



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Informe de Auditoría N° 5/2019

SISAC N° 4

RECONVERSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Tabla de Contenido	
Informe Ejecutivo	1
Informe Analítico	4
Objeto	5
Alcance	5
Limitaciones al alcance	5
Tarea Realizada	5
Marco de Referencia	6
Observaciones	8
Opinión del auditado	14
Conclusión	14



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Secretaría de Gobierno de Salud
Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria
Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos
Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Informe Ejecutivo



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Objeto

Evaluar la atención integral de los pacientes alojados en los distintos hogares y dispositivos, efectuando una revisión de los controles implementados -en el marco de la mejora de la calidad de atención de los pacientes- a fin de determinar la situación actual de la reconversión como así también las etapas en las cuales se encuentra la institución de acuerdo a su Plan Estratégico de Reforma. Se realizará el seguimiento de las observaciones pendientes de regularización del área auditada.

Alcance

El examen fue realizado de acuerdo con las Normas de Auditoría Interna Gubernamental (Resolución SIGEN N° 152/2002) el Manual de Control Interno Gubernamental (Resolución SIGEN N° 3/2011) y la Resolución SIGEN N° 172/14 "Normas Generales de Control Interno para el Sector Público Nacional".

El período auditado transcurrió entre el 01 de enero de 2018 y 28 de febrero de 2019.

La institución cuenta con diecisiete (17) dispositivos de **alojamiento permanente internos** de pacientes. Estos dispositivos tienen dos modalidades diferentes ocho (8) se organizan como hogares y nueve (9) como pabellones. Fueron auditados trece (13) alojamientos permanentes internos de la CNMO, el 76,4% del universo, que fueron tomados aleatoriamente.

El total de pacientes internados en dispositivos internos que integran el universo al 01 de marzo de 2019 era de cuatrocientos cuarenta y tres (443).

El número de pacientes internados en los dispositivos auditados al día 01 de marzo de 2019 era de trescientos noventa y uno (391), lo que representa un 88,20% del universo.

Se auditaron 90 historias clínicas, el 20,30 % del universo de pacientes.

Las tareas de auditoría se realizaron durante el período comprendido entre el 01 de marzo 2019 y el 04 de junio, fecha de expedición del presente.

Observaciones

- Falta de controles en puntos críticos por ausencia de normas de procedimiento.
- Ausencia de consentimiento informado en las historias clínicas.
- Dificultad en el tratamiento de pacientes. Ineficiente relevo del personal.
- Pabellones con deficiencias edilicias y de mantenimiento.
- Falta de atención integral en el pabellón 6.
- Hogares nuevos sin habitar por faltantes de terminación.

Conclusión

Como resultado del trabajo de auditoría realizado, se observó que la organización ha implementado en diferentes grados su adecuación al modelo de atención integral de los pacientes alojados en los diferentes dispositivos residenciales permanentes.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Se han llevado a cabo mejoras edilicias que aseguran una mejor calidad de vida y mayor seguridad para los pacientes en gran parte de los pabellones.

Es dable destacar el compromiso asumido por la Dirección Asistente de Atención Sanitaria durante el proceso de auditoría, en el sentido de haber comenzado con el plan de acción tendiente a subsanar las observaciones detectadas, inmediatamente después de comunicadas.

Por último, si bien se evidencian acciones puestas en marcha por la dirección mencionada tendientes a la mejora de la atención integral de los pacientes, se observa un lento compromiso estratégico de gestión que se hace visible por la ausencia tanto de un plan estratégico institucional como de normativa interna en la materia auditada en particular; por ello se concluye que el control interno del proceso de reconversión es débil.

Torres (B), 04 de junio de 2019.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Secretaría de Gobierno de Salud
Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria
Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos
Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Informe Analítico



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Objeto

Evaluar la atención integral de los pacientes alojados en los distintos hogares y dispositivos, efectuando una revisión de los controles implementados -en el marco de la mejora de la calidad de atención de los pacientes- a fin de determinar la situación actual de la reconversión como así también las etapas en las cuales se encuentra la institución de acuerdo a su Plan Estratégico de Reforma. Se realizará el seguimiento de las observaciones pendientes de regularización del área auditada.

