



INFORME FINAL DE AUDITORIA

PROYECTO N° 3,07.02,07

GESTIÓN DEL PROGRAMA
MATERNO INFANTO JUVENIL
EN EL HOSPITAL DE NIÑOS
DR. RICARDO GUTIÉRREZ

SUBPROYECTO 02: AUDITORÍA
DE GESTIÓN

PERIODO 2000/2001

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 piso 5º Capital Federal

Presidente

Dr. Vicente Mario Brusca

Auditores Generales:

Dr. Jorge Argüello

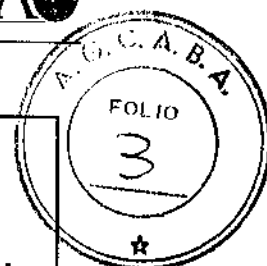
Dr. Nicolás Corradini

Dra. Noemí Fernández Cotonat

Dr. Daniel Rodríguez

Dra. Gabriela Serra

Dr. José María Pazos



CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.07.2.07

NOMBRE DEL PROYECTO: Gestión del Programa Materno Infanto Juvenil en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

SUBPROYECTO 02: Auditoría de gestión

PERIODO BAJO EXAMEN: 2000/2001

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 14 de junio de 2002

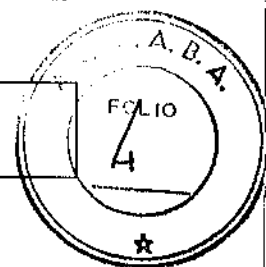
EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Rodríguez, Walter
Supervisor: Lef, Mario Eduardo
Audidores de Campo: Grieco, Alberto
 Bentancourt, Marcos
 Marcos, Adolfo
 Becerra Ojeda, Mario W.
 Rébora, Nora
 Lutteral, Patricio
Colaboradores técnicos: Caci, Alberto
 Erne, Alejandro

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos del Programa Materno Infanto Juvenil en el Hospital Gutiérrez.



Informe final de Auditoria
PROYECTO: 3.07.02.07



DESTINATARIO

Sra. Presidenta
Legislatura de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires
Lic. María Cecilia Felgueras

En uso de las facultades conferidas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (artículo 135), la Ley 70 (artículos 131, 132 y 136) y la Resolución N° 62/2001 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires procedió a efectuar un examen en el ámbito del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, dependiente de la Secretaría de Salud, con el objeto que se detalla en el párrafo siguiente.

I) OBJETO

Gestión del Programa Materno Infanto Juvenil en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. Periodo 2000/2001

II) ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoria General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325, habiéndose practicado los siguientes procedimientos:

- 1) Análisis selectivo de historias clínicas de consultorios externos, a efectos de evaluar la calidad de la atención clínica — conforme controles pautados — y su registración, en los siguientes casos: control del niño sano de cero a dos años, control de la diarrea en pacientes ambulatorios. En los Anexos 1 y 2 de este informe se explicitan la metodología y el alcance del trabajo de auditoría realizado.
- 2) Encuesta a los pacientes en las filas de espera para el otorgamiento de turnos, a efectos de evaluar aspectos relativos a la accesibilidad de los servicios. En el Anexo 3 se detalla las características y resultados de la encuesta.



[Handwritten signature]

- 3) Encuesta sobre "Oportunidades Perdidas" a pacientes del Servicio de Adolescencia, a fin de evaluar la calidad de la prestación asistencial dispensada a los adolescentes. En el Anexo 4 se detalla las características y resultados de la encuesta.
- 4) Estudio y evaluación de la planta física de los servicios correspondientes a Cirugía; Promoción y Protección de la Salud; Consultorios Externos de Endocrinología, Psicopatología, Neonatología, Traumatología, Cardiovascular, Foniatría, Kinesiología; Terapia intensiva; Radiodiagnóstico, Laboratorio Central; Archivo de Historias Clínicas.
- 5) Análisis de los registros y controles administrativos relativos a los pacientes con procedimiento quirúrgico programado pendiente, para el que el Hospital debe tener previsto la utilización de quirófanos. En el anexo 5 se describe la naturaleza y alcance del procedimiento efectuado.
- 6) Revisión de los mecanismos de información y controles administrativos existentes vinculados a asistencia y cumplimiento de horarios por parte del personal del Hospital, y realización de controles selectivos de presentismo de profesionales en Consultorios Externos matutinos.
- 7) Revisión de los controles administrativos existentes relacionados con licencias médicas del personal. Prueba de cumplimiento de los mismos mediante el cotejo de los registros del hospital con información externa (Dirección de Medicina del Trabajo) sobre una muestra aleatoria de 59 casos, que representa el 4,8% del total de la nómina del hospital.

Los procedimientos de auditoría mencionados son complementarios de otros realizados con anterioridad, cuyos resultados se exponen en el informe de esta AGCBA correspondiente al Subproyecto 01 "Relevamiento del Hospital Gutiérrez".

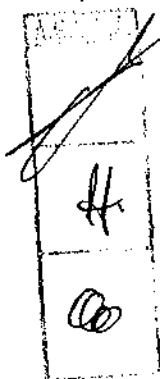
El trabajo de campo en el Hospital concluyó el 28 de febrero de 2002.

III) ACLARACIONES PREVIAS

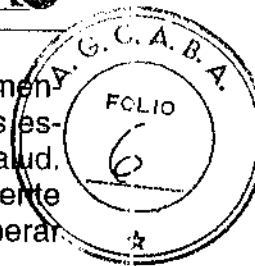
III.1 PLANTA EDILICIA

En el apartado IV se consignan las observaciones consideradas más relevantes en cuanto al establecimiento de prioridades a considerar, de acuerdo a la evaluación del estado de la planta física efectuada en la etapa de relevamiento.

Si bien existen múltiples observaciones en lo atinente a mantenimiento, remodelaciones y terminaciones, en general la planta del Hospital es adecuada para atender la demanda existente, excepto el área quirófanos —cuya situación actual no cumple con algunos requisitos básicos para su operatoria— y el estado de la instalación eléctrica.



Handwritten signature.



El crecimiento de algunos servicios del hospital fue sustentado económicamente por donaciones y legados privados, y no como resultado de definiciones estratégicas por parte de las autoridades del Hospital o de la Secretaría de Salud. La infraestructura de los servicios fue evolucionando en forma independiente entre sí, en función de la capacidad y prestigio de sus integrantes para generar recursos destinados a su crecimiento.

III.2 CONTROLES DE ASISTENCIA Y CUMPLIMIENTO DE HORARIOS EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Los siguientes factores configuran un ambiente de control insuficiente que genera condiciones aptas para irregularidades en el completamiento de los registros de asistencia por parte del personal:

- Las carpetas de firmas de ingreso y egreso son retiradas con una tolerancia de 45 minutos luego del horario de entrada. (Según art. 1° Dec 710 / 97 el registro debe cerrarse a la hora de entrada)
- Ausencia de un control presencial por parte de integrantes de la oficina de Personal en el momento en que los agentes firman las planillas de entrada y salida, unido a ciertas características físicas de la oficina (vidrios opacados, ventana lateral cerrada).

