

# INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código de Proyecto: 3.04.04.b

Nombre del Proyecto:

Auditoria del Hospital de Gastroenterología " Dr. Bonorino Udaondo"

Período bajo examen 2003

# AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Corrientes 640 Piso 5º - Ciudad de Buenos Aires

## **PRESIDENTE**

Lic. Matías Barroetaveña

## **AUDITORES GENERALES**

Dra. Alicia Margarita Boero

Dr. Vicente Mario Brusca

Dr. Antonio Rubén Campos

Dr. Nicolás Corradini

Lic. José Luis Giusti

Lic. Josefa Arminda Prada

**NOMBRE DEL PROYECTO: AUDITORIA DEL HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA DR. BONORINO UDAONDO**

**PERÍODO BAJO EXÁMEN: EJERCICIO: 2003.**

**EQUIPO DESIGNADO:**

**Coordinadores: Lic. Mercedes Gámez  
Prof. Mario Aiscurri**

**Supervisor: Dr. Mario E. Lef**

**OBJETIVO:**

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento operativo de la gestión.

## Informe Ejecutivo

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Junio de 2005		
Código del Proyecto	3.04.04 b		
Denominación del Proyecto	Auditoría del Hospital de Gastroenterología "Dr.Carlos Bonorino Udaondo"		
Período examinado	Año 2003		
Objetivo de la auditoría	➤ Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento operativo de la gestión.		
Presupuesto (expresado en pesos)	Presupuesto Vigente	Devengado	
	8.771.286	8.748.381	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la situación del personal que trabaja en el hospital y que no mantiene ningún vínculo contractual con el mismo.</li> <li>• Análisis de la normativa referente a Investigación y Capacitación. Convenios y Becas.</li> <li>• Análisis por muestreo estadístico de Historias Clínicas de pacientes del área de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirugía - año 2003.</li> <li>○ Personal profesional actuante en cirugías practicadas durante el año 2003.</li> <li>○ Proctología - lista de espera.</li> <li>○ Vías Biliares - lista de espera.</li> <li>○ Selección de procedimientos quirúrgicos para colecistectomías</li> <li>○ Encuesta telefónica de pacientes en lista de espera</li> </ul> </li> <li>• Análisis registros de quirófanos del año 2003 - Situación del personal profesional interviniente en cirugías.</li> <li>• Elaboración y análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos de la gestión.</li> </ul>		

Limitación al alcance	En virtud de no disponerse de registros referidos a suspensión de cirugías ni derivaciones a otros centros de salud no pudo determinarse la proporción de las mismas.
Período de desarrollo de las Tareas de auditoria	Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 01 de febrero de 2005 y el 15 de mayo de 2005.
Aclaraciones previas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La característica de hospital especializado en gastroenterología le confiere aspectos particulares. Esto condiciona, la obtención de estándares de referencia que permitan la comparación con otras instituciones, como, Hospitales Generales de Agudos cuya información estadística refleja diversidad de patologías, demandando recursos humanos y tecnología que no siempre pueden establecerse como parámetros, aún cuando involucren la misma complejidad.</li> <li>• En relación a la prevalencia de las patologías quirúrgicas que se atienden en el hospital, en los casos en que se pudo obtener el registro del diagnóstico, se detectó una mayor frecuencia de litiasis biliar y enfermedades relacionadas (pancreatitis aguda, colecistitis), y patología anal.</li> <li>• Se observaron cambios significativos, como altas y bajas de personal, <b>modificaciones en la estructura de conducción</b> en las <b>Unidades de Consultorios Externos y Cirugía</b>, incluyendo mejoras en el sistema de registro y estadísticas, un <b>Proyecto de Organización de Consultorios Externos</b>, consensuado entre los profesionales y las autoridades del hospital con el objetivo de brindar una <b>asistencia integral especializada</b> para desarrollar acciones de prevención, Diagnóstico y Tratamiento, estableciendo monitoreo de historias clínicas y una adecuada organización administrativa a partir de mayo de 2003. En la Unidad de Cirugía, la creación de un <b>Programa de Cirugía Ambulatoria</b> para optimizar el proceso y reducir los tiempos de espera.</li> <li>• En el año 2005 han sido concursados tres cargos de instrumentadora quirúrgica que permitirán paliar el déficit observado particularmente a partir de las 14 hs.</li> <li>• Para el análisis de rendimiento de quirófanos se</li> </ul>

	tomaron sólo diez meses del 2003 porque la planta quirúrgica permaneció cerrada desde enero hasta el 11 de marzo de ese año.
--	--

Observaciones	<p><b>Generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe ningún encuadre normativo de las vinculaciones contractuales entre el Hospital y diversas entidades, que desarrollan tareas dentro de la órbita del mismo. Hay acuerdos no escritos entre personal del hospital y entidades privadas que entregan contraprestaciones a cambio.</li> <li>• Existen profesionales, técnicos y administrativos no pertenecientes a la planta del hospital. El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Hospital, quedan expuestos a demandas judiciales, derivadas de contingencias laborales y/o de la inadecuada actuación profesional y técnica de dicho personal.</li> </ul> <p>No existe una normativa unificada en relación con los Becarios, el plexo normativo vigente está compuesto por diversas resoluciones, disposiciones y decretos que regular un mismo tema.</p> <p>Residentes y concurrentes que han finalizado su formación continúan prestando servicios en el hospital.</p> <p>Falta personal administrativo. No hay designaciones en este rubro desde el año 1994.</p> <p>No se jerarquiza la participación del Comité de Docencia e Investigación en la toma de decisiones en áreas de su competencia.</p> <p>En las historias clínicas constan registros con sello y firma de profesionales que no tienen relación contractual con el Hospital y que atienden a pacientes de consultorios externos.</p> <p>Particulares:</p> <p><b>a) DEL PROCESO QUIRÚRGICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se registra en la Historia Clínica el 87% de</li> </ul>
---------------	---

