



CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



MARA PRIMERA DE PRIMERA INSTANCIA DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA. San Salvador, a las nueve horas con quince minutos del día trece de marzo de dos mil nueve.

El presente Juicio de Cuentas No. C.I-031-2007, ha sido promovido en contra de los señores: Doctor. **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Director; Licenciada **Ana Cecilia Cruz Flores**, Encargada de Farmacia; Licenciado. **Juan Gabriel Hernández Romero**, Coordinador de Recursos Humanos; Licenciada. **Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en este proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy**, Técnico en Radiología, Ingeniero. **José Reinaldo Salgado Castillo**, conocido en este proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo**, Jefe del Departamento de Mantenimiento; Licenciado. **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, Jefe de Laboratorio Clínico; **José Mauricio Ganuza**, conocido en este proceso como **José Mauricio Ganuza**, Coordinador de Servicios Generales; y Licenciada **Lorena Marroquín**, Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos. Quienes actuaron en el **Hospital Nacional de Jiquilisco, Departamento de Usulután**, durante el período auditado comprendido del **uno de enero del dos mil cinco al treinta de junio de dos mil seis**.

Han intervenido en esta Instancia los señores: Doctor. **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Licenciada **Ana Cecilia Cruz Flores**, Licenciado. **Juan Gabriel Hernández Romero**, Licenciada. **Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en este proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy**, Ingeniero **José Reinaldo Salgado Castillo**, conocido en este proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo** Licenciado. **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, **José Mauricio Ganuza**, conocido en este proceso como **José Mauricio Gamuza**, y la Licenciada **Lorena Marroquín**; por derecho propio; Licenciada **Ana Zulman Guadalupe Argueta de López**, Licenciada **Magna Berenice Domínguez Cuellar**, en calidad de Agentes Auxiliares y en Representación del Fiscal General de la República.

LEÍDOS LOS AUTOS; Y

CONSIDERANDO:

D).- A las once horas con diez minutos del día veintiocho de junio del dos mil siete, esta Cámara emitió la resolución donde se tuvo por recibido el Informe de Auditoría de gestión ambiental, contenido en el Expediente No. 031-2007, procedente de la Unidad Receptora y Distribuidora de Informes de Auditoría de esta Institución, el cual fue practicado por la Dirección de Auditoría Seis, Sector Medio Ambiente de esta Corte de Cuentas, al **Hospital Nacional de Jiquilisco, Departamento de Usulután**, según consta a fs.85 del presente proceso. En la resolución antes mencionada se ordenó iniciar el Juicio de Cuentas, y elaborar el Pliego de Reparos correspondiente, tal como lo establece el Art. 66 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, en relación con el Art. 4 del Reglamento Para la Remisión de Informes de Auditoría a las Cámaras de Primera Instancia; la cual se notificó al Fiscal



General de la República como consta a fs. 91 para que se mostrara parte en el presente proceso. A las once horas con diez minutos del día veintinueve de junio de dos mil siete, esta Cámara emitió el Pliego de Reparos No. C.I. 031-2007, agregado de fs.86 a fs 90, conteniendo **Reparo Único Con Responsabilidad Administrativa**, conformado por Veintisiete Literales de la A a la Y, según el detalle siguiente: Literal A) Hallazgo No.1, titulado **“No se han elaborado Manuales de Bioseguridad y Técnico administrativos”** Se comprobó que los servicios hospitalarios apoyo, y ambulatorio del Hospital, no cuentan con manuales de bioseguridad y técnicos administrativos que les permitan regular y reglamentar las actividades y procesos del Hospital en materia de medio ambiente que les permita contribuir a la protección de sus empleados y pacientes en general. Contraviniendo con lo establecido en el Art. 120 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Literal B) Hallazgo No. 2, titulado **“No se programaron ni ejecutaron capacitaciones relacionadas con aspectos de medio ambiente para todo el personal de la entidad”** Se comprobó que la Administración del Hospital, no impartió al personal capacitaciones relacionadas con las medidas de higiene seguridad y saneamiento que contribuyan con el medio ambiente y que les permita manejar adecuadamente todos aquellos procesos y actividades de la entidad, en forma eficiente. Contraviniendo lo establecido en el Art. 127 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Literal C) Hallazgo No. 3, titulado **“Falta de mantenimiento en Sala de Operaciones, Pasillo de Pediatría y Tanques de Captación de Agua Potable”**. Mediante inspección física realizada se comprobó que en la Sala de de Operación, se filtra el agua cuando llueve; el pasillo que de Pediatría conduce a Encamados, esta deteriorado; y que el tanque de captación de agua potable, se encuentra sucio. Contraviniendo con lo establecido en al Art. 80 del Reglamento de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Literal D) Hallazgo No. 4, titulado **“No se cuenta con un programa de Garantía de Calidad en el Servicio de Radiología”** Se comprobó que el servicio de radiología, no cuenta con, un Programa de Garantía de Calidad que coadyuve a que en dicho servicio se cumpla con los requisitos específicos relacionados con la protección y seguridad radiológica de la instalación y equipo. Contraviniendo con lo establecido en el Art. 44 del Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, emitido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Literal E) Hallazgo No. 5, titulado **“Planes Anuales Operativos no contienen acciones orientados a proteger el Medio Ambiente,”** Se comprobó que los planes anuales del período del 1 de enero de 2005 al 30 de junio de 2006 con que cuenta el hospital no contienen acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente, ni mucho menos estipulan objetivos metas políticas e indicadores ambientales, que se relacionen o definan la gestión que la entidad debe efectuar. Contraviniendo con lo establecido en el Art. 4 de la Ley de Medio Ambiente y Recursos Naturales. Literal F) Hallazgo No. 6, titulado **“Proceso inadecuado en la disposición final de los desechos hospitalarios”** comprobamos que los desecho comunes e infecciosos son depositados en fosas comunes dentro del mismo hospital sin que exista un verdadero tratamiento que permita minimizar el riesgo de contaminación del medio ambiente. Contraviniendo El convenio ALA 91/33 Manual para Personal Medico y Enfermería, en su parte 3, capítulo 1 y Art. 30 del Reglamento Especial en Materia de Sustancia



Residuos y Desechos Peligrosos. Literal G) Hallazgo No. 7 titulado **“Falta de vigilancia en el cumplimiento de normativa vigente, para las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios”** Se comprobó que la administración del Hospital durante el período sujeto a examen no efectuó vigilancia que permitiera garantizar el fiel cumplimiento de las normas relacionadas con el manejo de los desechos hospitalarios en los que se refiere a separación, almacenamiento, recolección, transporte interno, tratamiento y eliminación final de dichos desechos. Contraviniendo con el numeral 3 de la sección “APLICACIÓN” del Reglamento Interno de los Desechos Hospitalarios del Hospital. Literal H) Hallazgo No. 8, titulado **“No se ha elaborado Diagnostico Ambiental del Hospital”** Se comprobó que el Hospital no cuenta con un diagnostico Ambiental, por lo que carece del respectivo programa de adecuación, ambiental que deberán presentarse al Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales para ser aprobados. Contraviniendo con lo establecido en el Art. 107 de la Ley del Medio Ambiente y Recursos Naturales. Literal I) Hallazgo No. 9, titulado **“Deficiencia sobre existencia de medicamentos vencidos”** Mediante inspección física a la Farmacia del Hospital Nacional de Jiquilisco, comprobamos lo siguiente: a) No se cuenta con un inventario de medicamentos; b) Almacenamiento inadecuado, ya que están depositados en el piso, expuesto a la humedad del mismo; c) No cuenta con la respectiva autorización para su destrucción; d) No posee permiso ambiental; e) No existe verificación por parte del Inspector de Salud Ambiental, sobre el proceso de separación, envasado, almacenamiento, tratamiento y disposición final de dichos medicamentos. Contraviniendo con la Resolución Ministerial Número 756 de fecha 16 de diciembre de 2002 y Números. 1, 2.4, 5, 8 y 10. Literal J) Según hallazgo No. 10, titulado **“Quema de desechos naturales forestales y basura.”** Se comprobó que las áreas verdes del Hospital son utilizadas para la quema de desechos naturales, forestales y basura, lo que incrementa la contaminación del Medio Ambiente. Contraviniendo con lo establecido en el Art. 42 de la Ley de Medio Ambiente y Recursos Naturales. Literal K) Según hallazgo No. 11, titulado **“Servicio de Laboratorio Clínico carece de Equipos de Protección Colectivos; y símbolos y señales que adviertan sobre peligros de contaminación”** Se constatò que en el Hospital no cuenta con la simbología y señales que orienten sobre las áreas de circulación y adviertan sobre peligros de contaminación; ni mucho menos extintores y baldes con arena para que se puedan utilizar como sistema de seguridad en caso de incendios o derrames químicos, ni se ha instalado una regadera de presión para el personal en caso de accidente. Contraviniendo con lo establecido en el Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su Romano III literal e) y Romano IX literal a). Literal L) Según hallazgo No.12, titulado **“No se efectúa segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos y comunes”** El auditor responsable Comprobó que en los diferentes servicios que brinda el Hospital no se efectúan segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos, ya que se usan los depósitos indistintamente dejándose los desechos bioinfecciosos en bolsas negras y rojas comunes. Contraviniendo con lo establecido en el Programa Regional de Desechos Sólidos Hospitalarios, Convenio ALA 91/33, entre la Unión Europea y los Gobiernos Centroamericanos, Manual para personal Medico y de Enfermería en su parte II Capitulo 2. Literal LL) Según hallazgo No. 13, titulado **“No se realiza**



etiquetado, para identificar los desechos bioinfecciosos” Se comprobó que la bandeja que contiene los desechos sólidos no son etiquetados una vez que son retirados los desechos bioinfecciosos del centro de acopio. Contraviniendo con el Convenio ALA 91/33, entre la Unión Europea y los Gobiernos Centroamericanos, Manual para personal Médico y de Enfermería en su parte II Capitulo 2. Literal M) Según hallazgo No. 14, titulado **“No se cuenta con un sistema de Tratamiento de Aguas Residuales”** Se comprobó que El Hospital no cuenta con 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 y sala de operaciones, por lo que vierten a una quebrada que conduce al río El Paso y a su vez desemboca en el Océano Pacífico lo cual está contribuyendo a la contaminación. Contraviniendo con lo establecido en el Art. 67 del Código de Salud y el Art. 7 del Reglamento Especial de Aguas Residuales, como también el Art. 51 del Reglamento General sobre Seguridad y Higiene en los Centros de Trabajo y Art. 72 de la Ley de Medio Ambiente y Recursos Naturales. Literal N) Según hallazgo No.15 titulado. **“Personal que labora en el servicio de Laboratorio Clínico, no utiliza equipo de protección individual”** Los auditores comprobaron que el personal de servicio de Laboratorio Clínico, no cuenta con equipo de seguridad y protección tales como guantes, mascarillas anteojos protectores, gorras y gabachas durante el desarrollo de sus actividades. Incumpliendo con lo establecido en el Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, según Resolución Ministerial No. 858 Romano VI, y Romano X numeral 1 y 3. Literal Ñ) Según hallazgo No. 16, titulado **“Material desechable utilizado en laboratorio Clínico no es desinfectado, previo a su eliminación”** Se comprobó que el material que es utilizado en el Laboratorio Clínico no es desinfectado lo que pone en peligro la Salud del personal que lo manipula. Contraviniendo con el Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 2067 Romano XIII, literal b). Literal O) Según hallazgo No. 17, titulado **“Falta de programa de mantenimiento preventivo de los Equipos de Laboratorio Clínico”** .Se comprobó que los equipos de Laboratorio clínico no cuenta con un programa de mantenimiento preventivo debido a que existe equipo deteriorado e inservible, como lo es el Autoclave y el Aire Acondicionado. Contraviniendo el Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según resolución Ministerial No. 2067 Romano III Literal a). Literal P) Según hallazgo No. 18, titulado **“Falta de Monitoreo a refrigeradores del Laboratorio Clínico”** Se comprobó que el servicio de Laboratorio Clínico no monitorea la temperatura de refrigeradoras las cuales se encuentran en uso dentro del referido laboratorio. Incumpliendo con lo establecido en El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 2067 Romano III literal f) Literal Q) Según hallazgo No. 19, titulado **“Personal de Laboratorio Clínico no ha sido vacunado adecuadamente”** Se comprobó que el personal de Laboratorio Clínico no ha sido vacunado adecuadamente, mediante la revisión de expedientes. Contraviniendo con El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 2067 Romano III,



Literal b). Literal R) Según hallazgo No. 20, titulado “**Carencia del Plan de Gestión para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios**” Mediante inspección realizada se constato que la unidad encargada de realizar la limpieza, no cuenta con planes de gestión para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios. Contraviniendo con lo establecido en el convenio ALA 91/33 en su parte 3, Capítulo 1. Literal S) Según Hallazgo No. 21, titulado “**Bolsas inadecuada para la segregación de los desechos bioinfecciosos, además no llevan el símbolo biopeligroso.**” Mediante inspección física realizada por los auditores a los diferentes servicios del hospital se comprobó que no cuenta con las bolsas adecuadas para los desechos bioinfecciosos y que también carecen de simbología de peligrosidad y el espesor y resistencia y el material opaco para impedir la visibilidad. Contraviniendo con lo establecido en el Reglamento Interno para el Manejo de los desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco en el párrafo tercero página 8. Literal T) Según hallazgo No. 22, titulado “**Falta de Equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imagen.** Se comprobó que el hospital no cuenta con equipo detectores de radiaciones ionizantes y que están expuestos los usuarios y el medio ambiente en general. Contraviniendo con lo establecido en el Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica Art. 51. Literal U) Según hallazgo No. 23 titulado “**El Permiso de Operación de la Unidad de Radiología se encuentra vencido**” Se constato que el permiso de la unidad de radiología se encuentra vencido el cual tuvo vigencia hasta el 28 de mayo de 2006. Contraviniendo lo establecido en el Reglamento Especial de protección y Seguridad Radiológica, Capítulo II Categoría I y II, Art. 7 Categoría I y II Literal b) como también el mismo reglamento en el Capítulo V. Art. 57 literal b) y el permiso de operaciones otorgado al hospital por el Director General de Salud numeral 23). Literal V) Según hallazgo No. 24, titulado “**Carencia de Programas de Salud Ocupacional**” El comité encargado de los desechos hospitalarios no cuenta con programas de salud ocupacional, para que minimice los riesgos de contaminación a que están expuestas todas las personas que laboran en el hospital. En contravención con lo establecido en el Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco Numero 3. Literal W) Según Hallazgo No. 25, titulado “**Carencia de ruta interna de transporte de desechos sólidos hospitalarios**” Se comprobó que la administración del hospital no cuenta con un programa interno de transporte de desechos sólidos hospitalarios además el personal que transporta los desechos no utiliza equipo de protección. En contravención con lo establecido en el Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco en el apartado Recolección y transporte interno. Literal X) Según Hallazgo No. 26, titulado “**Recipientes para objetos punzo cortantes no son rotulados**” Mediante Inspección se comprobó que los recipientes donde se depositan los objetos corto punzantes no son rotulados. En contravención con lo establecido en el Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco en el apartado Almacenamiento y Características de los recipientes. Literal Y) Según Hallazgo No. 27 “**Falta de registro de temperatura controlada en la Unidad de Farmacia**” Mediante inspección a la Unidad de Farmacia se comprobó que cuenta con una refrigeradora casera, pero que no realizan el registro diario de dicho equipo a fin de mantener controlada la temperatura de los medicamentos, estupefacientes psicotrópicos y otros. Incumpliendo con lo establecido en el



Instructivo Básico para el Manejo, Uso Control y Almacenamiento de medicamentos, Estupefacientes, Sicotrópicos y Otros agregados, emitidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Romano VI. El pliego de reparo antes relacionado fue notificado a la Fiscalía General de la República, según consta a fs. 92 y a los servidores actuantes, quienes quedaron debidamente emplazados según consta de fs. 93 a fs. 100, del presente proceso.

II). A fs. 101 se encuentra el escrito presentado por la Licenciada **Ana Zulman Guadalupe Argueta de López**, quien actúa en su calidad de Agente Auxiliar y en Representación del Fiscal General de la República, personería que es legítima y suficiente, según Credencial agregada a folios 102, emitida por el Licenciado Miguel Angel Hernández Rivas, Director de la Defensa de los Intereses del Estado y la certificación de la resolución número 300, agregada a fs. 103, emitida por el Licenciado Aquiles Roberto Parada Viscarra Secretario General, ambos de la Fiscalía General de la República, donde la facultan para que intervenga en el presente proceso. A fs. 214 se admitió dicho escrito y se le tuvo por parte en el presente juicio de cuentas de conformidad con el Art. 66 Inciso segundo de la Ley de la Corte de Cuentas de la República. A fs. 236 se encuentra el escrito presentado por la Licenciada **Magna Berenice Domínguez Cuellar**, quien actúa en su calidad de Agente Auxiliar y en Representación del Fiscal General de la República, personería que es legítima y suficiente, según Credencial agregada a folios 237, emitida por la Licenciada Adela Sarabia, Directora de la Defensa de los Intereses del Estado, donde la facultan para que intervenga en el presente proceso en sustitución de la Licenciada Ana Zulman Guadalupe Argueta de López. Por auto de folios 264 se admitió dicho escrito, y además se les tuvo por parte en el presente proceso, en sustitución de la Licenciada Argueta de López.

III-) Al hacer uso del Derecho de defensa que la ley les confiere, los servidores actuantes al contestar el pliego de reparo según escrito agregado de fs. 104 a fs. 122 con documentación anexa agregada de fs. 123 a fs. 213, suscrito por los señores: Doctor. **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Licenciada **Ana Cecilia Cruz Flores**, Licenciado. **Juan Gabriel Hernández Romero**, Licenciada. **Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en este proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy**, Ingeniero. **José Reinaldo Salgado Castillo**, conocido en este proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo** Licenciado. **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, **José Mauricio Ganuza**; conocido en este proceso como **José Mauricio Gamuza**; y Licenciada **Lorena Marroquín**, quienes en lo medular manifestaron lo siguiente: ““““- Con relación al hallazgo número 1 “No se han elaborado manuales de bioseguridad y técnico administrativos” Para tal observación el hospital ha elaborado el reglamento interno del manejo de los desechos hospitalarios, así como el manual respectivo que van orientados al manejo de los desechos a la bioseguridad y conservación del medio ambiente.(anexo 1 y anexo 2). Hallazgo N° 2 “No se programaron ni ejecutaron capacitaciones relacionadas con aspectos del medio ambiente para todo el personal de la entidad”. Para esta observación si se ejecutaron actividades extramurales e intramurales que se orientaron al manejo de los desechos y a la conservación del medio ambiente, anexamos



invitaciones y planillas de asistencia. (Anexo número 3). Hallazgo N° 3. “Falta de mantenimiento en Sala de Operaciones, Pasillo de Pediatría y Tanques de Captación de Agua Potable”. Para este reparo demostramos gráficamente los lugares que fueron observados con su mantenimiento y reparación respectiva: Reparación de pared en sala de operaciones, Limpieza y reparación del cielo falso del pasillo al servicio de pediatría, Mantenimiento, reparación y pintura del tanque de captación de agua potable del hospital. Hallazgo N° 6. “Proceso inadecuado en la disposición final de los desechos hospitalarios” Para el siguiente hallazgo presentamos las pruebas siguientes en fotografía. Fotografía en que muestra el campo al aire libre donde anteriormente existían las fosas comunes donde eran depositados los desechos. Actualmente compra de los servicios del manejo final de los desechos sólidos. Hallazgo N° 7. “Falta de vigilancia en el cumplimiento de normativa vigente, para las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios” Para este hallazgo demostramos el cumplimiento y aplicación de la norma, para las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios. N° 1 Separación, N° 2 Recolección. N° 3. Transporte Interno. N° 4 Almacenamiento, N° 5 Eliminación final. N° 6 Transporte para eliminación final. Hallazgo N° 8. No se ha elaborado Diagnostico Ambiental del Hospital” Para este hallazgo anexo nota de remisión en la que demuestra el envío del diagnostico ambiental del hospital al Ministerio del Medio Ambiente, pendiente su aprobación por Medio Ambiente. (Anexo N° 4). Hallazgo N° 9. Deficiencia sobre existencia de medicamentos vencidos” Se cuenta con un inventario de medicamento vencido. (Anexo N° 5), y con respecto al almacenamiento se ha asignado un espacio físico que demuestra en la fotografía que ya no está expuesto al medio ambiente, está sobre tarima y debidamente etiquetado. Anexo fotografía.. La fotografía demuestra los espacios donde se almacenaba los medicamentos vencidos y que actualmente han sido trasladados a un lugar apropiado. Medicamento vencido, embolsado etiquetado y almacenado sobre tarimas. Hallazgo N° 10. Quema de desechos naturales forestales y basura. Para tal hallazgo anexo prohibiciones giradas por esta dirección a personal de servicios generales (anexo N° 6) al encargado de conservación y mantenimiento (anexo N° 7); así como nota de enterado de cada uno de los ordenanzas de este hospital (anexo N° 8). Hallazgo N° 11. Servicio de Laboratorio Clínico carece de Equipos de Protección Colectivos; y símbolos y señales que adviertan sobre peligros de contaminación” Para este hallazgo como prueba presentamos las siguientes fotografías. Personal de laboratorio laborando con equipo de protección; Señalización de peligro de contaminación y áreas de circulación; Señalización y áreas de peligro y contaminación, Señalización de peligro de contaminación y áreas de circulación; Extintor de incendios en el área de laboratorio. Hallazgo N° 12. No se efectúa segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos y comunes” En este se demuestra el cumplimiento con las siguientes fotografías: Segregación adecuada de los desechos comunes. Y bio-infecciosos. Hallazgo N° 13. No se realiza etiquetado, para identificar los desechos bioinfecciosos” para este hallazgo se demuestra con la siguiente fotografía: Bandeja de desechos bioinfecciosos etiquetado, así como la bolsa donde es retirado y depositado en el centro de acopio. Hallazgo N° 15. “Personal que labora en el servicio de Laboratorio Clínico, no utiliza equipo de protección individual” Para este hallazgo se demuestra la siguiente fotografía: Personal de laboratorio utilizando equipo de protección. Hallazgo N° 16. “Material desechable utilizado en



laboratorio Clínico no es desinfectado, previo a su eliminación” Para este hallazgo se demuestran las siguientes fotografías..... El material de vidrio y plástico reutilizable contaminado se deja por mas de 30 minutos con Hipoclorito de Sodio al 0.5% antes de ser lavado por el personal de servicios generales. Hallazgo N° 17. **Falta de programa de mantenimiento preventivo de los Equipos de Laboratorio Clínico**” Para este hallazgo anexamos orden de trabajo y el plan preventivo de los equipos. (Anexo N° 9 y 10). Hallazgo N° 18. Falta de Monitoreo a refrigeradores del Laboratorio Clínico”. Para este hallazgo se anexa fotografía del termómetro dentro del refrigerador y su respectiva hoja de lectura. (Anexo N° 11). Hallazgo N° 19. “Personal de Laboratorio Clínico no ha sido vacunado adecuadamente” Para este hallazgo recursos humanos ha proporcionado el listado del personal de laboratorio que ha sido vacunado. (Anexo n° 12). Hallazgo N° 20. “Carencia del Plan de Gestión para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios” Este hallazgo se sustenta con el anexo n° 2. Hallazgo N° 21. Bolsas inadecuada para la segregación de los desechos bioinfecciosos, además no llevan el símbolo bio-peligroso.” Para este hallazgo se muestran las siguientes fotografías: Rotulación y bolsas según desechos. Segregación adecuada y bolsa rotulada. Hallazgo N° 22. “Falta de Equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imagen. Esta observación va relacionada a que este centro hospitalario no cuenta con detectores de radiaciones ionizantes, mas sin embargo es de hacer notar de que a pesar de eso contamos con el permiso de la Unidad Normativa de Radiaciones (UNRA) y no ha destacado la falta de estos insumos aun siendo estos los expertos en el manejo de radiaciones; asi como también la CIAN-FIA, que es el Centro de Investigaciones y Aplicaciones nucleares de la facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de El Salvador no se ha pronunciado por la falta de estos aparatos en el departamento de radiología de este Hospital, siendo estos los únicos que hacen lectura dosimétrica en El salvador. Me parece que en esta observación no ha tomado en cuenta las dos instituciones arriba antes mencionadas, para dar mayor tecnicismo a lo solicitado. Hallazgo N° 23. “El Permiso de Operación de la Unidad de Radiología se encuentra vencido” Para este hallazgo anexo la autorización para la práctica de equipos con Rayos X. (Anexo n° 13), así como también el permiso de operación vigente hasta el año 2008. (Anexo N° 14). Hallazgo N° 25. “Carencia de ruta interna de transporte de desechos sólidos hospitalarios”. Para este hallazgo se anexa las fotografías de rutas donde está señalizada la evacuación de los desechos hospitalarios. Hallazgo N° 26. Recipientes para objetos punzo cortantes no son rotulados” Para esta observación anexamos las fotografías siguientes, con su etiqueta correspondiente. Hallazgo N° 27. Falta de Registro de Temperatura controlada en la unidad de farmacia. Para este hallazgo anexamos fotografía que demuestra el termostato en al refrigeradora de farmacia, así como se anexa la hoja de control de temperatura de farmacia. (Anexo N° 15).. Por auto de folios 214, se tuvo por admitido el escrito antes relacionado, se les tuvo por parte en el presente proceso en el carácter en que comparecieron, quienes contestaron en los términos expuestos el Pliego de Reparación N° C.I . 031-2007; base legal del presente juicio.

