

INFORME FINAL DE AUDITORÍA CON INFORME EJECUTIVO

Proyecto 03.09.04

**Seguimiento de observaciones correspondientes al
proyecto 3.06.05b Auditoría de Gestión del Hospital de
Oncología María Curie – Período 2005/2006.**

Auditoría de Seguimiento

Período 2008

Buenos Aires, Junio de 2010

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**AV. CORRIENTES 640 - 5TO. PISO -
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

Presidenta

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Lic. Josefa Prada

Dr. Juan Carlos Toso

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

CÓDIGO DEL PROYECTO: 03.09.04

NOMBRE DEL PROYECTO: Seguimiento de Observaciones correspondientes al Proyecto 3.06.05b. Auditoría de Gestión del Hospital de Oncología María Curie – Período 2005/2006.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2008

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Prof. Mario Aiscurri

Supervisor: C.P. Mario Eduardo Lef

Colaboración técnica: Ramón Martínez Remacha

OBJETIVO: Determinar si la entidad auditada ha adoptado acciones correctivas oportunas y apropiadas.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, 30 de Diciembre de 2009
Código del Proyecto	03.09.04
Denominación del Proyecto	Seguimiento de observaciones correspondientes al proyecto 3.06.05b Auditoría de Gestión del Hospital de Oncología María Curie – Período 2008. - Auditoría de Seguimiento.
Período examinado	2008
Objetivo de la auditoría	Determinar si la entidad auditada ha adoptado acciones correctivas oportunas y apropiadas.
Alcance	Procedimientos generales: 1) Entrevistas con funcionarios de la Dirección del Hospital y distintos responsables de áreas vinculadas al desarrollo de las tareas de auditoría. 2) Revisión y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría. 3) Solicitud y análisis de información actualizada de los datos necesarios para verificar cuestiones relacionadas con las áreas pertinentes. 4) Determinación de distintas muestras destinadas a verificar documentación y registros. 5) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales. Procedimientos específicos: 1) Verificación en el lugar de entrega de turnos, monitoreando el circuito durante diferentes días. 2) Medición de los indicadores a efectos de constatar

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	horas médicas y tiempo promedio de atención de consultas. 3) Construcción de los indicadores referidos a producción quirúrgica en relación a utilización de los quirófanos, a los tiempos de espera y al personal necesario para la implementación de las cirugías. 4) Elaboración de una grilla de distribución del personal de enfermería en los distintos turnos en relación a las camas disponibles. 5) Verificación del cumplimiento por parte del hospital de la utilización de las guías de atención para patologías oncocinecológicas a través del análisis de historias clínicas. 6) Verificación de los niveles de stock de farmacia y el funcionamiento del sistema de registro informático general. 7) Comprobar las características de los convenios firmados por el Ministerio de Salud con la empresa a la que son derivados los pacientes del hospital. 8) Actualizar registros de tiempos de espera en los consultorios de Tomografía y situación del personal afectado al sector. 9) Situación actual de los protocolos de investigación, canalizando a través de los distintos Comités del hospital las políticas llevadas a cabo desde la anterior auditoría hasta la fecha. 10) Análisis de la carga horaria del recurso humano, en horas normales y extras, y de donde provienen los recursos con los que se abonan. 11) Circuito referido a Guardia Fuera de Dotación, su
--	---

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	diferencia con Suplencia de Guardia. 12) Verificación de los legajos de personal, su actualización. 13) Comprobar la actual situación del control del circuito de facturación y cobranzas. 14) Actualizar la situación de los circuitos de los residuos patogénicos, sus protocolos y los registros de inspecciones. 15) Verificación de las normas de bioseguridad en el Servicio de Limpieza, tipo de supervisión y control de cumplimiento.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Desde el 9 de marzo y el 27 de noviembre de 2009.
Aclaraciones previas	1. Con fecha 9 de Marzo de 2009, se solicitó por Nota N° 460/09 al Director del Ente, Dr. Ricardo Jorge Losardo, las respuestas puntuales a cada una de las observaciones vertidas en el Informe de Auditoría 3.06.05b dando cuenta de las modificaciones que se hallan producido y/o implementado hasta la fecha tendientes a dar solución a la temática observada. 2. Con fecha 17 de Marzo de 2009, se recibe respuesta a la Nota N° 460/09. Menciona que el día 13 de Marzo del corriente año se produjo un cambio de autoridades en el Hospital de Oncología María Curie, contestando esta nota el nuevo Director Dr. Guillermo J. Temperley, dando cuenta de las modificaciones producidas e implementadas por el Hospital a posteriori del Informe de Gestión. 3. A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por los responsables del Hospital de Oncología María

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Aclaraciones previas	Curie sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría, se utilizarán los siguientes criterios de calificación de las observaciones realizadas en el informe de origen haciendo referencia al grado de avance de la situación: ✓ Grado de avance no satisfactorio (para el caso en que el ente auditado no haya iniciado modificaciones a partir de la observación realizada, o, en caso de haberlas realizado, éstas no sean satisfactorias). Se mantiene la observación. ✓ Grado de avance incipiente (para el caso en que el ente auditado haya iniciado modificaciones siguiendo la observación realizada por el equipo auditor, pero éstas no resulten suficientes). ✓ Grado de avance satisfactorio (para el caso en que el ente auditado haya resuelto la observación). Se resolvió la observación.
Observaciones	A. <u>RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:</u> <u>Consultorios Externos</u> De los procedimientos realizados se pudo constatar que funciona un nuevo circuito de entrega y confirmación de turnos, que facilita la recepción y atención del paciente de manera más ágil y eficaz. La espera promedio de los pacientes entre la confirmación del turno y la atención, oscila entre los 45 y 90 minutos, dependiendo del servicio, el estado clínico y las características de los estudios del paciente. <u>Producción de Cirugía</u> El aumento porcentual del diagnóstico precoz en patologías oncológicas ha posibilitado el incremento del tratamiento quirúrgico de dichas patologías y por ello la mayor cantidad de pacientes sometidos a Intervenciones Quirúrgicas (IQ). El número de intervenciones efectuadas por los profesionales de los

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	servicios quirúrgicos depende de la complejidad de las cirugías que se realizan. Las IQ tienen una duración que oscila entre 1.30 y 5.30 hrs. Por tal motivo un único indicador no puede dar cuenta de la productividad de los servicios quirúrgicos. Las entrevistas efectuadas a los responsables de los Servicios, confirmaron el tiempo de espera. Se debe tener en cuenta que el mismo no depende sólo del servicio que realizará la práctica, sino también de los servicios que efectúan los estudios prequirúrgicos (Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Cardiología entre otros) y del estado general de los pacientes. La patología atendida en el Hospital Municipal de Oncología María Curie (HMOMC), requiere la realización de estudios complementarios de mayor complejidad que la requerida para IQ en patologías prevalentes de Hospitales Generales de Agudos, y en no pocos casos, el estado general de los pacientes requiere de tratamientos complementarios para posibilitar una cirugía exitosa. <u>Farmacia</u> Se verificó de acuerdo con los procedimientos realizados en el Área de Reconstitución y Dispensación de Antineoplásicos dependiente de la Unidad Farmacia, que no existen registros que aseguren la incorporación de drogas oncológicas al patrimonio del Hospital, en los casos de suspensión de tratamiento o donaciones. <u>Acelerador lineal</u> De los procedimientos efectuados se verificó que no existe demanda insatisfecha en cuanto al número de derivaciones del Hospital a CETRO S.A. Sin embargo, existe demora en la iniciación de los tratamientos a realizar por dicho Centro, la misma oscila entre 25 a 30 días, lo razonable según los profesionales del Hospital, sería que la espera no debería superar los 20 días.
--	--

