



INFORME FINAL DE AUDITORIA

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS
ANTERIORES
HOSPITAL IGNACIO PIROVANO
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PERIODO 1999/2000

PROYECTO N° 3.03.19 f

Buenos Aires, Enero de 2004

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

PRESIDENTE

LIC. MATÍAS BARROETAVEÑA

AUDITORES GENERALES

DRA. ALICIA M.J. BOERO

DR. VICENTE M. BRUSCA

DR. RUBÉN A. CAMPOS

DR. NICOLÁS CORRADINI

LIC. JOSÉ LUIS GIUSTI

LIC. JOSEFA A. PRADA

Av. Corrientes 640 piso 5° Capital Federal

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.03.19.f

NOMBRE DEL PROYECTO: Seguimiento de proyectos anteriores. Hospital Pirovano. Gestión de Recursos Humanos. 1999-12000

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2000/2001.

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 24 de octubre de 2003

EQUIPO DESIGNADO:

Supervisor: Jorge Raimondo.

Auditores: Edgardo Palacios
Rubén Cirocco
Ester Mammi
Pascual Mingrone

OBJETIVO: Grado de cumplimiento de las recomendaciones efectuadas en ocasión de la auditoría sobre la evaluación de la gestión de Consultorios Externos y Enfermería del Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, en lo referido a su organización, estructura física, principales procesos administrativos y nivel de confiabilidad de la información y documentación generadas (PROYECTO N° 3.02.4.00 - SECRETARÍA DE SALUD - HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS- HOSPITAL IGNACIO PIROVANO).

Corrientes 640, piso 5° - C1043AAT, CIUDAD DE BUENOS AIRES
Tel. y Fax 4321-3700 / 4325-6688-6967-5047



Informe Final de Auditoría
Proyecto N° 3.03.19 f

Señor
Presidente de la Legislatura
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Jorge Telerman

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y por la Ley 70, artículos 131, 132, 136, la Auditoría General de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires procedió a efectuar un examen en el ámbito del Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, dependiente de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado siguiente.

1. Objetivo de la Auditoría

Grado de cumplimiento de las recomendaciones efectuadas en ocasión de la auditoría sobre la evaluación de la gestión de Consultorios Externos y Enfermería del Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, en lo referido a su organización, estructura física, principales procesos administrativos y nivel de confiabilidad de la información y documentación generadas (PROYECTO N° 3.02.4.00 - SECRETARÍA DE SALUD - HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS- HOSPITAL IGNACIO PIROVANO).

2. Alcance del examen

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aprobadas por la Ley 325 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las normas básicas de auditoría aprobadas por Resolución 161/00 de la AGCBA.

Los procedimientos de auditoría realizados, son los compatibles con la metodología aplicada a los seguimientos de recomendaciones.

A tal efecto, se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Recopilación y análisis de la actualización de la normativa aplicable al organismo.
2. Relevamiento interno e inspección visual de las instalaciones del edificio.
3. Entrevistas con funcionarios, jefes y/o personal a cargo de las diversas áreas formales e informales que conforman el organismo.
4. Verificación de los cambios producidos en los circuitos involucrados en los procesos administrativos.

Las tareas de campo se llevaron a cabo desde el 25 de marzo al 25 de junio de 2003.



3. Aclaraciones previas:

El informe preliminar de auditoría del año 2001 (3.02.4.00) fue recibido en el Hospital Dr. Ignacio Pirovano y en la Secretaría de Salud el día 16 de abril de 2001, no habiéndose recibido ningún descargo referido a dicho informe por ninguno de los organismos.

El Informe final fue aprobado por el Colegio de Auditores en su sesión del día 2 de mayo de 2001.

4. Seguimiento de Recomendaciones

I. **RECOMENDACIÓN E.1)** Adecuar la estructura organizativa formal a la vigente (Observaciones D.1 y D.9).

Observación D.1) La estructura vigente del Hospital no concuerda con la aprobada en el Decreto 5.164/83 y modificatorios. Las diferencias más relevantes son las siguientes:

- Dependiendo de la División Clínica Médica, en la estructura vigente se agregaron 2 unidades a Internación (aprobada en el Decreto precitado).
- Dependiendo de la División Cirugía General, en la estructura vigente se agregaron 2 unidades a Internación (aprobada en el Decreto mencionado).
- En el Departamento Materno Infantil, en la estructura vigente no figura la sección Interconsultas.