IV- En cumplimiento a lo establecido en el Art. 69 Inciso Tercero de la Ley de la Corte de Cuentas de la república, por auto de fs. 214, se le concedió audiencia al Fiscal General de la Republica por el

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



termino de ley para que se pronunciara en el presente proceso, acto procesal que fue evacuado por la Licenciada Ana Zulman Guadalupe Argueta de López, en su calidad de agente auxiliar y representante del Fiscal General de la Republica, quien en su escrito agregado a fs. 217 manifestó lo siguiente: “”Como puede observarse honorables jueces, en el presente Juicio de Cuentas los cuentadantes presentaron escritos con el objeto de desvanecer las responsabilidades impuestas en concepto de Responsabilidad Administrativa, escritos que no poseen la fuerza suficiente para desvanecer dicha responsabilidad, y considerando que en lo fundamental esta responsabilidad se da, ya que al momento de la auditoría los funcionarios o cuentadantes no cumplieron con lo estipulado en los artículos cincuenta y cuatro de la Ley de la Corte de Cuentas de la Republica, el cual es claro al establecer que esa responsabilidad se da por inobservancia de las disposiciones legales y reglamentarias y por el incumplimiento de sus atribuciones, facultades, funciones y deberes o estipulaciones, que les competen por razón de su cargo a los funcionarios; este articulo relacionado con el sesenta y uno de la misma ley, el cual establece que los servidores actuantes serán responsables no solo por sus acciones sino cuando dejen de hacer lo que les obliga la ley o las funciones de su cargo; por lo que los señores reparados deben ser condenados al pago de la multa correspondiente en concepto de Responsabilidad Administrativa. Por auto de folios 218 se tuvo por evacuada en tiempo la audiencia conferida al Fiscal General de la República, y en el párrafo último del mismo auto, de conformidad a lo establecido en el Art. 69 de la Ley de la Corte de Cuentas, se ordenó que se emitiera la sentencia correspondiente.

V- Esta Cámara para efectos de mejor proveer, garantizar el derecho de defensa y comprobar los alegatos presentados por los servidores Actuantes, a fs. 223 ordenó realizar inspección en los siguientes hallazgos: Hallazgo No. 3, titulado “**Falta de mantenimiento en Sala de Operaciones, Pasillo de Pediatría y Tanques de Captación de Agua Potable**; Hallazgo No. 4, titulado “**No se cuenta con un programa de Garantía de Calidad en el Servicio de Radiología**”; Hallazgo No. 6, titulado “**Proceso inadecuado en la disposición final de los desechos hospitalarios**” Hallazgo No. 7 titulado “**Falta de vigilancia en el cumplimiento de normativa vigente, para las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios**”; Hallazgo No. 8, titulado “**No se ha elaborado Diagnostico Ambiental del Hospital**; Hallazgo No. 9, titulado “**Deficiencia sobre existencia de medicamentos vencidos**”; hallazgo No. 10, titulado “**Quema de desechos naturales forestales y basura.**”; hallazgo No. 11, titulado “**Servicio de Laboratorio Clínico carece de Equipos de Protección Colectivos; y símbolos y señales que adviertan sobre peligros de Contaminación**; hallazgo No.12, titulado “**No se efectúa segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos y comunes**”; hallazgo No. 13, titulado “**No se realiza etiquetado, para identificar los desechos bioinfecciosos**; hallazgo No. 14, titulado “**No se cuenta con un sistema de Tratamiento de Aguas Residuales**”; hallazgo No.15 titulado. “**Personal que labora en el servicio de Laboratorio Clínico, no utiliza equipo de protección individual**”; hallazgo No. 16, titulado “**Material desechable utilizado en laboratorio Clínico no es desinfectado, previo a su eliminación**”; hallazgo No. 18, titulado “**Falta de Monitoreo a refrigeradores del Laboratorio Clínico**” hallazgo No. 19, titulado “**Personal de Laboratorio Clínico no ha sido vacunado**”



adecuadamente”; Hallazgo No. 21, titulado “Bolsas inadecuada para la segregación de los desechos bioinfecciosos, además no llevan el símbolo biopeligroso.”; hallazgo No. 22, titulado “Falta de Equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imagen; Hallazgo No. 25, titulado “Carencia de ruta interna de transporte de desechos sólidos hospitalarios”; Hallazgo No. 26, titulado “Recipientes para objetos punzo cortantes no son rotulados” Hallazgo No. 27 “Falta de registro de temperatura controlada en la Unidad de Farmacia” por lo que en el mismo auto se libró oficio a la Coordinación General de Auditoría de esta Corte solicitando un listado de auditores con conocimientos académicos sobre gestión ambiental y nombrar a uno de ellos en calidad de apoyo técnico para que junto con esta cámara se realizará inspección; a fs 228 se encuentra la resolución en la cual ésta cámara nombró como apoyo técnico al **Dr. Roberto Martínez Almendares**, señalándose en el mismo auto el lugar día y hora para la respectiva audiencia de inspección. De fs. 238 a fs. 239, se encuentra el acta levantada en el hospital nacional de Jiquilisco, resultado de la diligencia antes mencionada.

VI. Por auto de folios 264, se concedió nuevamente audiencia a la Fiscalía General de la República, por el término de ley para que se pronunciara en el presente proceso, acto procesal que fue evacuado por la Licenciada **Magna Berenice Domínguez Cuellar**, en su calidad de agente auxiliar y representante del Fiscal General de la República, quien en su escrito agregado de fs. 267 a fs. 268 manifestó lo siguiente: Que fui notificada de resolución de las catorce horas cuarenta y cinco minutos del día veinticinco de febrero en el cual se me concede audiencia de conformidad al artículo sesenta y nueve inciso tercero de la Ley de la Corte de Cuentas de la república de lo cual manifiesto: Que según reparo único Responsabilidad Administrativa A) Hallazgo uno no se han elaborado manuales de bioseguridad y Técnico Administrativo” B) No se programaron ni ejecutaron capacitaciones relacionadas con aspectos de Medio Ambiente para todo el personal de la entidad” C) Hallazgo cinco “ Planes anuales operativos no contienen acciones orientadas a proteger el medio ambiente” O) Hallazgo numero diecisiete “falta de programa de mantenimiento preventivo de los equipos de laboratorio clínico”; R) Hallazgo número siete “ Carencia de plan de gestión para el mantenimiento preventivo de los desechos sólidos hospitalarios” en cuanto a dichos hallazgos la representación fiscal ya evacuó audiencia en la cual solicita se condene por la responsabilidad administrativa por incumplimiento a la legislación por lo cual se sostiene dicha opinión y deberá de condenarse de conformidad al artículo ciento siete de la Corte de Cuentas de la república; en cuanto a los reparos que a continuación se detallan fueron vistos en inspección de fecha veintitrés de febrero del presente año, en el cual estuvo presente el perito Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez, el cual pudo externar las situaciones que se cuestionaban y dio su criterio acerca de dichos hallazgos del cual son C) hallazgo número tres falta de mantenimiento en la sala de operaciones pasillo de pediatría y tanques de agua potable”; D) “No se cuenta con un programa de garantía de calidad de servicio de radiología”; f) Proceso inadecuado en la disposición final de los desechos hospitalarios” G)Falta de vigilancia en el cumplimiento de normativa para diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios”; H)” No se ha elaborado diagnostico ambiental del hospital” I) Deficiencia sobre existencia de medicamentos” J) Quema de desechos naturales forestales y basura” k)



“Servicio de laboratorio clínico carece de equipos de protección colectivos; y símbolos y señales que adviertan sobre peligros de contaminación L) No se realiza etiquetado para identificar los desechos bioinfecciosos; N) Personal que labora en el servicio de laboratorio clínico, no utiliza equipo de protección individual”; O) Material desechable utilizado en el laboratorio clínico”, P) Falta de monitoreo de refrigeradores del laboratorio clínico Q) Personal de laboratorio clínico no ha sido vacunado adecuadamente” S) Bolsas inadecuadas para segregación de los desechos bioinfecciosos, además no llevan el símbolo de biopeligroso; V) Carencia de ruta de transporte de desechos sólidos hospitalarios” W) Recipientes para objetos punzo cortantes no son rotulados” X) “Falta de registro de temperatura controlada en la Unidad de Farmacia. Según lo manifestado por el perito todos estos hallazgos han sido superados por la administración nacional del hospital de Jiquilisco, así mismo esta representación fiscal estuvo presente en tal inspección y pudo constatar que dichos hallazgos fueron en su caso superados en cada uno en específico, ya que algunos fueron reparados, rotulados y creado rutas de acceso para desechos, así mismo se creo un lugar para la clasificación de la basura; también fue requerido realizar procedimientos en su oportunidad por medio de documentos escritos para que la administración superior realice gestiones para que se cumplan los requerimientos hechos por el hospital nacional de Jiquilisco que hasta la fecha no lo ha realizado aun por lo que ya no es responsabilidad del hospital que no se cumpla; por lo que los hallazgos antes mencionados fueron desvanecidos en cuanto a los hallazgos L) Número doce “ no se efectúa segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos y comunes” y M) Número catorce no se cuenta con un sistema de tratamiento de aguas” Según el decir de el perito el doctor ya antes mencionado manifestó que el hallazgo L, se comprobó que aún no se efectúa una segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos; ya que se encontraron desechos bioinfecciosos en bolsas negras, las cuales son para desechos comunes; hay que hacer notar que esta representación fiscal estuvo presente en la inspección donde pudo comprobarse tal dicho; así mismo en el hallazgo M a la fecha no existe tratamiento de aguas residuales, sin embargo a través de la presentación del diagnostico ambiental ya existe gestión para superar esta deficiencia, por tal habiéndose realizado la gestión esperando que sea el fallo de este tribunal que les ayude a agilizar tal situación por los que en ambos casos no se desvanecen los hallazgos por lo que deberá procederse a responsabilizarlo administrativamente a la gestión del Hospital Nacional de Jiquilisco. Por auto de folios 269, se tuvo por evacuada en tiempo la audiencia conferida al Fiscal General de la República, y en el párrafo último del mismo auto, de conformidad a lo establecido en el Art. 69 de la Ley de la Corte de Cuentas, se ordenó que se emitiera la sentencia correspondiente.

VII-) Por todo lo antes expuesto de conformidad con el análisis lógico jurídico efectuado en el desarrollo del presente proceso a los escritos y pruebas presentadas por los servidores actuantes, la valoración del acta, resultado de la inspección realizada a los hallazgos descritos anteriormente, y la opinión vertida por la representación Fiscal, está Cámara para efectos de poder emitir un fallo debidamente justificado y apegado a derecho, estimó necesario tomar en cuenta las siguientes consideraciones: **D) En relación al Reparó Único con Responsabilidad Administrativa, Literal A) Hallazgo N°, titulado “No se han elaborado Manuales de Bioseguridad y Técnico**



administrativos” Se comprobó que los servicios hospitalarios apoyo, y ambulatorio del Hospital, no cuentan con manuales de bioseguridad y técnicos administrativos que les permitan regular y reglamentar las actividades y procesos del Hospital en materia de medio ambiente que les permita contribuir a la protección de sus empleados y pacientes en general. Al hacer uso de su derecho de defensa los servidores actuantes en su escrito, agregado de fs. 104 a fs. 122, manifestaron: Que han elaborado el reglamento interno del manejo de los desechos hospitalarios, así como el manual respectivo que van orientados al manejo de los desechos a la bioseguridad y conservación del medio ambiente, de fs. 123 a fs. 138 se encuentran agregadas las fotocopias certificadas del reglamento Interno para el manejo de los desechos hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco, que contiene las funciones del comité de manejo de desechos, la clasificación de los desechos, así como el manejo y tratamiento de los diferentes tipos de desechos que se producen en el hospital; y de fs. 139 a fs. 167 se encuentra agregado el manual para el manejo de los desechos bioinfecciosos comunes y especiales. En consecuencia esta cámara después de analizar la prueba presentada por los servidores actuantes estima *procedente declarar desvanecido este hallazgo. y liberar de la responsabilidad administrativa al Doctor. Gerardo Javier Cruz Meléndez. Literal B) Hallazgo N° 2.* El cual está relacionado a que la Administración del Hospital, no impartió al personal capacitaciones relacionadas con las medidas de higiene seguridad y saneamiento que contribuyan con el medio ambiente y que les permita manejar adecuadamente todos aquellos procesos y actividades de la entidad, en forma eficiente. Los servidores actuantes presentaron copia certificada de memorando donde se indican las fechas de las capacitaciones; y listados que comprueban la asistencia del personal a la capacitación sobre el manejo de los desechos sólidos hospitalarios, los que se encuentran agregados de fs. 168 a fs. 179, con las pruebas documentales aportadas se comprueba que si se programaron y ejecutaron las capacitaciones al personal. *En consecuencia esta cámara determina procedente desvanecer este hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez. Literal C) Hallazgo N° 3,* relacionado a que mediante inspección física realizada se comprobó que en la Sala de de Operación, se filtra el agua cuando llueve; el pasillo que de Pediatría conduce a Encamados, esta deteriorado; y que el tanque de captación de agua potable, se encuentra sucio. Al respecto los servidores actuantes presentaron fotografías de la reparación de la paredes en la sala de operaciones; de Limpieza y reparación del cielo falso que del pasillo de pediatría conduce a encamados; y del mantenimiento reparación y pintura del tanque de captación de agua potable del hospital, lo que efectivamente se pudo confirmar con la inspección realizada por esta Cámara el día veintitrés de febrero de dos mil nueve, junto con el Doctor Roberto Martínez Almendares, quien fue nombrado por esta Cámara como apoyo técnico para realizar dicha diligencia, comprobándose de esta manera las acciones tomadas por la administración del hospital, para superar este señalamiento. En consecuencia esta Cámara estima *procedente desvanecer este hallazgo y liberar de responsabilidad administrativa al Doctor. Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Ingeniero. José Reinaldo salgado Castillo, conocido en este proceso como José Reynaldo salgado Castillo. Literal D) Hallazgo N° 4,* titulado “**No se cuenta con un programa de Garantía de Calidad en el Servicio de Radiología**” Se comprobó que el servicio de radiología, no cuenta con, un Programa de Garantía de

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



Calidad que coadyuve a que en dicho servicio se cumpla con los requisitos específicos relacionados con la protección y seguridad radiológica de la instalación y equipo. Con la inspección realizada se tuvo a la vista el documento que contiene el programa de garantía de calidad, el cual es utilizado para cumplir con los requisitos específicos relacionados con la protección y seguridad radiológica.

Por lo que esta cámara estima procedente declarar desvanecido el presente hallazgo. Y liberar de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y a la Licenciada Alicia Bendaña Macias de Godoy, conocida en este proceso como Alicia Guadalupe Bendaña Macias de Godoy. Literal E) **Hallazgo N° 5**, relacionado a que los planes anuales del período del 01 de enero 2005 al 30 de junio de 2006, con que cuenta el hospital no contienen acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente, ni mucho menos estipulan objetivos metas políticas e indicadores ambientales, que se relacionen o definan la gestión que la entidad debe efectuar. Los servidores actuantes no argumentan nada en relación a este hallazgo, por lo que esta cámara de conformidad al Art.69 Inciso segundo de la Ley de la Corte de Cuentas, el que claramente establece que “cuando a juicio de la Cámara no estuvieren suficientemente desvanecidos los reparos, ésta pronunciará fallo declarando la responsabilidad administrativa o patrimonial o ambas en su caso, condenando al reparado a pagar el monto de su responsabilidad patrimonial y la multa correspondiente cuando se tratare de responsabilidad administrativa, quedando pendiente de aprobar su actuación en tanto no se verifique el cumplimiento de su condena” estima procedente **confirmar el presente hallazgo y declarar la responsabilidad administrativa consistente en una multa a imponer en el fallo de esta sentencia, de conformidad al Art. 54 y 107 de la ley de la Corte de Cuentas de la República, al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez.** Literal F) **Hallazgo N° 6**, el cual se refiere a que los desechos comunes e infecciosos son depositados en fosas comunes dentro del mismo hospital sin que exista un verdadero tratamiento que permita minimizar el riesgo de contaminación del medio ambiente. En relación a este hallazgo se comprobó mediante inspección física que ya no utilizan fosas comunes para la disposición final de desechos sólidos, ya que existe un lugar de acopio temporal de los desechos comunes y bioinfecciosos. Además tienen un contrato con la empresa que los recolecta y los transporta de acuerdo a las medidas pertinentes, evitando con ello la contaminación al medio ambiente. Por tanto en base a lo comprobado en la diligencia antes mencionada esta Cámara estima procedente **desvanecer este hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez.** Literal G) **Hallazgo N° 7**, relacionado a que la administración del Hospital durante el período sujeto a examen no efectuó vigilancia que permitiera garantizar el fiel cumplimiento de las normas relacionadas con el manejo de los desechos hospitalarios en los que se refiere a separación, almacenamiento, recolección, transporte interno, tratamiento y eliminación final de dichos desechos. Al hacer la inspección física se pudo comprobar entrevistando a personal de las diferentes áreas del hospital que estos conocen las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios y que efectivamente si existe separación, almacenamiento recolección y transporte interno de dichos desechos. En consecuencia esta cámara determina que es **procedente declarar desvanecido este hallazgo y liberar de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez.**



Literal H) **Hallazgo No. 8**, titulado “**No se ha elaborado Diagnostico Ambiental del Hospital**” Se comprobó que el Hospital no cuenta con un diagnostico Ambiental, por lo que carece del respectivo programa de adecuación, ambiental que deberán presentarse al Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales para ser aprobados. a fs. 180 se encuentra agregada una copia certificada de memorando con fecha veintitrés de febrero de dos mil cuatro, dirigida al Ministerio del Medio Ambiente, donde solicitan el permiso ambiental de acuerdo a lo estipulado por la ley del Medio Ambiente, adjuntando el documento Diagnostico situacional del manejo de los desechos sólidos, administrados por el Hospital Nacional de Jiquilisco, ubicado en el municipio de Jiquilisco, Departamento de Usulután, El salvador. C.A., así mismo en la inspección realizada mostraron copia de memorando enviado nuevamente al Ministerio del Medio Ambiente, con fecha diecinueve de febrero de dos mil nueve donde enviaron el diagnostico ambiental del hospital para su respectiva revisión y probación, agregado a fs. 256 de este proceso, con ello se comprueba que la dirección del hospital ha tomado acciones para superar esta deficiencia. En consecuencia de lo expuesto esta cámara considera que si existen gestiones por parte de la dirección del Hospital para la aprobación del diagnostico ambiental, por lo que considera *procedente desvanecer el presente hallazgo y liberar de la responsabilidad Administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez*. Literal I) **Hallazgo N° 9**, el cual se refiere a la deficiencia de medicamentos vencidos, comprobándose que la Farmacia del Hospital Nacional de Jiquilisco, a) No se cuenta con un inventario de medicamentos; b) Almacenamiento inadecuado, ya que están depositados en el piso, expuesto a la humedad del mismo; c) No cuenta con la respectiva autorización para su destrucción; d) No posee permiso ambiental; e) No existe verificación por parte del Inspector de Salud Ambiental, sobre el proceso de separación, envasado, almacenamiento, tratamiento y disposición final de dichos medicamentos. Mediante la inspección realizada por esta Cámara, junto con el Doctor Martínez Almendares, nombrado como apoyo técnico, por sus conocimientos en gestión ambiental, se comprobó que existen gestiones para la destrucción de los medicamentos vencidos, no obstante se verificó que estos se encuentran almacenados en el área de acopio temporal de los desechos bioinfecciosos, a fs. 247, se encuentra copia confrontada con original en la que el Ministerio de Salud da ingreso a la solicitud para el descargo de medicamentos vencidos y a la remisión del cuadro de dichos medicamentos, de fs. 249 a fs. 255 se encuentra la fotocopia que fue confrontada con su original del inventario de medicamentos vencidos, a fs. 258 se encuentra copia de memorando solicitando a la jefa de la Unidad Reguladora de Medicamentos e insumos Médicos la inspección del medicamento controlado que está incluido dentro de la cantidad de medicamentos a destruir. En vista de las exposiciones dadas y la inspección realizada al hospital esta Cámara considera que las acciones tomadas en relación a la destrucción de los medicamentos vencidos son suficientes para desvirtuar este hallazgo, además de ello ya no se encuentran tirados en el piso expuestos a la humedad, debido a que han sido embolsados etiquetados y almacenados sobre tarimas. Siendo para esta cámara procedente declarar desvanecido este *hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y a la Licenciada Ana Cecilia Cruz Flores*. Literal J) **hallazgo N° 10**, titulado “**Quema de desechos naturales forestales y basura.**” Se comprobó que las áreas verdes del Hospital son utilizadas para la quema de desechos

