileno de baja densidad con un espesor pelicular entre 0.08 y 0.10 mm. Asimismo que éstas, tengan el símbolo universal de peligrosidad en cada bolsa roja a utilizar para el manejo de los desechos hospitalarios.
6. Se provea al Servicio de Laboratorio Clínico de los extintores de fuego y recipientes con arena que sirvan como sistemas de seguridad para incendios o para derrames químicos; asimismo, se instale una regadera de presión para ser utilizada en caso que el personal sufra de contaminación con productos de cualquier naturaleza.
7. Se implemente la colocación de símbolos y señales en las diferentes áreas, equipos, recipientes, materiales, puertas que representen riesgos químicos o de sustancias infecciosas, del Servicio de Laboratorio Clínico.
8. Se elabore y presente a la UNRA el Programa de Garantía de Calidad para su implementación en el Servicio de Radiología e Imágenes.
9. Se soliciten e instalen en el Servicio de Radiología e Imágenes, equipos detectores de radiaciones ionizantes y así cumplir con el Programa de Seguridad y Protección Radiológica.
10. Se dote al personal que labora en el Servicio de Radiología e Imágenes, a los pacientes y acompañantes, los implementos de protección necesarios, durante las prácticas de radiología.
11. Se lleven los registros de historiales dosimétricos en forma secuencial, acumulativa y actualizada del personal que labora en el Servicio de Radiología e Imágenes.
12. Se preparen e impartan capacitaciones para las diferentes áreas o unidades, relacionadas con los aspectos medioambientales hospitalarios, a fin de que las personas que laboran en el Hospital, sean capaces de proteger el medio ambiente.
13. Se verifique el estricto cumplimiento de lo que estipula el Manual de Procedimientos Operativos para la Prevención y Manejo de Infecciones Nosocomiales.
14. Se gire instrucciones al Conserje, a efecto de que se realice periódica y constantemente el mantenimiento y limpieza de las instalaciones del centro de acopio temporal de los desechos comunes; además, se tomen las medidas necesarias a fin de evitar que la cocina del Hospital y la cafetería



Corte de Cuentas de la República

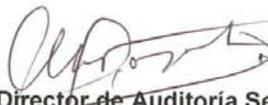
El Salvador, C.A.

que funciona dentro del mismo, se ubiquen muy cercano a donde se encuentra el referido centro de acopio.

15. Se construya el sistema de drenaje adecuado, en el centro de acopio, para evitar contaminación y así minimizar el riesgo de epidemias.
16. Se realice las gestiones necesarias a efecto de establecer un sistema de tratamiento de aguas residuales que permita, drenar dichas aguas ya tratadas a un cuerpo receptor, con el grado de contaminación, que no sobrepasen la norma.
17. Se gestione ante las autoridades superiores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la construcción del centro de acopio temporal para los desechos bioinfecciosos.

San Salvador, 31 de octubre de 2006.

DIOS UNION LIBERTAD.


**Director de Auditoría Seis
Sector Medio Ambiente.**

