

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Mayo de 2009.							
Código del Proyecto	3.08.08 b)							
Denominación del Proyecto	Gestión del Hospital Dr. Juan A. Fernandez.							
Período examinado	Año 2007							
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital General de Agudos Dr. Juan Antonio Fernández.							
Presupuesto Distributivo 2007 (expresado en pesos)	Jur	UE	Pro	Spr	Act	Descripción	Importe	
	40	418				HTAL. JUAN A. FERNANDEZ	111.805.310	
	40	418	52			ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	111.805.310	
	40	418	52	18	1	Conducción y Administración	7.809.827	
	40	418	52	18	2	Servicios de Internación	44.880.560	
	40	418	52	18	3	Atención Ambulatoria en Consultorios Externos	13.621.524	
	40	418	52	18	4	Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	11.628.700	
	40	418	52	18	5	Servicios Generales de Limpieza, Vigilancia y Mantenimiento	10.009.529	
	40	418	52	18	6	Acciones de Promoción y Prevención en Salud- Centros de Salud y Acción Comunitaria	5.573.670	
	40	418	52	18	7	Urgencias	18.281.500	
Limitaciones al alcance	No fue posible calcular el indicador “Tiempo de Espera Quirúrgico” dado que, el Hospital no confecciona Historias Clínicas de Consultorio Externo que posibiliten la obtención del dato “fecha de diagnostico”.							
	Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato “Tiempo Máximo de Espera Quirúrgica por Patología”, información clave para la planificación de la actividad quirúrgica.							
	De 117 cirugías realizadas en los meses de Abril, Agosto y Noviembre, no fue posible obtener información del tiempo insumido en horas de Quirófano, dado que no se tuvo a la vista el respaldo documental de los antecedentes de cada una de ellas.							

	Para la evaluación de plazos de adquisición de Prótesis en cirugías Traumatológicas, a través del circuito de compra por Ayuda Medica, se solicitaron las Historias Clínicas de los pacientes que requirieron de tal modalidad. No obstante, del total de registros (76 Historias Clínicas) sólo se pudieron verificar 36 Historias Clínicas, dado que el resto no se encontraron en Archivo.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 20 de Agosto de 2008 y el 29 de Noviembre de 2008.
Aclaraciones previas	El sistema de salud esta conformado por distintos establecimientos organizados en niveles de complejidad, de acuerdo al modelo de atención definido. Se distinguen así, tres niveles de complejidad: ▪ Primer nivel: constituido por equipos interdisciplinarios, centros de salud y puestos comunitarios. ▪ Segundo nivel: constituido por hospitales generales con las cuatro clínicas básicas (cirugía, tocoginecología, clínica medica y pediatría) y servicios de urgencias y emergencias que operan con sus áreas programáticas. ▪ Tercer nivel: constituido por hospitales universitarios y centros especializados. Otra mirada posible, es la enunciada desde la óptica propia de los niveles de atención: ▪ El primer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia. ▪ El segundo nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas. ▪ El tercer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos

	destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización. A partir de las definiciones indicadas, podemos enmarcar al Hospital Dr. Juan A. Fernández como una institución del tercer nivel de atención y del tercer nivel de complejidad. Desde esta perspectiva, se evalúa el proceso de utilización de los recursos, teniendo en cuenta los objetivos asistenciales planteados y la oferta sanitaria brindada. Es importante señalar, que el volumen de información que maneja el Hospital, nos lleva a efectuar recortes -determinación de una muestra- que conducen a que los exámenes de auditoria, se conviertan -aún a pesar del predominio del análisis cuantitativo- en "estudios de casos" que posibilitan la comparación -benchmarking- y que además, articuladas sus observaciones, recomendaciones y conclusiones, permiten tomar decisiones a fin de superar las dificultades, que sufre el sistema en su conjunto. En el análisis del caso Hospital Dr. J. A. Fernández, para la aplicación de determinados procedimientos de auditoria, la selección de la muestra obedece a meses que no coinciden con los períodos vacacionales tradicionales, según criterio del auditor. De esta manera, fueron seleccionados los meses de abril, agosto y noviembre del año en estudio.
Principales observaciones detectadas	1. La demanda de internación excede la disponibilidad del recurso "cama". Su utilización en niveles que superan el óptimo de ocupación (90,37% promedio anual), el promedio ponderado de días de estada (10,76 días) y el promedio de pacientes en lista de espera (128,40 casos), repercuten en los tiempos de espera para la internación del paciente. 2. El recurso humano destinado al centro quirúrgico no alcanza para asistir la actual demanda de cirugías; ocho de los nueve quirófanos de utilización diaria no disponen de personal de planta para el turno vespertino que posibilite la programación de cirugías (solo un quirófano cuenta con personal de planta por la tarde), implicando ello, capacidad instalada ociosa del recurso "quirófano". 3. La organización de los turnos de consulta ambulatoria, no

