

# **INFORME DE AUDITORÍA**

## **INSTITUTO DE ONCOLOGÍA “ÁNGEL H. ROFFO”**

**A la Señora Directora del Instituto de Oncología “Ángel H. Roffo”**

**Dra. Berta María Cristina ROTH**

**S. / D.**

En ejercicio de las facultades conferidas por el Artículo 85 de la constitución Nacional y de acuerdo con lo establecido en el Artículo 118 de la Ley N° 24.156, la AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN ha practicado una auditoría de seguimiento en el INSTITUTO DE ONCOLOGÍA “ÁNGEL H. ROFFO”, con el objetivo que se detalla en el apartado 1.

### **1.- OBJETIVO DEL EXAMEN.**

Verificar el grado de regularización, enmienda o subsanación de las deficiencias que originaran las observaciones y recomendaciones vertidas en el informe aprobado por Resolución N° 132/98-AGN, correspondiente a la “Auditoría de la gestión sanitaria y económico financiera en el ámbito del Instituto de Oncología Angel H. Roffo a fin de analizar la eficiencia y eficacia de las actividades desarrolladas durante 1996, mediante un relevamiento general y el estudio específico de las áreas consideradas críticas”.

### **2.- ALCANCE DEL EXAMEN**

El trabajo fue realizado de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, aprobadas por la Resolución N° 145/93-AGN, en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 119 de la Ley N° 24.156 y con la Disposición N° 194/00-AGN.

A fin de dar cumplimiento a las tareas encomendadas se aplicaron, básicamente, los siguientes procedimientos de auditoría: entrevistas a funcionarios de las áreas administrativas, sanitarias y técnicas vinculadas al objetivo del examen, actualización normativa, análisis del estado de situación presupuestaria en el ejercicio 2006, relevamiento de circuitos administrativos y estudio de la información sanitaria de los años 2004, 2005 y 2006 proveniente de los informes mensuales de estadísticas consolidadas de la Dirección Área Técnica y de los informes propios producidos por los servicios de Laboratorio, Medicina Nuclear, Diagnóstico por Imágenes y Hemoterapia del año 2006.

Las tareas de auditoría en sede del organismo fueron desarrolladas entre el 2 de mayo y el 12 de octubre de 2007, siendo comunicado el resultado de las mismas mediante Nota N° 61/08-AG4, a fin de que el Instituto auditado efectúe los comentarios o aclaraciones que considere pertinentes. Mediante Nota N° 142 del 21/11/08 de su Dirección General, el organismo produjo su descargo de cuyo texto surge una serie de comentarios según se indica en el apartado 5 del presente informe.

### **3.- ACLARACIONES PREVIAS.**

Se ha considerado pertinente transcribir los puntos 3.2., 3.3. y 3.4. de las aclaraciones previas del informe objeto de seguimiento, a efectos de una mejor comparación de la situación institucional actual del organismo en materia de sistemas de información gerencial, presupuesto y gestión económica financiera y gestión sanitaria, respecto de la situación anterior.

#### **3. 1.- ASPECTOS INSTITUCIONALES.**

**3.1.1.-** El Instituto de Oncología Angel H. Roffo es un establecimiento sanitario dedicado exclusivamente al diagnóstico, tratamiento e investigación del cáncer y posee el carácter de hospital escuela en los cursos de grado y postgrado universitarios de la carrera de medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA.), de quien depende.

Por el prestigio que cuenta en su especialidad el Instituto es altamente demandado por pacientes de todo el país, aunque principalmente por los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. La producción en el periodo 2004/2006 se mantuvo constante, con un promedio anual de 5.485 consultas por primera vez, 68.012 de consultas ulteriores y de 3.294 egresos por internaciones.

Cuenta con una dotación de 583 agentes, 461 de planta permanente y 122 contratados. Los profesionales médicos totalizan 114, representando un 19,55%.

El Instituto funciona bajo el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) -conforme Decreto 939/00-, inscripto con el registro número 02.34.0025.

**3.1.2.-** Para su gestión médico-sanitaria el Instituto cuenta con seis Direcciones: Quirúrgica, Médica, Diagnóstico, Terapia Radiante y Diagnóstico por Imágenes, Técnica y Enfermería.

**3.1.3.-** La función de investigación se encuentra a cargo de la Dirección de Investigación, bajo cuya dependencia funcionan los Departamentos de Inmunobiología, Carcinogénesis Química y Ambiental, Biología Celular y Bioterio y Cáncer Experimental. Se encuentra en etapa de implementación la incorporación de una Unidad de Ingeniería de Tejidos, cuyo objetivo es el desarrollo de células para trasplante humano y la generación de un banco de tumores. Esta Dirección cuenta con 59 agentes de los cuales 27 son de la

planta permanente del Instituto y el resto son concurrentes, becarios, investigadores del CONICET, LALCEC, OSDE y del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

Su funcionamiento se financia con subsidios del Estado Nacional, de ONGs nacionales y extranjeras para líneas de investigación y compra de equipamiento, habiendo recibido durante los años 2004/2007 subsidios por \$263.857,20 para la compra de equipamiento. Cabe destacar que como resultado de la labor de investigación de un concurrente del CONICET se obtuvo un subsidio de la Fundación Susan Komen (USA) que permitió la adquisición de un microscopio de última generación. No obstante, por deficiencias en la infraestructura aún no resultó posible su instalación.

**3.1.4.-** Asimismo en el Instituto se desarrollan actividades docentes dependientes de la UBA en pregrado (Medicina interna 1 y 2) y postgrado (Residencia en Oncología, Radiología).

**3.1.5.-** Dentro del predio también funciona la Escuela de Enfermería, única con orientación Oncológica, incorporada a la enseñanza oficial, la cual tiene alumnos internos y externos. Los cursantes realizan sus prácticas en el Instituto y los fines de semana y feriados las internas se integran a los equipos de guardia del mismo. Esta Escuela no integra la estructura del Instituto y pertenece a una Fundación sin Fines de Lucro.

**3.1.6.-** La gestión administrativa del organismo está a cargo de su Dirección General de Administración, de la que dependen seis departamentos, Personal y Sueldos, Contable, Tesorería, Compras y Suministros, Mantenimiento y Producción e Intendencia.

El Instituto se financia con fondos provenientes del Presupuesto de la Universidad de Buenos Aires (Fuente 11) y de la facturación de servicios sanitarios a Obras Sociales, aranceles abonados por los pacientes sin cobertura, Convenio CNEA, Fondos Tomografía Computada y Fondos Acelerador Lineal (Fuente 12).

Los recursos presupuestarios provenientes de Fuente 11 están asignados para cubrir el inciso 1 Gastos en personal. En el ejercicio 2006 le asignaron en el inciso 2 – Bienes de Consumo- \$188.000 y \$ 112.000 en el inciso 3 –Servicios No Personales.

Con los recursos de Fuente 12 el Instituto soporta el financiamiento de los gastos operativos y sanitarios de la Institución.

En el trienio 2004/2006 el 49,30 % de los pacientes atendidos por el Instituto contaba con cobertura de obra social y por los cuales obtuvo en el Ejercicio 2006 en particular ingresos por \$ 4.274.801,49. Por el 50,70% restante, pacientes sin obra social asistidos por el organismo, recaudó \$ 736.940,35 en concepto de aranceles. Por lo tanto, ante la ausencia de financiamiento suficiente para atender a estos últimos fueron afectados los fondos cobrados a obras sociales por los pacientes con cobertura, lo que limitó la inversión del Instituto en renovación de tecnología, mantenimiento edilicio y adquisición de bienes e insumos necesarios para su adecuado funcionamiento.

**3.1.7.-** La Dirección General del Instituto, cuya titular fue designada a partir del 13 de abril de 2007, informó sobre la situación institucional de los siguientes aspectos y ejes sobre los cuales focalizará su gestión:

**3.1.7.1.-** Edificio: el actual espacio edilicio disponible y su estado atentan contra el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional para satisfacer la demanda. Para ello ha iniciado la elaboración de un Plan Maestro de reciclaje del edificio.

**3.1.7.2.-** Área de sistemas: la obsolescencia del parque informático, la capacidad del servidor actual, la política de back up y seguridad de la red provocan que el sistema operativo se encuentre fuera de estándares, lo que demanda la reingeniería del área de sistemas.

**3.1.7.3.-** Gestión asistencial: se promoverá una mayor accesibilidad del público, aumentando a través de dos vías:

- La producción ambulatoria a través de un programa de orientación al usuario.
- Los egresos quirúrgicos.

**3.1.7.4.-** Gestión administrativa: se establecieron indicadores periódicos como herramientas de gestión.

**3.1.7.5.-** Estructura de la Institución: la actual presenta una organización por áreas con dependencia funcional directa de la Dirección General. Se la reformulará, habiéndose solicitado la ampliación del Cuerpo Directivo y la creación de un área dedicada a la gestión estratégica. Se encuentra en elaboración el manual de funciones y misiones del Instituto que sustente el nuevo organigrama.