	<p>las consultas ambulatorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En un porcentaje equivalente al 10% no se encontró la historia archivada debido a que no se devuelven oportunamente.</li> <li>• No se encuentran operativos el total de los quirófanos del hospital. El quirófano de guardia no está habilitado por no cumplir con las normas exigidas.</li> <li>• No existe una adecuada integración de los equipos, interfiriendo la optimización del proceso quirúrgico (déficit de horas de instrumentadoras, falta coordinación horaria).</li> <li>• Estimando en 8 horas diarias la disponibilidad de los quirófanos, solamente se utilizó un 34% de la misma.</li> <li>• La planta quirúrgica permaneció cerrada durante 72 días en el año.</li> <li>• Durante 72 días al año, 8 camas no estuvieron disponibles debido a la licencia anual ordinaria de personal de apoyo en el tercer piso, lo que disminuye el promedio anual de camas disponibles en cirugía reduciéndolo a 20,39 camas (24 % del total de camas).</li> <li>• El promedio diario de cirugías es bajo y esto condiciona una tasa quirúrgica del 31%.</li> <li>• No se realizan tareas de mantenimiento en los quirófanos y no es adecuado su equipamiento, particularmente en el quirófano N°3 cuyo funcionamiento fue discontinuo. Las intervenciones efectuadas en este, representaron el 18,06% del total.</li> <li>• Es insuficiente el número de instrumentadoras quirúrgicas en relación al número de cirujanos.</li> <li>• No es adecuada la distribución horaria en Anestesiología en función de la producción del</li> </ul>
--	---

	<p>departamento verificándose concentración de recursos en horario matutino.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es insuficiente el número de enfermeras en relación al número de cirujanos.</li> <li>• Sólo un 54,35% de los cirujanos pertenece al personal de Planta Permanente del Hospital.</li> <li>• En el 65,3% de las intervenciones no participaron como cirujanos principales.</li> <li>• En el 3.67 % de las intervenciones, no existe constancia de la participación del médico de planta.</li> <li>• Un 19,55% de los profesionales que intervienen en el 1,77% de las cirugías no tienen vínculo contractual con el hospital.</li> <li>• No se operaron patologías con indicación quirúrgica en un 46 % de los casos.</li> <li>• No se ha podido determinar el indicador correspondiente al porcentaje de cirugías suspendidas en virtud de no registrarse las mismas y sus causas durante el período auditado.</li> <li>• No se registran las derivaciones de pacientes impidiendo establecer un sistema de referencia y contrarreferencia.</li> </ul> <p><b>b) DE LA LISTA DE ESPERA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La lista de espera no permite un seguimiento adecuado pues carece de registros completos y no se actualiza periódicamente</li> </ul>
<p><b>Conclusión</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital trasferido a la ciudad en 1992 conservando su especialización en Gastroenterología.</li> <li>• Significó modificaciones en la oferta, incorporando</li> </ul>

	<p>servicios ya existentes en los Hospitales Generales de Agudos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Superposición de actividades asistenciales, sin desarrollo de posibilidades de consolidarlo como centro de referencia para la alta complejidad en una dinámica de red que permitiera una optimización de estos recursos.</li> <li>• Falta definir su funcionamiento en relación al resto de los efectores de salud.</li> <li>• Falta de planificación eficiente.</li> </ul>
Implicancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdos no escritos entre el hospital y diversas entidades por falta de normativas.</li> <li>• Exposición a acciones judiciales, producto de trabajar en el hospital personal sin vinculación contractual alguna.</li> <li>• Falta de registro de acciones vinculadas a consultorio externo, cirugía y derivaciones que impide la elaboración de estadísticas e indicadores para la toma de decisiones.</li> <li>• Falta de funcionamiento adecuado de los quirófanos genera disminución en el número de egresos, incremento en lista de espera.</li> </ul>

**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
PROYECTO N° 3.04.04B**

**DESTINATARIO**

**Señor  
Vicepresidente 1º de la Legislatura de la  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Dip. Santiago Manuel de Estrada  
S / D**

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto por el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo de acuerdo con el objeto que se detalla seguidamente.

**I- OBJETO DE LA AUDITORÍA**

Operaciones, mecanismos de control y evaluación de la gestión del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo.

**II - ALCANCE DEL EXAMEN**

El examen fue efectuado según las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N°. 325, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las normas básicas de Auditoría, aprobadas por Resolución N° 161/00 de la AGCBA.

Como antecedente de la tarea, se llevó a cabo el proyecto de Relevamiento del Hospital de Gastroenterología Carlos Bonorino Udaondo N° 3.04.04a, aprobado con fecha 14 de Febrero de 2005. Del mismo surgen como áreas críticas Recursos Humanos, Convenios y Becas de Investigación y Capacitación, Cirugía. Se procedió a verificar el cumplimiento de aspectos normativos, administrativos y de funcionamiento relacionados con la gestión de dichas áreas:

- Análisis de la situación del personal que trabaja en el hospital y que no mantiene ningún vínculo contractual con el mismo.
- Análisis de la normativa referente a Investigación y Capacitación. Convenios y Becas.

- Análisis por muestreo estadístico de Historias Clínicas de pacientes del área de:
  - Cirugía - año 2003.
  - Personal profesional actuante en cirugías practicadas durante el año 2003.
  - Proctología - lista de espera.
  - Vías Biliares - lista de espera.
  - Selección de procedimientos quirúrgicos para colecistectomías
  - Encuesta telefónica de pacientes en lista de espera

Se determinó la muestra según las normas de la auditoría.

- Análisis registros de quirófanos del año 2003 - Situación del personal profesional interviniente en cirugías.
- Elaboración y análisis de indicadores cuantitativos y cualitativos de la gestión.

Las tareas de campo se realizaron entre febrero a mayo de 2005.

### **III - LIMITACIONES AL ALCANCE.**

En virtud de no disponerse de registros referidos a suspensión de cirugías ni derivaciones a otros centros de salud no pudo determinarse la proporción de las mismas.

### **IV - ACLARACIONES PREVIAS.**

La característica de hospital especializado en gastroenterología le confiere aspectos particulares. Esto condiciona, entre otras cosas, la obtención de estándares de referencia que permitan la comparación con otras instituciones, por ejemplo, Hospitales Generales de Agudos cuya información estadística refleja diversidad de patologías, demandando recursos humanos y tecnología que no siempre pueden establecerse como parámetros, aún cuando involucren la misma complejidad.

También presenta variaciones en la composición de la población atendida y en su procedencia; en las consultas externas existe una gran proporción de pacientes no residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, correspondiendo el 70 % al conurbano bonaerense y un 2% al resto del país.

En relación a la vinculación con otros subsectores prestadores de servicios de salud, se determinó que un 81% de los pacientes atendidos carecen de Obra Social y del 19% restante el 60% pertenece a PAMI.

Con respecto a la prevalencia de las patologías quirúrgicas que se atienden en el hospital, en los casos en que se pudo obtener el registro del diagnóstico, se detectó una mayor frecuencia de litiasis biliar y enfermedades relacionadas (pancreatitis aguda, colecistitis), y patología anal.