En el área administrativa, el organigrama aprobado por el Decreto antedicho prevé un departamento con sus divisiones Personal, Patrimonio y Depósito. La estructura vigente consta de 2 departamentos: Recursos Humanos (con sus divisiones Personal y Recolección y Elaboración de Datos) y Recursos Materiales (con sus divisiones Compras y Contrataciones, Depósito y Patrimonio).

Observación D.9) La estructura vigente del Departamento cuenta con una Unidad por cada turno (matutino y vespertino), en lugar de la única Unidad aprobada por el Decreto 5.164/83 y modificatorios.

Comentarios del organismo auditado:

El Organigrama del hospital no se ha modificado con respecto al existente en el año 2001. A partir de la sanción del Decreto N° 12/96 se derogaron las estructuras organizativas, se ocupan las tareas pero no existen más las funciones por debajo de Directores. En las áreas operativas se sigue respetando la Carrera Médica Hospitalaria hasta que se defina el Organigrama.

Comentarios de la Auditoría:

Se ha observado que la Estructura vigente del Hospital Pirovano no concuerda con la aprobada por el Decreto N° 5164/83 y modificatorios.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.



II. RECOMENDACIÓN E.2) Confeccionar manuales de organización y de procedimientos que delimiten claramente las responsabilidades de los distintos sectores intervinientes (Observación D.2).

Observación D.2) No existen manuales de organización ni de procedimientos. El cumplimiento de los circuitos y procedimientos administrativos se hace de acuerdo a usos y costumbres.

Comentarios del organismo auditado:

Se informó con respecto a la existencia de Manuales de Normas y Procedimientos, que existían algunos en el área administrativa. Estos fueron escritos alrededor del año 1985, y se fueron agregando algunas nuevas normativas bajadas de la Secretaría.

Comentarios de la Auditoría:

Respecto de algunos manuales de Organización y de procedimientos Administrativos, su exhibición en esta oportunidad a esta Auditoría, hace suponer el desconocimiento de la existencia de los mismos, por parte del personal del Hospital que contactó la auditoría anterior.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior, instando a la Secretaría de Salud a trabajar en la actualización y difusión de los Manuales procedimentales entre los trabajadores de la salud de sus efectores para poder unificar criterios de funcionamiento.

III. RECOMENDACIÓN E.3) Regularizar la composición de los legajos y concentrar la información atinente a los empleados (Observaciones D.3 y D.4).

Observación D.3) El esquema siguiente expone los resultados de la muestra seleccionada de legajos del personal indicada en el punto B.7

Observación D.4) No existe legajo único por agente que concentre toda la información atinente al mismo; por ejemplo, el registro de licencias médicas se lleva en fichas anexas.

Comentarios del organismo auditado:

No hay.

Comentarios de la Auditoría:

La dotación de personal del año 2003 está compuesta por un total de 1210 agentes, de los cuales 389 son Médicos, 289 Enfermeros, 218 Administrativos y 319 pertenecen a otros Servicios de Salud.

Del listado suministrado por Dpto. de Personal, con un total de 1210 agentes (incluido el personal afectado a los distintos CESAC – N° 1, 2 y 12), se tomó una muestra aleatoria de 93 casos para verificar el contenido de los legajos respectivos.



Concepto	Porcentaje sobre la muestra	
	(2003)	(2001)
Con foto sin actualizar	100% de los que tienen foto	100% de los que tienen foto
Sin firma actualizada	100%	100%
Sin información sobre nivel de instrucción	1,08%	5,56%
Constancias agregadas a los legajos carecen de la identificación del agente que recibió las mismas, fecha de recepción y leyenda "es copia fiel".	100%	100%

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantienen las observaciones y recomendaciones del informe anterior.

- IV. **RECOMENDACIÓN E.4)** Efectivizar los agentes de condición "a cargo" y con designaciones en curso en expedientes formalmente cumplidos. Reorganizar los recursos humanos, incluyendo los agentes con doble jornada, de acuerdo a su función presupuestaria, capacitación para el cargo y perfil personal (Observaciones D.5, D.6, D.7 y D.8).

OBSERVACIÓN D.5) Se detectaron 14 agentes "a cargo" (1,11% de la dotación del Hospital), que cumplen funciones sin estar habilitados para ello por el decreto pertinente. Esta situación eventualmente puede generar conflictos.

OBSERVACIÓN D.6) Durante 1999 se abrieron expedientes correspondientes a 11 agentes (0,87% de la dotación del Hospital), cuya designación formal permanece pendiente de resolución a la fecha. Al igual que en el punto anterior, esta situación eventualmente puede generar conflictos.