En su descargo el organismo actualizó información sobre el estado de los puntos precedentes, señalando lo siguiente:

*3.1.7.1.: Edificio: Al respecto, se elaboró un Plan Maestro de reciclaje edilicio. Para su ejecución se convocó integrantes de la Facultad de Arquitectura de la UBA. Se realizó un relevamiento completo de la actual estructura y se presentaron posibles soluciones. A fin de posibilitar su ejecución, realizaron las siguientes gestiones:*

*Fue solicitado parcialmente en el Anteproyecto de Presupuesto a la Universidad de Buenos Aires.*

*En conjunto con la Comisión Nacional de Energía Atómica, se propone el Proyecto que propicia la creación del Instituto Nacional de Cáncer. En ese marco, la adecuación*

*edilicia del Instituto se presentó al Banco de Proyectos de Inversión Pública (BAPIN II) Número 45.789. Se encuentra actualmente en proceso.*

*3.1.7.2.: Sistemas Informáticos: En conocimiento de que el actual sistema informático requiere un proceso de reingeniería, se determinaron las necesidades de la Institución en esa materia: Para ello se relevó la situación actual y se encuentra en elaboración la propuesta de reingeniería informática.*

*3.1.7.3.: Gestión Asistencial. Se inauguró el Consultorio de Orientación de la actividad en Marzo de 2008.*

*3.1.7.4.: Se creó el Área de Gestión Estratégica con la función y misión que figuran en la Resolución que adjunto. Los indicadores periódicos como herramientas de gestión se señalan en la Resolución de creación de Área.*

*3.1.7.5.: En la comprensión de que, en consonancia con el desarrollo de la tecnología informática, resulta la necesidad de incorporar formalmente el Área de Sistemas a la estructura de la Institución para promover la mejora de la información sanitaria y económico-financiera, informa que la misma se encuentra en proceso. Asimismo, es política del Rectorado y Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires avanzar en esta materia a fin de integrar los desarrollos y generar el soporte necesario para el funcionamiento en todas las dependencias.*

No obstante no acompaña antecedentes que acrediten lo indicado, con excepción de la Resolución N° 051/07 tratada en el punto 4.1.2.

### **3.2.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN GERENCIAL.**

*El Instituto sólo posee sistemas parciales de información, de índole formal, para el control administrativo y de desempeño, debido a la no estructuración de un proceso integrado de información y control de actividades. Esto, sumado a que la información es de carácter parcial y limitada a áreas particulares, y a la existencia de acumulación -en muchas áreas- de datos no procesados, resulta más trabajosa la generación de información apropiada para la toma de decisiones.*

*Gran parte de las limitaciones registradas en los sistemas de información se deben a la inexistencia de normas específicas del Instituto que regulen la generación y procesamiento de la misma, y el control de los canales y procesos que la generaron. Esto se debe a la dependencia de normas generales emanadas de la U.B.A., que no responden específicamente a las necesidades de control y decisorias del Organismo. Sin embargo, por tratarse de una institución cuya estructura administrativa es de baja complejidad, se maneja con cierta fluidez la transmisión de la información verbal, y los procesos informales de información y control.*

*A pesar de ello, y de la escasez de recursos, se está desarrollando en el corriente año por parte del área de sistemas del Instituto una serie de sistemas de información y circuitos en áreas específicas, con la idea de generar en el futuro un sistema integrado, con el fin de mejorar y estructurar los circuitos y procesos vigentes durante 1996.*

**Situación actual:**

El Instituto carece de sistemas de información integrados, utilizando aplicativos individuales desarrollados para la gestión administrativa de áreas específicas. Tampoco cuenta con normas que regulen la generación y procesamiento de la información.

Al respecto el organismo informó en su descargo que se encuentra en proceso la mejoría de obtención de información. No obstante no acompaña elementos que así lo avalen.



### 3.3.- PRESUPUESTO Y GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA.

Cód.	Concepto	Crédito	Ejecutado	Cumplimiento	Partic. s/ Presup.	Partic. s/ Ejecutado
100	Gastos en Personal	6111100,00	6079195,59	99,48%	68,09%	72,33%
200	Bienes de Consumo	1379429,00	1137339,72	82,45%	15,37%	13,53%
300	Servicios no Personales	711074,00	527151,70	74,13%	7,92%	6,27%
400	Bienes de Uso	130000,00	114103,00	87,77%	1,45%	1,36%
500	Transferencias	644000,00	546933,16	84,93%	7,17%	6,51%
	<b>Total</b>	<b>8975603,00</b>	<b>8404723,17</b>	<b>93,64%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Con. Pre. 1996 y datos Departamento Contabilidad Instituto Roffo.*

*En 1996 hubo un cumplimiento presupuestario del 93,64%, con una baja aplicación en Servicios no Personales y Bienes de Consumo, y teniendo una mayor ejecución, respecto al promedio, los Gastos en Personal. La ejecución de los gastos presupuestados se vio condicionada por el nivel de ingresos propios generados en el período, inferior al crédito previsto para la Fuente 12, lo que afectó su cumplimiento.*

#### **Participación por Inciso**

*(Crédito)*

**68,09% Gastos en Personal**  
**15,37% Bienes de Consumo**  
**7,92% Servicios no Personales**  
**1,45% Bienes de Uso**  
**7,17% Transferencias**

#### **Participación por Inciso**

*(Ejecución)*

**72,33% Gastos en Personal**  
**13,53% Bienes de Consumo**  
**6,27% Servicios no Personales**  
**1,36% Bienes de Uso**  
**6,51% Transferencias**

*En 1996 el Instituto se financió con fondos de Fuente 11 (Presupuesto de la Universidad de Buenos Aires) en un 67,67%, mientras que el financiamiento de Fuente 12 (venta de servicios sanitarios al I.N.S.S.J. y P., Obras Sociales, y pacientes sin cobertura) representó el 25,09% (integrada principalmente por ingresos correspondientes a prestaciones, incluyendo PAMI Capitalado) y las donaciones el 7,24%.*

*La facturación presenta un elevado grado de concentración, ya que las diez primeras Obras Sociales representaron el 56,61% de la misma, detectándose una situación similar en lo referido a cobranza. Asimismo, pudo constatarse un crecimiento de*

la incidencia en el total del crédito por servicios a las Obras Sociales de primer orden, en cuanto a su importancia en la facturación.

### Situación Actual:

Ejecución según créditos presupuestarios aprobados Fuente 11 y Fuente 12. Ejercicio 2006.

Cod.	Concepto	Crédito	Partic s/ Presup.	Ejecutado	Cumplim.	Partic. s/ Ejecutado
1	Gastos en Personal	\$ 14.000.000,00	71,75%	\$ 14.000.000,00	100,00%	79,23%
2	Bienes de Consumo	\$ 3.558.000,00	18,24%	\$ 2.394.725,83	67,31%	13,55%
3	Servicios no Personales	\$ 1.712.000,00	8,77%	\$ 1.165.865,99	68,10%	6,60%
4	Bienes de Uso	\$ 241.000,00	1,24%	\$ 109.878,24	45,60%	0,62%
	<b>Total</b>	<b>\$ 19.511.000,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>\$ 17.670.470,06</b>	<b>90,57%</b>	<b>100,00%</b>

*Fuente: Conf. Presup. 2006 y datos Departamento Contabilidad Instituto Roffo.*

Ejecución según ingresos Fuente 11 y Fuente 12. (\*) Ejercicio 2006.

Cód.	Crédito	Partic. s/ Presup.	Ejecutado	Cumplimiento	Partic. s/ Ejecutado
F11	\$ 14.300.000,00	73,29%	\$ 14.300.000,00	100,00%	74,05%
F12	\$ 5.211.000,00	26,71%	\$ 5.011.741,84	96,18%	25,95%
	<b>\$ 19.511.000,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>\$ 19.311.741,84</b>	<b>98,98%</b>	<b>100,00%</b>

*(\*) En la Fuente 12 no es posible discriminar la recaudación por inciso dado que el Programa informático la registra en una fuente común de la cual se hace uso según el requerimiento por clasificación del gasto.*

En el año 2006 el Instituto se financió con fondos de Fuente 11 (Presupuesto de la Universidad de Buenos Aires) en un 74,05 %, mientras que el financiamiento de Fuente 12 (venta de servicios sanitarios a Obras Sociales, y cobro de aranceles a pacientes sin cobertura) representó el 25,95 % con el cual tuvo que hacer frente a toda la operatoria del Instituto.