El período auditado corresponde al año 2003, no obstante, en virtud de tratarse de procesos dinámicos se han considerado aspectos relacionados con la gestión en fechas posteriores que constituyeron cambios significativos, como altas y bajas de personal, **modificaciones en la estructura de conducción** en las **Unidades de Consultorios Externos y Cirugía**, incluyendo mejoras en el sistema de registro y estadísticas, un **Proyecto de Organización de Consultorios Externos**, consensado entre los profesionales y las autoridades del hospital con el objetivo de brindar una **asistencia integral especializada** para desarrollar acciones de prevención, Diagnóstico y Tratamiento, estableciendo monitoreo de historias clínicas y una adecuada organización administrativa a partir de mayo de 2003. En la Unidad de Cirugía, la creación de un **Programa de Cirugía Ambulatoria** para optimizar el proceso y reducir los tiempos de espera.

Durante el año 2005 han sido concursados tres cargos de instrumentadora quirúrgica que permitirán paliar el déficit observado particularmente a partir de las 14 hs.

Para el análisis de rendimiento de quirófanos se tomaron sólo diez meses del 2003 porque la planta quirúrgica permaneció cerrada desde enero hasta el 11 de marzo de ese año.

**a. PERSONAL SIN RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL G.C.B.A.**

De la información obtenida en las entrevistas, lectura de Historias Clínicas y partes diarios de consultorio externo, sobre el personal que presta servicio en el Hospital Udaondo, se ha verificado que existen personas que desarrollan tareas profesionales, técnicas y administrativas en distintos sectores del mismo, sin ningún tipo de vínculo contractual (más del 10% de la planta de recursos humanos)

Las contingencias laborales padecidas por estas personas, además del riesgo que representan los reclamos de pacientes por la posibilidad de una indebida actuación profesional, dejaría al Hospital expuesto a demandas judiciales que lo haría responsable por los daños y perjuicios sufridos.

Dotación del personal del Hospital al 31-12-2003

CUADRO 1

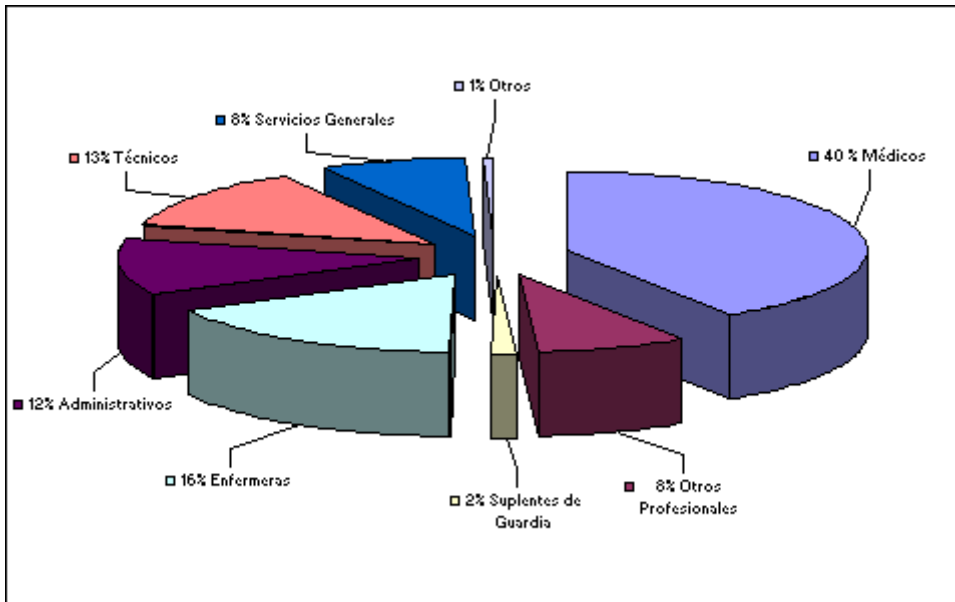
Recurso Humano	Cantidad
Médicos	<b>209</b>
Otros Profesionales	<b>41</b>
Otros Profesionales suplentes de Guardia	<b>8</b>
Enfermeras	<b>86</b>
Administrativos	<b>60</b>
Técnicos (incluye Instrumentadoras)	<b>65</b>
Servicios Generales	<b>40</b>
Otros (religiosos)	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>512</b>

Plan Jefes/as de Hogar : 12 personas.

Fuente:" Hospital Udaondo"

(\*)no dependen de la Secretaría de Salud

GRAFICO 1



Fuente:" Hospital Udaondo"

### Dotación de personas sin relación contractual con el G.C.A.B.A.

CUADRO 2

Personas	Cantidad
Médicos	69
Otros Profesionales	3
Otros Profesionales suplentes de Guardia	0
Enfermeras	0
Administrativos	7
Técnicos	6
Servicios Generales	0
Otros (religiosos)	0
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>

Fuente:" Hospital Udaondo"

Se corroboró que el 91 % del personal no registrado no posee número de ficha municipal o no existen datos suficientes, para su determinación. (observación N° 2)

En las planillas diarias de consultorios externos figuran pacientes atendidos por estos profesionales. Del análisis de las Historias Clínicas surge que dichos profesionales avalan la atención con firma y sello. (observación N° 7)

No existe designación de personal administrativo desde el año 1994, según la Dirección de Recursos Humanos por no ser considerado un sector crítico.

Se constató en los registros de movimiento de personal que un agente administrativo se jubiló y otro fue trasferido sin haber sido reemplazados.

El Personal Administrativo en el Área Técnica se reduce a 6 agentes, 2 de los cuales se desempeñan en el Dpto. de Diagnóstico y Tratamiento, dos en las Unidades de Patología y Endoscopia; la División Farmacia tiene otro agente y otro la sección Esterilización.

Tres agentes desarrollan su actividad en la Unidad Clínica, Unidad de Consultorios Externos y en el Departamento de Cirugía.

No cuentan con personal administrativo:

Bacteriología, Eco-Tomografía, Servicio Social, Alimentación, Enfermería, Nutrición, Hemoterapia, Odontología, Cirugía, Proctología, Emergencia, Kinesiología, Esófago / Estómago, Hígado, Intestino Delgado, Psiquiatría, Ontología, Vías Biliares, Anestesiología, Terapia Intensiva y Guardias Diarias. (Observación N° 5)

## **b. CONVENIOS, BECAS, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN**

b.1. No existen convenios firmados entre la Dirección del Hospital, con Fundaciones, Asociaciones, Universidades y/o Instituciones del sector civil y empresas del sector privado, entre otras Fundación Pallium, que colabora con la asistencia domiciliar gratuita de pacientes terminales, IATTGI -Intergrupo Argentino para el tratamiento de los Tumores Gastrointestinales - Asociación Civil que subsidia el desarrollo de actividades de investigación científica, ALUBA - Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia -.