Alcance

El examen fue realizado de acuerdo con las Normas de Auditoría Interna Gubernamental (Resolución SIGEN N° 152/2002) el Manual de Control Interno Gubernamental (Resolución SIGEN N° 3/2011) y la Resolución SIGEN N° 172/14 "Normas Generales de Control Interno para el Sector Público Nacional".

El período auditado transcurrió entre el 01 de enero de 2018 y 28 de febrero de 2019.

La institución cuenta con diecisiete (17) dispositivos de **alojamiento permanente internos** de pacientes. Estos dispositivos tienen dos modalidades diferentes ocho (8) se organizan como hogares y nueve (9) como pabellones. Fueron auditados trece (13) alojamientos permanentes internos de la CNMO, el 76,4% del universo, que fueron tomados aleatoriamente.

El total de pacientes internados en dispositivos internos que integran el universo al 01 de marzo de 2019 era de cuatrocientos cuarenta y tres (443).

El número de pacientes internados en los dispositivos auditados al día 01 de marzo de 2019 era de trescientos noventa y uno (391), lo que representa un 88,20% del universo.

Se auditaron 90 historias clínicas, el 20,30 % del universo de pacientes.

Las tareas de auditoría se realizaron durante el período comprendido entre el 01 de marzo 2019 y el 04 de junio, fecha de expedición del presente.

Limitaciones al alcance

No se tuvo acceso al plan estratégico de reforma por no contar el organismo con uno vigente.

Tarea realizada

Se envió a la Dirección Asistente de Atención Sanitaria NO-2019-12603239-APN-UAI#CNMO con fecha 01 de marzo 2019, dando inicio al proceso de auditoría solicitando la designación de un interlocutor válido para acompañar el proceso de auditoría.

Se realizó el relevamiento preliminar de información teórica, teniendo en cuenta la normativa aplicable.

Se entrevistó a la médica asesora designada como interlocutora de la Dirección Asistente de Atención Sanitaria con el fin de poner en conocimiento el objeto de la auditoría.

Se solicitaron las normas internas del organismo relacionadas con el objeto de la auditoría.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Se indagó a la médica asesora designada como interlocutora acerca de las reformas realizadas por la institución en su proceso de adaptación al modelo de atención Integral.

Con la información suministrada por la Dirección Asistente de Atención Sanitaria y el sistema de información digital de la organización se programó la auditoria de terreno de los diferentes hogares y dispositivos donde se alojan los pacientes.

La institución cuenta con diecisiete (17) dispositivos de alojamiento internos, nueve (9) de ellos dispuestos como pabellones de los que se visitaron la totalidad. Los ocho (8) restantes se encuentran organizados como hogares de los cuales fueron auditados cuatro (4). (Arco Iris, El Nuevo Desafío, Hogar el Bosque y Hogar San Francisco).

En cada uno de los dispositivos se realizó la observación del grado de adecuación edilicia del lugar (reformas, mantenimiento, limpieza, calefacción, disposición, seguridad).

Se tomó registro fotográfico de los hallazgos.

Se auditaron historias clínicas al azar a fin de constatar si estaban completas, si se refleja la continuidad en la atención del usuario, el grado de cumplimiento de las normas internas de la historia clínica, y de las normas legales existentes.

Se indagó al personal que se encontraba en el dispositivo al momento de la visita, sobre el personal responsable de cada dispositivo y el plantel de recurso humano que asiste al mismo en diferentes turnos.

Se relevó el estado de higiene, vestimenta y control de los pacientes a cargo.

Marco de Referencia

La estructura de la CNMO fue aprobada por el Decreto 550/2013, donde se contempla solamente la apertura de primer nivel.

El proceso de auditoría que se realizó es responsabilidad de la Dirección Asistente de Atención Sanitaria.

La presente tarea de auditoría se realizó con el fin de evaluar las acciones realizadas por la CNMO para la reconversión del modelo de atención asilar por un modelo basado en la atención integral de los pacientes, mejorando la calidad de atención, respetando los derechos, fomentando estrategias para la reinserción social y el desarrollo personal.

Resulta preciso definir, con el objeto del entendimiento de este informe los términos pabellón y hogar.