La facturación presenta un elevado grado de concentración, en dieciséis entidades encargadas del cuidado de la salud que representan el 57,95% y comprende a las

Obras Sociales de la Ley 23.660, al INSSJP, a Ministerios de Salud Provinciales y Obras Sociales bajo régimen especial.

El Instituto Roffo percibió durante el año 2006 ingresos en concepto de aranceles por los montos que a continuación se detallan y que financiaron los gastos de funcionamiento:

	Prácticas Generales	Tomografía Computada (TAC)	C.N.E.A.	Acelerador Lineal
<b>Enero</b>	\$ 33.855,00	\$ 3.590,00	\$ 3.600,00	\$ 5.945,00
<b>Febrero</b>	\$ 26.581,00	\$ 3.630,00	\$ 2.425,00	\$ 6.715,00
<b>Marzo</b>	\$ 44.879,00	\$ 4.930,00	\$ 4.460,00	\$ 4.770,00
<b>Abril</b>	\$ 53.350,00	\$ 5.060,00	\$ 2.495,00	\$ 3.470,00
<b>Mayo</b>	\$ 47.920,00	\$ 6.130,00	\$ 4.540,00	\$ 3.780,00
<b>Junio</b>	\$ 52.699,00	\$ 5.060,00	\$ 4.730,00	\$ 8.900,00
<b>Julio</b>	\$ 54.571,00	\$ 5.030,00	\$ 4.625,00	\$ 7.630,00
<b>Agosto</b>	\$ 55.837,00	\$ 3.312,35	\$ 3.155,00	\$ 9.320,00
<b>Septiembre</b>	\$ 35.397,00	\$ 4.970,00	\$ 3.690,00	\$ 6.900,00
<b>Octubre</b>	\$ 57.421,00	\$ 5.020,00	\$ 5.345,00	\$ 3.100,00
<b>Noviembre</b>	\$ 52.952,00	\$ 5.760,00	\$ 4.560,00	\$ 8.720,00
<b>Diciembre</b>	\$ 38.301,00	\$ 2.930,00	\$ 3.140,00	\$ 11.740,00
<b>Subtotal</b>	<b>\$ 553.763,00</b>	<b>\$ 55.422,35</b>	<b>\$ 46.765,00</b>	<b>\$ 80.990,00</b>
<b>Total</b>	<b>\$ 736.940,35</b>			

Fuente: Conf. Presup. 2006 y datos Departamento Contabilidad Instituto Roffo.

Cabe destacar que los valores de los aranceles vigentes fueron aprobados en el año 2000 mediante Resolución N° 855 del Ministerio de Salud y no fueron actualizados, mientras que los precios de los alimentos, servicios e insumos médicos (dolarizados) tuvieron aumentos considerables, retraso que afecta el financiamiento de la operatoria del Instituto.

Durante el Ejercicio 2006 el Instituto recaudó \$ 5.011.741,84 de los \$ 5.211.000 presupuestados de Fuente 12 y devengó en concepto de facturación a Obras Sociales la suma de \$ 3.370.470,06.

El organismo tramitó ante la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) por el mecanismo de débito automático a las Obras Sociales el cobro de la suma de \$374.763,11. De este importe percibió \$ 217.860,33 con una marcada demora en el primer semestre, encontrándose impago \$ 156.902,78.

	Ingresado a la SSSalud	Cobrado en el 2006	Deuda del 2006
Enero	\$ 10.899,94	\$ 10.899,94	<b>Percibido 11-06</b>
Febrero	\$ -	\$ -	
Marzo	\$ 59.793,48	\$ 59.793,48	<b>Percibido 11-06</b>
Abril	\$ 23.731,69	\$ 23.731,69	<b>Percibido 10-06</b>
Mayo	\$ 17.704,76	\$ 17.704,76	<b>Percibido 11-06</b>
Junio	\$ 38.311,37	\$ 38.311,37	<b>Percibido 11-06</b>
Julio	\$ 39.275,71	\$ 39.275,71	<b>Percibido 10-06</b>
Agosto	\$ 28.143,38	\$ 28.143,38	<b>Percibido 11-06</b>
Septiembre	\$ 28.872,99		\$ -28.872,99
Octubre	\$ 54.301,65		\$ -54.301,65
Noviembre	\$ 44.545,29		\$ -44.545,29
Diciembre	\$ 29.182,85		\$ -29.182,85
	\$ 374.763,11	\$ 217.860,33	\$ -156.902,78

**Fuente:** Conf. Presup. 2006 y datos Departamento Contabilidad Instituto Roffo.

Se registran acreencias al 31-12-2006 por diferentes servicios, los que a continuación se detallan:

**Cuentas Deudoras al 31-12-06**

Acelerador lineal	\$ 249.114,73
Tomografías	\$ 311.164,17
Servicios de internación y quirúrgicos	\$ 2.789.778,58
	\$ 3.350.057,48

**Fuente:** Conf. Presup. 2006 y datos Departamento Contabilidad Instituto Roffo.

La deuda pendiente de cobro (\$ 3.350.057,48), prácticamente equivale a lo facturado a las Obras Sociales durante el ejercicio 2006 (\$ 3.370.470,06). El mayor deudor es el INSSJP con facturas que en algunos casos datan del año 1994 y que se encuentran en trámite de cobro administrativo mediante expediente N° 581.005/03 iniciado por la UBA, conforme al siguiente detalle:

#### INSSJP Deuda al 31-12-06

Acelerador lineal	\$ 47.200,00
Tomografías	\$ 129.053,00
Servicios de internación y quirúrgicos	\$ 1.214.836,86
	\$ 1.391.089,86

**Fuente:** Conf. Presup. 2006 y datos Departamento Contabilidad Instituto Roffo.

Teniendo en cuenta que el Instituto opera bajo la figura de Hospital Público de Gestión Descentralizada, la falta de actualización de los aranceles, el aumento de los costos de los servicios esenciales, insumos, fármacos, mantenimiento del equipamiento, como así también la existencia de significativos niveles de deuda, afectan su normal funcionamiento. Asimismo el irregular ingreso de fondos condiciona su operatividad y eficiencia.

### 3.4.- GESTIÓN SANITARIA.

*En el servicio de internación, la tendencia quirúrgica de los egresos hospitalarios es alta (se producen más egresos quirúrgicos que clínicos respecto de la totalidad de egresos del Instituto), y dentro de ellas, tres de los nueve servicios realizan el 60,50 % de las mismas, siendo la participación individual de los restantes menor al 4%. La participación porcentual de servicios en la producción de egresos en 1996 fue la siguiente:*

#### **Área Quirúrgica**

*Cabeza y cuello 30,50%*

*Mastología 17,30%*

*Urología 12,70%*

***Subtotal 60,50%***

*Otros servicios 39,50%*

**Fuente:** Estadísticas consolidadas (datos de Hospital de día no se encuentran discriminados). Planillas de personal.

*El número de anestésicos generales utilizadas (53,2%) y el porcentaje de intervenciones a pacientes ambulatorios (39,5%), induce a pensar en un volumen importante de intervenciones de baja o mediana complejidad técnica y temporal. La*

*atención ambulatoria presenta estacionalidad ya que existe una concentración de consultas externas en los meses de marzo y noviembre.*

### **Situación Actual:**

#### **Estructura prestacional**

Las Direcciones Médica y Quirúrgica cuentan con distintos departamentos por cada especialidad que prestan servicios en las modalidades ambulatoria e internación.

La producción sanitaria para el año 2006 muestra que la mayor demanda se produjo en las especialidades que causan mayor cantidad de muertes en la población femenina (mama y útero), según el Atlas de mortalidad elaborado por el Instituto (30%).

#### **Perfil de la Demanda**

El origen geográfico de los pacientes ambulatorios que asistieron por primera vez a la consulta durante el año 2006 se distribuye de la siguiente forma:

<b>Total de consultas con cobertura</b>	<b>Capital Federal</b>	<b>Gran Buenos Aires</b>	<b>Resto del País</b>	<b>Total de consultas sin cobertura</b>	<b>Capital Federal</b>	<b>Gran Buenos Aires</b>	<b>Resto del País</b>
2343	473	1296	574	2505	464	1501	540
	20,19%	55,31%	24,50%		18,52%	59,92%	21,56%

Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico emitido por el Área Técnica.

Del cuadro que antecede surge entonces que la mayor demanda proviene del Gran Buenos Aires, independientemente de su pertenencia o no al sistema de salud.

De las entrevistas efectuadas a los Directores de Áreas resultan coincidentes los motivos de elección del Instituto Roffo por parte de la población. El primero de ellos

obedece a la auto derivación o demanda espontánea (el paciente sospecha que puede tener un tumor) y el segundo resulta ser la denominada búsqueda de segunda opinión (pacientes a los que se le ha diagnosticado un tumor en otro establecimiento).