Las vinculaciones con las distintas entidades se expresan a través de Convenios que las mismas celebran con el Gobierno de la Ciudad, por ejemplo, en el Convenio firmado con la Facultad de Medicina de la UBA, el Hospital Udaondo es designado como Institución Afiliada.

También hay acuerdo de partes en forma verbal con laboratorios (BAGO) mediante el cual médicos del interior del país desarrollan tareas en el hospital y a cambio de ello, el laboratorio entrega catéteres para medir Ph esofágico. Parte de estos insumos ingresan como donación (Observ. N° 1).

Con respecto a la Universidad del Salvador, existe un Convenio marco establecido oportunamente con las autoridades del Gobierno de la Ciudad, pero no específicamente con este Hospital.

b.2. Capacitación de Profesionales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Participación del Hospital Udaondo.

CUADRO 3

Profesionales	Sistema de Salud-C.A.B.A	Hospital Udaondo	%
Residentes	2.423	15	0.06
Concurrentes	6.115	48	0.07
Becarios	30	6	0.2
<b>Totales</b>	<b>8.568</b>	<b>69</b>	<b>0.08</b>

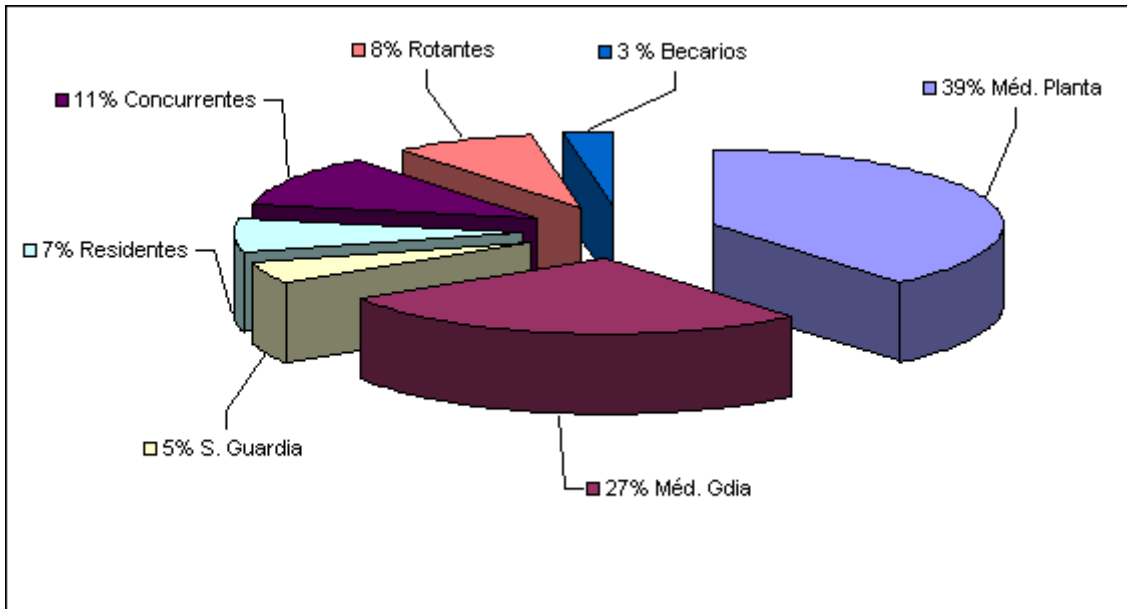


GRAFICO 2

Fuente: " Hospital Udaondo"

Parte de los residentes, concurrentes y becarios, al cabo de su formación siguen prestando servicio dentro del Hospital pero sin vinculación contractual. Esta situación implica para la Ciudad de Buenos Aires posibles perjuicios, tanto por riesgo de juicios de mala praxis, como por accidentes de trabajo e incluso eventuales juicios laborales en el caso de que esas personas en algún momento ingresen a la planta estable y exijan el reconocimiento por la antigüedad y aportes previsionales. (Observ. N° 4)

No existe un plexo normativo unificado que contemple las distintas modalidades relativas a capacitación e investigación de los profesionales. (Observ. N° 3).

Los hospitales que siempre pertenecieron a la órbita de la ciudad incluyen en su estructura un Comité de Docencia e Investigación. Por ser el Hospital Udaondo uno de los hospitales transferidos desde la órbita nacional, en el organigrama está contenido el sector de docencia e investigación como departamento, y además como comité; no obstante no tiene la debida participación en la toma de decisiones ( Observ. N° 6 ).

## Tipos de Becas

CUADRO 4

Beca	Característica	Duración	Becarios H. Udaondo
Carrera de Investigación	Se accede por concurso	Según proyecto	2
Investigación Clínica	Investigación en el hospital	De 1 a 2 años	1
Honorarias investigación en Salud	Especialistas ex -residentes, ex - concurrentes	De 2 a 4 años	3
Adscriptos Honorarios	Especialistas que cumplen tarea asistencial.	2 años	_

### c. CIRUGÍA:

#### INDICADORES:

Se seleccionó una muestra de 108 historias clínicas sobre un universo de 10683 consultas realizadas en el año 2003 (Utilización de la fórmula de muestreo sugerida por Organización y Método de la AGCBA).

En relación a la información obtenida y con el objeto de evidenciar aspectos relevantes de la gestión, se utilizaron indicadores generales y otros que se diseñaron específicamente para evaluar estructura, proceso y calidad con el objeto de aportar a la definición de la visión y misión de la institución.

#### Análisis e interpretación

##### I. Generales:

- Demográficos
- Cobertura Social
- Epidemiológicos

##### I.1. Demográficos:

###### a. Sexo

% de población femenina: 49

% de población masculina: 51

b. Procedencia:

Conurbano	70%
CABA	26%
Resto País	2%
s/ datos	2%

**I.2. Cobertura Seguridad Social**

Pacientes que declaran no tener cobertura: 81 %

Del total de pacientes con cobertura, el 60 % de pacientes pertenece a PAMI.

**I.3. Epidemiológicos:**

Clasificación por PATOLOGÍA

Sobre el total de casos de la muestra, no se pudo obtener en 49 de ellos los datos referidos al diagnóstico, en relación a la falta de registro de la consulta ambulatoria. En los casos en que éste constaba, la mayor frecuencia correspondió a litiasis vesicular y, en segundo lugar, a patología anal.