En el marco de lo precedentemente expuesto, se efectuaron controles de presentismo (cuya naturaleza, alcance y resultados se describen en el Anexo 6 de este informe) y procedimientos de inspección ocular en los horarios de ingreso y egreso de firmas del personal, constatando:

- La posibilidad de que algunos agentes firmen planillas correspondientes a otros profesionales del servicio, además de la propia, y la factibilidad de firmas conjuntas de entrada y de salida.
- La existencia de firmas sin asentar la hora del ingreso y/o egreso.
- Con respecto al personal que se ausenta transitoriamente del Hospital, que no se exige la presentación de los formularios de "Autorización de Salida", para el personal que se retira del Establecimiento en comisión, o por trámites particulares. Tampoco es requerida a los agentes que prestan servicios fuera del establecimiento la constancia de asistencia respectiva emanada del lugar de comisión de servicios.

En dos oportunidades (miércoles 31-10-01 y 27-2-02 a las 7 horas) se observó que la oficina de personal se encontraba cerrada, sin empleados atendiendo, y que no estaban a disposición del personal que ingresaba las carpetas con las correspondientes planillas de firmas de ingreso y egreso; por ese motivo, se encontraban numerosos agentes a espera de la apertura de dicha oficina para poder firmar.

[Handwritten signature and initials in the left margin]

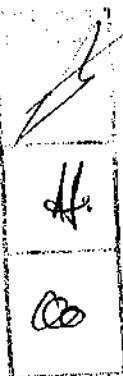
[Handwritten signature and text at the bottom right]



III.3 CONTROLES ADMINISTRATIVOS SOBRE LICENCIAS MÉDICAS

La Dirección de Medicina del Trabajo (ex Reconocimientos Médicos), dependiente de la Secretaría de Hacienda y Finanzas del Gobierno de la Ciudad, emite planillas certificantes ("sábanas") donde constan las licencias efectivamente otorgadas por dicha Dirección. Estas planillas permiten al Hospital efectuar el control de las precitadas licencias, con las solicitudes de licencia presentadas por el personal. Las planillas son remitidas a los hospitales de la Ciudad los días 20 de cada mes; dicho plazo no siempre es cumplido, omitiendo el hospital formular el correspondiente reclamo ante la Dirección citada a fin de controlar las licencias en plazos razonables.

Al practicar la prueba de cumplimiento de los controles relacionados con licencias médicas, no fueron localizadas en el hospital las planillas de la Dirección de Medicina del Trabajo correspondientes a la muestra seleccionada. Si bien el circuito administrativo interno del hospital resulta consistente en términos de razonabilidad, cabría realizar alguna acción por parte de la oficina involucrada, a efectos de hacer más eficaz el control posterior al otorgamiento de las licencias médicas.



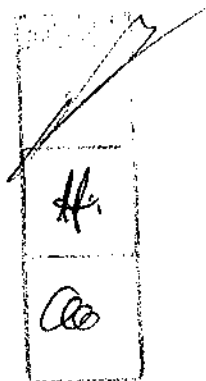
[Handwritten signature]

IV) OBSERVACIONES

Las siguientes observaciones incluyen algunas debilidades explicitadas en el Informe de Relevamiento de esta AGCBA, que se consideran relevantes.

IV. 1) REFERIDAS A CIRUGÍA (ÁREA DE QUIRÓFANOS)**IV.1.1) Planta física**

1. Mantenimiento insuficiente de las instalaciones: a) cañerías de desagüe tapadas; b) desborde de agua en el sector de lavado previo a quirófano; c) humedad en cielorrasos y paredes; d) existencia de numerosos vidrios rotos, algunos reparados "provisoriamente" con cintas de papel; e) falta de mantenimiento en la pintura; f) ventanas oxidadas; g) uso de bolsas plásticas para tapar las rejillas, con el objeto de evitar el ingreso de insectos y la contaminación del área.
2. Reparaciones con falta de terminación: a) paredes sin azulejar luego de arreglos de cañerías; b) terminaciones no adecuadas para mantener la limpieza y asepsia del sector (los zócalos instalados y los cielorrasos no son de tipo sanitario); c) cuarto oscuro de rayos sin terminación, con el potencial riesgo de contaminación.
3. Falta de mantenimiento y pintura, y existencia de humedades producidas por filtraciones en los techos del área (quirófano y depósitos). Humedades en los cielos rasos de los quirófanos que no han sido terminadas de reparar, persistiendo la existencia de agua en las azoteas.
4. Falta de equipamiento de calidad adecuada para las áreas de quirófanos y vestuarios; el existente es de antigua data, encontrándose en malas condiciones. Los equipos de aire acondicionado no son los adecuados para el área, y carecen de los filtros correspondientes.
5. Ancho insuficiente de las puertas de los quirófanos, no permitiendo la entrada de camillas con la comodidad necesaria.
6. Falta de espacio para depósito de aparatos utilizados en los quirófanos; éstos son ubicados en los pasillos de circulación de camillas entorpeciendo la misma.
7. Falta de cuidado del orden y de la limpieza por parte de los médicos del sector en los vestuarios. Espacio insuficiente y desorden por parte del personal, en los elementos utilizados en los quirófanos.



A large, stylized handwritten signature, possibly 'Z' or 'J', with a horizontal line extending to the right.

8. Unidad Terapia Intensiva:

- a) Falta de terapia intermedia que posibilite la descarga de Unidad de terapia intensiva.
- b) Falta de espacio para el depósito de aparatos.
- c) Acceso irrestricto del público a la sala de terapia intensiva en el área reservada a los médicos.

9. Servicio de Neurocirugía: el quirófano N° 2 del servicio de Neurocirugía se encuentra inhabilitado por falta de mesa de anestesia y un equipo de aire acondicionado.

IV.1.2) Recursos humanos

10. La distribución de horas médicas quirúrgicas y de anestesiología asignadas al Departamento de Cirugía es asimétrica: las horas quirúrgicas están concentradas en horas de la mañana, y las de anestesiología están distribuidas en los turnos matutino y vespertino. Asimismo, la cantidad total de horas de anestesiología es insuficiente respecto de las de cirugía.

IV.1.3) Listas de espera

11. No existe lista de espera única en el Hospital ni criterios comunes para su confección en los distintos servicios. En consecuencia la información disponible adolece de carencias y debilidades, las que son explicitadas en el Anexo 5.

IV.1.4) Estructura organizativa

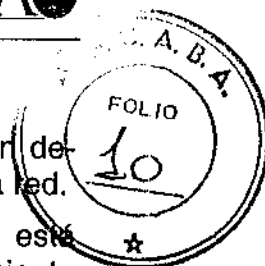
12. Es inadecuado que la División Anestesiología dependa de la Sub Dirección Médica, y que la Sección Foniatría dependa del Departamento Diagnóstico y Tratamiento; por razones operativas y de planificación de la actividad quirúrgica corresponde que ambas especialidades se desempeñen bajo la supervisión del Departamento Cirugía.