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Observaciones	No se cumple la cláusula tercera del convenio convalidado por el Decreto N° 1640/2004, que contempla 30 aplicaciones diarias los 365 días del año, dado que CETRO S.A. no funciona sábados, domingos y feriados. Si se cumpliera con esta cláusula se reducirían los tiempos de espera para iniciación del tratamiento. Las autoridades del Hospital proponen la instalación de un acelerador lineal de última generación, dentro del edificio, manifestando que una renovación tecnológica producirá beneficios terapéuticos en cuanto a la calidad y cantidad de prestaciones. <u>Investigaciones clínicas</u> De los procedimientos efectuados, lectura de libros de Comité de Docencia e Investigación y Comité de Bioética y entrevistas con los Presidentes de ambos Comités y con el Director del Hospital se verificó que desde el período 2005 a la actualidad no se ha realizado ningún protocolo de investigación. No se efectuó por parte de las autoridades del hospital revisión de lo actuado en los protocolos cuestionados en el informe N° 03.06.05b. <u>Nuevo tomógrafo</u> Se incorporó un nuevo tomógrafo, que funciona las 24hrs, aunque la banda horaria para turnos programados es de 8 a 17 hrs. Actualmente se han reducido las demoras para la realización de estudios a 4 días. De los procedimientos realizados en el sector se determinó que se efectuó una redistribución del personal técnico y profesional, sin embargo la misma es insuficiente, debido a la suspensión de las horas cubiertas a través de la figura Guardia Fuera de Dotación. La falta de horas médicas retrasa el diagnóstico. Se necesita para mejorar la eficacia del servicio nombrar personal profesional y técnico, a fin de aumentar la franja horaria de atención y la cantidad de turnos a otorgar y la posibilidad de diagnosticar en tiempo y forma.
----------------------	---

Observaciones	<u>B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA /CONTABLE:</u> Módulos asistenciales: A partir del 1º de Marzo de 2008 por Resolución N° 3326/GCABA/MHGC/08 se regulan los Módulos Asistenciales, reemplazando las Guardias Fuera de Dotación. Por Decreto N° 495/GCABA/09 se establece la creación de nuevos cargos en cantidad suficiente para reemplazar los módulos asistenciales. Hasta tanto se cubran los nuevos cargos, podrán liquidarse módulos en una proporción que no supere los montos liquidados al 31 de Mayo de 2009 . Se constató la modalidad de cubrir la atención de los Servicios a través de horas extras, transgrediendo la Ordenanza N° 14838/58. Los profesionales y técnicos que realizaban Módulos Asistenciales, deben concursar los cargos en sus respectivos hospitales de base. Se verificó el cierre del Servicio de Ecografía, y la disminución de la oferta de prestaciones en otros Servicios. Legajos del personal: Del procedimiento de análisis de legajos de personal profesional y técnico se verificó que: - Los mismos no están foliados ni completos. - En el 62% de los casos no contenía copia de títulos profesionales. - Del 38% de los casos donde sí contenía el título, un 75% no se hallaba la constancia de recepción y copia fiel. - Del 38% de los casos donde sí contenía el título, un 50% no poseía copia de los sellos de legalización o se encontraban ilegibles A partir del análisis de las Planillas de Entradas y Salidas de personal se verificaron las ausencias de los meses de abril y agosto de 2008. Las planillas se encuentran incompletas, por lo cual se solicitaron los
-----------------------------	---

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	registros de descuentos por inasistencias, y el Audito¹ por medio de las cuales se filtra la información que proviene de las mismas. Del procedimiento se observó que el 60% de las inasistencias no fueron comunicadas para su descuento, agudizándose la situación descrita en el informe de Gestión nº 3.06.05.b. Los agentes firman su ingreso y salida en Personal y la permanencia es responsabilidad de cada Jefe de Servicio. En el Hospital actualmente no se realiza control de presentismo. Horas extras: Dada la imposibilidad de verificar los días compensados en la Planilla de Entrada y Salida de Personal, se solicitaron los comprobantes de los francos compensatorios, concluyendo que en el 19% de los mismos no están verificadas las horas extras que se compensan. Facturación a Obras Sociales: El Departamento Económico Financiero continúa con la tarea de conciliar los saldos iniciales de deudores. Se está implementando el Sistema Informatizado de Obras Sociales (SIGEHOS), que parte de saldos al 31 de Diciembre de 2008. Los correspondientes a las Obras Sociales, Casas de Provincias, Mutuales y Prepagas aún no fueron consolidados. Se han detectado inconsistencias en los sistemas de registro del sector y fallas en el ambiente de control interno. Se perdió información por deterioro de la planta física en el archivo, verificado por el equipo de auditoría. El hospital no cuenta con documentación respaldatoria de la facturación inicial, tornándose los saldos no verificables. Residuos Patogénicos e Higiene Hospitalaria: El manejo y traslado de Residuos Patológicos así como la limpieza del Hospital se encuentran tercerizados. Se realizó el análisis del circuito
--	---

¹ Formulario que contiene datos del agente, función, lugar y horario de trabajo, novedades, inasistencia y observaciones.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	de los Residuos Patogénicos, determinando la correlación parcial del mismo con la normativa vigente. En el recorrido del circuito se verificaron derrames en el traslado de los residuos que no se limpian inmediatamente, esto incluye los producidos en el ascensor (el mismo no es de uso exclusivo). Se pudo constatar que ni la empresa prestadora del servicio ni la fiscalizadora de GCABA habían provisto ningún tipo de protocolo escrito para realizar la limpieza de las diferentes áreas. Lo observado en el Libro de Actas demuestra que no hay un adecuado sistema de control. El Comité de Infectología posee como función minimizar las infecciones intrahospitalarias, teniendo bajo su control las siguientes áreas: educación en higiene hospitalaria, limpieza del hospital, residuos patogénicos y los servicios especiales (UTI, Quirófano, y Hospital de Día, donde se realizan tratamientos quimioterápicos). A partir de la presencia de la Auditoría el Comité pudo obtener el Manual de Procedimientos de Principios de Higiene Hospitalaria provisto por el Gerente Operacional de la empresa privada SADMITEC LANUSSE S.A. UTE, ya que anteriormente no contaban con el mismo. Este manual incluye normas de control para la limpieza y desinfección de las diferentes áreas. A través de la inspección ocular se ha determinado que el personal de limpieza carece de elementos de protección personal (botas media caña, guantes de goma, delantales impermeables para el manejo de residuos patogénicos, entre otros). No se cumple con los instructivos de orientación en higiene para el personal de limpieza (leyendas como lavado social de manos, y como actuar ante un accidente con fluidos orgánicos). No se cumple con la capacitación del personal del hospital en normas de seguridad e higiene.
--	---

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	Hallazgo de auditoría: Sector de quirófanos: Los problemas de bioseguridad en el sector de quirófano en lo referido a fuga de gases anestésicos ha sido motivo de reiterados reclamos. Se aprobó la adquisición de dos aspiradores quirúrgicos y a la fecha no se dispone de orden de compra ni presupuesto. Unidad farmacia: De los procedimientos realizados se determinó que en el sector no se lleva un inventario por sistema informático, de acuerdo al programa implementado por el Ministerio de Salud. Debido a dificultades de conectividad del sistema, falta de capacitación del personal y desactualización de los códigos vigentes. Ello impide el control digital de medicamentos no oncológicos. El sistema de inventario se lleva en forma manual por medio de fichas estantes y un libro de ingresos y egresos de inventario. El depósito de farmacia no dispone de un único responsable. El manejo operativo del mismo es llevado de manera conjunta por el equipo de farmacéuticos del sector y por los profesionales de la guardia del día. La suspensión de los Módulos Asistenciales determinó que los profesionales que prestaban revista en dicha Unidad dejaran de hacerlo. En el área de reconstitución de citoestáticos que funciona de acuerdo a normas internacionales, faltará personal técnico lo que obligará a la suspensión de turnos. Los concursos de la Jefatura de la Unidad Farmacia y la Sección Droguería, fueron impugnados y se hallan vacantes. Oficina de quejas y reclamos: Se verificó que no se encuentra en funcionamiento. Se constató la existencia de dos libros de Quejas y Reclamos, cuyos últimos registros datan del año 2006.
--	--