CUADRO 5

Patología	frecuencia	%
Lits. Vesic.	9	8%
Pat. Anal	5	5%
Ca. Colon	4	4%
Diverticulit.	4	4%
Ca. Recto	3	3%
Ca. Esóf.	3	3%
PAF (*)	3	3%
Abdomen Ag.	3	3%
Hemorroides	2	2%
Acalasia	2	2%
Hernia Ing	1	1%
Colon Irritab.	1	1%
Otros	19	18%
Sin datos	49	45%
<b>total</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

(\*) PAF: Poliposis Adenomatosa Familiar

## II. Específicos

1. De Estructura
2. De Proceso
3. De Calidad

### 1. De Estructura

N° de Quirófanos disponibles /total Quirófanos  
 Promedio anual Cama Disponibles  
 N° de camas de cirugía/ N° de quirófanos.  
 N° camas de Cirugía/ total de camas

N° quirófanos disponibles/ N° Quirófanos:      3 /4= 75%

(Quirófano 3 - Observ. 10) El quirófano N° 4 no funciona por falta de equipamiento (informe de relevamiento N° 3.04.04a )

Promedio Cama Disponibles (Observ. N° 14)                      20,39

Corresponde al total de camas disponibles del período/ número de días del período (365 días del año calendario). Fuente: *Movimiento Hospitalario*.

Cabe aclarar que el total de camas habilitadas para cirugía es de 28 pero debido al déficit de personal de enfermería durante el período de licencia anual ordinaria del personal se cierra una salas con ocho camas por lo que disminuye el promedio de camas disponibles a 20,39, para cirugía y como consecuencia el del hospital a 83,67.

Promedio camas disponibles cirugía/ N° de quirófanos

$$\frac{20,39}{3} = 6,79$$

Con 4 quirófanos disponibles sería:

$$\frac{20,39}{4} = 5,09$$

N° camas de Cirugía/ total de camas disponibles

$$\frac{20,39}{83,67} = 0,244 \quad 24,4\%$$

(Observ. N° 7).

Nº de camas totales de cirugía/ Nº camas totales del hospital

28/98= 0,286    28,6%

## 2. De Proceso:

### Consultorio Externo:

Promedio días entre indicación quirúrgica y la operación.

### Internación:

Promedio días de estada:

Promedio de días de preoperatorio: Total de días preop/ total de pacientes operados.

Tasa quirúrgica: Nº de cirugías/ Nº de egresos

Nº Cirugías programadas/ Nº quirófanos

Total de cirugías (incluidas las de guardia)/ Nº Quirófanos:

Porcentaje de cirugías programadas/ total de cirugías:

Promedio diario de cirugías.

Utilización de quirófanos

Promedio Pac/Día

Porcentaje Ocupacional de camas

Giro Cama

Promedio permanencia

Tasa de mortalidad

### Recursos humanos:

Nº Instrumentadoras / Nº cirujanos intervinientes.

Nº cirujanos/ Nº anestesiólogos.

Nº enfermeras/cirujanos

### Situación de revista en relación a la actividad quirúrgica:

Nº médicos participantes / Cirugías programadas.

Porcentaje de cirugías programadas a cargo de profesionales en formación sin la supervisión correspondiente.

### Consultorios Externos:

Promedio días entre indicación quirúrgica y la operación: 99,6 días

### Internación:

Promedio días de estada: 9,7 días

Días de internación preoperatorios: Promedio 5,1 días

Tasa quirúrgica:

Nº de cirugías programadas/ Nº de egresos  $709/2286= 31\%$

Si bien no se cuenta con estándares para un hospital monovalente de gastroenterología, dado que es el único en el país en esta especialidad, para un hospital General de Agudos se considera en el 35 - 40 % aproximadamente. (Oserv. Nº 15).

(Bibliografía: Araguren-Rezzónico, Auditoría Médica - Garantía de Calidad en la Atención de la Salud, 2a. Edición, Tomo I; 301).

Nº de cirugías/ Nº quirófanos:

Se tomaron para su determinación sólo los 10 meses del año 2003. La planta Quirúrgica permaneció cerrada durante enero y febrero y hasta el 11 de marzo del 2003. (Observ. 13)

Cirugías programadas/ Nº quirófanos

$709/3= 236,33$

Total de cirugías (incluidas las de guardia)/ Nº Quirófanos:

$1357/3= 452,33$

Porcentaje de cirugías programadas/ total de cirugías: **52,25 %**.

El funcionamiento del Quirófano Nº 3 se ajustó a la disponibilidad de equipamiento. En el año 2004, COAS donó una mesa de anestesia que permitiría su habilitación. No obstante, debido al mal estado de los monitores su funcionamiento fue discontinuo (Observ. 16).

El quirófano Nº 4 estuvo fuera de funcionamiento todo el período auditado.

En la guardia existe un quinto quirófano no habilitado, por no contar con normas de bioseguridad ni de arquitectura hospitalaria (informe relevamiento 3.04.04.a)

## Análisis productividad por quirófano:

CUADRO 6

Mes 2003	Q1	Q2	Q3	TOTAL
Enero	0	0	0	0
Febrero	0	0	3	3
Marzo	20	19	5	44
Abril	35	23	9	67
Mayo	18	40	9	67
Junio	34	35	1	70
Julio	44	37	26	107
Agosto	41	22	16	79
Septiembre	40	15	31	86
Octubre	37	34	27	98
Noviembre	13	31	1	45
Diciembre	9	34	0	43
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>290</b>	<b>128</b>	<b>709</b>

CUADRO 7

Quirófano	Nº Cirugía	%
Q1	291	<b>41,04</b>
Q2	290	<b>40,90</b>
Q3	128	<b>18,06</b>
<b>Total</b>	<b>709</b>	<b>100</b>

### Promedio cirugías por día:

Para el cálculo de este indicador se tuvieron en cuenta los días efectivamente trabajados.

Cantidad de días laborables en el año: 247

Considerando que los quirófanos estuvieron en remodelación, la cantidad de días laborables en los que se efectivizó el uso de la plata quirúrgica fue de 216,12 y las cirugías programadas realizadas fueron 709.

$$709/216,12 = 3,28$$

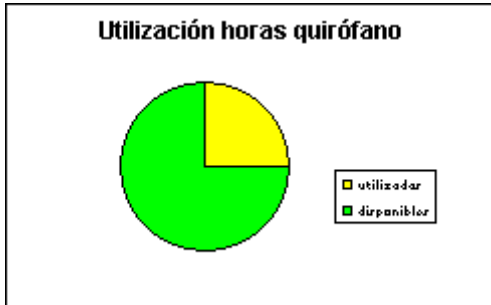
Este promedio disminuiría a 2,87 cirugías/día si se considerase el total de días laborables.