IV.2) REFERIDAS A PLANTA FÍSICA (RESTO DEL HOSPITAL)

IV.2.1) Acceso al Hospital y áreas generales

[Handwritten marks and signatures in the left margin]

[Handwritten signature]



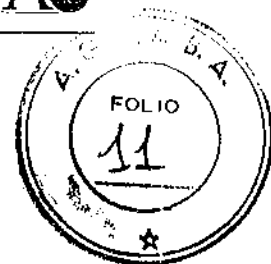
13. Red eléctrica:

- a) La instalación se encuentra al borde del colapso¹ debido a la gran demanda de consumo de los servicios, y la falta de actualización de la red.
 - b) La sala donde se encuentra el grupo electrógeno del hospital no está adecuadamente ventilada, generándose problemas de recalentamiento de los equipos, con lo cual por tratarse de elementos computadorizados corren el riesgo de interrumpir su prestación.
 - c) Incorrecto encasillamiento tarifario en el que está categorizado el Hospital, por lo cual el costo de la energía eléctrica es mayor al que correspondería por su categoría de usuario.
14. Falta de rampa de acceso en la entrada principal de la calle Sánchez de Bustamante, para personas con movilidad reducida (discapacitados, padres con pacientes en cochecitos o en brazos).
15. La cabecera del pabellón Pirovano se encuentra en estado de abandono.
16. Existe falta de limpieza suficiente en baños y en las áreas de circulación interna.
17. Falta de cantidad suficiente de sanitarios adecuados para niños.
18. Carencia de comodidades necesarias para una adecuada espera en el "Mesón" para los pacientes y familiares en espera del otorgamiento de turnos de los consultorios externos², y en las salas de espera de consultorios de Clínica Médica, Promoción y Protección de la Salud (Niño sano), Psicopatología y Neurología, entre otros. No existen mecanismos que permitan un movimiento de público fluido, Vg. expendedor de números con visor y llamado por altoparlantes. Por otra parte el personal administrativo y el equipamiento informático utilizado para el otorgamiento de turnos en el Mesón son insuficientes.
19. No existen salidas de escape para emergencias y evacuación en casos de incendio en la mayoría de los servicios. El sistema de hidrantes se encuentra desahogado por carencia de un tanque de reserva de agua, contándose solo con matafuegos.
20. Los dos ascensores del Pabellón A están clausurados, dificultando el acceso a los pisos superiores (consultorios externos de Clínica Pediátrica y especialidades).

¹ Entre las 22:30 hs del día 4 y la 1:05 del 5 de enero de 2001 se produjo un corte de energía de Edenor que afectó al Hospital; el grupo electrógeno auxiliar quedó fuera de servicio desde las 23:15 hs. La situación se superó con un operativo de emergencia, con la intervención de personal del Hospital, SAME, Defensa Civil y Bomberos.

² V.g. falta de asientos y espacio suficiente; carencia de lugares para calentar mamaderas y cambiar a los niños; falta de aparatos de televisión.





IV.2.2) Planta física: Otros servicios

21. Promoción y Protección de la Salud. Falta de:

- a) Espacio y de comodidad mínima en la sala de espera.
- b) Lugar para el guardado y conservación de las historias clínicas.
- c) Boxes suficientes, y tamaño reducido en los existentes para la atención de los pacientes, dificultando la calidad de atención y la privacidad necesaria.
- d) Un estar médico y de un área para los residentes.

22. **Psicopatología:** Se encuentran pendientes de resolución por parte de la Legislatura de la Ciudad, los expedientes N° 2385-D-1999, y agregados N° 2711-D-1999, 0214-D-2000 y 4109-D-1999 sobre solicitud de remodelación del área con recursos propios del servicio.

23. **Neonatología:** Falta de espacio para el depósito de las incubadoras.

24. **Unidad 3 Patología Respiratoria:** Falta de separación entre las áreas de consultorios, prácticas e internación.

25. **Unidad 4 Hepatología- Unidad 5 Diarrea:** Falta de filtros en los equipos de aire acondicionado.

26. Radlodiagnóstico:

- a) Falta de pasillo para la circulación técnica
- b) Falta de espacio en el sector de espera; por el mismo transitan y esperan pacientes internados en camillas o en sillas de ruedas, junto con los pacientes ambulatorios y sus familiares, aguardando ser atendidos.
- c) Falta de espacio para el depósito de insumos, los mismos se encuentran depositados en los gabinetes de rayos.

27. Laboratorio Central:

- a) Espacio insuficiente para los insumos y archivos de resultados.
- b) Ubicación inconveniente: el servicio está ubicado en un segundo piso, alejado de los demás pabellones y de difícil acceso, con un solo ascensor que no siempre funciona correctamente.
- c) Falta de mobiliario y espacio físico adecuado para los aparatos de los distintos laboratorios.
- d) Falta de ventilación adecuada.

28. Extracciones / Laboratorio de Guardia:

- a) Boxes para extracciones insuficientes (se utilizan dos de cuatro disponibles) generándose largas colas de pacientes en espera.



[Handwritten signature]

servicios que se han tomado como muestra ⁴ se distribuye entre las 7 y las 13 horas, produciéndose la modalidad de demanda descripta.



IV.3.3) Mecanismos de control de presentismo, asistencia y cumplimiento horario del personal

32. Insuficiencia de controles por parte de la oficina de personal y de los jefes de servicio, relativos a asistencia, permanencia y puntualidad del personal ⁵; los registros de asistencia que se utilizan (planillas de firmas) incrementan dicha insuficiencia. El control de presentismo practicado por esta AGCBA (descrito en el Anexo 6) sobre un total de 104 profesionales de 6 servicios, revela inconsistencias en 22 casos que no han sido justificadas, lo que representa el 21,2%, a saber:

Concepto	Casos	%
a) Personal que no se encontraba en el servicio al momento del procedimiento, y con entrada y salida firmadas en la planilla respectiva.	13	12,5
b) Ídem, con descargo posterior del profesional	3	2,9
c) Personal que no se encontraba en el servicio al momento del procedimiento, y firma con posterioridad la entrada y salida.	3	2,9
d) Otras	3	2,9
Suma	22	21,2
Total	104	100
e) Firmas de autenticidad dudosa	36	
f) Firmas de entrada y salida sin mención de horario	15	

⁴ Clínica Médica Pediátrica, Promoción y Protección de la Salud, Neurología, Cardiología, Adolescencia. Sicopatología, Gastroenterología, Cirugía Gral. y Ortopedia y Traumatología.

⁵ - En la oficina de personal los agentes firman la hora de entrada sin presencia de control alguno (lo cual posibilita la firma conjunta de entrada y salida, y la firma de la planilla por parte de terceros en los casos de aquellos agentes que, habiendo ingresado al hospital y registrado con una firma su ingreso, se retiran del establecimiento sin haber firmado la planilla de salida).

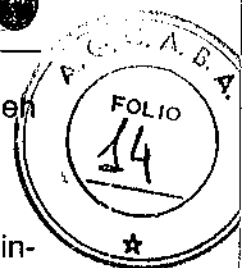
- Los días lunes a viernes después de las 15 horas, los sábados y domingos no funciona el fichero por falta de personal.

