



INFORME FINAL DE AUDITORIA

PROYECTO N° 3.03.19 E

HOSPITAL ZUBIZARRETA
GESTIÓN DE RECURSOS
HUMANOS
PERIODO 1999/2000

AUDITORIA DE SEGUIMIENTO

Buenos Aires, Junio de 2004

**AUDITORIA GENERAL
DE LA CIUDAD AUTONOMA
DE BUENOS AIRES**

PRESIDENTE

DR. MATIAS BARROETAVEÑA

AUDITORES GENERALES

DR. VICENTE BRUSCA

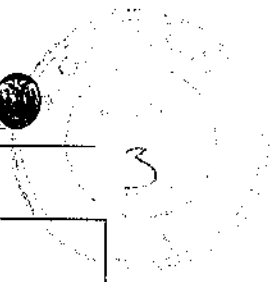
DR. NICOLAS CORRADINI

LIC. JOSEFA PRADA

LIC. JOSE LUIS GIUSTI

DR. RUBEN CAMPOS

DRA. ALICIA BOERO



CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.03.19.e

NOMBRE DEL PROYECTO: Seguimiento de proyectos anteriores. Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta. Auditoría de Gestión.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 1999/2000

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 30 de diciembre de 2003

EQUIPO DESIGNADO:

Supervisor: Jorge Raimondo (Contador)

Auditores: Edgardo Palacios (Médico)
Ester Mammi
Pascual Mingrone
Olga Yoma

OBJETIVO: Evaluar el seguimiento de las observaciones y el 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. Abel Zubizarreta, en lo referido a su organización, estructura física, principales procesos administrativos y nivel de confiabilidad de la información y documentación generadas (PROYECTO N° 3.02.3.00 - SECRETARÍA DE SALUD - HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS-HOSPITAL Dr. ABEL ZUBIZARRETA).





Informe Final de Auditoría
Proyecto N° 3.03.19 e

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. Abel Zubizarreta, dependiente de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado siguiente.

1. Objeto de la Auditoría

Consultorios Externos y Enfermería del Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta. (PROYECTO N° 3.02.3.00 - SECRETARÍA DE SALUD - HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS- HOSPITAL Dr. ABEL ZUBIZARRETA).

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.

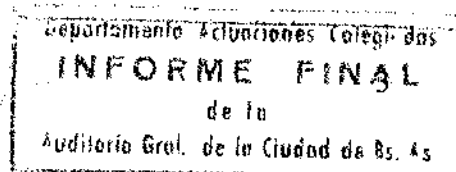
A tal efecto, se realizaron los siguientes procedimientos:

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 2 de diciembre de 2003 al 23 de diciembre de 2003.

3. Aclaraciones previas:

El informe preliminar de auditoría del año 2001 (3.02.3.00) fue recibido en el Hospital Dr. Abel Zubizarreta y en la Secretaría de Salud el día 16 de abril de



2001, no habiéndose recibido descargo referido a dicho informe de los organismos.

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

La ejecución presupuestaria del Hospital Abel Zubizarreta para el año 2001 fue la siguiente:

	Vigente	Preventivo	Definitivo	Devengado
2001	8.979.116,55	8.977.541,43	8.977.541,43	8.975.180,73
1 GASTOS EN PERSONAL	7.363.715,63	7.363.715,63	7.363.715,63	7.363.715,63
2 BIENES DE CONSUMO	835.984,20	834.409,57	834.409,57	832.768,65
3 SERVICIOS NO PERSONALES	970.000,92	970.000,43	970.000,43	969.280,65
3 SERVICIOS NO PERSONALES	21.553,76	21.553,76	21.553,76	21.553,76
4 BIENES DE USO	122.000,00	-	-	-
5 TRANSFERENCIAS	13.823,00	13.823,00	13.823,00	13.823,00

La composición de la planta del hospital, a la fecha, es la siguiente:

Profesionales de la Salud	334
Técnicos	46
Administrativos y Otros	104
Enfermería	93
TOTAL	577

4. Seguimiento de Recomendaciones

Recomendación E.1) Completar el proceso de adecuación de la estructura orgánica del Hospital Zubizarreta y sus recursos humanos (punto D.1).

Observación D.1) La estructura organizativa vigente difiere de la aprobada por Decreto 5164/83 y modificatorios. Las diferencias más relevantes son las siguientes:

- En la estructura formal, la sección Personal depende del departamento Administrativo en el ámbito de la Dirección del Hospital. Según el organigrama suministrado por el jefe del Departamento de Recursos Humanos, la división Personal (que abarca las secciones de Liquidación de Haberes y Registro y Control) depende del Departamento mencionado, bajo la Dirección General Adjunta de Recursos Desconcentrados.
- Relacionado con Consultorios Externos, en la estructura aprobada por el decreto de marras la división de Consultorios Externos depende del Subdirector Médico. En el organigrama precitado la división de Consultorios Externos Turno Mañana y la unidad de Consultorios Externos Turno Tarde dependen del Subdirector médico.

El área de Sistemas no tiene estructura formal, pues no hay previsto ningún cargo para personal informático.

Comentarios del organismo auditado:

El Organigrama Formal se ha ido adaptando para dar respuesta a la demanda de la población, de esta forma se ha generado un Organigrama Real con nuevos grupos de trabajo y sectores, algunos de ellos con conducciones "a cargo".

Comentarios de la Auditoría:

Se ha observado que la estructura vigente del hospital Zubizarreta no concuerda con la aprobada por el Decreto N° 5164/83 y modificatorios. (ANEXO I)

Existen nuevos grupos de trabajo, como: Neurología, Alergia, Endocrinología, dependiendo de la División Medicina, Cirugía Plástica y Máxilo-Facial, dependiendo de la División Cirugía y Fonoaudiología, este último en trámite, dependiendo de la División Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento.