### Utilización de quirófanos:

Disponibilidad con 3 Quirófanos: 6240 horas

utilizadas	<u>2108,25</u>	34%		
disponibles			6240	100%

GRAFICO 3



Disponibilidad con 4 quirófanos: 8320 horas  
 utilizadas  $\frac{2108,25}{8320}$  25%  
 disponibles 8320 100%  
 (Observ 12).

Promedio Pac/Día	18,52
Porcentaje Ocupacional de camas	90,84 %
Giro Cama	
Promedio permanencia	6,31
Tasa de mortalidad	1,50%

Fuente: Movimiento Hospitalario 2003

### Recursos Humanos:

N° Instrumentadoras / N° cirujanos participantes

Médicos Planta  $\frac{25}{7} = 3,57$   
 Instrumentadoras

aprox.1 instrumentadora por cada 3,6 médicos cirujanos

Incluyendo a Suplentes de Guardia asignados a Cirugía:  
 Médico Planta+ Suplente guardia  $\frac{29}{7} = 4,14$   
 Instrumentadoras

aprox.1 instrumentadora por cada 4,15 cirujanos.

A través del Decreto N° 1148/99 "se aprueban normas de organización y funciones del personal de instrumentación quirúrgica y centros obstétricos, que registrarán la actividad específica en el ámbito de los establecimientos hospitalarios dependientes del gobierno de la Ciudad", donde se jerarquiza el rol de la instrumentadora quirúrgica.

N° cirujanos/ N° anesthesiólogos:

Cirujano Planta  $\frac{25}{6} = 4,17$   
Anestesista Planta

Cirujano Planta+Suplente guardia  $\frac{29}{6} = 4,83$   
Anestesista Planta.

N° enfermeras cirugía/ total cirujanos:  $21/29 = 0.72$

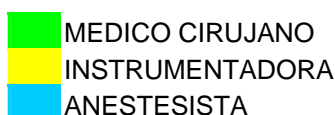
El indicador ideal establecido es de 3 enfermeras por cada médico. (Observ. N° 19).

(Fuente: Auditoría Médica, Aranguren Rezzónico, Edic. 1998; 315)

CUADRO 8



Referencias :



(Observ. N° 11 y 18)

a) El horario en el que se verifica la coincidencia del total de los integrantes del equipo es de 7 horas diarias.

b) Un solo día de la semana cuenta con instrumentadora en horario vespertino (hasta las 16 hs.) (Observ. N° 17).  
 (durante el 2005 se ha concursado el cargo de instrumentadora, disponiéndose designar tres instrumentadoras adicionales, lo que permitiría mejorar la gestión)

CUADRO 9

N° Médicos participantes	N° de Cirugías	
1	42	5,92%
2	235	33,15%
3	425	59,94%
4	6	0,85%
5	1	0,14%
	<b>709</b>	<b>100%</b>

Promedio médicos por cirugía: 2,6

Participación y desempeño de los profesionales médicos

CUADRO 10

SITUACION REVISTA	N° Prof.	%	participaciones.	%
MÉD. DE PLANTA	25	<b>54.35%</b>	650	<b>35,99%</b>
SPT. DE GDIA.	4	<b>8.70%</b>	153	<b>8,47%</b>
RESIDENTE	4	<b>8.70%</b>	579	<b>32,06%</b>
CONCURR.	4	<b>8.70%</b>	392	<b>21,71%</b>
NO FIGURAN	9	<b>19.55%</b>	32	<b>1,77%</b>
TOTAL	<b>46</b>	<b>100%</b>	<b>1806</b>	<b>100%</b>

CUADRO 11

SITUACION REVISTA	N° intervenc./ CIRUJANO	%	N° intervenc./ AYUDANTE	%
MÉD. DE PLANTA	246	<b>34,70%</b>	404	<b>36,86%</b>
SPT. DE GDIA.	57	<b>8,04%</b>	96	<b>8,75%</b>
RESIDENTE	246	<b>34,70%</b>	333	<b>30,35%</b>
CONCURR.	149	<b>21,02%</b>	243	<b>22,14%</b>
NO FIGURAN	11	<b>1,54%</b>	21	<b>1,90%</b>
TOTAL	<b>709</b>	<b>100%</b>	<b>1097</b>	<b>100%</b>

1. Del total de cirujanos, el 54,35% pertenecen a la planta permanente y participan en el 35,99% de las intervenciones (Observ. N° 20).

2. Los profesionales de planta que se desempeñaron como cirujano principal representan un 34,70% y como cirujano ayudante un 36,86% del total de las intervenciones. (Observ. N° 21).
3. Los suplentes de guardia representan el 8,70 % e intervinieron como cirujanos principales en el 8,04% de las operaciones.
4. La proporción de residentes y concurrentes es del 17,40% e intervienen en el 55,72 % de las cirugías como cirujanos principales.
5. Hay un 19,55 % de profesionales, que intervienen en el 1,77 % de las cirugías, que no tienen vinculación con el hospital. (Observ. N° 23).

CUADRO 11

	%	% Qx
Pta. PTE.	53%	36%
Res.y Conc	17%	53%
	%	%QX
spte.Gdia	8,5%	8,5%
Resto	21,5%	2,5%
Total	100%	100%

### **Análisis de los registros de quirófanos:**

Se determinó que el 3,67 % de las intervenciones (26/709) fueron realizadas por médicos residentes y/o concurrentes, sin la presencia de un médico de planta en el Quirófano. Decreto N° 812/80, Ordenanza N° 40997/85 y resolución N° 45 SSPMA/86. (Observ. N° 22).

### **Porcentaje de cirugías suspendidas:**

Total de cirugías programadas suspendidas o postergadas por más de 24 hs. en el período x 100 / Total de cirugías programadas en quirófano, en el mismo período.

Este indicador no se puede obtener en razón de no existir un registro de las suspensiones de cirugía y sus causas durante el período auditado. (Observ. 25).

Tampoco se registran las derivaciones de pacientes a otros centros de Salud. (Observ 26).

## **3. De Calidad**

### **Consultorio Externo:**

Porcentaje de consultas no registradas.

**Internación:**

- Nº de cirugías de guardia/total de cirugías.
- Nº de Cirugías de alta complejidad/ total de cirugías programadas.
- Cirugías efectuadas/Indicación Quirúrgica.
- Porcentaje de horas de Cirugía según grado de complejidad.
- Promedio días de espera cirugías en vías biliares y proctología.
- Vías biliares: selección de técnica quirúrgica:
- Nº de cirugías Laparoscópicas/ Nº cirugía convencional.

