

Informe Ejecutivo

Lugar y fecha de emisión	CABA, diciembre de 2019					
Código del Proyecto	3.17.06					
Denominación del Proyecto	Hospital Alvear					
Período examinado	Año 2016					
Objeto	Jurisdicción 40 – Unidad Ejecutora 411– Programa 85 Atención de Salud Mental. Subprograma 11- Hospital Alvear					
	Año 2016					
	Jur.	UE	Prog.	Subp.	Inciso	Sanción
	40	411	85	11	1	162.189.206,00
	40	411	85	11	2	12.705.999,00
	40	411	85	11	3	19.945.002,00
	40	411	85	11	4	9.049.492,00
						203.889.699,00
	Presupuesto Físico					
Variable	Denominación		Unidad de Medida		Cantidad	
Meta	Pacientes Atendidos en Salud Mental		Paciente		79.920	
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de					

	Alvear; conjuntamente con los procesos de control de la Dirección General de Salud Mental, y la prestación brindada por el Hospital.
Alcance	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. Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo las siguientes actividades 1) Entrevistas con autoridades y funcionarios. 2) Relevamiento del Organigrama. Estructura formal y real. Responsabilidad primaria y acciones. 3) Recopilación de la normativa general y específica aplicable al objeto de auditoría. 4) Información Presupuestaria, recursos financieros asignados. Metas físicas. 5) Recursos físicos (infraestructura Edilicia, y equipamiento establecidos en el contrato). 6) Solicitud de informes de auditorías internas del hospital. 7) Solicitud de informes de otros organismos. 8) Recopilación de Manuales y Normas de procedimiento. 9) Relevamiento de Circuitos administrativos. 10) Recursos Humanos afectados a los servicios. 11) Revisión de registros. 12) Evaluar la confiabilidad de la información contable y operativa. 13) Evaluar el cumplimiento de las Normativa aplicable. 14) Identificación de áreas críticas. 15) Definición de procedimientos destinados a la elaboración de indicadores que permitan evaluar la calidad de prestación y el ambiente de control. 16) Realización de Procedimientos: Los procedimientos en el presente informe se realizaron con el objetivo de corroborar el cumplimiento de normativa de la CABA en cuanto a Salud Mental, y los registros de las prácticas correspondientes.

	Por otra parte, se evaluó el ambiente de control que existe en relación a las prestaciones brindadas por CCEE y la Guardia del Hospital. Por lo expuesto se llevaron a cabo los siguientes procedimientos: - Control general de los condiciones de planta física, rrhh y sistemas de control del funcionamiento de las empresas prestadoras de servicios tercerizados. - Análisis del registro de consultas en el libro de Consultorios Externos de Guardia. - Análisis del registro de auxilios de la ambulancia con base en el Hospital - Cotejo de los Desvíos entre el presupuesto físico y el ejecutado. - Análisis de la Construcción del Ejecutado del Presupuesto Físico para 2016, documentación de respaldo. - Análisis de cumplimiento de la normativa respecto a la planta física y equipamiento. - Análisis de historias clínicas del Servicio de CCEE para pacientes ambulatorios. - Análisis de la realización de los "Anexos 2" para recupero de prestaciones. - Análisis de pedidos de medicamentos de la Farmacia. - Analizar el Control cruzado entre registro de manual de prestaciones en CCEE y Agenda médica. - Análisis del cumplimiento del contrato de Mantenimiento y Limpieza. - Verificación de la implementación de la Orden de Servicio de Seguridad.
Limitaciones al Alcance	No existieron limitaciones al alcance.
Período de desarrollo de tareas de Auditoría	Las tareas de campo y relevamiento se iniciaron en mayo de 2018 y finalizaron en abril de 2019.