### **Demanda vs. Oferta**

Según la información proporcionada por el área de Archivo y Admisión al 26/6/07, para las consultas de primera vez de los pacientes con cobertura de obra social, el mayor tiempo de espera era de 1 semana.

Para aquellos que no tenían cobertura el tiempo de espera en la mayoría de los servicios (7/11) fue de 4 meses, en caso de poseer diagnóstico se les otorgaba un turno dentro de los 10 días.

Para el caso de las consultas ulteriores, 19 servicios de los 21 no presentaban demoras significativas, mientras que en 2 de ellos (Servicio de Endocrinología y el Servicio de Colposcopia) se verificó una demora de 2 meses.

A los pacientes que provenían del interior del país se los atendía sin demora y si estaba el especialista en el día.

En el trienio 2004/2006 los egresos se distribuyeron porcentualmente de la siguiente manera:

<b>Año</b>	<b>Egresos Área Médica</b>	<b>Egresos Área Quirúrgica</b>	<b>Egresos Terapia Radiante</b>
2004	48,30	45,40	6,30
2005	50,20	43,30	6,50
2006	50,00	45,40	4,60

**Fuente:** Estadísticas anuales "Movimiento de la Unidad de internación, ambulatoria, quirúrgica y anestesiológica" Área Técnica.

El porcentaje de egresos quirúrgicos por Departamento ha experimentado una variación en la producción por especialidad respecto de la época de la anterior auditoría, concentrando en seis de ellas el 89,04%, conforme se expone en el siguiente cuadro:

Año 1996		Año 2006	
Cabeza y cuello	30,50 %	Cabeza y cuello	20,91 %
Mastología	17,30%	Mastología	15,16 %
		Partes Blandas	12,38 %
		Gastroenterocirugía	17,52 %
		Ginecología	12,11 %
Urología	12,70 %	Urología	- 10,96 %
<b>Subtotal</b>	<b>60,50 %</b>	<b>Subtotal</b>	<b>89,04 %</b>
Otros servicios	39,50 %	Otros servicios	10,96 %

**Fuente:** Estadísticas anuales “Movimiento de la Unidad de internación, ambulatoria, quirúrgica y anestesiológica” Área Técnica.

En el año 2006 se produjeron 1478 egresos quirúrgicos vs. 2279 intervenciones quirúrgicas, lo que permite inferir que hubieron pacientes sometidos a más de una intervención.

El porcentaje de anestésias generales prestadas en el año 2006 fue el 60% mientras que el porcentaje de intervenciones a pacientes ambulatorios fue del 37,3%. La relación de estos porcentajes no permite establecer volúmenes ni complejidad de las intervenciones quirúrgicas, dado que un paciente puede requerir más de una intervención quirúrgica para su tratamiento, por ejemplo en la especialidad cabeza y cuello hubieron 309 egresos y se requirieron 712 intervenciones, de las cuales 433 fueron ambulatorias y 279 con internación.

#### **4.- COMENTARIOS Y OBSERVACIONES.**

##### **4.1.- SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL.**

*Observación 4.1.1.: El Instituto no cuenta con un sistema de información gerencial estructurado e integral, que permita el acceso en tiempo y forma a la información para la toma de decisiones.*



**Recomendación 5.1.1.:** *Desarrollar estudios tendientes a la implementación de un sistema de información gerencial, integral y estructurado, con el uso de informes periódicos, cuadro de mando e indicadores.*

**Situación Actual:**

Conforme ya fue expuesto en el punto 3.2 anterior, el organismo carece de un sistema de información gerencial.

Tampoco desarrolló estudios para superar la situación observada, encontrándose recién en etapa de relevamiento el funcionamiento integral del Instituto, de cuyo propósito y avance se dio cuenta en el punto 3.1.7.1.

Consecuentemente, se mantiene la situación observada en el informe objeto de seguimiento.

**Observación 4.1.2.:** *No está prevista en la estructura la existencia de un área responsable de las funciones de Control de Gestión, que permita el seguimiento del desempeño del Instituto y la detección de desvíos a nivel global, ni existe asignación de áreas de responsabilidad. Por otra parte, el Instituto no emite informes periódicos sobre información de gestión, salvo informes mensuales estadísticos del Área Técnica, e informes esporádicos con información de excepción.*

**Recomendación 5.1.2.:** *Crear un área responsable de las funciones de Control de Gestión. Definir criterios y estándares a aplicar por este sector, con un concepto de proceso permanente, dinámico y sucesivo de planeamiento, operación y control, abocándose especialmente a la evaluación de la calidad de las prestaciones y a establecer costos y composición de los servicios. Establecer los criterios para emisión de informes periódicos de gestión.*

### **Situación Actual:**

La actual estructura del organismo no contiene un área de Control de Gestión ni ésta existe en la organización informal. La estructura tampoco prevé asignación de responsabilidades.

En su descargo el organismo informó que por Resolución N° 051 del 24/09/2007 de la Dirección del Instituto, se modificó la estructura organizativa creando el Área de Gestión Estratégica cuya función es contribuir el fortalecimiento del Instituto a través del mejoramiento del sistema de gestión, adjuntando copia de esta norma. Su efectiva implementación y suficiencia será verificada en futuras auditorías.

Con relación a la emisión de informes periódicos sobre información de gestión, la situación no ha variado significativamente, siendo la misma la descrita en el punto 3.2. Tampoco pudo observarse la definición de criterios por parte del organismo para la emisión de esta información.

Por lo tanto se mantiene parcialmente la situación observada en el informe anterior, circunscripta a este último aspecto, no habiéndose cumplido con la recomendación formulada.

***Observación 4.1.3.:** El Instituto no emite un Anuario Estadístico. La información estadística de la producción se encuentra dispersa, debido a que la información de determinados servicios no está incorporada al cuerpo general de la misma, y es incompleta. Existen dificultades de disponer en tiempo real de la información estadística de las áreas de diagnóstico, lo cual genera un inoportuno proceso de toma de decisiones.*

***Recomendación 5.1.3.:** Emitir la información prestacional del Instituto a través de un Anuario Estadístico, incorporando la totalidad de la información de producción de todos los Servicios.*

### **Situación Actual:**

Con relación a la información estadística de la producción sanitaria, el Área Técnica elabora informes mensuales y anuales de producción en internación, atención ambulatoria, quirúrgica y anestesiológica, que es distribuida a las distintas áreas del Instituto y de acceso público.

Las Áreas de Diagnóstico (Laboratorio, Anatomía Patológica y Diagnóstico por Imágenes) también disponen de la información estadística de su producción, pero la elaboran sólo a pedido del sector interesado y no se publica.

Toda esta información continúa dispersa dado que el organismo carece de un sistema informático centralizado al cual incorporarla, ni se unifica en un área determinada.

El Área de Investigación a través del Departamento de Carcinogénesis Química y Ambiental elaboró con un enfoque epidemiológico el “Atlas de Mortalidad por Cáncer Argentina 1997-2001” que expone proyecciones de ocurrencia de los distintos tumores, pudiendo con ello preverse la variabilidad y la demanda futura. Esta tarea la desarrolla en forma permanente.

Por lo tanto la situación observada persiste.

***Observación 4.1.4.:** La Dirección Área Técnica recibe la información referida al movimiento prestacional del Instituto, pero su modalidad de registración no prevé conocer el número y tipo de prestaciones por Obras Sociales y en forma discriminada (consultas y prácticas).*

**Recomendación 5.1.4.:** *Arbitrar los medios que permitan conocer el número y tipo de prestaciones discriminadas (consultas y prácticas), durante un período determinado, por cada Obra Social.*

**Situación Actual:**

La información relativa a servicios prestados a afiliados de Obras Sociales es llevada por el Área Administrativa, Sector Facturación, pudiéndose conocer a través de la misma, el número y tipo de prestaciones, discriminadas por Obra Social, por paciente y por período.

Atento lo expuesto se considera superada la situación observada.

**Observación 4.1.5.:** *De acuerdo a la información disponible, al momento del presente examen, surge que no se codificaron los Egresos por el C.I.E. 9ª Revisión, 999 causas (Codificación Internacional de Enfermedades - Organización Mundial de la Salud), ni las Intervenciones por la 7ª Revisión.*

**Recomendación 5.1.5.:** *Codificar los Egresos por el C.I.E. 9ª Revisión, 999 causas (Codificación Internacional de Enfermedades – Organización.*

**Situación Actual:**

Hasta el 31 de Diciembre de 2002, se clasificaban por la 9ª revisión CIE-O los casos en los que se contaba con anatomía patológica. Esta codificación se llevaba a cabo en el Sector Historias Clínicas.