OBSERVACIÓN D.7) Analizada la nómina de agentes, se ha determinado que 30 de ellos (2,38% de la dotación del Hospital) cumplen doble jornada (24 de enfermería y el resto técnicos e instrumentadoras quirúrgicas). Tal extensión de la jornada puede incidir en la calidad de la atención, niveles de ausentismo, etc.

OBSERVACIÓN D.8) Del análisis citado en el punto anterior, se ha observado que 68 agentes (5,40% de la dotación del Hospital) cumplen una función distinta a la presupuestaria. El 46% de dichos casos corresponden a agentes que se desempeñaban en servicios generales, mantenimiento, limpieza, etc. y pasaron a cumplir tareas administrativas.

Comentarios del organismo auditado:

Existen "Agentes a cargo" que cumplen funciones sin estar habilitados para ello por el Decreto pertinente. También existen agentes con doble jornada.

Existe personal cuya función presupuestaria no coincide con la función real. Por ejemplo: personal con indicación médica de tareas livianas que no puede volver a



su actividad por requerir esfuerzo físico, mucamas que hubo que reubicar por haberse tercerizado el servicio de limpieza. Esto es debido a que, por no reunir los requisitos exigidos para los mismos, no se puede solicitar un cambio de función.

Comentarios de la Auditoría:

De acuerdo a una muestra correspondiente a Personal del Hospital Pirovano del mes de Agosto del 2003, y comparándolo con la información del año 2001, se observa que continúa habiendo catorce (14) agentes a cargo. De éstos, diez continúan siendo los mismos que los observados en el año 2001.

Año 2001	Año 2003
Ficha 357.555	Ficha 268.074
Ficha 354.996	Ficha 180.981
Ficha 181.278	Ficha 286.448
Ficha 286.448	Ficha 313.111
Ficha 273.010	Ficha 273.010
Ficha 195.251	Ficha 281.712
Ficha 313.111	Ficha 222.922
Ficha 218.453	Ficha 195.251
Ficha 204.934	Ficha 289.954
Ficha 199.282	Ficha 286.966
Ficha 281.712	Ficha 199.282
Ficha 301.387	Ficha 237.001
Ficha 286.966	Ficha 301.387
Ficha 289.954	Ficha 218.453

El análisis efectuado con respecto al listado de personal vigente al mes de Agosto del 2003, se ha observado que 49 agentes (4,05% de la dotación del Hospital) cumplen una función distinta a la presupuestaria. El 63,26% de dichos casos corresponden a agentes que se desempeñaban en servicios generales, mantenimiento, limpieza, etc. y pasaron a cumplir tareas administrativas.

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior, que es responsabilidad de la Secretaría de Salud, ya que el hospital no puede disponer cambios de partida.

- V. **RECOMENDACIÓN E.5)** Desarrollar un nuevo proyecto para estructurar los Consultorios Externos en un solo lugar. Esta construcción debería tener en cuenta todas las pautas arquitectónicas sanitarias necesarias para este Hospital, reemplazando el bloque actual semicentralizado. Esta adecuación debería estar enmarcada dentro de una reorganización de todo el Hospital, conjuntamente con un Plan Maestro (puntos D.10, D.11, D.13, D.14, D.15, D.16, D.19).

Observación D.10) Las salas de espera están distribuidas en distintos pabellones, y en el caso del cuerpo principal de consultorios, en distintos sectores.



Esta sectorización no es aconsejable porque implica la multiplicidad de los sistemas de llamado al usuario, complica la señalización y aumenta el personal necesario para la atención al público.

Observación D.11) Las salas de espera no tienen la superficie necesaria en las horas pico, principalmente en el bloque de los consultorios centralizados. Este insuficiente espacio provoca que las personas (pacientes, acompañantes o niños) se ubiquen en diversos lugares del hospital dificultando la circulación interna.

Observación D.13) La totalidad de los boxes y consultorios del cuerpo principal carecen de luz y ventilación naturales, no tienen las medidas apropiadas y adolecen del equipamiento completo para desarrollar las consultas con el nivel de discreción, confort y seguridad necesarias. Por ejemplo, los consultorios de obstetricia y ginecología carecen de baño y vestuario, y los de pediatría carecen de un lugar anexo para tomar temperatura, peso, antropometría y cambiar al niño antes de la consulta.

Observación D.14) No existen espacios destinados a vestuarios para el personal médico y de enfermería.

Observación D.15) Laboratorio y Farmacia se encuentran alejados del cuerpo principal de consultorios externos, incumpliendo las recomendaciones de arquitectura sanitaria vigentes (menor traslado posible de pacientes y circulación con seguridad adecuada).