Además se halló la Unidad Consultorios Externos Turno Tarde y Anestesiología que depende directamente del Subdirector Médico.

Conclusión de la Auditoría: La evolución de la Medicina ha impulsado a este Hospital a salirse del Organigrama Formal y generar un Organigrama Real para poder dar respuesta satisfactoria a la creciente demanda. La Secretaría de Salud debería incorporar al Organigrama los nuevos grupos de trabajo, regularizando su situación informal.

Recomendación E.2) Confeccionar manuales de organización y de procedimientos que delimiten claramente las responsabilidades de los distintos sectores intervinientes. Hacer cumplir las normativas existentes sobre Misiones y Funciones correspondientes (puntos D.2 y 3)

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

Observación D.3) La sección Personal no cumple con las siguientes funciones asignadas por el Decreto 5164/83 y modificatorios:

- a) Supervisar y presentar a la superioridad el cronograma anual de licencias ordinarias;
- b) Controlar el cumplimiento de los horarios de labor del personal en los turnos vespertino / nocturno y sábados, domingos y feriados, ya que en esos horarios no hay personal administrativo encargado del fichero.

Comentarios del organismo auditado:

Se han confeccionado el Manual de Normas y Procedimientos internos por parte de Enfermería y los protocolos elaborados por el Comité de Docencia e Investigación.

La Secretaría envía periódicamente Memorandums relacionados especialmente a Procedimientos Administrativos.

Existen manuales de Normas y Procedimientos, para las áreas Administrativas. En cuanto al sector profesional, la mayoría de los servicios, ha elaborado normas de protocolización de atención, en algunos ya está implementado y los demás

están en vías de hacerlo. También se cumple con lo establecido en las Leyes, Ordenanzas, Decretos, Resoluciones y otras normativas. Las mismas se actualizan permanentemente, haciéndole llegar a los sectores correspondientes, las nuevas Directivas, para su conocimiento y aplicación.

Comentarios de la Auditoría:

El Departamento de Enfermería está terminando de elaborar su propio Manual. Internamente desarrollan rutinas y procedimientos que se actualizan periódicamente, restando aún formalizarse los pertenecientes a los Servicios de Terapia, Guardia y Pediatría.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene la recomendación anterior, debiéndose trabajar por parte de la Secretaría de Salud en la difusión de los Manuales procedimentales entre los trabajadores de la salud en los efectores de la Ciudad, para poder unificar criterios de funcionamiento.

Recomendación E.3) Implementar programas de capacitación para el personal; y en el caso de enfermería, para profesionalizar el personal auxiliar existente (puntos D.4 y 19)

Observación D.4) No existe programación de capacitación general para el personal, excepto los cursos de Enfermería en la Escuela C. Grierson y los de Administración Hospitalaria. La Dirección de Capacitación, dependiente de la Secretaría de Salud, sólo se encarga de capacitación para residentes y concurrentes.

En particular, dicha falta de capacitación se evidencia en las áreas de admisión y egresos (sólo el 33 % tiene estudios secundarios completos) y enfermería (donde sólo el 25,6% acredita cursos de actualización en la especialidad).

Observación D.19) La relación entre cantidades de enfermeros profesionales y auxiliares es baja: 0,6 profesionales por cada 1 auxiliar; el coeficiente recomendado en bibliografía especializada¹ 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.

Comentarios del organismo auditado:

El Departamento de Enfermería recibe, a través de la Secretaría de Salud, invitaciones para concurrir a diferentes Cursos de Capacitación que se realizan en el Hospital Rivadavia. Si se dictan en horario laboral, el personal concurre "en comisión" y su puesto de trabajo se cubre con módulos.

La profesionalización de las Enfermeras se hace en la Escuela de Enfermería Dra. Cecilia Grierson (Dependiente de la Secretaría de Educación).

Se realizan algunos Cursos de Capacitación Interna, por ejemplo clases de Informática y cursos organizados por el Comité de Docencia e Investigación.

¹ "Auditoría Médica" de Aranguren y Rezzónico, editado por Fundación Favaloro

Los Programas de Capacitación para Médicos Residentes y Concurrentes son Supervisados por el Comité de Docencia e Investigación. El personal de Escalafón General, posee programas de Capacitación, a través de cursos que dicta el Gobierno de la Ciudad u otros entes privados.

El personal de Enfermería realiza cursos de post grado (por ejemplo en Cardiología y Vacunación) en el Hospital Rivadavia, Cruz Roja Argentina, Hospital Sirio Libanés y Hospital Roffo. El personal que realiza la Licenciatura en Enfermería, la cursa en las Universidades Nacional de Córdoba, Rosario y Lomas de Zamora y en la Universidad Maimónides.

Debe destacarse, que la mayoría del personal del hospital, tanto de Escalafón General, como los Profesionales, recibieron cursos de Informática, con el fin de implementar los programas informáticos del Hospital. Próximamente se capacitará al personal del hospital, en los nuevos sistemas informáticos que implementará el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.-

El GCBA ha otorgado becas a 2 integrantes del hospital, Jefas de Sección Enfermería, para un curso de alta conducción en enfermería, dictado en el Hospital Italiano.

Comentarios de la Auditoría:

El Comité de Docencia e Investigación viene desarrollando Programas de Capacitación para Médicos Residentes y Concurrentes de las diferentes Especialidades Médicas.

El Departamento de Enfermería se está ocupando de la profesionalización de las Enfermeras, y de actualizar a todo su personal en Cursos de Capacitación referidos a temas de aplicación diaria en la tarea asistencial.

