



TESAJ MA TEXO
PORAVE
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUĀI
GOBIERNO NACIONAL

*Dirección General de Auditoría Interna
Dirección de Auditoría de Gestión*

*"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr,
con transparencia, los objetivos institucionales."*



AUDITORIA DE GESTIÓN

XV REGIÓN SANITARIA – PRESIDENTE HAYES (AG 02)

Y

HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES (AG 03)

MAYO/2018



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

AUDITORÍA DE GESTIÓN

XV REGIÓN SANITARIA – PRESIDENTE HAYES - Y HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES

ÍNDICE

Nº	CONTENIDO	PÁGINAS
	SÍNTESIS EJECUTIVA	
	INTRODUCCIÓN	1-2
A.	INFORMACIÓN RELATIVA AL EXAMEN	1
B.	DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES	2
	CAPITULO PRIMERO – STAFF REGIONAL - XV REGIÓN SANITARIA - PDTE HAYES	
I.	INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD EXAMINADA	3
A.	ANTECEDENTE Y BASE LEGAL	3
B.	RELACIÓN DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS EN LAS OBSERVACIONES	3
II	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DE AUDITORIA INTERNA	3-37
A.	ORGANIGRAMA Y MANUAL DE FUNCIONES	3-4
B.	COBERTURA DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI	4-5
C.	PARQUE SANITARIO REGIONAL	5-16
D.	RECURSOS HUMANOS REGIONAL	17-26
E.	SUMINISTROS REGIONAL	17-34
F.	TRANSPORTE REGIONAL	34-37
	CAPITULO SEGUNDO – HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES	
I.	INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD EXAMINADA	
A.	ANTECEDENTE Y BASE LEGAL	38
B.	RELACIÓN DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS EN LAS OBSERVACIONES	38
II.	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA INTERNA	38-109
A.	ORGANIGRAMA Y MANUAL DE FUNCIONES	38
B.	CONSEJO LOCAL DE SALUD DE JOSÉ FALCON	39-40
C.	CONVENIO IPS-MSPYBS	40-41
D.	FARMACIA INTERNA	41-55
E.	RECURSOS HUMANOS	55-76
F.	SÚMINISTROS	76-79
G.	ÁREA DE COCINA	79-81
H.	PATRIMONIO HOSPITAL REGIONAL	81-85
I.	TRANSPORTE HOSPITAL REGIONAL	85
J.	OTRAS OBSERVACIONES	86-107
K.	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES	108-109



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

SÍNTESIS EJECUTIVA

AUDITORÍA DE GESTIÓN

**XV REGIÓN SANITARIA – PRESIDENTE HAYES
Y HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES**

En el contexto de las disposiciones de la Resolución S.G. N° 636/2017 **"POR LA CUAL SE APRUEBA EL PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FISCAL 2018**, se dispuso realizar una Auditoría de Gestión en la XV Región Sanitaria – Presidente Hayes y Hospital Regional de Villa Hayes, designándose a Auditores de la Dirección General de Auditoría Interna del M.S.P. y B.S., a fin de cumplir con el Plan de Trabajo.

CAPITULO PRIMERO

ADMINISTRACIÓN DE LA XV REGIÓN SANITARIA

A. ORGANIGRAMA Y MANUAL DE FUNCIONES

OBSERVACIÓN	RECOMENDACIÓN
(C.I) La XV Región Sanitaria – Presidente Hayes, utiliza el Manual de Funciones y Procedimientos y el Organigrama Funcional Básico para Regiones Sanitarias aprobado por Resolución S.G. 552/08 del MSP y BS, el cual no se encuentra acorde a la estructura real del Servicio; al respecto no se ha observado antecedentes de gestiones realizadas para su actualización.	Los responsables de la XV Región Sanitaria de Presidente Hayes deberán elaborar el Organigrama de acuerdo a la estructura funcional del servicio; presentar para su aprobación ante las instancias correspondientes y adecuar el Manual de Funciones conforme al Organigrama Institucional, a los efectos de facilitar a los funcionarios la identificación de las líneas de autoridad y el conocimiento de sus responsabilidades.

B. COBERTURA DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

OBSERVACIÓN	RECOMENDACIÓN
(CI) Según el informe presentado por la responsable del PAI Regional, se ha observado baja cobertura de vacunación correspondiente a la población menor de 1 año y 1 año de la XV Región Sanitaria	Los responsables de la Región Sanitaria deberán realizar las gestiones pertinentes ante el Departamento de Vigilancia Epidemiológica a los efectos de proporcionar los materiales, insumos y Recursos Humanos necesarios al Programa, de manera a cubrir la población aumentando la cobertura de vacunación, a fin de dar cumplimiento a los Objetivos y Metas del Programa Ampliado de Inmunizaciones : OBJETIVOS: "Erradicar, eliminar o controlar enfermedades inmunoprevenibles, de acuerdo a las Metas prioritarias en Salud Pública".

C. ÁREA PARQUE SANITARIO

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1.(C.I) La habilitación del Parque Sanitario se encuentra en trámite; al respecto, se ha observado el Formulario presentado a la Oficina Técnica de Vigilancia Sanitaria de la XV Región Sanitaria, en la que solicitan la Inspección y Apertura del mismo.	Dar seguimiento al expediente de solicitud de Inspección y Apertura del Parque Sanitario, a modo de contar con la habilitación del mismo y dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto N° 17627/02.
2.(C.I) La Qca. Fca. Mariana Ferreira es responsable del Parque Sanitario sin contar con Resolución Ministerial de designación.	La Institución deberán realizar las gestiones correspondientes a fin de que la encargada del Parque Sanitario Regional cuente con Resolución de Designación Ministerial.
3.(C.I) Tienen implementado el Sistema SICIAP, pero no estaba actualizado al momento de la verificación (27/02/2018), además no contaban con impresora, por lo que los informes fueron proveídos recién el día 05/03/2018, en medio magnético.	Mantener actualizado los registros en los KARDEX, a fin de transparentar las gestiones administrativas y dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 902/2015 "Por la cual se establece que la implementación obligatoria del sistema de control de stock de medicamentos e insumos, se realice mediante el uso de Registros Informatizados (Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizados del Paraguay – SICIAP, o de registros Manuales..."



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

ÁREA PARQUE SANITARIO (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
4.(C.I) El espacio físico destinado al Parque Sanitario es muy reducido, lo que ocasiona el inadecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos. Se observó falta de orden y limpieza, con telas de arañas en la entrada del Depósito, según refieren los funcionarios no cuentan con personal de limpieza.	Los responsables de la XV Región deben organizar y mantener el depósito en buenas condiciones de limpieza y ser sometido en su totalidad a sanitaciones periódicas, de manera a realizar un buen almacenamiento de los Medicamentos e Insumos, conforme al Decreto N°17627/02 que establece en el Artículo 17° "Las especialidades farmacéuticas deben ser colocadas y apiladas con seguridad y quedar debidamente separadas de piso paredes, de modo a facilitar la realización de las tareas de limpieza y evitar así la degradación de la calidad del medicamento por la acción de factores externos, como ser humedad y polvo".
5.(C.I) Los estantes donde se almacenan los medicamentos cuentan con el identificador correspondiente (nombre genérico) pero no indican el vencimiento, Nro. de lote, presentación de los productos, entre otros.	Todos los medicamentos deben estar correctamente clasificados y rotulados con la fecha de vencimiento a los efectos de que dicha información sirva para el control y toma de decisiones, conforme lo establece la Guía del Sistema Logístico de Medicamentos en Insumos - Buenas Prácticas de Almacenamiento.
6.(C.I) Se ha observado que la mayoría de los acondicionadores de aire con que cuenta el Parque Sanitario no funcionan, por falta de mantenimiento, solo disponen de 3 (tres) ventiladores en funcionamiento.	Dar cumplimiento al Decreto N° 17627/02, la cual expresa en el Art. 16° "La temperatura del local debe ser adecuada a las condiciones necesarias para el almacenamiento de insumos y productos terminados, según especificación del fabricante y tipo de productos...".
7.(C.I) Por falta de espacio físico el primer piso del Depósito del Parque Sanitario es compartido con las Áreas de Bioestadística y PAI.	Dar cumplimiento al Decreto N° 17627/02 "Por el cual se establecen disposiciones para la apertura y funcionamiento de establecimientos farmacéuticos públicos Artículo 16°: "Los locales de Parques Sanitarios deberán tener una dimensión mínima de 40(cuarenta) metros cuadrados".
8.(C.I) El techo del depósito es de hormigón armado, el mismo no cuenta con cielo raso, tampoco tienen Cámara Frigorífica para el resguardo adecuado de los medicamentos.	Los responsables deberán realizar las gestiones pertinentes a fin de solicitar la instalación del cielo raso y de proveer de los equipos necesarios y organizar el depósito de manera a realizar un buen almacenamiento de los Medicamentos e Insumos, conforme a la disposición vigente que establece: MERCOSUR/GMC RES. N° 49/02 Reglamento Técnico Mercosur sobre buenas prácticas de distribución de productos farmacéuticos: El almacenamiento de los productos debe ser realizado en condiciones adecuadas de temperatura, humedad e iluminación.."
9.(C.I) Se ha visualizado que el tablero eléctrico y la toma de llave que se encuentra en el acceso de entrada del Parque, se encontraban al descubierto sin tapa. Por otro lado, al momento de la verificación (27/02/2018), el baño del Parque Sanitario no contaba con agua corriente.	Las Autoridades de la XV Región Sanitaria, deberán incluir en el Anteproyecto de Presupuesto, el mantenimiento y reparación de las instalaciones del área de Parque Sanitario (depósito) o solicitar a las autoridades del Nivel Central del MSP y BS., a fin de cumplir con las normativas vigentes.
10.(C.I) Los registros del Kárdex se encontraban actualizados, pero se ha verificado que presentaban enmiendas, borrones y desprolijidad.	En todas las documentaciones utilizadas para llevar a cabo las transacciones propias que se generan en la Región Sanitaria, se deben evitar las enmiendas, tachaduras y/o borrones, llenar todos los campos, y elaborarlos de forma legible para así facilitar las tareas de verificación y control a fin de transparentar las gestiones administrativas teniendo en cuenta la Norma Técnica de Control Interno NTCI - PCI - punto 03 "Implementación del Sistema de Control Interno".



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

ÁREA PARQUE SANITARIO (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
11. (C.I) De una muestra seleccionada, se realizó recuento físico de los medicamentos comparando con los saldos de las Fichas Kárdex, procedimiento durante el cual se constataron algunas diferencias.	La responsable del Parque Sanitario deberá implementar mecanismos de control que permita verificar los saldos de medicamentos e insumos en existencia manteniendo al día los registros en las fichas KARDEX, y actualizar el Sistema SICIAP a los efectos de contar con datos fidedignos y transparentar la gestión administrativa, dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución S.G. N° 902/15.
12. (H) Al momento del trabajo de campo (08/03/2018) se ha observado en el predio de la XV Región Sanitaria un lavarropas (que será dado de baja) conteniendo 21 frascos de "Agua Bidestilada" para inyección de 1000 ml Lote: 1480, con vencimiento 10/18, la misma se encontraba con agua de lluvia en el interior. Al respecto, la Jefa de Laboratorio del Hospital ha presentado documentaciones de donación del Hospital Psiquiátrico que consistía en 84 frascos del insumo mencionado, sin embargo, no se pudo constatar si corresponde a lo visualizado debido a que el respaldo carece de datos como; N° de lote y fecha de vencimiento.	Los responsables de la institución deberán potenciar el Control Interno Institucional, a fin de salvaguardar los recursos públicos. Las autoridades de la Institución deberán realizar un seguimiento del hecho a fin de aclarar el caso y deslindar responsabilidades.
13.(C.I) Verificado el Informe de Movimiento de Insumo (IMI) del Hospital y el Kárdex Manual, se ha visualizado que algunos medicamentos e insumos no contaban con stock en el Parque Sanitario y no fueron proveídos al Hospital Regional.	Las autoridades de la XV Región Sanitaria deberán realizar las gestiones pertinentes ante la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud de manera a que ésta gerencie la provisión de los medicamentos e insumos esenciales, teniendo en cuenta la demanda exigida y el área de cobertura, de manera que no quede desabastecido. Dar cumplimiento a la Ley N° 5099/13, "La presente Ley tiene por objeto establecer la gratuidad de aranceles... ".

D. RECURSOS HUMANOS REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1.(C.I) El Departamento de Recursos Humanos no contaba con Jefatura desde diciembre de 2017, por lo que las tareas inherentes al Área eran realizadas por la Administradora Regional y el Jefe de Rendición de Cuentas. Así también carecen de un responsable del Área de Patrimonio Regional. Se anexó al descargo la Resolución D.G.RR.HH. N° 1688, por la cual se ha designado un responsable del Área de Recursos Humanos.	Dar cumplimiento a la Resolución SG. N°372/08, "Por la cual se establece la obligatoriedad de designar Jefes de Patrimonio en los Centros Financieros, Regiones Sanitarias, Hospitales, Programas, Institutos y Proyectos".
2.(C.I) No tienen conformada la totalidad de los legajos de los funcionarios, y de los que cuentan, carecen de Resolución de designación, Contratos, Curriculum Vitae, Cédula de Identidad vigente, Título Universitario, justificación de ausencias como Reposos, entre otros.	El responsable del Área deberá conformar y mantener actualizado los legajos, a fin de contar con los datos oportunos del movimiento de los funcionarios de la Institución, conforme a las disposiciones de la Ley N° 1626/00 de la Función Pública, la cual expresa en el CAPITULO II "de la carrera Administrativa de la incorporación de los funcionarios Públicos", Art. 14° "... se deben conformar los legajos con las documentaciones respaldatorias de que los funcionarios reúnen los requisitos para ejercer la función Pública (Antecedente judiciales, curriculum, etc.)".
3. (C.I) En la oficina de Recursos Humanos falta estantes y/o gavetas para el resguardo de las documentaciones, así también artículos de oficina tales como: carpeta archivadora, bibliorato, lápiz de papel, bolígrafo, resma de papel, entre otros. En el descargo presentado mencionan la falta de Espacio físico.	Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes y de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria disponer de un lugar más amplio para el Área de Recursos Humanos y proveer los mobiliarios y útiles de oficina necesarios para el almacenamiento y ordenamiento adecuado a las documentaciones.

[Handwritten signatures]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

RECURSOS HUMANOS REGIONAL (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
4.(C.I) En el Resumen Mensual de Asistencia correspondiente al período diciembre/17 y enero/18, no se comunicaron a la Dirección de Relaciones Laborales todas las debilidades que se observaron en los espejos de marcación.	Los responsables deberán informar todas las debilidades y/o actividades realizadas por los funcionarios en la Planilla de Resumen de Asistencia, como lo dispone la Resolución D.G. RR.HH. N° 3297/2009, "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en el Artículo 15°: "Responsabilidad de los Directores, Coordinadores y Jefes de Departamento": Los Directores, Coordinadores y sus respectivos Jefes de Departamentos, son responsables del correcto desempeño de las actividades de los funcionarios públicos y personal contratado en las reparticiones a su cargo..."
5.(C.I) Se ha observado inconsistencias entre el horario establecido en la Nómina de Funcionarios provecta por la Administración y el horario visualizado en los registros del Reloj marcador, por lo que no se pudo verificar el cumplimiento de la carga horaria de algunos funcionarios.	Los responsables del Área, deberán mantener actualizada la Nómina de Personal Permanente - Contratado a fin de contar con informaciones fidedignas y oportunas que sirvan de insumo para la toma de decisiones, a los efectos de presentar a los órganos de control interno o externo correspondientes.
6.(C.I) La Dra. Alejandra M. González percibe bonificación por responsabilidad en el cargo desempeñado, pero no cumple las 40 horas semanales que establecen las Normativas, según espejos de marcación verificados (enero - febrero/2018)	El Dictamen A.J. N° 1.617/2015, menciona: "Al respecto, ésta Dirección manifiesta que, los funcionarios de blanco que ostentan cargos de conducción superior dentro del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, deberán cumplir con la carga horaria establecida para los funcionarios públicos; la cual es de 40 horas semanales 176 horas mensuales (Res. D.G. RR.HH. N° 629/2012); hasta tanto permanezcan en el cargo, por el solo hecho de ejercer funciones administrativas por la responsabilidad asumida..."

E. SUMINISTROS REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1.(C.I) La Encargada del Área de Suministros es la Administradora de la Institución, debido a la falta de personal para ejercer dicho cargo.	Los responsables de la Institución deberán realizar las gestiones pertinentes a fin de contar con un/a responsable que realice las gestiones administrativas correspondientes al Área de Suministros.
2.(C.I) Las Fichas de Control de Stock de los artículos de limpieza no han sido implementadas, incumpliendo lo establecido en la Resolución S.G. N° 114/02.	Implementar el uso de las Fichas de Control de Stock, dando cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02 en su art. 1° "Implementar Sistemas de Control de Stock por medios manuales (Fichas) y/o procesamiento de datos (Sistemas Informáticos), de los Bienes de Consumo, Insumos y Bienes de Cambio, en todas las dependencias del M.S.P. y B.S.
3.(C.I) Las Fichas de Control de Stock de Alimentos no se encontraban actualizadas, los últimos registros datan de los meses de julio, setiembre y octubre/2017, por lo tanto, varias recepciones de productos alimenticios no fueron registradas. Por otro lado, algunos registros en las Fichas de Control de Stock (300 kg. de Camaza y 200 kg. de Pechuga de Pollo), no cuentan con los documentos de recepción.	Registrar en las Fichas de Control de Stock los productos recepcionados y mantenerlos actualizados, a fin de dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, que en el art. 2° expresa: "Disponer la obligatoriedad del mantenimiento actualizado de los Registros de Control, con las documentaciones respaldatorias correspondientes", y a lo establecido en el Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno, en el Título II, Normas Técnicas de Control Interno NTCI N° 14.02

MP *JR*



Dirección General de Auditoría Interna
Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

SUMINISTROS REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<p>4.(C.I.) Debilidades observadas en los depósitos</p> <p>4.1 <u>Depósito de Alimentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - El espacio físico es bastante reducido. - Cuentan con dos congeladores, los cuales son insuficientes para el almacenamiento de los productos recepcionados. - Se ha observado suciedad, nido de hormigas en el piso, telaraña y falta de pinturas en las paredes. Las ventanas no cuentan con tejido metálico, ni con rejas para la seguridad. <p>No cuentan con balanza para realizar el pesaje de los productos alimenticios.</p> <p>4.2. <u>Depósito de Artículos de Limpieza:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - El Área se encontraba con bastante suciedad, las paredes con humedad, falta de pintura y carece de ventilación. 	<p>Los responsables de la institución deberán gerenciar en forma periódica la limpieza y el mantenimiento de las instalaciones del depósito, como de la seguridad en las ventanas y dotar de los equipamientos y mobiliarios adecuados para el almacenamiento y control de los productos recepcionados y remitidos a los diferentes servicios dependientes, a fin de ajustarse a lo dispuesto en la Ley N° 836/80 "Código Sanitario" Libro II De los Alimentos Título II "De los Alimentos y su Higiene".</p>
<p>5.(C.I) Las adquisiciones realizadas a través de Caja Chica, no son registradas en las Fichas de Control de Stock, como por ejemplo: útiles de oficina y artículos de ferretería.</p>	<p>Habilitar Fichas de Control de Stock para todos los productos existentes en depósito y mantener actualizado sus registros a fin de tener datos certeros y dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, que dispone en el Art. 1° "Implementar Sistemas de Control de Stock, por medios manuales (Fichas) y/o de procesamiento de datos (Sistemas Informáticos)..."</p>
<p>6.(C.I) Carecen de artículos de limpieza desde hace un año aproximadamente, por lo que deben realizar autogestión para la adquisición de dichos productos de limpieza, del Staff Regional. Al respecto, se ha observado falta de limpieza en diferentes Áreas de la Institución.</p>	<p>Las autoridades de la XV Región Sanitaria deberán gerenciar ante las instancias pertinentes, la implementación de los mecanismos necesarios para lograr una mayor ejecución del presupuesto asignado, para la provisión de los elementos de limpieza esenciales para la Región y Servicios Dependientes.</p>
<p>7.(C.I) Se observaron varios Formularios "Hoja de Remisión" de distribución de alimentos en los que no fueron cerrados los espacios en blanco y otros carecen de firma de la persona que ha entregado los productos.</p>	<p>Los formularios deben ser llenados correctamente con todos los datos requeridos y cerrar los espacios en blanco; pues los mismos son documentaciones de respaldo de los hechos realizados, los que deben estar disponibles para los organismos de control pertinentes.</p>
<p>8. (C.I) Se ha visualizado un solo extintor de fuego en el depósito, el cual se encontraba vencido (junio/2012).</p>	<p>Realizar las gestiones correspondientes ante las instancias pertinentes para la adquisición de extintores, de manera a que puedan ser utilizados en caso que ocurriera algún siniestro.</p>