Posteriormente el Área de Investigaciones a través del Departamento de Carcinogénesis Química y Ambiental con la colaboración del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y el Centro de Epidemiología y Prevención Oncológica en

Piamonte con sede en Turín –Italia-, publicó el “Atlas de mortalidad por Cáncer para la Argentina 1997-2001” y un CD interactivo “Atlas de tendencias de mortalidad por cáncer. Argentina, 1980-2001”. Esta publicación codifica los tumores por su ubicación en el cuerpo humano bajo la nomenclatura del CIE 10ª Revisión. Este trabajo además clasificó la tasa de mortalidad por provincia, por sexo, por franja etárea y por principales sitios tumorales.

Consecuentemente el organismo ha cumplido con la recomendación formulada dado que codifica los Egresos por la última versión del C.I.E. 10ª Revisión.

***Observación 4.1.6.:** El Instituto no posee procedimientos administrativos propios que regulen los procesos de recolección, elaboración y control de la información de gestión.*

***Recomendación 5.1.6.:** Desarrollar procedimientos administrativos propios y en detalle que regulen los procesos de recolección, elaboración y control de la información de gestión.*

#### **Situación Actual:**

No fueron dictadas normas que regulen los procedimientos de recolección, elaboración y control de la información de gestión, por lo cual la misma es llevada por los distintos sectores de acuerdo a criterios propios.

Por ejemplo, en cuanto a la recolección y validación de la información de producción sanitaria, el Área Técnica desarrolla procedimientos de rutina informales, de la siguiente manera:

- los datos de pacientes internados son recogidos de la hoja de censo diario.
- Los datos de consultas externas –ulteriores- son recogidos de los listados de pacientes citados y efectivamente atendidos.

- Los datos de pacientes de primera vez son recogidos de la historia clínica, capturando el dato referido a la cobertura social y procedencia geográfica.
- Los datos de intervenciones quirúrgicas y anestесias se obtienen de la hoja de gastos de insumos por paciente e intervención realizada.

Todos estos datos son cargados en un programa que suministra las diferentes tablas estadísticas.

Con este procedimiento el Área Técnica captura, procesa y publica de modo consolidado y periódico la información sanitaria de las áreas de internación, clínica y quirúrgica, y de atención ambulatoria, la que complementa con datos de índole socioeconómico de la población atendida.

Por lo expuesto se mantiene la observación formulada.

***Observación 4.1.7.:** El Organismo no posee un área responsable de las funciones de planificación, que establezca objetivos y prioridades de funcionamiento, ni la existencia de una modalidad de programación anual que incorpore productos finales e intermedios a través de metas sanitarias.*

***Recomendación 5.1.7.:** Determinar un área específica responsable de las funciones de programación, y los procedimientos para la definición de objetivos y prioridades de funcionamiento, junto con una programación sanitaria anual, con metas para productos intermedios y finales.*

#### **Situación Actual:**

El organigrama vigente aprobado por la Resolución 1543/03 del Director del Instituto modificatoria de su similar 942/02, no contempla la existencia de un área abocada a las funciones de planificación.

Mediante nota del 15/06/07 la Dirección de Administración del Instituto informó acerca de gestiones ante las autoridades de la Universidad con la finalidad de lograr la incorporación de un profesional idóneo para asignarle las tareas inherentes a la planificación.

Tampoco existe en el organismo un área informal responsable de estas funciones.

Posteriormente en su respuesta el Instituto señaló que este aspecto fue subsanado conforme el Anteproyecto de Presupuesto 2009. No obstante no acompaña elemento que acredite la regularización invocada.

Por lo tanto la situación observada en el informe objeto de seguimiento no ha variado.

***Observación 4.1.8.:*** *El nivel de registro e informatización resulta parcial en la mayoría de los sectores, afectando la información estadística de la producción y el control de gestión.*

***Recomendación 5.1.8.:*** *Realizar estudios tendientes a la implementación de circuitos administrativos y de información adecuados al uso de sistemas informáticos, que permitan una mayor flexibilidad de trabajo, y una reducción de tiempo y costo de los procesos administrativos.*

La ausencia de procedimientos administrativos reglados imposibilita evaluar el nivel de registro.

No obstante el Instituto desarrolló aplicativos que vinculan actividades de distintas áreas, como ser: 1) Ficha clínica digital de pacientes; 2) Solicitud de

determinaciones de laboratorio por el Médico tratante en consultorios externos o internación con ingreso directo a Laboratorio Central; 3) Solicitud de insumos de farmacia por los Office de internación con ingreso directo a farmacia; y 4) Identificación de pacientes por código de barras para Admisión, Laboratorio Central y Archivo Central.

Estos aplicativos destinados a operar ON LINE, no pudieron ser puestos en marcha por falta del hardware correspondiente en las áreas involucradas, pese a que el Instituto incrementó su parque informático desarrollando una red mediante cable UTP y la implementación de switch y hub y en algunas áreas Router con tecnología WiFi.

El Área de Procesamiento de Datos informó también que desarrolló diferentes programas de aplicación en sistemas para la gestión Administrativa y de Salud en áreas específicas, entre los principales se encuentran:

- Administración (Aranceles, Contable, Factura, Gastos, etc.).
- Gestión Sanitaria (Admisión, Cirugía, Farmacia, Historia Clínica, Laboratorio, Patología, Registro Oncológico, etc.).

Lo expuesto demuestra que el Instituto, si bien produjo avances en su informatización con respecto a la situación detectada en el Informe de Auditoría aprobado por Resolución N° 132/98 –AGN, no logró implementar un sistema informático integral.

#### **4.2.- GESTION ECONOMICO FINANCIERA Y CONTROL INTERNO**

*Observación 4.2.1.: No se establece un sistema de metas que incluya la programación de volúmenes de producción, ni existe una red de acciones presupuestarias.*

*Recomendación 5.2.1: Definir una red de acciones presupuestarias (Bases Teóricas Para la Formulación Presupuestaria -M.E. y O.S.P.-) que alcance a todas las áreas de producción de servicios del Instituto, incluyendo la definición de Metas Físicas para cada*



una de ellas, a saber: egresos, consultas, prácticas y unidades de capacitación e investigación, con la siguiente modalidad:

<i>Denominación</i>	<i>Unidad de Medida</i>	<i>Cantidad</i>
- <i>Consultas Externas</i>	<i>Consulta</i>	<i>Xxx</i>
- <i>Internación</i>	<i>Egreso</i>	<i>Xxx</i>
- <i>Prácticas Baja</i>	<i>Complejidad Práctica</i>	<i>Xxx</i>
- <i>Prácticas Mediana Complejidad</i>	<i>Práctica</i>	<i>Xxx</i>
- <i>Prácticas Alta Complejidad</i>	<i>Práctica</i>	<i>Xxx</i>
- <i>Capacitación</i>	<i>Profesional Egresado</i>	<i>Xxx</i>
- <i>Investigación</i>	<i>Programa en Implementación</i>	<i>Xxx</i>
	<i>Publicaciones Presentadas</i>	<i>Xxx</i>

#### **Situación Actual:**

El Instituto posee datos históricos consolidados de su producción sanitaria, de investigación y de formación de recursos humanos que posibilitarían la confección de una red de acciones presupuestarias y estimación de metas. No obstante, no elabora su presupuesto en base a metas físicas.

Al respecto cabe señalar que dado que el 50% de la población asistida es careciente, los ingresos de fuente 12 se tornan irregulares e impredecibles, en virtud de ello el Instituto sólo planifica a corto plazo la operatoria sanitaria, en función de los ingresos diarios provenientes del cobro de aranceles, convenios y la facturación a las Obras Sociales.

Consecuentemente la situación observada persiste.

**Observación 4.2.2.:** *Al igual que en otros Hospitales Públicos, no se advierte la existencia de un sistema de costos, ni un área encargada de la elaboración y seguimiento de los mismos. Las estimaciones realizadas por la Dirección Área Técnica, sólo se refieren a costos directos de intervenciones quirúrgicas (materiales y descartables).*

***Recomendación 5.2.2.:*** *Desarrollar un sistema de costos basado en costeo por absorción, que comprenda la existencia de centros de costos, en función de las áreas críticas del Instituto.*

**Situación Actual:**

El Instituto informó mediante Nota del 15-06-07 emanada de la Dirección de Administración, que no cuenta con un centro de costos, señalando que se encuentra en trámite la incorporación de un profesional proveniente de otra dependencia de la UBA que estará en condiciones de elaborar los costos prestacionales.

En oportunidad de efectuar su descargo, el Instituto informó que al presente se costearon la totalidad de los módulos de egresos quirúrgicos. Al no remitir documentación que acredite lo expresado, la verificación de este aspecto será analizada en futuras auditorías.

Sobre este tema es importante consignar que, producto de la actividad académica y de formación de recursos humanos en Postgrado, el cuerpo médico del Instituto ha elaborado un manual denominado “Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de Cáncer”, que se constituye en un protocolo para el abordaje común de los distintos tipos de cáncer, pudiendo constituirse en una base para la estimación de los costos prestacionales.