Durante el año 2003 se capacitaron en el Hospital Rivadavia 37 enfermeras que concurrieron a diferentes cursos (8 en total).

Dos agentes están cursando Enfermería Profesional en la Escuela de Enfermería Cecilia Grierson, 4 en la Universidad de Belgrano, 6 cursan Licenciatura en Enfermería en una Sede de la Universidad de Rosario y otros 5 agentes ya finalizaron su Licenciatura y aún no tienen el título.

Actualmente ha mejorado la relación entre Auxiliares y Enfermeros, ya que la misma asciende a 0,96.

	Personal Enfermería	Personal Auxiliar	Personal Profesional	Relación Profesional/Auxiliar
AÑO 2001	90	57	33	0,5789
AÑO 2003	94 ²	48	46	0,9583

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene parcialmente la recomendación. Se observa un mayor desarrollo en cuanto a la capacitación de algunas áreas, principalmente Enfermería. Deberían ampliarse los Programas de Capacitación para el resto del personal del hospital,

² Existe una agente en el Departamento de Enfermería, cuya partida presupuestaria pertenece al Hospital Pirovano

adecuando los mismos a la tarea de cada sector y priorizando aquellos temas que hacen a la mejora de calidad en la prestación de servicios.

Recomendación E.4) Efectivizar los agentes "a cargo" y reorganizar los recursos humanos, incluyendo los agentes con doble jornada, de acuerdo a su función presupuestaria, capacitación para el cargo y perfil personal (punto D.5).

Observación D.5) Analizada la nómina de personal, se ha observado:

- 5 agentes (1,01% de la dotación del Hospital) cumplen una función distinta a la presupuestaria.
- 5 agentes (1,01% de la dotación del Hospital) cumplen doble jornada dentro del mismo hospital (en su totalidad son técnicos). Tal extensión de la jornada puede incidir en la calidad de la atención, niveles de ausentismo, etc.
- 6 agentes "a cargo" (1,21% de la dotación del Hospital), que cumplen funciones sin estar habilitados para ello por el decreto pertinente.

Comentarios del organismo auditado:

Legajos con diferente partida presupuestaria y real:

FICHA	FUNCION PRESUPUESTARIA	FUNCION REAL
280.237	Técnico Electricista	Telefonista
325.364	Ayudante Laboratorio Farmacia Droguería	Administrativa
302.724	Planchadora	Administrativa
309.950	Correo u Ordenanza	Administrativo
300.560	Operaria de Servicios Generales	Administrativa
281.480	Instalador Sanitario	Administrativo
309.816	Operario de Servicios Generales	Administrativo
273.429	Pintor a Soplete	Camillero
329.720	Correo u Ordenanza	Ayudante de Laboratorio

Las causas por las cuales hay diferencia entre la función real y la presupuestaria, se debe a razones de servicio, y en el caso de la función administrativa, salvo un agente, el resto se encuentra cursando estudios secundarios.

En la actualidad no existe en el Hospital Zubizarreta personal con "doble jornada".

Comentarios de la Auditoría

El Hospital actualmente no tiene agentes con "doble jornada", aunque existen 3 agentes con "doble nombramiento" que cumplen funciones en el Hospital Roca (1 agente) y en el Hospital Marie Curie (2 agentes). El doble nombramiento está contemplado para los profesionales del arte de curar, y sus auxiliares, en la Ordenanza 40401, y la Ley 471/00.

En algunos agentes (9 en total) la función presupuestaria no coincide con la real debido a la tercerización de los Servicios de Limpieza y Mantenimiento y la

necesidad de ser absorbidos en áreas administrativas, de acuerdo a lo reflejado en el cuadro más arriba descripto.

Debido a que la Decreto N° 12/96 derogó todas las estructuras por debajo de Dirección y no existen nuevos nombramientos en la Secretaría de Salud, permanecen "a cargo" 11 agentes en el hospital.

Asimismo se observó la existencia de 3 agentes que conducen Unidades que no existen en el Organigrama Formal.

Personal a Cargo

FICHA MUNICIPAL	FECHA INGRESO	FUNCION	INICIO A/CARGO
192.312	1/4/67	Enfermera	29/8/94
209.876	1/9/70	Enfermero	29/8/94
274.489	1/1/83	Enfermero	1/1/95
311.290	19/10/87	Enfermera	1/1/95
305.025	16/7/86	Enfermero	1/1/95
191.659	1/6/84	Enfermera	29/4/95
269.049	1/5/80	Administrativa	15/6/94
285.411	7/3/83	Administrativa	2/1/95
300.787	15/2/85	Administrativa	15/6/94
217.320	16/7/84	Médico Pediatra	1/1/04
313.231	21/12/87	Farmacéutica	1/5/03

Personal a cargo de Unidades no existentes en Organigrama Formal

FICHA MUNICIPAL	FUNCION
274.283	Jefe U.T.I.
326.846	Jefe Fonoaudiología
316.092	Jefe Neurología

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior.

Recomendación E.5) Regularizar la composición de los legajos y concentrar la información atinente a los empleados (puntos D.6 y 7).

Observación D.6) No existe legajo único por agente donde se concentre toda la información del mismo; por ejemplo los comprobantes de escolaridad, licencias ordinarias, licencias médicas, se archivan en distintos biblioratos por periodos anuales.

Observación D.7) De los 77 legajos de personal solicitados, 4 (5,2%) no fueron localizados. En los 73 legajos examinados se detectó:

- Falta de foto 89%
- Falta de actualización de la foto, en caso de existir 100%

- Falta de formularios previstos en el Decreto 8717/69 ³ 100%
- Los comprobantes carecen de firma del funcionario que los recibió, fecha de recepción y leyenda "es copia fiel del original" ⁴ 100%

Comentarios del organismo auditado:

Se lleva legajo único por agente, sin embargo por razones de espacio y comodidad, se llevan aparte las licencias especiales, por ejemplo: licencias por enfermedad, ordinarias, por examen, etc. Existe una normativa de circulación interna, que conocen todos los empleados de RRHH. El archivo de legajos es inadecuado en cuanto al espacio disponible y el sistema que se utiliza.