En tal sentido, **pabellón:** es el recurso institucional para personas alojadas con adecuado nivel de autovalimiento e independencia, tienen una capacidad entre 30 y 50 usuarios y **hogar** es el recurso institucional para personas con nivel de autovalimiento e independencia dificultosa y requieren mayor grado de asistencia y protección. Tienen una capacidad que varía entre 8 y 16 pacientes.

Tanto el pabellón como el hogar deben dar las prestaciones de alojamiento permanente, alimentación, artículos de hotelería, elementos de tocador y lavado de ropa.

El recurso humano básico para ambas modalidades está formado por un director/coordinador que es psiquiatra además poseen psicólogo, médico clínico, trabajador social, kinesiólogo, enfermeros y operadores.

En el caso de necesidad contará con la apoyatura de recurso profesional especializado de acuerdo a la modalidad del dispositivo.

La CNMO es una institución de internación monovalente de salud mental. En la misma se alojan pacientes con patologías de salud mental y discapacidad en diferentes grados.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Por tal motivo se tomaron como marcos normativos las leyes que rigen en nuestro país para ambas condiciones.

Como marcos normativos más importantes debemos tener en cuenta:

Ley N° 26.657 de Derecho de la Protección de la Salud Mental y todo el plexo normativo concordante. Este documento reconoce la salud mental como un "proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona".

Como puntos más importantes procura a la creación de una atención Integral externa a las instituciones de internación, fomentando la realización de una red de sostén externa con apoyo profesional, laboral, familiar y de la comunidad; que le permita realizar actividades que lo integren rápidamente a la comunidad.

En referencia a los pacientes que deben permanecer internados en instituciones se debe tener un registro diario en la historia clínica de las diferentes intervenciones que realiza el equipo interdisciplinario que lo asiste (Art.15); los permisos de salida son a voluntad del equipo sin la intervención del juez. (Art.23).

Esta norma plantea la reconversión del modelo asilar por un modelo de base comunitaria fundado en la rehabilitación integral, incorporando estrategias y alternativas de tratamiento que promuevan el desarrollo personal y la reinserción social de las personas institucionalizadas, con el fin de lograr avances en calidad de atención y calidad de vida de los pacientes.

Se plantea la construcción de nuevos hogares prototipos, centros de día, y centros de atención integral.

A tal fin resulta de relevancia la capacitación del recurso humano tanto asistencial como administrativo, con el fin de colaborar con el proceso de desmanicomialización, adecuar la distribución del recurso humano, y contribuir a construcción de una red de servicios de salud y discapacidad articulados.

La **Resolución 1876/2016-Normas para la habilitación y fiscalización de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones- anexos I, II y III** particularmente se relacionan con esta auditoría.

El Anexo II- clasifica a los establecimientos, entre ellos hace referencia a los establecimientos para pacientes con cuadros psiquiátricos residuales a los cuales denomina "Colonia Psiquiátrica", establece la estructura organizacional que este debe tener y la estructura edilicia.

El anexo III utiliza otra clasificación en referencia a residencias asistidas con nivel de apoyo bajo, medio y alto entre otros. Especifica gestión de la residencia, prestaciones que realiza, profesionales necesarios, estructura edilicia mínima y características constructivas de este.

Ambos anexos son útiles para esta auditoría ya que describen las modalidades utilizadas en la CMDO para la internación de sus pacientes.

Ley N° 22431 difunde el sistema de Protección Integral tendiendo a asegurar su atención médica, educación y seguridad social, también como instrumentar los medios para neutralizar la desventaja que la discapacidad le provoca, dándoles la oportunidad mediante su esfuerzo, de desempeñar un rol equivalente al resto en la comunidad.

Obliga al Estado a prestar el Servicio de Rehabilitación Integral, entendida esta como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada, como así también la formación



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

profesional, préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual, regímenes diferenciales de seguridad social, escolarización en establecimientos comunes y orientación o promoción individual, familiar y social.

Ley N° 24901 -Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación Integral a favor de las personas con discapacidad.

Esta ley pone en funcionamiento un sistema de prestaciones básicas integrales para la persona con discapacidad. En la misma se contemplan acciones de prevención, asistencia, promoción y protección dándole una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

La ley N.° 26.378 - Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo.