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	El actual Director del Hospital informó por nota que decidió suspender el funcionamiento de la Oficina de Quejas y Reclamos. Los mismos se canalizarán vía Dirección. Patologías prevalentes en los trabajadores del Hospital M. Curie De acuerdo a la documentación analizada se observa: A- El incumplimiento de la Ordenanza N° 14838/58 en relación a la cantidad de horas de exposición y controles médicos semestrales, lo que determina la prevalencia de un perfil de morbilidad relacionado a patologías oncológicas en los agentes del Hospital Curie. B- La falta de un área de Seguridad e Higiene de Trabajo según lo prescripto en la Ley N° 19587 y Decreto reglamentario N° 351/PEN/79.
Conclusión	La incorporación de pacientes a la Institución se ha agilizado permitiendo la reducción en el tiempo de espera en Consultorios Externos. Se ha aumentado la productividad de intervenciones quirúrgicas en un 12,75% en relación a las verificadas en la auditoría anterior, no obstante se mantiene elevado el tiempo de espera entre 30 y 60 días dependiendo de cada servicio. Las autoridades del hospital proponen la instalación de un acelerador lineal de última generación en el predio del hospital, dado que una renovación tecnológica producirá beneficios terapéuticos en cuanto a la calidad y cantidad de prestaciones. La incorporación de un nuevo tomógrafo mejoró la calidad de atención y la reducción de los tiempos de espera, no obstante la falta de personal médico y técnico impide el aprovechamiento del funcionamiento del equipo durante las 24 horas . Por no haber efectivizado la creación de nuevos cargos de planta según Decreto N° 495/GCBA/09, continúa funcionando el sistema de módulos asistenciales para cubrir el déficit de horas profesionales,

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

	vulnerando la Ordenanza N° 14.838/58. La documentación administrativa dependiente del Área de Personal, se encuentra incompleta no registrando adecuadamente las novedades diarias, hallándose legajos sin foliar, incompletos, en su mayoría sin copia de los títulos habilitantes. Los saldos deudores de las obras sociales continúan sin conciliación y no disponen de la documentación respaldatoria correspondiente, sin un sistema de control interno adecuado. La ausencia de un eficaz sistema de control del cumplimiento de las normas por parte de las empresas cuyos servicios se encuentran contratados; tanto en higiene hospitalaria como en tratamiento de los residuos patogénicos atentan contra la salubridad de pacientes y personal del hospital. Es necesario resaltar que en los quirófanos se detectaron fugas de gases anestésicos, y que al cierre de la auditoría se aprobó la adquisición de dos aspiradores quirúrgicos, sin disponer aún de presupuesto ni orden de compra. En función a la prevalencia de enfermedades oncológicas de los trabajadores del hospital, superior a la media detectada en hospitales generales de la CABA se recomienda una futura auditoría que contemple esta situación epidemiológica.
--	--

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Informe Final de Auditoría
Proyecto 3.09.04 – Seguimiento de observaciones correspondientes al proyecto
3.06.05b Auditoría de Gestión del Hospital de Oncología María Curie – Período
2008. - Auditoría de Seguimiento.

DESTINATARIO

Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Oscar Moscariello
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Hospital de Oncología María Curie dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA.

Observaciones del Proyecto 3.06.05b y acciones correctivas encaradas por el Organismo.

II. ALCANCE DEL EXAMEN.

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Para la realización de la auditoría se llevarán a cabo los siguientes procedimientos² generales:

- 1) Entrevistas con funcionarios de la Dirección del Hospital y distintos responsables de áreas vinculadas al desarrollo de las tareas de auditoría.
- 2) Revisión y análisis de la normativa relacionada con el objeto de auditoría.
- 3) Solicitud y análisis de información actualizada de los datos necesarios para verificar cuestiones relacionadas con las áreas pertinentes.
- 4) Determinación de distintas muestras destinadas a verificar documentación y registros.
- 5) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales.

Procedimientos específicos:

- 1) Verificación en el lugar de entrega de turnos, monitoreando el circuito durante diferentes días.
- 2) Medición de los indicadores a efectos de constatar horas médicas y tiempo promedio de atención de consultas.
- 3) Construcción de los indicadores referidos a producción quirúrgica en relación a utilización de los quirófanos, a los tiempos de espera y al personal necesario para la implementación de las cirugías.
- 4) Elaboración de una grilla de distribución del personal de enfermería en los distintos turnos en relación a las camas disponibles.
- 5) Verificación del cumplimiento por parte del hospital de la utilización de las guías de atención para patologías oncoginecológicas a través del análisis de historias clínicas.
- 6) Verificación de los niveles de stock de farmacia y el funcionamiento del sistema de registro informático general.

² El detalle analítico de cada procedimiento se incluye en el contenido del Comentario de la Auditoría correspondiente a cada Observación.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

- 7) Comprobar las características de los convenios firmados por el Ministerio de Salud con la empresa a la que son derivados los pacientes del hospital.
- 8) Actualizar registros de tiempos de espera en los consultorios de Tomografía y situación del personal afectado al sector.
- 9) Situación actual de los protocolos de investigación, canalizando a través de los distintos Comités del hospital las políticas llevadas a cabo desde la anterior auditoría hasta la fecha.
- 10) Análisis de la carga horaria del recurso humano, en horas normales y extras, y de donde provienen los recursos con los que se abonan.
- 11) Circuito referido a Guardia Fuera de Dotación, su diferencia con Suplencia de Guardia.
- 12) Verificación de los legajos de personal, su actualización.
- 13) Comprobar la actual situación del control del circuito de facturación y cobranzas.
- 14) Actualizar la situación de los circuitos de los residuos patogénicos, sus protocolos y los registros de inspecciones.
- 15) Verificación de las normas de bioseguridad en el Servicio de Limpieza, tipo de supervisión y control de cumplimiento.

III. ACLARACIONES PREVIAS.

1. Con fecha 9 de Marzo de 2009, se solicitó por Nota N° 460/09 al Director del Ente, Dr. Ricardo Jorge Losardo, las respuestas puntuales a cada una de las observaciones vertidas en el Informe de Auditoría 3.06.05b dando cuenta de las modificaciones que se hallan producido y/o implementado hasta la fecha tendientes a dar solución a la temática observada.
2. Con fecha 17 de Marzo de 2009, se recibe respuesta a la Nota N° 460/09. Menciona que el día 13 de Marzo del corriente año se produjo un cambio de autoridades en el Hospital de Oncología Maria Curie, contestando esta nota el nuevo Director Dr.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Guillermo J. Temperley, dando cuenta de las modificaciones producidas e implementadas por el Hospital a posteriori del Informe de Gestión.

3. A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por los responsables del Hospital de Oncología María Curie sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría, se utilizarán los siguientes criterios de calificación de las observaciones realizadas en el informe de origen haciendo referencia al grado de avance de la situación:
 - ✓ Grado de avance no satisfactorio (para el caso en que el ente auditado no haya iniciado modificaciones a partir de la observación realizada, o, en caso de haberlas realizado, éstas no sean satisfactorias). Se mantiene la observación.
 - ✓ Grado de avance incipiente (para el caso en que el ente auditado haya iniciado modificaciones siguiendo la observación realizada por el equipo auditor, pero éstas no resulten suficientes).
 - ✓ Grado de avance satisfactorio (para el caso en que el ente auditado haya resuelto la observación). Se resolvió la observación.

Las tareas de campo se desarrollarán entre el 9 de Marzo de 2009 y el 27 de Noviembre de 2009.

IV. SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES.

Se adjunta un cuadro correlativo de observaciones, recomendaciones y respuesta del Organismo, a fin de interpretar la secuencia de las respuestas.

A. RELATIVAS A LA GESTIÓN CLÍNICA:

Consultorios Externos

Observación N° 1: El sistema de turnos (entrega y confirmación) utilizado para la prestación del servicio asistencial, no es ágil, sino que perjudica al paciente que va a ser atendido en ese día y al que debe sacar un turno para recibir la atención, produciendo demoras innecesarias. En tal sentido se destaca que, no existen turnos asignados y que

19

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

una vez que el paciente recibe un turno, corre el riesgo de ser atendido en cualquier horario.

Recomendación: Replantear el circuito utilizado para la entrega y confirmación de turnos, a fin de minimizar las demoras ocasionadas por el mismo.

