

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Proyecto 3.05.13

**Hospital de Oftalmología “Dr. Pedro Lagleyze”
Seguimiento de Observaciones correspondientes
al informe 3.10.02.02.02**

Período 2004 / 2005

AUDITORIA GENERAL
DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Presidente:

Lic. Matías Barroetaveña

Auditores Generales:

Dra. Alicia M. J. Boero

Dr. Vicente Mario Brusca

Dr. Rubén A. Campos

Dr. Nicolás Corradini

Lic. José Luis Giusti

Lic. Josefa A. Prada

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.05.13

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital de Oftalmología “Dr. Pedro Lagleyze” Seguimiento de Observaciones correspondientes al informe 3.10.02.02.02

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2004 / 2005

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 20 de setiembre de 2006

EQUIPO DESIGNADO:

Supervisora: Canal, Silvia

Coordinadores: Gamez, Mercedes
Aiscurri, Mario

OBJETIVO: Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital de Oftalmología Dr. Pedro Lagleyze, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3.10.02.02.02 referidos a recursos humanos y materiales en el período 2001 – 2002 en términos de eficacia y eficiencia

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, 26 de junio de 2006																																											
Código del Proyecto	3.05.13																																											
Denominación del Proyecto	Hospital de Oftalmología “Dr. Pedro Lagleyze” Seguimiento de Observaciones correspondientes al informe 3.10.02.02.02																																											
Período examinado	2004 / 2005																																											
Objetivo de la auditoría	Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital de Oftalmología Dr. Pedro Lagleyze, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3.10.02.02.02 referidos a recursos humanos y materiales en el período 2001 – 2002 en términos de eficacia y eficiencia.																																											
Ejecución Presupuestaria 2005	La ejecución presupuestaria para el ejercicio 2005 y para la Unidad Ejecutora 421 Hospital Lagleyze es la siguiente: <table><tr><th colspan="2">Programa</th><th>Vigente</th><th>Definitivo</th><th>Devengado</th></tr><tr><td>20</td><td>Clinica Medica Adultos</td><td>432.557,00</td><td>428.810,06</td><td>428.810,06</td></tr><tr><td>21</td><td>Cirugia</td><td>675.203,00</td><td>672.994,02</td><td>672.994,02</td></tr><tr><td>22</td><td>Oftalmologia</td><td>2.539.210,00</td><td>2.523.791,11</td><td>2.523.780,88</td></tr><tr><td>26</td><td>Servicios Auxiliares</td><td>1.872.754,00</td><td>1.872.278,20</td><td>1.872.278,20</td></tr><tr><td>27</td><td>Servicios Generales y Administrativos</td><td>1.300.216,00</td><td>1.254.030,77</td><td>1.253.537,53</td></tr><tr><td>30</td><td>Urgencias</td><td>1.901.304,00</td><td>1.901.298,58</td><td>1.901.298,58</td></tr><tr><td colspan="2">Totales</td><td>8.721.244,00</td><td>8.653.202,74</td><td>8.652.699,27</td></tr></table>				Programa		Vigente	Definitivo	Devengado	20	Clinica Medica Adultos	432.557,00	428.810,06	428.810,06	21	Cirugia	675.203,00	672.994,02	672.994,02	22	Oftalmologia	2.539.210,00	2.523.791,11	2.523.780,88	26	Servicios Auxiliares	1.872.754,00	1.872.278,20	1.872.278,20	27	Servicios Generales y Administrativos	1.300.216,00	1.254.030,77	1.253.537,53	30	Urgencias	1.901.304,00	1.901.298,58	1.901.298,58	Totales		8.721.244,00	8.653.202,74	8.652.699,27
Programa		Vigente	Definitivo	Devengado																																								
20	Clinica Medica Adultos	432.557,00	428.810,06	428.810,06																																								
21	Cirugia	675.203,00	672.994,02	672.994,02																																								
22	Oftalmologia	2.539.210,00	2.523.791,11	2.523.780,88																																								
26	Servicios Auxiliares	1.872.754,00	1.872.278,20	1.872.278,20																																								
27	Servicios Generales y Administrativos	1.300.216,00	1.254.030,77	1.253.537,53																																								
30	Urgencias	1.901.304,00	1.901.298,58	1.901.298,58																																								
Totales		8.721.244,00	8.653.202,74	8.652.699,27																																								
Alcance	Para la realización de la tarea se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de auditoría: 1. Referidos al Servicio de mantenimiento de la aparatología: 2. Referidos a la solicitud de insumos a los pacientes: 3. Referidos a la sub-ejecución presupuestaria de los incisos 2 - Bienes de Consumo y 3 - Servicios No Personales: 4. Referidos a los módulos de enfermería: 5. Referidos a la producción quirúrgica del Hospital																																											
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 1 de marzo y el 9 de junio de 2006.																																											
Aclaraciones previas	1. Con fecha 3 de febrero de 2006, el Subdirector Médico del Hospital Lagleyze (a cargo de la Dirección), Dr. Carlos Salz, envió a esta Auditoría																																											