Esta ley reconoce a las personas con discapacidad los mismos derechos que a todas las personas. Entre otros, el derecho a la vida, a la educación en igualdad con todos. (Educación Inclusiva con la realización de los ajustes razonables necesarios para tal fin), al empleo libre, a la vida independiente, a mantener su capacidad jurídica. (Derecho a votar, pueden heredar y firmar contratos), a la no discriminación, a la salud, a tener acceso a la justicia (reclamar ante los jueces, ser testigos, etc.).

Cumpliendo con el objeto de la auditoría y la atención de calidad de los pacientes se verificó la historia clínica y el grado de cumplimiento del documento con la Ley N° 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y su decreto Reglamentario N° 1.089/2012. En la citada ley se especifican los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, el manejo de la información sanitaria, la obligatoriedad del consentimiento informado y las características que debe cumplir la historia clínica.

Con la normativa expuesta se realizó el trabajo de auditoría, teniendo en cuenta las adaptaciones necesarias de la ley a las particularidades presentes en la CMDO.

Observaciones

Observación N°1: Falta de controles en puntos críticos por ausencia de normas de procedimiento.

Falta de uniformidad en los procedimientos llevados a cabo en los diferentes dispositivos tanto en los aspectos administrativos como en los asistenciales.

En los pabellones 5; 6 y 10 no realizan el registro de evoluciones de enfermería por paciente en ningún documento que forme parte de la historia clínica.

Los dispositivos poseen el libro de pase diario donde enfermería debe registrar las novedades por turnos y además los profesionales que asistieron al pabellón /hogar deben intervenir mediante firma y sello diariamente dicho libro, como así también los responsables médicos y de enfermería del dispositivo.

El pabellón 6 no registra datos en este libro, el resto de los pabellones efectúan las registraciones en forma parcial.

Los pabellones 1 y 11 cumplen totalmente con la registración en el libro diario.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Secretaría de Gobierno de Salud
Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria
Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos
Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

En las historias clínicas correspondientes al pabellón 8, se encontró que la hoja de evolución psiquiátrica es un texto pre impreso, en el cual el profesional tacha lo que no corresponde.

Causa: Falta de normativa.

Efecto: Impacto en los usuarios por incumplimiento normativo y problemas operativos. – inoportunidad de la información ocasionando retraso en la atención de los usuarios.

Recomendación: Diseñar protocolos, normas de procedimientos, comunicarlas y controlar periódicamente su cumplimiento.

Opinión del auditado: *"Con respecto a la observación planteada en la auditoría realizada, desde esta Dirección y teniendo en cuenta el carácter de urgencia que amerita la misma, se realizaron las siguientes intervenciones:*

- 1. Se solicitó al Departamento de Enfermería, vía GDE, supervisión, control y seguimiento de los registros a cargo de enfermería en dicho Pabellón así como control sobre el registro de tratamientos indicados de los pacientes.*
- 2. Se realizará en forma continua el control y seguimiento, desde esta dirección, de las H Clínicas.*
- 3. Se aportará toda la capacitación necesaria y solicitada con respecto al manejo de la información en la HC, registros y control del uso de medicación que sea requerida por el personal, a cargo de esta Dirección.*
- 4. Se realizará un informe en un plazo de 90 días sobre las mejoras propuestas alcanzadas."*

Opinión del auditor: Se tiene en cuenta lo manifestado por la dirección auditada y se procederá al seguimiento oportunamente.

Responsable de la acción correctiva: Dirección Asistente de Atención Sanitaria.

Estado de regularización: En trámite.

Observación N.º 2: Ausencia de consentimiento informado en las historias clínicas.

No se ha verificado la existencia del consentimiento informado en las historias clínicas auditadas.

El artículo 7º inc. j) de la Ley N° 26657 de Salud Mental establece el "Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales".

Las normas del *consentimiento informado* se detallan en la Ley 26529 de Derecho del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud - el artículo 6 que remite a la obligatoriedad del documento y cómo proceder en el caso de las para personas



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

con discapacidad. La misma ley en su capítulo IV hace referencia a la necesidad de que el consentimiento informado conste en la historia clínica.

Causa: Falta de cumplimiento normativo y/o requerimientos internacionales/nacionales.