Comentario del Organismo: Se organizó el nuevo circuito, más ágil y cómodo para la entrega y confirmación de turnos para los pacientes ambulatorios con el fin de minimizar las demoras.

Comentario de la Auditoría

De los procedimientos realizados se pudo constatar que funciona un nuevo circuito de entrega y confirmación de turnos, que facilita la recepción y atención del paciente de manera más ágil y eficaz. La espera promedio de los pacientes entre la confirmación del turno y la atención, oscila entre los 45 y 90 minutos, dependiendo del servicio, el estado clínico y las características de los estudios del paciente.

Conclusión: Grado de avance incipiente. Se mantiene la observación nº 1.

Observación N° 2: El resultado obtenido del indicador tiempo promedio de atención por consulta, está por arriba de la media normal establecida (promedio de 15 o 20 minutos) produciendo desvíos importantes (entre 20 y 40 minutos) que repercuten en los tiempos de espera para la obtención de un turno.

Observación N° 3: la productividad de las consultas, de los servicios verificados, resulta baja, en relación a la cantidad de horas médicas que se brindan para la atención. En tal sentido se resalta, que el aumento de las horas producto del uso de la Figura Guardia Fuera de Dotación, no es proporcional a la producción de cada servicio, es decir, mientras dichas horas aumentan, la producción permanece constante o se incrementa lentamente.

Recomendación: Adaptar la cantidad de turnos otorgados en consultorios externos, en función a las horas médicas ofrecidas, con la finalidad de adecuar el tiempo utilizado en la consulta y maximizar la productividad de los servicios. **(Observación 2 y 3).**

Comentario del Organismo: Se realizó una planilla de profesionales para cada especialidad de acuerdo a las horas médicas ofrecidas, ordenando el horario de consultorio externo y mejorando la productividad de las consultas de cada Servicio.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Comentario de la Auditoría

Se llevaron a cabo procedimientos de medición de duración de consulta. De los servicios seleccionados en el informe de Gestión, se analizaron Patología Mamaria, Cirugía General y Ginecología, ya que al momento de esta auditoría Clínica Oncológica y Cobalto Terapia no dependen de Consultorios Externos. En el caso de ginecología fue seleccionado por la demanda prevalente, en el informe anterior fue sólo mencionado.

Se solicitaron las planillas de consultas externas correspondientes a los años 2008 y 2009, y se tomó como caso testigo el mes de marzo de 2009. Para todos los servicios se aplicó la fórmula de Tiempo Promedio de Atención de Consultas Externas (TPACE), que fue utilizada en el informe de Gestión n° 3.06.05.b.

1- Patología Mamaria:

El servicio dispuso para la atención de 128 hrs. médicas mensuales, 3 médicos de planta, y 1 como Guardia Fuera de Dotación, que realizaron 367 consultas.

El tiempo promedio de atención es de 21 minutos por paciente.

El indicador TPACE para el año 2005 era de 27 minutos promedio. **Conclusión:** Grado de avance satisfactorio para este servicio.

El promedio de consultas atendidas por cada médico es de 6,11 pacientes (367 consultas/20 días/ 3 médicos).

El promedio consultas médicas para el año 2005 era de 4.6 pacientes por profesional.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio para este servicio.

2-Cirugía General:

El servicio dispuso para la atención de 244 hrs. médicas mensuales, 2 médicos de planta y 5 guardias fuera de dotación, que realizaron 382 consultas. El tiempo promedio de atención es de 38 minutos por paciente.

Dado que el indicador TPACE para el año 2005 era de 49 minutos promedio, y el tiempo promedio actual es de 38 minutos.

Conclusión: Grado de avance incipiente. Se mantiene la observación n° 2 para este servicio.

El promedio de consultas atendidas por cada médico es de 6.82 (382 consultas/8 días/ 7 médicos).

El promedio consultas médicas para el año 2005 era de 5 pacientes por profesional.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Conclusión: Grado de avance satisfactorio para este servicio.

3- Ginecología:

El servicio dispuso para la atención de 288 hrs. médicas mensuales, 8 médicos, de los cuales 2 son de planta y 6 como Guardia Fuera de Dotación, que realizaron 997 consultas.

El tiempo promedio de atención es de 17 minutos.

El promedio de consultas atendidas por cada médico es de 6,23 pacientes (997 consultas/16 días/ 8 médicos).

En el Informe de Gestión en este servicio no se aplicó el indicador mencionado y el tiempo promedio actual está dentro de la media establecida.

Evaluación General: Grado de avance satisfactorio. Se levantan las observaciones nº 2 y nº 3.

Producción de Cirugía

Observación N° 4: La producción quirúrgica de los servicios señalados, es baja, en relación a la cantidad de profesionales intervinientes y los días de quirófano disponible. Asimismo, el cálculo de prácticas quirúrgicas mensuales por profesional no alcanza las 3 cirugías por mes.

Recomendación: Extender el horario de utilización de los quirófanos, a fin de optimizar su uso y maximizar la producción del recurso humano médico en concordancia con el resto del recurso humano necesario.

Comentario del Organismo: Se habilitó el turno de la tarde en quirófano para optimizar y reducir la espera quirúrgica, disponiendo de anestesistas, cirujanos e instrumentadoras en dicho turno.

Observación N° 7: El tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas, no es razonable en comparación con estándares (30 días) o valores de referencia de otros nosocomios (20 días), marcando un desvío significativo (37% del valor estándar y 49% del valor de referencia) que repercute en la pérdida de oportunidades.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Recomendación: Ajustar los tiempos de espera obtenidos, a estándares o valores de referencia, a fin de disminuir la pérdida de oportunidades para el logro del objetivo básico del tratamiento: la curación y la prolongación de vida.

Comentario del Organismo: Se mejoran los tiempos de espera en la atención médica, reordenando el consultorio externo, gracias a la designación de un jefe de consultorios externos, cargo que se encontraba vacante desde hace años y que se dedicó a dicha tarea. Por otra parte, se agregaron turnos vespertinos a quirófano.

Comentario de la Auditoría

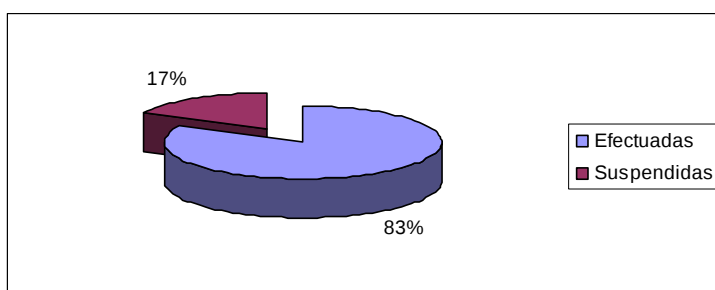
Departamento de Cirugía: Análisis de los datos obtenidos en los procedimientos efectuados.

Cirugías del período analizado (agosto y noviembre 2008, febrero y mayo 2009):

Total: 803

Suspendidas: 140

Efectuadas	663	82,57%
Suspendidas	140	17,43%
Total	803	100,00%



De acuerdo a los datos analizados en la muestra seleccionada, el promedio mensual de cirugías efectivamente realizadas es de 165.75, lo que representa un incremento del 12.75% en relación a las intervenciones quirúrgicas verificadas en el Informe Final de Gestión 3.06.05 (147 cirugías promedio mensuales) con igual número de quirófanos en actividad y menor cantidad de horas médicas.

El tiempo de espera se mantiene constante entre 30 y 60 días, dependiendo de cada servicio.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio. Se levanta la observación nº 4.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”
Grado de avance incipiente. Se mantiene la observación n° 7

Comentario adicional

El aumento porcentual del diagnóstico precoz en patologías oncológicas ha posibilitado el incremento del tratamiento quirúrgico de dichas patologías y por ello la mayor cantidad de pacientes sometidos a Intervenciones Quirúrgicas (IQ).

El número de intervenciones efectuadas por los profesionales de los servicios quirúrgicos depende de la complejidad de las cirugías que se realizan; en función de dicha complejidad, las IQ tienen un tiempo de duración que oscila entre 1.30 y 5.30 hrs. Por tal motivo un único indicador no puede dar cuenta de la productividad de los servicios quirúrgicos.