**Consultorios Externos**

Las consultas no registradas en la historia clínica representan un 87% del total que se relaciona con la falta de devolución en tiempo para su archivo y posterior distribución. (Observ. Nº 8 y 9).

Internación

Nº cirugías por guardia/ Total de cirugías:

$$648/1357 = 0,4775$$

La cantidad de cirugías por guardia en relación al total de cirugías es de un 47,75%.

CUADRO 12

Cirugías efectuadas		
	Cantidad	%
Tto. Quirúrg.	41	100
Cirugías	<b>22</b>	<b>54</b>

(Observ. Nº 24)

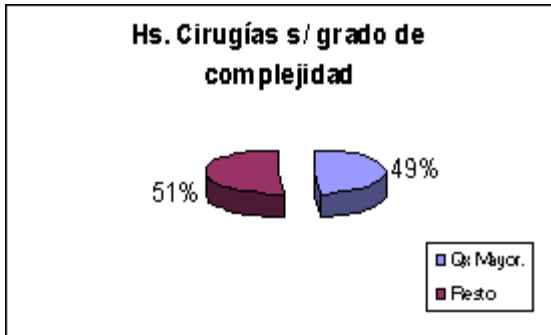
**Complejidad:**

Nº Cirugías (Qx) Alta complejidad/ Total de Qx programadas: 228/709      32%

Horas insumidas por Qx alta complejidad ( promedio 4hs+ 1/2 h preparac. quirófano)

228x4,5 hs.	1026	49%
Resto Qx		
481x2,25	1082,25	51%
<b>Total</b>	<b>2108,25</b>	<b>100%</b>

GRAFICO 4



### Promedio días de espera cirugías en vías biliares:

El promedio de días de estada es de 5,1 días para las cirugías sin patología previa o intercurrente, siendo menor para las cirugías laparoscópicas (3,33 días). En los casos con patología previa o complicaciones el promedio de permanencia es de 11,6 para la colecistitis aguda y 17 días para la pancreatitis.

### Promedio días de espera cirugías proctología

De los casos evaluados se operaron un 20% de los pacientes, siendo prolongado el tiempo que transcurre entre el ingreso a la lista de espera y la operación, no pudiendo establecerse un indicador representativo en virtud de la escasa proporción de intervenciones y la multiplicidad de factores que intervienen, no siempre atribuibles a la gestión de la institución.

### Selección de técnica quirúrgica para Vías Biliares:

Proporción de cirugías laparoscópicas sobre técnica convencional:

$$3 / 51 = 0.056 \quad 5,60\%$$

Por lo tanto, sobre el total de casos (54) en el 94,40 % el procedimiento quirúrgico fue la Colecistectomía convencional y en un 5,60 % fue realizada por vía laparoscópica, obedeciendo esta relación a la falta de disponibilidad de tecnología adecuada. Cabe destacar que el hospital cuenta con un solo laparoscopio de su propiedad.

## V. OTROS COMENTARIOS

### Listas de espera:

#### Vías Biliares:

Se seleccionó una muestra de 79 casos sobre un universo de 451.

#### Proctología

Se seleccionó una muestra de 25 casos sobre un universo de 34.

Del cruzamiento de la lista de espera con las historias Clínicas correspondientes puede observarse que:

El registro de pacientes es incompleto:

#### a. Proctología:

No consta:

- la indicación quirúrgica en el 95 % de los casos.
- el diagnóstico ni la Obra Social en el 30% de los casos.
- el número de teléfono en un 20 % y en un 5% la procedencia de los pacientes.

#### b. Vías Biliares:

No consta:

- el registro de la indicación quirúrgica en un 14 % de los casos,
- el diagnóstico en un 10%,
- el teléfono en un 17 %,
- la procedencia de los pacientes en un uno %.

Se han operado un 15 % de los casos.

En el 45 % de los casos la demora por tiempo de espera supera los 100 días, alcanzando un máximo de 853 días mientras que en el 55% la demora es menor a 100 días. El tiempo de espera condiciona la aparición de complicaciones de la litiasis vesicular como síndrome coledociano o pancreatitis aguda.

El registro de paciente no se actualiza periódicamente por lo que no constituye un elemento adecuado para la programación de operaciones (Observ. N° 27)

### **Encuesta telefónica. Seguimiento pacientes en lista de espera.**

Se efectuaron llamados a pacientes inscriptos en la Lista de Espera de Vías Biliares de los meses de abril a junio de 2002 teniendo en cuenta que estos son los pacientes más antiguos de la mencionada lista.

CUADRO 13

<b>Casos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>	<b>Confirmados</b>	<b>%</b>
Continúa en L. E.	20	<b>14</b>	20	<b>34,48</b>
Operados Udaondo	21	<b>15</b>	21	<b>36,21</b>
Operados en otros Hospitales	14	<b>10</b>	14	<b>24,14</b>
Fallecidos	3	<b>2</b>	3	<b>5,17</b>
Otros no especif.	7	<b>5</b>		
No corresp.T.E.	33	<b>23</b>		
No contesta	43	<b>31</b>		
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

## VI. OBSERVACIONES

### Generales

1. No existe ningún encuadre normativo de las vinculaciones contractuales entre el Hospital y diversas entidades, que desarrollan tareas dentro de la órbita del mismo. Hay acuerdos no escritos entre personal del hospital y entidades privadas que entregan contraprestaciones a cambio.
2. Existen profesionales, técnicos y administrativos no pertenecientes a la planta del hospital. El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Hospital, quedan expuestos a demandas judiciales, derivadas de contingencias laborales y/o de la inadecuada actuación profesional y técnica de dicho personal.
3. No existe una normativa unificada en relación con los Becarios, el plexo normativo vigente está compuesto por diversas resoluciones, disposiciones y decretos que regulan un mismo tema.
4. Residentes y concurrentes que han finalizado su formación continúan prestando servicios en el hospital.
5. Falta personal administrativo. No hay designaciones en este rubro desde el año 1994.
6. No se jerarquiza la participación del Comité de Docencia e Investigación en la toma de decisiones en áreas de su competencia.
7. En la historias clínicas constan registros con sello y firma de profesionales que no tienen relación contractual con el Hospital y que atienden a pacientes de consultorios externos.