Aclaraciones previas	Se han tratado todos los aspectos considerados significativos y se ha trabajado sobre las áreas críticas determinadas como consecuencia del relevamiento previo.
Observaciones	A continuación se exponen las principales observaciones referentes a los procedimientos llevados a cabo en el Hospital: <u>A-Generales del relevamiento</u> a-1 No cuenta el hospital con una estructura jerárquica propia vigente. a-2 No cuenta el hospital con especialista en Ginecología. a-3 No existe suficiente cantidad de dispositivos para pacientes con condición de alta clínica. a-4 No se han resuelto aún todas las suplencias de Guardia. a-5 No existe Guardia de la unidad Alimentación los fines de semana y feriados. a-6 No cumple con normativa el local utilizado como cocina (falta azulejado, no hay detector de fuga de gas/monóxido de carbono, la ventilación es insuficiente). a-7 No cumple las condiciones de local de primera el local donde funciona el Sector de Arancelamiento. a-8 No se cuentan con suficientes camas ortopédicas para el cumplimiento del protocolo de contención y en algunos casos con personal para aplicarlo. a-9 No cuenta el sector de enfermería con equipamiento electrónico y telefónico adecuado. a-10 No existe un control adecuado de las obligaciones de la empresa que realiza el mantenimiento y la limpieza, por parte de la agente Fiscalizadora. a-11 No existe recurso de enfermería en Adolescencia para disponer las 7 camas de dotación no disponibles.

	<u>B-De los procedimientos</u> <u>1-Registro de consultas en el libro de Consultorios Externos de Guardia Septiembre 2016.</u> ✓ No hay datos sobre la cobertura médica de los pacientes atendidos en el 38% de los registros. ✓ No contiene el horario de atención en el 86% de los casos el registro de la consulta. ✓ No se observó descripción diagnóstica en el 52% de los registros. ✓ No se pudo determinar en el 38% de los casos la derivación efectuada por el dispositivo de guardia, es decir, no se especifica si vuelve a guardia, se lo deriva a otro dispositivo interno o externo o se lo interna. <i>Para el registro del SIGEHOS:</i> ✓ No se registraron prestaciones en el SIGEHOS en el 38% de los casos de Guardia en 2016. <u>2-Registro de auxilios de la ambulancia con base en el Hospital</u> ✓ No se realizó la correcta guarda del libro de Auxilios correspondiente a septiembre 2016, ya que se perdieron los registros del 1º al 6 de dicho mes. <u>3-Desvíos Entre el presupuesto físico y el ejecutado</u> ✓ No existe una base documental sobre la que fueron elaborados, para el período 2016, el presupuesto físico y el ejecutado del hospital, especialmente para la actividad 3 “pacientes atendidos en Consultorios Externos”. ✓ Las explicaciones a los desvíos (54% General) entre lo presupuestado y ejecutado por el hospital son insuficientes y no identifican el/los problemas a solucionar. ✓ No se ha justificado el desvío de 75% entre lo programado y lo ejecutado para la actividad 3 “Pacientes atendidos en Consultorios Externos.” <u>4-Análisis de la Construcción del Ejecutado del Presupuesto Físico para 2016, documentación de respaldo.</u> ✓ No existe control cruzado en el circuito de entrega y recolección de planillas de prestaciones profesionales brindadas por el hospital.
--	---

	✓ No existe una sistematización del registro de las prestaciones por parte de los profesionales que llenan las planillas de Registro Diario de Actividades, ni cumplimiento de pautas formales (firma, sello, horario de atención etc.). ✓ No existe control sobre el cumplimiento del Registro de las Prestaciones de los Profesionales. ✓ No existe una base documental fiable sobre la que fue construido el total de la Actividad 3, del ejecutado del presupuesto físico del tercer trimestre de 2016 del hospital. ✓ No se pudo determinar para el período 2016 no se pudo determinar el criterio con el cual se construyó el ejecutado trimestral. ✓ Las explicaciones a los desvíos entre lo presupuestado y ejecutado por el hospital son insuficientes y no identifican el/los problemas a solucionar. ✓ No existen en el área de psicodiagnóstico documentos de base que reflejen el trabajo que se hizo en años anteriores y que justifiquen los agregados para componer el ejecutado del presupuesto físico de dicho sector. ✓ No existe un protocolo General para contabilizar cada tipo de prestación. <u>5-Análisis de historias clínicas del Servicio de CCEE para pacientes ambulatorios</u> <i>Aspectos formales:</i> El 100% de los casos de la muestra presentó: ✓ Incumplimiento de la Ley 26.529 (capítulo IV, artículo 12), donde se establece que cada hoja integrante de las historias clínicas deben encontrarse foliadas. ✓ Ausencia de sistema de discriminación de las áreas departamentales de intervención (Consultorios externos, Internación, Guardia, etc.) con solapas, carátulas o algún otro método, fundamentalmente cuando el paciente ambulatorio ha estado internado y sigue su tratamiento por CCEE. ✓ Ausencia de sistema de discriminación de las disciplinas intervinientes (Psiquiatría, Psicología, Medicina, etc.), ya que son registradas una a continuación de las otras. Siendo imposible de esclarecer en los casos donde el profesional firme sin sello o sin especificar su campo disciplinario.
--	--