No obstante, la situación observada persiste.

***Observación 4.2.3.:*** *No se conocen los resultados operativos del Instituto para cada período como instrumento de gestión, así como tampoco se confeccionan balances anuales.*

**Recomendación 5.2.3.:** *Realizar balances anuales del Instituto, a fin de conocer sus resultados, en procura de su utilización como herramienta para la toma de decisiones.*

**Situación Actual:**

El Instituto confecciona su balance con estado de origen y aplicación de fondos. Se obtuvo copia de los correspondientes a los ejercicios 2005 y 2006.

Por lo tanto la recomendación formulada al organismo ha sido cumplida.

**Observación 4.2.4.:** *Puntualmente se detectó la existencia de imputaciones incorrectas en partidas de los incisos 2 y 3, y el registro bajo criterios disímiles del mismo concepto, tal el caso del registro de arrendamientos como retribuciones por servicios profesionales, en el Inciso 3, o la imputación de materiales descartables (partida 2.4.3.) en la 2.5.2. (productos farmacéuticos y medicinales) y de reactivos de diagnóstico (partida 2.9.9.) en las 2.5.1., 2.5.2. y 2.9.5. indistintamente. Asimismo, se imputaron en la partida 5.1.3. (Becas), premios al personal que deben ser consideradas como parte de la partida 1.1.7. (Complementos). Por otra parte, se incluyen como becas de capacitación retribuciones fijas a médicos residentes, otorgadas con un criterio remunerativo, las cuales correspondería imputar a la partida 1.2.7. (Contratos Especiales).*

**Recomendación 5.2.4.:** *Verificar los criterios de imputación de erogaciones presupuestarias, de forma de unificar criterios con el Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional. Imputar las becas otorgadas con concepto remunerativo, en la partida 1.2.7. (Contratos Especiales), y los premios por autogestión en la partida 1.1.7. (Complementos).*

**Situación Actual:**

La situación observada en el Informe aprobado por Resolución N° 132/98 AGN fue subsanada a partir del mes de octubre de 2001, cuando la Universidad se hizo cargo de la atención del pago de los beneficios del Decreto N° 849/96, becas y capacitación para médicos residentes afectando el financiamiento de fuente 11, debido al estado de emergencia por la que atravesaba el Instituto. Asimismo, con fecha 14 de junio de 2007 el Rector de Universidad de Buenos Aires dictó la Resolución N° 651/07 mediante la cual regulariza el pago de los rubros antes referidos con afectación a la fuente de financiamiento 12 –Recursos Propios, correspondiente a la Administración Central, mientras subsista la situación de crisis del Instituto.

Además, mediante el examen de los pedidos de compra por Caja Chica Nros. 3275, 3264, 3251, 3288, 3187, 3227, 3204, 3253, 3349, 3301, 3346, 3172, 3331, 3323, 3335, 3359, correspondientes a la rendición de la Caja Chica Nro. 49/06 que tramitó bajo expediente nro. 548196/06, se verificó la correcta imputación presupuestaria de los gastos, conforme el Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público Nacional.

Por lo tanto se encuentra subsanada la observación.

***Observación 4.2.5.:*** *El área de Farmacia no cuenta con un inventario permanente y no existe control de stock, ni otros procedimientos que aseguren su resguardo.*

***Recomendación 5.2.5.:*** *Continuar en Farmacia el desarrollo de sistemas de inventario permanente y de control de stock. Establecer procedimientos que aseguren el resguardo de los productos en depósito.*

## **Situación Actual**

### **Adquisición de insumos y medicamentos**

El abastecimiento de medicamentos e insumos de uso médico se realiza por dos mecanismos: licitaciones cuatrimestrales y compra directa por Caja Chica (montos y volúmenes reducidos). Con relación a este último procedimiento, del análisis de los pedidos de compra Nros. 3908, 3921/22 y 3935/36 se observa que el Jefe del Departamento Farmacia al formular el pedido de la provisión consigna el valor y el proveedor y esa misma instancia luego conforma la recepción, con lo cual no existe control por oposición.

El Instituto justifica las compras por Caja Chica en “cubrir necesidades de pacientes internados”. Cabe consignar que no en todos los casos corresponde esta justificación, por ejemplo en los pedidos Nros. 3264 del 23-11-06 y 3275 del 27-11-06 se adquirieron suturas. Debe tenerse en cuenta que al no ser el Instituto un hospital de agudos, la probabilidad de una urgencia quirúrgica sólo puede darse en la población internada, con lo cual la adquisición de este tipo de insumos debe corresponder a una programación preexistente.

Las licitaciones para la compra programada de insumos y medicamentos se encontraban condicionadas a la habilitación de fondos por parte del área de administración, lo que afecta el aseguramiento de stocks mínimos y genera una operatoria alternativa a través del mecanismo de Caja Chica.

Por ejemplo, en el año 2006 el sector farmacia planificó 3 licitaciones para la compra de anestésicos para los meses de marzo, julio y noviembre de 2006, pero en la práctica la compra se realizó mediante 15 contrataciones en vez de las tres programadas. Situación similar se observó en la compra de antibióticos.

## **Control de stock**

El ingreso de medicamentos e insumos se registraba en el sistema informático al momento de la recepción, pero los egresos con destino a los distintos servicios y entregas individuales a pacientes por ventanilla, se asentaban manualmente en planillas ingresándose los datos al sistema con posterioridad, por lo cual el stock informático difería del físico.

Del análisis del registro informático del stock de farmacia al 21-06-07 se verificó la ausencia de registración de la fecha de vencimiento de los medicamentos, asimismo se comprobó la existencia de medicamentos por debajo del stock crítico.

Diariamente el sector farmacia releva las necesidades de medicamentos de los pabellones de internación y provee los mismos, confrontando los requerimientos con las historias clínicas de los pacientes. También provee la medicación para cubrir las prescripciones del fin de semana.

La Farmacia recibe la devolución de los medicamentos sobrantes sólo de aquellos pabellones que lo hacen espontáneamente, dado que no existen procedimientos de rendición de excedentes. No se obtuvo evidencia de la devolución de los insumos y medicamentos entregados por la Farmacia al Area Quirúrgica cuando las cirugías son suspendidas.

El Libro de Registro de Psicofármacos y Psicotrópicos al momento de su relevamiento 05/06/07 registraba un atraso de 30 días. Posteriormente el sector Farmacia actualizó dicho registro.

No existe un sistema de actualización automática de los precios de medicamentos e insumos a efectos de su facturación a las Obras Sociales y ésta se hace

manualmente, lo que implica la posibilidad de que se facture por un precio menor al vigente.

El resguardo físico de los insumos y medicamentos era adecuado, con acceso habilitado sólo a las personas autorizadas. Los psicotrópicos y narcóticos se encontraban a resguardo en un lugar diferenciado y bajo la exclusiva responsabilidad del farmacéutico responsable del área.

Consecuentemente las deficiencias observadas en el informe objeto de seguimiento se han subsanado sólo parcialmente.

***Observación 4.2.6.:*** *El Instituto no cuenta con una normativa que sustente formalmente su Organigrama.*

***Recomendación 5.2.6.:*** *Implementar los pasos normativos necesarios para la formalización del Organigrama actualizado del Instituto, como asimismo confeccionar el Manual de Organización.*

#### **Situación Actual:**

El Instituto cuenta con un organigrama aprobado por Resolución N° 1543/03 de su Director. Las Misiones y Funciones proporcionadas por el Instituto no contaban con un acto formal de aprobación.

Al efectuar su descargo el Instituto informó que esta observación está en proceso de ser subsanada, ya que aprobó un nuevo organigrama, cuya copia adjunta. Asimismo señaló que se encuentra en proceso la confección del Manual de la Organización.

No obstante no ha remitido la norma que aprueba este nuevo organigrama ni las misiones y funciones de las distintas áreas, a excepción del Área de Gestión Estratégica creada por la antes citada Resolución N° 051/07.

Por lo expuesto se mantiene parcialmente la observación.

***Observación 4.2.7.:*** *De la información suministrada no surge la existencia de Manuales de Procedimientos Administrativos ni Técnicos, ni normativa que sustente los circuitos administrativos existentes.*

***Recomendación 5.2.7.:*** *Desarrollar Manuales de Procedimientos en cada una de las áreas administrativas y sanitarias del Instituto. Crear un respaldo normativo de los circuitos y procedimientos aplicados.*

#### **Situación Actual:**

El organismo no cuenta con manuales de procedimientos administrativos en sus áreas administrativas y sanitarias que sustenten los circuitos existentes. En este sentido, mediante Nota de fecha 14 de mayo de 2007 la Dirección de Administración informó que debido a “*las restricciones económicas agravadas por el índice importante de pacientes carenciados que supera el 50% alcanzan al ítem en cuestión limitando las posibilidades para su confección.....Por otra parte pongo en su conocimiento que se mantuvieron conversaciones con el Secretario de Hacienda y Administración del Rectorado a fin de requerir colaboración de la Facultad de Ciencias Económicas con el objeto de que pasantes idóneos puedan cumplimentar la tarea... ”.*

En cuanto a los procedimientos técnicos, es decir los procedimientos médicos de su especialidad central, el Instituto desarrolló el protocolo “Pautas en Oncología. Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento del Cáncer”, producto de la actividad académica



y de formación de recursos humanos en Postgrado, con la finalidad de estandarizar los procedimientos médicos aplicables al tratamiento de los distintos tipos de cáncer.