Observación D.16) La batería de sanitarios para uso público no cubre la demanda en las horas pico. El estándar recomendado en la bibliografía especializada son 1 sanitario cada 30 personas durante las horas pico.

Observación D.19) Los consultorios externos centralizados están contruídos con materiales (asbesto cemento y amianto) que son perjudiciales para la salud, con grados de mayor severidad en caso de demolición o remodelación.

Comentarios del organismo auditado:

No existe un proyecto para estructurar la Organización de todo el Hospital. No hay espacio físico para ampliar el actual archivo activo de historias clínicas de consultorios externos. Se otorgó un nuevo sitio destinado al archivo pasivo de las mismas, ante tal situación una solución de fondo podría ser la microfilmación de las H.C. Los actuales Consultorios Externos fueron hechos en el año 1971 en forma provisoria y con una expectativa de uso de entre 5 y 10 años como máximo. Con la actual estructura, el Hospital Pirovano ya no tiene posibilidades de ampliaciones o remodelaciones edilicias. Hace algunos años atrás se trabajó mucho desde el mismo hospital para diseñar un Proyecto Integral de Remodelación que fuese aprobado por Organismos de Préstamos Internacionales. Dicha propuesta obtuvo la aprobación, pero luego la partida aprobada para el Hospital Pirovano fue destinada a otros nosocomios (Fernández, Santojanni, etc.).

Comentarios de la Auditoría:

Las salas de espera son insuficientes y se encuentran diseminadas por todo el hospital, según los servicios que se prestan.

En las horas pico la cantidad de asientos para el público son escasos, y su diseño es inadecuado por el espacio físico que ocupan.



Existen muy pocos consultorios con dimensiones adecuadas, el 90% de las consultas se realizan en boxes en el bloque central. Éstos están contruidos en sus paramentos con materiales no aptos para las construcciones en ámbitos de salud (sí bien el material está aparentemente sellado con pinturas sintéticas).

Los sanitarios públicos continúan siendo insuficientes, al igual que los vestuarios de médicos y administrativos.

Se realizaron algunas modificaciones de mobiliario e instalaciones eléctricas en el sector de archivo de historias clínicas activas. Sigue sin resolverse la falta de espacio físico.

La obra del nuevo laboratorio sigue paralizada.

Las instalaciones actuales del laboratorio son insuficientes y precarias, no siendo conveniente la realización de mejoras en los espacios actuales, como se están efectuando, en lugar de terminar las obras del nuevo laboratorio.

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación

- VI. **RECOMENDACIÓN E.6)** Desarrollar un sistema de señalización, contribuyendo así a clarificar las distribuciones de los distintos servicios que integran el Hospital. Asimismo, sería aconsejable que el sistema sea común a todos los hospitales para la mejor comprensión del público (punto D.12).

Observación D.12) No existe un sistema uniforme de señalización que oriente adecuadamente al público y evite su ingreso a lugares no autorizados.

Comentarios del organismo auditado:

Próximamente se estaría presentando a la Dirección Médica una propuesta de nueva señalización para Consultorios Externos.

Comentarios de la Auditoría:

La señalización en todo el hospital sigue siendo la misma verificada anteriormente. Se observan pérdidas de tiempo, molestias, interrupciones, acceso a lugares prohibidos, etc, debido a una señalización incorrecta

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

- VII. **RECOMENDACIÓN E.7)** Reorganizar el sistema de mantenimiento y limpieza, reutilizando los servicios propios y privados en forma sincronizada (puntos D.17, D.18 y D.20).

Observación D.17) Se observa falta de mantenimiento en las instalaciones eléctricas exteriores de los pabellones y del equipo informático en el sector de archivo de fichas clínicas (cables sueltos, sin señalización ni instalación correctas). Se observó un particular deterioro en las condiciones edilicias del pabellón "Jockey Club" en sus dos plantas.

Observación D.18) Las instalaciones del equipo suplente del grupo electrógeno están realizadas en forma provisoria, y su acceso no está vedado al público.



Observación D.20) De acuerdo a verificaciones oculares in situ y evidencia fotográfica, se observa falta de limpieza en pasillos de tránsito público y patios internos.

Comentarios del organismo auditado:

El servicio de limpieza se encuentra tercerizado y la Dirección del Hospital no tiene injerencia sobre el mismo.

Comentarios de la Auditoría:

De las observaciones efectuadas por el equipo de auditoría se constató que algunos de los baños públicos no reunían las condiciones mínimas de higiene y funcionamiento. Respecto a la obra del Laboratorio se observaron que las instalaciones se encontraban en un total estado de abandono y falta de higiene en las tres plantas que lo conforman (subsuelo, planta baja y primer piso).