Comentarios de la Auditoría:

Del total de los 40 legajos examinados se detectó:

- 1) Falta de la firma del agente..... 27,5%
- 2) Falta de la fotografía del agente..... 87,5%
- 3) Falta del certificado de C.U.I.L..... 97,5%
- 4) Falta de fecha de ingreso al Hospital..... 2,5%
- 5) Falta de fecha de ingreso al Municipio..... 22,5%
- 6) Falta de evaluación..... 95,0%
- 7) Falta de firma y sello del agente administrativo que confeccionó el legajo y recibe la documentación..... 100,0%.

Las licencias ordinarias y extraordinarias no se incluyen en el legajo, sino se llevan en un archivo aparte.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior.

Recomendación E.6) Definir mecanismos de control administrativos e informáticos que garanticen la integridad de los datos estadísticos elevados a la Secretaría de Salud. (puntos D.8 y D.9 b).

Hasta tanto se implemente el proceso computadorizado como única vía de confirmación de la asistencia de pacientes de consultorios externos, todos los servicios deberían remitir diariamente a Recolección y Elaboración de Datos las planillas de turnos de la atención de pacientes del día anterior (sellada y firmada por el profesional interviniente con el diagnóstico o práctica efectuada, o indicación de la ausencia en su caso), conservando dicha documentación hasta el cierre estadístico del mes.

Bloquear la posibilidad de modificar los registros estadísticos, una vez cerrado el procesamiento informático de cada mes (punto D.9 b).

³ Solicitud de licencia, Cambio de domicilio, Comunicación de licencias, Comunicación de sanciones disciplinarias, Tarjeta de registro de personal, Legajo de personal

⁴ Formalidades para un mejor control de autenticidad de la documentación.

Observación D.8) Se observaron diferencias entre los resultados del proceso estadístico efectuado por el hospital y los resultantes del proceso realizado por la auditoría, sobre la misma base documental, según el siguiente detalle.

11-01-2001⁵			
Total analizado →	52 planillas de turnos que incluyen 670 turnos asignados, correspondientes a 21 servicios		
	(1)	(2)	(3)
En turnos asignados	3	5	0,7%
En turnos atendidos	15	42	6,3%
En turnos asignados y atendidos	<u>15</u>	<u>58</u>	<u>8,7%</u>
	33	105	15,7%

Resultado del análisis del proceso estadístico	11-1-2001	%
Profesionales que no remitieron la documentación	9	14,5%
Documentación remitida y no procesada	1	1,6%
Con diferencias de proceso estadístico	33	53,2%
Sin diferencias de proceso	<u>19</u>	<u>30,6%</u>
Total de planillas de profesionales verificadas	62	100,0%

1-02-2001⁶

⁵ (1) Cantidad de planillas con errores; (2) Cantidad de turnos de diferencia detectada en dichas planillas; (3) % sobre total analizado de turnos asignados

⁶ (1) Cantidad de planillas con errores; (2) Cantidad de turnos de diferencia detectada en dichas planillas; (3) % sobre total analizado de turnos asignados

Total analizado →	46 planillas de turnos que incluyen 589 turnos asignados, correspondientes a 17 servicios		
	(1)	(2)	(3)
En turnos asignados	2	2	0,3%
En turnos atendidos	15	52	8,8%
En turnos asignados y atendidos	<u>13</u>	<u>45</u>	<u>7,6%</u>
	30	99	16,8%

Resultado del análisis del proceso estadístico	1-02-2001	
Profesionales que no remitieron la documentación	8	14,8%
Documentación remitida y no procesada	0	0,0%
Con diferencias de proceso estadístico	30	55,6%
Sin diferencias de proceso	<u>16</u>	<u>29,6%</u>
Total de planillas de profesionales verificadas	54	100,0%

Observación D.9) Se detectaron errores en el sistema computadorizado de datos:

b) Modificaciones posteriores al cierre del mes: Al investigar las diferencias precitadas, se observó por pantalla el incremento de la cantidad de cuatro (4) pacientes en una especialidad. Efectuada la consulta respectiva, se detectó que el sistema no procedía al cierre efectivo del proceso del mes vencido, pudiendo los profesionales ingresar o corregir datos, en más o en menos, luego del producido el cierre del mes, causando en consecuencia inconsistencia de la información suministrada.

Comentarios del organismo auditado:

Existen tres opciones para la confirmación de asistencia del paciente: el Profesional Médico marca con una "C" en la base de datos, también puede señalarlo en la Agenda Médica impresa en papel, y/o entregar dicha agenda a una empleada administrativa de la Unidad Arancelamiento para que con los troquelados de turno registre la asistencia. Es esta empleada quien controla la asistencia de los pacientes y los vuelca al sistema informático. Las agendas en papel pasan diariamente a la División Estadísticas y se eliminan al día siguiente. Los datos que se envían para el Movimiento Hospitalario se cargan directamente del sistema informático, con excepción de las interconsultas que se reciben manuscritas por el profesional actuante y se cargan en la Sección Recolección y Elaboración de Datos.