Consecuentemente la recomendación ha sido cumplida parcialmente, persistiendo la ausencia de manuales de procedimientos administrativos.

#### **4.3.- GESTIÓN SANITARIA**

*Se ha detectado una falencia en la confiabilidad de la información respecto de la gestión sanitaria y sus indicadores de seguimiento, sin embargo se pueden efectuar las siguientes consideraciones parciales de acuerdo a la información disponible:*

**Observación 4.3.1.:** *Pudo verificarse que en el período considerado, el porcentaje ocupacional de camas del Instituto tendió a ser bajo (74,20%) dado que el valor medio generalmente aceptado es de 80%-85%, originándose el mismo en un exceso de recursos (camas disponibles).*

<b>Porcentaje ocupacional de camas - Año 1996</b>			
<b>Área Médica</b>	<b>Área Quirúrgica</b>	<b>Área Tpia. Radiante</b>	<b>Total del Instituto</b>
61,40	87,80	53,00	74,20

**Fuente:** *Estadísticas consolidadas y planillas de personal. Elaboración de acuerdo a la fórmula citada en Feld,S., Rizzi, C. y Goberna, A. El control de la atención Médica. López Libreros Editores, Bs. As., en 1978. Aranguren, E. y Rezzónico, R. Auditoría Médica. Centro Editor de la Fundación Favalaro, Bs. As., 1996.*

**Recomendación 5.3.1:** *Arbitrar los medios y procedimientos necesarios a fin de optimizar el uso del recurso cama en el Instituto.*

#### **Situación Actual:**

Las internaciones constituyen el 4,39% de la producción total de las Áreas Médica y Quirúrgica, el 95,61% es atención ambulatoria. En el año 2006 el porcentaje ocupacional de cama por Área fue el siguiente:

Porcentaje ocupacional de camas - Año 2006			
Área Médica	Área Quirúrgica	Área Tpia. Radiante	Promedio Total del Instituto
61,60	72,10	32,30	<b>65,10</b>

**Fuente:** Área Técnica del Instituto Roffo.

Por lo tanto el porcentaje ocupacional de camas se mantuvo igual en el Área Médica, disminuyendo en las áreas Quirúrgica y Terapia Radiante, respecto a los valores consignados en el Informe de Auditoría aprobado por Resolución N°132/98 AGN.

Al respecto cabe señalar que el abordaje médico de la patología tumoral ha variado en la última década, aplicándose técnicas y tratamientos que insumen menores tiempos de internación (conforme “Pautas en Oncología. Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento del Cáncer”). Asimismo se trata de evitar riesgos intrahospitalarios y costos propios de la internación (enfermería, insumos médicos y hotelería). Corroboró lo antedicho que en el año 1996 el promedio de días de estada era de 7,31 días, mientras que en el ejercicio 2006 dicho promedio disminuyó a 4,9 días.

Es decir que la menor utilización del recurso cama es producto del cambio de enfoque en el tratamiento de la enfermedad.

Finalmente cabe señalar que por la especialidad médica del Instituto, no le resultan aplicables parámetros propios de nosocomios destinados al tratamiento de patologías agudas.

*Observación 4.3.2.: Del análisis surge que la productividad del área de consulta externa tiende a ser reducida (70,10%), tomando en cuenta que el indicador expresa la cantidad de horas realmente utilizadas en función de las horas disponibles. Para el cálculo se considero un 25 % del tiempo de la totalidad del personal dedicado a tareas docentes; el 50 % del tiempo de los jefes de área y departamentos dedicado a tareas*

administrativas, y se descontaron las licencias, feriados etc.; no fueron tomados en cuenta las horas de los médicos concurrentes, becarios y rotantes (37 en total).

Productividad de la Consulta Externa			
Área Médica	Área Quirúrgica	Área Tpia. Radiante	Total del Instituto
69,60 %	68,30 %	85,00 %	70,10%

*Fuente: Estadísticas consolidadas y planillas de personal*

**Recomendación 5.3.2.:** Revisar la normatización, programación y gestión del área de consulta externa.

### Situación Actual:

Es la siguiente:

Productividad de la Consulta Externa			
Área Médica	Área Quirúrgica	Área Tpia. Radiante	Total Áreas Médica y Quirúrgica
64,00 %	71,59 %	S/D	67,80%

*Fuente: Estadísticas consolidadas y planillas de personal*

Lo expuesto muestra en el año 2006 una disminución de la productividad de la consulta externa en el Área Médica y un incremento en el Área Quirúrgica. Asimismo se observó que la productividad en Consulta Externa no ha variado significativamente en el último trienio, verificándose 73.308 en el año 2004, 75.034 en el año 2005 y 72.149 en el año 2006.

A este respecto la Dirección General del Instituto informó mediante nota del 6/9/07, que se encuentra en etapa de revisión el mejoramiento de los procesos relacionados con la producción en consulta ambulatoria y egresos quirúrgicos entre otros aspectos.

Consecuentemente la situación observada se mantiene en el Área Médica, registrándose una mejora en el Área Quirúrgica. No se ha cumplido con la recomendación formulada.

**Observación 4.3.3.:** *La relación personal-cama (7,4), está por encima de los valores medios, teniendo en cuenta que el índice oscila en los hospitales generales entre 0,7 y 3 y que a partir de un valor estimado de 2,75 no aumenta la calidad de los servicios. Por otra parte la relación Médicos-Cama describe la misma situación, estando el valor medio entre 0,15 y 0,25 y el valor hallado en 1,88.*

**Recomendación 5.3.3.:** *Establecer una política de incorporación de personal conforme al criterio de áreas críticas, y fundada en una evaluación de la productividad de los sectores.*

**Situación actual:**

La relación médico/cama ha experimentado una leve disminución de 1,88 a 1,42 al igual que la relación personal/cama que pasó de 7,40 a 6,53 excluyendo al personal del Área de Investigación.

No se obtuvo evidencia de la existencia de documentos que definan políticas de incorporación de personal en función de los objetivos y necesidades del Instituto.

No obstante ello, debe tenerse en cuenta que el organismo es una institución de formación de pre y postgrado, con lo cual la relación médico/cama y personal/cama puede variar respecto de los valores aplicables a otro tipo de instituciones de atención de la salud, pero de todas formas ésta debe estar pautada.

**Observación 4.3.4.:** *En el período analizado, se registró una sub-utilización del recurso físico de quirófanos, teniendo en cuenta que sólo se llevan a cabo 1,1 intervención por jornada por quirófano, a pesar de tratarse de intervenciones de larga duración en algunos casos.*

**Recomendación 5.3.4.:** *Revisar la programación del área de quirófanos para hacer más equilibrada la relación intervenciones programadas sobre personal disponible, y establecer los mecanismos estadísticos que permitan evaluar tiempos de espera quirúrgicos, en virtud de la baja utilización del recurso observada.*

### **Situación Actual**

Durante el ejercicio 2006 la utilización de los 7 quirófanos del Instituto fue del 70,55 %, realizándose 2433 intervenciones quirúrgicas, esto es 1,3 operaciones por jornada y por quirófano, verificándose una leve disminución de la sub-utilización señalada en la anterior auditoría.

No se obtuvo evidencia que se hayan realizado las acciones recomendadas en el informe objeto de seguimiento.

Con relación a este tema se observó que durante el año 2006 se suspendieron 337 cirugías sobre 2770 propuestas, lo que equivale al 12,17 %. De 117 casos de suspensiones informadas, surgió que 72 (61,54 %) correspondían a causas ajenas al Instituto, siendo la más común la no concurrencia del paciente y 45 (38,46 %) obedecieron a causas propias del organismo, constituyendo las más representativas las informadas como “razones de servicio y falta de exámenes prequirúrgicos”.