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

VIII. **RECOMENDACIÓN E.8)** Implementar la confirmación de turnos, a fin de reasignar los mismos, optimizando la oferta de los servicios (punto D.21).

Observación D.21) La falta de confirmación de turnos, explicitada en el punto C.13b), determina la imposibilidad de reasignar los mismos cuando el paciente no concurre a la atención.

Comentarios del organismo auditado

No está implementada la confirmación de turnos. No existe en la actualidad ningún sistema que permita ratificar la presencia y atención de los pacientes que sacaron turno en forma programada. Se estima que el ausentismo está alrededor del 30%. Existe un programa a desarrollar para la confirmación de turno; para implementarlo sería necesario incorporar más recursos materiales, técnicos y humanos. Sigue sin poder registrarse la presencia real de los pacientes con turnos programados, debería registrarse el paciente en el momento real de su concurrencia al hospital.

Comentarios de la Auditoría:

La falta de confirmación de turnos programados implica el bloqueo de horas profesionales para ser utilizadas por otros pacientes que concurren al hospital en forma espontánea.

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

RECOMENDACIÓN E.9) Arbitrar los medios para disminuir los tiempos de espera, para acercarlos a los razonables (puntos D.22 y D.23).



Observación D.22) De acuerdo con la información suministrada por la CEGH referida a los tiempos de espera razonables y programados de los distintos servicios en 1999, se advierte que las diferencias entre ambos conceptos se mantienen sustancialmente a lo largo del año, lo cual indica que no se toman las acciones correctivas pertinentes a una planificación ad hoc.

Observación D.23) Según la misma evidencia documental, es significativa la cantidad de días en exceso de lo razonable que se debe esperar para la obtención de turnos programados:

- entre 30 y 44 días: Cardiología, Neurología, Reumatología, Oftalmología y Gastroenterología
- entre 14 y 30 días: Ortopedia, Ginecología y Urología,

Comentarios del organismo auditado:

El Comité de Gestión y Calidad (CGC) diseñó un Flujograma de Turnos para Consultorios Externos, pero no puede implementarse por falta de informatización del sector.

Comentarios de la Auditoría:

Para lograr disminuir los tiempos de espera, debería trabajarse en forma interdisciplinaria y se observa que debería ser más fluida la comunicación entre los diferentes sectores operativos. Algunas propuestas existentes desde el Sector Mesa de Entradas, no pueden implementarse por falta de recurso humano, distribución horaria y/o la incorporación de alguna P.C., todos cambios que podrían ponerse en práctica a la brevedad si se coordinase la acción convocando a los referentes de los diferentes sectores.

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior

- X. **RECOMENDACIÓN E.10)** Implementar un sistema de Historia Clínica única para todo el Hospital, reglamentando un circuito confiable de registro, entrega y devolución, archivo y guarda, y proveer el espacio físico y mobiliario necesario para su correcto archivo (puntos D.24, D.25, D.26 y D.27).

Observación D.24) El esquema siguiente expone los resultados de la muestra seleccionada de Fichas Clínicas indicada en el punto B.14:

Observación D.25) El espacio físico destinado al archivo de las Fichas Clínicas es insuficiente, haciendo posible su traspapelamiento y su deterioro por manipuleo.

Observación D.26) No existe una normativa escrita respecto de los lineamientos para la conservación, protección y disposición de las Fichas Clínicas.

Observación D.27) El control de las Fichas Clínicas desarchivadas es deficiente. No se detalla el nombre y horario de quien las retira, ni se firma ninguna constancia y no hay control de su devolución.

Comentarios del organismo auditado:



En el hospital ya no existe más lugar respecto a la posibilidad de modificar o ampliar el espacio actual destinado al archivo activo de historias clínicas de consultorios externos y que ya fue otorgado otro sitio destinado al archivo pasivo. Sí sería factible que las historias clínicas se microfílm en como solución de fondo a un problema tan acuciante.

Comentarios de la Auditoría:

Circuito: No queda registrado quienes son los responsables de las H.C. desde su desarchivo hasta su guarda, el tiempo de recupero de las H.C. para ser archivadas tarda aproximadamente 48 hs., lo que dificulta el hallazgo de la misma en el caso que el mismo paciente requiera una nueva consulta con la misma u otra especialidad médica. El personal administrativo afectado a la entrega de turnos y a la búsqueda y distribución de las H.C. trabaja en atención al público y a los profesionales hasta las 15 hs., mientras que hay cinco especialidades médicas que continúan atendiendo hasta las 20 hs.