Las entrevistas efectuadas a los responsables de los Servicios, confirmaron el tiempo de espera. Se debe tener en cuenta que el mismo no depende sólo del servicio que realizará la práctica, sino también de los servicios que efectúan los estudios prequirúrgicos (Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Cardiología entre otros) y del estado general de los pacientes.

En el caso de la patología atendida en el Hospital Municipal de Oncología María Curie (HMOMC), se deben realizar estudios complementarios de mayor complejidad que la requerida para IQ en patologías prevalentes de Hospitales Generales de Agudos, y en no pocos casos, el estado general de los pacientes requiere de tratamientos complementarios para posibilitar una cirugía exitosa.

Observación N° 5: La distribución del recurso humano de Enfermería se concentra en el turno noche de los días hábiles. Sin embargo, durante ese horario el paciente requiere de menor atención, descuidándose la misma, en horario matutino y vespertino donde se requiere de una actividad más dinámica. Para fines de semana y feriados, el recurso humano asignado resulta escaso.

Recomendación: Redistribuir el Recurso Humano de Enfermería en función a la cantidad de camas disponibles por áreas de internación y horarios de mayor actividad, que garanticen la adecuada utilización de dicho recurso. (Observación 5)

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Comentario del Organismo: A pesar del déficit de agentes en el área de enfermería (unos 80 aproximadamente), se comienza a redistribuir el Recurso Humano de Enfermería en función de la cantidad de camas disponibles y de la atención requerida, a los efectos de optimizar dicho Recurso Humano.

Comentario de la Auditoría

Departamento de enfermería

Del análisis efectuado se determinó que la distribución del recurso humano de enfermería representa en la planificación semanal, para los turnos matutino, tarde y vespertino un 74% (122 agentes) y para el turno noche un 26% (43 agentes). Este resultado indica que se ha modificado la tendencia a la concentración del recurso humano en el turno noche de los días hábiles.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio. Se levanta la observación nº 5.

Comentario adicional

El número de enfermeras continúa siendo insuficiente. Se cerró la sala de Cuidados Especiales (paliativos), distribuyéndose los 18 agentes de enfermería, en otros servicios. Los nombramientos realizados en el año 2007 (20 enfermeras), no lograron incrementar la cantidad de horas disponibles, producto de aquellos agentes con licencia prolongada por enfermedad, por jubilaciones y por los óbitos producidos hasta la fecha. A partir de octubre de 2009 se nombran 51 enfermeras, con contratos cuyo vencimiento se produce el 31 de diciembre del corriente año.

Guías de atención

Observación N° 6: Existe escaso cumplimiento (10%) de las guías de atención estipuladas para patologías oncoginecológicas.

Recomendación: Realizar auditorías de historias clínicas con periodicidad, a fin de verificar el cumplimiento de las guías de atención.

Comentario del Organismo: Se realizan la auditoria de Historias Clínicas, incorporando un médico auditor en dicho sector.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Comentario de la Auditoría

Las guías de atención para determinación del diagnóstico (incorporadas en la Normativa del Programa Nacional de Garantías, Resolución Ministerial N° 169/97, Normas Generales de Atención al Paciente Oncológico), se encuentran suspendidas.

De acuerdo a la Dirección del Hospital se aplican Guías de Atención Oncoginecológicas elaboradas por los profesionales del servicio.

El Médico designado para supervisión de Historias Clínicas, fue nombrado por medio de Disposición N° 299/DGRH/2006, con el cargo de Médico de planta Consultor Principal.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio. Se levanta la observación n° 6

Farmacia

Observación N° 8: No existen registros de stock, que aseguren la incorporación de drogas oncológicas al patrimonio del hospital, en caso que el paciente suspenda la medicación indicada por razones médicas, alta o fallecimiento del mismo.

Recomendación: Incorporar al stock del hospital, toda medicación o droga que ingrese al nosocomio por compras, donaciones u otros, a fin de contar con registros que garanticen la transparencia en el manejo de dichas drogas.

Comentario del Organismo: Se incorpora al stock de Farmacia del Hospital, toda medicación o droga que ingresa al mismo y se adopta el sistema informático como registro, que impone el Ministerio de Salud para todas las farmacias de los hospitales.

Comentario de la Auditoría

Se verificó de acuerdo en los procedimientos realizados en el Área de Reconstitución y Dispensación de Antineoplásicos dependiente de la Unidad Farmacia, que no existen registros que aseguren la incorporación de drogas oncológicas al patrimonio del Hospital, en los casos de suspensión de tratamiento o donaciones. El procedimiento llevado a cabo en el sector de Farmacia durante el año 2009 consistió en la verificación in situ de la ausencia de registro de stock.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene la observación n° 8

Observación N° 9: El total de aplicaciones diarias estipuladas por Convenio entre ex-Secretaría de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la firma CETROS S.A., representa sólo el 23% de las aplicaciones que pueden

26

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

realizarse con el equipo Acelerador Lineal, reflejando un trato injusto en los pacientes derivados del hospital público, cuya demora en el tiempo refleja pérdida de oportunidad del tratamiento.

Recomendación: Rever el Convenio firmado entre la Ex Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Centro de Estudios y Tratamientos Oncológicos S.A. (CETRO S.A.), a fin de reajustar la cantidad de aplicaciones diarias que la misma debe proveer en forma gratuita a los pacientes derivados del hospital público.

Comentario del Organismo: Si bien no es competencia del hospital rever el convenio GCBA con CETRO, referido al uso del Acelerador Lineal, se asesoró y solicitó al Ministerio de Salud su revisión y actualización en numerosas notas.

Comentario de la Auditoría

Acelerador lineal

De los procedimientos efectuados se verifica que no existe demanda insatisfecha en cuanto al número de derivaciones del Hospital a CETRO S.A.

Sin embargo, existe demora en la iniciación de los tratamientos a realizar por dicho Centro, la misma oscila entre 25 a 30 días, lo razonable según los profesionales del Hospital, sería que la espera no debería superar los 20 días.

No se cumple la cláusula tercera del convenio convalidado por el decreto nº 1640/2004, que contempla 30 aplicaciones diarias los 365 días del año, dado que CETRO S.A. no funciona sábados, domingos y feriados. Si se cumpliera con esta cláusula se reducirían los tiempos de espera para iniciación del tratamiento.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene la observación nº 9.

Comentario adicional

Las autoridades del Hospital proponen la instalación de un acelerador lineal de última generación, dentro del edificio, manifestando que una renovación tecnológica producirá beneficios terapéuticos en cuanto a la calidad y cantidad de prestaciones.

Satisfacción y calidad de atención del Usuario

Observación N° 10: El grado de satisfacción del usuario del Hospital Curie (80.5% promedio ponderado), se encuentra por debajo de la media del indicador aplicado, en hospitales generales de un Estado Autónomo de Europa (91%) y del valor de referencia nacional, obtenido de una empresa prestadora de servicios de salud (92.3%). Influye sobre ello, el tiempo excesivo que el paciente debe esperar, desde que llega al hospital hasta que recibe la atención médica y el elevado número de días de espera, para realizarse un estudio en consultorio de Tomografía.

Recomendación: Implementar medidas tendientes a solucionar las insatisfacciones de los usuarios (pacientes y agentes de salud), en el sistema de atención del hospital. Monitorear las distintas demandas generadas por los usuarios del hospital, con el fin de proporcionar un mayor grado de satisfacción.

Comentario del Organismo: Se crea la oficina de quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos, a los fines de que el paciente y familiar puedan unificar y registrar sus inquietudes, con el objeto que los sectores involucrados corrijan sus distorsiones. Esta misma oficina monitorea dichos reclamos y trabaja en forma conjunta con los sectores involucrados para mejorar el funcionamiento del hospital.

Comentario de la Auditoría

Siguiendo las mismas pautas de recolección y procesamiento de datos del Informe de Gestión n° 3.06.05.b, se obtuvo un grado de satisfacción del 91.39%, superior al obtenido en el informe anterior (80.5%) y equiparándose a los parámetros nacionales e internacionales de referencia.