F. TRANSPORTE REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<p>1.(C.I)La XV Región Sanitaria cuenta con un responsable del Área de Transporte designado por Resolución Ministerial, quien se encarga además del movimiento y rendición de combustibles utilizados en el Hospital Regional, el mismo no cobra los beneficios por responsabilidad en el cargo.</p>	<p>Los responsables de la XV Región Sanitaria – Presidente Hayes deberán realizar una reorganización de RR.HH., a fin de designar a un encargado en el Departamento de Transporte en el Hospital Regional, de manera a evitar que una misma persona tenga a su cargo la realización de varias tareas, las que podrían en algunos casos ser incompatibles entre sí y afectar la eficiencia del servicio.</p>
<p>2. (C.I) Se ha visualizado en los formularios de Rendición de Combustible (exigidos por la Resolución S.G. N° 210/09), que la Numeración de Chapa EAJ 961 Ambulancia Toyota Land Cruiser, no coincide con lo descrito en el Ticket de carga de combustible que fueron presentados a la Dirección Administrativa correspondiente a los meses de diciembre/17, enero/18 y febrero/18.</p>	<p>Se recomienda que los Responsables de la Institución informen el error de registro de la numeración de la chapa expuesta en el ticket de carga y tramitar con los Formularios de Anulación en la fecha de haber ocurrido el hecho y remitir a la Unidad de Monitoreo y Control de Servicio de Transporte y combustibles, de la Dirección Administrativa – D.G.A.F. a fin de mantener actualizado los mecanismos de Control Interno de la recepción, distribución y utilización de los combustibles.</p>

Handwritten signature



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

TRANSPORTE REGIONAL (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<p>3.(C.I) Los vehículos carecían de la numeración correspondiente al Registro de Automotores del Sector Público (RASP), como también del Cuaderno de Registro de Órdenes de Trabajo, según lo establece la Resolución C.G.R N° 339/02. Ejemplo: Volkswagen Furgón, Chapa N° EAH 661, Mercedes Benz, Marcopolo, Chapa N° EAH 768, Ford, Chapa N° BDK 734, Isuzu Dmax Chapa N° EAH 985 y EAG 672.</p>	<p>Los responsables deberán implementar un sistema de control de sus bienes y realizar los trámites pertinentes a fin de registrar oportunamente sus vehículos, conforme a lo que establece la Ley N° 704/95 de "Registro de Automotores del Sector Público" en los siguientes Artículos: N° 4°, 5°, y 8°.</p> <p>Asimismo, dar cumplimiento a lo que establece la Resolución N°339/02 "Cada Automotor de sector Publico, debe de contar en todo momento, de un Libro foliado y rubricado por el Titular o Representante de la Institución Correspondiente..."</p>
<p>4.(C.I) En el predio de la Región Sanitaria se visualizó un vehículo de la marca Nissan, con numeración de Chasis JN1CJUD22ZO11B191, donado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS a la Unidad de Salud Familiar N° 2 y 3, el cual se encontraba sin la rueda trasera del lado izquierdo, y las demás en llantas, y en estado prácticamente en desuso. El mismo no contaba con Informe Técnico.</p>	<p>Realizar los trámites pertinentes e informar el estado de la situación del vehículo para realizar el Mantenimiento y su reparación si fuera necesario o empezar con los trámites para dar de baja los bienes que se encuentran en desuso, tal como lo establece el <u>Decreto N° 20132/03 "Por el cual se aprueba el Manual que establece Normas y Procedimientos para la Administración, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los Bienes del Estado y se deroga el Decreto N° 39759/83", Capítulo 10 - Bajas y Traspaso de Bienes – Bajas de bienes por obsolescencia, merma, rotura, desuso, vencimiento.</u></p>

Mir SB
PCO

////***



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

CAPITULO SEGUNDO

HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES

A. ORGANIGRAMA Y MANUAL DE FUNCIONES

OBSERVACIÓN	RECOMENDACIÓN
(C.I.) El Hospital Regional de Villa Hayes utiliza el Manual de Funciones y Procedimientos y el Organigrama Funcional Básico para Hospitales aprobado por Resolución S.G. N° 552/08 del MSP y BS, el cual se encuentra desfasado con relación a los servicios prestados, y no está acorde a la estructura real del Servicio.	Actualizar el Organigrama, conforme a los servicios que el Hospital Regional tiene incorporado dentro de su estructura y arbitrar los medios necesarios para su correspondiente aprobación a fin de facilitar la identificación de las líneas de autoridad y responsabilidad institucional.

B. CONSEJO LOCAL DE SALUD DE JOSÉ FALCÓN

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1. (C.I.) En el Ejercicio Fiscal 2017 el Consejo Local de salud de Falcón percibió 5 desembolsos lo que totalizó G. 510.000.000 en concepto de Fondos de Equidad, de los cuales se destinó al Hospital Regional de Villa Hayes la suma de G. 325.000.000, que fueron destinados para pagos de salarios hasta el mes de noviembre/17, quedando pendiente los pagos correspondientes al mes de diciembre/17 y lo que corresponde al año 2018.	La Dirección de Descentralización de Salud deberá realizar las gestiones pertinentes, de manera que las transferencias de fondos estén en tiempo oportuno, a fin de cumplir con los compromisos asumidos conforme al Manual de Procedimientos Administrativos para Consejos Regionales y Locales de Salud que suscriban Acuerdos de Descentralización de Salud, aprobado por Resolución S.G. N° 783/15 que establece en el Capítulo VIII "De los Recursos Humanos".
2. (C.I.) Las rendiciones de cuentas por los aportes recibidos correspondientes al Ejercicio Fiscal 2017, aún no se han presentado a la Dirección General de Descentralización.	Los responsables del Consejo Local de Salud de José Falcón, deberán dar cumplimiento a la Resolución S.G. 571/17, "Por la cual se autoriza la transferencia de Fondos de Equidad a los Consejos Locales de Salud del Departamento de Pdte. Hayes", que expresa en el Artículo 6° "Disponer que los Consejos Locales de Salud deberán realizar la rendición de cuentas al M.S.B. y B.S., en un plazo no mayor a los 30 días, computados a partir de la recepción del aporte y habiéndose ejecutado el 90% del total recibido en concepto de transferencias.
3.(C.I.) A la fecha del trabajo de campo el Hospital Regional contaba con 39 personal contratado por el Consejo Local de Salud de Puerto José Falcón, al respecto, se observó que la mayoría de los contratos elaborados no contaban con la firma del contratado y de la Presidenta del Consejo Local de Salud.	Dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Procedimientos Administrativos para Consejos Regionales y Locales de Salud que suscriban Acuerdos de Descentralización de Salud en el Marco de la Ley N° 3007/06, aprobado por Resolución S.G. N° 783/15 Capítulo VIII de los Recursos Humanos.

C. CONVENIO IPS-MSPYBS

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
(C.I.) El Hospital Regional de Villa Hayes presta servicios a los asegurados del Instituto de Previsión Social mediante un Convenio firmado con el Instituto, pero a la fecha no han recibido el pago mensual establecido en la Cláusula Segunda de la Adenda a los Convenios firmados entre el IPS y el MSP y BS en el año 2011. Al respecto, las autoridades del Hospital han presentado Nota al Instituto de Previsión Social, por la cual solicitan el pago por los servicios prestados a los asegurados, correspondiente al mes de Octubre/2017 por un monto de G. 10.420.000, sin embargo, hasta la fecha 06/03/18 no fue depositado en la Cuenta Corriente habilitada.	Los responsables del Hospital Regional de Villa Hayes, deberán dar seguimiento a las Notas remitidas al Instituto de Previsión Social, a fin de exigir el cumplimiento de la Resolución N°050-005/11, por la que se aprueba la suscripción de la Adenda de los Convenios firmados entre el Instituto de Previsión Social y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar social para la prestación de servicios médicos asistenciales en diversas localidades del interior del país; cláusula primera: De la cofinanciación de los servicios: requisitos y forma de pago.

Handwritten signatures and initials



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

D. FARMACIA INTERNA HOSPITAL REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1.(C.I) La Farmacia Interna del Hospital Regional no dispone de Jefe o Encargado, solo cuenta con Regente la Fca. Josefina Ferreira de Díaz, según Resolución Ministerial D.G.RR.HH. N° 362/1414.	Designar un funcionario como Encargado del área, a fin de contar con una persona responsable e idónea, que coordine y organice los trabajos conforme lo dispone el Decreto N° 17627/02 Art.2° "Farmacia Pública Hospitalaria."
2.(C.I) Tienen implementadas las Fichas Kárdex en forma manual, sin embargo, el sistema SICIAP está instalado pero no utilizan por falta de Recursos Humanos, el funcionario que realizaba la carga se reintegró unos días antes del cierre del trabajo de campo, lo que dificultó contar con informes sobre el movimiento del stock de los medicamentos e insumos.	Realizar las gestiones pertinentes a fin de incorporar el servicio de un funcionario encargado de mantener actualizados los registros en el SICIAP y dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 902/2015.
3.(C.I) El espacio físico destinado a la Farmacia Interna es sumamente reducido, cuenta con un solo depósito en el cual son recepcionados los medicamentos e insumos y a la vez son distribuidos a los Servicios del Hospital y a los pacientes en ventanilla. No tiene suficiente aireación, solo cuenta con 1(un) acondicionador de aire.	Dar cumplimiento a la Guía del Sistema Logístico de Medicamentos e Insumos que establece: "Buenas Prácticas de Almacenamiento." Las áreas de almacenamiento deben contar con un sistema mecánico para el acondicionamiento térmico en un rango de 20° C a 28° C en los locales que no posean aire acondicionado y mantener una humedad por debajo del 60 %. Para dicho efecto con hidrómetro y termómetro para llevar el control periódico de los mismos..."
4.(C.I) Se observó que varias recetas emitidas carecen del llenado correcto como ser: fecha de elaboración, diagnóstico, no cuentan con la firma y/o sello del profesional que lo recetó, se expiden por el nombre comercial del medicamento, algunas prescripciones son realizadas por Licenciadas en obstetricia; y otras no cuentan con Cedula de Identidad Policial del usuario/a.	Los profesionales médicos deben cumplir con el llenado correcto del diagnóstico, número de CI del paciente, firma y sello identificador y Nro. de registro profesional del médico tratante, cumpliendo con las siguientes normativas: Resolución S.G. N° 1129/2006 y la Resolución S.G. N° 1073/2011. En el caso de las Licenciadas en Obstetricia y Licenciadas en Enfermería están sujetas a las siguientes reglamentaciones: Ley N° 5423/2015 "Del Ejercicio del Obstetra en la República del Paraguay, Capítulo IV DE LAS COMPETENCIAS DEL OBSTETRA, Art. 15.- y el Manual de Organización y Funciones Resolución S.G. N° 254/2008. 3.4.4. Procedimiento de Obstetricia: 19. Prescripción de analgésicos, antiespasmódicos y otros medicamentos de la especialidad. LEY N° 3206/07 DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA: "LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
5.(C.I) Los insumos se distribuyen a las diferentes áreas (urgencias, enfermería, sala de parto, etc.) a través de Pedidos Internos donde se observó que en algunos casos no cierran los espacios en blanco, y no cuentan con la firma ni aclaración de firma del que retira. En otros casos en los consultorios utilizan recetarios para pedidos de medicamentos e insumos.	Fortalecer el Sistema de Control Interno, exigiendo a los funcionarios la elaboración correcta de los Pedidos Internos, de manera a contar con documentos que justifiquen y respalden el uso razonable de los Medicamentos e Insumos, unificando el sistema o procedimiento de entrega de los mismos. Asimismo, los registros deben reflejar datos precisos del movimiento de productos (entrada/salida) conforme lo establece el Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno de la C.G.R. PCI - 03 Implantación del Sistema de Control Interno.
6.(C.I) El armario donde se almacenan los medicamentos controlados, no cuenta con cerradura.	Dar cumplimiento al Decreto N° 17627/02 "Por el cual se amplían y modifican normas de los Decretos N° 8342 y 8343, de fecha 04 de abril de 1995, y el decreto N° 8708, de fecha 5 de mayo de 1995; y se establecen disposiciones para la apertura y funcionamiento de establecimientos farmacéuticos públicos Art. 18.°

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

FARMACIA INTERNA HOSPITAL REGIONAL (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
7.(C.I) Los estantes donde se colocan los medicamentos no tienen etiquetas o rotulados que indiquen el vencimiento, Nro. de lote y presentación de los productos.	Todos los medicamentos deben estar correctamente clasificados y los estantes rotulados con la fecha de vencimiento a los efectos de que dicha información sirva para el control y toma de decisiones en caso de escasa rotación en el servicio. Dar cumplimiento a la "GUÍA DEL SISTEMA LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS-BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO EN LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS; B. CONDICIONES GENERALES PARA EL ALMACENAMIENTO"
8.(C.I) Según manifiestan los funcionarios, la limpieza de la farmacia interna se realiza parcialmente ya que no cuentan con personal de servicio y al momento del trabajo de campo (28/02/2018) el sanitario no funcionaba en forma correcta (falta de agua corriente).	El local debe mantenerse en buenas condiciones de limpieza y ser sometido en su totalidad a sanitaciones periódicas.
9.(C.I) Inconsistencias entre el recuento físico y los registros del Kárdex.	Mantener actualizado los registros en los KARDEX, a fin de transparentar las gestiones administrativas y dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 902/15 "Por la cual se dispone la implementación obligatoria del sistema de control de stock de medicamentos e insumos, mediante el uso del Recetario/Recibo, el informe de Movimientos de Insumos "IMI" y la Planilla de Control de stock Diario (Kárdex), en todos los servicios de salud del M.S.P. y B.S."
10.(C.I) Se ha visualizado recetas de medicamentos controlados, que fueron expedidas por un Lic. Anestesiista.	Dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 397/90, en su Art. N° 1° "Establecer que los Médicos con títulos de Doctores en Medicina y Cirugía, en Odontología y Medicina Veterinaria, están autorizados a recetar las sustancias estupefacientes y drogas peligrosas contemplados en la Ley 1340/88 y el Decreto reglamentario N° 4817/90" .
11.(C.I) Se constató que la Sra. Blanca López Tintel administradora del Hospital Regional de Villa Hayes ha emitido Recetas de Medicamentos.	Dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 1129/90, en su Art. N° 1° "Disponer que en las recetas a ser expedidas en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los Profesionales Médicos y Odontólogos que tengan a su cargo su elaboración, registren datos de los pacientes a quienes se prescribirán y entregaran los Medicamentos..." .
12.(C.I) Algunas recetas emitidas a pacientes no fueron asentados en la planilla de "Registro Diario de Consulta SS/SS-01".	Los responsables del Hospital Regional de Villa Hayes deberán <u>socializar</u> , y <u>controlar</u> el cumplimiento de lo establecido en las Normas Técnicas de Control Interno, Capítulo V Normas Generales Relativas a Sistemas de Información en el <u>punto 5.2 Calidad y suficiencia de la Información</u> y la Resolución DGRRHH N° 3297/09 y en el siguiente artículo: TITULO III RESPONSABILIDAD DE LOS JEFES, Art. 15° .

E. RECURSOS HUMANOS HOSPITAL REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1.1.(C.I) La Jefa de Recursos Humanos no cuenta con un funcionario a su cargo para el control y verificación de las tareas inherentes al departamento. 1.2.(C.I) Carecen de Encargado/a de Suministros, Patrimonio y Fiscalizador, por lo que la Administradora realiza las tareas inherentes a las Áreas mencionadas. Así también el Hospital no cuenta con Guardia de Seguridad. 1.3.(C.I) No cuentan con suficiente profesional en Enfermería en todas las Áreas y en los diferentes turnos. Carecen de Encargado de Esterilización y no disponen de paramédico para el acompañamiento del paciente en la ambulancia.	Los responsables de la Institución en coordinación con la Región Sanitaria deberán realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles y solicitar las contrataciones de más personal de manera a fortalecer los diferentes servicios del Hospital Regional, tendientes a brindar una buena atención y satisfacer las necesidades de los usuarios que concurren a la Institución.

[Handwritten signatures]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

RECURSOS HUMANOS HOSPITAL REGIONAL (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
2.(C.I) La Jefa de Recursos Humanos no tiene conformada la totalidad de los legajos de los funcionarios; carecen de documentaciones como: Curriculum Vitae, Resolución de Designación, comisionamientos, permisos, fotocopia de Cedula de Identidad, registro profesional, entre otros.	El responsable del Área deberá mantener actualizado los legajos, a fin de contar con datos oportunos del movimiento de los funcionarios de la Institución, conforme a las disposiciones de la Ley N° 1626/00 de la Función Pública, la cual expresa en el CAPITULO II "de la carrera Administrativa de la incorporación de los funcionarios Públicos", Art. 14°.
3.(C.I) Se ha observado inconsistencia entre el horario establecido en la nómina proveída por Recursos Humanos con el horario visualizado en los registros del Reloj marcador, como también con la Cartilla de Guardia.	La Jefatura de Recursos Humanos deberá mantener actualizado en forma permanente el listado de los funcionarios a fin de contar con informaciones fidedignas y oportunas que sirvan de insumo para la toma de decisiones y a los efectos de presentar a los órganos de control interno o externo cuando lo requieran.
4.(C.I) En el Resumen Mensual de asistencia correspondiente al periodo 16 de diciembre/17 al 15 de enero de 2018 no se comunicaron todas las debilidades que se observan en los espejos de marcación.	Los responsables deberán informar todas las debilidades cometidas por los funcionarios, y contar con los documentos respaldatorios de las justificaciones presentadas, como lo establece la Resolución D.G. RR.HH. N° 3297/2009, en los siguientes: Título I - Asistencia, Título II - Permanencia, Ausencia y Justificaciones, Título III - Responsabilidad de los Jefes y Título IV - De las Faltas y sus Sanciones. Dar cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno de la CGR, en el punto 02.02 DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO.
5.1.(C.I) Conforme a la Nómina de Funcionarios proporcionada por la Jefa de Recursos Humanos, se ha realizado una verificación in situ de la asistencia de los funcionarios del Hospital Regional de Villa Hayes en el turno mañana, constatando que algunos funcionarios no estaban en sus respectivos puestos de Trabajo.	Dar cumplimiento a la Resolución D.G.RR.HH. N° 3.297/2009 "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en los siguientes artículos: Art. 8° Permanencia en el lugar de trabajo y Art. 15° Responsabilidad de los Directores, Coordinadores y Jefes de Departamentos.
5.2.(C.I) Funcionarios que firmaron el acta de verificación con debilidades en el registro de asistencia, tales como: llegadas tardías, salidas antes de hora, no registro entrada, entre otras.	Dar cumplimiento a la Resolución D.G.RR.HH. N° 3.297/2009 "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en el: Art. 3°. Asimismo, la Jefatura de Recursos Humanos deberá mantener actualizado en forma permanente el listado de los funcionarios a fin de contar con informaciones fidedignas y oportunas que sirvan de insumo para la toma de decisiones..."
6.(C.I) Conforme a la Nómina de Funcionarios proporcionado por la Jefa de Recursos Humanos, se ha realizado una verificación in situ de la asistencia de los funcionarios del Hospital Regional de Villa Hayes el día viernes 09/03/2018, en el turno noche, constatando que algunos funcionarios no se encontraban presentes.	Dar cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno de la CGR, en el punto 02.02 DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO, que expresa: "Toda operación o transacción financiera o administrativa deber tener la suficiente documentación que respalde y justifique".
6.1.(C.I) Funcionarios que firmaron el acta de verificación con debilidades en el registro de asistencia, tales como: llegadas tardías, salidas antes de hora, no registro entrada, entre otras.	Dar cumplimiento a la Resolución D.G.RR.HH. N° 3.297/2009 "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en los Art. 3° y. 15°.
7.(C.I) Falta de estantes y/o gavetas para el resguardo de las documentaciones, así también Artículos de Oficina tales como: carpeta archivadora, biblioratos, lápiz de papel, bolígrafo, resma de papel, entre otros.	Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes de manera a proveer de mobiliarios necesarios para el almacenamiento y ordenamiento de las documentaciones.