**Observación 4.3.5.:** *Si bien el valor hallado, 297 tomografías cada 10.000.- consultas, se encuentra cercano al valor medio (200-481/10.000.-), se entiende que el Área de Tomografía (explotado a través de un convenio con una empresa privada, propietaria del equipo y responsable del mantenimiento del mismo), podría ofrecer su servicio a terceros con el fin de una mejor utilización del equipamiento.*

**Recomendación 5.3.5.:** *Revisar los convenios prestacionales con las áreas de tomografía y medicina nuclear, a fin de mejorar la utilización del equipamiento a través de la oferta a terceros (públicos o privados) y/o pacientes sin cobertura.*

**Situación Actual:**

En el año 2006 se verificó una tasa de utilización del servicio del orden de 412 tomografías cada 10.000 consultas, muy cercana al valor máximo del indicador de referencia 200-481/10000 señalado en el informe objeto de seguimiento.

Asimismo, no se encuentran vigentes los convenios señalados, siendo explotado el tomógrafo directamente por el Instituto.

Se concluye en consecuencia que el organismo ha superado la situación objeto de observación.

**Observación 4.3.6.:** *La División de Psicopatología y Psiquiatría, cuenta con un solo consultorio para la atención de pacientes ambulatorios, presentando deficiencias en su equipamiento de acuerdo a los criterios de la Guía de Evaluación de Salud Mental (Consultorios Externos) en Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Atención Materno Infantil. (N. Baranchuk y Auditoría Médica, de Aranguren, E. y Rezzónico, R. Centro Editor de la Fund. Favaloro, Bs.As., 1996.).*

**Recomendación 5.3.6.:** *Adecuar la planta física de Psicopatología y Psiquiatría, teniendo en cuenta que en este Instituto, se atienden a pacientes oncológicos que por sus características necesitan de un espacio físico de mayor contención.*

**Situación Actual:**

La División cuenta con dos profesionales de planta permanente, un médico psiquiatra y un licenciado en psicología, cada uno con una carga horaria de 18 hs.

semanales y tres psicólogos concurrentes (ad honorem). El profesional médico se ocupa de la atención psicofarmacológica de los pacientes, mientras que el licenciado en psicología y los concurrentes están a cargo de la terapia individual y familiar, consultas en salas de internación y reuniones multifamiliares. Los profesionales dictan clases dentro de la rotación en la materia en la carrera de pregrado de medicina.

La División Psicopatología interactúa con la División de Cuidados Paliativos y los distintos servicios de internación y el acceso del paciente se produce en la mayoría de los casos por derivación.

En materia de recursos humanos se observa que el servicio ha sufrido una disminución de profesionales respecto de la época que trata el informe objeto de seguimiento, cuando contaba con 5 psicólogos y 2 médicos.

En el único espacio físico asignado (planta baja pabellón Costa Buero) se atiende a los pacientes y se realizan las tareas administrativas, accesoriamente comparte con Cardiología un consultorio en el tercer piso del mismo pabellón. La terapia familiar se desarrolla en una dependencia del Área de la División de Cuidados Paliativos.

Por lo tanto el área física del sector no se adecuó conforme lo recomendado.

Se ha detectado la existencia de un subregistro de la producción de la División por parte del Área Técnica, dado que esta última no consolida la interconsulta en sala y la primera consulta de familiares de pacientes. En el anuario estadístico del año 2006 se consignan 2 consultas por primera vez y 260 ulteriores. Cuando el promedio mensual de pacientes por primera vez es de 20 casos, la atención ulterior es de 90 casos y la atención o consultas en sala es de 35 casos, según surge de la documentación obtenida en la División Psicopatología.

***Observación 4.3.7.:** Las áreas de diagnóstico tienen dificultades en la elaboración de la información de su producción, por lo cual no resulta posible realizar un análisis de su actividad.*

**Situación Actual:**

El Área Diagnóstico (Laboratorio, Anatomía Patológica y Diagnóstico por Imágenes), produce sus propias estadísticas y la información contenida en las mismas abarca la producción del Laboratorio Central que atendió 13.911 pacientes y produjo 204.114 determinaciones y el Laboratorio de Guardia 24 hs. atendió 10.965 pacientes y realizó 33.666 determinaciones, ambas estadísticas están abierta en períodos mensuales.

El Departamento de Hemoterapia informó producción de determinación de grupo sanguíneo, transfusiones, serología, estas últimas consignan el gasto anual total del departamento para la producción, desglosado en la cantidad de determinaciones compradas, las utilizadas consignando el precio unitario y el proveedor.

El Departamento Diagnóstico por Imágenes informó su producción en forma mensual y anualizada discriminando radiología simple y contrastada, mamografías, tomografías computadas (TAC), ecografías (ECO) y punciones guiadas con TAC y ECO.

Por lo tanto el Área de Diagnóstico posee estadísticas de su producción, aunque persiste la dispersión referida en el pto. 4.1.3.

***Observación 4.3.8.:** El análisis de la cobertura por Obra Social de la población atendida, considerando las Consultas Externas y la Internación, si bien muestra un aceptable equilibrio para la totalidad del Instituto (52,6% de población con cobertura), presenta diferencias para los pacientes del servicio de internación (66,2%) y para los pacientes de los servicios de consulta externa (44,6%).*



### **Situación Actual:**

El 49,30% de los pacientes atendidos poseían Obra Social, 52,1% en internación y el 48,3% en modalidad ambulatoria.

### **5.- DESCARGO DEL ORGANISMO.**

En oportunidad de formular su descargo – conforme lo expresado en el último párrafo del apartado 2- el organismo auditado actualizó información con relación a los aspectos tratados en el punto **3.1.7.**

Asimismo acreditó haber regularizado la observación 4.1.2., primera parte.

Con respecto a los puntos: **3.2; 4.1.2., segunda parte, 4.1.7., 4.2.2 y 4.2.6** el organismo toma debida cuenta, manifiesta haber realizado acciones y aporta aclaraciones que complementan o amplían los comentarios efectuados, pero que no permiten resolver los aspectos observados.

Con relación a las observaciones: **4.1.3., 4.1.4., 4.1.5., 4.1.6., 4.1.8., 4.2.5., 4.3.4 y 4.3.6.,** de la transcripción de la parte pertinente del informe de AGN que realiza el organismo y el tenor de la respuesta, se deduce que el Instituto no contestó sobre la situación actual que surge del seguimiento, sino sobre aspectos del informe anterior.

El descargo no incluyó comentarios con relación a los puntos: **4.1.1., 4.2.1., 4.2.7., 4.3.1., 4.3.2., 4.3.3., 4.3.7. y 4.3.8.**

Finalmente se señala, que para la elaboración del presente informe se tuvo en cuenta el descargo producido por el auditado en aquellos casos en los que se considero pertinente.

## **6.- CONCLUSIONES.**

De acuerdo con el relevamiento efectuado –cuyo análisis consta en el punto 4 del presente- corresponde señalar que el organismo ha desarrollado acciones que cumplimentan parcialmente algunas de las recomendaciones oportunamente efectuadas en el Informe de Auditoría aprobado por la Resolución N° 132/1998 –AGN.

Las observaciones no superadas y recomendaciones que han quedado pendientes de cumplimiento, que revisten mayor relevancia, son las siguientes:

- El organismo continúa sin implementar un sistema de información gerencial estructurado e integral (Observación 4.1.1, Recomendación 5.1.1).
- El Instituto no emite informes periódicos acerca de su gestión (Observación 4.1.2, segunda parte y Recomendación 5.1.2 segunda parte).
- La información estadística continúa dispersa (Observación 4.1.3, Recomendación 5.1.3).
- No se han establecido procedimientos administrativos que regulen los procesos de recolección, elaboración y control de la información de gestión (Observación 4.1.6, Recomendación 5.1.6).
- Persiste la ausencia de un área responsable de las funciones de planificación. (Observación 4.1.7, Recomendación 5.1.7).
- La informatización sigue sectorizada (Observación 4.1.8, Recomendación 5.1.8).
- Continúa elaborando su presupuesto sin la cuantificación de metas físicas (Observación 4.2.1, Recomendación 5.2.1).
- No cuenta con un sistema de costos (Observación 4.2.2, Recomendación 5.2.2).
- En el Área de Farmacia persisten debilidades en el control de stock (Observación 4.2.5, Recomendación 5.2.5).

- El Instituto si bien ha dictado el acto normativo que aprueba su organigrama, persiste la ausencia de normativa que establezca las responsabilidades y acciones (Observación 4.2.6, Recomendación 5.2.6).
- Continúa la falta de Manuales de Procedimientos Administrativos (Observación 4.2.7, Recomendación 5.2.7).
- Persiste la falta de utilización de horas médicas disponibles en las Áreas Médica y Quirúrgica (Observación 4.3.2, Recomendación 5.3.2).
- No se observó un aumento apreciable del grado de utilización de los quirófanos ni de acciones concretas para revertir la situación observada (Observación 4.3.4. y Recomendación 5.3.4.).
- La División de Psicopatología y Psiquiatría continúa presentando deficiencias en relación a espacio físico (Observación 4.3.6, Recomendación 5.3.6).

BUENOS AIRES