Efecto: Impacto en los usuarios por incumplimiento normativo y problemas operativos. – inoportunidad de la información ocasionando retraso en la atención de los usuarios.

Recomendación: Instrumentar las medidas necesarias para que todos los pacientes o sus responsables legales firmen el consentimiento informado y que el mismo se adjunte a la historia clínica.

Opinión del auditado: “. . .se informa que los consentimientos informados para la internación en esta Institución, se realizan al ingreso de la misma quedando archivados en la HC. Debido a que muchos pacientes permanecen internados por tiempo prolongados, es de necesidad que las HC sean desglosadas para su mejor manejo, por lo que muchos de los consentimientos se encuentran en el archivo de la institución.

Los consentimientos informados necesarios para realización de estudios o prácticas que son solicitadas, se entregan a la institución que lo solicitó. Es requisito la entrega original del mismo, por lo que no se cuenta con copia de los mismos.

Los consentimientos solicitados para el inicio de medicaciones que así lo requieren (Clozapina)¹. Se archivan en las HC, legajos o carpeta de enfermería.

Debido a esta observación y teniendo en cuenta la necesidad de mejora de registro y control para próximas auditorías así como la importancia de contar con este documento en las HC, se solicitó vía GDE a los integrantes de cada equipo de Pabellones u Hogares, que se disponga en cada HC el consentimiento informado de Ingreso a esta institución al comienzo de cada Historia así como copia de los consentimiento entregados para realización de prácticas o estudios realizados.

Los consentimientos necesarios para inicio de medicación queden en la HC de cada paciente. Se informó que cuando se realice el desglose de la HC los consentimientos deberán permanecer en la HC que se encuentra en cada Pabellón u Hogar.”

Opinión del auditor: Se tiene en cuenta lo manifestado por la Dirección Asistente de Atención Sanitaria y se procederá a verificar el plan de acción manifestado en su oportunidad.

Responsable de la acción correctiva: Dirección Asistente de Atención Sanitaria.

Estado de regularización: En trámite.

¹ La Clozapina es un antipsicótico atípico que se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia resistente a otras medicaciones. Uno de los efectos adversos más importantes y serios es la leucopenia, que puede derivar en agranulocitosis, con el consiguiente riesgo de infecciones. Para prevenir dicha complicación, se cuenta con un Programa de farmacovigilancia Intensiva que se realiza en conjunto con los laboratorios titulares de autorización de comercialización de sendas especialidades medicinales que contienen Clozapina. Entre otras actividades, este programa de monitoreo incluye un seguimiento hematológico estricto a todos los pacientes que se encuentran en tratamiento con dicho ingrediente farmacéutico activo.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Observación N° 3: Dificultad en el tratamiento de pacientes. Ineficiente relevo del personal.

En los trece (13) dispositivos auditados se alojan pacientes con patologías crónicas de salud mental o discapacidad. En ocasión de las visitas efectuadas por la auditoría se observó que en dos pabellones se requería la atención específica de un paciente en cada uno de ellos por síntomas propios de sus patologías.

Esas situaciones obligaron al recurso humano asistencial asignado, a reordenar sus acciones hacia esos pacientes en desmedro del resto.

Se constató que el recurso humano asignado era escaso ante estos eventos que pueden suceder comúnmente.

El recurso humano asignado al pabellón 3, al día de la visita de la auditoría, no cumplía con un relevo del personal acorde a las necesidades de los treinta y un (31) pacientes allí alojados que se encontraban bajo la supervisión de una sola persona.

Causa: Capital humano insuficiente.

Efecto: Impacto en los usuarios por incumplimiento normativo y problemas operativos. – inoportunidad de la información ocasionando retraso en la atención de los usuarios.

Recomendación: Instrumentar las medidas necesarias para que los pacientes con agravamiento de sus patologías de base o con cuadros agudos, cuenten con un lugar especial para su alojamiento o bien recurso humano extra para acompañar su internación en el pabellón general.