En cuanto al servicio de tomografía la puesta en funcionamiento de un nuevo Tomógrafo Phillips multislice, a partir de enero de 2008. Esto permite que los estudios tradicionales no superen los 10 minutos y los más complejos 15, exceptuando las punciones cuya duración es de algo más de 30 minutos. Se redujo la demora que existía en dicho servicio, actualmente los pacientes esperan un promedio de cuatro días para que se les efectúe el estudio.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio. Se levanta la observación n° 10.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Investigaciones Clínicas

Observación N° 11: Falta de registro (documentación respaldatoria) y control en el manejo de fondos, derivados de acuerdos entre el investigador principal y el patrocinante de la investigación clínica, acrecentada por la ausencia de control desde el Comité de Docencia e Investigación y el Comité de Bioética.

Recomendación: Incorporar, para la aprobación de protocolos de investigaciones clínicas, a la Asociación Argentina de Investigación Clínica, a través de su Comité de Ética y dar participación a la Procuración General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de un especialista en la materia, a fin de bregar por la transparencia en acuerdos económicos derivados de la ejecución de dichos protocolos. (Observación 11)

Comentario del Organismo: En la gestión iniciada el 26/10/05 y finalizada el 13/03/09, correspondiente al director Dr. Ricardo Jorge Losardo no fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y Comité de Bioética del hospital, ningún protocolo de investigación.

Comentario de la Auditoría

De los procedimientos efectuados, lectura de libros de Comité de Docencia e Investigación y Comité de Bioética y entrevistas con los Presidentes de ambos Comités y con el Director del Hospital se verificó que desde el período 2005 a la actualidad no se ha realizado ningún protocolo de investigación.

No se efectuó por parte de las autoridades del hospital revisión de lo actuado en los protocolos cuestionados en el informe N° 03.06.05b. Tal situación impide evaluar si se ha realizado alguna mejora, por lo que se mantiene la observación.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene la observación n° 11.

Observación N° 12: Ausencia de intervención, del GCABA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la sistematización de aspectos financieros de los Protocolos de Investigaciones Clínicas.

Recomendación: Intervención activa del GCABA a través del Consejo Asesor de Investigaciones dependiente del Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la elaboración de un Convenio que sistematice la investigación clínica y en el control del cumplimiento del mismo.

Observación N° 13: Existencia de vacío legal en normas que regulan esta materia (investigaciones clínicas), facilitando la situación descripta.

Recomendación: Revisión de la normativa vigente que regula esta materia.

Comentario del Organismo: La existencia de vacío legal en normas que regulan las investigaciones clínicas, debilidad detectada por la AGCBA son de resorte de la superioridad, escapando al accionar específico de la gestión hospitalaria.

Comentario de la Auditoría

Del análisis de la normativa vigente (Resolución N° 1125/SS/2003, B.O. N°1729 y su modificatoria Resolución N° 1914/SS/2003, B.O. N° 1799) en relación a las investigaciones clínicas, y entrevista a los integrantes de los Comités de Docencia e Investigación y de Bioética, se concluye que no hubo modificaciones posteriores.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantienen las observaciones n° 12 y n°13.

Observación N° 14: La existencia de un solo tomógrafo reduce la posibilidad de maximizar la producción del servicio de Tomografía, produciendo un exceso de horas profesionales destinadas para la atención en dicho servicios.

Recomendación: Redistribuir al personal Técnico que realiza Tomografías, de manera tal que se logre cubrir las 24 hrs. diarias, con el fin de maximizar la producción del Tomógrafo existente, y prever futuras adquisiciones de dicha aparatología.

Comentario del Organismo: Se redistribuyó el personal técnico en el área de tomografía computada, de manera de lograr cubrir las 24hrs., maximizando el funcionamiento del nuevo equipo, adquirido e instalado a fines del año pasado.

Comentario de la Auditoría

Se incorporó un nuevo tomógrafo, que funciona las 24hrs, aunque la banda horaria para turnos programados es de 8 a 17 hrs. Actualmente se han reducido las demoras para la realización de estudios a 4 días.

De los procedimientos realizados en el sector se determinó que se efectuó una redistribución del personal técnico y profesional, sin embargo la misma es insuficiente, debido a la suspensión de las horas cubiertas a través de la figura Guardia Fuera de Dotación. La falta de horas médicas retrasa el diagnóstico. Se necesita para mejorar la

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

eficacia del servicio nombrar personal profesional y técnico, a fin de aumentar la franja horaria de atención y la cantidad de turnos a otorgar y la posibilidad de diagnosticarlos en tiempo y forma.

Conclusión: Grado de avance incipiente. Se mantiene la observación nº 14.

B. RELATIVAS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA /CONTABLE:

Observación N° 15: La reducción horaria establecida por la aplicación de la Ordenanza 14.838/58, queda vulnerada. Los profesionales del hospital, realizan horas extras en contraposición a lo establecido por dicha Ordenanza.

Observación N° 16: Las horas extras realizadas por los profesionales relevados (57.804 hrs.), se aproximan a las horas normales trabajadas (57.860 hrs.), superando la suma de ambas, un 17.9% respecto de las horas que deberían trabajar por nombramiento (98.100).

Observación N° 17: El Hospital utiliza la Figura de Guardia Fuera de Dotación, que no se encuentra regulada por normativa vigente, para el pago de horas extras a profesionales de la salud. Durante el año 2005, el hospital devengó por tal concepto el 73% (1.035.655) de lo devengado por sueldo bruto normal, en los mismos profesionales.

Recomendación: Implementar mecanismos de acción tendientes a disminuir la situación descripta y revisión de la vigencia de la Ordenanza 14.838/58 por el Poder Legislativo. (Observación 15,16 y 17)

Comentario del Organismo: Se ajustan las horas extras del personal para no vulnerar la Ordenanza de insalubridad vigente y al mismo tiempo no dejar desprotegida la atención del paciente.

Comentario de la Auditoría

A partir del 1º de Marzo de 2008 por Resolución N° 3326/GCABA/MHGC/08 se regulan los Módulos Asistenciales, reemplazando las Guardias Fuera de Dotación.

Por Decreto N° 495/GCABA/09 se establece la creación de nuevos cargos en cantidad suficiente para reemplazar los módulos asistenciales, a su vez el artículo 6º elimina los módulos al derogar el artículo 13º de la Resolución N° 3326/GCABA/MHGC/08. Hasta

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

tanto se cubran los nuevos cargos, podrán liquidarse módulos en una proporción que no supere los montos liquidados al 31 de Mayo de 2009 (Artículo 5°).

El resto del personal realiza horas extras sin retribución monetaria adicional, sólo reciben francos compensatorios. Las enfermeras sólo pueden realizar y cobrar los módulos asistenciales en otros hospitales.

De los procedimientos realizados en relación a las horas extras correspondientes a los meses de Abril y Agosto de 2008, se verificó que 103 profesionales trabajaron 6791 horas extras promedio mensual, determinándose una anualidad de 81.492 horas extras, esta cifra es superior en un 40,97% a la hallada en el Informe de Gestión N° 3.06.05b.

Se constata de esta manera la modalidad de cubrir la atención de los Servicios a través de las horas extras, transgrediendo la Ordenanza N° 14838/58.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio, se mantienen las observaciones n° 15 y 16.

Grado de avance incipiente, se mantiene la observación n° 17.

Comentario adicional

Los profesionales y técnicos que realizaban Módulos Asistenciales, deben concursar los cargos en sus respectivos hospitales de base .Se verifica el cierre del Servicio de Ecografía, y la disminución de la oferta de prestaciones en otros Servicios.

Observación N°18: Los legajos del personal se encuentran incompletos. Existen comprobantes de licencias, archivados en cajas, donde se mezcla la documentación de los distintos agentes, incumpliendo con el Decreto 8.717/69.

Observación N°19: Los registros de asistencia no son llevados de conformidad a las normas legales vigentes (Decreto 5/7/43). Sólo se comunicó para su descuento el 30% de ausencias correspondiente a inasistencias y llegadas tardes.