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



naturales, forestales y basura, lo que incrementa la contaminación del Medio Ambiente. Esta cámara mediante inspección física realizada al hospital el día veintitrés de febrero de dos mil nueve, comprobó que en dicho lugar ya no efectúan quemas de desechos naturales forestales y basura, sin embargo se constató que existen desechos comunes mezclados con hojarasca. Por las explicaciones dadas, resultado de la diligencia ordenada por ésta Cámara aunque en el lugar de la inspección se constató que había existencia de basura y desechos comunes, esta Cámara estima **procedente desvanecer este hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez**, debido a que el señalamiento está dirigido a la quema de desechos naturales forestales y basura en la áreas verdes del hospital. Literal K) **hallazgo N° 11**, el cual está relacionado a que el Hospital no cuenta con la simbología y señales que orienten sobre las áreas de circulación y adviertan sobre peligros de contaminación; ni mucho menos extintores y baldes con arena para que se puedan utilizar como sistema de seguridad en caso de incendios o derrames químicos, ni se ha instalado una regadera de presión para el personal en caso de accidente. Verificamos según inspección que si existen símbolos y señales que orientan sobre las áreas de circulación y adviertan sobre peligros de contaminación, así mismo se verificó la colocación de un extintor, en cuanto a la regadera de presión y baldes con arena, no se considera necesario debido a que el hospital utiliza cantidades mínimas de químicos, por ser un establecimiento de primer nivel de atención en salud, según normativa vigente. En consecuencia esta Cámara después de evidenciar y dejar plasmado en acta el resultado de la inspección **declara procedente desvanecer este hallazgo y absolver de responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez; y al Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco**. Literal L) **hallazgo N° 12**, el cual se refiere a que en los diferentes servicios que brinda el Hospital no se efectúan segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos, ya que se usan los depósitos indistintamente dejándose los desechos bioinfecciosos en bolsas negras y rojas comunes. Mediante la inspección realizada por esta Cámara, el día veintitrés de febrero de dos mil nueve, junto con el Doctor **Roberto Martínez Almendares**, nombrado por esta Cámara como apoyo técnico, Se comprobó que aun no se efectúa una segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos; ya que se encontraron desechos bioinfecciosos en bolsas negras, las cuales son para desechos comunes, siendo necesario que la administración del hospital imparta charlas para orientar y concientizar a los pacientes, sobre la importancia de depositar correctamente los desechos comunes y bioinfecciosos, ya que el lugar donde se observó la segregación no adecuada de dichos desechos fue en el área de consulta externa. En consecuencia de lo anterior **se confirma el presente hallazgo y se declara responsabilidad administrativa**, consistente en una multa a imponer en el fallo de esta sentencia, **de conformidad con los Arts. 54 y 107 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez; y al Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco**. LL) **hallazgo N° 13**, relacionado a que la bandeja que contiene los desechos sólidos no son etiquetados una vez que son retirados los desechos bioinfecciosos del centro de acopio. Se pudo comprobar que a la fecha de realizada la inspección que ésta Cámara ordenó para mejor proveer y garantizar el derecho de defensa de los servidores actuantes, que si existe etiquetado para identificar los diferentes tipos de



desechos sólidos hospitalarios, a Fs 259, se encuentra agregado el formato de etiquetas, presentado en la inspección y que son utilizadas para dicha identificación, además tuvimos a la vista las bolsas cerradas y etiquetadas. Por lo que esta cámara estima que las acciones tomadas por la dirección, constatadas mediante la diligencia mencionada son valederas, *siendo procedente declarar desvanecido este hallazgo y liberar de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco.* Literal M) **hallazgo N° 14**, titulado “No se cuenta con un sistema de Tratamiento de Aguas Residuales” Se comprobó que El Hospital no cuenta con 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 y sala de operaciones, por lo que vierten a una quebrada que conduce al río El Paso y a su vez desemboca en el Océano Pacífico lo cual esta contribuyendo a la contaminación. Mediante la inspección realizada al hospital se comprobó que a la fecha no existe un tratamiento de aguas residuales, sin embargo a través de la presentación del diagnóstico ambiental ya existe gestión para superar esta deficiencia, no obstante que se han iniciado acciones estas no son suficientes debido a que es un proceso bastante complejo para implementar el sistema de las aguas residuales, persistiendo la contaminación al medio ambiente generada por todos los fluidos producidos a través de las diferentes prácticas realizadas en el hospital y que tanto daño provoca a la población. Por lo antes expuesto se considera **procedente confirmar el presente hallazgo y declarar la responsabilidad administrativa, consistente en una multa, a imponerse en el fallo de la presente sentencia de conformidad con los Arts. 54 y 107 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, al doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez.** Literal N) **hallazgo No 15**, se refiere a que los auditores comprobaron que el personal de servicio de Laboratorio Clínico, no cuenta con equipo de seguridad y protección tales como guantes, mascarillas anteojos protectores, gorras y gabachas durante el desarrollo de sus actividades. Mediante la inspección mencionada anteriormente Comprobamos que el personal que labora en el laboratorio clínico, utilizan equipo de protección individual, tales como guantes, mascarillas, gabachas y lentes protectores, lo cual es lo básico para realizar sus labores, por lo que es procedente *declarar desvanecido este hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco.* Literal Ñ) **hallazgo N° 16**, el cual se refiere a que el material que es utilizado en el Laboratorio Clínico no es desinfectado lo que pone en peligro la Salud del personal que lo manipula. Se verificó mediante la inspección realizada que el procedimiento que utilizan para desinfectar el material desechable es el más básico, ya que lo hacen mediante hipoclorito de sodio. Por lo que esta cámara estima procedente *declarar desvanecido el presente hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor. Gerardo Javier Cruz Meléndez; y al Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco.* Literal O) **hallazgo N° 17**, el cual se refiere a que los equipos de Laboratorio clínico no cuentan con un programa de mantenimiento preventivo debido a que existe equipo deteriorado e inservible, como lo es el Autoclave y el Aire Acondicionado. Los servidores actuantes presentaron copia certificada del plan de mantenimiento preventivo planificado equipo medico, equipo básico, planta física para el

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



sistema básico de salud integral de Jiquilisco. SIBASI. Jiquilisco Año 2007, agregado de fs. 196 a fs.200, además presentaron órdenes de trabajo, que detallan algunas de las actividades realizadas en la aplicación del manejo preventivo, las que corren agregadas de fs. 186 a fs.195, con lo que se demuestra que se tomaron acciones para superar esta deficiencia, por lo *que esta cámara estima procedente desvanecer el presente hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Ingeniero. José Reinaldo Salgado Castillo, conocido en este proceso como José Reynaldo Salgado Castillo* Literal- P) **hallazgo N°. 18**, el cual está relacionado a que el servicio de Laboratorio Clínico no monitorea la temperatura de refrigeradoras las cuales se encuentran en uso dentro del referido laboratorio. Los servidores actuantes presentaron copia certificada de hoja de lectura del monitoreo de la temperatura de la refrigeradora que se encuentra en el laboratorio. Al hacer la inspección física se comprobó que si existe un monitoreo diario de la temperatura de la refrigeradora de dicho laboratorio, *por lo que el hallazgo se desvanece y esta cámara estima procedente absolver de la responsabilidad administrativa a los señores: Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco.* Literal Q) **Hallazgo N° 19**, el cual se refiere según pliego de reparos a que se comprobó que el personal de Laboratorio Clínico no ha sido vacunado adecuadamente, mediante la revisión de expedientes. Al realizar la inspección física Se verificó en el libro de registros del control de vacunas, que si existen evidencias de que el personal es vacunado, no obstante existe un técnico del laboratorio clínico que no estaba vacunado contra la Hepatitis B; por falta de existencia; comprobándose que la enfermera encargada de vacunación realizó requerimiento al Almacén Regional de San Miguel, de la vacuna antes relacionada, comprobándose mediante dichos controles y las acciones tomadas para la obtención de la *vacuna no existente en el hospital, que el hallazgo se desvanece, siendo pertinente liberar de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Licenciado Juan Gabriel Hernández Romero.* Literal R)**Hallazgo N° 20**, el cual está relacionado a que la unidad encargada de realizar la limpieza, no cuenta con planes de gestión para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios, los servidores actuantes presentaron copia certificada del Manual para el manejo de los desechos bioinfecciosos, comunes y especiales del Hospital, en el que se describen las técnicas aplicables para el manejo de los desechos, el cual se encuentra agregado de fs.139 a fs.167, con lo que se puede comprobar que el hospital cuenta con un plan de gestión para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios, por lo que esta Cámara considera que las pruebas aportadas son suficientes para desvirtuar este señalamiento; *y estima procedente desvanecer este hallazgo y absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Licenciado José Mauricio Gamuza, conocido en este proceso como José Mauricio Gamuza.* Literal S) **Hallazgo No. 21**, titulado **“Bolsas inadecuadas para la segregación de los desechos bioinfecciosos, además no llevan el símbolo biopeligroso.”** Mediante inspección física realizada por los auditores a los diferentes servicios del hospital se comprobó que no cuenta con las bolsas adecuadas para los desechos bioinfecciosos y que también carecen de simbología de peligrosidad y el espesor y resistencia y el material opaco para impedir la visibilidad. Mediante la inspección que esta Cámara realizó junto con el Doctor Martínez Almendares, se comprobó que las bolsas utilizadas para depositar los



desechos bioinfecciosos, tienen el espesor peculiar adecuado y poseen el símbolo universal de peligrosidad. *Comprobando esta Cámara fehacientemente que se ha superado este señalamiento, por lo que es procedente declarar desvanecido este hallazgo y eximir de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Licenciado José Mauricio Ganuza, conocido en este proceso como José Mauricio Ganuza.* Literal T) Según hallazgo No. 22, titulado **“Falta de Equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imagen.** Se comprobó que el hospital no cuenta con equipos detectores de radiaciones ionizantes y que están expuestos los usuarios y el medio ambiente. En la Inspección ordenada por esta cámara y realizada el día veintitrés de febrero del presente año, se verificó que solo el personal que labora en dicho servicio posee detector de radiación individual, no existiendo en el hospital equipos detectores de radiaciones ionizantes, no obstante presentaron copia de constancia la que fue confrontada con su original, extendida por la Unidad Reguladora de Radiaciones ionizantes donde se hace constar que de acuerdo a la normativa establecida en el Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica no es necesario contar con equipos detectores de radiación ionizante para el desarrollo de dicha práctica. Comprobando ésta cámara fehacientemente que se ha superado este señalamiento, *por lo que es procedente declarar desvanecido este hallazgo y eximir de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez; a la Licenciada Alicia Bendaña Macías de Godoy, Conocida en este proceso como Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy.* Literal U) Según hallazgo N° 23, relacionado a que el permiso de la unidad de radiología se encuentra vencido el cual tuvo vigencia hasta el 28 de mayo de 2006. A fs. 209. Se encuentra agregada una copia certificada del documento en el cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social certifica que el Hospital Nacional de Jiquilisco está autorizado para la Práctica con equipos de Rayos x para diagnóstico de Rayos Médico y Dental, con vigencia del veintidós de diciembre de dos mil seis al veintidós de diciembre de dos mil ocho, así mismo a fs. 260 se encuentra agregada una copia confrontada con su original del documento mencionado anteriormente con autorización para dichas prácticas con vigencia del dieciséis de febrero de dos mil nueve al dieciséis de febrero de dos mil once, mediante la prueba presentada por los servidores actuantes se demuestra que ya se subsanó este hallazgo. *Desvanecido el hallazgo es procedente eximir de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez; y a la Licenciada Alicia Bendaña Macías de Godoy, conocida en este proceso como Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy.* Literal V) Según hallazgo No. 24, titulado **“Carencia de Programas de Salud Ocupacional”** El comité encargado de los desechos hospitalarios no cuenta con programas de salud ocupacional, para que minimice los riesgos de contaminación a que están expuestas todas las personas que laboran en el hospital. En relación a este hallazgo los servidores actuantes no hacen comentario alguno en sus escritos, ni presentan pruebas que logren desvanecer este hallazgo, siendo el principal objetivo de un programa de Salud Ocupacional proveer de seguridad, protección y atención a los empleados en el desempeño de su trabajo, siendo necesario contar con dicho programa que sirva de guía para minimizar los riesgos de contaminación a que están expuestos los empleados del Hospital, y establezca las medidas a seguir en caso de accidentes. En consecuencia de lo anterior **se confirma el presente hallazgo y se**

CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



declara responsabilidad administrativa, consistente en una multa a imponer en el fallo de esta sentencia, de conformidad con los Arts. 54 y 107 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República, al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y a la Licenciada Lorena Marroquín. Literal W) Según Hallazgo No. 25, Se refiere a que la administración del hospital no cuenta con un programa interno de transporte de desechos sólidos hospitalarios además el personal que transporta los desechos no utiliza equipo de protección. Los servidores actuantes presentan fotografías que demuestran las rutas de señalización para la evacuación de los desechos hospitalarios, lo que se pudo comprobar fehacientemente mediante la inspección física realizada al hospital, constatándose que si existe una ruta interna de transporte de los desechos sólidos hospitalarios, verificándose además el equipo utilizado para la evacuación de los desechos hospitalarios, por lo que esta cámara declara desvanecido este hallazgo, siendo procedente **absolver de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez y al Licenciado José Mauricio Gamuza**, conocido en este proceso como **José Mauricio Gamuza**. X) Según Hallazgo No. 26, titulado **“Recipientes para objetos punzo cortantes no son rotulados”** Mediante Inspección se comprobó que los recipientes donde se depositan los objetos corto punzantes no son rotulados. Los servidores actuantes presentan fotografías que demuestran los recipientes rotulados, con la inspección física realizada se comprobó que los recipientes para objetos corto punzantes si son rotulados. Por lo esta cámara declara *desvanecido este hallazgo, siendo procedente eximir de la responsabilidad administrativa al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez*. Literal Y) Según Hallazgo No. 27 **“Falta de registro de temperatura controlada en la Unidad de Farmacia”** Mediante inspección a la Unidad de Farmacia se comprobó que cuenta con una refrigeradora casera, pero que no realizan el registro diario de dicho equipo a fin de mantener controlada la temperatura de los medicamentos, en la inspección realizada al hospital se comprobó que si existe un registro de la temperatura, mediante un termómetro que esta dentro de la refrigeradora ubicada en la farmacia, por lo que se *declara desvanecido este hallazgo, siendo procedente absolver de la responsabilidad administrativa deducida en este hallazgo, al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez; y a la Licenciada Ana Cecilia Cruz Flores*.

POR TANTO: En base a todo lo expuesto en los considerandos anteriores, la defensa ejercida por los servidores actuantes, prueba documental aportada en el presente proceso, Inspección Física realizada por ésta cámara, y las situaciones jurídicas antes expuestas, de conformidad con los Arts. 195 de la Constitución de la República; 3, 15 y 16 inciso 1º, 53, 54, 69, 107, de la Ley de la Corte de Cuentas de la República; y Arts. 240, 260, 368, 417, 421, 422 y 427 del Código de Procedimientos Civiles a nombre de la República de El Salvador, esta Cámara **FALLA:** 1) Decláranse desvanecidos los literales A), B), C), D), F),G),H), I), J),K),LL), M), N),Ñ),O), P), Q),R), S),T),U), W),X), Y), del reparo único del pliego N° C.I. 031-2007. 2) Se absuelven de la responsabilidad administrativa a los señores: **Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez por los literales. A), B), C), D), F), G), H), I), J), K), LL), M), N), Ñ), O), P), Q), R), S), T), U), W), X) y Y), Licenciada Ana Cecilia Cruz Flores, por los literales I), Y), Juan Gabriel Hernández Romero, por el literal Q), Licenciada Alicia Bendaña Macías de Godoy,**

conocida en este proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy**, por los literales **D, T y U**), **Ingeniero. José Reynaldo Salgado Castillo**, conocido en este proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo**, por los literales: **C) y O)**, **Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco**, por los literales **K), LL), N),Ñ), P)**; **José Mauricio Ganuza**, conocido en este proceso como **José Mauricio Gamuza**, por los literales **R), S), y W)**. 3) Apruébase la gestión a los señores: **Licenciada Ana cecilia Cruz Flores, Encargada de Farmacia; Licenciado. Juan Gabriel Hernández Romero, Coordinador de Recursos Humanos; Licenciada. Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en este proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy, Técnico en Radiología; Ingeniero. José Reynaldo Salgado Castillo**, conocido en este proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo, Jefe del Departamento de Mantenimiento; y José Mauricio Ganuza**, conocido en este proceso como **José Mauricio Gamuza, Coordinador de servicios generales**; a quienes se les declara libres y solventes para con el Fondo General del Estado, en relación a sus cargos y periodo auditado antes mencionado. 4) Declarase responsabilidad administrativa al confirmarse los hallazgos **E), L) y V)**, del Reparó único del Pliego de Reparos número C.I. 031-2007, consistente en una multa del **30%** sobre el salario devengado durante su gestión a los señores siguientes. **Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez**, la cantidad de cuatrocientos ochenta y tres dólares de Los Estados Unidos de América con diez centavos (**\$483.10**), por su actuación como **Director. Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco**, la cantidad de doscientos setenta y cuatro dólares de Los Estados Unidos de América con cincuenta centavos, (**\$274.50**), por su actuación como **Jefe de Laboratorio clínico**; y a la **Licenciada Lorena Marroquín**, la cantidad de doscientos cincuenta dólares de Los Estados Unidos de América con ochenta centavos (**\$250.80**); por su actuación como **Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos**; queda pendiente la aprobación de la gestión de los servidores actuantes antes mencionados, mientras no se verifique el cumplimiento de la presente condena. 6) Al ser pagado el valor total de la presente condena, désele ingreso a favor del Fondo General del Estado. Quienes actuaron en el Hospital Nacional de Jiquilisco, Departamento de Usulután, durante el periodo auditado comprendido del **Uno de enero de dos mil cinco al treinta de junio de dos mil seis**. Todo de conformidad con el Informe de Auditoria Operativa número 031-2007. **NOTIFIQUESE.**

7 el numeral 5) 222

[Handwritten signature]



Ante Mí,

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Secretario



Exp. C. 1. 031-2007
Cám. 1ª de 1ª Inst.
D. Bazán





CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA

1294
152

MARA DE SEGUNDA INSTANCIA DE LA CORTE DE CUENTAS DE LA REPUBLICA:
San Salvador, a las doce horas con diez minutos del día diecisiete de diciembre de dos mil diez.

Vistos en Apelación con la Sentencia Definitiva pronunciada por la Cámara Primera de Primera Instancia de esta Corte, a las nueve horas con quince minutos del día trece de marzo del año dos mil nueve; en el Juicio de Cuentas No. **C.I-031-2007**, promovido en contra de los señores: Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**; Director; Licenciada **Ana Cecilia Cruz Flores**, Encargada de Farmacia; Licenciado **Juan Gabriel Hernández Romero**, Coordinador de Recursos Humanos; Licenciada **Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en el proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy**, Técnico en Radiología, Ingeniero **José Reinaldo Salgado Castillo**, conocido en el proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo**, Jefe del Departamento de Mantenimiento; Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, Jefe de Laboratorio Clínico; **José Mauricio Ganuza**, conocido en el proceso como **José Mauricio Gamuza**, Coordinador de Servicios Generales; y Licenciada **Lorena Marroquín**, Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos. Quienes actuaron en el **Hospital Nacional de Jiquilisco, Departamento de Usulután**, durante el período auditado comprendido del uno de enero del dos mil cinco al treinta de junio de dos mil seis. A quienes se les reclama Responsabilidad Administrativa.



Intervinieron en Primera Instancia los señores: Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Licenciada **Ana Cecilia Cruz Flores**, Licenciado **Juan Gabriel Hernández Romero**, Licenciada **Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en el proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy**, Ingeniero **José Reinaldo Salgado Castillo**, conocido en el proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo** Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, **José Mauricio Ganuza**, conocido en el proceso como **José Mauricio Gamuza**, y la Licenciada **Lorena Marroquín**; por derecho propio; Licenciada **Ana Zulman Guadalupe Argueta de López**, Licenciada **Magna Berenice Domínguez Cuellar**, en calidad de Agentes Auxiliares y en Representación del Fiscal General de la República.

El Tribunal de Primera Instancia pronunció la sentencia que en lo conducente dice:

u
"FALLA: 1) Decláranse desvanecidos los literales **A), B), C), D), F),G),H), I), J),K),LL), M), N),Ñ),O), P), Q),R), S),T),U), W),X), Y)**, del reparo único del pliego N° C.I. 031-2007. 2) Se absuelven de la responsabilidad administrativa a los señores: Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez** por los literales **A), B), C), D), F), G), H), I), J), K), LL), M), N), Ñ), O), P), Q), R), S), T), U), W), X)** y **Y)**, Licenciada **Ana Cecilia Cruz Flores**, por los literales **I), Y)**, **Juan Gabriel Hernández Romero**, por el literal **Q)**, Licenciada **Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en este proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy**, por los literales **D), T)** y **U)**, Ingeniero **José Reinaldo Salgado Castillo**, conocido en este proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo**, por los literales: **C)** y **O)**, Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, por los literales **K), LL), N),Ñ), P)**; **José Mauricio Ganuza**, conocido en este proceso como **José Mauricio Gamuza**, por los literales **R), S)**, y **W)**. 3) Apruébase la gestión a los señores: Licenciada **Ana Cecilia Cruz Flores**, Encargada de Farmacia; Licenciado **Juan Gabriel Hernández Romero**, Coordinador de Recursos Humanos; Licenciada **Alicia Bendaña Macías de Godoy**, conocida en

este proceso como **Alicia Guadalupe Bendaña Macías de Godoy, Técnico en Radiología; Ingeniero José Reinaldo Salgado Castillo**, conocido en este proceso como **José Reynaldo Salgado Castillo, Jefe del Departamento de Mantenimiento; y José Mauricio Ganuza**, conocido en este proceso como **José Mauricio Gamuza, Coordinador de servicios generales**; a quienes se les declara libres y solventes para con el Fondo General del Estado, en relación a sus cargos y periodo auditado antes mencionado. **4) Declarase responsabilidad administrativa al confirmarse los hallazgos E), L) y V), del Reparó único del Pliego de Reparos número C.I. 031-2007, consistente en una multa del 30% sobre el salario devengado durante su gestión a los señores siguientes. Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez**, la cantidad de cuatrocientos ochenta y tres dólares de Los Estados Unidos de América con diez centavos **(\$483.10)**, por su actuación como **Director. Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco**, la cantidad de doscientos setenta y cuatro dólares de Los Estados Unidos de América con cincuenta centavos, **(\$274.50)**, por su actuación como **Jefe de Laboratorio clínico**; y a la **Licenciada Lorena Marroquín**, la cantidad de doscientos cincuenta dólares de Los Estados Unidos de América con ochenta centavos **(\$250.80)**; por su actuación como **Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos**; queda pendiente la aprobación de la gestión de los servidores actuantes antes mencionados, mientras no se verifique el cumplimiento de la presente condena. **6) Al ser pagado el valor total de la presente condena, désele ingreso a favor del Fondo General del Estado. Quienes actuaron en el Hospital Nacional de Jiquilisco, Departamento de Usulután, durante el periodo auditado comprendido del Uno de enero de dos mil cinco al treinta de junio de dos mil seis. Todo de conformidad con el Informe de Auditoría Operativa número 031-2007. NOTIFÍQUESE.**

Por estar en desacuerdo con dicha sentencia, interpusieron recurso de apelación: Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco** y la Licenciada **Lorena Guadalupe Marroquín Ramírez**, conocida en el proceso por **Lorena Marroquín**, solicitud que fue admitida de folios 287 vuelto a 288 frente de la pieza principal, el cual fue tramitado legalmente.

En Segunda Instancia intervinieron la Licenciada **Magna Berenice Domínguez Cuellar**, Agente Auxiliar del Señor Fiscal General de la República; y los señores: Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Licenciada **Lorena Guadalupe Marroquín Ramírez**, conocida en el proceso como **Lorena Marroquín** y Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**.

LEÍDO LOS AUTOS Y;

CONSIDERANDO:

I. Por resolución que corre agregada de fs. 5 vuelto a 6 frente del Incidente de Apelación, se tuvo por parte en calidad de Apelada a la Licenciada la Licenciada **Magna Berenice Domínguez Cuellar**, Agente Auxiliar del Señor Fiscal General de la República; y en calidad de Apelantes los señores: Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Licenciada **Lorena Guadalupe Marroquín Ramírez**, conocida en el proceso como **Lorena Marroquín** y Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**. Esta Cámara ordenó correr traslado a la parte apelante, a efecto de que dentro del término legal que señala el Art. 72 de la Ley de esta Corte, hiciera uso de su derecho a expresar agravios.