Comentarios de la Auditoría:

Una vez guardados los datos ingresados a la base informática, éstos no deberían poder modificarse sin que quede asentado día y hora del cambio realizado. El profesional tratante completa en forma manuscrita una "Planilla Diaria" donde figuran los datos del paciente, su asistencia y el diagnóstico, y registra la asistencia consignando una "C" en la agenda informática y/o en papel. No todos los profesionales firman esta planilla ni registran el diagnóstico correspondiente. La diversidad de opciones para confirmar al paciente asistido hace que esta metodología no sea confiable.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior

Recomendación E.7) Generar procedimientos que permitan registrar los pacientes sin atender, a efectos de determinar la magnitud, composición y servicio del rechazo de pacientes (punto D.10).

Observación D.10) El sistema no cuenta con la posibilidad de determinar la cantidad de pacientes que, habiendo llegado al establecimiento, por distintas razones no accedieron a la atención ambulatoria ("rechazo de pacientes"). En efecto, cuando un paciente se presenta a solicitar un turno programado (el cual puede ser otorgado solamente hasta 30 días después de la fecha de solicitud) y no existen turnos disponibles, el sistema no prevé un registro que permita cuantificar dicha magnitud.

Comentarios del organismo auditado:

La demanda insatisfecha asciende al 20% en promedio diario, y la mayoría corresponden a vecinos del hospital que no llegan a obtener un turno espontáneo o programado, debido a la gran cantidad de gente que llega del conurbano bonaerense en horas tempranas.

En el Hospital un Grupo de Calidad, integrado por Profesionales del mismo lugar y con la colaboración de algunas Voluntarias, realizaron 2 encuestas de satisfacción entre el público concurrente a los Consultorios Externos, para determinar la "demanda no asistida". Fueron tomadas en los años 2001 y 2002. Sus resultados fueron los siguientes:

Año 2001: Metodología: encuesta autoadministrada – Muestra: 1988 formularios – Demanda no asistida: 237 pacientes (11,92%)

Año 2002: Metodología: encuesta personalizada – Muestra: 2934 personas encuestadas – Demanda no asistida: 1436 (49%).

Comentarios de la Auditoría:

La Sección Recolección y Elaboración de Datos Estadísticos elabora periódicamente un informe donde se determina la cantidad de turnos otorgados vs. la cantidad de pacientes atendidos, por Especialidad y por Médico. No existe ningún tipo de registro de "demanda insatisfecha" de pacientes ambulatorios.

Con respecto a las encuestas realizadas en los años 2001 y 2002 se emplearon distintas metodologías para la recolección de las muestras, por lo tanto los datos arrojados carecen de confiabilidad. Los datos relevados fueron entregados a la



Dirección del Hospital, sin que hasta la fecha se hayan ejecutado cambios para lograr una mejora de calidad en la atención de los pacientes ambulatorios.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior. Contar con información en todo lo que sea otorgamiento de turnos, tiempo de espera y demanda insatisfecha, permitiría a la Dirección del Hospital mejorar la gestión, debiendo poner mayor énfasis en su implementación.

Recomendación E.8) Dar cumplimiento a la Resolución 356/SS/96 a fin de dotar a la dirección del hospital de una importante herramienta de evaluación de su gestión (punto D.11).

Observación D.11) Tal como se expone en el punto C.3), la Comisión de Evaluación de la Gestión Hospitalaria (CEGH) no celebró reuniones durante el año 2000 y hasta el 1° de marzo del 2001.

Comentarios del organismo auditado:

El CEGH tiene actualmente muy pocos integrantes, y por lo tanto debió restringir sus actividades a evaluar, gastos, insumos y otras situaciones impostergables. No se lleva un registro de lo tratado.

Comentarios de la Auditoría:

El CEGH funciona eventualmente ya que muchos de sus miembros se fueron retirando de la Institución y hasta el momento no fueron reemplazados. No se lleva Libro de Actas de las reuniones realizadas.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación. Se recomienda jerarquizar la función del Comité de Evaluación de la Gestión Hospitalaria e implementar los medios necesarios para exigir el cumplimiento de las reuniones, volcar en Libro de Actas sus conclusiones y proponer mejoras en la calidad de la atención al paciente.

Recomendación E.9) Reorganizar la atención en Consultorios Externos durante toda la franja horaria disponible (de 7 a 20 hs) a fin de maximizar los recursos profesionales y materiales disponibles (punto D.12).

Observación D.12) La oferta profesional y las horas de consultorio se concentran en el turno matutino, con la consiguiente creación de "cuellos de botella" en la atención de los pacientes, generando una subutilización de las horas y espacios disponibles de consultorios externos.

Se observó que en los servicios de Clínica médica, Ortopedia y Traumatología, Urología y Neumonología sólo se destina a Consultorios Externos entre el 25 y el 39% del total de horas médicas programadas. El resto de las horas se dedican a otras actividades (interconsultas, prácticas, conducción, docencia e investigación).

Comentarios del organismo auditado:

La educación sanitaria de la población hace que el mayor caudal de gente concurra en horas de la mañana, y además la "cultura médica" sostenida a través de los años hace difícil que cambien sus horarios aquellos profesionales con muchos años en el Hospital.

Comentarios de la Auditoría:

El horario de atención de los Consultorios Externos continúa siendo principalmente durante la mañana, no realizando una redistribución horaria en la atención de los pacientes ambulatorios. Esto provoca una gran aglomeración de público, con falta de espacio y de asientos para los pacientes que concurren al hospital desde las 06 hs., generando desorden y discusiones entre los pacientes y el personal del nosocomio.

Actualmente se aplican a la atención de Consultorios Externos un 28.56 % del total de horas médicas, incluidas las prácticas realizadas.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior, debiendo los hospitales dar cumplimiento a la Ley 152/2000.