	General de la Ciudad de Buenos Aires la Nota Nº 0158/HOPL/2006 conteniendo informes confeccionados por distintas áreas (Administración, Coordinación Clínica y Cirugía, Enfermería y Estadística) con comentarios acerca de las modificaciones implementadas en el Hospital a posteriori de nuestro anterior informe de gestión. 2. A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por la Dirección del Hospital, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3-10-02-02-02, se utilizaron criterios de calidad que incluyen: ▪ El nivel de avance es satisfactorio: Las acciones encaradas y las decisiones adoptadas hasta el momento por la entidad responden en forma adecuada a las observaciones efectuadas. ▪ El nivel de avance es incipiente: Se han adoptado algunas decisiones en línea con las observaciones efectuadas, aunque el proceso deberá ser continuado en el futuro. ▪ El nivel de avance no es satisfactorio: La entidad no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas. Vale aclarar que bajo el sub-título “Comentario del organismo” nos referimos a los comentarios vertidos por las distintas áreas, mencionado en el punto anterior.
Observaciones	A continuación se detallan las observaciones que a la fecha del presente Informe se mantienen: Observación Nº 1: de 22 equipos que presentaban desperfectos o se encontraban fuera de funcionamiento relevados en la Auditoría 2001-2002 , 12 equipos fueron reparados y 10 equipos continúan sin funcionar. Observación Nº 3: Si bien el hospital no formalizó en un circuito por escrito el pedido de reparación de aparatología, el mismo se ha instalado de manera informal en la práctica en las distintas áreas del hospital. La Auditoría pudo constatar que las reparaciones se vuelcan en una base informatizada. Sin embargo no queda asentada la fecha de la solicitud de la reparación, por lo tanto no surge de dicha base el tiempo de demora. Tampoco quedan asentados los pedidos no satisfechos. Mediante procedimiento de auditoría se pudo determinar que durante el ejercicio 2005 se cursaron al Departamento de Patrimonio 63 pedidos de reparación de los cuales 16 fueron satisfechos en el transcurso del año (35,56%), en tanto que los 47 restantes no quedaron registrados en el año 2005 (64,44%). Por otro lado se emitieron 29 órdenes de reparación que no fueron solicitadas durante el año 2005. El tiempo promedio de espera para las reparaciones solicitadas y cumplidas durante el año 2005 fue de 84 días. Observación Nº 7: Si bien el sistema informático implementado en la Farmacia significa un avance en términos de confiabilidad sobre los registros del sector, no garantiza que no surjan diferencias de inventario. Para este último supuesto, el hospital no definió aún el control por oposición, es decir,

	cuál será el sector que se ocupará de la toma de inventario anual ni cómo se resolverán las diferencias. Observación N° 8: Se solicitó al Departamento de Estadísticas una muestra de 30 Historias Clínicas correspondientes a pacientes intervenidos quirúrgicamente en los 5 primeros meses del año 2005. Nueve Historias Clínicas (30 % de la muestra) no pudieron ser localizadas por el sector. Además, pudo constatarse el mal estado de conservación en que las mismas se encuentran: el contenido se guarda en bolsas de papel madera que están rotos y con tachaduras. Observación N° 11: El personal de enfermería está compuesto por un plantel de 41 agentes. Dieciocho de ellos (43,9%) realizan módulos por una cantidad que supera el 50% de sus horas asignadas por nombramiento; y cinco agentes (12,19%) cumplen más horas por módulos que por nombramiento. La mayoría de estos módulos se hacen en la guardia (área crítica). Observación N° 12: El 12,19% de los agentes de enfermería trabaja más horas por módulos que por nombramiento. El 43,9% realiza un promedio mensual de horas por módulo que supera en un 50% a las horas que tiene por nombramiento. Observación N° 13: Cuatro enfermeras tienen nombramiento por más de 6 horas diarias (tres por 7 hs. y una por 8 hs.) y están asignadas a área crítica. Si bien la jefa de enfermería sostiene que ese personal redujo su jornada laboral, no puso a disposición del equipo de auditoría la Disposición que establece aquella reducción. Observación N° 14: Según pudo verificarse, el 65,6 % de los agentes de enfermería, al menos una vez durante el 2001 realizó mas de los 20 módulos mensuales que permite la normativa. Cuando esto sucedió, la diferencia se pasó al mes siguiente. Observación N° 15: Existe falta de correspondencia entre la cantidad de cirugías realizadas según los partes diarios de quirófanos y la cantidad que se informa a la Secretaría de Salud (para componer luego el Movimiento Hospitalario) a través del Departamento de Estadísticas.
--	--

Fuente:

Cirugías Realizadas Año 2005			
Mes	según partes diarios	según Dep- to. Estadís- tica	Diferencia
Ene-04	180	150	-30
Feb-04	139	179	40
Mar-04	54	62	8
Abr-04	206	221	15
May-04	198	264	66
Jun-04	185	208	23
Jul-04	168	179	11
Ago-04	239	260	21
Sep-04	260	290	30
Oct-04	201	213	12
Nov-04	237	249	12
Dic-04	171	185	14
Total	2238	2460	222