- No existen controles programados ni sorpresivos acerca de la permanencia efectiva del personal en sus lugares de trabajo en los horarios correspondientes.

- Falta de un registro de firmas de los profesionales

[Handwritten signature and initials]

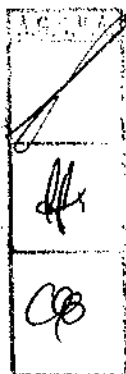
[Handwritten signature]



33. No se utilizan los formularios Permiso de Salida del establecimiento en horarios de trabajo
34. Omisión del retiro de las planillas de firmas dentro de plazos razonables.
35. No existe evidencia de acciones correctivas tomadas en relación a las inconsistencias detalladas en el cuadro inserto en la observación 32.
36. Cambios de horarios en casos especiales sin autorización fehaciente por parte de un responsable, y sin la correspondiente notificación a la oficina de personal y a la Dirección.
37. La oficina de personal no efectúa el control de las licencias médicas solicitadas con la documentación generada por la Dirección de Medicina del Trabajo.

IV.4) REFERIDAS A LA ATENCIÓN MÉDICA: CALIDAD Y REGISTRACIÓN

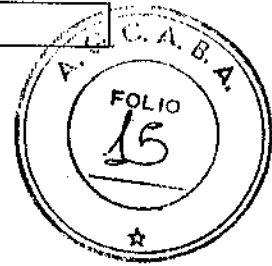
38. No existe un sistema de Historia Clínica Única. Cada servicio de consultorios externos tiene su propio archivo.
39. Sólo las especialidades Psicopatología, Diabetes / Nutrición, Oncohematología, Nefrología (Diálisis) y Adolescencia funcionan con el régimen de hospital de día.
40. Según la encuesta realizada a adolescentes, descripta en el Anexo 4 de este informe:
 - a) No se utilizó la consulta de los pacientes adolescentes para recabar información acerca de sus hábitos, para hablarles de temas de educación en salud, ni se los motivó a la lectura de material específico educativo; tampoco se los convocó para alguna actividad o propuesta propia de la edad.
 - b) A casi la mitad no se le efectuó un control físico completo en la última consulta a la que acudieron.
41. Las historias clínicas analizadas correspondientes a pacientes ambulatorios con diarrea no incluyen los aspectos ambientales relativos al entorno del paciente (véase detalle en Anexo 2).



4

V) RECOMENDACIONES

V. 1) REFERIDAS A CIRUGÍA (ÁREA DE QUIRÓFANOS)



V.1.1) Planta física

1. Efectuar las terminaciones necesarias de revestimientos, y el mantenimiento adecuado de las instalaciones en los quirófanos y áreas adyacentes; y mantener la limpieza y asepsia del sector. (obs. 1 a 3)
2. Adecuar el equipamiento a las necesidades de las áreas de quirófanos y vestuarios. Equipar el área con equipos de aire acondicionado con los filtros correspondientes. (obs. 4)
3. Modificar las puertas de acceso a los quirófanos con el ancho suficiente para el ingreso de las camillas con equipamiento. Ampliar el espacio de guarda para los elementos utilizados en los quirófanos. Mantener el orden y limpieza en el sector de vestuarios. (obs. 5 a 7)
4. Unidad Terapia Intensiva: Implementar un sector de terapia intermedia; restringir el acceso del público a la sala de terapia intensiva; ampliar el espacio para el depósito de aparatos. (obs. 8)
5. Neurocirugía: procurar el equipamiento faltante a fin de poder utilizar el quirófano N° 2. (obs. 9)

V.1.2) Recursos humanos

6. Propender a una mejor asignación en la distribución de horas de profesionales, a efectos de incrementar la eficiencia en la utilización de este recurso. (obs. 10)

V.1.3) Listas de espera

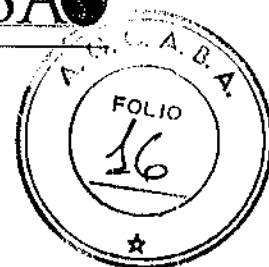
7. Implementar mecanismos, procedimientos y registros bajo supervisión del máximo nivel de autoridad del establecimiento, a efectos de garantizar la confección, seguimiento y control de la lista de espera quirúrgica única. (obs. 11)

V.1.4) Estructura organizativa

8. Efectuar las correcciones funcionales tendientes a que Anestesiología y Foniatría se desempeñen bajo la supervisión del Departamento Cirugía. (obs. 12)

[Handwritten signature and initials in a box]

[Handwritten signature]



V.2) REFERIDAS A PLANTA FÍSICA (RESTO DEL HOSPITAL)

V.2.1) Acceso al Hospital y áreas generales

9. Adaptar la instalación de la red eléctrica a la demanda de consumo de los servicios, y actualizar la red. Adecuar la ventilación de la sala del grupo electrógeno a efectos de evitar las secuelas provocadas por el recalentamiento de los equipos en los elementos computarizados. Tramitar la adecuación de la tarifa de provisión de energía eléctrica a niveles acordes con el consumo existente. (obs. 13)
10. Construir una rampa de acceso para discapacitados en la entrada principal sobre calle Sánchez de Bustamante. (obs. 14)
11. Definir la continuidad de las obras del pabellón Pirovano (obs. 15)
12. Incrementar la limpieza en los baños y en las áreas de circulación interna. Redefinir la ubicación de los contenedores de residuos. (obs. 16 y 29.c)
13. Instalar mayor cantidad de sanitarios adecuados para niños. (obs. 17)
14. Instalar los elementos que permitan una mayor fluidez en el movimiento del público y confort durante la espera, tanto para la obtención de turnos como para la atención en consultorios. (obs. 18)
15. Definir e indicar las salidas de escape para emergencias y evacuación en casos de incendio. Instalar un tanque de reserva de agua, para el sistema de hidrantes. Incrementar la cantidad de matafuegos existentes. (obs. 19)
16. Procurar la rehabilitación de los dos ascensores fuera de servicio en los Consultorios Externos del pabellón A (obs. 20)

V.2.2) Planta física: Otros servicios

17. Promoción y Protección de la Salud: Mejorar las condiciones de comodidad en la sala de espera. Modificar el sistema de archivo de historias clínicas, p.e. a través de sistemas de microfilmación. Incrementar número y tamaño de los boxes existentes para la atención de los pacientes. (obs. 21)
18. Psicopatología: Agilizar la resolución de los expedientes N° 2385-D-1999, y agregados N° 2711-D-1999, 0214-D-2000 y 4109-D-1999 sobre solicitud de remodelación del área, en la Legislatura de la Ciudad. (obs. 22)
19. **Neonatología:** Procurar un espacio para el depósito de las incubadoras. (obs. 23)



20. **Unidad 3 Patología Respiratoria:** Generar la separación entre las áreas de consultorios, prácticas e internación. (obs. 24)
21. **Unidad 4 Hepatología- Unidad 5 Diarrea:** Proveer los filtros en los equipos de aire acondicionado. (obs. 25)
22. **Radiodiagnóstico:** Delimitar un pasillo para la circulación técnica. Ampliar el sector de espera. Generar espacio para el depósito de insumos (obs. 26)
23. **Laboratorio Central:** Procurar un espacio suficiente para los insumos y archivos. Verificar la posibilidad de mejor accesibilidad de los servicios usuarios a las instalaciones del laboratorio. Mejorar los espacios físicos para los aparatos de los distintos laboratorios, con una ventilación adecuada. (obs. 27)
24. **Extracciones / Laboratorio de Guardia:** Utilizar los boxes para las extracciones y proveer de un lugar para el laboratorio de guardia y otro como dormitorio de los técnicos. Adaptar los recursos disponibles a efectos de cubrir las necesidades en el turno vespertino. (obs. 28)
25. **Foniatría – Kinesiología- Archivo de Historias Clínicas (Pabellón K):** Puesta a cero del pabellón. Mejorar la accesibilidad del consultorio de foniatría. Implementar un sistema de microfilmado de historias clínicas. (obs. 29)

V.3) REFERIDAS A RECURSOS HUMANOS

V.3.1) Personal administrativo.