[Handwritten signature]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

F. SUMINISTROS HOSPITAL REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1.(C.I) El Dpto. de Suministros no cuenta con Encargado/a, la Administradora realiza las tareas inherentes al área.	Los responsables de la Institución deberán realizar las gestiones pertinentes a fin de contar con un/a responsable que realice las gestiones administrativas correspondientes al área de Suministros.
2.(C.I) Los productos recepcionados de la XV Región Sanitaria en los meses de noviembre, diciembre/2017 y enero/2018, no fueron registrados en las Fichas de Control de Stock.	Registrar en las Fichas de Control de Stock los productos recepcionados y mantener actualizados sus registros a fin de dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, en el Artículo N° 2, y a lo establecido en el Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno, en el Título II, Normas Técnicas de Control Interno NTCI N° 14.02 Normas para Controlar la Documentación.
3.(C.I) No se ha visualizado en la carpeta proveída por la administradora, las Notas de Pedido y de Remisión correspondiente a los meses de noviembre, diciembre/2017 y enero/2018 utilizada para la entrega de productos alimenticios a la cocina.	Los responsables deberán registrar los productos recepcionados en las Fichas de Control de Stock y mantener actualizados sus registros a fin de dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, que establece en el Artículo 1°: "Implementar Sistemas de Control de Stock..." , Artículo 2°: "Disponer la obligatoriedad del mantenimiento actualizado de los Registros de Control ..." ; y el Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno, en el Título II, Normas Técnicas de Control Interno NTCI N° 14.02 Normas para Controlar la Documentación, "Documentación de respaldo" .
4.(C.I) Las Fichas de Control de Stock de Alimentos no se encontraban actualizadas, los últimos registros corresponden a la fecha 27/02/18.	
5.(C.I) No se encuentran implementadas las Fichas de Control de Stock de algunos productos, como por ejemplo: Artículos de Limpieza, Oficina y de Ferretería.	
6.(C.I) Los productos alimenticios entregados a la cocinera, carecen de un registro diario de la utilización de los mismos.	

G ÁREA DE COCINA – HOSPITAL REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1 (C.I)El Hospital cuenta con una sola cocinera de avanzada edad, quien realiza el menú diario (desayuno, almuerzo y cena) para pacientes y funcionarios de guardia, de lunes a domingo. La misma ha manifestado que no cuenta con ayudante desde hace mucho tiempo, por lo que no tiene día libre	Los responsables de la Institución en coordinación con los del Nivel Central deberán realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles y realizar las contrataciones de personales de manera a fortalecer los diferentes servicios del Hospital, tendientes a brindar una buena atención y satisfacer las necesidades de los usuarios que concurren a la Institución.
2.(C.I)No cuentan con un/a nutricionista para la elaboración del menú diario destinado a los pacientes que se encuentran internados.	
3.(C.I)No se pudo determinar la cantidad de personas que tuvieron acceso al comedor en el periodo 2017, debido a que el Listado de Comensales no estaba actualizado (último registro es de abril/17).	Los responsables deberán contar en todo momento de una Planilla de Comensales, donde se anotarán los datos y firma de los funcionarios de guardia y pacientes internados que tienen acceso al comedor, de manera a llevar un registro fidedigno de la cantidad de funcionarios y pacientes que acceden al comedor y transparentar la gestión administrativa.
4.(C.I)Cuenta con muy poca cantidad de utensilios de cocina, (tenedor, cuchillo, platos, olla, otros), lo que ocasiona incomodidad para los comensales, y tampoco disponen de elementos de limpieza.	Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes de manera a contar con los utensilios y elementos de limpieza necesarios para brindar un mejor servicio a los comensales.
5.(C.I)El Aire Acondicionado marca Samsung, código patrimonial 011-014-024-0004 ubicado en el área del comedor se encuentra en mal estado y un frizzer (sin código patrimonial) no funciona desde hace aproximadamente dos años.	Los responsables de la institución deberán gestionar ante las instancias pertinentes la reparación de los bienes patrimoniales que se encuentran con desperfectos, de manera que estos puedan funcionar en óptimas condiciones, o en su efecto gestionar el retiro de los mismos y solicitar las bajas correspondientes.

MS
SR
FR



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

H PATRIMONIO HOSPITAL REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1 (C.I) El Hospital de Villa Hayes dependiente de la XV Región Sanitaria – Presidente Hayes, no tienen Encargado en el Área de Patrimonio desde hace aproximadamente 2 años, por lo que el Sistema Patrimonial - (SIPA) se encuentra desactualizado.	Dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 1535/99, Art. 56° inc. d) y lo dispuesto en la Resolución S.G. N° 372/08.
2.(C.I) El Hospital no cuenta con el Formulario F.C. 03 "Inventario de Bienes de Uso", en forma impresa y el Formulario F.C. 04 "Movimiento de Bienes de Uso", se encuentra desactualizado.	Dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 1535/99, Art. 56° inc. d) "...mantener actualizado el inventario de los bienes que conforman su patrimonio, así como la documentación que acredite el dominio de los mismos conforme con la ley y la reglamentación respectiva" y el Decreto N° 8127/2000, Art. 95°.
3.(C.I) Los Formularios FC 10 "Planilla de Responsabilidad Individual" y FC 11 "Movimiento Interno de Bienes de Uso" no están implementados, por lo que los Bienes no cuentan con custodia de responsabilidad y destino de los mismos.	Implementar en todas las áreas la utilización de los Formularios F.C. 10 "Planilla de Responsabilidad Individual", a fin de establecer la responsabilidad que corresponde a cada funcionario que tenga a su cargo el uso, administración o custodia de bienes de propiedad del Estado, y el Formulario F.C. 11 "Movimiento Interno de Bienes de Uso" de manera a dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Administración, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los Bienes del Estado, aprobado por el Decreto N° 20132/03, en el Capítulo 18.
4.(C.I) No cuentan con un listado actualizado de los bienes en desuso. Carecen de depósito para resguardo de los mismos, los que podrían ser pasibles de hurtos, ocasionando pérdida al patrimonio de la institución. Al respecto, no ha sido proporcionado Informe Técnico del estado actual de los bienes.	Los responsables de la institución deberán realizar un relevamiento de los bienes patrimoniales y actualizar los datos para referenciar la ubicación de los mismos, comunicar a las jefaturas de cada área los lineamientos en cuanto a la notificación de equipos para mantenimiento e informar su baja, y así involucrar a todos los funcionarios de la dependencia en los aspectos inherentes al cuidado del patrimonio institucional, de modo a velar por la correcta disposición de los mismos para la guarda y custodia a fin de evitar posibles hurtos o extravíos.
4.(C.I) La Administradora del Hospital proveyó a la Auditoría los Formularios F.C. 04 "Formulario Movimiento de Bienes de Uso" los cuales se utilizaron en la verificación a través de muestreo.	El Hospital deberá dar cumplimiento a lo determinado en el Manual de Normas y Procedimientos para la Administración, Uso, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los bienes del Estado, en el; Capítulo N° 1 Normas y Procedimientos de Aplicación General para el Inventario de Bienes del Estado. Responsabilidad en la Administración. 1.7 – Responsabilidad , que establece: "Los funcionarios encargados de administrar los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Estado <u>deberán adoptar las medidas que correspondan para facilitar su correcto registro y control, estando obligadas a cumplir con las normas y procedimientos vigentes (...).</u> " Como también en el Capítulo 3 Descripción, Identificación y Control de Bienes del Estado en el punto 3.3.
5.2(H) Del listado Formulario FC 04, "Movimiento de Bienes de Uso" proveído por la Administración, no fueron visualizados bienes patrimoniales por G. 285.690.000.	Dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Administración, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los Bienes del Estado, en los siguientes: Capítulo 1, en los puntos, 1.16 y 1.19, y Capítulo 12: Inc. d). Al respecto, el Manual Básico de Normas y Técnicas de Control Interno de la Contraloría General de la República en su NTCI N° 09-04". Realizar las gestiones que correspondan a los efectos de subsanar este Hallazgo y comunicar a la instancia que corresponda (Dirección General de Administración y Finanzas, Dirección General de Asesoría Jurídica).

N° 12



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

I. TRANSPORTE HOSPITAL REGIONAL

OBSERVACIONES	RECOMENDACION
<p>1.(C.I) El Hospital cuenta con dos ambulancias, una de la marca Mercedes Benz utilizada en forma exclusiva para el traslado de pacientes en terapia intensiva y otra de marca Toyota Land Cruiser (todo terreno) para el traslado y/o búsqueda de pacientes, por lo que cuando son realizadas dichas tareas, la institución queda sin servicio de ambulancia.</p> <p>Al respecto, se ha observado que la Ambulancia Toyota Land Cruiser 4x4, se encuentra en estado regular y falta de mantenimiento</p>	<p>Los responsables de la institución deberán gestionar ante las instancias pertinentes el Mantenimiento y la Reparación de la ambulancia a fin de potenciar el Parque Automotor de la institución y brindar un servicio eficiente de tal forma a satisfacer la demanda existente.</p>

J. OTRAS OBSERVACIONES

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<p>1. (C.I) SERVICIOS GENERALES</p> <p>1.1 <u>Área de Limpieza</u></p> <p>a) La Jefa del Departamento ha manifestado la necesidad de Recursos Humanos en el área. Carecen de artículos de limpieza y de protección, como, detergente, bolsa negra y blanca, hipoclorito de sodio</p> <p>b) 1.2. <u>Área de Lavandería</u></p> <p>a) El personal de turno ha mencionado que las ropas utilizadas en el quirófano son retiradas sin protección (guantes) y no cuentan con chaleco y botas de goma.</p> <p>b) Un lavarropas se encuentra sin funcionamiento por falta de mantenimiento desde hace aproximadamente 6 meses, como así también el Secarropas no funciona desde hace 5 meses.</p> <p>c) La recarga de agua a las lavarropas se realiza por medio de una manguera conectada a una canilla, debido a que el motor que recarga el tanque de agua se encuentra averiado.</p> <p>d) La Calandra no funciona desde hace 2 años aproximadamente.</p> <p>e) El Área de Lavandería es también utilizada como depósito, para almacenar varios bienes que requieren de mantenimiento.</p>	<p>Conforme a la disponibilidad presupuestaria, las autoridades deben gestionar la contratación de más personales para el área a fin de fortalecer el servicio, así también, solicitar a las instancias correspondientes los elementos de limpieza y de artículos de protección de manera a salvaguardar la integridad física de los funcionarios, y dar seguimiento a las notas por las cuales se han solicitado la reparación de los equipos que se encuentran con desperfectos de manera a que estos puedan funcionar en óptimas condiciones o en su efecto realizar un estudio de la situación de los mismos, (costos de sostenimiento, inutilidad o grave daño), de manera a tramitar las bajas correspondientes en los casos que ameriten</p>
<p>2. (C.I.) LABORATORIO</p> <p>2.1 El Laboratorio no se encuentra habilitado por la Dirección de Registro, Habilitación y Control dependiente del Laboratorio Central de Salud Pública.</p> <p>2.2 No cuenta con un sector para la extracción de muestra de sangre, pues la misma se realiza en el área de procedimientos lo que puede poner en riesgo la bioseguridad.</p> <p>2.3 Carecían de reactivos "Química Clínica", para pacientes ambulatorios, solo se realizaba a pacientes internados.</p> <p>2.4 Varios equipos médicos no funcionaban correctamente y carecen de mobiliarios como silla, gaveta, armario, entre otros.</p> <p>2.5 Se ha observado rastros de agua por la pared, el extractor de aire no funciona y se observó la precaria conexión de un tablero eléctrico que expone al peligro a los funcionarios.</p>	<p>Los responsables del Hospital Regional de Villa Hayes, deberán dar seguimiento a las solicitudes realizadas, a fin de que el Laboratorio cuente con habilitación, en cumplimiento de la Resolución S.G. N° 179/2011 "Por la cual se aprueban la Normas Técnicas para la Habilitación de Laboratorios de Análisis Clínicos Públicos y Privados".</p> <p>Así también, las autoridades deberán realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles y conforme al mismo, confeccionar una adecuada planificación, con el fin de dotar al Servicio del equipamiento, insumos médicos, infraestructura y de profesionales, conforme se requiera en la Institución y de esta forma cumplir con su misión.</p>

Handwritten signature



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

OTRAS OBSERVACIONES (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<p>3. (C.I) RAYOS X Y SALA DE REVELADOS</p> <p>3.1 En el Área de Revelado de Rayos X se observó conexión eléctrica inadecuada.</p> <p>3.2 Para el secado de las placas se utiliza un secarropa debido a que no cuentan con un secador de placas y se observó falta de iluminación en el lugar.</p>	<p>Los responsables del Hospital Regional deberán realizar las gestiones pertinentes de manera a que la instalación eléctrica pueda ser reparada, teniendo en cuenta la peligrosidad del mismo, tanto para los funcionarios y pacientes como para los equipos médicos. Así también, solicitar los equipamientos necesarios el adecuado funcionamiento del Servicio.</p>
<p>4. (C.I) MASTOLOGIA Y MAMOGRAFIA</p> <p>Las paredes se encuentran con bastante humedad. El revelador de placas está ubicado en el sanitario debido a la falta de espacio físico y la sala carece de un extractor de aire.</p>	<p>Los responsables del Hospital Regional deberán realizar las gestiones necesarias a fin de que el Servicio cuente con una infraestructura en buen estado de conservación y aseadas con sectorización adecuada, a fin de brindar un buen servicio a las usuarias.</p>
<p>5. (C.I) ÁREA DE ESTERILIZACIÓN</p> <p>5.1 No cuenta con personal en ninguno de los turnos, por lo que las enfermeras de turno deben realizar las esterilizaciones de los instrumentales médicos y ropas de cirugías.</p> <p>5.2 Solo cuenta con Autoclave y una estufa para las esterilizaciones, ambos funcionan con dificultad por falta de mantenimiento y reparación.</p>	<p>Los responsables de la institución deberán gestionar a través de la XV Región Sanitaria o en su efecto solicitar al Consejo Local de Salud, de acuerdo al presupuesto vigente la contratación de profesionales para a reforzar el plantel de funcionarios del Área, así también, dar seguimiento a las solicitudes realizadas para que el equipo médico sea reparado de manera a garantizar un buen servicio</p>
<p>6. (C.I) SALA DE URGENCIAS ADULTOS</p> <p>6.1 Carecen de instrumentales médicos, como tijera, pinzas, como también caja de procedimientos para cirugía menor, los que disponen se encuentran incompletas.</p> <p>6.2 No cuentan con Aire Acondicionado en el área de curación y otros se encuentran sin mantenimiento. Las camillas no cuentan con sábanas.</p>	<p>Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones necesarias de manera a dotar de equipos e instrumentales médicos y textiles a la sala de urgencias a fin de fortalecer el servicio y satisfacer las necesidades de los usuarios.</p>
<p>7. (C.) URGENCIA PEDIÁTRICA</p> <p>En la sala de Urgencia Pediátrica se ha visualizado humedad con formaciones de moho y rajaduras en las paredes, por otra parte, se observó que las palas de un desfibrilador no funcionaba.</p>	<p>Los responsables del Hospital Regional deberán seguir con las gestiones necesarias a fin de que la Sala de Pediatría en todo momento se encuentre con estructura edilicia y mobiliarios en buen estado de conservación. Solicitar las reparaciones de los equipos médicos que se encuentran sin funcionamiento en el Sector, o en su efecto gestionar el retiro de los mismos y solicitar las bajas correspondientes.</p>
<p>8. (C.I) SALA DE QUIRÓFANO Y PARTOS</p> <p>8.1 El Hospital Regional de Villa Hayes cuenta con dos Quirófanos y una sala de partos los cuales se encontraban con falta de limpieza.</p> <p>8.2 Al momento de la Verificación 06/03/18 se ha encontrado instrumentales médicos con rastros de sangre.</p> <p>8.3 Parte de la camilla de cirugía se encontraba con rastros de sangre, algodón usado y con oxido en el soporte.</p> <p>8.4 La mesa quirúrgica no funciona correctamente, además, la camilla se encuentra con el forro roto, por lo que se cubre con bolsa de basura para ser utilizada.</p> <p>8.5 El Hospital Regional carece de ropa quirúrgica y sábanas, las que disponen están en mal estado.</p> <p>8.6 El pedal de la bacha (lavatorio quirúrgico) no funciona correctamente, por lo que la filtración de agua causa inundaciones en los quirófanos.</p>	<p>Los responsables del Hospital Regional deberán gerenciar en todo momento la limpieza adecuada de la Sala del Quirófano, la reparación de los equipos médicos y mobiliarios, manteniendo el orden y la higiene constante en el Área, cumpliendo con lo establecido en la Resolución S. G. N° 530 y en el Capítulo III- MÉTODO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN, 2.1. DESINFECCIÓN</p> <p><i>2.1.1. Desinfección de Alto Nivel</i> <i>Ya que la desinfección de alto nivel se suele practicar fuera de la C. E. (Endoscopia, Odontología y áreas quirúrgicas), es fundamental que el profesional responsable de la C. E. Participe en conjunto con el Comité de Control de Infecciones de la Institución en la implementación de los procesos de desinfección de alto nivel y sea el responsable de su supervisión.</i></p>

MF *JRO*



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidas con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

OTRAS OBSERVACIONES (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<p>8.7 Una de las lámparas de la Cialitica se encontraba quemada, así también, se ha observado varios fluorescentes agotados, los cuales fueron cambiados durante el trabajo de campo (06/03/18).</p> <p>8.8 Se observó en el Sector de Recibimiento RN que parte de la pared se encontraba sin azulejo y con humedad, así también, una servocuna que no funcionaba, por lo tanto se utiliza estufa de uso doméstico.</p> <p>8.9 Se utiliza un sector del quirófano como depósito en el cual se ha visualizado varias incubadoras y una cialitica portátil sin funcionamiento.</p>	<p>Los responsables del Hospital Regional deberán gerenciar en todo momento la limpieza adecuada de la Sala del Quirófano, la reparación de los equipos médicos y mobiliarios, manteniendo el orden y la higiene constante en el Área, cumpliendo en lo establecido en la Resolución S. G. N° 530 y en el Capítulo III- MÉTODO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN, 2.1. DESINFECCIÓN 2.1.1. <i>Desinfección de Alto Nivel</i> <i>Ya que la desinfección de alto nivel se suele practicar fuera de la C. E. (Endoscopia, Odontología y áreas quirúrgicas), es fundamental que el profesional responsable de la C. E. Participe en conjunto con el Comité de Control de Infecciones de la Institución en la implementación de los procesos de desinfección de alto nivel y sea el responsable de su supervisión.</i></p>
<p>9. (C.I) NEONATOLOGÍA</p> <p>Cuentan con 6 incubadoras de los cuales uno solo funciona, así también, se visualizó otros equipos médicos sin funcionamiento como, Bombas de Infusión, Monitor de signos vitales y el acondicionador de aire filtra agua por falta de mantenimiento.</p>	<p>Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones necesarias de a fin contar con los Informes Técnicos de los bienes, de manera a evaluar las situaciones actuales de los bienes y de acuerdo al presupuesto estos puedan ser reparados y aquellos que se encuentran en desuso puedan ser retirados de la institución.</p>
<p>10. (C.I) SALA DE INTERNADOS</p> <p>El Hospital no cuenta con Salas de Internaciones separadas (niños/adultos). Se ha visualizado en la mayoría de las salas bastante humedad en las paredes, falta de limpieza en el piso, paredes, techo, sanitarios, ventiladores, así también, existen varios azulejos y ventanales con vidrios rotos, mesitas y porta sueros oxidados, bocas de oxígeno insuficientes para cada habitación, además carecen de muebles para los acompañantes y los pacientes deben traer sus propias sábanas, fundas, almohadas y artículos de limpieza. Falta de iluminación en la sala y se ha visualizado algunas conexiones eléctricas peligrosas.</p>	<p>Los responsables de del Hospital Regional conjuntamente con las autoridades de la XV Región Sanitaria - Pdte. Hayes, deberán gerenciar la limpieza constante de las diferentes áreas y alrededores del Hospital, con el fin de contar con ambientes aseados y saludables. Realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles, conforme al mismo, confeccionar una adecuada planificación, con el fin de dotarlo del equipamiento necesario, y hacer las reparaciones apropiadas de la infraestructura y de los equipos médicos que se encuentran con desperfectos, de manera a brindar un servicio eficiente en todas la Áreas del Hospital Regional.</p>
<p>11. (C.I) CONSULTORIOS</p> <p>Se ha visualizado falta de limpieza en la mayoría de los consultorios, humedad en las paredes, como también, balancines con los vidrios rotos, lo que crea un ambiente inadecuado para las atenciones. Así también, se ha observado la falta de sillas y bancos en los pasillos de los consultorios.</p>	<p>Por otra parte, los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes, de manera a que la instalación eléctrica pueda ser realizada en forma correcta, teniendo en cuenta que el Servicio posee varios bienes patrimoniales y por la cantidad de pacientes internados y ambulatorios que concurren al mismo, a fin de cumplir con lo establecido en la Ley N° 5.668 DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS en el Art. 5°.</p>
<p>12. (C.I) SALA DE ODONTOLOGÍA</p> <p>El consultorio cuenta con dos Sillones odontológicos, uno de ellos tiene problema de agua y aire al utilizar la turbina. Así también, algunos instrumentales odontológicos se encontraban en mal estado. Falta de limpieza en el techo, paredes y ventilador.</p>	
<p>13. (C.I) ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA</p> <p>No cuenta con puerta, falta de mantenimiento del acondicionador de aire lo que hace que el agua se disperse por todo el consultorio y se resalta la humedad con moho en la pared.</p>	

Handwritten signatures and initials



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

"Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales."