II. A folio 12 del incidente, consta escrito de expresión de agravios por parte de la Licenciada **Lorena Guadalupe Marroquín Ramírez**, quien expresó lo siguiente:

“...”)les presento pruebas de descargo para el Hallazgo en el que se declarara responsabilidad administrativa a mi persona **Hallazgo No. 24, titulado “Carencia de Programas de Salud Ocupacional...”** En el mes de mayo del año dos mil ocho, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, envió notificación por escrito a todos los directores de Hospitales de este Ministerio, en la cual se solicitó conformar el Comité de Higiene y Salud Ocupacional, el cual tendría como objetivo primordial el crear el Programa de Salud Ocupacional. Por lo cual, este Programa fue responsabilidad única y exclusiva del mencionado Comité de Higiene y Salud Ocupacional que se conformó a partir de la fecha quince de julio de dos mil ocho; sin estar dentro de sus integrantes mi persona. Por tanto el Comité de Desechos Sólidos quedó fuera de responsabilidad en la elaboración del mencionado Programa de Salud Ocupacional. Por todo lo anterior pido se me reciba el presente escrito y se tengan por expresado los agravios, esperando que las pruebas que presento ayuden a desvanecer dicho hallazgo y cambien el razonamiento para el cambio de la sentencia ejecutada a mi persona y la gestión institucional. Anexo No. 1 Memorándum para conformación de Comité de Seguridad e higiene Ocupacional. Anexo No. 2 Acuerdo de conformación de Comité de Seguridad e higiene Ocupacional y los miembros que lo conforman. (...)

Tal como lo expresa el apelante han sido agregados al proceso documentos anexos que corren de folios 13 a folios 14 del incidente.

III. A folios 15 del incidente, consta escrito de expresión de agravios por parte del Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, quien al hacer uso de derecho manifestó:

“...”)Yo, Iván Vladimir Renderos Flamenco, (...) con nombramiento de Jefe de Laboratorio Clínico del Hospital Nacional General de Jiquilisco, (...) les presento pruebas de descargo para el Hallazgo en el que se declarara responsabilidad administrativa a mi persona. **Hallazgo 12, Titulado: “...Se comprobó que aún no se efectúa una segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos generados por los mismos; ya que se encontraron desechos bioinfecciosos en bolsas negras, las cuales son para desechos comunes, siendo necesario que la administración del hospital imparta charlas para orientar y concienciar a los pacientes, sobre la importancia de depositar correctamente los desechos comunes y bioinfecciosos, YA QUE EL LUGAR DONDE SE OBSERVO LA SEGREGACIÓN NO ADECUADA DE DICHS DESECHOS FUE EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA...”**. En consecuencia a este hallazgo, manifiesto no estar de acuerdo con dicha sentencia debido a lo siguiente: 1. La inadecuada segregación de los desechos bioinfecciosos fue observada en la **CONSULTA EXTERNA** de este Hospital, en cuyo departamento funge como Jefe la Lic. María de los Ángeles Cedillos, En este hallazgo no se menciona una inadecuada segregación de los desechos bioinfecciosos en el departamento del Laboratorio Clínico, por tanto mi persona no debe asumir responsabilidad alguna por situaciones anómalas originadas en la Consulta Externa ni en otro Departamento de este Hospital. Esto debido a que mis funciones de cargo, según el Manual Descriptivo de Clase Tomo II (Jefe de Laboratorio Clínico de Hospital Departamental) de este Ministerio, están supeditadas única y exclusivamente al área de Laboratorio Clínico; por consiguiente, no debería tener ninguna responsabilidad administrativa ni multa salarial como consecuencia de hallazgos encontrados en el Departamento de la Consulta Externa de este Hospital. Es por ello que considero que se ha cometido un **ERROR** al ser observada, responsabilizada y sentenciada mi persona en este hallazgo. Así mismo, dentro de todo el antedicho documento de Juicio de Cuentas, en ningún hallazgo se hace mención o señalamientos directos que el Laboratorio Clínico presente fallas en la segregación de desechos bioinfecciosos y comunes. 2. Igualmente, y con base a mis funciones de cargo como Jefe del Departamento del Laboratorio Clínico, no es mi responsabilidad el impartir charlas sobre el manejo de los desechos bioinfecciosos y comunes al trabajador de este hospital o a los Usuarios que nos visitan, para ello existe el Comité de Desechos Bioinfecciosos y Comunes del Hospital Nacional General de Jiquilisco, quien coordina las actividades de monitoreo y capacitaciones continuas sobre el tema. Por todo lo anterior pido se me reciba el presente escrito y se tengan por expresado los agravios, esperando que las pruebas que presento ayuden a desvanecer dicho hallazgo y cambien el razonamiento para el cambio de la sentencia ejecutada a mi persona y la gestión institucional. ANEXO No. 1: Constancia de Trabajo en la que se manifiesta mi cargo dentro del Hospital de Jiquilisco. ANEXO No. 2; Perfil del Cargo de Jefe de Laboratorio Clínico, Código 1728 del Manual Descriptivo de Clase Tomo II del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.(...)”



Consta en el incidente la documentación aludida agregada de folios 16 a folios 19 debidamente certificados.

IV. De folios 20 a folios 25 del incidente, consta escrito de expresión de agravios por parte del Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, quien al hacer uso de derecho manifestó:

""(...)Yo, Gerardo Javier Cruz Meléndez, (...) EXPONGO: Por mi actuación en el Hospital Nacional General de Jiquilisco, durante el período 1 de enero del 2005 al 30 de junio del 2006 (...) les presenté pruebas de descargo para los Hallazgos en la que se declarara responsabilidad administrativa a mi persona en los hallazgos E, L) Y V) del reparo único de pliego de reparos del mismo número presenté pruebas: LITERAL E) HALLAZGO No.5, Relacionado a los planes anuales del periodo 01 de enero de 2005 al 30 de junio de 2006, con que cuenta el hospital. no contienen acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente, ni mucho menos estipulan objetivos, metas, políticas e indicadores ambientales, que se relacionen o definan la gestión que la entidad debe efectuar. - Para dicha observación comento que sí se tienen planes de acción de los comités que velan por las acciones y aspectos orientados a proteger el medio ambiente, como el Comité de Desechos Sólidos, Comité de Infecciones Nosocomiales y Comité de Emergencia Hospitalaria. Anexo copia del Plan de Acción del Comité de Desechos Sólidos, (Anexo No. 1) y Acuerdo de la conformación del Comité de Desechos Sólidos (Anexo IA); Así como también el Plan de Contingencia Ante los Fallos del Sistema de Recolección, (Anexo No. 2); además anexo las observaciones al Diagnóstico Ambiental del Manejo de los Desechos Sólidos hechas por el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales para hacer constar que se ha trabajado en los Diagnósticos Ambientales (Anexo No.3). Anexo además Invitación para el Comité de Desechos para Elaboración de Estudio de Línea de Base auspiciado por el MARN, (Anexo No. 4). Anexo Invitación al Comité de Desechos Sólidos, para ejecutar actividad (Anexo No. 5). Nota del Coordinador de Servicios Generales para el Personal de Servicios Generales para prohibir la quema de basura dentro del Hospital para conservar el medio ambiente (Anexo No. 6); Nota de aceptación por parte del Jefe de Servicios Generales para la no quema de basura dentro del hospital, (Anexo No. 7); Nota girada por la Dirección para la prohibición de quema de basura dentro del hospital, (Anexo No. 8); Invitación de la Dirección girada a las Jefaturas para que colaboren en Campaña de limpieza del hospital, (Anexo No. 9); Nota a la Alcaldía Municipal solicitándole cuadrillas de limpieza para el Ornato y Aseo de las zonas Verdes hospitalarias, (Anexo No. 10); Petición de recursos humano y su respectiva contratación por parte de la Alcaldía para que contribuya a la construcción del contenedor temporal de los desechos bioinfecciosos, (Anexo No. 11); Solicitud de Transporte para el traslado de materiales de construcción para el levantamiento del contenedor de los desechos sólidos, solicitud hecha al Jefe de Servicios Generales del MSPAS, (Anexo No. 12); Anexo las políticas Ambientales del Hospital Nacional General de Jiquilisco y al mismo tiempo anexo indicadores ambientales medibles y costeados, así como las entidades intrahospitalarias para su desarrollo y funcionamiento, evaluación y supervisión de dichos indicadores; cuadros resumen de adecuación ambiental, plan de monitoreo o seguimiento del cumplimiento y efectividad de las medidas e inversiones implementadas, tratamiento de sistema de agua residual, propuesta de implementación de tratamiento de agua residual, (Anexo No. 13). - Con todas las evidencias anteriores creo demostrar de que sí se han realizado acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente, así como también las metas, políticas e indicadores ambientales que definen la gestión institucional. PARA EL LITERAL L) HALLAZGO No. 12, en el que se refiere a la no adecuada segregación de los desechos comunes infecciosos...., siendo necesario que la administración del hospital imparta charlas para orientar y concientizar a los pacientes sobre la importancia de depositar correctamente los desechos comunes y bioinfecciosos ya que el lugar donde se observó la segregación no adecuada fue el área de la Consulta Externa. - Para tal situación anexo el plan de charla ejecutado por el personal de enfermería en el que se ven ternas varios y se hace alusión al aseo personal y a los cuidados propios de las enfermedades infectocontagiosas de la Comunidad. (Anexo No. 14). - Con las pruebas anteriores se demuestra que hay un plan de charla orientado a la prevención de enfermedades infectocontagiosas, a la contaminación del medio ambiente, hábitos higiénicos donde van inmersos la conservación, higiene del medio donde se desenvuelven, donde se desarrollan, donde permanecen y los lugares que visitan; por lo tanto muy difícilmente se podrá controlar a los usuarios que tienen un nivel cultural bajo y que las costumbres y prácticas de estas personas llevan inherente patrones culturales muy arraigados y que sus visitas esporádica a las instalaciones del hospital solo le hacen notar que es su enfermedad la que debe ser atendida; por lo tanto creo que esos patrones culturales no solo dependen del esfuerzo de los trabajadores de salud, si no que también de otros factores externos que hacen el comportamiento del ser humano. PARA EL LITERAL V) HALLAZGO No. 24, carencia de programas de salud ocupacional, El comité encargado de los desechos hospitalarios no cuenta con un programa de salud ocupacional para que minimice los riesgos de contaminación a que están expuestas todas las personas que laboran en el hospital. - Para esta observación cabe mencionar que existe un Comité de Seguridad e Higiene Ocupacional debidamente acreditado con su funciones adhonoren, (Anexo No. 15); además se presenta dentro del trabajo de la preservación y bienestar de los trabajadores de salud de este hospital un Comité que trata de minimizar los riesgos tanto como para el paciente y los trabajadores denominado Comité de Infecciones Nosocomiales Hospitalarios, cuya asignación de funciones se establece en el acuerdo 015, (Anexo No. 16). - Para minimizar los riesgos de

contaminación a que están expuestas todas las personas que laboran en el hospital existen los dos comités antes mencionados; así como el Estudio de Riesgo del Hospital Nacional General de Jiquilisco, documento que presenta el Plan de Contingencia y Prevención de Accidentes en el Hospital Nac. De Jiquilisco, que es una adaptación del Plan de la Unidad de Atención Integral al Medio Ambiente del MSPAS, (Anexo No. 17); Además un cuadro resumen del Plan de Contingencia y Prevención de accidentes del Hospital Nac. Gral de Jiquilisco que es el resultado del estudio de riesgo del Hospital de Jiquilisco. (Anexo No. 18). - Para demostrar que se ha trabajado en la prevención de la transmisión de enfermedades y seguridad de los trabajadores de la institución está elaborado el plan de funcionamiento del Comité de Infecciones Nosocomiales del Hospital de Jiquilisco, el que tiene como objetivo tener un instrumento guía que permita la aplicación de criterios técnicos estandarizados para la prevención, control, monitoreo y vigilancia de las infecciones nosocomiales, en donde los integrantes del comité realizan actividades que van en beneficio de los trabajadores y de los usuarios de nuestra institución. (Anexo No. 19); además el Hospital cuenta con el original del Reglamento General Sobre Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo y Manual de Organización y Funcionamiento de los Comités de Seguridad e Higiene Ocupacional del Ministerio de Trabajo para su aplicación Institucional. (Anexo No. 20). - Además para la aplicación de la seguridad e higiene en los centros de trabajo se cuenta con el Reglamento General sobre la Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo de la Corte Suprema de Justicia de El Salvador (Anexo No. 21). - A través de la Dirección General de Salud existe una invitación de Mayo de 2008 para que se conforme el Comité de Seguridad e Higiene Ocupacional, (Anexo No. 22); de la invitación antes mencionada existen otras invitaciones para la formación de facilitadores de autocuidado los cuales deben de reproducir los conocimientos que allí se les impartieren al resto de los recursos del hospital. (Anexo No. 23A) y (23 B); y el resultado de la formación de estos facilitadores dentro de la institución es la realización y aplicación de sus conocimientos a los empleados de este hospital y queda demostrado en la lista de asistencia de los participantes de las diferentes áreas de este hospital. (Anexo No. 24). Para que quede constancia de las medidas precautorias y la continuidad de las actividades que van en beneficio de la prevención de los accidentes laborales se anexan las actas de reuniones del comité encargado de la prevención y control de las enfermedades y accidentes que están relacionadas con las transmisibilidad a los mismos. (Anexo No. 25). Con todas las pruebas anteriores queda demostrado que si existe un comité que se dedica a la seguridad e higiene ocupacional institucional y que ha emanado diagnóstico y planes de contingencia para la prevención y minimizar los riesgos de accidentes laborales, así evitar la contaminación de los trabajadores de salud y los usuarios que son atendidos en este hospital. Por todo lo anterior pido se me reciba el presente escrito y se tengan por expresado los agravios y esperando todas están pruebas ayuden a desvanecer dichos hallazgos y cambien el razonamiento para el cambio de la sentencia ejecutada a mí persona y la gestión institucional. (...)"



De folios 26 a folios 148 del incidente consta documentación presentada por el Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez.

V. De folios 148 vuelto a folios 149 frente del incidente, esta Cámara tuvo por expresados los agravios por parte de la Licenciada Lorena Guadalupe Marroquín Ramírez, conocida en el proceso como Lorena Marroquín, Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco y Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez. En el mismo se ordenó correr traslado a la Representación Fiscal a cargo de la Licenciada **Magna Berenice Domínguez Cuellar**, quien al hacer uso de su derecho **contestó:**

uy
"(...)Que los apelantes en su expresión de agravios según la señora Marroquín Ramirez, que con referencia al hallazgo numero veinticuatro "Carencia de programas de Salud ocupacional" fue conformado a partir de la fecha quince de julio del año dos mil ocho; sin estar dentro de sus integrantes mi persona: por tanto el Comité de desechos sólidos quedo fuera de responsabilidad en la elaboración del mencionado programa de salud Ocupacional; así mismo manifiesta el señor Gerardo Javier Cruz Meléndez, en referencia al literal e) Hallazgo número cinco, para dicha observación comento que si se tienen planes de acción de los comités que velan por las acciones y aspectos orientados a proteger el medio ambiente como el comité de desechos sólidos, Comité de infecciones Nosocomiales y Comité de Emergencia Hospitalaria y otros; en cuanto al hallazgo número doce para tal situación anexo el plan de charla ejecutado por el personal de enfermería en que se ven temas varios y se hace alusión al aseo personal y a los cuidados propios de la enfermedades infectocontagiosas de la comunidad; en cuanto al hallazgo numero veinticuatro para esta observación cabe mencionar que existe un Comité de Seguridad e Higiene ocupacional debidamente acreditado con sus funciones adhonoren; De lo cual esta opinión fiscal sostiene que

en el caso de los agravios presentados por la señora LORENA MARROQUÍN no se desvanece la condena ya que el comité de Higiene Ocupacional fue creado hasta el año dos mil ocho por lo que es claro que no iban a existir planes de salud ocupacional por lo que la auditoría se hizo el periodo comprendido del uno de enero del año dos mil cinco al treinta de junio de dos mil seis hay un claro incumplimiento a la legislación y se incumple el reglamento interno para el manejo de Desechos hospitalarios Nacional de Jiquilisco numero tres; por lo que le solicito se confirme la sentencia venida en apelación en cuanto a dichos reparos en cuanto al señor GERARDO JAVIER CRUZ MELÉNDEZ, con la documentación presentada y con lo manifestado no es suficiente prueba para establecer que se ha cumplido con la legislación, por lo en cuanto al hallazgo cinco es de criterio que se considere como de medio ambiente todos los programas; en cuanto al reparo numero veinticuatro se sostiene por lo que se ha dicho para la señora Marroquín, y el reparo numero doce el perito en primera Instancia estableció que no se hace de la manera correcta los desechos bioinfecciosos, por lo que solicito se confirme la sentencia vista en apelación en cuanto a la condena por la responsabilidad administrativa atribuida. En cuanto al señor IVÁN BLADIMIR RENDEROS FLAMENCO solicito se declare desierta la apelación. Por lo anteriormente expuesto OS PIDO: -Me admitáis el presente escrito; -Tengáis por evacuado el traslado conferido; y -Confirméis la Sentencia venida en apelación; - Continuéis con el trámite de Ley correspondiente.(...)"

Analizados los autos, la sentencia impugnada y los alegatos vertidos por las partes procesales, esta Cámara hace las siguientes consideraciones:

A) En primer lugar, considera necesario aclarar con fundamento en los artículos 428 y 1026 ambos del Código de Procedimientos Civiles, y 73 inciso primero de la Ley de esta Corte de Cuentas, que el presente fallo se circunscribirá según las disposiciones citadas que en su orden establecen, el primero: *"Las sentencias definitivas de los tribunales superiores serán por "vistos" y se observarán en ellas del artículo anterior las reglas 1ª, 3ª y 4; harán relación del fallo del juez o tribunal inferior y la fecha en que se pronunció; en sus "Considerandos" solamente harán méritos de los hechos y cuestiones jurídicas que se controvierten, sin relacionar la prueba cuando las partes no objetaren la relación hecha en la sentencia de primera o de segunda instancia o cuando se estime exacta, expresándose así; relacionarán brevemente y a fondo las pruebas presentadas y conducentes en la instancia; darán las razones y fundamentos legales que estimen procedentes, citando las leyes y doctrinas que consideren aplicables; contendrán la confirmación, reforma, revocación o nulidad y lo demás dispositivo que corresponda en derecho, y la firma entera de los jueces y la del Secretario del tribunal que autoriza";* el segundo: *"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";* y el tercero: *"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".*

B) Es importante, puntualizar que el objeto de esta apelación se circunscribe al fallo de la Cámara Primera de Primera Instancia, pronunciado a las nueve horas con quince minutos del día trece de marzo del año dos mil nueve, mediante el cual se declaró

Responsabilidad Administrativa, al confirmarse los hallazgos **E), L) y V)**, del Reparación único del Pliego de Reparos número C.I. 031-2007, consistente en una multa del **30%** sobre el salario devengado durante su gestión a los señores: **Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez**, la cantidad de cuatrocientos ochenta y tres dólares de los Estados Unidos de América con diez centavos (**\$483.10**), por su actuación como Director; **Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco**, la cantidad de doscientos setenta y cuatro dólares de los Estados Unidos de América con cincuenta centavos, (**\$274.50**), por su actuación como Jefe de Laboratorio Clínico; y a la **Licenciada Lorena Marroquín**, la cantidad de doscientos cincuenta dólares de Los Estados Unidos de América con ochenta centavos (**\$250.80**); por su actuación como Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos.

Definido lo anterior, y habiendo identificado los agravios expresados por los apelantes, procede esta Cámara a desarrollar cada uno de los puntos objetados que comprenden la **RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA**, en relación a los hallazgos **E), L) y V)**, del Reparación único del Pliego de Reparos número C.I. 031-2007, los cuales se abordan a continuación:



1) El Literal **E)** del Pliego de Reparos contiene el **Hallazgo No. 5**, titulado **"Planes Anuales Operativos no contienen acciones orientados a proteger el Medio Ambiente."** Que tal como consigna el Auditor en su Informe "comprobó que los planes anuales del período del 1 de enero de 2005 al 30 de junio de 2006 con que cuenta el hospital no contienen acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente, ni mucho menos estipulan objetivos metas políticas e indicadores ambientales, que se relacionen o definan la gestión que la entidad debe efectuar. Contraviniendo con lo establecido en el Art. 4 de la Ley de Medio Ambiente y Recursos Naturales."

En sus considerandos la Cámara Primera de Primera Instancia fundamentó su resolución en razón de que los servidores actuantes no argumentaron nada en relación a este hallazgo, por lo que de conformidad al Art. 69 inciso segundo de la Ley de la Corte de Cuentas, pronunció fallo declarando la Responsabilidad Administrativa e impuso multa (Art. 107 de Ley de la Corte de Cuentas) al Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, Director del Hospital.

Al respecto el apelante Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez** aduce en esta Instancia que sí se tienen planes de acción de los comités que velan por las acciones y aspectos orientados a proteger el medio ambiente, como el Comité de Desechos Sólidos, Comité de Infecciones Nosocomiales y Comité de Emergencia Hospitalaria. Que para tal efecto anexa copia del Plan de Acción del Comité de Desechos Sólidos, y Acuerdo de la conformación del Comité de Desechos Sólidos; así también el Plan de Contingencia ante los Fallos del Sistema de Recolección, además anexa las observaciones al Diagnóstico Ambiental del Manejo de los Desechos Sólidos hechas por el Ministerio de Medio

Ambiente y Recursos Naturales para hacer constar que se ha trabajado en los Diagnósticos Ambientales, evidencia de Invitación para el Comité de Desechos para Elaboración de Estudio de Línea de Base auspiciado por el MARN; Invitación al Comité de Desechos Sólidos, para ejecutar actividad; Nota del Coordinador de Servicios Generales para el Personal de Servicios Generales para prohibir la quema de basura dentro del Hospital para conservar el medio ambiente; Nota de aceptación por parte del Jefe de Servicios Generales para la no quema de basura dentro del hospital; Nota girada por la Dirección para la prohibición de quema de basura dentro del hospital; Invitación de la Dirección girada a las Jefaturas para que colaboren en Campaña de limpieza del hospital; Nota a la Alcaldía Municipal solicitándole cuadrillas de limpieza para el Ornato y Aseo de las zonas Verdes hospitalarias; Petición de recursos humanos y su respectiva contratación por parte de la Alcaldía para que contribuya a la construcción del contenedor temporal de los desechos bioinfecciosos; Solicitud de Transporte para el traslado de materiales de construcción para el levantamiento del contenedor de los desechos sólidos, solicitud hecha al Jefe de Servicios Generales del MSPAS; anexa además las políticas Ambientales del Hospital Nacional General de Jiquilisco y al mismo tiempo indicadores ambientales medibles y costeados, así como las entidades intrahospitalarias para su desarrollo y funcionamiento, evaluación y supervisión de dichos indicadores; Cuadros resumen de adecuación ambiental; Plan de monitoreo o seguimiento del cumplimiento y efectividad de las medidas e inversiones implementadas; Tratamiento de sistema de agua residual; Propuesta de implementación de tratamiento de agua residual. Por lo que con todas las evidencias anteriores pretende demostrar que sí se han realizado acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente, así como las metas, políticas e indicadores ambientales que definen la gestión institucional.

Por su parte la **Representación Fiscal** refuta lo expuesto por el Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez, argumentando que la documentación presentada y lo manifestado no es suficiente prueba para establecer que se ha cumplido con la legislación, "(...)[por lo en cuanto al hallazgo cinco es de criterio que se considere como de medio ambiente todos los programas](...)"