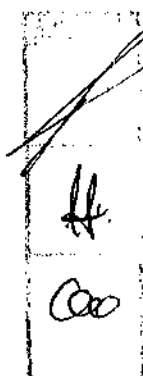
26. Reasignar los recursos humanos disponibles, tendiente a una mejor cobertura de las necesidades de orden administrativo. (obs. 30)

V.3.2) Concentración horaria

27. Redistribuir las horas profesionales disponibles, en procura de una producción más equilibrada entre los turnos matutinos y vespertinos de los Consultorios Externos. (obs. 31)

V.3.3) Mecanismos de control de presentismo, asistencia y cumplimiento horario del personal

28. Establecer mecanismos que permitan un adecuado control operativo, en la asistencia, permanencia y cumplimiento de los horarios de los profesionales de los distintos servicios. (obs. 32)
29. Utilizar formularios de permisos especiales de salida, debidamente firmados por el superior, en caso de retirarse del establecimiento. (obs. 33)



Handwritten signature.

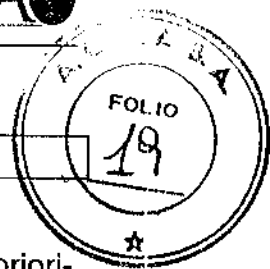
30. Retirar las carpetas con las planillas de firma dentro de un lapso razonable, Vg. no mayor a los 30 minutos. (obs. 34)
31. Proceder al deslinde de las responsabilidades respecto de las inconsistencias observadas. (obs. 32 a 37)
32. Formalizar los mecanismos de autorización de cambios de horarios en casos especiales, y proceder a la correspondiente notificación a la oficina de personal y a la Dirección. (obs. 36)
33. Efectuar el control de las licencias médicas solicitadas con la documentación generada por la Dirección de Medicina del Trabajo. (obs.37)

V.4) REFERIDAS A LA ATENCIÓN MÉDICA: CALIDAD Y REGISTRACIÓN

34. Generar un sistema de historia clínica unificada de consultorios externos. (obs.38)
35. Incrementar la utilización del sistema de Hospital de Día, a fin de evitar internaciones innecesarias. (obs.39)
36. Definir metodologías a cumplirse en oportunidad de las consultas médicas de adolescentes, que permitan una adecuada contención para su problemática, con fines preventivos y de diagnóstico oportuno; procurar la lectura del material educativo disponible mediante su entrega en mano. (obs. 40)
37. Incluir en las historias clínicas de pacientes ambulatorios con diarrea los aspectos ambientales relativos al entorno del paciente. (obs. 41)

H.
Co

7



VI) CONCLUSIONES

Del relevamiento y procedimientos de auditoría efectuados, surge como prioritaria la necesidad de remodelar el centro quirúrgico —su estado actual constituye un serio impedimento para la satisfactoria atención de la creciente demanda de pacientes—, reasignar los recursos humanos de cirugía y anestesia, y mejorar en forma significativa la información relativa a los pacientes con procedimiento quirúrgico programado pendiente.

Con similar grado de importancia se revela la necesidad de orientar esfuerzos hacia la solución de la problemática representada por el estado de la red eléctrica del Hospital.

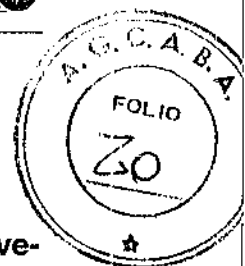
En cuanto a los recursos humanos del Hospital se evidencia la falta de personal administrativo, y la necesidad de redistribuir la oferta de horas profesionales entre los turnos matutino y vespertino de consultorios externos a efectos de evitar la concentración de pacientes en la mañana. Asimismo, la insuficiencia de controles sobre cumplimiento de horarios, y de ejercicio de la autoridad formal por parte del Departamento de Recursos Humanos, permite la ocurrencia de las anomalías detectadas expuestas en este informe.

Sin perjuicio de la existencia de barreras respecto de la accesibilidad a los servicios brindados por el Hospital —detectadas y expuestas en el Informe—, corresponde destacar la calidad de la atención médica dispensada, evidenciada en la conformidad general manifestada por los pacientes en las encuestas efectuadas por esta Auditoría.

Dr. Víctor E. Brusca
Auditor General
de la
Entidad

4





CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.07.2.07

NOMBRE DEL PROYECTO: Gestión del Programa Materno Infanto Juvenil en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

SUBPROYECTO 02: Auditoría de gestión

ANEXOS

ANEXO 1: Descripción del procedimiento de obtención y análisis de los datos utilizados para el control de niño sano

ANEXO 2: Descripción del procedimiento de obtención y análisis de los datos utilizados para el control de diarrea ambulatoria

ANEXO 3: Encuesta sobre accesibilidad

ANEXO 4: Encuesta en el servicio de adolescencia sobre "oportunidades perdidas"

ANEXO 5: Evaluación de las listas de espera de cirugía en general, cirugías especializadas y anestesiología

ANEXO 6: Control de presentismo



A large, stylized handwritten signature.



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL DE NIÑO SANO.

Entre las actividades de la División Promoción y Protección de la Salud, existe una afectada a la atención del niño sano.

Se solicitó a dicha División, las planillas de atención médica correspondientes a Julio y Diciembre de 2000.

En dichas planillas se identificaron los casos de atención de niño sano y se seleccionó una muestra aleatoria de 97 residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Obtenidas las 97 fichas de historia clínica, se procedió a su lectura y análisis (16 primeras consultas, desde el nacimiento hasta los dos años de vida del niño) estableciéndose una puntuación de las mismas sobre la base de los siguientes criterios:

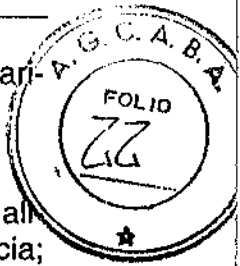
- 1) Número de historia clínica, datos personales del paciente (nombre y apellido, domicilio, fecha de nacimiento), fecha de atención y profesional interviniente. UN PUNTO
- 2) Antecedentes familiares (padre, madre, hermanos, tíos, abuelos; si viven; enfermedades existentes dentro del grupo familiar) y características de la vivienda, incluyendo instalaciones sanitarias ⁶. UN PUNTO
- 3) Si se consignan:
 - a) las tres determinaciones que se hacen en cada nacimiento al recién nacido: fenilcetonuria, bocio congénito y enfermedad fibroquística del páncreas (F,E,I). Estas determinaciones preventivas permiten la detección oportuna y anticipada de futuras patologías con mayor costo de tratamiento.
 - b) Vacunaciones, de acuerdo al plan nacional respectivo ⁷.
 - c) En las primeras consultas los resultados de la evolución del paciente, de acuerdo a las determinaciones iniciales.
 - d) Maniobra de Ortolani ⁸ y, en caso de resultar positiva, ecografía de cadera. La frecuencia observada en las niñas es de 10 a 1 con respecto a los varones.