OTRAS OBSERVACIONES (Cont.)

OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
<p>15.(C.I) ADMISIÓN</p> <p>Falta de archivadores para las Fichas Clínicas de los pacientes. Se visualiza humedad en la pared y falta de mantenimiento del acondicionador de aire pues el mismo produce goteras.</p>	<p>Los responsables de la Institución conjuntamente con las autoridades de la XV Región Sanitaria, deberán gerenciar las adquisiciones de gavetas y/o estantes y gestionar la reparación de la infraestructura y del acondicionador de aire.</p>
<p>16.(C.I) BASURAS PATOLÓGICAS Y COMUNES</p> <p>Las basuras patológicas no son pesadas ni clasificadas por parte de los funcionarios del hospital, por lo que no se cuenta con registro de la cantidad retirada por la empresa tercerizada.</p> <p>La funcionaria que realiza la limpieza en la caseta es contratada por el Consejo Local de Salud, quien se encontraba renunciante</p> <p>Las labores los realizaba sin equipo de protección, como guantes, mameluco, botas y mascarilla.</p> <p>Se ha observado acumulación de basura al costado de una de las entradas al hospital.</p>	<p>Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones necesarias de manera a instalar contenedores para basuras, así también, dotar de insumos y equipamientos necesario al personal de limpieza de manera a que cuente con las medidas de seguridad exigidas, y mantener en condiciones de higiene la caseta destinada al resguardo de los residuos, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 836/80 "Del Código Sanitario", Título II, Art. 68°, y el Decreto N° 6538/1, Capítulo VI "Del manejo integral de los Residuos"</p>



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

INFORME FINAL

AUDITORÍA DE GESTIÓN

**XV REGIÓN SANITARIA – PRESIDENTE HAYES
Y HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES**

INTRODUCCIÓN

A. INFORMACIÓN RELATIVA AL EXAMEN

1. MOTIVO DEL EXAMEN

En el contexto de las disposiciones de la Resolución S.G. N° 636/2017 **"POR LA CUAL SE APRUEBA EL PLAN ANUAL DE TRABAJO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO FISCAL 2018**, se dispuso realizar una Auditoría de Gestión en la XV Región Sanitaria – Presidente Hayes y Hospital Regional de Villa Hayes, designándose a Auditores de la Dirección General de Auditoría Interna del M.S.P. y B.S., a fin de cumplir con el Plan de Trabajo.

2. NATURALEZA Y OBJETIVO

El trabajo realizado corresponde a una Auditoría de Gestión, orientada a evaluar el cumplimiento de las normativas legales y reglamentarias establecidas, la efectividad del Sistema de Control Interno implementado, la eficiencia y eficacia de la gestión administrativa, con el objeto de verificar, informar y en base a las observaciones recomendar las medidas correctivas y/o las acciones de mejoras correspondientes.

3. ALCANCE

La Auditoría fue desarrollada conforme a los lineamientos del Manual de Auditoría Gubernamental del M.S.P. y B.S., evaluando la gestión correspondiente al Ejercicio Fiscal 2017 y 2018.

La revisión de los documentos se ha efectuado sobre la base de pruebas selectivas; por lo cual podrían existir otros aspectos no observados por la presente Auditoría. El Informe surge como resultado de la aplicación de procedimientos de Auditoría tales como observaciones, verificaciones in situ, indagaciones, entrevistas y del análisis de los documentos proveídos, que son de exclusiva responsabilidad de los funcionarios intervinientes en la ejecución y formalización de las operaciones examinadas.

Los documentos comprobatorios de las observaciones de Auditoría están incluidos en los Papeles de Trabajo, que obran en los archivos de la Dirección de Auditoría de Gestión.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

4. COMUNICACIÓN DE LAS OBSERVACIONES

El presente Informe de Auditoría, es para S.E. el Señor Ministro de Salud Pública y Bienestar Social y las Entidades examinadas para la aplicación de las recomendaciones correspondientes y otras medidas de mejora de la Gestión, constituyéndose en la base para la elaboración del Plan de Mejoramiento Institucional, así como para los Organismos pertinentes interesados, conforme a las Disposiciones Legales, Reglamentarias y Normas Generalmente Aceptadas que rigen la Auditoría Gubernamental.

B. DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES

- **Ley N° 1626/00**, "De la Función Pública".
- **Decreto N° 8127/00**, que reglamenta la **Ley N° 1535/99** "De Administración Financiera del Estado".
- **Decreto N° 17627/02** "Por el cual se establecen disposiciones para la apertura y funcionamiento de establecimientos farmacéuticos públicos".
- **Decreto N° 20132/03** "Por el cual se aprueba el Manual que establece Normas y Procedimientos para la Administración, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los Bienes del Estado".
- **Resolución S.G. N° 902/2015** "Por la cual se establece que la implementación obligatoria del sistema de control de stock de medicamentos e insumos, se realice mediante el uso de Registros Informatizados (Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizados del Paraguay-SICIAP) o de Registros manuales; con la utilización de Recetario/Recibo, el informe de Movimientos de Insumos "IMI" y la Planilla de Control de stock Diario (Kardex), en todos los Servicios de Salud del M.S.P. y B.S."
- **Resolución S.G. N° 114/02** "Por la cual se dispone la implementación de sistemas de control de stock en todas las dependencias del M. S. P y B.S."
- **Resolución S.G. N° 1050/2009** "Por la cual se aprueba el listado de medicamentos esenciales para las Regiones Sanitarias, Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud, y Programas de Salud; por parte de la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos de Salud dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social."
- **Resolución S.G. N° 210/09**, "Por la cual se dispone la asignación de cupos de combustibles a ser utilizados en las distintas dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y se aprueban los Formularios de Registro y Control para la Expedición y Rendición de cuentas de los mismos".
- **Resolución D.G.RR.HH. N° 3297/09**, "Por la cual se establecen normas y procedimientos referentes al régimen de asistencia de los Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".

Demás disposiciones legales concordantes y aplicables al sector público.

El resultado de la Auditoría practicada se expone en dos Capítulos:

- **Capítulo Primero: STAFF REGIONAL - XV REGIÓN SANITARIA – PRESIDENTE HAYES**
- **Capítulo Segundo: HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES**



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

CAPÍTULO PRIMERO

ADMINISTRACIÓN DE LA XV REGIÓN SANITARIA – PRESIDENTE HAYES

I. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD EXAMINADA

A. ANTECEDENTES Y BASE LEGAL

Por Decreto N° 21376 de fecha 05/06/98, "Se establece la nueva Organización funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social". El Capítulo III "De la Organización y Estructura Organizacional", en el Art. 16° numeral 4) "Incorpora a la Estructura orgánica del M.S.P. y B.S. a las **Regiones Sanitarias** coincidentes con la división política del país; estructuradas según niveles de complejidad y atención: cuentan con **Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales Distritales y Regionales**, como unidades de ofertas de servicios departamentales y locales...".

B. RELACIÓN DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS EN LAS OBSERVACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PERIODO
Dr. Francisco Javier Duarte	Director de la XV Región Sanitaria	Desde el 08/02/2017 a la fecha.
Lic. Edí Victoria Aveiro Recalde	Administradora Regional	Desde el 24/08/2015 a la fecha.
Sr. Juan Ángel Lugo	Encargado de la Sección de Rendición de Cuentas	Desde el 15/10/2013 a la fecha.
Sr. Eduardo Luis González	Encargado de Transporte y Talleres	Desde el 07/07/2017 a la fecha.
Sra. Mónica Alicia Carmona	Encargada de la Sección Servicios Generales	Desde el 26/06/2015 a la fecha.
Lic. Julia Aurora Ayala Torres	Jefa del PAI	Desde el 30/12/2014 a la fecha.
Lic. Miryam Rosalía Solís Zarate	Jefa del Dpto. de Epidemiología	Desde el 30/12/2014 a la fecha.

P.T. FOLIO N° 26 AL 32

II. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DE AUDITORIA INTERNA

A. ORGANIGRAMA Y MANUAL DE FUNCIONES

La XV Región Sanitaria – Presidente Hayes, utiliza el Manual de Funciones y Procedimientos y el Organigrama Funcional Básico para Regiones Sanitarias aprobado por Resolución S.G. 552/08 del MSP y BS, el cual no se encuentra acorde a la estructura real del Servicio; al respecto no se ha observado antecedentes de gestiones realizadas para su actualización.

P.T. FOLIO N° 33 AL 37

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Efectivamente el Manual de funciones y el Organigrama Funcional Básico es el que está siendo utilizado en esta Región Sanitaria. A partir de la presente estaremos haciendo los trámites para ajustar los mismos a nuestra necesidad".

P.T. FOLIO N° 287

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma la observación, por lo que esta Auditoría ratifica la misma.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión "

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

- Los responsables de la XV Región Sanitaria de Presidente Hayes deberán elaborar el Organigrama de acuerdo a la estructura funcional del servicio y presentar para su aprobación ante las instancias correspondientes.
- Adecuar el Manual de Funciones conforme al Organigrama Institucional, a los efectos de facilitar a los funcionarios la identificación de las líneas de autoridad, así como el conocimiento de sus respectivas tareas y responsabilidades.

B. COBERTURA DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES – PAI

Encargada: Lic. Julia Ayala

Según el informe presentado por la responsable del PAI Regional, se ha observado baja cobertura de vacunación correspondiente a la población menor de 1 año y 1 año de la XV Región Sanitaria, en los siguientes biológicos:

PCV 131 Antineumocócica: menor de 1 año 31,0 % - Primera Dosis

PCV 132 Antineumocócica: menor de 1 año 5,4 % - Segunda Dosis

PCV 13 Antineumocócica: 1 año 6,6 % - Dosis única

El PAI cuenta solamente con 2 funcionarias: La encargada y una vacunadora; en ocasiones un funcionario del Hospital realiza la carga de datos de la cobertura de las vacunaciones realizadas en la Región Sanitaria.

El espacio físico destinado al PAI es sumamente reducido, y la misma es compartida con el Departamento de Vigilancia Epidemiológica. No cuenta con generador eléctrico, lo que es indispensable para el resguardo de las vacunas, en caso de corte de la energía eléctrica.

P.T. FOLIO N° 38 AL 41

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La vacuna neumococica conjugada 13 – Valente, fue introducido en el esquema regular de la vacunación en el mes de octubre del año 2017, en base los resultados de la vigilancia centinela de las meningitis y neumonía de los últimos 4 años, que ha demostrado que existe un aumento sostenido de la producción de los serotipos del Streptococcus pneumoniae contenidos en la vacuna PCV13. La vacuna PCV10 es la que se administraba a la población objetivo, pero con el resultado obtenido se ha realizado el cambio de vacuna, la PCV10 por la PCV13. Debido a que aún se contaba con dosis de la pcv10 se procedió a realizar esquemas diferenciados, porque los niños/as que ya habían recibido 2 dosis de la vacuna PCV 10, debía de completar sus esquemas con las mismas vacunas, solo se podía administrar a los niños que iniciaban esquema a partir de los meses de edad". El calendario de vacunación para niños captados a los 2 meses de edad, sin antecedente de vacunación previa con Neumo – 10 valente

Dosis	Vacuna	Edad	de
	Neumo.13 Valente	Administración	
Primera dosis		2 meses	
Segunda dosis		4 meses	
Refuerzo		12 meses	

[Handwritten signatures and initials]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Niños que hayan recibido una dosis de la vacuna Neumo 10 valente, deberán recibir 3 dosis de la vacuna Neumo 13 valente (esquema completo con 13 valente).

El número de dosis, intervalo y necesidad de administrar un refuerzo dependerá de la edad del niño al momento de administrar la primera dosis de vacuna PCV 13 valente.

Edad de inicio del esquema con vacuna Neumo 13 valente	Número de dosis primarias	Intervalo mínimo	Edad del refuerzo
2 a 6 meses	2 dosis	2 meses	12 meses de edad
7 a 11 meses	2 dosis	1 mes	6 meses después de la segunda dosis
12 a 23 meses	2 dosis	1 mes	No aplica
24 a 59 meses	1 dosis	No aplica	No aplica

Teniendo en cuenta todos estos criterios y siguiendo el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidas por el programa de Inmunización la cobertura baja obedece a que tan solo hacia dos meses que se empezó a vacunar con la vacuna PCV 13. En relación al espacio físico compartido con el Departamento de Vigilancia Epidemiológica, según organigrama Regional el Programa Ampliado de Inmunizaciones depende directamente del Departamento de Vigilancia Epidemiología y los trabajos se realizan en forma coordinada con el mismo. El PAI cuenta con 2 espacios físicos, el primero que es compartido está destinado a la gerencia PAI e Informática Regional donde se realiza la carga de datos, y el segundo está destinado en el uso del Almacén Regional de Vacunas donde se encuentra los refrigeradores las cuales contienen los biológicos". P.T. FOLIO N° 287 AL 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La responsable menciona que la "cobertura baja obedece a que la aplicación de la vacuna PCV13" empezó hace 2 meses, sin embargo, no menciona la falta de Recursos Humanos y que no cuenta con generador, por lo que esta Auditoría se ratifica en lo observado.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la Región Sanitaria deberán realizar las gestiones pertinentes ante el Departamento de Vigilancia Epidemiológica a los efectos de proporcionar los materiales, insumos y Recursos Humanos necesarios al Programa, de manera a cubrir la población aumentando la cobertura de vacunación, a fin de dar cumplimiento a los **Objetivos y Metas del Programa Ampliado de Inmunizaciones:**

OBJETIVOS: "Erradicar, eliminar o controlar enfermedades inmunoprevenibles, de acuerdo a las Metas prioritarias en Salud Pública".

C. PARQUE SANITARIO REGIONAL

1. EL PARQUE SANITARIO NO SE ENCUENTRA HABILITADO POR LA DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA

La Habilitación y Apertura del Parque Sanitario se encuentra en trámite; al respecto, se ha observado una Nota con fecha de recepción 28/12/17 de la Dirección de Recursos Físicos, remitida por la Qca. Fca. Mariana Florencio (Regente) en la que presentan los Planos impresos y Rótulos correspondientes al Parque Sanitario y el Formulario presentado a la Oficina Técnica de Vigilancia Sanitaria de la XV Región Sanitaria, en la que solicitan la Inspección y Apertura del Parque Sanitario. P.T. FOLIO N° 32 AL 46



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En fecha 05/04/2018 se presentó el expediente completo para la habilitación, con mesa de entrada N° 350/18, en la Dirección de Establecimientos de Salud y Tecnología Sanitaria (tramite apertura)", se adjunta copia. P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo confirma lo observado por la Auditoría Interna, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar seguimiento al expediente de solicitud de Inspección y Apertura del Parque Sanitario, a modo de contar con la habilitación del mismo y dar cumplimiento al Decreto N° 17627/02.

2. LA ENCARGADA DEL PARQUE SANITARIO NO ESTÁ DESIGNADA POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL

La Qca. Fca. Mariana Florencio de Escobar es responsable del Área sin contar con Resolución Ministerial de designación. El servicio cuenta con 4 funcionarios, quienes se encargan de distribuir los medicamentos e insumos a 70 (setenta) dependencias aproximadamente.

P.T. FOLIO N° 46

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La XV Región Sanitaria, solicitó una Q.F. para regente, a partir de la presente se realizaran los trámites para regularizar esta situación".

P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

No anexaron al descargo documentos respaldatorios por la cual han solicitado la designación de un/a responsable para el Parque Sanitario, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la Institución deberán realizar las gestiones correspondientes a fin de que la Encargada del Parque Sanitario Regional cuente con Resolución de Designación Ministerial.

3. EL PARQUE SANITARIO TIENE IMPLEMENTADO EL SISTEMA SICIAP PERO NO ESTA ACTUALIZADO

Tienen implementado el Sistema SICIAP, pero no estaba actualizado al momento de la verificación (27/02/2018), además no contaban con impresora, por lo que los informes fueron proveídos recién el día 05/03/2018, en medio magnético.

P.T. FOLIO N° 48



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidas con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"El sistema SICIAP no se encontraba actualizado en el momento de la verificación, pues el personal asignado fue comisionado para realizar otras funciones. Ya contamos con impresora".

P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma lo mencionado, por lo que se ratifica la observación.