	Otros desvíos: ✓ No posee ficha de identificación del paciente o se encontraba sin completar el 52, 08% de los casos. ✓ No se registra correctamente en el 94,79% de los casos si el paciente posee o no obra social. <u>Prestacionales:</u> ✓ El 22% de los pacientes abandonan antes de los 32 días de tratamiento y el 21% realizó un tratamiento psicológico menor a 90 días, en total un 43% de los casos relevados. Ambos datos se traducen como una baja adherencia al tratamiento. ✓ No hubo intervención de médico clínico en el 83.33% y en el 56,25% de los casos no se pudo identificar la frecuencia de atención. ✓ No se registró en el 67,71% de los casos el consentimiento informado del paciente. <u>6-Análisis de la realización de los “Anexos 2” para recupero de prestaciones</u> ✓ No se ha podido reducir el faltante de anexos II en el año 2016. El faltante de anexos II para el año 2016 fue del 39,04%, manteniéndose para en la actualidad el mismo porcentual de pérdida. ✓ No se ha podido reducir el porcentaje de anexos II a menos de un 4%. El porcentaje de pérdida en el mesón de CCEE, para el año 2016 representaba un 34,26 % y en la oficina de Guardia un 4,75%. ✓ No cuenta el sector de tesorería, de forma sistemática, con los guarismos y con la capacitación para seguir los recuperos que efectúa FACOEP con la facturación que realiza el Hospital a los entes de cobertura social. <u>7-Análisis de pedidos de medicamentos de la Farmacia</u> ✓ No fue reclamado el 90,90% de los 22 reglones que quedaron sin completar la entrega, en el mes de septiembre de 2016.}
--	--

8-Control cruzado entre registro de manual de prestaciones en CCEE y Agenda médica

- ✓ No se encontró correlación entre la agenda médica y las planillas completas por los profesionales en forma manual, para la semana auditada en un 89,52%.
- ✓ No existe correlación en la totalidad de los pacientes atendidos por planilla y por agenda médica, la correlación sólo se corrobora parcialmente en los 13 profesionales que se encuentren en ambas planillas. La diferencia entre pacientes atendidos entre planilla manual (109) y de SIGEHOS (259) es de 150.

Procedimientos en relación a Servicios tercerizados

9-Análisis del cumplimiento del contrato de Mantenimiento y Limpieza.

- ✓ No cuenta la Arquitecta fiscalizadora con la documentación solicitada propia de su función, lo cual hace presumir el incumplimiento de su finalidad ya que no recibe los informes obligatorios por parte de la empresa contratada.
- ✓ No cumple la empresa con los pliegos de la licitación al no instalar los 6 (seis) Aires acondicionados que desde marzo de 2018, o sea desde hace un año, aguardan ser instalados por la empresa, lo cual es su obligación de acuerdo a los normado en el punto 2.1.2.4 de PETP en la sección "Mantenimiento de obra"
- ✓ No presenta la empresa los informes, mensuales, trimestrales y mensuales por adelantado, obligatorios para dicha empresa en cumplimiento de los Pliegos detallados anteriormente.
- ✓ No cuenta el personal de limpieza, con la identificación de la Empresa prestataria en su uniforme.
- ✓ No llevan a la vista la credencial identificatoria los empleados de limpieza.
- ✓ No cuenta el personal de mantenimiento, con la identificación de la Empresa prestataria.
- ✓ No llevan a la vista la credencial identificatoria personal los empleados de mantenimiento.