Archivo: El sistema de archivo es obsoleto y el lugar destinado para el mismo es escaso en relación a la cantidad de H.C. que se mueven diariamente (1200 a 1300 H.C./día).

Confección: El manejo de las H.C. por parte de los profesionales de salud es aleatorio, ya que se ha observado en la muestra tomada (se solicitaron 905 H.C.) un alto porcentaje de omisiones o directamente de H.C. en blanco.

Entrenamiento: No se han realizado cursos o jornadas de entrenamiento para los profesionales que utilizan las H.C. como documento que certifica el acto médico. No existe Manual de Normas y Procedimientos, como tampoco funciona efectivamente un Comité de Historias Clínicas.

Concepto	Año 2003	Año 2001
	% sobre la muestra	% sobre la muestra
No consta registro de la atención o de la no-atención (*)	20,11%	24,57%
Falta de firma del profesional	11,94%	25,71%
Falta aclaración de dicha firma, cuando ésta existe	25,50%	13,99%
Con hojas habilitadas sin haberse completado la previa	N/D	3,02 %

(*) En 1 de cada 4 historias clínicas no pudo verificarse que la consulta haya sido efectivamente brindada.

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

RECOMENDACIÓN E.11) Poner en práctica una planilla que suministre información referida a la atención ambulatoria, donde el profesional informe diariamente su producción (punto D.28).



Observación D.28) El sistema de registro de la atención ambulatoria vigente no prevé la confección de una planilla donde el profesional informe diariamente su producción (pacientes atendidos programados, espontáneos y sobretornos, pacientes que no respondieron al llamado o no concurrieron). Esta planilla facilitaría la preparación de estadísticas de productividad y adecuación de recursos.

No existe la Planilla de Producción Diaria por Médico. Estos datos permitirían evaluar, entre otras cosas, pacientes asistidos con turno programado, ausentes, sobretornos, etc.

Comentarios del organismo auditado:

El Comité de Gestión y Calidad (CGC) diseñó un Flujograma de Turnos para Consultorios Externos, pero no puede implementarse por falta de informatización del sector.

Comentarios de la Auditoría:

No está implementada ninguna planilla que registre diariamente la atención ambulatoria y de manejo por parte de los Profesionales.

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

XII. **RECOMENDACIÓN E.12)** Incorporar personal administrativo y profesional de enfermería y establecer un programa de capacitación para profesionalizar el personal auxiliar existente (puntos D.29, D.31 y D.32).

Observación D.29) No existe personal administrativo asignado al Departamento; en consecuencia las tareas de ese tipo deben ser desarrolladas por enfermeras, implicando esto un desvío de sus funciones específicas.

Observación D.31) La relación entre cantidades de enfermeros profesionales y auxiliares es baja: 0,6 profesionales por cada 1 auxiliar; el coeficiente recomendado en bibliografía especializada es 2 a 1. La relación existente en el Hospital implica una limitación del nivel técnico del personal que demanda mayores tiempos de supervisión y de atención a los pacientes.

Observación D.32) Según evidencia documental suministrada por el Departamento referida a la distribución del plantel de enfermería por turnos, existen 8 turnos horarios sin oferta de personal enfermero (5 en áreas generales, 2 en áreas críticas y 1 en el Centro de Salud N° 12) y 17 turnos nocturnos con un solo agente (15 en áreas generales y 2 en críticas). Los déficit resultantes se cubren con el sistema de módulos, ya que de acuerdo con la información disponible la cantidad de pacientes día atendidos con esa modalidad equivale a 32% en áreas generales y al 55,2% en áreas críticas. Si se considera que el promedio de agentes que realizaron módulos en los meses incluidos en la muestra ascendió al 80,8%, y que el promedio mensual de módulos realizados por cada agente fue de 9 jornadas (que se agregan a las 20 promedio mensual habituales), se concluye que los horarios de trabajo se extienden en desmedro de la calidad de la atención de los pacientes.

Comentarios del organismo auditado:

El Departamento de Capacitación de Enfermería, sito en el Hospital Rivadavia, invita al Hospital Pirovano a enviar enfermeros para actualizarse y capacitarse. Normalmente se envían 1 o 2 enfermeros cada vez. Se trata de favorecer a los Auxiliares. Actualmente hay interés en capacitar la mayor cantidad de gente posible para Planes de Vacunación.

El criterio de selección del personal a capacitar es por su concepto, el que es informado por los Supervisores a la Jefatura de Departamento. También se tienen en cuenta los diferentes turnos de trabajo para esta selección. Se favorece al personal que demuestra interés en capacitarse.