Esta Cámara de Segunda Instancia considera que el objeto de observación de la auditoría se refiere específicamente a los instrumentos denominados: "**Planes Anuales**" del 1 de enero de 2005 al 30 de junio de 2006, los cuales "(...)no contienen acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente"; es decir que el auditor tuvo a la vista tales instrumentos constatando que éstos carecen de "(...)objetivos metas políticas e indicadores ambientales, que se relacionen o definan la gestión que la entidad debe efectuar". Que por tales razones se incumple con lo establecido en el Art. 4 de la Ley de Medio Ambiente y Recursos Naturales, que textualmente cita: "**Artículo 4.- Declaratoria de interés social.** 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. El Gobierno es responsable de introducir medidas que den una valoración económica adecuada al medio ambiente acorde con el valor real de los recursos naturales, asignando los derechos de explotación de los mismos de forma tal que el ciudadano al adquirirlos, los use con responsabilidad y de forma sostenible." la cual conlleva una **"obligación"** a la instituciones públicas según el presente caso, a **"(...)incluir de forma prioritaria en todas sus acciones, planes y programas, el componente ambiental(...)"** y que de acuerdo al proceso instruido en la Primera Instancia, el cuentadante no aportó argumentos en relación a este hallazgo, es en razón de ello que la Cámara A quo impuso la multa correspondiente. La sentencia emitida en estos términos no constituye agravio al ahora recurrente, ya que la figura de Apelación es un medio para reparar los errores cometidos en la instancia anterior y lo que ha versado en ella, es decir no da lugar a un nuevo juicio sino a un examen del mismo; por lo que el tribunal superior se encuentra limitado por el material fáctico (hechos) y probatorio incorporado en la primera instancia, para el análisis del acierto o desacierto de la resolución recurrida, que como ha quedado evidenciado no se aportó en la instancia inferior argumentos o prueba al respecto, de la cual pudiera ocuparse esta Cámara.



2) Literal L) del Reparó Único, **hallazgo No.12**, titulado **"No se efectúa segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos y comunes"** El auditor responsable comprobó que en los diferentes servicios que brinda el Hospital no se efectúan segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos, ya que se usan los depósitos indistintamente dejándose los desechos bioinfecciosos en bolsas negras y rojas comunes. Contraviniendo con lo establecido en el Programa Regional de Desechos Sólidos Hospitalarios, Convenio ALA 9 1/33, entre la Unión Europea y los Gobiernos Centroamericanos, Manual para personal Médico y de Enfermería en su parte II Capítulo 2." por lo cual la Cámara Primera de Primera Instancia determinó Responsabilidad Administrativa para los Señores: El Director Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez** y el Jefe de Laboratorio Clínico Licenciado, **Iván Vladimir Renderos Flamenco**.

Al respecto los apelantes por su orden manifestaron: El Director Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez** respecto del **LITERAL L) HALLAZGO No. 12** manifestó que para tal situación anexa el plan de charla ejecutado por el personal de enfermería en el que se ven temas varios y se hace alusión al aseo personal y a los cuidados propios de las enfermedades infectocontagiosas de la Comunidad. Por lo que considera que con [éstas pruebas] demuestra que hay un plan de charla orientado a la prevención de enfermedades infectocontagiosas, a la contaminación del medio ambiente, hábitos higiénicos donde van inmersos la conservación, higiene del medio donde se desenvuelven, donde se desarrollan, donde permanecen y los lugares que visitan; agrega que: "...muy difícilmente se podrá controlar a los usuarios que tienen un nivel cultural bajo y que las costumbres y prácticas de estas personas llevan inherente patrones culturales muy arraigados y que sus visitas esporádica a las

instalaciones del hospital solo le hacen notar que es su enfermedad la que debe ser atendida; por lo tanto creo que esos patrones culturales no solo dependen del esfuerzo de los trabajadores de salud, si no que también de otros factores externos que hacen el comportamiento del ser humano."

Por otra parte el Jefe de Laboratorio Clínico Licenciado, **Iván Vladimir Renderos Flamenco** argumentó que *"la inadecuada segregación de los desechos bioinfecciosos fue observada en la CONSULTA EXTERNA de este Hospital"*, en cuyo departamento funge como Jefe la Lic. María de los Ángeles Cedillos. Añade que en este hallazgo no se menciona una inadecuada segregación de los desechos bioinfecciosos en el departamento del Laboratorio Clínico, por tanto su persona no debe asumir responsabilidad alguna por situaciones anómalas originadas en la Consulta Externa ni en otro Departamento de ese Hospital. Debido a que sus funciones de cargo, según el Manual Descriptivo de Clase Tomo II (Jefe de Laboratorio Clínico de Hospital Departamental) de ese Ministerio, están supeditadas única y exclusivamente al área de Laboratorio Clínico; por consiguiente, considera no debería tener ninguna responsabilidad administrativa ni multa salarial como consecuencia de hallazgos encontrados en el Departamento de la Consulta Externa de ese Hospital; asegura que se ha cometido un error al ser observado, responsabilizado y sentenciado con este hallazgo, por cuanto en ninguno de ellos se hace mención o señalamientos directos referente a que el Laboratorio Clínico presente fallas en la segregación de desechos bioinfecciosos y comunes. En virtud de lo manifestado presenta Constancia de Trabajo en la que se manifiesta su cargo dentro del Hospital de Jiquilisco. así como el Perfil del Cargo de Jefe de Laboratorio Clínico, Código 1728 del Manual Descriptivo de Clase para demostrar con base a sus funciones según cargo como Jefe del Departamento del Laboratorio Clínico, no es su responsabilidad el impartir charlas sobre el manejo de los desechos bioinfecciosos y comunes al trabajador del hospital o a los usuarios que lo visitan, que para ello existe el Comité de Desechos Bioinfecciosos y Comunes del Hospital Nacional General de Jiquilisco, quien coordina las actividades de monitoreo y capacitaciones continuas sobre el tema. Por todo lo anterior pido se desvanezca el hallazgo y cambie el razonamiento de la sentencia ejecutada a su persona y la gestión institucional.

De lo anterior, la **Representación Fiscal** sostiene que el perito en Primera Instancia estableció que no se hace de la manera correcta los desechos bioinfecciosos, por lo que pide se confirme la condena impuesta al Doctor Gerardo Javier Cruz Meléndez; y, respecto al Licenciado Iván Vladimir Renderos Flamenco, solicitó se declaré desierta la apelación.

Con lo planteado por las partes, esta Cámara determina respecto a la documentación aportada por el Doctor **Gerardo Javier Cruz Meléndez**, consistente en copias certificadas del "Plan de Charlas Mensual" de los meses octubre 2008, marzo 2009 y mayo 2009; con lo cual pretende probar que se han llevado a cabo acciones tendientes a orientar sobre el *"aseo personal y a los cuidados propios de las enfermedades*

infectocontagiosas de la Comunidad" siendo ésta inoportuna y discorde con el planteamiento efectuado por la Auditoría, que tal como consta en el Informe a folios 27 se comprobó que en los diferentes servicios del Hospital no se efectúa segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos, ya que se usan los depósitos indistintamente dejándose los desechos bioinfecciosos en bolsas negras y comunes en bolsas rojas. Así se ilustra a folios 28 cuando en depósitos identificados con bolsas negras contienen "*algodones con sangre y jeringas*"; de igual forma se ilustra desechos comunes (platos desechables) depositados en contenedores identificados con bolsas rojas. Por otra parte es importante señalar que a folios 223 de la pieza principal consta que la Cámara Primera de Primera Instancia ordenó inspección respecto de este reparo y otros, diligencia que se llevó a cabo el día veintitrés de febrero de dos mil nueve, con el propósito de verificar el cumplimiento a los señalamientos efectuados durante el examen; y, tal como consta en el acta de peritaje a folios 238 vuelto específicamente en cuanto al presente reparo cita: "*Se comprobó que aún no se efectúa una segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos; ya que se encontraron desechos bioinfecciosos generados en bolsas negras, las cuales son para desechos comunes*"; por lo que en tales situaciones y aunado a la falta de pertinencia de la prueba incorporada en esta Instancia, la cual al respecto es oportuno señalar en cuanto a la **Prueba** en Segunda Instancia, ésta se encuentra delimitada a los parámetros previamente establecidos por la Ley (Art. 1019 del Código de Procedimientos Civiles) y que la presente no ase adecua a ninguna de los casos enunciados por la norma.



Por otra parte, en cuanto al apelante: Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, ésta Cámara considera importante, antes de entrar al desarrollo de los agravios expuestos por el recurrente, abordar la solicitud planteada por la Representación Fiscal en cuanto pide se declare desierta la apelación al Licenciado Renderos Flamenco.

Al respecto considera ésta Cámara que la Representación Fiscal omite exponer razones de hecho o de derecho en los cuales fundamente su petición y obviando manifestarse respecto de los agravios del recurrente; siendo improcedente tal petición en razón que en el presente caso no se han configurado los supuestos en los cuales queda desierto el recurso de apelación, ya que tal como consta en autos se han cumplido las etapas procesales con intervención y actividad de la parte.

Así las cosas, procede esta Cámara a desarrollar los agravios esgrimidos por el Licenciado **Iván Vladimir Renderos Flamenco**, que en lo esencial manifestó no ser responsable del señalamiento hecho por la Auditoría en razón de que sus funciones y cargo según el Manual Descriptivo de Clase Tomo II como Jefe de Laboratorio Clínico de Hospital Departamental de ese Ministerio, están supeditadas única y exclusivamente al área de Laboratorio Clínico y no a la Unidad donde tuvo lugar la observación aduciendo el apelante que el hallazgo fue señalado en el Departamento de Consulta Externa del Hospital.

Al respecto esta Cámara al verificar el **MANUAL DESCRIPTIVO DE CLASES TOMO II**: el apartado referente a las **"TAREAS Y RESPONSABILIDADES"** encontramos que específicamente determina dentro de éstas: **"Participar en los diferentes comités del establecimiento"**; por otra parte, mediante autos se constató que existe un instrumento denominado: **"PLAN DE ACCIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE JIQUILISCO PARA EL AÑO 2006"**; en el cual aparece como Integrante del Comité entre otros el Licenciado **Ivan Vladimir Renderos** (ver folio 26 del incidente de apelación); de igual forma consta a folios 30 del incidente, Acuerdo No. 034 de Asignación de Funciones con carácter Ad-Honorem a partir del día 30 de marzo de 2006; que entre otros designa a Licenciado **Ivan Vladimir Renderos** para conformar tal comisión.

Por lo que de conformidad al Art. 260 ordinal 1º del Código de Procedimientos Civiles, los instrumentos expedidos por los funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones, hacen plena prueba; y , según el **principio de comunidad de la prueba**, dejan de pertenecer a quien las haya producido y evacuado, y pasan a ser de utilidad común para todos los que intervienen en el Proceso; en ese sentido, el juzgador debe analizarlas, pudiendo éstas producir un efecto contrario al pretendido por quien la aportó. Que tal como lo establece el Art. 235 del Código de Procedimientos Civiles, Prueba es el medio determinado por la ley para establecer la verdad de un hecho. En virtud de lo anterior, esta Cámara considera que tal como lo determina el Art. 240 del mismo Código, las pruebas deben ser pertinentes y ceñirse al asunto de que se trata, ya que tal circunstancia no puede presumirse; y como ha quedado probado el Licenciado **Ivan Vladimir Renderos**, por designación mediante acuerdo 034 emitido por el Director Médico del Hospital Nacional de Jiquilisco, es Miembro del Comité de Desechos Sólidos Hospitalarios, que entre sus funciones figuran: el cumplimiento de las actividades del plan y del cumplimiento de la normativa para la disposición adecuada de los desechos sólidos hospitalarios, que incluye el Programa Regional de Desechos Sólidos Hospitalarios, Convenio ALA 9 1/33, entre la Unión Europea y los Gobiernos Centroamericanos, Manual para personal Médico y de Enfermería en su parte II Capitulo 2, entre otros. Que conforme a lo estipulado en el Art. 54 de la Ley de esta Corte se determinará la Responsabilidad Administrativa ***"(...)por el incumplimiento de sus atribuciones, facultades y deberes o estipulaciones contractuales, que les competen por razón de su cargo. La responsabilidad administrativa se sancionará con multa."***; la que de acuerdo al Art. 107 de la misma ley establece los parámetros par la imposición de la multa, en la cual se hayan comprendidas las personas que ejercieren un cargo ad honorem como el presente caso, que al no existir razones de hecho o de derecho procederá esta Cámara a confirmar lo resuelto en la primera instancia.

3) Literal **V)** Según **hallazgo No. 24**, titulado **"Carencia de Programas de Salud Ocupacional"** El comité encargado de los desechos hospitalarios no cuenta con

programas de salud ocupacional, para que minimice los riesgos de contaminación a que están expuestas todas personas que laboran en el hospital. En contravención con lo establecido en el Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco Numero 3. Responsabilidad Administrativa determinada para los señores: El Director Doctor, **Javier Cruz Meléndez** y la Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos Licenciada **Lorena Marroquín**.

Los apelantes **Javier Cruz Meléndez** y la Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos Licenciada **Lorena Marroquín**; por su orden manifestaron: el doctor **Javier Cruz Meléndez** manifestó que [con el objeto de subsanar] anexa el plan de charla ejecutado por el personal de enfermería en el que se ven ternas varios y se hace alusión al aseo personal y a los cuidados propios de las enfermedades infectocontagiosas de la Comunidad. Por lo que considera que con las pruebas anteriores se demuestra que hay un plan de charla orientado a la prevención de enfermedades infectocontagiosas, a la contaminación del medio ambiente, hábitos higiénicos donde van inmersos la conservación, higiene del medio donde se desenvuelven, donde se desarrollan, donde permanecen y los lugares que visitan; agrega que por lo tanto muy difícilmente se podrá controlar a los usuarios que tienen un nivel cultural bajo y que las costumbres y prácticas de estas personas llevan inherente patrones culturales muy arraigados y que sus visitas esporádica a las instalaciones del hospital solo le hacen notar que es su enfermedad la que debe ser atendida; finalmente manifiesta que considera que esos patrones culturales no solo dependen del esfuerzo de los trabajadores de salud, si no que también de otros factores externos que hacen el comportamiento del ser humano.



Por otra parte la Licenciada **Lorena Marroquín** en razón del presente reparo expresa que en el mes de mayo del año dos mil ocho, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, envió notificación por escrito a todos los directores de Hospitales de ese Ministerio, en la cual se solicitó conformar el Comité de Higiene y Salud Ocupacional, el cual tendría como objetivo primordial el crear el Programa de Salud Ocupacional. Objetando que este Programa fue responsabilidad única y exclusiva del mencionado Comité de Higiene y Salud Ocupacional que se conformó a partir de la fecha quince de julio de dos mil ocho; sin estar dentro de sus integrantes su persona. Por tanto el Comité de Desechos Sólidos quedó fuera de responsabilidad en la elaboración del mencionado Programa de Salud Ocupacional. Por todo lo anterior pide que las pruebas que presenta ayuden a desvanecer dicho hallazgo, que para tal efecto anexa: Memorándum para conformación de Comité de Seguridad e higiene Ocupacional y Acuerdo de conformación de Comité de Seguridad e higiene Ocupacional y los miembros que lo conforman.

Al respecto la Fiscalía General de la República, por medio de su Representante *Uy* sostiene que en el caso de los agravios presentados por la señora **LORENA MARROQUÍN** no se desvanece la condena ya que el comité de Higiene Ocupacional fue creado hasta el

año dos mil ocho "por lo que es claro" que no iban a existir planes de salud ocupacional por lo que la auditoría se hizo el periodo comprendido del uno de enero del año dos mil cinco al treinta de junio de dos mil seis hay un claro incumplimiento a la legislación y se incumple el reglamento interno para el manejo de Desechos hospitalarios Nacional de Jiquilisco numero tres; por lo que le solicito se confirme la sentencia venida en apelación en cuanto a dichos reparos en cuanto al señor **GERARDO JAVIER CRUZ MELÉNDEZ**, con la documentación presentada y con lo manifestado no es suficiente prueba para establecer que se ha cumplido con la legislación, por lo en cuanto al hallazgo cinco es de criterio que se considere como de medio ambiente todos los programas; en cuanto al reparo numero veinticuatro se sostiene por lo que se ha dicho para la señora Marroquín, y el reparo numero doce el perito en primera Instancia estableció que no se hace de la manera correcta los desechos bioinfecciosos, por lo que solicito se confirme la sentencia vista en apelación en cuanto a la condena por la responsabilidad administrativa atribuida.

Esta Cámara, considera en relación a la documentación aportada por el doctor **Javier Cruz Meléndez** referente al *"plan de charla ejecutado por el personal de enfermería en el que se ven temas varios y se hace alusión al aseo personal y a los cuidados propios de las enfermedades infectocontagiosas de la Comunidad"*; se encuentra en iguales circunstancias que lo planteado en el numeral 1) de esta Resolución en cuanto Hallazgo No. 12 desarrollado por esta Cámara en el sentido que no es pertinente la prueba presentada y discierne con el planteamiento de la auditoría en razón de que lo observado se refiere a la **"Carencia de Programas de Salud Ocupacional"**; y que la falta de éste contraviene lo estipulado en el Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco Numero 3; es decir un *Programa comprende una serie de actividades o acciones a realizarse*; el "Plan de Charla" con el cual pretende desvanecer el señalamiento del auditor no reúne las características de un programa, por tanto la prueba presentada en esta Instancia no es la pertinente, esto último ha sido desarrollado ampliamente en el literal a) de la presente resolución, a la cual nos remitiremos para sus efectos.

Por otra parte, al analizar la pretensión de la señora **Lorena Marroquín** se tiene que no fundamenta sus agravios en el sentido fáctico de desvirtuar la ocurrencia de las deficiencias determinadas en la Auditoría; sino a la oposición manifiesta en cuanto que la Responsabilidad determinada corresponde única y exclusivamente al Comité de Higiene y Salud Ocupacional que se conformó a partir de la fecha quince de julio de dos mil ocho, aduciendo la apelante que ella no forma parte de sus integrantes, y que para tal efecto adjunta dicho acuerdo; por tanto considera no es su responsabilidad y así pide se declare.

Al respecto esta Cámara, advierte que durante el desarrollo del proceso en esta Segunda Instancia, las partes de forma independiente aportaron documentación; sin

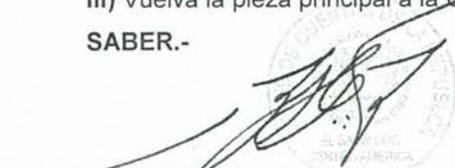
303
161

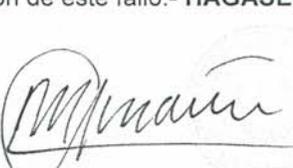
embargo dichos documentos aportados como prueba por una de las partes discrepa con lo manifestado por la apelante, así tenemos como ya se señaló en el literal anterior correspondiente al hallazgo No. 12 que a folios 26 del incidente consta el documento denominado: **"PLAN DE ACCIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS DEL HOSPITAL NACIONAL DE JIQUILISCO PARA EL AÑO 2006"**; en el cual aparece como integrante del Comité entre otros la Licenciada **Lorena Guadalupe Marroquín**; de igual forma consta a folios 30 del incidente, Acuerdo No. 034 de Asignación de Funciones con carácter Ad-Honorem a partir del día 30 de marzo de 2006; que entre otros designa a la Licenciada Lorena Guadalupe Marroquín para conformar tal comisión; mismos que evidencian claramente que la Responsabilidad atribuida por la Cámara Primera de Primera Instancia, deviene en relación a su esfera jurídica en razón de su actuación durante el período auditado. Aplicable al presente caso el **principio de comunidad de la prueba**, que ha sido suficientemente desarrollado en el numeral 2) de la presente resolución.



En consecuencia, esta Cámara considera que los Apelantes no han logrado demostrar en esta Segunda Instancia, las bases justas de su pretensión, por lo que es procedente confirmar la resolución impugnada.

POR TANTO: Expuestas las razones anteriores y de conformidad a los Arts. 196 de la Constitución de la República, 428 y 1026 del Código de Procedimientos Civiles, 73 y 94 de la Ley de la Corte de Cuentas, a nombre de la República de El Salvador, esta Cámara **FALLA:** I) Confírmase en todas sus partes la sentencia pronunciada por la Cámara Primera de Primera Instancia. II) Declárase ejecutoriada esta sentencia, librese la ejecutoria de ley. III) Vuelva la pieza principal a la Cámara de origen con certificación de este fallo.- **HÁGASE SABER.-**





PRESIDENCIA

**PRONUNCIADA POR LOS SEÑORES PRESIDENTE Y MAGISTRADOS QUE LA
SUSCRIBEN.**



Secretario de Actuaciones

Exp. JC-CI-031-2007
HOSPITAL NACIONAL DE JIQUILISCO, USULUTÁN.
Cnch/(C41/2009)Cámara de Segunda Instancia

... anterior fotocopia es conforme con su original, con la cual se confrontó; y para ser remitida a la **Cámara Primera de Primera Instancia** de esta Institución, a efecto de que se cumpla lo pronunciado por los honorables señores Presidente y Magistrados de ésta Cámara, extendiendo, firmando y sellando la presente, en San Salvador a las catorce horas del día veintinueve de julio de dos mil once.



Lic. Carlos Francisco Aparicio Silva.
Secretario de Actuaciones Cámara de Segunda Instancia

Exp. JC-CI-031-2007
HOSPITAL NACIONAL DE JIQUILISCO, USULUTÁN.
Cnch/(C41/2009)Cámara de Segunda Instancia



CORTE DE CUENTAS DE LA REPÚBLICA



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 NACIONAL DE JIQUILISCO, POR EL PERIODO DEL 1 DE ENERO DE 2005 AL 30 DE JUNIO DE 2006.



SAN SALVADOR, MARZO DE 2007

INDICE

	Página
I. INFORMACION RELATIVA AL HOSPITAL.	1
a) Antecedentes del Hospital	1
b) Estructura Organizativa	2
c) Importancia de la Gestión Ambiental Hospitalaria	3
II. INFORMACION RELATIVA AL EXAMEN	3
a) Antecedentes del Examen	3
b) Naturaleza y Objetivos	3
b)1 Naturaleza	3
b)2 Objetivos	3
b)2.1 General	3
b)2.2 Específicos	4
c) Alcance	4
d) Metodología	4
e) Fortalezas de la Gestión Ambiental	5-6
f) Comentarios de la Gestión Ambiental del Hospital	6-7
g) Resumen de Hallazgos	7-9
III. CONCLUSION	9-10
IV. HALLAZGOS	10-43
V. RECOMENDACIONES	43-46



**Doctor
Gerardo Javier Cruz Meléndez
Director del Hospital Nacional
Jiquilisco.
Presente.**

El Presente Informe contiene los resultados de nuestra Auditoría sobre la Gestión Ambiental realizada por la Administración del Hospital Nacional de Jiquilisco, por el periodo del 1 de enero de 2005 al 30 de junio de 2006.

I. INFORMACION RELATIVA AL HOSPITAL.

a) Antecedentes del Hospital.

El Hospital Nacional de Jiquilisco, es uno de los treinta Nosocomios, que conforman la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se encuentra ubicado en el área sur del Cono Urbano del Municipio de Jiquilisco en el Departamento de Usulután, sobre una extensión de 22,098.15 metros cuadrados, con una superficie cubierta de 5,378.63 metros cuadrados, equivalentes a 7,695.74 varas cuadradas, los que son ocupados por la construcción del edificio, distribuidos en un solo piso.

Primeramente funcionó como un Centro de Salud, hasta que en el periodo presidencial del Doctor Armando Calderón Sol, según Decreto Legislativo Número 110, Tomo 331, del 14 de junio de 1996, se transformó en el Hospital Nacional Jiquilisco, para dar mejor cobertura a la población.

El Hospital se considera como un establecimiento de segundo nivel para la atención de pacientes en especialidades básicas de la medicina, conforme al Reglamento General de Hospitales, así:

- Cirugía General;
- Gineco – obstetricia;
- Medicina Interna;
- Pediatría y sus especialidades complementarias;
- Servicios de apoyo que se prestan en las áreas de emergencias; y,
- Atención ambulatoria y hospitalización.

El nosocomio tiene carácter de persona jurídica, su representante legal es el Director, quien está facultado para representarlo judicial y extrajudicialmente (artículo 8 del Reglamento General de Hospitales). Asimismo, él es el representante legal en la Región del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), a partir del 1 de enero de 2003.

La Región SIBASI, se entenderá como la estructura básica operativa de la red nacional de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y



Asistencia Social, circunscrita en un área geográfica de influencia definida, a la cual podrán integrarse otros establecimientos de salud del sector, fundamentada en la atención primaria en salud.