Producción propia con datos proporcionados por el Hospital

Observación N° 16: La cantidad de horas médicas asignadas a cirugía no está acompañada de otros recursos (cantidad de quirófanos, horas de instrumentadoras, aparatología en condiciones) que permitan la optimización de aquellas (horas médicas no aplicadas). Este desfase se puede observar en los cuadros siguientes:

Servicio de Cirugía				
Horas mensuales asignadas	Horas anuales asignadas	Hs utilizadas para producción	% real utilizado	% no aplicado
320	3840	959	24,97	75,03

Servicio de Retina y Vítreo				
Horas mensuales asignadas	Horas anuales asignadas	Hs utilizadas para producción	% real utilizado	% no aplicado
444	5328	390,67	7,33	92,67

Observación N° 17: La disponibilidad de quirófanos es de 7 a 13 hs de lunes a viernes. El Hospital cuenta con 2 anestelistas y 3 instrumentadoras quirúrgicas de planta. Éstas últimas cubren el horario de 7 a 13 hs. mientras que los anestelistas lo extienden hasta las 15 hs. No obstante la disponibilidad de recursos (mejorada desde el anterior informe) la productividad de cirugía se mantiene en un bajo nivel (1,3 cirugías diarias por puesto quirúrgico).

	Observación N° 18: los turnos para cirugía programadas se entregaban con una demora de 3 a 8 meses según los servicios. En la actualidad las demoras van de 18 a 24 meses en Estrabismo y 60 días para cataratas.
Conclusión	Del seguimiento realizado se concluye que el Hospital de Oftalmología “Dr. Pedro Lagleyze” ha mejorado algunos aspectos relacionados con el área administrativa. El área médico-prestacional, en cambio, no sólo no ha mejorado sino que en algunos casos ha profundizado sus deficiencias. De un total de 18 observaciones formuladas en la auditoría anterior, 6 fueron levantadas y 12 aún se mantienen (de las cuales en 4 casos hay un avance incipiente). .

INFORME FINAL DE SEGUIMIENTO
PROYECTO 3.05.13

DESTINATARIO

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

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Hospital de Oftalmología Dr. Pedro Lagleyze, dependiente del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I. OBJETO

Unidad Ejecutora 421 Hospital Lagleyze, cuya ejecución presupuestaria para el ejercicio 2005 es la siguiente:

	Programa	Vigente	Definitivo	Devengado
20	Clinica Medica Adultos	432.557,00	428.810,06	428.810,06
21	Cirugia	675.203,00	672.994,02	672.994,02
22	Oftalmologia	2.539.210,00	2.523.791,11	2.523.780,88
26	Servicios Auxiliares	1.872.754,00	1.872.278,20	1.872.278,20
27	Servicios Generales y Administrativos	1.300.216,00	1.254.030,77	1.253.537,53
30	Urgencias	1.901.304,00	1.901.298,58	1.901.298,58
	Totales	8.721.244,00	8.653.202,74	8.652.699,27

Fuente: SIGAF 2005

II. OBJETIVO

Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital de Oftalmología Dr. Pedro Lagleyze, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3.10.02.02.02 referidos a recursos humanos y materiales en el período 2001 – 2002 en términos de eficacia y eficiencia.

III. ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por Ley N° 325 y las normas básicas de Auditoría aprobadas por Resolución N° 161/00 del Colegio de Auditores Generales de la Ciudad de Buenos Aires.

Para la realización de la tarea se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de auditoría:

1. Referidos al Servicio de mantenimiento de la aparatología:

- Confección de un listado de aparatología imprescindible para los servicios de Retina, Cirugía, Consultorios Externos y Glaucoma.
- Verificación del estado de los mismos.
- Verificación de la utilización de partida presupuestaria en gastos de reparación y/o mantenimiento de equipos. Contrataciones del servicio de mantenimiento.
- Verificación de las órdenes de compra correspondientes a caja chica, fondo de emergencia y licitaciones, referidas a servicios de reparación durante el ejercicio 2005.
- Verificación del circuito de solicitud de reparación y tiempo promedio de resolución.

2. Referidos a la solicitud de insumos a los pacientes:

- Determinación de la cantidad de lentes intraoculares y pack de vitrectomía aportados por el hospital a los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el ejercicio 2005. A tales efectos se verificará la totalidad de las planillas de entrega de insumos confeccionadas por el servicio de Farmacia y las prescripciones médicas que respaldan las salidas del material.

3. Referidos a la sub-ejecución presupuestaria de los incisos 2 - Bienes de Consumo y 3 - Servicios No Personales:

- Verificación de la ejecución presupuestaria.
- Verificación de las modalidades de pago de las compras del ejercicio 2005, a través de los extractos bancarios.

4. Referidos a los módulos de enfermería:

- Verificación de la asignación de módulos por agente y por servicio durante el año 2005
- Verificación –en una muestra de legajos de agentes de enfermería- de la utilización de distintos tipos de licencia. La muestra incluye a aquellos agentes que hicieron más de 150 módulos en el año.