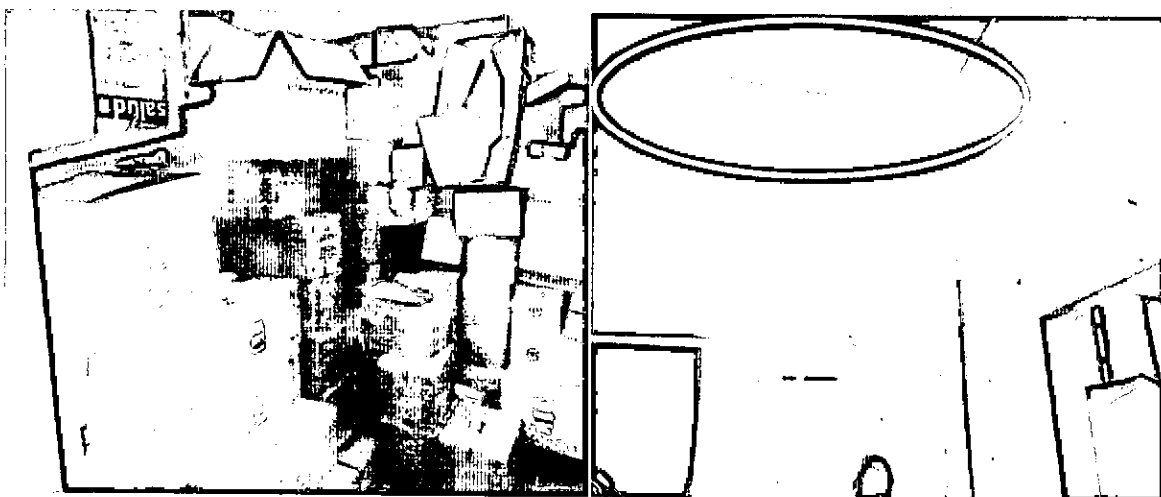
RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Mantener actualizado los registros en los KARDEX, a fin de transparentar las gestiones administrativas y dar cumplimiento a la **Resolución S.G. N° 902/2015** "Por la cual se establece que la implementación obligatoria del sistema de control de stock de medicamentos e insumos, se realice mediante el uso de Registros Informatizados (Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizados del Paraguay – SICIAP) o de Registros manuales; con la utilización de Recetario/Recibo, el informe de Movimientos de Insumos "IMI" y la Planilla de Control de stock Diario (Kárdex), en todos los servicios de salud del M.S.P. y B.S."

4. SE OBSERVÓ ESPACIO FÍSICO REDUCIDO Y FALTA DE ORDENAMIENTO EN EL PARQUE SANITARIO

El espacio físico destinado al Parque Sanitario es muy reducido, lo que ocasiona el inadecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos. Se observó falta de orden y limpieza, con telas de arañas en la entrada del Depósito, según refieren los funcionarios no cuentan con personal de Servicios Generales.

Asimismo, se observó varias cajas de suero apilonadas sobre pallets en el pasillo de la Administración sin ningún resguardo. P.T. FOLIO N° 48
(Ver fotos).



Cajas desordenadas dentro del depósito

Paredes con telas de arañas



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tenientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales



Cajas de Sueros en el Pasillo de la Administración

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Las cajas apilonadas son cajas vacías que reciclamos de envases de medicamentos que se trajeron, y son reutilizados para acondicionar los medicamentos e insumos que serán entregados a los Servicios de Salud. El techo donde había telarañas no pudimos sacar por la altura, el servicio de limpieza los hacemos los funcionarios pues no hay personal de servicio. Esta observación ya fue solucionado por los mismos funcionarios".

P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma lo observado por la Auditoría en cuanto a la falta de limpieza, sin embargo, mencionan que las cajas apilonadas estaban vacías, lo que no condice con la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la XV Región deben organizar y mantener el depósito en buenas condiciones de limpieza y ser sometido en su totalidad a sanitaciones periódicas, de manera a realizar un buen almacenamiento de los Medicamentos e Insumos, a fin de establecer un adecuado control de la entrada y salida de los mismos, conforme al **Decreto N°17627/02** que establece:

- **Artículo 17°:** *"Las especialidades farmacéuticas deben ser colocadas y apiladas con seguridad y quedar debidamente separadas de piso paredes, de modo a facilitar la realización de las tareas de limpieza y evitar así la degradación de la calidad del medicamento por la acción de factores externos, como ser humedad y polvo".*
- **Igualmente,** dar cumplimiento a las Disposiciones de la **Guía del Sistema Logístico de Medicamentos e Insumos - "Buenas Prácticas de Almacenamiento** Las áreas de almacenamiento deben poseer la capacidad suficiente para un resguardo ordenado de materiales y productos de diversas categorías: productos acabados, en cuarentena, autorizados para expedición, etc..."



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

5. LOS IDENTIFICATORIOS NO INDICAN EL VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS

Los estantes donde se almacenan los medicamentos cuentan con el identificador correspondiente (nombre genérico) pero no indican el vencimiento, Nro. de lote, presentación de los productos, entre otros.

P.T. FOLIO 48

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Se cuenta con carteles con nombres genéricos, los lotes y vencimientos que se van actualizando, pues influye la falta de personal y vacaciones, estaremos organizando de manera a solucionar este punto". P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Todos los medicamentos deben estar correctamente clasificados y rotulados con la fecha de vencimiento a los efectos de que dicha información sirva para el control y toma de decisiones, conforme lo establece la **Guía del Sistema Logístico de Medicamentos en Insumos – Buenas Prácticas de Almacenamiento**.

6. LA MAYORÍA DE LOS ACONDICIONADORES DE AIRE NO FUNCIONAN

Se ha observado que la mayoría de los acondicionadores de aire con que cuenta el Parque Sanitario no funcionan por falta de mantenimiento, solo disponen de 3 (tres) ventiladores en funcionamiento. P.T. FOLIO N° 48

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La situación de los acondicionadores de aire del parque sanitario y de toda esa área se debe principalmente a la instalación eléctrica que ya fue verificada por el encargado de mantenimiento sin poder solucionar hasta la fecha, estamos actualmente realizando gestiones para el recableado total del área de manera a dar solución definitiva al problema eléctrico". P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

En el descargo presentado expresan que los acondicionadores de aire no funcionan debido a problemas en las instalaciones eléctricas confirmando la observación de la Auditoría Interna.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento al **Decreto N° 17627/02**, la cual expresa en el Art. 16° "La temperatura del local debe ser adecuada a las condiciones necesarias para el almacenamiento de insumos y productos terminados, según especificación del fabricante y tipo de productos...".



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

7. EL DEPOSITO DEL PARQUE SANITARIO ES COMPARTIDO CON OTRAS ÁREAS

El primer piso del Depósito del Parque Sanitario es compartido con las Áreas de Bioestadística y PAI. P.T. FOLIO N° 48

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Originalmente esa área estaba destinada al PAI y Bioestadística, y por falta espacio físico la oficina del Parque Sanitario también debió utilizar el lugar".

P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La responsable manifiesta en el descargo la falta de espacio físico, por lo que se ratifica lo observado.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento al Decreto N° 17627/02 "Por el cual se amplían y modifican Normas de los Decretos N° 8342 y 8343, de fecha 04 de abril de 1995, y el decreto N° 8708, de fecha 5 de mayo de 1995; y se establecen disposiciones para la apertura y funcionamiento de establecimientos farmacéuticos públicos **Artículo 16°:** "Los locales de Parques Sanitarios deberán tener una dimensión mínima de 40 (cuarenta) metros cuadrados".

8. EL TECHO DEL PARQUE SANITARIO NO CUENTA CON CIELO RASO Y NO TIENEN CÁMARA FRIGORÍFICA

El techo del depósito es de hormigón armado, la misma no cuenta con cielo raso, tampoco tienen Cámara Frigorífica.

P.T. FOLIO N° 48

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Por la falta de cielo raso dejamos constancia de que a partir de la presente veremos la posibilidad de conseguir la instalación del mismo, en cuanto a la cámara frigorífica, la falta de espacio físico es uno de nuestros mayores limitantes, no obstante también se verá la posibilidad de dar solución a esta observación". P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables deberán realizar las gestiones pertinentes a fin de solicitar la instalación del cielo raso y de proveer de los equipos necesarios y organizar el depósito de manera a realizar un buen almacenamiento de los Medicamentos e Insumos, conforme a las disposiciones vigentes, que establecen:

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

- **MERCOSUR/GMC RES. N° 49/02 Reglamento Técnico Mercosur sobre buenas prácticas de distribución de productos farmacéuticos:**

El almacenamiento de los productos debe ser realizado en condiciones adecuadas de temperatura, humedad e iluminación, de acuerdo con las instrucciones del fabricante, a fin de no afectar directa o indirectamente la identidad y calidad del producto.

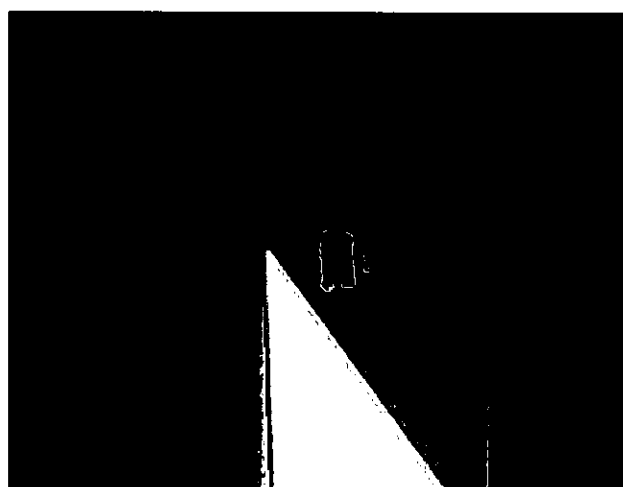
- **Igualmente, dar cumplimiento a las Disposiciones de la Guía del Sistema Logístico de Medicamentos e Insumos - "Buenas Prácticas de Almacenamiento"** "Las áreas de almacenamiento deben poseer la capacidad suficiente para un resguardo ordenado de materiales y productos de diversas categorías: productos acabados, en cuarentena, autorizados para expedición, etc. Las áreas deben diseñarse o adaptarse para asegurar las buenas condiciones de almacenamiento, en particular, deben estar limpias, secas, y mantenidas a temperaturas aceptables..."

9. TABLERO ELÉCTRICO AL DESCUBIERTO, TOMA DE LLAVE SIN TAPA Y SANITARIO SIN AGUA CORRIENTE

Se ha visualizado que el tablero eléctrico y la toma de llave que se encuentra en el acceso de entrada del Parque, se encontraban al descubierto sin tapa.



Tablero eléctrico al descubierto



Toma de llave sin tapa

Por otro lado, al momento de la verificación (27/02/2018), el baño del Parque Sanitario no contaba con agua corriente.

P.T. FOLIO N° 49

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Ante la constante verificación para dar solución parcial a los problemas eléctricos el tablero se encuentra descubierto, actualmente ya tiene tapa".

"El baño cuenta con toda las instalaciones, falta conectar al caño principal, el mismo ya está siendo solucionado". P.T. FOLIO N° 332

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Las Autoridades de la XV Región Sanitaria, deberán incluir en el Anteproyecto de Presupuesto, el mantenimiento y reparación de las instalaciones del área de Parque Sanitario (depósito) o solicitar a las autoridades del Nivel Central del MSP y BS., a fin de cumplir con las normativas vigentes.

10. DEBILIDADES OBSERVADAS EN LOS REGISTROS DEL KARDEX

Los registros del Kárdex se encontraban actualizados, pero se ha verificado que presentaban enmiendas, borrones y desprolijidad. (Ver foto). P.T. FOLIO N° 49

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

KARDEX

Producto: *...* Fecha de Vencimiento: *...*

Nº de lote: *...*

FECHA	ENTRADA	SALIDA	ALUJITE/ DESTINO	ABUITE	CCO	SALDO DISPONIBLE	OBSERVACIONES
01-03-13						1.355	
21-04-13		14	USF Los Hornos			1.341	
3-10-13		24	USF San Juan			1.317	
9-10-13		36	USF San Juan			1.281	
9-10-13		18	USF San Juan			1.263	
9-10-13		48	USF San Juan			1.215	
2-10-13		24	USF San Juan			1.191	
5-10-13		18	USF San Juan			1.173	
5-10-13		18	USF San Juan			1.155	
5-10-13		48	USF San Juan			1.107	
5-10-13		15	USF San Juan			1.092	
5-10-13		24	USF San Juan			1.068	
6-10-13		48	USF San Juan			1.020	
6-10-13		24	USF San Juan			996	
6-10-13		30	USF San Juan			966	
11-10-13		48	USF San Juan			918	
11-10-13		48	USF San Juan			870	
11-10-13		48	USF San Juan			822	
11-10-13		48	USF San Juan			774	
11-10-13		48	USF San Juan			726	
11-10-13		48	USF San Juan			678	
11-10-13		48	USF San Juan			630	
11-10-13		48	USF San Juan			582	
11-10-13		48	USF San Juan			534	
11-10-13		48	USF San Juan			486	
11-10-13		48	USF San Juan			438	
11-10-13		48	USF San Juan			390	
11-10-13		48	USF San Juan			342	
11-10-13		48	USF San Juan			294	
11-10-13		48	USF San Juan			246	
11-10-13		48	USF San Juan			198	
11-10-13		48	USF San Juan			150	
11-10-13		48	USF San Juan			102	
11-10-13		48	USF San Juan			54	
11-10-13		48	USF San Juan			6	

Enmiendas en las columnas de salida y saldo disponible

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"El Kárdex manual y a veces por la cantidad de localidades que descontar se suma o resta mal, tendremos presente de mejorar los errores involuntarios".

P.T. FOLIO N° 333

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma.

[Handwritten signatures and initials]

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

- En todas las documentaciones utilizadas para llevar a cabo las transacciones propias que se generan en la Región Sanitaria, se deben evitar las enmiendas, tachaduras y/o borrones, llenar todos los campos, y elaborarlos de forma legible para así facilitar las tareas de verificación y control a fin de transparentar las gestiones administrativas teniendo en cuenta la Norma Técnica de Control Interno NTCI – PCI – punto 03 "Implementación del Sistema de Control Interno: "Todas las entidades y organismos del sector público, establecerán y mantendrán actualizado un sistema de control interno propio para el desarrollo de sus actividades administrativas y financieras, de acuerdo a sus propias necesidades y características de sus operaciones.

La estructura de control interno de las entidades incluye las prácticas y procedimientos utilizados en las actividades administrativas, financieras y técnicas, para el cumplimiento de sus objetivos".

11. SE HAN VISUALIZADO DIFERENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS EN EL RECUENTO FÍSICO

De una muestra seleccionada, se realizó recuento físico de los medicamentos comparando con los saldos de las Fichas Kárdex, procedimiento durante el cual se constataron algunas diferencias:

PRODUCTO PRESENTACIÓN	LOTE N°	CANTIDAD SEGÚN "FICHA KARDEX"	CANTIDAD SI RECUENTO FÍSICO	DIFERENCIA	PRECIO	MONTO TOTAL G.
AMOXICILINA 500 MG. SUSP.	316-312/317-368	1.290	1.155	-135	12.600	1.701.000
AMOXICILINA 500 MG. COMP.	06554	56.552	55.740	-812	609	494.508
PREDNISONA 5 MG. COMP.	17887	6.410	5.700	-710	250	177.500
FERROSOL 20 MG. FCO. GOTAS	172955	1.963	1.604	-359	11.235	4.033.365
AZITROMICINA 20 MG.\ 5 ML	172502/504 – 173248/383	1.077	1.065	-12	21.490	257.880
CEFAZOLINA 1 G. INYECT. POLVO	CFZ 1101602	1.919	1.933	+14	12.180	170.520
DOMPER 4 MG. PEDIÁTRICO SUSP.	59084	565	564	-1	2.477	2.477
KETOROLAC 60 MG. INYECT. X 1	61992/7	1.744	1.143	-601	5.700	3.425.700
IMIPENEM + CILASTATINA 500 MG. INYECT.	R 4702/06	200	155	-45	55.650	2.504.250

P.T. FOLIO N° 50 AL 72

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Había localidades preparadas que aún no retiraron, por lo tanto no se descontó produciendo la diferencia". P.T. FOLIO N° 333

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Con el descargo presentado por la responsable se confirma la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

La responsable del Parque Sanitario deberá implementar mecanismos de control que permita verificar los saldos de medicamentos e insumos en existencia manteniendo al día los registros en las fichas KARDEX, y actualizar el Sistema SICIAP a los efectos de contar con datos fidedignos y transparentar la gestión administrativa, dando cumplimiento a lo establecido en la **Resolución S.G. N° 902/15**. *"Por la cual se dispone la implementación obligatoria del Sistema Información y Control de Inventario Automatizado del Paraguay – SICIAP o de registros manuales, con la utilización de recetario/recibo, el informe de movimiento de insumos "IMI y la planilla de control de stock diario (Kárdex) en todos los servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".*

12. FRASCOS DE AGUA BIDESTILADA DENTRO DE UNA LAVARROPA EN DESUSO

Al momento del trabajo de campo (08/03/2018) se ha observado en el predio de la XV Región Sanitaria una lavarropas (que será dado de baja) conteniendo 21 frascos de "Agua Bidestilada" para inyección de 1000 ml Lote: 1480, con vencimiento 10/18, la misma se encontraba con agua de lluvia en el interior. Al respecto, la Jefa de Laboratorio del Hospital ha presentado documentaciones de donación del Hospital Psiquiátrico por 84 frascos del insumo mencionado, sin embargo, no se pudo constatar si corresponde a lo visualizado debido a que el respaldo carece de datos como; N° de lote y fecha de vencimiento.

P.T. FOLIO N° 107



Frascos de agua bidestilada



Lavarropa conteniendo agua de lluvia y frascos de agua bidestilada

Handwritten signatures and initials, including 'AR' and 'MS'.

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

A través de Nota de fecha 09/03/18 presentado por la Jefatura del Laboratorio por la cual expresa lo siguiente: "... el hecho sería debido a que un espacio de la lavandería aledaño a donde se encontraron los frascos, se ha estado utilizando como depósito del laboratorio a la fecha, pues estamos en proceso reacondicionamiento de unos antiguos baños para el mismo fin, consideramos que como la lavandería está también en proceso de construcción por una empresa externa y personal ajeno a la institución ante la necesidad de liberar espacio para la construcción de las nuevas instalaciones pudieron haberse llevado esos frascos dentro de un recipiente no apropiado. Los mismos ya fueron removidos del lugar donde fueron encontrados y ya fueron ubicados junto con la otra cantidad de frascos que estaban en ese depósito temporáneo y al resguardo, el agua mencionado habían sido donados en el año 2014 por el laboratorio del Hospital Psiquiátrico (se ha entregado una copia del acta de entrega a los Auditores) cuando necesitábamos gran cantidad de agua destilada para el equipo automatizado de química utilizado en aquel entonces. A la fecha contamos con destilador de agua para equipos de química proveído por la empresa adjudicada en la licitación LPN 16/15 por lo que no utilizamos agua destilada en grandes cantidades".

P.T. FOLIO N° 334 AL 335

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Evaluado el descargo presentado la Auditoría se ratifica en la Observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán potenciar el Control Interno Institucional, a fin de salvaguardar los recursos públicos.

13. INSUFICIENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

Verificado el Informe de Movimiento de Insumo (IMI) del Hospital y el Kárdex Manual, se ha visualizado que algunos medicamentos e insumos no contaban con stock en el Parque Sanitario y no fueron proveídos al Hospital Regional como por ejemplo:

VERIFICACIÓN DE CANTIDAD SOLICITADA Y ENTREGADA

Descripción	Nombre del Servicio	IMI Mensual	IMI de Emergencia	Fecha	Kardex del H.R.V.H.	Fecha	Cantidad solicitada por el H.R.V.H.	Cantidad entregada al H.R.V.H.	Observación
AMIXICILINA 500 MG. COMP.	H.R.V.H.	1.000		14/02/2018	-	-	1.000	-	No fue entregada la cantidad solicitada
PREDNISONA 5MG. COMP.	H.R.V.H.	-	1.000	01/12/2017	1.000	01/12/2018	1.000	-	No fue entregada la cantidad solicitada
PREDNISONA 5MG. COMP.	H.R.V.H.	-	1.000	22/12/2017	1.000	-	1.000	-	No fue entregada la cantidad solicitada

[Handwritten signatures]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

Descripción	Nombre del Servicio	IMI Mensual	IMI de Emergencia	Fecha	Kardex del H.R.V.H.	Fecha	Cantidad solicitada por el H.R.V.H.	Cantidad entregada al H.R.V.H.	Observación
FERROSOL 20 MG. FCO. GOTERO	H.R.V.H.	-	192	23/01/2018	144	24/01/2018	192	144	En la columna de cantidad entregada del IMI esta borronado
AZITROMICINA 20 MG. - 5 ML SUSP	H.R.V.H.	160	-	04/01/2018	-	-	160	-	No fue entregada la cantidad solicitada.
KETOROLAC 60 MG. INYECT. X1	H.R.V.H.	720	-	04/01/2018	360	04/01/2018	720	360	No fue entregada la cantidad solicitada y la planilla está enmendada en la descripción del medicamento
ALBUMINA HUMANA 50 ML	H.R.V.H.	-	6	12/01/2018	-	-	6	-	No fue entregada la cantidad solicitada

P.T FOLIO N° 72 AL107

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Verificación de cantidad solicitada y entregada H.R.V.H.