Recomendación E.10) Agilizar el otorgamiento de turnos y reducir los tiempos de espera, y propiciar la capacitación de los agentes a fin de que se integren sin dificultades al sistema (punto D.13)

Observación D.13) De la encuesta telefónica mencionada en B.12)⁷ surge:

- 16,7% de los pacientes se quejó de la demora en el otorgamiento de turnos (los pacientes deben concurrir a las 5 ó 6 hs de la mañana, y los turnos se otorgan con tiempos de espera de entre 15 y 30 días según la especialidad —fundamentalmente Clínica Médica, Ginecología, Cirugía Plástica, Oftalmología y Dermatología —).
- 89,4% de los pacientes consideró excelente o muy buena la atención recibida de los profesionales.

Comentarios del ente auditado:

La demanda insatisfecha asciende al 20% en promedio diario, y la mayoría corresponden a vecinos del hospital que no llegan a obtener un turno espontáneo o programado, debido a la gran cantidad de gente que llega del conurbano bonaerense en horas tempranas. La demanda potencial que se recibe (entre 1000 y 1300 pacientes diariamente) no está acorde con la cantidad de recurso físico y humano que tiene el hospital.

Comentarios de la Auditoría:

⁷ B.12) Encuesta telefónica a pacientes incluidos en las planillas de turnos del día 20-12-00, a fin de verificar asistencia, fecha de solicitud de turno, calidad de la atención recibida (en un rango definido por esta Auditoría como excelente- muy buena- buena- regular- mala), quejas y observaciones.

La encuesta alcanzó a 119 pacientes residentes en Capital Federal y Gran Buenos Aires, que representan el 13,3% de los incluidos en las citadas planillas, habiéndose obtenido respuestas de 66 pacientes (55,45% de la muestra).

Concurren diariamente al hospital aproximadamente 1.100 personas en busca de turnos para Consultorios Externos, mientras que solamente pueden otorgarse alrededor de 450 turnos diarios.

Las agendas médicas para turnos programados se abren a 30 días. Los turnos espontáneos se otorgan a partir de las 07 hs. y se agotan alrededor de las 09 hs. Los Servicios de Psicopatología y Cardiología otorgan directamente los turnos programados.

Los pacientes con demanda urgente son derivados al Servicio de Guardia.

Si bien existe un servicio de entrega de turnos telefónicos, éste no cumple con su objetivo, ya que los mismos se agotan rápidamente con los pacientes que concurren personalmente.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior

Recomendación E.11) Implementar mecanismos que garanticen el adecuado registro de las consultas de pacientes, y el correcto archivo y guarda de las fichas de historia clínica de Consultorios Externos.

Constituir un Comité de Historias Clínicas para normatizar los aspectos técnicos administrativos, evaluar la factibilidad del cumplimiento de lo determinado por la Ley 153 (Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires) con relación al establecimiento de la Historia Única, y dictar un sistema de auditoría de las mismas (punto D.14)

Observación D.14) De las 43 fichas de historia clínica solicitadas, 15 (34,9%) no fueron localizadas. Examinadas las 28 restantes, 9 (32,1%) no tenían registro de la atención por parte del profesional. Conforme surge del acta N° 617 de fecha 9 de Noviembre de 2000 del Comité Asesor Técnico Administrativo (CATA), no se cumple con las normas respecto a las Historias Clínicas.

Comentarios del organismo auditado:

El Comité de Historias Clínicas desarrolla su actividad desde el año 1999. Este Comité lleva registro de sus reuniones y de lo actuado en un libro foliado. Se organizan charlas de capacitación para Médicos Concurrentes y Residentes sobre "Responsabilidad Profesional" y "Manejo de Historias Clínicas". Por el momento se está trabajando sobre las H.C. de internación exclusivamente.

El Hospital cuenta con Historia Clínica Informatizada donde se registran todos los datos necesarios, pero sin firma digitalizada del profesional actuante. Ante todo pedido judicial, se imprime la H.C. y el profesional tratante lo firma de puño y letra.

El Archivo Informático queda guardado en el servidor del sistema y se realiza un back-up diario.

Comentarios de la Auditoría:

Se solicitaron en ESTADISTICA un listado de Agendas Médicas, las cuales comprendían la 1° semana del mes de julio de 2003. De las mismas se eligieron en forma aleatoria 50 H.C. de 5 especialidades: CLINICA MEDICA -

1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1070
1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078
1079
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1090
1091
1092
1093
1094
1095
1096
1097
1098
1099
1100

OFTALMOLOGÍA – CIRUGÍA PLÁSTICA – TRAUMATOLOGÍA
GINECOLOGÍA. Se pidieron 10 H.C. de cada una.
Sobre 50 H.C. se entregaron 34 (68%)

	ENTREGADAS	NO ENTREGADAS
INFORMATIZADAS: Clínica Médica	= 10 H.C.	
EN "PAPEL": Cirugía Plástica	= 1 H.C.	9
" " Ginecología	= 6 H.C.	4
" " Oftalmología	= 4 H.C.	6
" " Traumatología	= 9 H.C.	1
EN CARTÓN OFICIAL: Oftalmología	= 4 H.C.	6
TOTAL	= 34 H.C.	16 H.C

Las 16 H.C. no fueron localizadas por el personal del Hospital en los respectivos archivos.

ANÁLISIS	SI	NO
Edad	55,88%	44,12%
Atendido	58,82%	41,18%
Firma	47,06%	52,94%
Sello	44,12%	55,88%
Fecha consulta	70,59%	29,41%

Sumaron un 26,47% las Consultas de Primera Vez y un 73,52% las Ulteriores.
Las Historias Clínicas en sus diferentes modalidades (informatizadas, manuscritas en fichas de papel o cartón oficial) no cumplen con los requisitos básicos en cuanto a su confección .