5. Referidos a la producción quirúrgica del Hospital:

- Verificación de la programación y la producción real de quirófano.
- Comparación de los datos estadísticos con la producción real.

- Cruzamiento de los horarios de quirófano con los horarios de los recursos humanos que participan de las cirugías, a fin de verificar la optimización del uso de los mismos.

IV. ACLARACIONES PREVIAS

1. Con fecha 3 de febrero de 2006, el Subdirector Médico del Hospital Lagleyze (a cargo de la Dirección), Dr. Carlos Salz, envió a esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires la Nota N° 0158/HOPL/2006 conteniendo informes confeccionados por distintas áreas (Administración, Coordinación Clínica y Cirugía, Enfermería y Estadística) con comentarios acerca de las modificaciones implementadas en el Hospital a posteriori de nuestro anterior informe de gestión.

2. A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por la Dirección del Hospital, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3-10-02-02-02, se utilizaron criterios de calidad que incluyen:

- El nivel de avance es satisfactorio: Las acciones encaradas y las decisiones adoptadas hasta el momento por la entidad responden en forma adecuada a las observaciones efectuadas.
- El nivel de avance es incipiente: Se han adoptado algunas decisiones en línea con las observaciones efectuadas, aunque el proceso deberá ser continuado en el futuro.
- El nivel de avance no es satisfactorio: La entidad no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Vale aclarar que bajo el sub-título “**Comentario del organismo**” nos referimos a los comentarios vertidos por las distintas áreas, mencionado en el punto anterior.

Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 1 de marzo y el 9 de junio de 2006.

V. SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES

V. 1. Referidas al Servicio de mantenimiento de la aparatología

Observación N° 1: Al momento de la auditoría se encontraban fuera de servicio 22 aparatos (46,8%), de un total de 47 considerados imprescindibles por los servicios de Retina, Cirugía, Consultorios Externos y Glaucoma. Algunos de ellos llevan un año sin funcionar.

Recomendación: Diseñar y poner en práctica una política adecuada de mantenimiento de la aparatología que es de fundamental importancia en un efector especializado.

Comentario del organismo: Según la División Patrimonio, se encuentran en proceso de reparación 12 equipos, 2 de los cuales correspondientes a trámites de

contrataciones directas a la fecha, no pudieron repararse por falta de cotización; 3 en proceso de tramitación de Fondo de Emergencia; 1 quedó fuera de funcionamiento a efectos de presupuestar el costo de reparación y “el resto de los equipos con desperfectos se ha emitido la orden de compra para su reparación”.^(*)

Comentario de la Auditoría: Se pudo verificar que, de 22 equipos que presentaban desperfectos o se encontraban fuera de funcionamiento relevados en la Auditoría 2001-2002, 12 equipos fueron reparados y 10 equipos continúan sin funcionar.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

Observación N° 2: El Hospital no usó las herramientas con las que contaba (partida presupuestaria suficiente, Fondos de Emergencia) para resolver los desperfectos que afectaron a muchos aparatos considerados imprescindibles para la atención de los pacientes.

Recomendación: Planificar el uso de los recursos a fin de contemplar su aplicación a la solución de los problemas que se derivan del mal funcionamiento de la aparatología.

Comentario del organismo: *“Actualmente el hospital utiliza los procedimientos de Caja Chica, Fondo de Emergencia y Licitatorios para la tramitación de los Servicios de Reparación de aparatos y/o equipos con desperfectos.”*

Comentario de la Auditoría: La Auditoría pudo verificar que durante el ejercicio 2005 el hospital utilizó toda la partida presupuestaria 3.3.3. Mantenimiento y reparación de maquinaria y equipo que tenía asignada para reparación de la aparatología (Crédito vigente: \$ 45.403.-; Devengado: \$ 45.402,53). De todos modos el monto es insuficiente por cuanto de un total de 63 pedidos de reparación cursados en el año 2005, 47 (64,44%) no fueron satisfechos. A partir del ejercicio 2003, los hospitales dejaron de elevar el pedido de presupuesto a la Secretaría de Salud y se manejan con los créditos que ésta les asigna.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

Observación N° 3: El Hospital no tiene definido un circuito de solicitud de reparación de aparatos. Los pedidos se hacen a veces en forma verbal y otras a través de notas informales que no quedan archivadas. Esto imposibilita establecer el tiempo promedio de resolución de los pedidos y las razones del proceder.

Recomendación: Establecer un circuito de solicitud de reparación de aparatos de modo tal que quede registro de los pedidos y constancia de su solución.

Comentario del organismo: El 26/11/02, por memorando interno N° 99/02, se notificó a cada una de las áreas del hospital que deberán girar por escrito a la División Patrimonio, las solicitudes de reparación y/o mantenimiento de aparatos e instrumental a su cargo. Dicha área centralizará la gestión de reparación.