AMOXICILINA 500 MG. COMP (Porque su stock era de 3.200 unid.)

PREDNISONA 5MG. COMP: (Por stock 0 en el Parque)

FERROSOL 20 MG. FCO. GOTERO (Se modificó por redondeo)

AZITROMICINA 20 MG. - 5 ML SUSP (Porque su stock era de 256 Unid.)

KETOROLAC 60 MG. INYECT. X1 (Se entrega según disponibilidad)

ALBUMINA HUMANA 50 ML (No fue entregado por falta de espacio en su heladera)".

P.T. FOLIO N° 333

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Evaluado el descargo presentado la Auditoría ratifica que algunos medicamentos estaban con stock cero en el Parque Sanitario.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Las autoridades de la XV Región Sanitaria deberán realizar las gestiones pertinentes ante la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud de manera a que ésta gerencie la provisión de los medicamentos e insumos esenciales, teniendo en cuenta la demanda exigida y el área de cobertura, de manera que no quede desabastecido, y dar cumplimiento a la Ley N° 5099/13, en su Art. 1°: "La presente Ley tiene por objeto establecer la gratuidad de aranceles en los servicios de Promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades en los establecimientos dependientes del MSP y BS".



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

D. RECURSOS HUMANOS REGIONAL

El Staff Regional cuenta con 42 funcionarios, distribuidos de la siguiente manera:

Funcionarios Staff Regional	
CPS	6
PP Blanco	13
Administrativo	13
Jornal	7
CLS	2
Comisionado	1
Total	42

P.T. FOLIO N° 108

1. NO CUENTAN CON JEFATURA EN RECURSOS HUMANOS Y PATRIMONIO

El Departamento de Recursos Humanos no cuenta con Jefatura desde diciembre de 2017, por lo que las tareas inherentes al Área eran realizadas por la Administradora Regional, Jefe de Rendición de Cuentas. Así también carecen de un responsable del Área de Patrimonio Regional.

P.T. FOLIO N° 163

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Según Resolución D.G.RR.HH. N° 1688 se procede a la designación del Lic. Juan Ángel Lugo, como jefe de Recursos Humanos, quedando vacante el cargo de Rendición de Cuentas y las demás áreas mencionada, las cuales no pueden ser rellenas por falta de cantidad suficiente de funcionarios en el Área Administrativa, no obstante en breve se solicitara la designación de un encargado para el Área de Suministros y Patrimonio". P.T FOLIO N° 28, 289

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables anexaron al descargo la Resolución D.G. RR.HH. N° 1688 de fecha 20/04/2018, por la cual se designa a un jefe de Recursos Humanos, pero no se adjuntó documento respaldatorio por el cual se solicita un Encargado del Área de Patrimonio, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a la Resolución SG. N°372/08, "Por la cual establece la obligatoriedad de designar Jefes de Patrimonio en los Centros Financieros, Regiones Sanitarias, Hospitales, Programas, Institutos y Proyectos", en el Art. 2° "Responsabilizar a los Directores Generales y Administradores, de la designación del/la funcionario/a, en un plazo no mayor de 10 (diez) días, con el fin de velar por el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes...".

2. EL LEGAJO DE LOS FUNCIONARIOS NO SE ENCONTRABA CONFORMADO

No tienen conformada la totalidad de los legajos de los funcionarios, y de los que cuentan, carecen de Resolución de designación, Contratos, Curriculum Vitae, Cédula de Identidad vigente, Título Universitario, justificación de ausencias como Reposos, entre otros.

[Handwritten signatures]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

P.T. FOLIO N°163

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Efectivamente los legajos del personal contratado y permanente no se encuentran actualizados a la fecha, pero se deja constancia de la próxima regularización de los legajos para tener la facilidad de visualizar todo lo relacionado a un funcionario en un solo expediente".

P.T. Folio N° 289

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la falta de actualización de los legajos de los funcionarios, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

El responsable del Área deberá conformar y mantener actualizado los legajos, a fin de contar con los datos oportunos del movimiento de los funcionarios de la Institución, conforme a las disposiciones de la **Ley N° 1626/00** de la Función Pública, la cual expresa en el CAPITULO II "de la carrera Administrativa de la incorporación de los funcionarios Públicos", Art. 14° "... se deben conformar los legajos con las documentaciones respaldatorias de que los funcionarios reúnen los requisitos para ejercer la función Pública (Antecedente judiciales y policiales, curriculum, etc.)".

3. CARECEN DE MOBILIARIOS Y ARTÍCULOS DE OFICINA

En la oficina de Recursos Humanos falta estantes y/o gavetas para el resguardo de las documentaciones, así también artículos de oficina tales como: carpeta archivadora, bibliorato, lápiz de papel, bolígrafo, resma de papel, entre otros.

P.T. Folio N° 163

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La falta de mobiliarios no es tanta, como lo es el espacio físico para trasladar las documentaciones de años anteriores, las gavetas para ordenamiento y resguardo de documentos se encuentran totalmente llenos con documentos de periodos anteriores a este, que al ser almacenados en lugar adecuado liberarían espacio físico para el correcto orden de la documentaciones actuales".

P.T. FOLIO N° 333

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables mencionan en el descargo la falta de espacio físico para ubicar los documentos de años anteriores que se encuentran totalmente llenos, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes y de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria disponer de un lugar más amplio para el Área de Recursos Humanos y proveer los mobiliarios y útiles de ofician necesarios para el almacenamiento y ordenamiento adecuado a las documentaciones.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

4. NO SE COMUNICARON TODAS LAS IRREGULARIDADES EN EL RESUMEN DE ASISTENCIA

En el Resumen Mensual de Asistencia correspondiente al periodo diciembre/17 y enero/18, no se comunicaron a la Dirección de Relaciones Laborales todas las debilidades que se observaron en los espejos de marcación, como por ejemplo:

RESUMEN DE ASISTENCIA DE LOS FUNCIONARIOS DEL STAFF REGIONAL

ÍTEM	CEDULA	NOMBRE Y APELLIDO	AUSENCIAS/FECHA		LLEG. TARDÍA/FECHA		SAL. ANTES DE HORA/FECHA		NO REG. ENTRADA/FECHA		NO REG. SALIDA/FECHA		OBSERVACIÓN
1	406.736	MARIANA FLORENCIO	-	-	7	19, 26/12/17 - 02, 08, 09, 15/01/18	-	-	1	18/12/2017	8	20, 21, 28/12/17 - 03, 04, 10, 11/01/18	No se comunicó todas las debilidades a la Dirección de Relaciones Laborales.
2	1.062.397	FERNANDO NICOLICCHIA	2	15/01/18	-	-	-	-	1	22/12/2017	-	-	No se incluyó en el Resumen de Asistencia.
3	1.697.183	LUCIO CABRERA	-	-	1	20/12/2017	-	-	-	-	1	08/01/2018	No se comunicó todas las debilidades a la Dirección de Relaciones Laborales.
4	1.877.408	RICARDO ZARATE	2	27/12/17 - 02/01/18	-	-	-	-	1	08/01/2018	-	-	No se incluyó en el Resumen de Asistencia.
5	2.148.313	MARCO SAMANIEGO	3	27/12/17 - 02, 11/01/18	-	-	-	-	-	-	4	18/12/17 - 05, 09, 12/01/15	No se incluyó en el Resumen de Asistencia.
6	2.372.457	LIC. MIRIAN PEDROZO	-	-	-	-	-	-	1	20/12/2017	3	19, 27/12/17 - 15/01/18	No se comunicó todas las debilidades a la Dirección de Relaciones Laborales.
7	2.580.891	ROSSANA NAVARRO	4	19/12/17 - 08, 10, 15/01/18	1	02/01/2018	-	-	-	-	4	18, 22, 27/12/17 - 03/01/18	No se comunicó todas las debilidades a la Dirección de Relaciones Laborales.
8	2.826.092	LIC. FRANCISCA ROJAS	-	-	-	-	-	-	-	-	2	28/12/17 - 03/01/18	No se comunicó todas las debilidades a la Dirección de Relaciones Laborales.
9	3.548.786	CELESTE GUTIERREZ	1	18/12/2017	-	-	-	-	1	21/12/2017	-	-	No se incluyó en el Resumen de Asistencia.
10	3.641.806	SILVIA SANCHEZ	-	-	13	19, 21, 26, 27, 28, 29/12/17 - 02, 03, 04, 05, 08, 09, 10, 12, 15/01/18	-	-	3	18, 20, 22/12/17	-	-	No se comunicó todas las debilidades a la Dirección de Relaciones Laborales.
11	3.732.804	DIANA VERZA	-	-	-	-	-	-	-	-	3	20, 27/01/17 - 03/01/18	No se comunicó todas las debilidades a la Dirección de Relaciones Laborales.
12	3.758.422	ALEJANDRA GONZALEZ	1	02/01/2018	-	-	-	-	-	-	6	18, 20, 27/12/17 - 03, 08, 10/01/18	No se incluyó en el Resumen de Asistencia.

P.T FOLIO N° 111 AL 144, 181

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En cuanto al resumen de asistencia correspondiente al periodo comprendido entre el 16 de diciembre del 2017 y 15 de enero del 2018, según las observaciones en el cuadro, se deja constancia de que la irregularidades observadas de los casos están incluidas en el resumen de asistencia como por ejemplo las ausencias están justificadas en algunos casos con reposos, y en otros con órdenes de trabajo por comisionamiento del personal, el mismo caso con la falta de registro de marcación de entradas y salidas que son justificadas con órdenes de trabajo para que el personal debió ausentarse para gestiones del algún tipo, pero todas directamente relacionadas a la función que cumple en nuestro Ministerio. Cabe mencionar que en muchos casos, integrantes del staff regional cumplen funciones en campo acompañando Rondas Medicas y de Vacunación en zonas alejadas, donde se aprovecha al máximo el tiempo y se realiza atenciones por concentración, en todos estos casos los funcionarios presentan ordenes de trabajo para justificar su asistencia, se procede a aclarar las observaciones de cada funcionario punto por punto".

MS
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión "

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

ITEM 1 MARIANA FLORENCIO

El horario de la funcionaria es de 15 hs semanales, distribuidas de la siguiente manera:
Lunes de 13:00hs a 15:00 hs, Martes de 13:00 hs a 16:00 hs y Miércoles y Jueves de 07:00 a 12:00 hs.

Llegadas tardías

De estas observaciones, todas corresponden a la distribución de la carga horaria del primer párrafo.

No registra entrada

Esta observación según el listado proveído por esta dependencia, la funcionaria en cuestión no registra salida y entrada en algunas ocasiones, pero en verificación del registro de asistencia en el sistema se puede observar que los mismos registros figuran como INVALIDO, puede entenderse que la funcionaria registro su entrada o salida pero el sistema no proveyó inicialmente ese dato. Se adjunta registro de marcaciones en dos versiones

No registra salida

Estas observaciones según el listado proveído por esta dependencia, la funcionaria en cuestión no registra salida y entradas en alguna ocasiones, pero en verificación del registro de asistencia en el sistema puede observarse que los mismos registros figuran como INVALIDO, puede entenderse que la funcionaria registro su entrada y salida pero el sistema no proveyó ese dato. Se adjunta registro de marcaciones en dos versiones.

ITEM 2 FERNANDO NICOLICCHIA

Ausencia – No Registro Entrada

En esta observación la fecha 20/12/17 el funcionario presento una orden de trabajo, y el 15/01/18 el funcionario se encontraba de vacaciones. Se adjunta Orden de Trabajo y formulario de vacaciones

ITEM 3 LUCIO CABRERA

Llegadas tardías

En cuanto a observación de fecha 20/12/17 no se tiene respaldo.

No registra salida

En esta observación la fecha 08/01/18 el funcionario presento una orden de trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

ITEM 4 RICARDO ZARATE

Ausencia

En esta observación de fecha 27/12/17 el funcionario presento orden de trabajo y en fecha 02/01/18 el funcionario presenta certificado de reposo. Se adjunta Orden de Trabajo y Certificado de Reposo.

No Registra entrada

En la Observación la fecha 08/01/18 el funcionario presento una orden de trabajo. Se adjunta Orden de trabajo.

ITEM 5 MARCO SAMANIEGO

Ausencia

En esta observación el funcionario presenta Orden de Trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

No registra Salida

En esta observación el funcionario presenta Orden de Trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

ITEM 6 MIRIAN PEDROZO

No registra entrada

En esta observación de fecha 20/12/17 la funcionaria presento Orden de Trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

No registra salida

En estas observaciones de las fechas 18/12/17, 05, 09 y 15/01/18 la funcionaria presento órdenes de trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

ITEM 7 ROSANA NAVARRO

La funcionaria en cuestión se encontraba en periodo de embarazo, y ha justificado sus ausencias con Certificado de reposo. Se adjunta Orden de Trabajo.

ITEM 8 FRANCISCA ROJAS

No registra salida

En la observación de fecha 28/12/17 la funcionaria presento orden de trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

ITEM 9 CELESTE GUTIERREZ

Ausencia

En esta observación de fecha 18/12/17 la funcionaria presento una orden de trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

ITEM 10 SILVIA ALICIA SANCHEZ

Llegadas tardías

El horario de la funcionaria está distribuida de la siguiente manera: lunes de 07:00 a 15:00 hs., por periodo de lactancia la misma cumple un horario de 08:00 a 15:00 hs.

No registra entrada

En estas observaciones de la fecha 18, 20 y 22/12/17 la funcionaria presento una orden de trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

ITEM 11 DIANA VERZA

El horario de la funcionaria es de 21 hs semanales, distribuidas de la siguiente manera: Martes de 07:00 a 15:00 hs, miércoles de 07:00 a 12:00 hs. y viernes de 07:00 a 15:00 hs.

No registra salida

En esta observación según el listado proveído por esta dependencia, la funcionaria en cuestión no registra salidas y entradas en alguna ocasiones, pero en verificación del registro de asistencia en el sistema puede observarse que los mismos registros figuran como INVALIDO, puede entenderse que la funcionaria registró su entrada o salida pero el sistema no proveyó inicialmente ese dato. Se adjunta Orden de Trabajo.

ITEM 12 ALEJANDRA GONZALEZ

El horario de la funcionaria es de 21 horas semanales, distribuidas de la siguiente manera: Lunes de 07:00 a 15:00 hs., Martes de 07:00 a 12:00 hs. y miércoles de 07:00 a 15:00hs.

Ausencia

En esta observación de fecha 02/01/2018 la funcionaria presento un certificado de Trabajo. Se adjunta Certificado de Trabajo.

No registra salida

En estas observaciones de fecha 18, 20, 27/12/2017 y 08/01/2018 la funcionaria presentó orden de trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

En estas observaciones de fecha 03 y 10/01/18 según listado proveído por ésta dependencia, la funcionaria en cuestión no registra salidas y entradas en algunas ocasiones, pero en verificación del registro de asistencia en el sistema puede observarse que los mismo registros figuran como INVALIDO, puede entenderse que la funcionaria registro su entrada o salida pero el sistema no proveyó inicialmente ese dato. Se adjunta Orden de Trabajo". P.T FOLIO N° 333 AL 339

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables mencionan en el descargo, que las debilidades observadas en los espejos de marcación cuentan con las documentaciones de respaldo correspondientes, sin embargo analizando los documentos se ha visualizado lo siguiente:



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

- **Mariana Florencio:** Los responsables mencionan en el descargo el horario de la funcionaria, sin embargo, esta Auditoría ha tomado como documento la "Nómina de Personal" proporcionada por los responsables de la institución en el cual se visualiza que el horario de dicha funcionaria es, lunes, martes y miércoles de 07:00 a 12:00 hs. Así también, el espejo de marcación utilizado para el control de asistencia durante el trabajo de campo, no se observa la palabra INVÁLIDO, como figura en el espejo de marcación anexada al descargo.
- **Fernando Nicolichia:** Se anexó al descargo la Orden de Trabajo del funcionario quien se encontraba comisionado en fecha 20/12/17, no así la planilla de vacaciones, sin embargo, ambas situaciones no fueron mencionadas en el Resumen Mensual de Asistencia. (Comisionamiento y vacaciones).
- **Lucio Cabrera:** En cuanto a las llegadas tardías, los responsables confirman la observación.
- **Ricardo Zarate:** Se anexó al descargo la Orden de Trabajo correspondiente al día 27/12/17, no así el Certificado de Reposo del día 02/01/18. En la Orden de Trabajo de fecha 08/01/18, no se pudo identificar el lugar donde se ha realizado la actividad debido a que en la descripción de la tarea a realizar menciona "Reparación Eléctrica", y carece del sello de la institución, estos no fueron mencionados en el Resumen de Asistencia.
- **Marco Samaniego:** Se adjuntaron al descargo las Órdenes de Trabajo por los días mencionados en la observación, sin embargo, estos comisionamientos no fueron mencionados en el Resumen de Asistencia.
- **Mirian Pedrozo:** Se adjuntaron al descargo las Órdenes de Trabajo por los días mencionados en la observación, sin embargo, estos comisionamientos no fueron mencionados en el Resumen de Asistencia.
- **Rosana Navarro:** Se adjuntaron al descargo las documentaciones respaldatorias por los días mencionados en la observación, sin embargo, dichos reposo no fueron mencionados en el Resumen de Asistencia.
- **Francisca Rojas:** Los responsables anexaron al descargo la Orden de Trabajo correspondiente al 28/12/17, no así el documento respaldatorio por el día 03/01/18.
- **Celeste Gutiérrez:** Los responsables anexaron al descargo la Orden de Trabajo correspondiente al 18/12/17, no así el documento respaldatorio por el día 21/12/17.
- **Silvia Alicia Sánchez:** Se han anexado los documentos de respaldo, por lo que se levanta la observación.
- **Diana Verza:** En el espejo de marcación proveído por los responsables durante el trabajo de campo, no se observa la palabra INVÁLIDO, como figura en el espejo de marcación anexada al descargo.
- **Alejandra González:** En el espejo de marcación proveído por los responsables durante el trabajo de campo, no se observa la palabra INVÁLIDO, como figura en el espejo de marcación anexada al descargo.

Ar
[Handwritten signature]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables deberán informar todas las debilidades y/o actividades realizadas por los funcionarios en la Planilla de Resumen de Asistencia, como lo dispone la Resolución D.G. RR.HH. N° 3297/2009, "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en los siguientes Artículos:

Artículo 3°: Asistencia puntual: "Los funcionarios públicos y personal contratado están obligados a asistir al trabajo puntualmente y no retirarse antes del fin de la jornada ordinaria, a menos que deban realizar tareas de su competencia fuera de ésta y que cuenten para ello con la autorización de su jefe o de un Superior Jerárquico".

Artículo 5°: Especificaciones del formato de la planilla a ser enviada, inciso c) que expresa: En la columna correspondiente a reposos, incluir solo aquellos menores a treinta (30) días, los que supere dicha cantidad, deben ser remitidos para su procesamiento por Resolución.

Artículo 15°: "Responsabilidad de los Directores, Coordinadores y Jefes de Departamento": Los Directores, Coordinadores y sus respectivos Jefes de Departamentos, son responsables del correcto desempeño de las actividades de los funcionarios públicos y personal contratado en las reparticiones a su cargo, así como también del cumplimiento de las jornadas laborales y del conocimiento de las disposiciones y medidas establecidas en la presente Resolución".