El ausentismo por capacitación se cubre con "módulos".

A las Jornadas de Enfermería en Cardiología concurren 8 enfermeros del hospital.

Existe en el Hospital Pirovano un Comité de Docencia e Investigación en Enfermería. Este comité todos los años realiza un Anteproyecto para el hospital con temas varios (paciente diabético, bioseguridad, etc.). Con esta temática y una vez aprobado, pone en marcha Jornadas de Enfermería y charlas de capacitación, abierta a todos los enfermeros del Hospital Pirovano.

Se trata de cubrir la capacitación en los diferentes horarios y días, según turnos de trabajo, para que nadie quede excluido.

No hay personal administrativo asignado para realizar tareas de esa índole dentro del Departamento de Enfermería, estas actividades las cumplen Enfermeros/as del Hospital.

Comentarios de la Auditoría:

No se ha incorporado nuevo personal administrativo al Departamento de Enfermería. Estas tareas continúan realizándolas el personal de Enfermería.

En el período mayo 2000/2003 se incorporaron 22 agentes al Departamento de Enfermería (3 Licenciados, 11 Enfermeros y 8 Auxiliares).

De la muestra tomada del mes de Junio de 2003 se observó que del total de Personal de Enfermería (289 agentes) se contaba con: Empíricos 0, Auxiliares de Enfermería 139 (48,10%), Enfermeros Profesionales 125 (43,25%), Enfermeros Universitarios 25 (8,65%), Licenciados con tesis aprobada 0. La relación entre cantidad de enfermeros profesionales y auxiliares es de 1,08 profesionales por cada 1 auxiliar.

Se ha comenzado con un Plan de Capacitación para el personal de Enfermería, aunque aún no sea suficiente para alcanzar los objetivos propuestos, se considera que los resultados obtenidos son buenos si se tiene en cuenta los medios disponibles. El Departamento de Enfermería tiene una carga de trabajo administrativa importante, y sin embargo continúa sin disponer de personal adecuado para realizarla, siendo las mismas enfermeras quienes deben cumplirla.

Se observa un esfuerzo por parte de la conducción de Enfermería para lograr Programas de Capacitación Continua para su personal. Es de destacar los logros obtenidos con los escasos recursos de que se dispone. Se ha modificado



notoriamente el porcentaje de enfermeras profesionales y licenciadas respecto al personal auxiliar. Ya no existe personal empírico.

Conclusiones de la Auditoría:

Debe proseguir el Programa de Capacitación Continua para el Personal de Enfermería logrando incorporar a la totalidad de los agentes; como así también la incorporación de más Enfermeros Profesionales. Es necesario adjudicar Personal Administrativo al Departamento de Enfermería.

XIII. RECOMENDACIÓN E.13) Normatizar y reglamentar el sistema de asignación y control de módulos de enfermería (puntos D.30, D.33 y D.34).

Observación D.30) Las planillas de convalidación de módulos y registro mensual de módulos son procesadas en forma manual. En la muestra seleccionada (según B.20) se han detectado errores de sumas en 3 de los 12 meses en las planillas citadas en primer término, e inconsistencias entre ambos tipos de planillas en los 4 meses incluidos en la muestra; corresponde señalar que dichos errores e inconsistencias no son significativos.

Observación D.33) La normativa vigente en materia de módulos no prevé pautas de gerenciamiento, tales como planificación mensual, criterios de asignación al personal, control de asistencia y régimen de sanciones por incumplimiento.

Observación D.34) Se observó, en la muestra de tarjetas reloj seleccionada, falta de registros de entradas y salidas no subsanadas vía autorización de responsable, en el 33% de dicha muestra.

Comentarios de la Auditoría:

Continúan utilizándose el sistema de módulos en los diferentes turnos y durante todos los días de la semana.

Comentarios del organismo auditado:

Actualmente no están cubiertos por personal con nombramiento todos los puestos necesarios para atender a los internados de los distintos sectores.

Conclusiones de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

XIV. RECOMENDACIÓN E.14) Implementar un mecanismo por el cual se suministre la información relativa a las consultas efectivamente brindadas, y estadísticas de pacientes que, habiendo llegado al establecimiento, por distintas razones no accedieron a la atención ambulatoria. Verificar la consistencia de la información con destino a la Secretaría de Salud, antes de su envío (puntos D.35, D.36 y D.37).

Observación D.35) Tal como se expone en el punto C.11, el Hospital informa a la Secretaría de Salud como consulta brindada los turnos otorgados; es decir, omite las consultas no brindadas y las realizadas a través de sobretornos. Ello significa una importante distorsión en las estadísticas elaboradas y en los indicadores que



se calculen sobre la base de las mismas, herramienta éstas de fundamental importancia para la toma de decisiones.