Comentario de la Auditoría: Si bien el hospital no formalizó en un circuito por escrito el pedido de reparación de aparatología, el mismo se ha instalado de ma-

^(*) La División Patrimonio no identifica en su respuesta los equipos a los que hace referencia.

nera informal en la práctica en las distintas áreas del hospital. La Auditoría pudo constatar que las reparaciones se vuelcan en una base informatizada. Sin embargo no queda asentada la fecha de la solicitud de la reparación, por lo tanto no surge de dicha base el tiempo de demora. Tampoco quedan asentados los pedidos no satisfechos.

Mediante procedimiento de auditoría se pudo determinar que durante el ejercicio 2005 se cursaron al Departamento de Patrimonio 63 pedidos de reparación de los cuales 16 fueron satisfechos en el transcurso del año (35,56%), en tanto que los 47 restantes no quedaron registrados en el año 2005 (64,44%). Por otro lado se emitieron 29 órdenes de reparación que no fueron solicitadas durante el año 2005. El tiempo promedio de espera para las reparaciones solicitadas y cumplidas durante el año 2005 fue de 84 días.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

V.2. Referidas a la solicitud de insumos a los pacientes

Observación N° 4: Según surge de los registros del hospital, durante el mes de diciembre 2001 se practicaron 118 operaciones de cataratas y 33 de cirugía vitreo-retinal, de las cuales sólo en dos casos el hospital aportó los insumos (Lente intraocular y Pack de vitrectomía, respectivamente); en el resto de las intervenciones quirúrgicas, los mismos fueron aportados por los pacientes. Esta metodología contradice el principio de gratuidad - entre otros - en el que se sustenta el derecho a la salud integral, entendido como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal [artículo 3 inciso g) de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153].

Recomendación: Utilizar los insumos existentes en el stock (lentes intraoculares y packs de vitrectomía) para aportarlos a las intervenciones quirúrgicas que se practiquen en el Hospital, ejerciendo estrictos controles de stocks y tomando las previsiones de compras correspondientes a efectos de garantizar el cumplimiento de la normativa que establece la gratuidad de los servicios de salud.

Comentario del organismo: “El hospital no consideraba dentro de su plan de compras la adquisición de insumos de alto valor económico debido a su escasa asignación presupuestaria para la adquisición de bienes de consumo. A partir de ésta situación comienza a adquirirse insumos solo para pacientes carenciados, según Historia Social elaborada por el Servicio Social, a través del procedimiento de Fondo de Emergencia.”

“Considerando la significativa diferencia entre lo presupuestado y lo asignado va de suyo que es imposible planificar la adquisición de las necesidades totales frente a los magros créditos asignados.”

“... para paliar las necesidades de insumo de alto valor económico a aquellos pacientes de escasos recursos sin cobertura médica, se ha implementado un circuito mediante el cual el paciente tramita donde corresponda (municipio, embajada, Servicio Social), la provisión de los insumos; de corresponder su provisión el Hos-

pital efectúa las entregas en farmacia con receta debidamente intervenida por Servicio Social y Dirección.”

Comentario de la Auditoría: Del cruce de los partes diarios de quirófano con las planillas de pedidos y entrega de bienes de consumo por parte de la Farmacia surge que de 787 cirugías con colocación de Lío efectivamente realizadas en todo el año 2005, en 54 casos la lente fue proporcionada por el Hospital. En cuanto a los pack de vitrectomía, de 131 cirugías efectivamente realizadas, 9 fueron aportadas por el Hospital.

Al respecto se solicitaron las 63 Historias Sociales a fin de verificar que los insumos hubiesen sido En tanto el artículo 3 de la Ley Básica de Salud Nº 153 no fue reglamentado, se considera aceptable el criterio utilizado por el Hospital destinados a pacientes de bajos recursos. Este hecho se pudo verificar en 41 casos. En 22 casos la letra de las planillas de pedidos y entregas de insumos es ilegible.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

Observación Nº 5: Se verificó que la Farmacia del Hospital entrega insumos a los beneficiarios, sin la prescripción médica debidamente autorizada.

Recomendación: Tomar los recaudos necesarios para que se cumpla el circuito de entrega de insumos por parte de la Farmacia en forma adecuada. Controlar que queden constancias en los registros de quien autoriza el insumo, quién lo retira y a quién va destinado.

Comentario del organismo: *“Siempre se entregó insumos bajo receta médica, pero pudo ocurrir que faltara la firma de la Dirección. Se ha dado ésta situación en caso de emergencia, con el paciente en quirófano. Ya se ha solucionado, controlando antes de la cirugía la provisión total de insumos.”*

Comentario de la Auditoría: Se pudo corroborar la existencia de los vales de prescripción adjuntados a cada planilla de pedido y entrega de insumo, debidamente autorizados.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la Observación.

Observación Nº 6: El registro de ingresos-salidas de insumos de la Farmacia no se lleva adecuadamente por cuanto pudo verificarse la falta de correspondencia entre lo asentado en las fichas de stock y planillas de “pedido/entrega bienes del depósito”, o entrega de insumos con los movimientos efectivamente realizados. La numeración de las planillas de entrega de insumos no es correlativa y está numerada manualmente. A partir del 1 de agosto del 2002 se implementó un nuevo registro de salida de material de cirugía con mayores datos aclaratorios.