Actualmente el Hospital, es la cede de la gestión de los recursos de la Región del SIBASI Jiquilisco, con 10 unidades de salud, según detalle:

- La canoa;
- Sisiguayo;
- Nuevo Amanecer;
- Puerto El Triunfo;
- Tierra blanca;
- Isla de Méndez;
- Isla Corral de Mulas;
- San Agustín;
- San José El Quebrado; y,
- San Francisco Javier.

b) Estructura Organizativa

El Hospital Nacional Jiquilisco, cuenta con una estructura organizativa que esta aprobada por la máxima autoridad hospitalaria, y no cuenta con líneas definidas jerárquicas de autoridad, como son las Gerencias, Departamentos, Servicios y Secciones.

Analizamos la Estructura Organizacional y comprobamos que no se encuentra completa y actualizada; además, esta no ha sido elaborada tomando como base el Reglamento General de Hospitales así:



Según Reglamento General de Hospitales:	Según Estructura Organizativa:
Art.60 Servicios Técnicos de Apoyo (Enfermería, Farmacia, Servicio Social, Alimentación y Dietas, Estadísticas y Documentos Médicos)	Servicios Técnicos de Apoyo, no figura en el Organigrama, además no figuran las Unidades de Farmacia, Servicio Social, Alimentación y Dietas. Enfermería y Estadísticas están plasmadas como segundo nivel de mando.
Art. 72 Servicios Administrativos. Del área Administrativa dependen Recursos Humanos, UACI, Conservación y Mantenimiento Integral. De Conservación y Mantenimiento dependen las Unidades: Mantenimiento, Lavandería y Costurería, Limpieza, Transporte, Vigilancia, Portería y Telefonía.	Área Administrativa no figura en el Organigrama. Recursos Humanos, UACI y Conservación y Mantenimiento, están plasmados como segundo nivel de mando como si estos fuesen Gerencia. De Conservación y Mantenimiento dependen las unidades de Mantenimiento, Servicios Generales, Transporte y Activo Fijo. Las Unidades Lavandería y Costurería, Limpieza, Portería y Telefonía no están plasmadas. La Unidad de Servicios Generales, no debe figurar en el Organigrama. Activo Fijo no debe ser Unidad.

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 a la Gestión Ambiental del Hospital Nacional de Jiquilisco, departamento de Usulután, se ha realizado con base al cumplimiento del Plan de Trabajo de la Dirección de Auditoría Seis Sector Medio Ambiente 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 Nacional de Jiquilisco, por el período comprendido entre el 1 de enero 2005 al 30 de junio de 2006, con el propósito de evaluar la gestión ambiental y el cumplimiento de sus objetivos y metas ambientales.

b) 2 Objetivos

b) 2.1 Objetivo general

Emitir un informe que contenga los resultados y conclusiones de la Auditoría de Gestión Ambiental, practicada por la Administración del Hospital



Nacional de Jiquilisco, por el período comprendido del 1 de enero de 2005 al 30 de junio 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.

c) Alcance

Realizamos Auditoría a la Gestión Ambiental del Hospital Nacional de Jiquilisco, por el período del 1 de enero de 2005, al 30 de junio 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 la entidad;
- 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 ambiental del Hospital.

Durante la realización de la presente auditoría identificamos algunas fortalezas de la administración del Hospital, entre las cuales mencionamos las siguientes:

- Durante la realización de la presente auditoría comprobamos que se ha mejorado la higiene y limpieza en las instalaciones del Hospital;



Los pasillos del Hospital, se ven limpios.

- Contratación del servicio de transporte externo de los desechos bioinfecciosos;
- Charlas de orientación a los pacientes hospitalizados y de consulta externa;



Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.

- Actualmente se construye una capilla interna que servirá para que lo usen los pacientes, personal del Hospital, visitante y público en general;
- Se encuentra en proceso de construcción el centro de acopio temporal interno de desechos comunes y bioinfecciosos.



Centro de Acopio Temporal en construcción.

f) Comentarios sobre la Gestión Ambiental del Hospital.

- Existen acumulaciones de desechos especiales tales como: Equipo y mobiliario obsoleto e inservible; residuos de árboles talados; a los que la Administración no le ha dado ningún tipo de tratamiento.



Evidencias fotográficas de los desechos especiales





Evidencias fotográficas de los desechos especiales

- La Administración del Hospital no ha establecido políticas Medioambientales, no planifica en su presupuesto fondos para la Gestión Ambiental en el Hospital. En los Planes Anuales Operativos y en el Plan Estratégico, no se incorporan indicadores para medir la Gestión Ambiental y no se asumen compromisos ambientales.
- No existe dentro del Hospital un comité responsable del aspecto ambiental, establecido en las Normas "Pediátricas: Diagnóstico y Tratamiento Hospitalario", que desempeñe las funciones de manera efectiva para minimizar el efecto negativo en el medio ambiente.
- El Almacén de Medicamentos del Hospital, no está dotado de un equipo de aire acondicionado que mantenga a temperatura adecuada las medicinas que allí se resguardan; asimismo, observamos poca iluminación en dicha área y deterioro en los techos, por lo que existe filtración de agua cuando llueve.
- Las instalaciones de la Farmacia del Hospital, se ve afectada por malos olores, emanados de la unidad de Radiología, como producto de los procedimientos para el tratamiento de los químicos utilizados y de los desechos residuales, lo cual pone en riesgo la salud del personal que se desempeña en dicha área, al personal de las unidades aledañas y la población visitante.

g) Resumen de hallazgos

- 1) No se han elaborado Manuales de Bioseguridad y Técnico Administrativos.



Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.

- 2) No se programaron ni ejecutaron capacitaciones relacionadas al medio ambiente para todo el personal de la entidad.
- 3) Falta de mantenimiento en Sala de Operaciones, Pasillo de Pediatría y Tanques de Captación de Agua Potable.
- 4) No se cuenta con un Programa de Garantía de Calidad en el Servicio de Radiología.
- 5) Planes Anuales Operativos no contienen acciones orientadas a proteger el Medio Ambiente.
- 6) Proceso inadecuado en la disposición final de los desechos hospitalarios.
- 7) Falta de vigilancia en el cumplimiento de normativa vigente, para las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios.
- 8) No se ha elaborado Diagnóstico Ambiental del Hospital.
- 9) Deficiencias sobre existencia de medicamentos vencidos.
- 10) Quema de desechos naturales forestales y basura.
- 11) Servicio de Laboratorio Clínico carece de Equipos de Protección Colectivos; y símbolos y señales que adviertan sobre peligros de contaminación.
- 12) No se efectúa segregación adecuada de desechos bioinfecciosos y comunes.
- 13) No se realiza etiquetado, para identificar los desechos bioinfecciosos.
- 14) No se cuenta con un Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales.
- 15) El Personal que labora en el Servicio de Laboratorio Clínico, no utiliza equipo de protección Individual.
- 16) Material desechable utilizado en laboratorio Clínico no es desinfectado, previo a su eliminación.
- 17) Falta de programa de mantenimiento preventivo de los Equipos de Laboratorio Clínico.
- 18) Falta de monitoreo a refrigeradores del Laboratorio Clínico.



- 19) Personal del Laboratorio Clínico no ha sido vacunado adecuadamente.
- 20) Carencia de Plan de Gestión para el manejo de los Desechos Sólidos Hospitalarios.
- 21) Bolsas inadecuadas para la segregación de los desechos, además no llevan el símbolo "biopeligroso".
- 22) Falta de equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imágenes.
- 23) El Permiso de Operación de la Unidad de Radiología se encuentra vencido.
- 24) Carencia de Programa de Salud Ocupacional.
- 25) Carencia de ruta interna de transporte de desechos sólidos hospitalarios.
- 26) Recipientes para objetos punzo cortantes, no son rotulados.
- 27) Falta de registro de temperatura controlada en la Unidad de Farmacia.



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 Nacional de Jiquilisco, durante el período del 1 de enero de 2005 al 30 de junio de 2006, en el cual constatamos que: No se han elaborado Manuales de Bioseguridad y Técnico Administrativos; No se programaron ni ejecutaron capacitaciones relacionadas al medio ambiente para todo el personal de la entidad; Falta de mantenimiento en Sala de Operaciones, Pasillo de Pediatría y Tanques de Captación de Agua Potable; No se cuenta con un Programa de Garantía de Calidad en el Servicio de Radiología; Planes Anuales Operativos no contienen acciones orientadas a proteger el Medio Ambiente; Proceso inadecuado en la disposición final de los desechos hospitalarios; Falta de vigilancia en el cumplimiento de normativa vigente, para las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios; No se ha elaborado Diagnóstico Ambiental del Hospital; Deficiencias sobre existencia de medicamentos vencidos; Quema de desechos naturales forestales y basura; Servicio de Laboratorio Clínico carece de Equipos de Protección Colectivos y símbolos y señales que adviertan sobre peligros de contaminación; No se efectúa segregación adecuada de desechos bioinfecciosos y comunes; No se realiza etiquetado, para identificar los desechos bioinfecciosos; No se cuenta con un Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales; El Personal que labora en el Servicio

de Laboratorio Clínico, no utiliza equipo de protección Individual; Material desechable utilizado en laboratorio Clínico no es desinfectado, previo a su eliminación; Falta de programa de mantenimiento preventivo de los Equipos de Laboratorio Clínico; Falta de monitoreo a refrigeradores del Laboratorio Clínico; Personal del Laboratorio Clínico no ha sido vacunado adecuadamente; Carencia de Plan de Gestión para el manejo de los Desechos Sólidos Hospitalarios; Bolsas inadecuadas para la segregación de los desechos, además no llevan el símbolo "biopeligroso"; Falta de equipos detectores de radiaciones ionizantes en Servicio de Radiología e Imágenes; El Permiso de Operación de la Unidad de Radiología se encuentra vencido; Carencia de Programa de Salud Ocupacional; Carencia de ruta interna de transporte de desechos sólidos hospitalarios; Recipientes para objetos punzo cortantes, no son rotulados; y, Falta de registro de temperatura controlada en la Unidad de Farmacia.

Por lo antes expuesto concluimos que, de ser superadas las deficiencias planteadas, se estaría contribuyendo al mejoramiento del medio ambiente en un marco de desarrollo sostenible.

IV HALLAZGOS

1. No se han elaborado Manuales de Bioseguridad y Técnico administrativos.

Comprobamos que los servicios hospitalarios, apoyo y ambulatorio del Hospital, no cuentan con manuales de bioseguridad y técnicos administrativos que les permita regular y reglamentar las actividades y procesos del Hospital en materia medio ambiental, que les permita contribuir a la protección de sus empleados y pacientes en general.

El artículo 120 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, establece: "Las Divisiones, Departamentos, Unidades y Servicios deberán contar con los Manuales Técnico-Administrativos, necesarios para el normal funcionamiento y serán autorizados por el Director del Hospital".

Falta de interés de la Administración del Hospital para elaborar manuales técnico-administrativos y de bioseguridad que contribuyan a ejecutar las actividades ambientales adecuadamente.

Por no contar con la orientación de manuales de bioseguridad y técnico administrativos, la administración carece de los procesos que debe seguir el personal que labora en el Hospital, para protegerse de contagios de cualquier enfermedad de pacientes que son atendidos o aquellos que se generen por vectores en el medio ambiente del Hospital.

Comentarios de la Administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "En el Hospital Nacional de Jiquilisco en el año 2006, se conformó el comité



de desechos sólidos hospitalarios que ha contribuido a la elaboración del "Manual para el manejo de los desechos bioinfecciosos, comunes y especiales en el Hospital Nacional de Jiquilisco y que ha sido socializado en los diferentes departamentos, unidades y servicios del centro Hospitalario y que han sido autorizados por el Director de dicho centro.....".

Comentarios de los Auditores.

De acuerdo a lo expresado por el Director del Hospital, es evidente que no existen Manuales de Bioseguridad y Técnico Administrativos, ya que únicamente cuentan con un Manual de los Desechos Bioinfecciosos, Comunes y Especiales y un Reglamento Interno para el Manejo de los Desechos Hospitalarios.

2. No se programaron ni ejecutaron capacitaciones relacionadas con aspectos de medio ambiente para todo el personal de la entidad.

Comprobamos que la Administración del Hospital, durante el periodo examinado, no impartió al personal capacitaciones relacionadas con medidas de higiene seguridad y saneamiento que contribuyan con el medio ambiente y que les permita manejar adecuadamente todos aquellos procesos y actividades de la entidad, en forma eficiente.

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".

No se ha efectuado una programación de capacitaciones que venga a fortalecer y mejorar las condiciones ambientales del Hospital.

El personal no cuenta con los conocimientos necesarios en materia medioambiental, que le permita enfrentar y manejar adecuadamente todos aquellos procesos y actividades de la entidad, relacionadas al medio ambiente.

Comentarios de la Administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Para este hallazgo hacemos hincapié que en el período examinado no hay evidencias de capacitaciones impartidas, más sin embargo anexamos programación de capacitaciones, convocatorias, planillas de las capacitaciones realizadas y desarrolladas para el personal de esta institución, para enfrentar y manejar adecuadamente aquellos procesos y actividades relacionadas al medio ambiente".



Administrativos

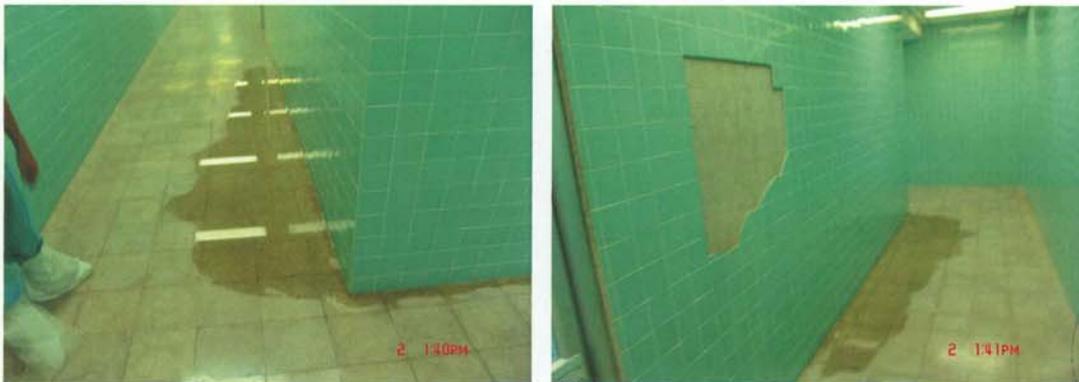
1A

Comentarios de los Auditores.

No se presentó evidencias de las capacitaciones que se menciona, habían sido desarrolladas.

3. Falta de mantenimiento en Sala de Operaciones, Pasillo de Pediatría y Tanques de Captación de Agua Potable.

Mediante inspección física realizada comprobamos que en la Sala de Operación, se filtra el agua cuando llueve; el pasillo que de Pediatría conduce a Encamados, está deteriorado; y el tanque de captación de agua potable, se encuentra sucio.



Muestras fotográficas de Sala de Operaciones deterioradas, donde se filtra el agua debajo la pared.

El artículo 80 del Reglamento de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dice: "El servicio de Mantenimiento es el responsable de proporcionar mantenimiento preventivo y correctivo de la planta física, áreas circundantes, instalaciones, mobiliario, equipo y otros".

El Departamento de Conservación y Mantenimiento, no proporciona el debido mantenimiento a la planta física de algunas áreas del hospital.

Las condiciones de higiene limpieza y esterilización de la sala de operaciones es afectada por las condiciones del edificio, ocasionando riesgo de contaminación y proliferación de enfermedades en estas áreas, con una mala atención médica a los pacientes que son atendidos, así también la mala calidad del agua por falta de limpieza del tanque.

Comentarios de la Administración.

El Coordinador de Conservación y Mantenimiento del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "... con relación a la filtración de agua, esta área es lavada y desinfectada cada ocho días y en esta ocasión se había quedado el agua estancada, pero que es un lugar que debe estar esterilizado, por esta razón nunca debe permanecer ninguna

15
Administración
tivos



fuga de agua, Con relación a la pared expongo que se está buscando azulejos de este mismo color y medida, pero no se ha encontrado, exponiendo también que en el año 2003 presenté solicitud 112, en donde se pedía la reparación, con mano de obra externa de 4 metros de Chapeado, y que por comprar algunos equipos no se llevó a cabo esta operación....., que se iniciará en enero del 2007.....

Con relación al tanque de captación de agua potable o Cisterna, expongo que cada Seis meses se le da Mantenimiento interno en donde se lavan paredes y se saca toda la sedimentación que ocurre en el mismo, haciéndosele análisis mensuales de contenido de cloro.....”

Comentarios de los Auditores.

Con los comentarios vertidos por el Ingeniero José Reinaldo Salgado Castillo, se confirma que en la Sala de Operación, se filtra el agua cuando llueve; el pasillo que de Pediatría conduce a Encamados, se está deteriorando; y el tanque de captación de agua potable, se encuentra sucio; además que no se han tomado acciones de inmediato para corregir dicha situación.

4. No se cuenta con un Programa de Garantía de Calidad en el Servicio de Radiología.

Comprobamos que el Servicio de Radiología, no ha preparado, 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”.

Falta de diligencia en la elaboración de un documento que garantice los procedimientos y 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 riesgo la salud y seguridad del personal que trabaja en el Hospital y de los usuarios de los servicios, por la contaminación que ocasionan dichas radiaciones.

Administrativo



Comentarios de la Administración.

La Encargada de Radiología del Hospital, no envió respuesta el día de la lectura del informe, solamente entregó documentos en donde se encuentra un plano con especificaciones que no tiene definido sobre que trata y un manual de protección y seguridad radiológica, sin legalizar.

Comentarios de los Auditores.

Se confirma que el Servicio de Radiología, no ha preparado, un Programa de Garantía de Calidad.

5. Planes Anuales Operativos no contienen acciones orientadas a proteger el Medio Ambiente.

Comprobamos que los planes anuales operativos del periodo del 1 de enero de 2005, al 30 de junio de 2006, no contienen acciones o aspectos orientados a proteger el medio ambiente, asimismo no estipulan objetivos, metas, políticas e indicadores ambientales, que se relacionen o definan la gestión que la entidad debe efectuar, considerando los aspectos de medio ambiente que se realicen.

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 regulación de acciones orientadas a proteger el medio ambiente, contribuyen a que la institución no cuente con indicadores ambientales específicos, que permitan resolver situaciones que puedan estar afectando el medio ambiente y la salud de las personas; así como, prevenir cualquier acción que pueda generar contaminación originada por las actividades propias del Hospital.

Comentarios de la Administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "El Comité de Desechos Sólidos junto con esta dirección han analizado los planes de acción del manejo de desechos sólidos, de recolección y disposición final de desechos, actividades que han sido tomadas a bien este año por la puesta en vigencia de la Ley del medio ambiente".

Comentarios de los Auditores.

Con sus comentarios, el Director del Hospital, confirma que los planes anuales operativos de la entidad, correspondientes al periodo del 1 de enero de 2005, al 30 de junio de 2006, no contienen acciones orientados a proteger el medio ambiente; asimismo, que éstos no estipulan objetivos, metas, políticas e indicadores ambientales.

Administración

6. Proceso inadecuado en la disposición final de los desechos hospitalarios

Comprobamos que aún se utilizan fosas comunes dentro del hospital para la disposición final de los desechos comunes e infecciosos, generados sin existir un adecuado tratamiento que permita minimizar el riesgo de contaminación del medio ambiente. Dicho proceso es inadecuado, ya que los desechos deben ser tratados en forma separada, en Rellenos Sanitarios, debidamente autorizados para tal efecto.



Las fotografías muestran que a la fecha 17-09-06, aún depositan desechos en fosas comunes



Las fotografías muestran las fosas comunes donde son depositados parte de desechos comunes, revueltos con bioinfecciosos.

El convenio ALA 91/33 Manual para Personal Médico y de Enfermería, en su parte 3, Capítulo 1, "Neutralizando una fuente de conflictos, respuesta eficaz", establece: "El modo responsable y eficaz de reducir el riesgo que

representan los desechos sólidos hospitalarios peligrosos es poner en marcha un "Plan de Gestión de los DSH" en el hospital o institución sanitaria. Este plan perseguirá los siguientes objetivos generales: Mejorar las medidas de seguridad e higiene en el trabajo; Proteger la salud y el medio ambiente; Cumplir con la normativa vigente; Reducir el volumen y la masa de los residuos producidos y Sustituir los materiales peligrosos que se puedan reemplazar por otros de menor peligrosidad".

El artículo 30 del Reglamento Especial en Materia de Sustancias, Residuos y Desechos Peligrosos, expresa: "Los desechos peligrosos incompatibles entre si, 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".

Descuido por parte de la Administración superior del Hospital, al no considerar acciones tendientes a darle un debido tratamiento a los desechos hospitalarios.

La falta de medidas para darle un adecuado tratamiento a los desechos hospitalarios, pone en riesgo la salud de las personas que laboran en el hospital; asimismo, dañan el medio ambiente, ya que al enterrarlas contaminan el suelo y las aguas subterráneas por la filtración que estos pueden ocasionar en los mantos acuíferos.

Comentarios de la administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Los lugares que muestran las fotografías corresponden a las fosas comunes que se utilizaban para la disposición final de los desechos hospitalarios en el patio oriental de las instalaciones hospitalarias, y que han sido aterrados para su cierre definitivo. En estos momentos se cuentan con un contenedor para la disposición transitoria de los desechos sólidos comunes y bioinfecciosos. Además se contrató los servicios de una empresa para la disposición final de éstos".

Comentarios de los Auditores.

No obstante lo expresado por el Director del Hospital, consideramos que la observación se mantiene, ya que como se manifiesta, las fosas comunes únicamente fueron cubiertas con tierra, lo que seguirá contaminando los mantos acuíferos subterráneos.



Administración

7. Falta de vigilancia en el cumplimiento de normativa vigente, para las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios.

Comprobamos que la administración del Hospital, durante el período sujeto a examen, no efectuó vigilancia que permitiera garantizar el fiel cumplimiento de las normas relacionadas con el manejo de los desechos hospitalarios, en los que se refiere a separación, almacenamiento, recolección, transporte interno, tratamiento y eliminación final de dichos desechos, ya que no encontramos ninguna evidencia al respecto.

El numeral 3 de la sección "APLICACIÓN" del Reglamento Interno de los Desechos Hospitalarios del Hospital, expresa: "Es responsabilidad primordial de la Dirección del Hospital de Jiquilisco y del Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios, la vigilancia en el cumplimiento de las normas en las diferentes etapas del manejo de los desechos: separación almacenamiento, recolección, transporte interno, tratamiento y eliminación final".

Falta de iniciativa de la administración del Hospital para darle cumplimiento a lo establecido en el Reglamento Interno de los Desechos Hospitalarios.

Existe el riesgo que por falta de vigilancia y supervisión del control sobre los desechos hospitalarios, durante el proceso de recolección, separación, almacenamiento y disposición final se puedan dar situaciones indebidas que estén propiciando niveles de contaminación dentro del mismo proceso.



Comentarios de la administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: " Para este hallazgo este año se hizo el esfuerzo de la adquisición de recipientes para el transporte de los desechos ya seleccionados así como la dotación de carretillas de transporte para esto, la segregación se hace según la norma en bolsas rojas y negras, además el alquiler de jabas para la disposición transitoria de los desechos bioinfecciosos para ser mantenidas en el contenedor transitorio para su recolección por la empresa contratada y ser llevados y tratados. Se anexa informes de supervisiones realizadas por el comité..."

Comentarios de los Auditores.