⁶ No todas las fichas se encontraban preimpresas con la preguntas a formular, encontrándose algunas en forma manuscrita, y otras en blanco en dichos ítem.

⁷ Por ejemplo al primer mes vacuna BCG; al 2° mes primera dosis de cuádruple y Sabin oral; al 4° mes segunda dosis de cuádruple y Sabin oral; al 6° mes tercera dosis de cuádruple y Sabin; al año, la triple viral; al año y medio las dosis de refuerzo de cuádruple y Sabin oral; etc.



[Handwritten signature]



- e) La dentición (se considera entre 4 y 6 meses en adelante, la aparición de los primeros dientes).

Total: UN PUNTO

- 4) Alimentación-Nutrición: si la madre ha recibido instrucción sobre la alimentación natural (al pecho), si la está realizando, forma y frecuencia; problemas emergentes; composición y cantidad de la alimentación complementaria (mamaderas de leche). Si es llevado un registro nutricional del niño, con las mediciones pondoestaturales⁹.

Total: UN PUNTO

- 5) Si se consignan los signos del desarrollo psicomotor¹⁰ y el lenguaje¹¹.

Total: UN PUNTO

Cumplido el procedimiento, por cada consulta la misma puede obtener, un puntaje de 0 punto, a 5 puntos según se cumpla o no con el supuesto requerido. Se considera CERO PUNTO cuando no se consignan los signos, y se indica: "pauta adecuada para la edad"

Resultado obtenido

Para determinar el margen de eficiencia con que se confeccionan las historias clínicas de niño sano, de acuerdo a la atención consignada en las mismas, se totalizaron los puntajes para los 5 ítem, resultando una eficiencia del 96,7% (5.112 puntos obtenidos sobre 5.285 posibles).

⁸ Es para la pesquisa de la luxación congénita de cadera, se realiza en las primeras consultas y su finalidad es evitar una posible intervención quirúrgica futura.

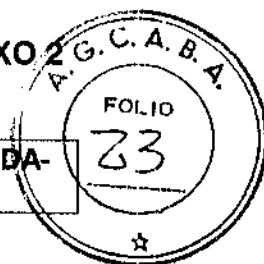
⁹ Perímetro cefálico, torácico, altura y peso.

¹⁰ Por ejemplo: En el primer mes reflejos; al tercer mes fija la cabeza; al 6° mes se sienta; al 8° mes gatea; al 9° mes se para; al año camina.

¹¹ A los 6 meses los primeros fonemas; al año las primeras palabras; entre el año y medio y dos años el desarrollo del lenguaje y capacidad de comprensión.



[Handwritten signature]



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS UTILIZADOS PARA EL CONTROL DE DIARREA AMBULATORIA.

El Hospital Gutiérrez cuenta con un servicio específico, Clínica Pediátrica General- Grupo especial de diarrea ambulatoria, que tiene por objeto la atención primaria de los casos de diarrea ambulatoria aguda ¹²; el servicio dispone de un archivo propio de historias clínicas de los pacientes atendidos.

Se determinó una muestra sistemática al azar de 102 historias, pertenecientes al período Enero y Febrero de 2000.

Se procedió a la lectura y análisis de las 102 fichas de historia clínica respectivas, estableciéndose una puntuación de las mismas de acuerdo a si se encontraban descritos en ellas los siguientes ítem:

- 1) Número de historia clínica, datos personales del paciente (nombre y apellido, domicilio, fecha de nacimiento), fecha de atención y profesional interviniente. CINCO PUNTOS
- 2) Antecedentes familiares (padre, madre, hermanos, tíos, abuelos, si viven, enfermedades existentes dentro del grupo familiar) y características de la vivienda, incluyendo instalaciones sanitarias ¹³. CINCO PUNTOS
- 3) Antecedentes de la enfermedad actual (cuadro acompañado de otros síntomas; factores que pudieran haber provocado la diarrea — antibióticos, cambio de alimentación en lactantes—; episodios anteriores similares, su periodicidad y tratamiento. CINCO PUNTOS
- 4) Síntomas y signos de la enfermedad actual. CINCO PUNTOS
- 5) Diagnóstico y tratamiento ¹⁴. CINCO PUNTOS.

¹² Diarrea, en forma genérica, se refiere a todo síntoma correspondiente a los siguientes cuadros descritos en las planillas: gastroenteritis, enterocolitis, enteritis, gastro-enterocolitis, diarrea y diarrea aguda, cuadro diarreico, diarrea prolongada, etc., excluyéndose la diarrea crónica

¹³ No todas las fichas se encontraban preimpresas con las preguntas a formular, encontrándose algunas en forma manuscrita, y otras en blanco en dichos ítem.

¹⁴ Coprocultivo y su resultado, aplicación de terapéutica hidroelectrolítica oral y medicación específica.

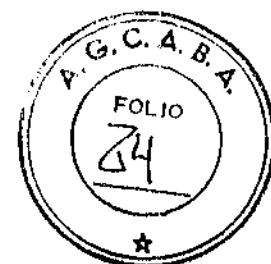
[Handwritten signature and initials in a box]

[Handwritten signature]

En consecuencia, para cada ficha el puntaje puede variar entre cero (0) puntos como mínimo y cinco (5) puntos como máximo.

Resultados obtenidos

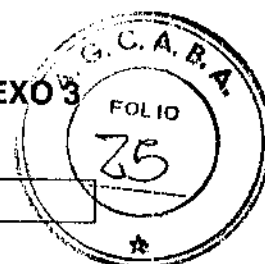
N° de ítem	Puntos obtenidos	Puntaje máximo Posible	% sobre puntos posibles
1	405	510	79,4%
2	15	510	2,9% (*)
3	490	510	96,1%
4	510	510	100,00%
5	510	510	100,00%
Total	1.930	2.550	75,7%



(*) El resultado en este ítem es muy bajo, porque en sólo en 3 de las 102 historias se consignan los aspectos ambientales del paciente.



Handwritten signature.



ENCUESTA SOBRE ACCESIBILIDAD

Objetivo: conocer la opinión de los pacientes acerca de la accesibilidad a los consultorios externos, desde el ingreso al hospital hasta su efectiva atención, y el grado de satisfacción por la atención dispensada.