Comentario del organismo: *“A partir de Junio de 2005, la Farmacia cuenta con un programa computarizado de control de medicamentos, con datos sobre entradas y salidas sobre servicios que piden los insumos, sobre médicos autorizados a solicitarlos, etc. El control es exhaustivo a partir de esa fecha.”*

Comentario de la Auditoría: La Auditoría pudo constatar el funcionamiento del programa de control de stock de Farmacia provisto por el Ministerio de Salud. La

puesta en marcha del programa contribuyó a mejorar los controles observados en la Auditoría de gestión anterior. A modo de prueba se tomó inventario de tres productos de la Farmacia seleccionados al azar, los cuales arrojaron diferencias no significativas. Las mismas pudieran deberse a ajustes que se le fueron haciendo al sistema desde su implementación. Al momento de este seguimiento, el hospital estaba intentando resolver inconvenientes que aún persistían. El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

Observación N° 7: No hay control por oposición en la toma de inventario físico de insumos para cirugías y medicamentos del sector Farmacia. La intervención del sector Patrimonio, en este caso, consiste en seleccionar algunos insumos y verificar el stock de los mismos, únicamente a fin de año. Es decir que el inventario completo (recuento total de bienes) no es tomado por ningún sector ajeno a la Farmacia. Según el Jefe de Farmacia el propio sector realiza un inventario cada tres o cuatro meses, sin embargo las fichas de stock (L.I.O. y Pack de Vitrectomía) no reflejan los movimientos mensuales adecuadamente. Las diferencias de inventario no resueltas, no se analizan ni se informan a ningún otro sector.

Recomendación N° 6 y N° 7: Implementar un sistema de registro y control de stock en la Farmacia que permita detectar las diferencias de inventario, analizarlas y corregirlas.

Comentario del organismo: *“Continúa la falta de control por oposición en la toma de inventario físico de insumos para cirugías y medicamentos. El sistema informático implementado refleja movimientos diarios adecuados, por lo que si aparecen diferencias de inventario, estas son resueltas en forma inmediata ante algún posible equivoco humano.”*

Comentario de la Auditoría: Si bien el sistema informático implementado en la Farmacia significa un avance en términos de confiabilidad sobre los registros del sector, no garantiza que no surjan diferencias de inventario. Para este último supuesto, el hospital no definió aún el control por oposición, es decir, cuál será el sector que se ocupará de la toma de inventario anual ni cómo se resolverán las diferencias.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

Observación N° 8: De las 151 historias clínicas solicitadas a fin de ser analizadas (las correspondientes a operaciones de cataratas y retina del mes de diciembre 2001), 11 no pudieron ser localizadas por el Departamento de Estadísticas (7,30%), incumpliendo con el artículo 7 del Decreto N° 6.803/88.

Recomendación: Reforzar los controles para evitar la repetición de estos hechos y organizar el archivo adecuadamente con las medidas de seguridad que correspondan.

Comentario del organismo: *“Las HCL que no se localizaron en el momento de las operaciones pudo haber sido porque se encontraban en tránsito en otro servicio, o permanecieron en un servicio por diferentes motivos, o estar mal archivada por error humano hasta que se detectó el error.” ... “su movimiento diario es dinámico.”*

mico y se dificulta el control ya que no se cuenta con personal abocado exclusivamente para esta tarea por ser escaso.”

Comentario de la Auditoría: Se solicitó al Departamento de Estadísticas una muestra de 30 Historias Clínicas correspondientes a pacientes intervenidos quirúrgicamente en los 5 primeros meses del año 2005. Nueve Historias Clínicas (30 % de la muestra) no pudieron ser localizadas por el sector. Además, pudo constatar-se el mal estado de conservación en que las mismas se encuentran: el contenido se guarda en bolsas de papel madera que están rotos y con tachaduras. El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

V.3. Referidas a la sub-ejecución presupuestaria de los incisos 2 - Bienes de Consumo e inciso 3 - Servicios No Personales.

Observación Nº 9: De las 13 carpetas de compras que quedaron sin efecto, en 8 casos (61,54 %) los procesos no prosperaron en razón de errores y/u omisiones por parte de la Comisión de Preadjudicaciones y otras áreas administrativas del Hospital (errores de imputación, errores en la preadjudicación, falta de claridad en las especificaciones técnicas).

Recomendación: Mejorar los mecanismos de control a fin de lograr mayor eficacia en los procesos licitatorios.

Comentario de la Auditoría: La implementación del Sistema de Gestión Administrativo Financiero (SIGAF) –que prevé el seguimiento de la gestión de compras- le imprimió efectividad a los procesos licitatorios. El Hospital utilizó 16 Fondos de emergencia, 9 Compras Directas, 14 pagos por Decreto 1370, 4 Licitaciones Privadas y una Licitación pública para la compra de insumos y pago de servicios utilizando el 95 % del crédito vigente para estos incisos. El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

Observación Nº 10: Durante el ejercicio 2001 la Administración del Hospital utilizó el pago en efectivo como criterio predominante de pago a proveedores. Esta mecánica implicaba la extracción del total de los fondos del banco ni bien éstos eran acreditados por la Tesorería General y su mantenimiento en efectivo en el hospital con riesgo de pérdidas y/o robos. El Hospital no cuenta con un seguro de valores en tránsito.