No obstante lo expresado por el Director del Hospital, la observación se mantiene, ya que sobre la falta de vigilancia para garantizar el fiel cumplimiento de la normas en las diferentes etapas del manejo de los desechos hospitalarios, no hizo ningún comentario; además, en el numeral 2 del informe del Comité de Desechos Solidos Hospitalarios, se expresa que: "Se constató que solamente en un 31.8 % existen rutas para el traslado

de desechos comunes y bioinfecciosos". Dicho informe fue elaborado el 24 de noviembre de 2006, fecha en la cual el Equipo de Auditores, ya se había retirado de las instalaciones del Hospital.

actuado 21

8. No se ha elaborado Diagnóstico Ambiental del Hospital

Comprobamos que el Hospital, no cuenta con su Diagnóstico Ambiental, por consiguiente carece del respectivo programa de adecuación ambiental, mismos que deberán presentar 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....".

Falta de iniciativa del Director del Hospital en elaborar y presentar para su aprobación el Diagnostico Ambiental.



La falta de un Diagnóstico Ambiental impide que la Administración del Hospital elabore e implemente un programa de adecuación ambiental, debido a que no se han determinado los peligros potenciales ambientales que existen dentro del Hospital.

Comentarios de la administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, expresa: "Para este hallazgo anexamos el Diagnostico situacional del manejo de los desechos sólidos del Hospital Nacional de Jiquilisco, elaborado por un consultor externo en el año 2003 y al mismo tiempo anexamos la nota dirigida al Ministerio del Medio Ambiente en el que se solicita el permiso ambiental aun sin responder"

Comentarios de los Auditores.

Con los comentarios del Director del Hospital, se confirma que el Hospital no cuenta con su Diagnóstico Ambiental institucional.

actuado

9. Deficiencias sobre existencia de medicamentos vencidos.

Mediante inspección física a la Farmacia del Hospital Nacional de Jiquilisco, comprobamos lo siguiente:

- a) No se cuenta con un inventario de medicamentos;

- b) Almacenamiento inadecuado, ya que están depositados en el piso, expuestos a la humedad del mismo;
- c) No se ha solicitado al Ministerio de Salud la respectiva, autorización para su destrucción;
- d) No se ha solicitado permiso ambiental; y,
- e) Falta de verificación por parte del Inspector de Salud Ambiental, sobre el proceso de separación, envasado, almacenamiento, tratamiento y disposición final de dichos medicamentos.



En la fotografía se observa el inadecuado almacenamiento de medicamentos vencidos, ubicados en el área de lavandería.



El procedimiento a seguir para solicitar el descargo de los suministros médicos en los Hospitales Nacionales y SIBASI, o nivel similar, emitido según Resolución Ministerial Número 756, "Lineamientos Técnicos para la Destrucción de Suministros Médicos Vencidos, Averiadados y no Deseados, de fecha 16 de diciembre de 2002, establece:

Numeral 1: "El guardalmacén procederá al levantamiento de inventario del suministros médicos vencidos, averiadados y no deseados...."

Numeral 2.4: "Los productos vencidos deben estar en lugares que reúnan los siguientes requisitos mínimos tales como: Techados, accesos vehicular, con ambiente seco, acceso restringido, (Bajo llave) y manejado bajo control"

Numeral 5: "El director del hospital o gerente del SIBASI, solicitará al señor ministro de salud su autorización para proceder a la destrucción"

Numeral 8: "El Director de Hospital o gerente del SIBASI solicitará al ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el correspondiente permiso ambiental para manejar, transportar, propiciar el tratamiento y disposición final..."

Numeral 10: "El Supervisor e Inspector de Salud Ambiental del Hospital, verificará que el proceso de separación, envasado, almacenamiento, tratamiento y disposición final se efectuó bajo lineamientos técnicos, asimismo colaborará en la identificación y selección del sitio de disposición final donde se confinarán los suministros vencidos....".

Falta de controles adecuados de la administración del hospital en el área de farmacia y de diligencia en resolver los problemas que ocasionan los medicamentos vencidos.

Riesgo de ocasionar problemas a la salud de las personas que tienen acceso o contacto con los mismos, o por algún mal manejo o control sobre éstos; así como alguna afectación ambiental por descuido o negligencia en el manejo de almacenamiento.

Comentarios de la administración.

La Encargada de Farmacia, en nota sin fecha, expresa:

- a) "En cuanto al depto. De farmacia se refiere, si existe un Inventario de medicamentos en el cual se detallan todos los medicamentos y en el mismo existen una casilla para los medicamentos vencidos, formulario oficial proporcionado por la Unidad Técnica de Medicamentos e Insumos Médicos del Ministerio de Salud (Anexo copia del Inventario que fue proporcionado al equipo de auditoría) el cual fue elaborado en el mes de junio del presente año).
- b) Debido a que cuando fue construido el departamento de Farmacia era para dar asistencia como Centro de Salud, y su área física era adecuada para el almacenamiento, pero a partir del 1 de enero de 1997 por Decreto Legislativo fue nombrado Hospital Nacional de Jiquilisco, ampliando su cobertura, pero no su infraestructura, por lo tanto farmacia carece de una área específica para el almacenamiento de los medicamentos vencidos, solamente son aislados de los otros productos, pero se gestionará la forma de que en el futuro estén en una área específica para ellos, mientras son enviados al Almacén de Medicamentos como se hace periódicamente.
- c) Como miembro de la Comisión de Destrucción de Medicamentos Vencidos, Averiadados y no deseados si hemos hecho gestiones ante el Guardalmacén y el Sr. Director, para que nos proporcione el Inventario General de Medicamentos Vencidos sin que hasta esta fecha hallamos obtenido respuesta favorable, (Anexo copia de la Gestión realizada) y según el Instructivo de Lineamientos Técnicos para la destrucción de los mismos en el literal 5 dice: "El Sr. Director del Hospital o Gerente de Sibasi, solicitara al Sr. Ministro de Salud su autorización para proceder a su destrucción.
- d) Según Instructivo de Lineamientos Técnicos para la destrucción de Suministros Médicos, vencidos, Averiadados y no deseados en el literal No. 8, dice "El Director del Hospital o Gerente de Sibasi, solicitará al Ministerio del Medio Ambiente y Recursos Naturales, el correspondiente permiso ambiental para manejar, transportar, propiciar el tratamiento y



disposición final de acuerdo a los siguientes artículos 22 y 60 de la Ley de Medio Ambiente y Recursos Naturales; y Art. 29 y Capítulo VI del Reglamento Especial en materia de Sustancia, Residuos y Desechos Peligrosos.

- e) Debido a que el Guardalmacén de este Hospital no ha proporcionado el Inventario General de Medicamentos Vencidos, ya autorizado por el Ministro de Salud y revisado por la Comisión de Destrucción de los mismos, no se ha solicitado al Inspector de Salud Ambiental su colaboración para la destrucción como lo indica el Instructivo de Lineamientos de Destrucción de Medicamentos Vencidos en el Literal No. 10 dice: "El Supervisor e Inspector de Salud Ambiental del Sibasi u Hospital verificara que el proceso de separación, almacenamiento, tratamiento y disposición final se efectuó conforme a lineamientos técnicos, asimismo colaborará en la identificación y selección del sitio de disposición final donde se confinarán los suministros vencidos de acuerdo a parámetros sanitarios".

Comentarios de los Auditores.

Con sus comentarios, la encargada de Farmacia, confirma lo siguiente: No se ha levantado inventario de medicamentos vencidos; El almacenamiento de los mismos es inadecuado; No se ha solicitado autorización para su destrucción; No se ha solicitado el permiso ambiental; y, Falta de gestión del Inspector de Salud Ambiental.

10. Quema de desechos naturales forestales y basura.

Comprobamos que en las áreas verdes del Hospital, se efectúan quemas de desechos naturales forestales y basura, lo que incrementa la contaminación del medio ambiente por el humo que dichas quemas generan.



Las fotografías muestran desechos forestales destruyéndose por medio de incineración, dentro de las áreas verdes del hospital.



Administrati

24

La Ley de Medio Ambiente y Recursos Naturales en el artículo 42, 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 y denunciar ante las autoridades competentes la contaminación que pueda perjudicar la salud, la calidad de vida de la población y los ecosistemas, especialmente las actividades que provoquen contaminación de la atmósfera, el agua, el suelo..."

Negligencia por parte de la Administración Superior, al permitir la quema de desechos naturales forestales y basura, dentro de las zonas verdes del Hospital.

Al efectuar quemas de desechos en las zonas verdes del Hospital, se generan humaredas que pueden producir infecciones en vías respiratorias del personal que labora en la institución, pacientes del mismo y personas que habitan en los alrededores de dicho nosocomio.

Comentarios de la administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Para este hallazgo se anexa nota de amonestación para el encargado de conservación y mantenimiento, así como al encargado de servicios generales por la quema de los desechos naturales, forestales y basura dentro de las instalaciones del Hospital, ya que existía nota de prohibición a estas actividades intramurales".

Comentarios de los Auditores.

Lo expresado por el Director del Hospital, confirma que en las áreas verdes del Hospital, se efectúan quemas de desechos naturales forestales y basura.

11. Servicio de Laboratorio Clínico carece de Equipos de Protección Colectivos; y símbolos y señales que adviertan sobre peligros de contaminación.

Mediante inspección física a las instalaciones del Servicio de Laboratorio Clínico, comprobamos que no se han colocado, símbolos y señales que orienten sobre las áreas de circulación y adviertan sobre peligros de contaminación; asimismo, constatamos que no se han colocado extintores y baldes con arena para utilizar como sistemas de seguridad en caso de incendios o derrames químicos; tampoco, no se ha instalado una regadera de presión para el personal en caso de accidente.



Administrativos



En el Laboratorio Clínico, se observa la falta de símbolos y señales que 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 de 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".

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".

La administración del Hospital no le ha dado cumplimiento a lo establecido en el Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud



Pública y Asistencia Social, al no poner símbolos y rótulos que orienten sobre los peligros de contaminación; lo mismo que por no dotar al mismo servicio, con el equipo de seguridad y protección colectivo, necesario para incendios o derrames químicos.

La falta de símbolos y señales en el Laboratorio Clínico que orienten sobre las áreas de circulación y adviertan sobre peligros de contaminación, incrementa el riesgo de dañar la salud y la seguridad del personal, de los usuarios y el medio ambiente, frente a la contaminación con agentes biológicos, físicos o químicos; asimismo la falta de equipo de seguridad y protección para incendios y derrames químicos, pone en peligro la seguridad del personal, pacientes y el medio ambiente, frente a la generación de incendios o derrames químicos, pudiendo provocar pérdida de vidas humanas.

Comentarios de la administración.

El Jefe del Laboratorio Clínico, en nota de fecha 18 de diciembre de 2006, expresa: "Ya se tiene ubicados los símbolos y señales de peligro de contaminación en las diferentes áreas del laboratorio clínico"; asimismo manifestó que: "Ya se giro memorando al jefe de conservación y mantenimiento de este Hospital para que se nos proporcionen dichos elementos de seguridad".



Comentarios de los Auditores.

Los comentarios proporcionados por el Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, confirman que en las instalaciones de dicho Laboratorio, no se han colocado extintores y baldes con arena; además se confirma que no se ha instalado una regadera de presión para el personal en caso de accidente; lo mismo que no se han colocado símbolos y señales que orienten sobre las áreas de circulación y adviertan sobre peligros de contaminación.

acustado

12 No se efectúa segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos y comunes.

Comprobamos que en los diferentes servicios del Hospital no se efectúa segregación adecuada de los desechos comunes y bioinfecciosos generados por los mismos, ya que se usan los depósitos indistintamente, dejándose los desechos bioinfecciosos en bolsas negras y comunes en bolsas rojas.



Desechos bioinfecciosos en bolsas negras (Algodones con sangre y jeringas).



Desechos comunes en bolsas rojas (Platos desechables)



El Programa Regional de Desechos Sólidos Hospitalarios, Convenio ALA 91/33, entre la Unión Europea y los Gobiernos Centroamericanos, "Manual para Personal Médico y de Enfermería", en su Parte II, Capítulo 2, Cada cosa en su sitio, la regla fundamental, establece: "Obviamente los desechos bioinfecciosos, los químicos y los radioactivos no pueden ser tratados de la misma forma en que se manipulan los desechos comunes. Cada uno tiene normas particulares de manipulación que empieza por una adecuada segregación o separación en el lugar en que se origina el desecho. La segregación por tanto es el primer escalón de un sistema complejo, y de este primer paso depende el éxito de todo el proceso. En esta fase la participación del personal médico y enfermería es crucial, pues el 80% de la

segregación es realizada por médicos, enfermeras y el personal de servicios auxiliares.

Para facilitar la tarea de segregación, se utilizan distintos colores, distintos símbolos que identifican el tipo de desecho y distintos embases (bolsas y recipientes)

Colores. El primer criterio de segregación es simple, Negro para los desechos comunes y Rojo para los desechos peligrosos”.

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.

Al no efectuarse segregación adecuada de los desechos bioinfecciosos y comunes, se ocasiona contaminación ambiental y se incrementa la 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.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: “Para este hallazgo remitirse a las fotografías del hallazgo 7, Cabe mencionar que existen rótulos de orientación en las diferentes áreas de la institución para la mejor disposición de los desechos comunes y bioinfecciosos”.

El Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, en nota de fecha 18 de diciembre de 2006, expresa: “Ya se esta realizando la segregación adecuado según lo estipulado por el Manual para el Manejo de los Desechos del Hospital Nacional de Jiquilisco, y su normativa. Las fotografías demuestran que los basureros poseen sus respectivas bolsas rojas y negras. También, se tienen rótulos pegados a las paredes que advierten sobre como disponer los desechos”.

Comentarios de los Auditores.

No fue posible verificar lo mencionado por el Director y el Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, porque el Equipo de Auditores, ya se había retirado de las instalaciones del Hospital.

13. No se realiza etiquetado, para identificar los desechos bioinfecciosos.

Al verificar el proceso de retiro de los desechos hospitalarios bioinfecciosos, del centro de acopio temporal del Hospital, por el camión recolector de la empresa encargada de transportarlos, comprobamos que las bandejas que contienen dichos desechos, no son etiquetadas.



auditores

El Programa Regional de Desechos Sólidos Hospitalarios, Convenio ALA 91/33, entre la Unión Europea y los Gobiernos Centroamericanos, "Manual para Personal Médico y de Enfermería", capítulo 2, "Cada cosa en su sitio, la regla fundamental", El etiquetado, la etiqueta es irremplazable para identificar claramente la tipología y peligrosidad del contenido, aún en ausencia de símbolos en los envases, y para evitar mezclas de desechos o manejos incorrectos.

La etiqueta debe identificar: Tipo de desecho, fuente de generación, nombre del responsable del área de generación y la fecha".

Falta de supervisión de La Administración del Hospital y del Comité de Desechos Sólidos Hospitalarios, ya que no efectúan supervisiones al proceso de retiro de desechos hospitalarios bioinfecciosos.

La falta de etiquetado de los desechos bioinfecciosos, pone en alto riesgo al personal que manipula los desechos hospitalarios, lo que pudiera ocasionar enfermedades en los mismos.

Comentarios de la administración.

El Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, en nota de fecha 18 de diciembre de 2006, manifiesta: "Tengo conocimiento verbal que el Comité de Desechos Sólidos de este Hospital esta gestionando el presupuesto necesario para abastecerse de las etiquetas sugeridas.

Comentarios de los Auditores.

Con los comentarios vertidos por el Jefe del Servicio de laboratorio Clínico, se confirma que en el proceso de retiro de los desechos hospitalarios bioinfecciosos, las bandejas que contienen dichos desechos, no son etiquetadas.

14. 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 y Sala de Operaciones, los que vierten directamente a una quebrada que conduce al río El Paso, el cual a su vez desemboca en el Océano Pacífico, lo que contribuye a aumentar su contaminación, en particular y al medio ambiente en general; además, verificamos que las aguas del río, son utilizadas para uso doméstico, por habitantes de comunidades que se encuentran ubicadas en las riveras del mismo río.



Acuña



Aguas residuales del Hospital, en el lugar donde son descargadas en el río El Paso.



Habitantes de las riveras del río El Paso, utilizando el agua para uso doméstico



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 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

32

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”.

El artículo 72 de la Ley del Medio Ambiente, expresa: “Es obligación del Ministerio, en coordinación con los Concejos Municipales y las autoridades competentes, proteger los recursos naturales de la zona costero-marina”.

La Dirección Superior no ha implementado un sistema de tratamiento de aguas residuales, por lo que todas las generadas en el Hospital, son vertidas directamente a una quebrada la que posteriormente desemboca en el río El Paso.

La falta de un sistema de tratamiento de aguas residuales en el Hospital incrementa la contaminación del río El Paso, 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 a las diferentes especies animales y vegetales que habitan en el río y sus alrededores, ocasionando un gran daño en la conservación del medio ambiente.



Comentarios de la administración.

El Director del Hospital, por medio memorando de fecha 18 de julio de 2006, expresó: “...hasta el momento no contamos con esta planta,.....”

Comentarios de los Auditores.

El Director del Hospital, acepta que no cuentan con una Planta de Tratamiento de Aguas Residuales.

Administrativa

15. El Personal que labora en el Servicio de Laboratorio Clínico, no utiliza equipo de protección Individual.

Mediante inspección física comprobamos que el personal del servicio de Laboratorio Clínico, no utiliza equipo de seguridad y protección como son guantes, mascarillas y anteojos protectores, gorros y gabachas, durante el desarrollo de sus actividades.

El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 858, Romano VI, "Regulaciones Generales" entre sus recomendaciones, establece: "Utilizar guantes en todos los procedimientos y cuando fuera necesario, mascarillas, anteojos protectores y otros equipos de protección laboral".

Además el mismo Manual en su Romano X "Lineamientos Generales de Bioseguridad", numeral 1 "Cuidados Personales", menciona: "El personal debe presentarse a su lugar de trabajo contando con equipo de protección individual para desempeñar sus funciones. En el desarrollo de sus actividades utilizará dichos equipos de protección, los cuales deben estar disponibles obligatoriamente para todo el personal; el equipo básico consta de gabacha, guantes y lentes protectores". El mismo romano, en su numeral 3 "Relacionado al Uso de Guantes" entre sus recomendaciones menciona "Se recomienda el uso de guantes en los siguientes casos: cuando entra en contacto con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas,.... si se manipula material biológico y contaminado".

Falta de exigencia del jefe de laboratorio y conciencia del personal en utilizar el equipo individual de protección, que el Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico, establece.

La falta de equipo de protección y seguridad laboral, incrementa el riesgo de dañar la salud y la seguridad del personal y del medio ambiente frente a la contaminación con agentes biológicos peligrosos, físicos o químicos.

Comentarios de la Administración.

El Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, en nota de fecha 18 de diciembre de 2006, manifiesta: "En fecha reciente se envió memorando a los Señores de Auditoría de Medio Ambiente de la Corte de Cuentas, en la que se les manifestaba la falta de presupuesto para la compra de material de laboratorio. En dicha partida presupuestaria se contemplan todos aquellos materiales y accesorios necesarios para dar bioseguridad al personal técnico del Laboratorio Clínico, por lo que al hacer falta dichos implementos, se nos hace casi imposible obtener el equipo de protección individual sugerido por las normas de BioSeguridad".

Comentarios de los Auditores.

Al manifestar el Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, que carecen de presupuesto para la compra de material de laboratorio, confirma que el personal que labora en dicho laboratorio, no utiliza equipo de seguridad y protección como son guantes, mascarillas y anteojos protectores, gorros y gabachas, durante el desarrollo de sus actividades, no habiéndose presentado ninguna gestión para mejorar el presupuesto.



Administración

16. Material desechable utilizado en laboratorio Clínico no es desinfectado, previo a su eliminación.

Comprobamos que el material utilizado en el Laboratorio Clínico no es desinfectado, previo a su eliminación, lo que pone en peligro la salud del personal que lo manipula.



En la fotografía, se observa material desechable, sin desinfectar.



El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 2067 Romano XIII, "Descarte de Desechos" literal b) "Como dispensar y Descartar Desechos Biológicos, producidos durante las actividades de laboratorio", establece: "En todas las mesas de trabajo, habrán dos tipos de recipientes con desinfectantes, uno para material reusable y otro para material desechable. Ambos tipos de material se llevarán al autoclave, el reusable se enviará a la unidad de lavado y el desechable se eliminará en el descarte final"

Falta de iniciativa de la Administración del Hospital, al no poner en práctica la desinfección de materiales desechables, tal como lo establece el Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico.

Se pone en riesgo la salud del personal que manipula el material desechado sin que éste sea previamente desinfectado; lo mismo que se incrementa la contaminación del medio ambiente.

Comentarios de la administración.

El jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, en nota de fecha 18 de diciembre de 2006, manifiesta: "En fecha reciente se envió memorando a los Señores

de Auditoría de Medio Ambiente de la Corte de Cuentas, en la que se les manifestaba que nuestro personal operativo y de limpieza están armonizados laboralmente en el sentido de tener en cada una de las áreas de trabajo técnico los descartes con Hipoclorito de Sodio al 0.5% y 1.0%. Sin embargo, al mismo tiempo se les manifestaba....., que nuestro departamento no posee un equipo de autoclave de material contaminado, pues este dejó de funcionar hace más de dos años y, al parecer, según el Departamento de conservación y Mantenimiento de este Hospital, no tiene reparación alguna”.

Comentarios de los Auditores.

No obstante lo manifestado por el Jefe del Servicio de Laboratorio Clínico, la observación permanece, ya que lo que se desinfecta con Hipoclorito de Sodio, son los materiales reutilizables, pero la observación, hace referencia al material que está previo a su eliminación.

17. Falta de programa de mantenimiento preventivo de los Equipos de Laboratorio Clínico.

Comprobamos que para los equipos de laboratorio clínico, no se ha elaborado un programa de mantenimiento preventivo, ya que observamos que existe equipo deteriorado e inservible que se mantiene en uso, así tenemos el Autoclave y el Equipo de Aire Acondicionado.



En la parte superior se observa el autoclave y en la parte inferior el aparato de aire acondicionado, ambos se encuentran deteriorados.

El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 2067 Romano III, "Lineamientos y Procedimientos Generales", literal a) "Cuidados Generales", establece: "Deberá existir un programa de mantenimiento preventivo programado de todos los equipos de Laboratorio Clínico"

Administrador



La Administración Superior, no exige al Jefe del Departamento encargado de mantener en buen estado los equipos del Hospital, para que le de el debido mantenimiento preventivo a los equipos del Laboratorio Clínico.

Por la falta de mantenimiento preventivo de los equipos de Laboratorio Clínico, se pone en peligro la salud del personal que labora en el Hospital, pacientes y visitantes del mismo; además de que se presta un servicio deficiente a la población usuaria del Hospital.

Comentarios de la Administración.

El Coordinador de Conservación y Mantenimiento del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Que existe el programa el cual entrego copia en Anexo 2, lo que ha sucedido es que, la capacidad instalada de nuestro departamento, es para hospital, y nos asignaron todo el Sibasi Jiquilisco, teniendo que hacer mucho trabajo correctivo, por esta razón algunos equipos no recibieron el mantenimiento preventivo, en su momento, pero que hoy que están volviendo a regionalizar el Ministerio de Salud Publica, podremos cumplir con todo el programa de mantenimiento preventivo, de los equipos de laboratorio, Expongo que con relación al Autoclave en mención, no se puede estar aplicando mantenimiento preventivo a equipo que ya sido descartado, presento copia según anexo 3. La que ha sido firmada por el Licenciado Iván Renderos, expongo también que desde hace varios años he estado gestionando la compra de equipo a laboratorio, pero no se ha podido adquirir. Haciendo hincapié, que esto es función del encargado del laboratorio, Con las autoridades de nivel central, supongo que la gestión no ha sido escuchada o no la habido. Con relación al equipo de Aire Acondicionado se traslado a esa área para instalarlo en Bacteriología, que el Lic. Exponía en un principio que por Aire Acondicionado no se trabajaba esta área. Aclarando que al mismo no se le ha dado mantenimiento por que no esta instalado. Por que a partir del próximo año, se incorpora al plan de mantenimiento Preventivo".



Comentarios de los Auditores.