**Particulares:**

**a. DEL PROCESO QUIRÚRGICO:**

8. No se registra en la Historia Clínica el 87% de las consultas ambulatorias.
9. En un porcentaje equivalente al 10% no se encontró la historia archivada debido a que no se devuelven oportunamente.
10. No se encuentran operativos el total de los quirófanos del hospital. El quirófano de guardia no está habilitado por no cumplir con las normas exigidas.
11. No existe una adecuada integración de los equipos, interfiriendo la optimización del proceso quirúrgico (déficit de horas de instrumentadoras, falta coordinación horaria).
12. Estimando en 8 horas diarias la disponibilidad de los quirófanos, solamente se utilizó un 34% de la misma.
13. La planta quirúrgica permaneció cerrada durante 72 días en el año.
14. Durante 72 días al año, 8 camas no estuvieron disponibles debido a la licencia anual ordinaria de personal de apoyo en el tercer piso, lo que disminuye el promedio anual de camas disponibles en cirugía reduciéndolo a 20,39 camas (24 % del total de camas).
15. El promedio diario de cirugías es bajo y esto condiciona una tasa quirúrgica del 31%.
16. No se realizan tareas de mantenimiento en los quirófanos y no es adecuado su equipamiento, particularmente en el quirófano N°3 cuyo funcionamiento fue discontinuo. Las intervenciones efectuadas en este, representaron el 18,06% del total.
17. Es insuficiente el número de instrumentadoras quirúrgicas en relación al número de cirujanos.
18. No es adecuada la distribución horaria en Anestesiología en función de la producción del departamento verificándose concentración de recursos en horario matutino.
19. Es insuficiente el número de enfermeras en relación al número de cirujanos.
20. Sólo un 54,35% de los cirujanos pertenece al personal de Planta Permanente del Hospital.

21. En el 65,3% de las intervenciones no participaron como cirujanos principales.
22. En el 3.67 % de las intervenciones, no existe constancia de la participación del médico de planta.
23. Un 19,55% de los profesionales que intervienen en el 1,77% de las cirugías no tienen vínculo contractual con el hospital.
24. No se operaron patologías con indicación quirúrgica en un 46 % de los casos.
25. No se ha podido determinar el indicador correspondiente al porcentaje de cirugías suspendidas en virtud de no registrarse las mismas y sus causas durante el período auditado.
26. No se registran las derivaciones de pacientes impidiendo establecer un sistema de referencia y contrarreferencia.

#### **b. DE LA LISTA DE ESPERA**

27. La lista de espera no permite un seguimiento adecuado pues carece de registros completos y no se actualiza periódicamente

### **VII. RECOMENDACIONES**

1. Encuadrar dentro de la normativa vigente la vinculación entre las entidades que realizan tareas en el hospital y el mismo, legitimando la relación tanto con el personal como con las contraprestaciones entregadas a cambio. (Observ. N° 1)
2. Registrar al personal que trabaja en el hospital respetando la normativa vigente. (Observ. N° 2 y 7).
3. Unificar en un solo cuerpo normativo, las diferentes resoluciones, disposiciones y decretos existentes sobre formación en Servicios de Profesionales de la Salud. (Observ. N° 3).
4. Desarrollar a través de la Secretaría de Salud, una normativa que permita insertar a los residentes y concurrentes que finalizaron su tarea en el hospital habiendo sido formados en el mismo para que canalicen su experiencia con respaldo legal. (Observ. N° 4).

5. Designación de personal administrativo necesario. (Observ. N° 5).
6. Jerarquizar la participación del Comité de Docencia e Investigación en el desarrollo de tareas de capacitación e investigación en relación a la selección de personal becario adscrito honorario (Observ. N° 6).
7. Registrar las consultas ambulatorias en la historia clínica. (Observ. N° 8)
8. Confeccionar un circuito de distribución de historias clínicas que permita el control de la entrega, su devolución y archivo. (Observ. N° 9)
9. Implementar medidas necesarias para el funcionamiento de todos los quirófanos del hospital.(Observ. N° 10).
10. Optimizar el funcionamiento de la planta quirúrgica. (Obs.N° 11y12 )
11. Implementar un sistema de rotación de vacaciones ordinarias a efectos de no cerrar la planta quirúrgica habilitando el total de camas. (Observaciones 13 y 14).
12. Aumentar la tasa quirúrgica optimizando los recursos disponibles. (Observ. N° 15)
13. Realizar un mantenimiento permanente de la planta quirúrgica para que su funcionamiento sea continuo.(Observ. N° 16).
14. Asignar a las instrumentadotas designadas por concurso horarios vespertinos para cubrir adecuadamente los horarios de quirófano. (Observ.. N° 17).
- 15.Reasignar los horarios de los anestesiólogos en función de las necesidades de quirófano. (Observ. N°18 )
16. Mejorar la participación del personal de planta en las cirugías efectuadas, acompañando a los residentes y concurrentes y normatizando la participación de profesionales no pertenecientes al hospital. (Observ. 19 a 22 )
17. Registrar las suspensiones de cirugías y sus causas, así como el registro de las derivaciones a otros centros asistenciales.(Observ. N° 24 y 25 ).
18. Confeccionar listas de espera en el corto plazo con N° de Historia Clínica, con datos de identificación del paciente, que permitan su localización en tiempo adecuado.( Observ. N° 26)

Finalmente, de acuerdo a lo sugerido por la D.G.Legales en el dictamen N° 47/06, en relación a la Observación N° 2, se recomienda que, una vez tomado

conocimiento de ello y arbitradas las medidas referidas anteriormente, el Ministerio de Salud -de mantenerse la situación imperante- inicie las acciones administrativas tendientes a deslindar responsabilidades.

## VIII. CONCLUSIÓN

El Udaondo es uno de los hospitales trasferidos a la ciudad en 1992 conservando su especialización en Gastroenterología e integrándose al sistema como tal. Esto significó modificaciones en la oferta, incorporando servicios ya existentes en los Hospitales Generales de Agudos, superponiendo actividades asistenciales, sin desarrollar las posibilidades de consolidarlo como centro de referencia para la alta complejidad en una dinámica de red que permitiera una optimización de estos recursos.

No obstante el tiempo trascurrido, no se ha logrado definir su funcionamiento en relación al resto de los efectores de salud, a esto se agrega una mayor demanda, profundizando esta disfuncionalidad y orientando las prestaciones hacia patologías de alta prevalencia, de fácil resolución pero que incrementan significativamente las listas de espera, brindando acciones que no responden a una planificación eficiente.

Del mismo modo, los protocolos de investigación deberían establecerse en relación al perfil epidemiológico de la población, como parte de los objetivos específicos del hospital dentro del sistema.

Lo mencionado, perpetúa la existencia de instituciones vinculadas a salud relacionadas con el hospital y personal que trabaja en el mismo sin relación contractual, generando dificultades en la gestión.