Se debería dar cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno de la CGR, en el punto 02.02 DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO, que expresa: "Toda operación o transacción financiera o administrativa deber tener la suficiente documentación que respalde y justifique".

"Los documentos de respaldo justifican e identifican la naturaleza, finalidad y resultado de la operación y contienen los datos suficientes para su análisis".

5. INCONSISTENCIA ENTRE EL HORARIO ESTABLECIDO EN LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS Y EL ESPEJO DE MARCACIÓN

Se ha observado inconsistencias entre el horario establecido en la Nómina de Funcionarios proveída por la Administración y el horario visualizado en los registros del Reloj marcador, por lo que no se pudo verificar el cumplimiento de la carga horaria de algunos funcionarios; como por ejemplo:

Nombre y Apellido	C.I. N°	Sección	Horario SI/ Nomina	S/Espejo de Marcación		
				Día de marcación	Ent.	Sal.
Lorena Mongelos	1.318.051	Odontología	Jueves y Viernes 07:00 a 15:00	Lunes 18/12/17	06:51	14:31
				Miércoles 27/12/17	06:51	14:30
				Miércoles 03/01/18	06:47	14:33
				Lunes 08/01/18	06:48	14:30
				Miércoles 10/01/18	06:50	14:40
				Lunes 15/01/18	06:44	14:30
Marcos Mendoza	1.518.814	Odontología	Lunes y Miércoles 07:00 a 14:30	Jueves 21/12/17	07:22	15:00
				Viernes 22/12/17	07:27	15:12
				Jueves 28/12/17	07:28	15:00
				Viernes 29/12/17	07:23	15:01
				Jueves 04/01/18	07:22	15:01
				Viernes 05/01/18	07:28	15:01
				Jueves 11/01/18	07:35	15:00
				Viernes 12/01/18	07:30	15:03

P.T. FOLIO N° 108, 138 AL 139, 163



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La funcionaria Dra. Lorena Mongelos, quien se desempeña como odontóloga, posee una carga horaria de 15 horas semanales, que están distribuidas de la siguiente manera: lunes y miércoles de 07:00 a 14:30 horas. El funcionario Dr. Marcos Mendoza, quien se desempeña como Odontólogo, posee una carga horaria de 15 horas semanales, que está distribuida de la siguiente manera: jueves y viernes de 7:30 a 15:00 horas. En cuanto a la inconsistencia será verificada de manera a corregir el problema". P.T FOLIO N° 339

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables menciona los horarios que deben cumplir los funcionarios, lo que no condice con la Nómina de Personal presentada a la Auditoría, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables del Área, deberán mantener actualizada la Nómina de Personal Permanente - Contratado a fin de contar con informaciones fidedignas y oportunas que sirvan de insumo para la toma de decisiones, a los efectos de presentar a los órganos de control interno o externo correspondientes.

6. FUNCIONARIA EJERCE JEFATURA Y PERCIBE BONIFICACIÓN POR RESPONSABILIDAD EN EL CARGO SIN CUMPLIR LAS 40 HORAS ESTABLECIDAS

La Dra. Alejandra M. González percibe bonificación por responsabilidad en el cargo desempeñado, pero no cumple las 40 horas semanales que establecen las Normativas, según espejos de marcación verificados (enero – febrero/2018):

Funcionaria	Función	Horario según nomina	Horario según espejo de marcación verificado
Dra. Alejandra M. González	Encargada de Salud Buco Dental de la XV R.S.	Lunes y martes 07:00 a 15:00 hs. Miércoles 07:00 a 12:00 hs.	Tres veces a la semana 07:00 a 15:00 hs.

P.T FOLIO N° 146, 153, 183

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"A partir de la presente la funcionaria pasará a cumplir 40 horas semanales por la jefatura más los beneficios de Bonificación por Responsabilidad en el cargo". P.T FOLIO N° 338

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma la observación de Auditoría, por lo que se ratifica en la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a lo establecido en el Dictamen N° 1.617/2015, el cual menciona: *"Al respecto, ésta Dirección manifiesta que, los funcionarios de blanco que se ostentan cargos de conducción superior dentro del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, deberán cumplir con la carga horaria establecida para los funcionarios públicos; la cual es de 40 horas semanales 176 horas mensuales (Res. D.G. RR.HH. N° 629/2012); hasta tanto permanezcan en el cargo, por el solo hecho de ejercer funciones administrativas por la responsabilidad asumida, tal y como dispone el Dictamen A.J. N° 79/11, de fecha 18 de enero de 2011".*



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

7. VERIFICACIÓN IN SITU REALIZADA

La verificación de asistencia y permanencia de funcionarios y Personal Contratado del Staff de la XV Región Sanitaria, fue realizada el día jueves 01 de marzo de 2018, en el turno mañana (de 08:50 hs a 09:28 hs).

Del comparativo realizado entre el Acta de Verificación de la Auditoría (planillas de firmas de asistencia) con la Nómina de Funcionarios y el Espejo de Marcación proporcionado por la Administración Regional, surgen las observaciones que se exponen a continuación:

7.1 Algunos funcionarios que se encontraban presente durante la verificación han incumplido con lo establecido en la Resolución D.G.RR.HH. N° 3297/09.

N°	NOMBRE Y APELLIDO	C. I. N°	ÁREA	HORA DE VERIFICACIÓN	HORARIOS	REGISTRO DE ASISTENCIA S/ RELOJ MARCADOR		OBSERVACIÓN
1	María A. Álvarez	1.688.097	SS.GG.	09:00	Lun a Vie 07:00 a 13:00	06:59	--	No marcó salida
2	Anna Báez	3.197.709	ADM - PANI	09:00	Lun a Vie 07:00 a 15:00	07:08	14:20	Salida antes de hora
3	María E. Ramírez	3.673.405	COORDINACIÓN APS	09:16	Lun a Vie 07:00 a 15:00	07:10	--	No marcó salida
4	Gustavo Maldonado	2.100.453	SS.GG.	09:20	Lun a Vie 07:00 a 15:00	--	--	No marcó entrada ni salida

P.T. FOLIO N° 157 AL 162, 164

7.2 De acuerdo con la Nómina de Funcionarios, 12 personas no se encontraban presente durante la verificación, a continuación se detalla:

N°	Nombre y Apellido	C.I. N°	Área	Horario
1	Lic. María E. Moreno	1.189.198	PANI	Lun a Vie 07:00 a 13:00
2	Ercilia Cardozo	1.510.080	APS	Lun a Vie 07:00 a 15:00
3	Cintha Ramírez	1.877.368	Estadística	Lun a Vie 07:00 a 15:00
4	Ricardo Zarate	1.877.408	Mantenimiento	Lun a Vie 07:00 a 15:00
5	Marco Samaniego	2.148.313	Transporte	Lun a Vie 07:00 a 15:00
6	Mirian Solís	2.172.316	Epidemiología	Lun a Vie 07:00 a 13:00
7	Rossana Navarro	2.580.891	PAI	Lun a Vie 07:00 a 13:00
8	Lic. Francisca Rojas	2.826.092	Programas	Lun a Vie 07:00 a 13:00
9	Adolfo Méndez	3.643.383	Transporte	Lun a Vie 07:00 a 15:00
10	Saidy Aguiar	3.832.714	Promoción	Lun a Vie 07:00 a 13:00
11	William Pérez	4.212.455	Farmacia	Lun a Vie 07:00 a 15:00
12	Pamela Cáceres	-	Administración	Lun a Vie 07:00 a 13:00

P.T. FOLIO N° 157 AL 162, 164

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

Punto 7.1

"Ítem 1 María Antonia Álvarez.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

En esta observación la funcionaria debería de salir de la institución para hacer entrega de planilla y medicamentos y por lo tanto presenta Orden de Trabajo. Se adjunta Orden de Trabajo.

Ítem 2 Anna Báez.

En esta observación la funcionaria presento un certificado de lactancia, la misma utiliza permiso al final de la jornada laboral retirándose a las 14:00hs. Se adjunta Certificado de Lactancia.

Ítem 3 María E. Ramírez.

En esta observación la funcionaria presento una Orden de Trabajo por la salida INDI, ya que la misma se desempeña como encargada de asuntos indígenas. Se adjunta Orden de Trabajo.

Ítem 4 Gustavo Maldonado

En esta observación el funcionario estaba comisionado al Centro de Salud de Nanawa para realizar algunas revisiones para posterior mantenimiento ya que el otro compañero se encontraba de reposo y que se encontraba en la sede regional solo de paso. Se adjunta Orden de Trabajo".

Punto 7.2

Ítem 1 Lic. María E. Moreno. La funcionaria se encontraba de vacaciones. Se adjunta formulario de pedido de vacaciones.

Ítem 2 Ercilia Cardozo. La funcionaria se encontraba acompañando una Ronda Medica. Se adjunta Orden de Trabajo.

Ítem 3 Cinthya Ramirez. La funcionaria se encontraba de vacaciones. Se adjunta formulario de pedido de vacaciones.

Ítem 4 Ricardo Zarate. El funcionario se encontraba de reposo. Se adjunta Certificado de reposo.

Ítem 5 Marco Samaniego. El funcionario se encontraba de vacaciones. Se adjunta formulario de pedido de vacaciones.

Ítem 6 Mirian Solís. La funcionaria se encontraba de vacaciones. Se adjunta formulario de pedido de vacaciones.

Ítem 7 Rossana Navarro. La funcionaria se encontraba con permiso de maternidad. Se adjunta Certificado de Reposo por maternidad.

Ítem 8 Lic. Francisca Rojas. La funcionaria se encontraba realizando visitas domiciliarias en zona de Remansito. Se adjunta Orden de Trabajo.

Ítem 9 Adolfo Méndez. El funcionario se encontraba acompañando una ronda Médica. Se adjunta Orden de Trabajo.

Ítem 10 Saidy Aguiar. La funcionaria se encontraba acompañando una ronda Médica. Se adjunta Orden de Trabajo.

Ítem 11 William Pérez. El funcionario se encontraba acompañando una ronda Médica. Se adjunta Orden de Trabajo.

Ítem 12 Pamela Cáceres. La funcionaria solicitó permiso para ese día".

P.T FOLIO N° 338 AL 339

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables de la institución anexaron al descargo los documentos respaldatorios en donde constan los justificativos de sus inasistencias, por lo tanto queda subsanada la observación.

E. SUMINISTROS REGIONAL

1. NO CUENTAN CON JEFATURA DE SUMINISTROS

La Encargada del Área es la Administradora de la Institución, debido a la falta de personal para ejercer dicho cargo.

P.T FOLIO N° 165

[Handwritten signatures and initials on the left margin]

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Esta es una de la áreas dependientes de la Administración que no cuenta con encargado, por la falta de funcionarios administrativos, no obstante ya se ha solicitado la designación de un encargado para el área".

P.T FOLIO N° 339

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables confirman la observación realizada, sin embargo, no se adjuntó al descargo documento respaldatorio por el cual se solicita la designación de un encargado para el Área, por lo que la Auditoría Interna se ratifica.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la Institución deberán realizar las gestiones pertinentes a fin de contar con un/a responsable que realice las gestiones administrativas correspondientes al Área de Suministros.

2. LAS FICHAS DE CONTROL DE STOCK DE ARTÍCULOS DE LIMPIEZA NO ESTABAN IMPLEMENTADAS

Las Fichas de Control de Stock de los artículos de limpieza no han sido implementadas, incumpliendo lo establecido en la Resolución S.G. N° 114/02.

P.T FOLIO N° 165

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Las fichas de control de stock estaban registrada hasta el mes de octubre de 2017, y la primera partida de insumos de limpieza fue recibida en diciembre 2017. Se deja constancia que a partir de la fecha ya están siendo utilizadas para el registro de entrada y salida de insumos".

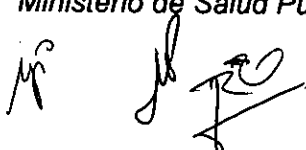
P.T FOLIO N° 339

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables mencionan en el descargo que las Fichas de Control de Stock ya están siendo utilizadas, sin embargo, no se adjuntó al mismo los documentos de respaldo, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Implementar el uso de las Fichas de Control de Stock, dando cumplimiento a la **Resolución S.G. N° 114/02** en su art. 1° *"Implementar Sistemas de Control de Stock por medios manuales (Fichas) y/o procesamiento de datos (Sistemas Informáticos), de los Bienes de Consumo, Insumos y Bienes de Cambio, en todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".*



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

3. LAS FICHAS DE CONTROL DE STOCK DE ALIMENTOS NO ESTABAN ACTUALIZADAS POR LO QUE VARIOS PRODUCTOS NO FUERON REGISTRADAS

3.1 Las Fichas de Control de Stock de Alimentos no se encontraban actualizadas, los últimos registros datan de los meses de julio, setiembre y octubre/2017, por lo tanto, varias recepciones de productos alimenticios no fueron registradas, conforme a Notas de Remisión, Actas de Recepción de Bienes y/o Servicios y Orden de Compra, por valor de G. 176.345.793, correspondiente a la Licitación Pública Nacional N° 01/2015 y N°01/2017, lo que dificultó determinar el destino dado a dichos productos. Se detalla a continuación:

Proveedor	Remisión N°/OC	Acta de Recepción de Bienes y/o Servicio N°	Fecha	Monto total G.
GRANOS Y ACEITES S.A.C.I.A	66922	110/17	05/12/17	12.535.344
	66921	111/17		18.647.759
	66923	109/17		3.100.418
	67495	111/17	16/02/18	12.911.418
	67494			52.588.050
	74865	105/17	10/11/17	44.419.324
	74866	104/17		8.252.070
	74867	103/17		1.840.710
FLAT WORLD SOLUTIONS S.A.	4404	111/17	19/02/18	2.100.000
FEDAGRO	15.2	--	05/02/18	4.075.700
EL CASTILLO S.A.	15.1	--	05/02/18	15.875.000
TOTAL G.				176.345.793

3.2 Se ha observado en las Fichas de Control de Stock de Carnaza y Pechuga de Pollo, en fecha 13/09/2017, en la columna de "Entrada" el registro de 300 kilos de carnaza y 200 kilos de pechuga, del proveedor DON MANUEL, sin embargo, no cuentan con los documentos de recepción, como Nota de Remisión y/o Acta de Recepción, conforme a manifestaciones de los responsables estos productos correspondieron al Hospital Distrital de Ñemby, pero fueron recepcionados en la XV Región Sanitaria sin documentos de respaldo.

P.T FOLIO N° 165, 167 AL 208

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

Punto 3.1 *"El registro de entrada y salida de productos alimenticios está siendo actualizada, se deja constancia de que se prevé que próximamente se pueda llegar a la actualización diaria de las entradas y salidas de todo los productos"*

Punto 3.2 *"Efectivamente se ha recibido estos productos de la firma Don Manuel y como bien consta en el informe los mismos fueron registrados en la fichas de control de stock, nuestro error esta en no haber solicitado copia de la Remisión al momento de la recepción, ya que posterior a la recepción todo el proceso se ejecutó directamente entre el proveedor y el Hospital de Ñemby"*

P.T FOLIO N° 339

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables confirman las observaciones realizadas, en cuanto a la falta de actualización de las Fichas de Control de Stock y la carencia de documentos de recepción de los productos mencionados, por lo que esta Auditoría se ratifica en la misma.

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Registrar en las Fichas de Control de Stock los productos recepcionados y mantenerlos actualizado a fin de dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, que en el art. 2° expresa: "Disponer la obligatoriedad del mantenimiento actualizado de los Registros de Control, con las documentaciones respaldatorias correspondientes", y a lo establecido en el **Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno**, en el Título II, Normas Técnicas de Control Interno NTCI N° 14.02 Normas para Controlar la Documentación, en la **NTCI-02.02 Documentación de respaldo**.

▪ **Cumplir con las disposiciones legales establecidas en:**

Ley N° 1535/99 "De Administración Financiera del Estado", Art 1 inciso b) "desarrollar sistemas que generen información oportuna y confiable sobre las operaciones".

Artículo 56, en el inciso: c) "preparar, custodiar y tener a disposición de los órganos de control interno y externo la documentación de respaldo de las operaciones asentadas en sus registros".

- **Ley N° 1.626/00 De la Función Pública Capítulo X - Del Régimen Disciplinario: Artículo 64:** Los funcionarios públicos incurrirán en responsabilidad administrativa por incumplimiento de sus deberes u obligaciones o por infringir las prohibiciones establecidas en esta ley y las leyes análogas, haciéndose pasibles de las sanciones disciplinarias determinadas en este capítulo..".

4. DEBILIDADES OBSERVADAS EN LOS DEPÓSITOS DE SUMINISTROS

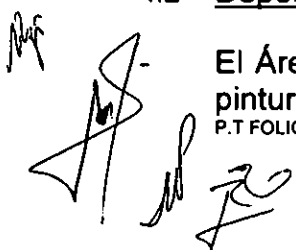
4.1 Depósito de Alimentos:

- El espacio físico es bastante reducido, al respecto, la administradora ha mencionado que los productos recibidos de los proveedores son entregados en forma inmediata a los distintos servicios dependientes de la XV Región Sanitaria.
- Cuentan con dos congeladores, los cuales son insuficientes para el almacenamiento de los productos recepcionados, así también, uno de los congeladores cuenta con herrumbres, lo que puede causar algún daño a los productos almacenados y al personal que lo manipula.
- Se ha observado suciedad, nido de hormigas en el piso, telaraña y falta de pinturas en las paredes.
- Las ventanas no cuentan con tejido metálico (anti plagas) en las aberturas, ni con rejillas para la seguridad.
- No cuentan con balanza para realizar el pesaje de los productos alimenticios a ser proveídos a las diferentes dependencias, como así también, para el control de lo recepcionado por parte de los proveedores.

4.2 Depósito de Artículos de Limpieza:

El Área se encontraba con bastante suciedad, las paredes con humedad, falta de pintura y carece de ventilación.

P.T FOLIO N° 165 AL 166





Dirección General de Auditoría Interna

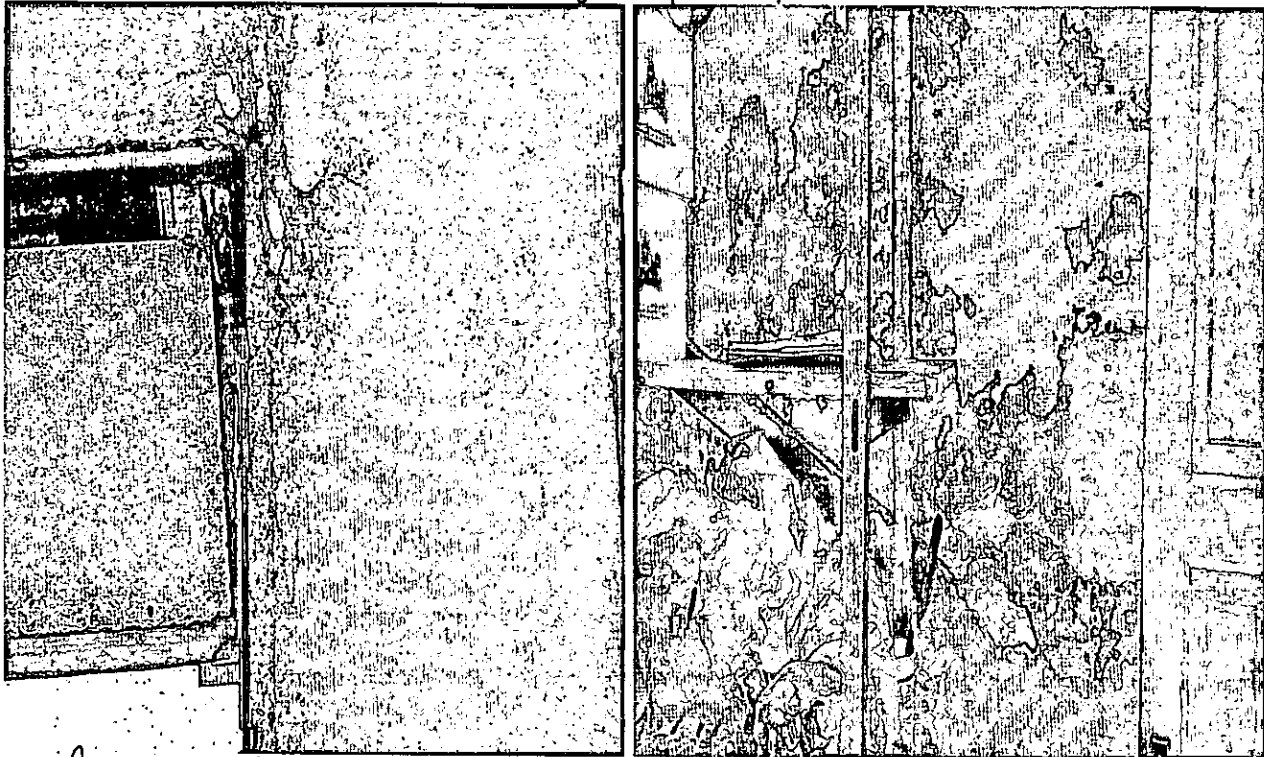
Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

IMÁGENES DEL DEPÓSITO DE ALIMENTOS



Nido de hormigas en el piso del depósito



Telaraña por las paredes y falta de pintura del depósito

Handwritten signatures and initials, including 'sal' and 'R2'.