Recomendación: Implementar un adecuado sistema de control de asistencia y archivo de documentación, que no permita la vulneración de las normas legales vigentes. (Observación 18 y 19)

Comentario del Organismo: El sistema de control de asistencia se logró con un adecuado reordenamiento de consultorio externo y en otros sectores del hospital, con

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

los medios disponibles disminuyendo en lo posible las horas extras no bien se incorporen los agentes solicitados. Tales horas extras son autorizadas en planillas por los Jefes de Servicio, División y el Jefe de Personal.

Comentario de la Auditoría

Del procedimiento de análisis de legajos de personal profesional y técnico se verificó que:

- Los mismos no están foliados ni completos.
- En el 62% de los casos no contenía copia de títulos profesionales.
- Del 38% de los casos donde sí contenía el título, un 75% no se hallaba la constancia de recepción y copia fiel.
- Del 38% de los casos donde sí contenía el título, un 50% no poseía copia de los sellos de legalización o se encontraban ilegibles

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene la observación nº 18

A partir del análisis de las Planillas de Entradas y Salidas de personal se verificaron las ausencias de los meses de abril y agosto de 2008. Las planillas se encuentran incompletas, por lo cual se solicitaron los registros de descuentos por inasistencias, y el Audito³ por medio de las cuales se filtra la información que proviene de las mismas. Del procedimiento se observó que el 60% de las inasistencias no fueron comunicadas para su descuento, agudizándose la situación descrita en el informe de Gestión nº 3.06.05.b. Los agentes firman su ingreso y salida en Personal y la permanencia es responsabilidad de cada Jefe de Servicio. En el Hospital actualmente no se realiza control de presentismo.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene la observación nº 19.

Observación N° 20: Las horas extras trabajadas que se compensan con francos (personal de enfermería y mantenimiento), no pueden ser verificadas, dado que no se consigna en la planilla de asistencia el horario extra trabajado.

³ Formulario que contiene datos del agente, función, lugar y horario de trabajo, novedades, inasistencia y observaciones.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Recomendación: Confeccionar un registro de asistencia, que contemple un ítem específico para horas extras trabajadas y establecer un tope para la compensación de francos por agente, a fin de establecer transparencia en la verificación de los mismos.

Comentario del Organismo: Tal requerimiento del registro de asistencia se encuentra en plena implementación para optimizar los horarios del personal.

Comentario de la Auditoría

Dada la imposibilidad de verificar los días compensados en la Planilla de Entrada y Salida de Personal, se solicitaron los comprobantes de los francos compensatorios, concluyendo que en el 19% de los mismos no están verificadas las horas extras que se compensan.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene la observación nº 20

Facturación a Obras Sociales

Observación N° 21: El circuito de facturación y cobranzas carece de controles que tornen confiable la información brindada por el mismo. Las deudas reflejadas no son reales.

Recomendación: Incorporar en el circuito de facturación y cobranzas, controles que permitan obtener información confiable para la gestión y toma de decisiones relacionados con la obtención de recursos.

Comentario del Organismo: A la fecha se encuentra instalado y funcionando el sistema de control y optimización de recursos.

Observación N° 22: La ausencia de control sistemático y permanente de los saldos de las obras sociales y la inexistencia de una política definida para ejercitar acciones destinadas al cobro de facturas atrasadas, señalan la debilidad de los controles internos, que incrementan los riesgos relacionados con la detección de irregularidades (retención de fondos, omisión o manipulación de documentación).

Recomendación: Prever la incorporación del Sistema de Facturación implementado por la Dirección General de Sistemas de Información, dependiente del Ministerio de Salud, que reduzca los riesgos señalados y agilice la gestión de cobranzas. (Observación 22)

Comentario del Organismo: La misma fue implementada por la Dirección General de Sistemas por intermedio del SIGHEOS

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Comentario de la Auditoría

El Departamento Económico Financiero continúa con la tarea de conciliar los saldos iniciales de deudores. Se está implementando el Sistema Informatizado de Obras Sociales (SIGEHOS), que parte de saldos al 31 de Diciembre de 2008. Los correspondientes a las Obras Sociales, Casas de Provincias, Mutuales y Prepagas aún no fueron consolidados. Se han detectado inconsistencias en los sistemas de registro del sector y fallas en el ambiente de control interno. Se perdió información por deterioro de la planta física en el archivo, verificado por el equipo de auditoría. El hospital no cuenta con documentación respaldatoria de la facturación inicial, tornándose los saldos no verificables.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene las observaciones nº 21 y nº 22.

Residuos Patogénicos e Higiene Hospitalaria

Observación N° 23: El Hospital no da cumplimiento a lo normado por el Decreto 1886/01, que reglamenta a la Ley 154/99 sobre Residuos Patogénicos, puesto que no realiza un adecuado control del traslado interno de los residuos patogénicos, no garantiza la provisión adecuada de elementos, no supervisa al personal asignado a la tarea y no asegura el correcto almacenamiento de dichos residuos.

Recomendación: Garantizar el cumplimiento del Decreto N° 1.886/01 (supervisión y controles adecuados) a fin de minimizar los riesgos producidos como consecuencia del manejo de residuos patogénicos.

Comentario del Organismo: Se normaliza y se ordena el manejo de residuos patológicos cumplimentando en un todo lo estipulado por el Decreto N° 1886/01.

Comentario de la Auditoría

El manejo y traslado de Residuos Patológicos así como la limpieza del Hospital se encuentran tercerizados. Se realizó el análisis del circuito de los Residuos Patogénicos, determinando la correlación parcial del mismo con la normativa vigente. En el recorrido del circuito se verificaron derrames en el traslado de los residuos que no se limpian inmediatamente, esto incluye los producidos en el ascensor (el mismo no es de uso exclusivo). Se pudo constatar que ni la empresa prestadora del servicio ni la

35

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

fiscalizadora de GCABA habían provisto ningún tipo de protocolo escrito para realizar la limpieza de las diferentes áreas. Lo observado en el Libro de Actas demuestra que no hay un adecuado sistema de control.

Conclusión: El grado de avance es incipiente. Se mantiene la observación nº 23

Observación N° 24: La ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria, el inadecuado sistema de control de calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, la falta de capacitación del personal que realiza las tareas, la inadecuada dilución de elementos desinfectantes y la inapropiada utilización de agentes de limpieza y desinfección (preparación, usos, diluciones, conservación, etc), son características que atentan contra la salubridad del paciente y del personal del nosocomio. Esto denota anomalías en la inspección y certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Recomendación: Implementar mecanismos de control que acrediten la calidad de las tareas de limpieza y mantenimiento, y rever los medios de certificación de tareas por parte del órgano de control dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Comentario del Organismo: Se ajusta y se implementa a través de la empresa de mantenimiento privado, el control de las tareas de limpieza y mantenimiento logrando la certificación de dichas tareas por los Fiscales de Recursos Físicos de Salud dependiente del GCBA.

Comentario de la Auditoría

El Comité de Infectología posee como función minimizar las infecciones intrahospitalarias, teniendo bajo su control las siguientes áreas: educación en higiene hospitalaria, limpieza del hospital, residuos patogénicos y los servicios especiales (UTI, Quirófano, y Hospital de Día, donde se realizan tratamientos quimioterápicos). A partir de la presencia de la Auditoría el Comité pudo obtener el Manual de Procedimientos de Principios de Higiene Hospitalaria provisto por el Gerente Operacional de la empresa privada SADMITEC LANUSSE S.A. UTE, ya que anteriormente no contaban con el mismo.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

Este manual incluye normas de control para la limpieza y desinfección de las diferentes áreas.

A través de la inspección ocular se ha determinado que el personal de limpieza carece de elementos de protección personal (botas media caña, guantes de goma, delantales impermeables para el manejo de residuos patogénicos, entre otros).

No se cumple con los instructivos de orientación en higiene para el personal de limpieza (leyendas como lavado social de manos, y como actuar ante un accidente con fluidos orgánicos).