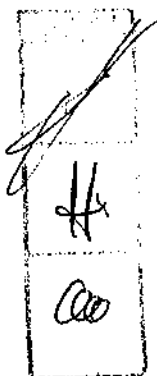
Fecha de realización: 7 de noviembre, y 5 y 7 de diciembre de 2001.

Alcance: 107 personas seleccionadas al azar, que representa el 10% del público presente en el momento de realización.

Comentario previo: Por distintas razones, la demanda del sistema de salud pública en general, y del Hospital en particular, se ha incrementado con sectores de clase media residentes en la Ciudad de Buenos Aires que dejaron de tener acceso a la atención de salud mediante Obras Sociales o prepagas. Esto provocó un cambio cualitativo respecto de la población que históricamente conformaba la demanda hospitalaria (sectores fundamentalmente de clases bajas residentes en el conurbano bonaerense, resto del país o países limítrofes): el nuevo componente expresa una mayor exigencia en cuanto a la calidad de los servicios y la atención brindada en el hospital, manifestándose con su queja en las instancias correspondientes, o en otras en caso de no encontrar respuesta a sus reclamos.

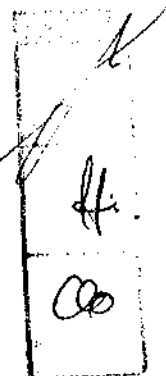
Resultados: Algunos datos que se consideran de interés:

- Lugar de residencia de los pacientes:
el 65,4% conurbano bonaerense; 28,% Ciudad de Bs. As.; resto otros.
- Cobertura de obra social:
el 86,8% carece de dicha cobertura.
- Tiempo de permanencia en el hospital la última vez que concurrieron:
el 51,4% permaneció mas de dos horas.
- Tiempo de diferimiento para turnos programados:
Del total de 59 pacientes que concurrieron con turnos programados, el 52,5% manifestó haber recibido turno con plazo diferido menor a 15 días, el 13,6% entre 16 y 30 días, y el 33,9% mayor a 30 días.
- Cantidad de niños con los que concurre a la consulta:
De las personas que concurren a consultas, lo hacen con un solo niño el 85,6%, con 2 el 11,5%, y el resto con 3 o más niños.
- Última ingesta anterior a la consulta:

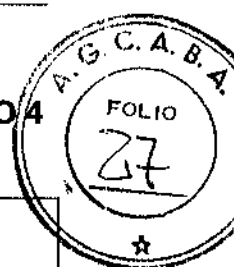


[Handwritten signature]

El 19,6% manifestó que el niño tomó su última ingesta la noche anterior a la consulta (no se tuvo en cuenta en este porcentaje los casos de ayuno por prescripción médica).



[Handwritten signature]



**ENCUESTA EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA SOBRE
"OPORTUNIDADES PERDIDAS".**

Concepto: se considera "oportunidad perdida" toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud, y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo a las normas vigentes según su grupo étnico, género y / o sus condiciones de riesgo ¹⁵.

Objetivo: evaluar la calidad de atención otorgada por los servicios de Salud del Hospital a los adolescentes, a través de la identificación de las ocasiones en que los mismos tienen contacto con los Servicios, y no reciben las acciones integrales de salud (promoción, protección y recuperación) que les corresponden.

Contenido: la encuesta a adolescentes consta de 40 preguntas divididas en 4 secciones, a saber: datos personales generales ¹⁶, atención integral ¹⁷, educación en salud recibida (mediante charlas del profesional ¹⁸ o material educativo), y satisfacción con la atención brindada ¹⁹.

Alcance y fecha de realización: La muestra total fue de 50 pacientes adolescentes seleccionados al azar (31 de sexo femenino y 19, masculino) que concurren a consultas en el Servicio de Adolescencia los días 10 de noviembre, y 3, 4, 7, 10 y 14 de diciembre de 2001.

RESULTADOS OBTENIDOS

1) En lo relativo a la atención, no se aprovechó la consulta de los pacientes adolescentes para recabar información acerca de:

- situación familiar, el 32,7%,

¹⁵ Fuente: Trabajo de la Dra. Tamara Zubarew y otros "Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente", en el marco del "Proyecto de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la región de las Américas", Organización Panamericana de la Salud - OMS.

¹⁶ Edad, sexo, motivo de la concurrencia al servicio, registros de atención, entre otros

¹⁷ Examen físico; mediciones de peso, estatura y otras; preguntas sobre el entorno familiar, económico, escolar/laboral; hábitos

¹⁸ Sobre temas tales como sexualidad, enfermedades transmisibles por sexo, consumo de sustancias y drogas, salud oral, violencia intrafamiliar, etc

¹⁹ Claridad de exposición del personal de salud, sensación de haber sido resuelto el problema, cosas que le gustaron y que no le gustaron de la atención, etc.



[Handwritten signature]

- situación escolar o laboral, el 26,9%;
- situación económica, el 59,6%;
- estado de ánimo, el 30,8%;
- si consumía sustancias tóxicas, el 71,2%

Controles médicos no realizados en la última consulta a la que acudieron, según los adolescentes encuestados:

- peso, en un 44,2%;
- estatura 42,3%;
- presión arterial, en un 61,5%
- no se realizó un control físico completo en un 48,1%.

2) En cuanto a temas de educación en salud, el 69,2% manifestó que no se le habló sobre algún tema de salud. Del resto, no se les habló sobre:

- ETS al 58,80%,
- consumo de sustancias tóxicas 58,8%,
- violencia 94,1%
- salud oral 88,2% y
- problemáticas sexuales, reproductivas y ginecológicas el 47,1%,

Asimismo, no encontraron material específico educativo el 44,20% de los adolescentes encuestados.

3) En el capítulo dedicado a la satisfacción por la atención brindada, el 57,7% manifestó sentir que se le resolvió el problema, y al 90,40% le gustó cómo lo atendieron; no obstante al 90,40% no se lo convocó para alguna actividad o propuesta propia de la edad.

H.
Cao

4

**EVALUACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA EN GENERAL;
CIRUGÍAS ESPECIALIZADAS Y ANESTESIOLOGÍA.**

Concepto: Se entiende por 'Lista de Espera' (en adelante LE) el registro del conjunto de pacientes que en un determinado momento se encuentran pendientes de recibir una determinada prestación asistencial, estando esta demora fuera de su voluntad y no dependiendo de su estado clínico.

En términos generales todas las áreas asistenciales de un Hospital pueden tener LE, pero habitualmente se refieren a:

- Consulta ambulatoria en atención especializada
- Hospitalización clínica o quirúrgica
- Estudios complementarios.

En este procedimiento se ha considerado exclusivamente la LE quirúrgica. En ella debe incluirse a todos los pacientes que tengan pendiente un procedimiento quirúrgico programado, para el cual el Hospital deberá tener previsto la utilización de quirófanos, independientemente de necesitar o no internación y del tipo de anestesia. La mencionada inclusión debe registrarse en el momento de establecer la indicación quirúrgica en forma fehaciente.

Importancia y objetivos de las LE : La existencia de LE revela un desajuste entre la oferta y la demanda por un exceso relativo de esta. La prolongación de los tiempos de espera para efectuar estudios diagnósticos, complementarios y terapéuticos, conspira contra la necesidad de igualar oportunidades para el acceso a la atención médica.