	<u>10-Verificación de la implementación de la Orden de Servicio de Seguridad</u> ✓ No cuenta con seguridad permanente el nuevo pabellón I de CCEE y la garita, junto al portón de ingreso sin habilitar, se encuentra sin uso. ✓ No se pudo constatar los certificados de reincidencia y situación de deudores alimentarios morosos de los agentes que trabajan en vigilancia 1.1.1.
Conclusión	Se ha podido comprobar la dificultad por parte de la Dirección del hospital de controlar la ejecución de los convenios relativos al mantenimiento del hospital, ya que no tuvo acceso a los pliegos de especificaciones técnicas o a los contratos. También se pudo detectar el déficit en cuanto a los agentes que realizan la actividad de seguridad edilicia, especialmente en horario nocturno y de fines de semana. Es para destacar la inauguración del sector de consultorios externos, archivo y confitería que permiten brindar una mejor prestación a todos los usuarios ambulatorios, sin embargo deberá contar con seguridad permanente para que se pueda abrir el portón de calle que comunica directamente a dichos consultorios. Por otra parte, es pertinente resaltar que la Dirección General de Salud mental está llevando a cabo junto a otras áreas del Gobierno de la CABA una licitación para contratar nuevas camas para personas con padecimientos en salud mental y discapacidad, situación que ha sido informada en el descargo de la mencionada Dirección. Es necesario mencionar que siguiendo esta dirección deberá replicarse este mecanismo administrativo para licitar “casas de medio camino” y otras modalidades previstas en los artículos 15 y 16 de la ley 448, para contener pacientes con alta clínica de los hospitales de Salud Mental. Este último sistema permitirá un procedimiento más equitativo en cuanto al pago de las cápitass, de acuerdo al tipo de prestación que efectivamente reciba el beneficiario.

	Cabe destacar que la presente auditoría ha cumplido con su objetivo de evaluar el control y la prestación brindada por los profesionales del hospital, poniendo especial énfasis en la atención del servicio de enfermería, que es el sector que más tiempo comparte y trabaja con los pacientes alojados en el Hospital. Es criterio de la presente auditoría que se debe incrementar la dotación de enfermería a fin de llevar el número de camas disponibles a su tope máximo. Sin embargo, debemos señalar que el ambiente de control en CCEE del hospital es deficitario, debido a las debilidades del registro y la construcción de agendas médicas (de los diferentes profesionales psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales etc.) lo que impidió determinar ratios de atención a los usuarios del servicio del periodo bajo análisis. Igual situación de falta de control interno se ha suscitado en cuanto a la construcción del presupuesto físico, situación que según el nuevo Director del nosocomio se resolverá en el futuro. En cuanto al servicio de Guardia se ha reconfigurado la atención, realizando un esfuerzo a fin de mejorar el registro de prestaciones de consultorios de guardia, la pesquisa de afiliados a obras sociales y la respectiva facturación de la prestación. A su vez en cuanto a la prestación profesional propiamente dicha se realizó por parte de la nueva jefatura la tarea de docencia y concientización de mejorar el registro de la consulta, bajo nuevos parámetros. Respecto a la seguridad del hospital mencionada anteriormente se deberá reforzar la cantidad de agentes, conjuntamente con la renovación del parque tecnológico de teléfonos y ordenadores a fin de mejorar la comunicación de los servicios entre sí y con la guardia. Por último, la atención a los pacientes con problemáticas de salud mental, mejorará en la medida que se adecuen de manera sistemática los controles internos llevados por la Dirección del Hospital, así como lo externos realizados por la DGSAM,
--	---

	supervisando en ambos casos el cumplimiento de la normativa correspondiente en cuanto a planificación y cumplimiento de las metas físicas, atención efectiva y registro de todas las prácticas. En cuanto al control de gestión por parte de la DGSAM deberá ponerse especial énfasis en la facilitación de alternativas para pacientes con alta clínica y aumentar el número de camas disponibles.
--	--