Opinión del auditado: *“Esta Dirección hace saber que es de conocimiento la problemática a la que atraviesa actualmente con respecto al escaso personal y la falta de recurso humano para la atención de nuestros pacientes. Es de total conocimiento la falta de presupuesto necesario para la contratación de mayor recurso humano, entendiendo las dificultades que llevan al control y manejo diario.*

Cabe mencionar que en el caso que los pacientes presentan descompensación aguda y que requiera mayor control, la Colonia Montes de Oca cuenta con la guardia de 24 hs. estando compuesta por dos médicos clínicos y dos psiquiatras quienes se encuentran a cargo de los pacientes internados en la colonia. Aquellos pacientes que requieran internación por patología aguda psiquiátrica quedan alojados en Admisión, dispositivo que está asignado para el control y seguimiento de dichos pacientes hasta su compensación. Así como la evaluación de pacientes que ingresan desde consultorios externos u otras instituciones.

Aquellos pacientes que requieran internación por Patología Aguda de causa Clínica se derivan a Clínica Médica o se solicita su externación a una Institución de mayor complejidad según causa y necesidad para control y tratamiento.”

Opinión del auditor: Se efectuará el seguimiento de lo expresado x la Dirección Asistente de Atención Sanitaria.

Responsable de la acción correctiva: Dirección Asistente de Atención Sanitaria.

Estado de regularización: En trámite.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Observación N° 4: Pabellones con deficiencias edilicias y de mantenimiento.

En los pabellones 5; 6 y 10 y los hogares San Francisco y Arco Iris se encontró déficit de mantenimiento de las instalaciones, humedad en los techos de baños y lugares de uso común.

Asimismo, el día de la auditoría, en el pabellón 5 no funcionaba la calefacción. Estos hallazgos dificultan tanto la permanencia de los pacientes como del personal afectado a esos dispositivos, complicando la atención integral.

Causa: Falta o falla en el plan de contingencia.

Efecto: Impacto en los usuarios por incumplimientos normativos y problemas operativos. Inoportunidad de la información ocasionando retraso en la atención a los usuarios.

Recomendación: Realizar las tareas de mantenimiento para evitar accidentes con los pacientes y trabajadores del lugar.

Opinión del auditado: *"Se informa que en los pabellones 5 y 6 se realizaron los baños, instalación de agua fría y caliente e instalación cloacal a nuevo hace dos años aproximadamente, obteniendo mejores condiciones de habitabilidad para los pacientes internados, ya que los baños se encontraban en malas condiciones y no contemplaban las normativas de accesibilidad.*

En la actualidad los baños sufren un desgaste mayor a lo esperado, por el uso intensivo y por el mal uso (fuerza excesiva de los pacientes). Para ello se trabaja en forma constante y periódica con el poco personal que contamos en el Taller de Hojalatería (a cargo de las instalaciones de agua) y con el escaso presupuesto que contamos.

El pabellón 10 no cuenta con los baños nuevos, pero se trabaja en la impermeabilización del piso del mismo con productos especializados. El pabellón 10 se encuentra dentro del plan de inversiones de la Institución hace más de 2 años y se esperan los fondos para re acondicionarlo.

Tanto las Instalaciones eléctricas y de gas, si bien no generan un peligro para el personal y pacientes, se encuentran dentro del plan de inversiones de la Institución con prioridad ALTA 1 y ALTA 2, para rehacerlas a nuevo según las normativas vigentes.

Respecto a la calefacción del pabellón 5, está funcionando en la actualidad y para tener un mejor resultado resulta imprescindible mantener las puertas y ventanas cerradas luego de ventilar. Hubo un problema en el llenado del tanque

(Vaso de expansión) del equipo que fue resuelto y por eso estuvo sin funcionar por un tiempo acotado".

Opinión del auditor: Se corroboró el efectivo funcionamiento de la calefacción con fecha 03/6/19. Se efectuará el seguimiento de la observación.

Responsable de la acción correctiva: Dirección de Administración. – Área Mantenimiento.

Estado de regularización: En trámite.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Secretaría de Gobierno de Salud
Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria
Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos
Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Observación N° 5: Falta de atención integral en el pabellón 6.

Específicamente se observó en el pabellón 6 la inexistencia de atención integral de los pacientes que allí residen.

El pabellón no registra el tratamiento farmacológico que se les dispensa diariamente a los pacientes. No se completa el libro de censo diario. Las indicaciones de los pacientes se llevan en un tarjetero aparte que no cuenta con firma del médico y fecha de última actualización.