	responde a la necesidad del paciente. La programación de los mismos no están pensados para facilitar la accesibilidad. No hay turnos programados, el turno vespertino se entrega en su mayoría por la mañana y falta difusión de la consulta vespertina. Ello deriva, en la subutilización del recurso "consultorio" en el turno vespertino. 4. La oferta de turnos ambulatorios y las consultas realizadas, reflejaron desvíos significativos (17.193,50 turnos ofrecidos promedio mensual¹, contra 12.294,67 consultas realizadas promedio mensual²). La diferencia originada no se explica con el porcentaje de ausentismo a la consulta ambulatoria, dado que la misma fue del 4%³ sobre el total de turnos ofrecidos promedio mensual. Este desvío, se traduce en ociosidad del recurso humano disponible para la demanda asistida. 5. Las consultas de los CESACs, resultan escasas (8,63%) en relación a la totalidad de la consulta ambulatoria del Hospital más los propios CESACs. El nivel de atención de los CESACs a lo largo de los años, se incrementa muy lentamente, centralizándose la consulta ambulatoria en el Hospital. Ello implica la debilidad de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en los centros asistenciales. 6. El hospital no cuenta con Historias Clínicas de Consultorio Externo ni con una lista de espera quirúrgica única, que recoja datos claves (fecha de diagnóstico, tiempo máximo de espera quirúrgica por patología, entre otros) para la planificación de la actividad asistencial, debilitando así, la organización quirúrgica del ente. De esta forma, no fue posible verificar 117 Historias Clínicas de Consultorio Externo, que posibiliten el cálculo del Indicador Tiempo de Espera Quirúrgico. 7. La internación de pacientes a través de la Guardia representó el 71,50% del total de internaciones promedio mensual. Esta modalidad, garantiza la internación del paciente pero no responde a un modelo de gestión eficiente, al desconocer las prioridades de una lista de espera quirúrgica única.
--	--

¹ Dato extraído del Cuadro 4 del cuerpo principal del Informe.

² Dato extraído del Cuadro 5 del cuerpo principal del Informe.

³ Dato extraído del Cuadro 8 del cuerpo principal del Informe.

	8. El plantel de Enfermería con tareas asistenciales (391 agentes), es escaso en comparación a la dotación necesaria que requeriría el hospital (730 agentes), resultando necesario la designación de horas correspondientes a 157 agentes, teniendo en cuenta las horas trabajadas de planta más las horas trabajadas por Módulos. Si se excluyera las horas trabajadas por Módulos, el déficit de agentes ascendería a 339.
Recomendaciones	1. Programación de Altas y Gestión de Camas: a) Replantear la internación de pacientes, programando las altas hospitalarias a través de protocolos de estancias por patologías. Para el caso de patologías menos previsibles, se podría utilizar un promedio de "previsión de días de alta". b) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de buscar un equilibrio entre ingresos programados y urgentes. La ocupación de camas de las distintas salas de internación por la Guardia, debería tener un límite a fin de no desprogramar la actividad quirúrgica. Por encima del límite establecido, debería pensarse en mantener a los pacientes en salas de observación o proceder a su traslado. c) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos. d) Jerarquizar el área de Admisión y Egresos, a fin de ejercer la autoridad en la gestión de camas, salvo alguna situación de excepción en la que el Jefe de Guardia asuma tal responsabilidad. e) Implementar mecanismos (contratos, acuerdos, etc.), desde el Ministerio de Salud, que permita la articulación con el sector privado, a fin de incrementar la disponibilidad de plazas. 2. Gestión del Paciente Quirúrgico: a) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos. b) Unificadas las listas de espera de quirófano, los servicios quirúrgicos y el área de Admisión, deberían acordar el método de programación para la gestión del paciente (prioridades por patologías, tiempos máximos de espera quirúrgica por patología, reprogramación de cirugías

	suspendidas, etc.). c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD). Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos. 3. Gestión del Paciente Ambulatorio: a) Definir, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la población que debe cubrir el hospital, para la adecuada organización de los recursos asistenciales. b) Replantear el número de población que se proyecta asistir, a fin de poder aproximarse al cálculo de los recursos necesarios (físicos y humanos) basados en la demanda. c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD). Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos. d) Replantear la estrategia de Atención Primaria a fin de dar mayor respuesta en los Centros de Salud, a la población con patologías de menor complejidad. 4. Maximizar la utilización del Centro Quirúrgico, y de otros Servicios que así lo requieran, a través de la incorporación del recurso humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso Humano faltante (médico, técnico, de enfermería y otros), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido.
Conclusión	La actividad asistencial que evidencia el Hospital Dr. Juan A. Fernandez, se orienta hacia una gestión eficiente. No obstante, es posible mencionar algunas acciones de índole general que podrían contribuir a optimizarla. De esta manera, se resalta que, la determinación de un

	equilibrio entre el número de pacientes programados para internación y los procedentes del servicio de Guardia, la centralización e informatización de las listas de espera quirúrgica en un único centro de admisión, y la adecuada cuantificación de los recursos necesarios (físicos y humanos) en función a la demanda que se proyecta asistir, son algunos de los campos a trabajar en pos de una mejora. Asimismo, podría corregirse el accionar del Ministerio de Salud en temas relativos, a la mejora de la calidad de la actividad hospitalaria. Finalmente, la evaluación de los servicios asistenciales debería ser un procedimiento habitual y cotidiano en la gestión, dado que ésta, integra la planificación y a su vez, es indispensable en el proceso de toma de decisión. En este sentido, la utilización de la herramienta Cuadro de Mando Integral, permitiría de manera integrada y participativa, la definición de parámetros, indicadores y límites, que posibiliten monitorear la actividad hospitalaria y tomar medidas correctivas ante desvíos significativos que afecten el normal funcionamiento del hospital.
--	--