Los comentarios vertidos por el Coordinador de Conservación y Mantenimiento, confirman que para los equipos de laboratorio clínico, no existe programa de mantenimiento preventivo.

Administrativo

18. Falta de monitoreo a refrigeradores del Laboratorio Clínico.

Comprobamos que el Servicio de Laboratorio Clínico, no monitorea la temperatura de refrigeradoras que se encuentran en uso dentro del referido laboratorio, a fin de mantener control documental del mismo.

37



En la fotografía se observan muestras que se encuentran dentro de la refrigeradora en el Laboratorio Clínico.

El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 2067 Romano III, "Lineamientos y Procedimientos Generales", literal f) "Uso Correcto de Equipo, Cuidados para el uso de Autoclave, Refrigeradoras y Congeladores", establece: "Se debe monitorear y documentar la temperatura de refrigeradores y congeladores y contar con un sistema de alarmas. El control debe efectuarse por lo menos dos veces por día y anotarlo en una planilla o cuaderno, junto con la fecha y ubicación del termómetro".



La Administración Superior del Hospital, no exige al jefe de Laboratorio Clínico, para que se efectúe el monitoreo respectivo de la temperatura de refrigeradores que se usan en dicho Laboratorio.

La falta de monitoreo a refrigeradores del Laboratorio Clínico, pone en riesgo de deterioro a las diferentes muestras que se mantienen en ellos, lo que podría ocasionar que los resultados de dichas muestras, no sean confiables.

Comentarios de la administración.

El jefe de Laboratorio Clínico, en nota de fecha 18 de diciembre de 2006, expresa: "En fecha reciente se envió memorando a los Señores de Auditoría de Medio Ambiente de la Corte de Cuentas, en la que se les manifestaba que nuestros refrigeradores carecen de termómetros para el control de temperaturas. Por otra parte los termómetros son materiales incluidos en la partida presupuestaria relacionada con material medico quirúrgico y de laboratorio; y como se manifestaba anteriormente, este rubro no ha sido considerado como prioridad en nuestro departamento".

Aduntativo 38

Comentarios de los Auditores.

Se confirma que los refrigeradores carecen de termómetros, para que se monitoree la temperatura de los mismos.

19. Personal del Laboratorio Clínico no ha sido vacunado adecuadamente.

Mediante revisión de expedientes del personal de Laboratorio Clínico del Hospital, comprobamos que dicho personal no ha sido vacunado adecuadamente.

El Manual de Bioseguridad de Laboratorio Clínico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, expedido según Resolución Ministerial No. 2067 Romano III, "Lineamientos y Procedimientos Generales", literal b) "Cuidados Personales", establece: "La aplicación de la vacuna de hepatitis "B" debe ser administrada para los trabajadores con riesgo de infección y aquellos que están en contacto con sangre y líquidos corporales.

Cumplir y renovar esquemas de inmunización conforme a riesgos potenciales que puedan afectar a cada miembro del personal.

Se deberá llevar registro de las vacunas recibidas por el personal, el cual estará disponible para cuando lo solicite la autoridad respectiva".



Falta de supervisión por parte de Recursos Humanos del hospital en verificar que el personal de todo el hospital esté vacunado adecuadamente.

Por la falta de vacunación adecuada de los empleados que laboran en el Laboratorio Clínico, existe el riesgo de que éstos adquieran enfermedades infectocontagiosas, lo que redundaría a poner en peligro de contagio a todo el personal del Hospital, visitantes, como también a su grupo familiar.

Comentarios de la administración.

El Coordinador de Recursos Humanos, en nota de fecha 18 de diciembre de 2006, manifiesta: "Adjunto copia en la que todo el personal fue vacunado en 1999, todo el personal cumplió el esquema que lo inmuniza para toda la vida, incluso algunos hijos de los empleados fueron Vacunados estos datos fueron obtenidos por parte de la encargada de vacunación. En lo sucesivo le pondremos una copia de cada expediente de la vacuna recibida por el personal".

Comentarios de los Auditores.

Revisamos la copia remitida por el Coordinador de Recursos Humanos del Hospital y verificamos que únicamente se vacunó a la mayoría del personal, contra Hepatitis B, haciendo falta otras como la vacuna TOXOIDE, contra el

Admisión 39

Tétano y la BCG, contra la Tuberculosis, por lo que se mantiene la observación.

20. Carencia de Plan de Gestión para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios.

Mediante inspección física comprobamos que la Unidad encargada de efectuar la limpieza, durante el período sujeto a examen, careció de un plan de gestión para el manejo adecuado de los desechos sólidos hospitalarios.

El convenio ALA 91/33 "Manual para Personal Médico y de Enfermería", en su parte 3, Capítulo 1, "Neutralizando una fuente de conflictos, respuesta eficaz", establece: "El modo responsable y eficaz de reducir el riesgo que representan los desechos sólidos hospitalarios peligrosos es poner en marcha un "Plan de Gestión de los DSH" en el hospital o institución sanitaria. Este plan perseguirá los siguientes objetivos generales: Mejorar las medidas de seguridad e higiene en el trabajo; Proteger la salud y el medio ambiente; Cumplir con la normativa vigente; Reducir el volumen y la masa de los residuos peligrosos producidos; y, Sustituir los materiales peligrosos que se puedan reemplazar por otros de menor peligrosidad".



Falta de coordinación entre el Jefe de la Unidad de Limpieza, con la jefatura de Servicios Generales, para diseñar e implementar un plan de gestión para el manejo de los desechos sólidos.

Por la falta de un plan de manejo de desechos sólidos hospitalarios, se pone en riesgo la salud del personal que labora en el área de limpieza, a pacientes y visitantes de contraer alguna enfermedad contagiosa; además, la emanación de malos olores, que se esparcen por el aire, los cuales son respirados por las mismas personas.

Comentarios de la Administración.

El Coordinador de Servicios Generales, en nota de fecha 15 de diciembre de 2006, expresa: "Se Elaboró un Plan de capacitación con la empresa Transae lo cual se capacita al personal de Servicios Generales y planillas de la misma.

Al mismo tiempo se aplica el Manual de desechos sólidos Hospitalarios. Así como también doy conocimiento que la jefatura del Limpieza como la de Servicios Generales son un mismo Departamento".

Comentarios de los Auditores.

No obstante lo expresado por el Coordinador de Servicios Generales, la observación se mantiene, ya que no remitieron a esta Corte de Cuentas el

Administración 40

Plan de Gestión para el adecuado manejo de desechos sólidos hospitalarios.

21. Bolsas inadecuadas para la segregación de los desechos bioinfecciosos, además no llevan el símbolo "biopeligroso".

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

El Reglamento Interno para el Manejo de los Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco, en el párrafo tercero de la página 8, expresa: "Los Recipientes desechables (Bolsas Plásticas), deben tener las siguientes características:

- Espesor y resistencia: Más de 35 micrómetros (0.035 mm.) para volúmenes de 30 litros, 60 micrómetros para los de mayor tamaño y en casos especiales se usarán los de 120 micrómetros.
- Material: Opaco para impedir la visibilidad. Algunos requerirán características especiales, debiendo desecharse conjuntamente con los residuos que contengan".

También en el párrafo sexto de la misma página, menciona: "Deberán estar correctamente rotulados, con la simbología de acuerdo con el tipo de desecho, ejemplo: biopeligroso".



Falta de fondos en el Departamento de Servicios Generales, para la compra de las bolsas adecuadas.

Por la utilización de bolsas inadecuadas para el manejo de desechos bioinfecciosos, existe el riesgo de que ocurra algún accidente en el manejo de dichos desechos, lo que podría traer como consecuencia el contagio del personal que labora en el Hospital; así como de los pacientes y visitantes.

Comentarios de la Administración.

El Coordinador de Servicios Generales, en nota de fecha 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Se anexa copias de compras de bolsas con las características en base al tamaño de recipientes y que lo que indica el Reglamento Interno se aplicaría a partir del próximo año con las características que el reglamento indica.

Y que para el próximo año 2007 se ejecutará con las medidas correspondientes.

Y que además se elaborará compra de etiquetas de símbolo bio peligroso para señalar en las Bolsas Rojas.

Y al momento se cuenta con las Javas para el traslado de los Desechos bioinfecciosos lo cual se anexan copias de las facturas de las mismas".

47

Comentarios de los Auditores.

Lo expresado por el Coordinador de Servicios Generales, del Hospital, confirma que las bolsas utilizadas para depositar los desechos bioinfecciosos, durante el período sujeto a examen, no tienen el espesor pelicular adecuado, y que además carecen del símbolo universal de peligrosidad.

Administrativa

22. 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 el 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....."



Descuido por parte de la Administración del Hospital al no colocar detectores de radiaciones ionizantes en el Servicio de Radiología e Imágenes.

Al no colocar detectores de radiaciones ionizantes, se pone en peligro la salud y seguridad del personal que labora en el Hospital, así como a los usuarios y visitantes del mismo, provocada por posibles escapes de radiaciones.

Comentarios de la Administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Para este hallazgo hacemos mención que este año se hizo la contratación de lectura de disimetría en la Universidad de El Salvador la cual se realiza cada dos meses para tales efectos. (Acta de recepción, control disimétrico, cotización de servicio de disimetría, orden de compra y recibo de pago)

Comentarios de los Auditores.

Lo expresado por el Director del Hospital, comprueba que en las Instalaciones del Servicio de Radiología e Imágenes, no se han colocado equipos detectores de radiaciones ionizantes.

Administrativa

23. El Permiso de Operación de la Unidad de Radiología se encuentra vencido.

Mediante revisión de la documentación, comprobamos que el permiso de operación de la Unidad de Radiología se encuentra vencido, ya que dicho permiso estuvo vigente, hasta el 28 de mayo de 2006.

- ✓ El Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica, Capítulo II, "De los Permisos para la Realización de Prácticas con Radiaciones Ionizante" Prácticas Categoría I y II, artículo 7, manifiesta: "Para el desarrollo de prácticas con Radiaciones Ionizantes, pertenecientes a las categorías I y II, se requerirá de permisos para las etapas siguientes: Literal b) Operación"
- ✓ El mismo Reglamento en el 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".
- ✓ El permiso de operación otorgado al Hospital, por el Director General de Salud, entre sus límites y condiciones, numeral 23, establece "Para la renovación de este permiso deben realizarse los trámites sesenta días antes de su vencimiento"



Falta de supervisiones periódicas por parte de la Dirección Superior del Hospital, para velar por el cumplimiento de la normativa, relativa a actualizar el permiso de operación de la Unidad de Radiología.

La administración del Hospital se hace acreedora de sanciones por parte de la Unidad Regulador y Asesora de Radiaciones Ionizantes; además, se pone en riesgo la Salud del personal que laboran en el Hospital, así como a los pacientes y visitantes, ya que por la carencia de un permiso actualizado de operación de la Unidad Radiológica, no se puede tener la seguridad de que ésta, funcione adecuadamente.

Comentarios de la Administración.

La Jefa de Radiología del Hospital, el día de la lectura del Borrador del Informe, entrego documentos en donde se encuentra una Constancia de fecha 14 de diciembre de 2006 del Ministerio de Salud, donde hace constar que el Hospital Nacional de Jiquilisco ha presentado la documentación para renovar su permiso de operación para la practica con equipos de rayos X,

para diagnósticos Médicos, encontrándose al momento en proceso de evaluación y trámite.

Comentarios de los Auditores.

Con la documentación entregada por la Jefa de Radiología del Hospital, se confirma que a la fecha que el Equipo de Auditoría se retiró de las Instalaciones del Hospital, el permiso de operación de la Unidad de Radiología se encontraba vencido.

24. Carencia de Programa de Salud Ocupacional.

Comprobamos que el Comité encargado del manejo de desechos hospitalarios no cuenta con un programa de Salud Ocupacional, que minimice los riesgos de contaminación a que están expuestas las personas que laboran en el Hospital.

El Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco, en el apartado "Comité de Manejo de Desechos Hospitalarios", entre las funciones del comité, menciona en el Numeral 3: "Organizar, ejecutar y evaluar el Programa de Salud Ocupacional, investigando accidentes y ausentismo laboral y desarrollando medidas de protección que incluyan normas vacunas y equipos".

Desatención por parte de la Administración Superior del Hospital para diseñar y poner en marcha un Plan de Salud ocupacional.

Al no contar con un programa de salud ocupacional, se pone en riesgo de accidentes de trabajo, al personal que labora en el Hospital; además, de contraer enfermedades infectocontagiosas, sin que sean detectadas oportunamente, lo que conlleva a una baja en los niveles de productividad laboral de los mismos e incrementa los niveles de contagio hacia sus propias familias.

Comentarios de la Administración.

La Coordinadora del Comité de Desechos Sólidos del Hospital, en nota de fecha 13 de diciembre de 2006, expresa: " El Comité de Desechos Sólidos del Hospital Nacional de Jiquilisco no se conformó sino hasta el mes de abril de 2006, fecha en la cual se comenzaron a desarrollar todos los proyectos en relación al manejo de los Desechos Hospitalarios. El Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco fue creado por dicho comité a finales del mes de abril de 2006 y, a pesar de que en el mismo se hace mención sobre la creación de un Programa de Salud Ocupacional, este es un proyecto que, a la fecha, esta en proceso de organización.....".

admitida AA

Comentarios de los Auditores.

Lo expresado por la Coordinadora de Desechos Sólidos, confirma que el Hospital no cuenta con un programa de Salud Ocupacional.

25. Carencia de ruta interna de transporte de desechos sólidos hospitalarios.

Comprobamos que la Administración Superior del Hospital, no ha implementado un programa interno de transporte de desechos sólidos hospitalarios que incluya una ruta crítica y horario determinado; además, el personal que transporta los desechos no utiliza equipo de protección.

El Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco, en el apartado "Recolección y Transporte Interno", establece: "El programa de recolección y transporte, debe incluir rutas, frecuencias y horarios de tal forma que eviten interferencias con el transporte de alimentos y materiales y con el resto de actividades de los servicios de salud".

En el apartado "Recolección y Transporte Interno" del mismo Manual, se menciona: "Los empleados que transportan los desechos.... utilizarán el equipo de protección personal"

Falta de atención por parte de la Administración Superior del Hospital en velar por que se diseñe e implemente un programa de transporte interno de desechos sólidos hospitalarios.

La falta de una ruta interna de transporte de desechos sólidos, incrementa el riesgo de contagio y proliferación de enfermedades infectocontagiosas entre los empleados del Hospital, por el contacto que los que la transportan tienen con el mismo.

Comentarios de la Administración.

El Coordinador de Servicios Generales en nota de fecha 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Se envía copia de la inauguración de contenedor de desechos sólidos Hospitalarios efectuada el día 15 de diciembre del presente año que por lo cual, se ejecutara la ruta interna para el traslado de los desechos".

Comentarios de los Auditores.

Lo expresado por el Coordinador de Servicios Generales, confirma que no se ha implementado un programa interno de transporte de desechos sólidos hospitalarios que incluya una ruta crítica y horario determinado.

Por la no utilización de equipo de protección por parte del personal que transporta los desechos, no se emitió ningún comentario.



admitida

45

26. Recipientes para objetos punzo cortantes, no son rotulados.

Mediante inspección física efectuada a las instalaciones del Hospital, comprobamos que los recipientes donde son depositados los objetos punzo cortantes, no son rotulados.

✓ El Reglamento Interno para el Manejo de Desechos Hospitalarios del Hospital Nacional de Jiquilisco, en el apartado "Almacenamiento y Características de los Recipientes", establece: "Los recipientes para objetos corto punzantes serán rígidos,..... Su rotulación debe ser: peligro: objetos corto punzantes".

Falta de interés de elaborar el documento que oriente sobre los procesos y que minimicen los riesgos de contaminación entre los empleados del Hospital que se relacionan con los objetos punzo cortantes.

Por no rotular los recipientes, donde se depositan los desechos punzo cortantes, se pone en riesgo a los empleados del Hospital, que los manipulan, de contagiarse con enfermedades infectocontagiosas; así como también a los pacientes y visitantes del nosocomio.



Comentarios de la Administración.

El Director del Hospital, en nota del 15 de diciembre de 2006, manifiesta: "Para este hallazgo anexamos la fotografía demostrativa de los destructores de agujas utilizados en algunas áreas del Hospital".

Comentarios de los Auditores.

No fue posible verificar lo expresado por el Director del Hospital, porque el Equipo de Auditores, ya se había retirado de las instalaciones del Hospital, a ese momento.

auditado

27. Falta de registro de temperatura controlada en la Unidad de Farmacia.

Mediante inspección física a la Unidad de Farmacia, comprobamos que ésta, cuenta con una refrigeradora casera, pero no se realiza el registro diario de dicho equipo, (Control de la cadena de frío), a fin de mantener controlada la temperatura de los medicamentos, estupefacientes, sicotrópicos y otros agregados, tal como lo establece la normativa respectiva.

El Instructivo Básico para el Manejo, Uso, Control y Almacenamiento de Medicamentos, Estupefacientes, Sicotrópicos y Otros Agregados, emitido

por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en su Romano VI "Almacenamiento Estable", expresa: "El almacenamiento de los Sicotrópicos, Estupefacientes y Agregados, es similar al de los demás medicamentos, con la diferencia que éstos deben estar separados del resto de medicamentos en un área restringida, segura con llave.

El área restringida de estos medicamentos controlados, debe reunir como mínimo las condiciones siguientes:

Ventilación adecuada,
Temperatura controlada,
Buena iluminación,
Anaqueles con llave,
Sitio a lugar seguro".

Desconocimiento por parte de la encargada de farmacia, acerca de llevar controles de la cadena de frío.

Por la falta de controles en la cadena de frío en la Unidad de Farmacia, los medicamentos, estupefacientes, sicotrópicos y otros agregados, son susceptibles de deterioro acelerado, lo que podría ocasionar que se suministren inadecuadamente a los pacientes, lo que ocasionaría daño a la salud de los mismos.

Comentarios de la Administración.

La encargada de Farmacia en nota sin fecha, manifiesta: "El Depto. de Farmacia cuenta con una refrigeradora cacera que trae un regulador de temperatura y además se cuenta con un equipo de Aire Acondicionado, no se tiene un termómetro o termostato que sirva para verificar diariamente la temperatura al interior de la refrigeradora y el área de Farmacia; por lo tanto ya se iniciará las gestiones ante el Ministerio de Salud y la Dirección Local para la adquisición de los termómetros; así como también la adquisición de los Anaqueles con llave para el Almacenamiento de los medicamentos Controlados y conservarlos en un mejor estado para evitar el deterioro acelerado de los mismos y así evitar daños al medio ambiente".

Comentarios de los Auditores.

Con sus comentarios la encargada de Farmacia, confirma que en esta unidad no se realiza el registro diario del control de la cadena de frío, a fin de mantener controlada la temperatura de los medicamentos, estupefacientes, sicotrópicos y otros agregados.



0 de noviembre

V. RECOMENDACIONES

Al Director del Hospital:

1. Girar instrucciones a cada uno de los servicios del Hospital para que elaboren manuales técnico-administrativos y de bioseguridad y autorizarlos para su ejecución.
2. Elaborar y e impartir programas de capacitación al personal, relacionada con medio ambiente.
3. Ordene de inmediato al Jefe de Conservación y Mantenimiento, reparar y dar mantenimiento correctivo y preventivo al pasillo que de Pediatría conduce a Encamados; lo mismo que al tanque de captación de agua potable.
4. Ordene a la Jefa del Servicio de Radiología, diseñar y poner en práctica un Programa de Garantía de Calidad, aprobado por la Unidad Reguladora y Asesora de Radiaciones Ionizantes.
5. Elaborar Planes Anuales Operativos, que contengan acciones orientadas a conservar y proteger el medio ambiente.
6. Se le de el debido y adecuado tratamiento, tanto a los desechos comunes como a los bioinfecciosos que se generan en el Hospital.
7. Ejercer la debida vigilancia de las diferentes etapas del manejo de los desechos sólidos que se generan en el Hospital, evitando así, que éstos se acumulen en lugares inapropiados.
8. Gestionar ante la Gerencia Ambiental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para que se elabore un Diagnóstico Ambiental del Hospital y presentarlo al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, para su aprobación.
9. Ordenar al jefe de farmacia lo siguiente: a) Se efectúe inventario de medicamentos vencidos; b) Almacenar adecuadamente los mismos; c) Gestionar la destrucción de dichos medicamentos; d) Solicitar el permiso ambiental; y, Exigir al Inspector de Salud Ambiental su adecuada gestión para darle solución a la destrucción de los mismos.
10. Suspender la práctica de efectuar incineraciones de desechos vegetales, ya que éstos deben ser enviados al relleno sanitario respectivo.



11. Ordenar al jefe de Laboratorio Clínico colocar símbolos y señales que adviertan sobre peligros de contaminación en las diferentes áreas del Laboratorio Clínico; asimismo implementar medidas de protección individual y colectivo e instalar mangueras de presión; lo mismo que coloque baldes con arena en las instalaciones del mismo.
12. Supervisar la adecuada segregación de los desechos comunes a fin de que éstos sean depositados en bolsas negras y los desechos bioinfecciosos en bolsas rojas, evitando así accidentes de contaminación del personal que labora en el Hospital.
13. Ejercer la adecuada supervisión, para garantizar el etiquetado de las bolsas de los desechos bioinfecciosos, a fin de que se identifique la peligrosidad de los mismos.
14. Gestionar ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el financiamiento necesario para poder implementar un sistema de tratamiento de aguas residuales que genera el Hospital.
15. Girar instrucciones al jefe de Laboratorio Clínico, para que éste exija al personal que labora en dicho laboratorio, el uso del equipo de protección individual.
16. Exigir al Jefe del Laboratorio Clínico, efectúe la correspondiente desinfección de los materiales utilizados, previo a su eliminación.
17. Ordenar al jefe de Mantenimiento, elaborar un programa de mantenimiento preventivo, para todos los equipos del laboratorio clínico.
18. Girar instrucciones al jefe del Laboratorio Clínico, para que monitoree la temperatura de los refrigeradores, a fin de resguardar adecuadamente las muestras de laboratorio.
19. Ordenar al jefe de Recursos Humanos, verificar en expedientes del personal de Laboratorio Clínico, a efectos de que el personal de dicho laboratorio sea vacunado adecuadamente.
20. Ordene al Jefe del Departamento de Servicios Generales, la elaboración e implementación de un plan de gestión para el manejo de los desechos hospitalarios, que propicie de manera adecuada el manejo de los mismos.
21. Proporcionar al Jefe del Departamento de Servicios Generales, los recursos necesarios, a fin de que se adquieran las bolsas para depositar los desechos hospitalarios peligrosos como lo establece la



Corte de Cuentas de la República

El Salvador, C.A.

49

normativa correspondiente y le exija que dichos bolsas lleven el símbolo "Biopeligroso".

22. Provea el equipo necesario para medir oportunamente el porcentaje de radiaciones ionizantes, y con ello mantener una alerta apropiada y oportuna.
23. Gestione a la mayor brevedad posible, el correspondiente permiso de operación radiológica, evitando con ello posibles sanciones.
24. Exigir al Comité encargado del manejo de desechos hospitalarios diseñar y poner en práctica un plan de Salud Ocupacional, que garantice la salud del personal que labora en el Hospital.
25. Gire instrucciones al Jefe del Departamento de Servicios Generales, para que se elabore e implante un programa de Recolección y Transporte Interno, que contenga la ruta apropiada para el transporte de los desechos hospitalarios.
26. Gire instrucciones al área donde se realiza el proceso de descarte de los desechos punzo cortantes, para que se rotulen los recipientes donde éstos son depositados.
27. Se diseñe e implante en la Unidad de Farmacia, un sistema de registro diario de temperatura, a fin de garantizar que los medicamentos que utiliza el Hospital para la atención de pacientes, se mantengan en buenas condiciones.



San Salvador, 2 de marzo de 2007

DIOS UNION LIBERTAD

**Director de Auditoría Seis
Sector Medio Ambiente**



48