Causa: Falta de cumplimiento normativo y/o requerimientos internacionales/nacionales.

Efecto: Impacto en los usuarios por incumplimiento normativo y problemas operativos. – Inoportunidad de la información ocasionando retraso en la atención de los usuarios.

Recomendación: Realizar una intervención integral de mejora del pabellón con todas las áreas involucradas.

Opinión del auditado: *"..., se informa el resultado del relevamiento oportunamente realizado y conductas que se tomaran en el Pabellón 6 de nuestra Institución. Teniendo en cuenta el carácter de urgencia para la resolución de la misma, se realizarán las siguientes intervenciones: Supervisión, control y seguimiento de los registros a cargo de enfermería con respecto a los tratamientos indicados. Control y Seguimiento de las Historias Clínicas. La misma estará a cargo de esta Dirección. Capacitación al personal, sobre manejo de la información, registros y control en el uso de la medicación requerida. Realización de un informe sobre mejoras alcanzadas en un plazo de 90 días."*

Opinión del auditor: Se efectuará el seguimiento correspondiente.

Responsable de la acción correctiva: Dirección Asistente de Atención Sanitaria.

Estado de regularización: En trámite.

Observación N° 6: Hogares nuevos sin habitar por faltantes de terminación.

Se observaron tres hogares de construcción nueva que no se encuentran habitados porque presentan faltantes de terminación.

La habilitación de estos inmuebles redundaría en beneficio de los pacientes en lo que hace a su lugar de residencia y atención integral, como así también de los agentes del organismo en lo referente al ambiente donde desarrollan sus tareas.

Causa: Modificaciones y/o restricciones presupuestarias por razones externas al organismo.

Efecto: Incumplimiento de misiones, funciones y/u objetivos del ente -generando daño patrimonial que puede corregirse en el corto plazo.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Recomendación: Habilitar los medios necesarios para que a la mayor brevedad posible los hogares se encuentren en condiciones de ser habitados.

Opinión del auditado: No emitió opinión.

Opinión del auditor: Se efectuará el seguimiento pertinente.

Responsable de la acción correctiva: Dirección principal. Dirección de Administración. Superioridad.

Estado de regularización: Sin acción correctiva.

Opinión del auditado

Las observaciones, han sido puestas en conocimiento de la Dirección Asistente de Atención Sanitaria mediante NO-2019-50517429-APN-UAI#CNMO del 30/5/2019, del Área Mantenimiento mediante NO-2019-50502427-APN-UAI#CNMO del 30/05/2019 y de la Dirección Principal mediante NO-2019-50686207-UAI#CNMO del 31/05/2019.

La Dirección Asistente de Atención Sanitaria envió su respuesta por NO-2019-50588541-APN-DAAS#CNMO del 31/05/2019 y el Área Mantenimiento mediante NO-2019-50952177-APN-DA#CNMO del 31/05/2019; manifestando lo pertinente respecto a cada observación, según se expuso adjunto a cada caso en el acápite precedente.

La Dirección Principal no contestó el traslado.

Conclusión

Como resultado del trabajo de auditoría realizado, se observó que la organización ha implementado en diferentes grados su adecuación al modelo de atención integral de los pacientes alojados en los diferentes dispositivos residenciales permanentes.

Se han llevado a cabo mejoras edilicias que aseguran una mejor calidad de vida y mayor seguridad para los pacientes en gran parte de los pabellones.

Es dable destacar el compromiso asumido por la Dirección Asistente de Atención Sanitaria durante el proceso de auditoría, en el sentido de haber comenzado con el plan de acción tendiente a subsanar las observaciones detectadas, inmediatamente después de comunicadas.



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria

Subsecretaría de Gestión de Servicios e Institutos

Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca

Por último, si bien se evidencian acciones puestas en marcha por la dirección mencionada tendientes a la mejora de la atención integral de los pacientes, se observa un lento compromiso estratégico de gestión que se hace visible por la ausencia tanto de un plan estratégico institucional como de normativa interna en la materia auditada en particular; por ello se concluye que el control interno del proceso de reconversión es débil.

Torres (B), 04 de junio de 2019.