Observación D.36) Los sistemas de información del Hospital no generan estadísticas de pacientes que, habiendo llegado al establecimiento, por distintas razones no accedieron a la atención ambulatoria. De esta manera no puede determinarse o estimarse la población que demanda el servicio y, por distintos motivos, no obtiene la cobertura correspondiente.

Observación D.37) Se observaron diferencias relevantes en los datos correspondientes a cantidad de agentes y distribución horaria, surgidas de la compulsa realizada entre las planillas de estimación de distribución de horas mencionadas en B.17). Dichas planillas son emitidas por la CEGH y enviadas a la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.

Comentarios del organismo auditado:

Sigue sin poder registrarse la presencia real de los pacientes con turnos programados, debería registrarse el paciente en el momento real de su concurrencia al hospital. Los turnos programados deberían gestionarse a través de los médicos tratantes. El hospital está pensado para atender la demanda espontánea.

El Comité de Gestión y Calidad (CGC) también diseñó un Flujograma de Turnos para Consultorios Externos, pero no puede implementarse por falta de informatización del sector.

Comentarios de la Auditoría:

No se realiza control cruzado de turnos otorgados vs. Pacientes atendidos. De esta manera quedan bloqueados turnos de atención médica sin que ningún paciente pueda utilizarlos. Al mismo tiempo no es exacta la información estadística que se entrega a la Secretaría de Salud, ya que se informa "pacientes atendidos", cuando en realidad son "turnos otorgados".

Conclusión de la auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

XV. **RECOMENDACIÓN E.15)** Aumentar los procedimientos del control de acceso de público en general como vehicular (punto D.38).

Observación D.38) Los procedimientos de control de seguridad en los accesos peatonal y vehicular son insuficientes. Por ejemplo, se advirtió que no se revisan los objetos que portan las personas que ingresan o salen del Hospital.

Comentarios del organismo auditado:

Consideran a los bolsos y automóviles como bienes personales, motivo por el cual no se efectúa la revisión de los mismos en forma permanente, sino aleatoriamente.

Comentarios de la Auditoría:



El Servicio de Vigilancia del Hospital Pirovano está tercerizado, y su contratación depende de la Dirección Gral. de custodia de Edificios del Gobierno de la Ciudad de Bs.As. que tiene a su cargo la contratación y contralor de la vigilancia de todos los edificios públicos, incluyendo los hospitales.

Se verificó que las vigilancias de los accesos públicos no tienen directivas claras en el control de los egresos.

La verificación que se realiza consiste en controlar la salida de personal con maletines o bolsos de gran tamaño.

Conclusión de la auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior.

5. CONCLUSIONES

De la revisión efectuada a las recomendaciones referidas al Informe de Auditoría realizado en el Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, se concluye que las mismas no fueron consideradas en la gestión, tanto por la Secretaría de Salud y el Hospital.

COMENTARIOS

A la fecha del trabajo de campo, se observó la existencia de irregularidades en el Hospital Pirovano, respecto a la ubicación del Consultorio del Médico Orientador.

CONSULTORIO DE MÉDICO ORIENTADOR

El Consultorio Médico Orientador tiene la función de recibir a todos aquellos pacientes que concurren en forma ambulatoria por primera vez y necesitan ser asistidos por algún profesional del hospital pero no tienen claro con quién sacar turno. También recibe a los pacientes que concurren y no consiguen turno para el día, definiendo si el motivo de consulta es una urgencia que debe resolverse en el momento o puede esperar un turno programado. Del mismo modo resuelve los conflictos que se generan en el Area de Consultorios Externos por diferentes motivos (ausencia de profesionales, falta de espacio para atender, derivaciones del Servicio de Guardia, tiempo de espera, etc.)

Para cumplir con las funciones arriba mencionadas cuenta con un Coordinador para el turno mañana y otro para el turno tarde, además de varios profesionales entrenados a tal fin.

Sin embargo sus resultados no son siempre los esperados, dado que no está ubicado en el lugar adecuado, ni está debidamente señalizado para facilitar al público su hallazgo. Sus dimensiones no están adecuadas a la función, no cuenta con camilla ni tiene el equipamiento mínimo necesario para asistir a los pacientes. Muchas veces el Médico Orientador debe salir con el paciente a buscar algún consultorio desocupado para poder realizar el examen clínico correspondiente.

MIC MATIAS BARROZAVEÑA
Presidente
Auditoría General
de la Ciudad de Buenos Aires