No se cumple con la capacitación del personal del hospital en normas de seguridad e higiene.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio. Se mantiene la observación nº 24

Hallazgo de auditoría

Sector de quirófanos

Los problemas de bioseguridad en el sector de quirófano en lo referido a fuga de gases anestésicos ha sido motivo de reiterados reclamos.

Nota con fecha octubre de 2007 expedida por la Coordinadora de quirófanos, dirigida al Director HMOMC, en la que se requiere la urgente provisión de un sistema de evacuación de gases anestésicos en los 3 quirófanos y de oxígeno medicinal, aire comprimido y aspiración central con sus correspondientes sistemas de seguridad. Igual demanda fue efectuada por nota N° 0937-HMOMC-06, por el sector de internación del 2° y 3° piso.

En la nota que se detalla, se menciona el Informe N° 2284-GGIRE-01 correspondiente a la CNN° 1084-HMOMC-01 donde el Departamento de Estudios y Proyectos (DGIRE) abordaba soluciones en un proyecto de mayor envergadura (UTI, quirófanos, internación, etc.) desestimado por falta de presupuesto.

Sin embargo, a los fines de dar una inminente solución al problema planteado, se ha requerido la extracción de los gases anestésicos desde la mesa de anestesia hasta un orificio de salida en la pared del quirófano a través de un caño corrugado. En el 2007 el presupuesto presentado a tal fin era de \$11.200.-.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

En diciembre de 2007 la arquitecta asignada por el Ministerio de Salud para fiscalizar el contrato de mantenimiento de este nosocomio, informa a la Dirección Adjunta de Recursos Físicos en Salud (Nota n° 001952-07 HMOMC) la necesidad de instalar en forma urgente, un sistema de evacuación de gases anestésicos en los 3 quirófanos.

En agosto de 2009 se reitera la solicitud y su carácter de urgente, sumando detalles de las consecuencias físicas y enfermedades profesionales más importantes:

Toxicidad sobre el sistema nervioso central con sintomatología múltiple; oncogénesis, abortos espontáneos, infertilidad, toxicidad sobre el sistema hematopoyético, hepatotoxicidad, nefrotoxicidad, trastornos cardíacos; miastenia gravis y dermatitis. Se obtuvo por medio de la orden de compra N° 44212/09, por pesos \$ 21261.09 el servicio de instalación del sistema de extracción de gases de quirófano. A su vez se aprobó la adquisición de dos aspiradores quirúrgicos y a la fecha no se dispone de orden de compra ni presupuesto. (Observación nueva N° 1)

Unidad Farmacia

De los procedimientos realizados se determinó que en el sector no se lleva un inventario por sistema informático, de acuerdo al programa implementado por el Ministerio de Salud. Debido a dificultades de conectividad del sistema, falta de capacitación del personal y desactualización de los códigos vigentes. Ello impide el control digital de medicamentos no oncológicos.

El sistema de inventario se lleva en forma manual por medio de fichas estantes y un libro de ingresos y egresos de inventario. (Observación N° 2.1)

El depósito de farmacia no dispone de un único responsable. El manejo operativo del mismo es llevado de manera conjunta por el equipo de farmacéuticos del sector y por los profesionales de la guardia del día. (Observación N° 2.2).

La suspensión de los Módulos Asistenciales determinó que los profesionales que prestaban revista en dicha Unidad dejaran de hacerlo.

En el área de reconstitución de citoestáticos que funciona de acuerdo a normas internacionales, faltará personal técnico lo que obligará a la suspensión de turnos.

Los concursos de la Jefatura de la Unidad Farmacia y la Sección Droguería, fueron impugnados y se hallan vacantes.

Oficinas de Quejas y Reclamos

Se verificó que la Oficina de Quejas y Reclamos no se encuentra en funcionamiento. Se pudo constatar la existencia de dos libros de Quejas y Reclamos, cuyos últimos registros datan del año 2006.

El actual Director del Hospital informó por nota que decidió suspender el funcionamiento de la Oficina de Quejas y Reclamos. Los mismos se canalizarán vía Dirección y con el correspondiente Libro de Quejas. Además se propone implementar a la brevedad un buzón de sugerencias (Observación N° 3).

Patologías prevalentes en los trabajadores del Hospital M. Curie

De acuerdo a la documentación analizada se observa:

A- El incumplimiento de la Ordenanza N° 14838/58 en relación a la cantidad de horas de exposición y controles médicos semestrales, lo que determina la prevalencia de un perfil de morbilidad relacionado a patologías oncológicas en los agentes del Hospital Curie (Observación N° 4.1).

.

B- La falta de un área de Seguridad e Higiene de Trabajo según lo prescripto en la Ley N° 19587 y Decreto reglamentario N° 351/PEN/79 (Observación N° 4.2).

Nuevas Observaciones

1-Quirófanos

Observación N° 1- Se constató la falta de un sistema de aspiración de gases anestésicos en la totalidad de los quirófanos.

2-Unidad Farmacia

Observación N° 2.1. No se utiliza el sistema informático provisto por el Ministerio de Salud para el control de stock de medicamentos no oncológicos de farmacia. Actualmente se lleva un sistema manual de registro de inventario.

Observación N° 2.2. No existe una correcta asignación de responsabilidad en depósito de farmacia.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

3-Oficina de Quejas y Reclamos

Observación N° 3 A partir del cierre de la Oficina de Quejas y Reclamos, no existe registro escrito de las quejas que son viabilizadas a través de la Dirección, lo cual supone una inconveniencia organizacional.

4- Patologías prevalentes en los trabajadores del Hospital M. Curie

Observación N° 4.1 Se incumple con la Ordenanza N° 14838/58, en cuanto a los exámenes médicos semestrales de todo el personal, y la cantidad de horas de exposición.

Observación N° 4.2 Se incumple con la Ley Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo N° 19587 y Decreto reglamentario N° 351, en cuanto a la creación de un área relacionada con la seguridad e higiene del trabajo en el Hospital Curie.

V. CONCLUSIÓN

La incorporación de pacientes a la Institución se ha agilizado permitiendo la reducción en el tiempo de espera en Consultorios Externos. Se ha aumentado la productividad de intervenciones quirúrgicas en un 12,75% en relación a las verificadas en la auditoría anterior, no obstante se mantiene elevado el tiempo de espera entre 30 y 60 días dependiendo de cada servicio.

Las autoridades del hospital proponen la instalación de un acelerador lineal de última generación en el predio del hospital, dado que una renovación tecnológica producirá beneficios terapéuticos en cuanto a la calidad y cantidad de prestaciones. La incorporación de un nuevo tomógrafo mejoró la calidad de atención y la reducción de los tiempos de espera, no obstante la falta de personal médico y técnico impide el aprovechamiento del funcionamiento del equipo durante las 24 horas .

Por no haberse efectivizado la creación de nuevos cargos de planta según Decreto N° 495/GCBA/09, continúa funcionando el sistema de módulos asistenciales para cubrir el déficit de horas profesionales, vulnerando la Ordenanza N° 14.838/58.

La documentación administrativa dependiente del Área de Personal, se encuentra incompleta no registrando adecuadamente las novedades diarias, hallándose legajos sin foliar, incompletos, en su mayoría sin copia de los títulos habilitantes.

“Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo”

En el sector Farmacia no se utiliza el sistema informático para control de medicamentos no oncológicos, y no es adecuado el registro de drogas oncológicas en el sector de la farmacia periférica.

La ausencia de un eficaz sistema de control del cumplimiento de las normas por parte de las empresas cuyos servicios se encuentran contratados; tanto en higiene hospitalaria como en tratamiento de los residuos patogénicos atentan contra la salubridad de pacientes y personal del hospital.

Es necesario resaltar que en los quirófanos se detectaron fugas de gases anestésicos, y que al cierre de la auditoría se aprobó la adquisición de dos aspiradores quirúrgicos, sin disponer aún de presupuesto ni orden de compra.

En función de la prevalencia de enfermedades oncológicas de los trabajadores del hospital, superior a la media detectada en hospitales generales de la CABA, es necesario tener en cuenta un análisis de la situación epidemiológica en las futuras auditorías que se realicen en el hospital.