Recomendación: Utilizar el sistema bancario para el pago a proveedores a fin de evitar los riesgos que significa mantener el dinero en efectivo en circulación.

Comentario de la auditoría: Se verificó a través de los extractos bancarios correspondientes a la cuenta operativa del Hospital que durante el ejercicio 2005 todos los pagos a proveedores se hicieron mediante la emisión de cheques. El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación

V.4. Referidas a los módulos de enfermería.

Observación N° 11: El personal de enfermería está compuesto por un plantel de 40 agentes. Trece de ellos (32,5%) desarrollan sus tareas en área crítica, Cirugía y Guardia. Del análisis de los módulos realizados durante el año 2001 surge que el 92 % de estos agentes realiza módulos superando de esta manera la jornada laboral de 6 horas prescripta en la Ordenanza 40.403 para áreas críticas.

Comentario del organismo: *“Dada la estructura hospitalaria los agentes que laboran en áreas críticas, cuando realizan módulos lo hacen en su área de 6 horas y también en áreas generales de 7 horas, y en diferentes turnos y días, eso sucede dado la característica de la institución y las necesidades que ésta tiene.”*

Comentario de la Auditoría: El personal de enfermería está compuesto por un plantel de 41 agentes. Dieciocho de ellos (43,9%) realizan módulos por una cantidad que supera el 50% de sus horas asignadas por nombramiento; y cinco agentes (12,19%) cumplen más horas por módulos que por nombramiento. La mayoría de estos módulos se hacen en la guardia (área crítica).

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación

Observación N° 12: El 15 % de los agentes de enfermería duplica sus horas diarias asignadas por nombramiento con módulos efectivamente realizados, es decir, trabajan 12 ó 14 horas diarias. El 32,5 % realiza un 50% más de horas por sobre las asignadas por nombramiento con módulos efectivamente realizados. El promedio diario de horas trabajadas efectivamente por agente es de 9,14 horas.

Comentario del organismo: *“Los agentes que trabajan 12 o 14 horas es porque trabajan su turno y luego realizan los módulos en su servicio u otro según las necesidades del hospital, también lo hacen sábados, domingos o feriados, lo que hace un incremento de las horas.”*

Comentario de la Auditoría: El 12,19% de los agentes de enfermería trabaja más horas por módulos que por nombramiento. El 43,9% realiza un promedio mensual de horas por módulo que supera en un 50% a las horas que tiene por nombramiento.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación N° 13: Cuatro enfermeras tienen nombramiento por más de 6 horas diarias (tres por 7 hs. y una por 8 hs.) y están asignadas a área crítica.

Comentario del organismo: *“De las 4 enfermeras que se mencionan sí, 3 trabajan 7 horas y una 8 dado a que son jefas de sección y división, respondiendo a la ordenanza 40402. Solo 2 se desempeñan en área crítica. Varias enfermeras redujeron su jornada laboral y se notificaron en el departamento de Personal”.*

Comentario de la Auditoría: Si bien la jefa de enfermería sostiene que ese personal redujo su jornada laboral, no puso a disposición del equipo de auditoría la Disposición que establece aquella reducción.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación N° 14: Según pudo verificarse, el 65,6 % de los agentes de enfermería, al menos una vez durante el 2001 realizó mas de los 20 módulos mensuales que permite la normativa. Cuando esto sucedió, la diferencia se pasó al mes siguiente.

Comentario del organismo: *“En determinada épocas de año y por diversas circunstancias (licencias anuales, médicas, propias o familiares, exámenes, etc.), y sumado la carencia de recursos humanos, para satisfacer las necesidades de los servicios, los agentes que modulan suelen pasar los 20 módulos indicados, debiendo el exceso de horas pasar al período siguiente. Si no fuera por actitud de trabajo varios servicios quedarían sin la cobertura de enfermería, necesaria para la atención de los pacientes.”*

Comentario de la Auditoría: El hospital mantiene la misma metodología. El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la Observación.

Recomendación N° 11, 12, 13 y 14: Dar cumplimiento a la normativa

V. 5. Referidas a la producción quirúrgica del Hospital.

Observación N° 15: Existe falta de correspondencia entre la cantidad de cirugías realizadas según los partes diarios de quirófanos y la cantidad que se informa a la Secretaría de Salud (para componer luego el Movimiento Hospitalario) a través del Departamento de Estadísticas. En el mes de abril la diferencia fue de 328 sobre un total de 527 (62.24%) y en el mes de diciembre de 32 sobre un total de 273 (11.72%). El Departamento de Estadísticas no cuenta con herramientas informáticas.

Recomendación: Modificar los procedimientos utilizados en la confección de las estadísticas a fin de que las mismas reflejen la producción efectivamente llevada a cabo por el Hospital. Dotar al Sector de herramientas informáticas para su mejor desempeño.