El hospital se encuentra transitando un período de cambio con respecto al manejo de las Historias Clínicas, ya que comenzó a informatizarse el Sector de Consultorios Externos en el año 1998. Actualmente el registro informático no lleva firma digitalizada del profesional actuante. A su vez algunos Servicios aún llevan los registros sólo en papel, otros en papel e informatizados y finalmente otros registran todas las atenciones médicas en la base informática. La especialidad de Cirugía Plástica solamente confecciona H.C. en algunos casos que consideran necesarios.

Cada especialidad posee sus propios archivos de H.C. en papel, y no está normatizado el circuito de las mismas, ni las personas responsables de su movimiento. No existen medidas de seguridad que resguarden este documento, tanto en sus movimientos de circulación como en su archivo.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación.

Recomendación E.12) Poner en funcionamiento un sistema de altavoces para el llamado de los pacientes de Consultorios Externos en espera de su atención y para los pacientes no videntes. Instalar indicadores visuales electrónicos en la sala de espera que muestren los números de turno y de consultorio para los pacientes con dificultades auditivas (punto D.15).

Observación D.15) El sistema de parlantes para llamar a los pacientes por su turno es obsoleto y no funciona. Esto provoca aglomeraciones de los pacientes junto a las puertas de acceso a los consultorios para poder escuchar cuando son llamados, generando situaciones de incomodidad y desorden.

Comentarios del organismo auditado:

El Hospital no cuenta con indicadores luminosos de turnos, y los altoparlantes funcionan con deficiencias.

El Hospital abre las puertas a las 06 hs. y al ingresar los pacientes se van ordenando solos frente a las ventanillas correspondientes. No cuenta con Consultorio de Médico Orientador, por lo que los empleados administrativos de Ventanilla de Turnos son quienes definen la especialidad médica que atenderá al paciente cuando éste tiene alguna duda.

Al agotarse los turnos para el día se informa al público por parlantes.

Comentarios de la Auditoría:

Existe un sistema de altavoces para el llamado de los pacientes. Habitualmente funciona con deficiencias técnicas. Por este medio también se informa al público cuando se agotan los turnos espontáneos y los programados.

El Hospital no cuenta con medios básicos para orientar al público y de esta forma ordenar la tarea y mejorar la calidad de atención.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior

Recomendación E.13) Respecto del área informática, y con relación al otorgamiento de turnos, hacer obligatorio tipear la clave para ingresar al sistema, y dotar las claves con características que permitan resguardar adecuadamente la información (caducidad periódica de las claves y de los usuarios, obligatoriedad del uso de claves, mínimo de 8 caracteres mezclados alfanuméricos y especiales, archivo de claves encriptado) e impedir que usuarios no autorizados tengan acceso a los archivos donde están alojadas las bases de datos (punto D.16).

Observación D.16) Respecto del otorgamiento de turnos, para ingresar al sistema no es obligatorio tipear la clave, basta con tener nombre de usuario. Además, el sistema de claves es insuficiente para resguardar la integridad de la información; por ejemplo, es posible tener acceso a todos los archivos, incluyendo la base de datos, sin password y con los atributos de control total (crear, modificar, borrar).

Comentarios del organismo auditado:

Comentarios de la Auditoría:

- Es obligatorio tipear la clave para ingresar al sistema (Cumplido)
- No hay un sistema de caducidad de claves periódica (No cumplido)
- Es obligatorio el uso de claves (Cumplido)
- Las claves tienen como mínimo 8 caracteres alfanuméricos (Cumplido)
- No se encriptan los archivos de claves (No cumplido)
- Se impide que los usuarios tengan acceso a los directorios donde se alojan las bases de datos (Cumplido).

Conclusión de la Auditoría:

Se mantienen parcialmente la recomendación anterior

Recomendación E.14) Respecto del área informática, y con relación a la seguridad física y lógica, elaborar un manual de políticas de seguridad y planes de evacuación, instalar extinguidores de incendios y otras medidas de seguridad a fin de evitar accesos físicos no autorizados (punto D.17).

Observación D.17) Respecto de la seguridad física y lógica, se detectó la inexistencia de manual de políticas de seguridad, planes de evacuación, extinguidores y adecuadas medidas de seguridad de acceso para proteger al centro de cómputos.

Comentarios del organismo auditado:

Comentarios de la Auditoría:

- No se elaboró un manual de políticas de seguridad (No Cumplido).
- No se confeccionó un plan de evacuación.(No Cumplido)
- No se instalaron extintores de incendio.(No Cumplido)
- No se colocaron medidas de seguridad para evitar el acceso físico al Centro de Cómputos. (No Cumplido).

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior

Recomendación E.15) Elaborar las normas y procedimientos para el desempeño de funciones del personal de enfermería, y confeccionar estándares respecto de complicaciones evitables, con el objeto de poder evaluar la calidad de la atención a través del análisis de indicadores (puntos D.18 y 21).

Observación D.18) No existen manuales de técnicas y procedimientos en el área.

Observación D.21) El departamento de Enfermería no tiene indicadores de evaluación de calidad y confección de estándares respecto de complicaciones evitables (por ejemplo abscesos glúteos, escaras, flebitis) atribuibles a la práctica de enfermería.

Comentarios del organismo auditado:

El Departamento de Enfermería desarrolló un manual de normas y procedimientos para el desempeño de funciones de su personal e indicadores de calidad

Comentarios de la Auditoría:

El Departamento de Enfermería desarrolló Manuales de Normas y Procedimientos internos, los que se actualizan periódicamente y contienen las prácticas más habituales que se realizan a diario. Este Manual se encuentra grabado en un CD, al que aún falta incorporar lo referido a Guardia, Pediatría y UTI. Todos los office de enfermería tiene una PC y están interconectadas en red.