Se entiende por *demanda insatisfecha* al conjunto de pacientes que, concurriendo al establecimiento hospitalario en demanda de alguna prestación asistencial en un momento determinado, se encuentran pendientes o en espera de recibirla, siendo esta demora ajena a la voluntad del paciente y no originada por un inconveniente estrictamente médico.

Para evitar que la resolución de esta situación dependa de criterios discrecionales que poco tienen que ver con las reales necesidades de los pacientes, se hace necesario contar con una normatización y actualización permanente de los datos y su correspondiente gestión.

El manejo de criterios homogéneos para la inclusión en LE con normas básicas comunes, incrementa la fidelidad y validez de los registros del Hospital, y su comparabilidad con los de otros Hospitales.



Otro importante objetivo es la garantía de accesibilidad homogénea a los pacientes a la LE, entendiendo esto como la inclusión 'democrática' a la demanda quirúrgica.



Requisitos mínimos de las LE: La gestión de la LE quirúrgica debería ser centralizada en el Servicio que se ocupa de la Admisión y Documentación Clínica, a fin de contar con una sola LE, elemento esencial para tener una clara información respecto al universo de pacientes con demanda quirúrgica insatisfecha.

La clásica parcialización por servicios conlleva la fragmentación de la información, impidiendo tener un conocimiento acabado de la situación e impidiendo tomar decisiones racionales y abarcativas con respecto a los recursos disponibles y su optimización.

El Servicio precitado debería formalizar el Registro de LE quirúrgica y verificar que se cumplan los siguientes requisitos:

- Cumplimiento de los criterios de inclusión
- Solicitud de inclusión documentada con los datos consignados a continuación:
 1. Nombre y apellido del paciente
 2. Numero de Historia Clínica
 3. Fecha de Nacimiento
 4. Servicio quirúrgico que solicita la inclusión y lo asistirá.
 5. Diagnóstico.
 6. Procedimiento quirúrgico previsto: ambulatorio o con hospitalización.
 7. Nombre y firma del profesional responsable.
 8. Fecha de la indicación, diagnóstico, y tratamiento.
 9. Conformidad escrita del paciente o de su familiar legalmente responsable para ser incluido en LE quirúrgica.

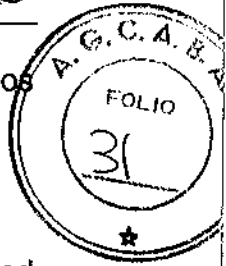
EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se solicitó al Jefe de Departamento Cirugía la LE unificada de quirófano de todos los servicios o, en su caso, las LE confeccionadas por cada uno de ellos.

De acuerdo a la evidencia recibida, no existe una lista de espera unificada que contenga la demanda total recibida. Sólo los servicios de Oftalmología y Urología, presentaron listas conteniendo fecha de inclusión y baja de la LE. Los servicios restantes presentaron programación quirúrgica prospectiva, en la cual sólo se incluyen los pacientes con fecha tentativa de intervención programada,



4



sin fecha de ingreso a la lista ni consideración de la demanda insatisfecha (los que nunca serán intervenidos).

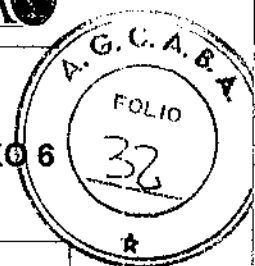
En consecuencia, la información existente dificulta o impide:

- Cuantificar la demanda insatisfecha.
- Determinar el tiempo promedio de permanencia en LE por especialidad (excepto Oftalmología y Urología) y general.
- Conocer los motivos de las bajas (derivación, deserción, fallecimiento, operación en otro lugar, agravamiento del cuadro inicial, convertido en no quirúrgico, entre otras alternativas).
- Determinar la tasa de mortalidad en lista de espera global y por especialidad.
- Calcular períodos ciertos de inclusión y resolución de la demanda quirúrgica.

Asimismo, no existe constancia para el paciente acerca del lugar, fecha de ingreso a la lista, cantidad de intervenciones anteriores, ni acerca de la notificación de la alteración de la lista por urgencia, dándose lugar a manejos discrecionales en el orden de la lista.



7

**CONTROL DE PRESENTISMO**

Objetivo del procedimiento: verificar la asistencia y cumplimiento del horario del personal profesional de los Consultorios Externos Matutinos, y su control por parte de la Oficina de Recursos Humanos, en base a la normativa vigente²⁰.

Fechas de realización:

- viernes 30 de noviembre (cerca del horario de egreso) : Gastroenterología, Adolescencia, Cardiología, Sicopatología y Cirugía.
- martes 4 de diciembre de 2001 (cerca del horario de ingreso): Cardiología, Cirugía y Ortopedia

Tarea realizada: Se seleccionaron los Servicios precitados en función de su importancia y la cantidad de pacientes atendidos. El control abarcó a los profesionales que debían estar presentes según la agenda médica, e incluyó el examen de los registros de asistencia (planillas de ingreso y egreso), de ausencia (libro de licencias) y la documentación de justificación de dichas ausencias.

A efectos de este control se diseñaron planillas de presentismo para ser firmadas por los profesionales involucrados. Varias firmas en estas planillas difieren de las efectuadas en las planillas de ingreso y egreso, muchas de ellas simples iniciales; lo cual facilita el firmado de las planillas de ingreso y egreso por terceros.

Resumen. En el siguiente cuadro se sintetizan los resultados obtenidos.

²⁰ (Decreto 5/7/943 (BM 6894 12-7-1943) – Decreto 710 (BM. 218 17-6-1997), Decreto 2470/92 Decreto 2388/92 (BM. 19378) Decreto 2141/99 Memorando 5429/SS/97 Nota 29129 DGARH97 25-6-1997 Nota 2322/DyC-2000 (28-03/2000) Ordenanza 40401/35 (BM. 19951) Decreto 2388/9921 (BM. 19372) Decreto 3544/91 (BM. 19131) Resolución 150/SS/2002 Ley 471 (BO. 1026) Decreto 827/01 (BO.1225), Ordenanza 41455 (BM. 17920)



	Gastro entero logía	Adoles cencia	Cardio logía	Psico pato logía	Ciru gía	Or tope dia	Total	%
Sin observaciones:								
- Presentes	4	7	14	20	16	10	71	68,3%
- Ausencia justificada	1	1		5	1	3	11	10,6%
Con observaciones		2	8	7	4	1	22	21,2%
Total seg/ agenda médica	5	10	22	32	21	14	104	100,0%
Detalle:								
En comisión sin comprobante			2				2	1,9%
Ausente y con firma planilla (*)		1	3	6	2	1	13	12,5%
Idem con descargo posterior		1		1	1		3	2,9%
Ausente y firma planilla después del proced.			3				3	2,9%
Con licencia (solicitud posterior)					1		1	1,0%
Total con observaciones	-	2	8	7	4	1	22	21,2%

(*) Firma planilla: entrada y salida firmadas en el momento del control realizado



Handwritten signature.