Comentario del organismo auditado: *“Sobre la falta de correspondencia entre cirugías realizadas según los partes diarios de quirófano, informados, las listas pudieron ser modificadas por motivos relacionados con el paciente, propios del servicio de cirugía y de las distintas secciones o servicios.”*

Comentario de la Auditoría: Del procedimiento aplicado surge la siguiente información:

Cirugías Realizadas Año 2005			
Mes	según partes diarios	según Dep-to. Estadística	Diferencia
Ene-04	180	150	-30
Feb-04	139	179	40
Mar-04	54	62	8
Abr-04	206	221	15

Cirugías Realizadas Año 2005			
Mes	según partes diarios	según Dep-to. Estadística	Diferencia
May-04	198	264	66
Jun-04	185	208	23
Jul-04	168	179	11
Ago-04	239	260	21
Sep-04	260	290	30
Oct-04	201	213	12
Nov-04	237	249	12
Dic-04	171	185	14
Total	2238	2460	222

Fuente: Producción propia con datos proporcionados por el Hospital

Del análisis efectuado surge que el nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación N° 16: Del procedimiento aplicado, se pudo verificar que la cantidad de horas médicas asignadas a cirugía no está acompañada de otros recursos (cantidad de quirófanos, horas de instrumentadoras, aparatología en condiciones) que permitan la optimización de aquellas (horas médicas no aplicadas). Este desfase es del orden del 87.25% en abril y del 84.06% en diciembre.

Recomendación: Revisar la distribución de horas médicas a fin de lograr un mejor aprovechamiento de las mismas en función de la disponibilidad de otros factores.

Comentario de la auditoría: A fin de verificar el aprovechamiento de las horas médicas destinadas a Cirugía se tomó la producción anual y las horas médicas de los Servicios de Cirugía y Retina y Vítreo. La producción anual de ambos servicios se convirtió en horas y se las comparó con las horas médicas que los servicios le dedican a la actividad quirúrgica. El resultado se expone en los siguientes cuadros:

Servicio de Cirugía				
Horas mensuales asignadas	Horas anuales asignadas	Hs utilizadas para producción	% real utilizado	% no aplicado
320	3840	959	24,97	75,03

Servicio de Retina y Vítreo				
Horas mensuales asignadas	Horas anuales asignadas	Hs utilizadas para producción	% real utilizado	% no aplicado
444	5328	390,67	7,33	92,67

Los porcentajes de horas no aplicadas para estos servicios es, respectivamente del 75,03% y del 92,67%.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

Observación N° 17: De las seis instrumentistas con que cuenta el hospital, cinco cumplen su horario por la mañana (una de ellas trabaja por la tarde sólo los jueves de 14 a 20 hs) y la sexta cubre sábados, domingos y feriados. El hospital no desarrolla actividad quirúrgica durante la tarde, a excepción del Servicio de Guardia que realiza intervenciones diariamente, y Retina los días jueves.

Comentario del organismo auditado: *“Debido a la falta de recurso humano, físico y de mantenimiento para tareas vespertinas, los quirófanos solo están habilitados para cirugías de emergencias durante las 24 hs. (salvo cuando falta personal de mantenimiento).”*

Comentario de la Auditoría: La disponibilidad de quirófanos es de 7 a 13 hs de lunes a viernes. El Hospital cuenta con 2 anestesistas y 3 instrumentadoras quirúrgicas de planta. Éstas últimas cubren el horario de 7 a 13 hs. mientras que los anestesistas lo extienden hasta las 15 hs. No obstante la disponibilidad de recursos (mejorada desde el anterior informe) la productividad de cirugía se mantiene en un bajo nivel (1,3 cirugías diarias por puesto quirúrgico).

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

Observación N° 18: Durante la Auditoría se verificó que los turnos para cirugía programadas se entregaban con una demora de 3 a 8 meses según los servicios.

Recomendación N° 17 y N° 18: Evaluar la posibilidad de incorporar o redistribuir el recurso humano necesario como para ampliar la actividad quirúrgica por la tarde, contribuyendo de este modo a reducir las demoras en los turnos de cirugía.

Comentario de la Auditoría: La situación no se ha modificado. En algunos casos, como en el servicio de Estrabismo y Neuroftalmología las demoras van de 18 a 24 meses. En el Servicio de Cirugía, una operación de cataratas tiene una demora de 60 días (los tiempos estimados no incluyen los exámenes prequirúrgicos, odontológicos, radiología, consultorio de anestesiología, etc).

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

VI. CONCLUSION

Del seguimiento realizado se concluye que el Hospital de Oftalmología “Dr. Pedro Lagleyze” ha mejorado algunos aspectos relacionados con el área administrativa. El área médico-prestacional, en cambio, no sólo no ha mejorado sino que en algunos casos ha profundizado sus deficiencias.

De un total de 18 observaciones formuladas en la auditoría anterior, 6 fueron levantadas y 12 aún se mantienen (de las cuales en 4 casos hay un avance incipiente).