Se está trabajando sobre Normas de Calidad, tomándose como referencia: úlceras, flebitis, abscesos glúteos y escaras.

La falta de personal en este Departamento y la sobrecarga de tarea que se realiza por Módulos dificulta el mayor desarrollo de los objetivos de capacitación y normatización de la actividad.

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene parcialmente la recomendación anterior

Recomendación E.16) Incorporar personal profesional de enfermería y replantear la metodología de trabajo por módulos de enfermería, considerando que actualmente se incurre en un mayor costo a través su utilización e incide negativamente en la calidad de atención (puntos D.19 y 20).

Observación D.19) La relación entre cantidades de enfermeros profesionales y auxiliares es baja: 0,6 profesionales por cada 1 auxiliar; el coeficiente recomendado en bibliografía especializada⁸ 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.20) La dotación de agentes resulta insuficiente; de acuerdo al número de camas de dotación (92), son necesarios 36 enfermeros profesionales adicionales. El personal faltante se cubre mediante el pago de módulos (horas extras), lo cual implica alargamiento en la jornada de trabajo en desmedro de la calidad de la atención de los pacientes.

Comentario del ente auditado:

Actualmente la relación es de 40 % de Enfermeras Profesionales y 60% de Auxiliares.

Se necesitarían 76 Enfermeras más, ya que hace 30 años el Hospital contaba con 145 Enfermeras para 86 camas mayormente de baja complejidad. Hoy existen 105 camas, de las cuales 6 son de UTI con 1 de aislamiento, 5 de UCO, 30 de Cuidados Intermedios, y se sumaron camas que se fueron complejizando en Cuidados Progresivos.

⁸ "Auditoría Médica" de Aranguren y Rezzónico, editado por Fundación Favaloro

El Hospital utiliza aproximadamente entre 900 y 1300 módulos mensuales. Los meses de mayor licencia, y por lo tanto de mayor uso de módulos son: Enero, Febrero, Marzo y Julio.

Los módulos se programan mensualmente, ya que en gran medida se utilizan para cubrir vacantes, también para solucionar imprevistos.

Las planillas de módulos mensuales se confeccionan en el Departamento de Enfermería desde el día 25 del mes en curso hasta el 24 del mes siguiente.

Los módulos de 21 a 07 hs. se pagan doble, es decir que las 10 hs. trabajadas se consideran 20 hs., y como los módulos son de 7 hs. (en este ejemplo) equivale a 3 módulos, acumulando 1 hs. a favor del agente.

Los módulos pueden ser de 6 hs. y valen \$ 28 ó de 7 hs. a \$33. Los mismos son programados por los Supervisores de los diferentes servicios, de acuerdo a la necesidad operativa. El control lo realiza la Jefatura de Departamento de Enfermería, quien confecciona una planilla interna y otra que eleva a Recursos Humanos. Con las firmas de Jefa de Enfermería, Jefe de RRHH y Director Médico, se eleva a la Secretaría para su liquidación mensual.

Comentarios de la Auditoría:

Existen cargos vacantes en el Departamento de Enfermería por los que se han elevado las notas pertinentes, sin haber recibido a la fecha de la realización de este informe respuesta favorable por parte de los estamentos superiores.

De la relación mencionada por el organismo auditado, la misma no coincide con la información suministrada por el mismo y relevada por esta Auditoría⁹.

La falta de personal de Enfermería se cubre con el sistema de módulos, aunque ellos fueron creados para solucionar situaciones de emergencia, imprevistos o licencias ordinarias. De esta manera se generan gastos innecesarios, ya que el personal que habitualmente realiza módulos sufre fatiga laboral que se refleja en un mayor índice de ausentismo por enfermedad y una deficiente atención a los pacientes.

Ante la mayor demanda que hoy recibe el Hospital, la complejización de la atención de la internación y los métodos diagnósticos cada vez más sofisticados, es imprescindible la jerarquización de la función de Enfermería, y por lo tanto es indispensable cumplimentar los nombramientos necesarios con personal adecuadamente capacitado para la tarea.

La profesionalización de las Auxiliares, la cobertura de los puestos vacantes y la capacitación continua deberían ser medidas a implementarse en el corto plazo.

Del mismo modo debería definirse una política de reducción progresiva de módulos, quedando en el mediano plazo como una herramienta necesaria sólo para cubrir situaciones imprevistas.

⁹ Nota al pie nº 2

Cuadro descriptivo de cantidad de módulos

Período	Módulos liquidados	Promedio mensual de módulos liquidados	Valor promedio de los módulos liquidados	Monto liquidados mensualmente (promedio)	Sueldo Básico promedio de enfermería (fecha ingreso actual)	Cantidad de enfermeras a ingresar compensando el gasto mensual en módulos
25/1/2003 al 24/1/2004	13.039	1.087	\$ 30	\$ 32.610	\$ 650	50 enfermeras

Conclusión de la Auditoría:

Se mantiene totalmente la recomendación anterior, dando cuenta del gasto presupuestario que en materia de módulo hace el hospital, que cubriría casi el número de enfermeras solicitadas por el ente auditado.

5. CONCLUSIONES

De la revisión efectuada a las recomendaciones referidas al Informe de Auditoría realizado en el Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, se concluye que las mismas fueron consideradas sólo parcialmente debiendo la Secretaría de Salud, en lo atinente a la adecuación de la planta y la confección de manuales de organización y procedimientos y el Hospital, en lo relativo a control administrativo e informático, registros y evaluación de la gestión hospitalaria, considerar las recomendaciones efectuadas.


Lic. MATÍAS BARROETA
Presidente
Auditoría General
de la Ciudad de Buenos Aires

Departamento Asesorías Técnicas
INFORME FINAL 22
de la
Auditoría Genl. de la Ciudad de B. A.