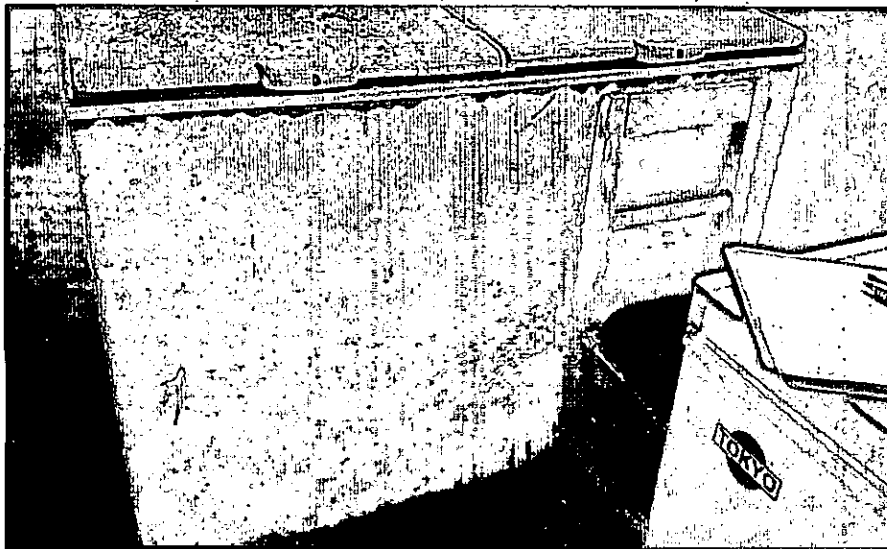
Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales



Congeladora cargada a la máxima capacidad y con herrumbre en el borde



Congeladora con herrumbre

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

Punto 4.1: "Efectivamente el espacio físico es reducido y gran parte de los productos son entregados a los servicios más cercanos el mismo día que son recepcionados, de manera a que en el depósito queden insumos para servicios alejados. Efectivamente la cantidad de congelados son insuficientes, si bien los mismos tienen herrumbre, estos no se encuentran en la parte superior. No obstante estamos pendientes a la recepción de nuevos congeladores y refrigeradores. En cuanto a la limpieza, se ha procedido a limpiar a fondo el depósito y pintar las paredes, se procederá a la instalación de tejido metálico en las ventanas. Actualmente se procede al pesaje de los productos con una romana, pero teniendo en cuenta la observación hecha, realizamos las gestiones para la adquisición de una balanza adecuada para la recepción y distribución de los productos".

Punto 4.2: "Se ha producido a la limpieza profunda del sitio, si bien es cierto que la misma cuenta con un ventanal, la misma quedo dentro de la nueva construcción del área de lavandería del Hospital regional de Villa Hayes, por lo que la ventilación se ve disminuida".

P.T FOLIO N° 339

Mi
[Handwritten signature]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Las Observaciones quedan ratificadas, debido a que los responsables de la XV Región Sanitaria aceptan las mismas, sin embargo, no anexaron al descargo las documentaciones respaldatorias de las gestiones realizadas.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán gerenciar en forma periódica la limpieza y el mantenimiento de las instalaciones del depósito, como de la seguridad en las ventanas y dotar de los equipamientos y mobiliarios adecuados para el almacenamiento y control de los productos recepcionados y remitidos a los diferentes servicios dependientes, a fin de ajustarse a lo dispuesto en la **Ley N° 836/80 "Código Sanitario"** Libro II De los Alimentos Título II "De los Alimentos y su Higiene".

5. LAS ADQUISICIONES REALIZADAS A TRAVÉS DE LA CAJA CHICA NO SON REGISTRADAS EN LAS FICHAS DE CONTROL DE STOCK

Las adquisiciones realizadas a través de Caja Chica, no son registradas en las Fichas de Control de Stock, como por ejemplo: útiles de oficina y artículos de ferretería.

P.T FOLIO N° 166

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"A partir de la fecha se procederá a registrar en la ficha de control de stock todas las adquisiciones hechas por caja chica".

P.T FOLIO N° 340

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma la observación de la Auditoría Interna.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Habilitar Fichas de Control de Stock para todos los productos existentes en depósito y mantener actualizado sus registros a fin de tener datos certeros y dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, que dispone en el **Art. 1° "Implementar Sistemas de Control de Stock, por medios manuales (Fichas) y/o de procesamiento de datos (Sistemas Informáticos), de los Bienes de Consumo, Insumos y Bienes de Cambio, en todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social"**.

6. CARENCIA DE ARTÍCULOS DE LIMPIEZA

Carecen de artículos de limpieza desde hace un año aproximadamente, por lo que deben realizar autogestión para la adquisición de dichos productos de limpieza, del Staff Regional. Al respecto, se ha observado falta de limpieza en diferentes Áreas de la Institución.

P.T FOLIO N° 166



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Al momento de la verificación ya no se contaba con insumos de limpieza, actualmente estamos recibiendo una nueva partida de insumos de las adquisiciones realizadas por nivel central, por lo que esta observación está siendo subsanada".

P.T FOLIO N° 340

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma la observación, que al momento del trabajo de campo carecían de artículos de limpieza.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Las autoridades de la XV Región Sanitaria deberán gerenciar ante las instancias pertinentes, la implementación de los mecanismos necesarios para lograr una mayor ejecución del presupuesto asignado, para la provisión de los elementos de limpieza esenciales para la Región Sanitaria y Servicios Dependientes.

7. DEBILIDADES EN LOS FORMULARIOS "HOJA DE REMISIÓN"

Se observaron varios Formularios "Hoja de Remisión" de distribución de alimentos en los que no fueron cerrados los espacios en blanco y otros carecen de firma de la persona que ha entregado los productos, como por ejemplo: Hoja de Remisión N° 160, 162 al 178. P.T FOLIO N° 166, 209 AL 227

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"A partir de la presente todos los espacios en blanco de cada formulario será cerrado al momento de la recepción de los productos por parte del solicitante".

P.T FOLIO N° 340

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la observación de la Auditoría Interna.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los formularios deben ser llenados correctamente con todos los datos requeridos y cerrar los espacios en blanco; pues los mismos son documentaciones de respaldo de los hechos realizados, los que deben estar disponibles para los organismos de control pertinentes.

- Cumplir con lo establecido en el **Manual Básico de Normas y Técnicas de Control Interno** de la Contraloría General de la República, en el Título I: Normas Básicas de Control Interno, PCI 03 - **Implementación del Sistema de Control Interno** que establece: Todas las entidades y organismos del sector público, establecerán y mantendrán actualizado un sistema de control interno propio para el desarrollo de sus actividades administrativas y financieras, de acuerdo a sus propias necesidades y características de sus operaciones".

Mf J 102



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

8. EXTINTOR DE FUEGO VENCIDO

Se ha visualizado un solo extintor de fuego en el depósito, el cual se encontraba vencido (junio/2012).



P.T FOLIO N° 166

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Se procederá a la recarga del extintor y se verá la posibilidad de la adquisición de más unidades para todas las áreas".

P.T FOLIO N° 340

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la observación de la Auditoría Interna.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Realizar las gestiones correspondientes ante las instancias pertinentes para la adquisición de extintores, de manera a que puedan ser utilizados en caso que ocurriera algún siniestro.

F. TRANSPORTE REGIONAL

Encargado Regional: Eduardo González

1. EL ENCARGADO DE TRANSPORTE TAMBIÉN CUMPLE FUNCIONES EN EL HOSPITAL REGIONAL

La XV Región Sanitaria cuenta con un responsable del Área de Transporte designado por Resolución Ministerial, quien se encarga además del movimiento y rendición de combustibles utilizados en el Hospital Regional, el mismo no cobra los beneficios por responsabilidad en el cargo.

P.T FOLIO N° 228

Handwritten signatures and initials.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Sobre el punto de la rendición de combustible el responsable del área se encarga de la recepción y consolidación de los informes de uso de combustible de los distintos servicios. En cuanto a los beneficios, el funcionario efectivamente no percibe Bonificación de ningún tipo, pero este beneficio fue solicitado al principio del año". P.T FOLIO N° 294

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Con relación al descargo presentado, los responsables de la XV Región Sanitaria aceptan lo observado, por lo que la auditoría se ratifica.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la XV Región Sanitaria – Presidente Hayes deberán realizar una reorganización de RR.HH., a fin de designar a un encargado en el Departamento de Transporte en el Hospital Regional, de manera a evitar que una misma persona tenga a su cargo la realización de varias tareas, las que podrían en algunos casos ser incompatibles entre sí y afectar la eficiencia del servicio.

2. INCONSISTENCIA EN LA NUMERACIÓN DE CHAPA ENTRE EL TICKET Y LOS FORMULARIOS

Se ha visualizado en los formularios de Rendición de Combustible (exigidos por la Resolución S.G. N° 210/09), que la Numeración de Chapa EAJ 961 Ambulancia Toyota Land Cruiser, no coincide con lo descrito en el Ticket de carga de combustible que fueron presentados a la Dirección Administrativa correspondiente a los meses de diciembre/17, enero/18 y febrero/18. P.T FOLIO N° 229 AL 250

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Sobre el punto 2 que habla de la inconsistencia en la numeración de chapa entre el ticket y los formularios, cuando la región Sanitaria recibió la ambulancia EAJ 961 Toyota Land Cruiser la empresa Petropar entregó la tarjetas magnéticas para la recarga de combustible donde figura en el ticket una chapa provisoria SEMA 115. Luego el Departamento de Transporte del Ministerio emite las chapas Definitiva para dicha ambulancia que es la EAJ 961. En fecha me comprometo a la realizar las gestiones pertinentes para realizar una actualización de las chapas SEMA 113, 114, 115, 116, 188. Con la empresa Petropar a través del departamento de Control y Monitoreo de Combustibles, para que figure la chapa definitiva en el Ticket". P.T FOLIO N° 294

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La Auditoría se ratifica en la observación, teniendo en cuenta que no fue presentado el documento que respalde el descargo presentado.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Se recomienda que los Responsables de la Institución informen el error de registro de la numeración de la chapa expuesta en el ticket de carga y tramitar con los Formularios de Anulación en la fecha de haber ocurrido el hecho y remitir primero



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

por correo a la Unidad de Monitoreo y Control de Servicio de Transporte y combustibles, luego por Nota a la Dirección Administrativa – D.G.A.F. a fin de mantener actualizado los mecanismos de Control Interno de la recepción, distribución y utilización de los combustibles, de conformidad a las normas de aplicación general, reconocidos en la práctica administrativa a fin de agilizar las actividades en forma eficiente, efectiva y económica para alcanzar los objetivos establecidos por el Ministerio de Salud.

3. LOS VEHÍCULOS CARECÍAN DE RASP Y CUADERNO DE REGISTRO DE ÓRDENES DE TRABAJO

Los vehículos carecían de la numeración correspondiente al Registro de Automotores del Sector Público (RASP), como también del Cuaderno de Registro de Órdenes de Trabajo, según lo establece la Resolución C.G.R N° 339/02. Ejemplo: Volkswagen Furgón, Chapa N° EAH 661, Mercedes Benz, Marcopolo, Chapa N° EAH 768, Ford, Chapa N° BDK 734, Isuzu Dmax Chapa N° EAH 985 y EAG 672.

P.T FOLIO N° 251 AL 267

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En el punto 3 sobre la carencia de RASP en los vehículos ya se está realizando el proceso de enumeración RASP a los vehículos de la XV Región Sanitaria y la implementación y compromiso de habilitar el cuaderno de registros de órdenes de trabajo como establece la Resolución C.G.R. 339/02, para tener un mejor control y manejo de movimiento de los vehículos de esta región".

P.T FOLIO N° 294

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La Auditoría se ratifica en la observación, teniendo en cuenta que no fue presentado el documento que respalde el descargo presentado.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables deberán implementar un sistema de control de sus bienes y realizar los trámites pertinentes a fin de registrar oportunamente sus vehículos, y conforme a lo que establece la Ley N° 704/95 de "Registro de Automotores del Sector Público" en los **Artículos; 4°**: "La Dirección de Transporte Terrestre de la Sub-Secretaría de Transporte del Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones, expedirá a cada vehículo registrado una placa y una tarjeta de identificación...", **Art. 5°**.- "Cada vehículo del sector público llevará pintado en parte visible dentro de un recuadro no menor de 1.000 cms² el nombre de la repartición pública...", **Art. 8°**: "Los organismos de la Administración Central y de los Entes Descentralizados ordenarán la inscripción de sus respectivos vehículos en el Registro de Automotores del Sector público"

Asimismo, dar cumplimiento a lo que establece la Resolución N°339/02 Por el cual se modifica el Art. N° 4 de la Resolución C.G.R. N° 119 del 15 de marzo del 1996 quedando redactado como sigue: "Cada Automotor de sector Publico, debe de contar en todo momento, de un Libro foliado y rubricado por el Titular o Representante de la Institución Correspondiente, denominado Registro de Ordenes de Trabajo, el que deberá contar en cuanto menos con los siguientes datos: Fecha, N° de Orden de Trabajo, Misión a cumplir..."



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

4. VEHÍCULO EN MAL ESTADO UBICADO EN EL PREDIO DE LA REGIONAL

En el predio de la Región Sanitaria se visualizó un vehículo de la marca Nissan, con numeración de Chasis JN1CJUD22ZO11B191, donado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS a la Unidad de Salud Familiar N° 2 y 3, el cual se encontraba sin la rueda la trasera del lado izquierdo, y las demás en llantas, y en estado prácticamente en desuso. El mismo no contaba con Informe Técnico. P.T FOLIO N° 288 AL 288

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

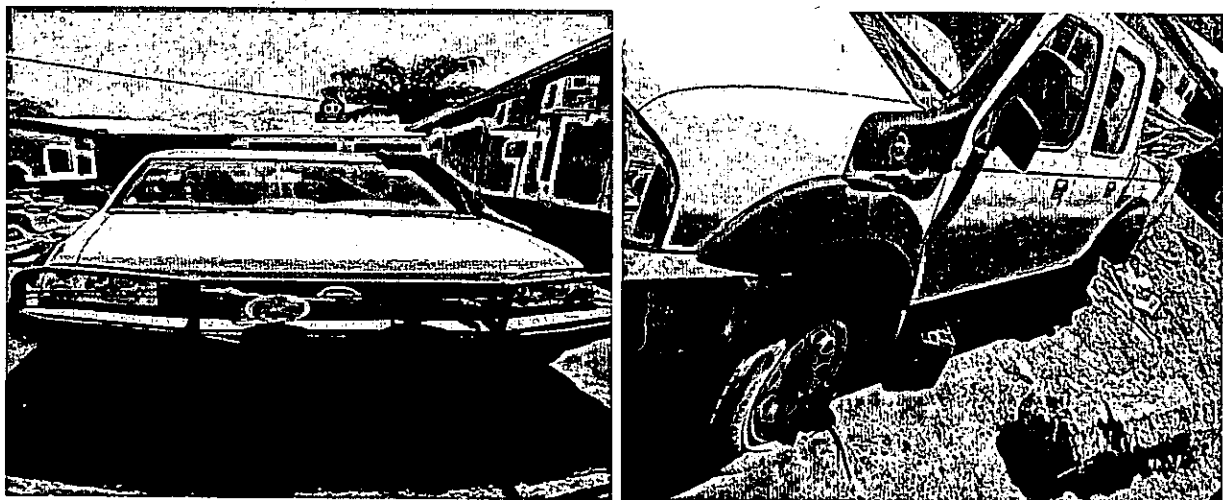
"En el punto 4 Sobre los vehículos que se encontraba en mal estado en el predio de la región, dicha camioneta he recibido a mediados del mes de julio 2017, autorizado por el Director Regional y fue remolcada por quien era encargado de transporte en esa época el Señor Jorge Alvarenga en compañía del chofer Benigno Godoy, la camioneta mencionada estaba entero pero sin funcionar con problemas mecánicos, fue remolcado desde el Centro de Salud de Irala Fernández hasta la sede regional de Pdte. Hayes. En fecha 18 de agosto del 2017 se presentó una nota al jefe de transporte del M.S.P. y B. S. sobre la situación que se encontraba dicha camioneta sin tener respuesta hasta la fecha. Se solicitó el pedido de baja a dicha camioneta y fue entregado al Departamento de Transporte del Ministerio". P.T FOLIO N° 294

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La Auditoría se ratifica en la observación, teniendo en cuenta que no fueron presentados los documentos que respaldan el Informe Técnico y situación de la Camioneta.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Realizar los trámites pertinentes e informar el estado de la situación del vehículo para realizar el Mantenimiento y su reparación si fuera necesario o empezar con los trámites para dar de baja los bienes que se encuentran en desuso, tal como lo establece el **Decreto N° 20132/03 "Por el cual se aprueba el Manual que establece Normas y Procedimientos para la Administración, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los Bienes del Estado y se deroga el Decreto N° 39759/83", Capítulo 10 - Bajas y Traspaso de Bienes - Bajas de bienes por obsolescencia, merma, rotura, desuso, vencimiento.**



Vehículo donado por la OPS a la USF 2 y 3 Distrito de Irala Fernández

Handwritten signatures and initials on the left margin.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

CAPITULO SEGUNDO

HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES

I. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD EXAMINADA

A. ANTECEDENTES Y BASE LEGAL

Por Decreto N° 21376 de fecha 05/06/98, "se establece la nueva Organización funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social". El Capítulo III "De la Organización y Estructura Organizacional", en el Art. 16° numeral 4) "Incorpora a la Estructura orgánica del M.S.P. y B.S. a las **Regiones Sanitarias** coincidentes con la división política del país; estructuradas según niveles de complejidad y atención: cuentan con **Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales Distritales y Regionales**, como unidades de ofertas de servicios departamentales y locales...".

B. RELACIÓN DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS EN LAS OBSERVACIONES

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	PERIODO
Dr. Orlando Daniel Melgarejo	Encargado de la Dirección del Hospital Regional de Pdte. Hayes	Desde el 08/06/2015 a la fecha.
Sra. Blanca Fabiana López Tintel	Encargada del Dpto. Administrativo del Hospital Regional	Desde el 20/11/2013 a la fecha.
Sra. Rocío Arminda Giménez	Jefa de Sección Recursos Humanos del Hospital Regional	Desde el 31/03/2017 a la fecha.
Fca. Josefina Ferreira de Díaz	Regente de la Farmacia Interna Hospital Regional	Desde el 05/02/2014 a la fecha.

P.T FOLIO N° 567 AL 570

II. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA AUDITORIA INTERNA

A. ORGANIGRAMA Y MANUAL DE FUNCIONES

El Hospital Regional de Villa Hayes utiliza el Manual de Funciones y Procedimientos y el Organigrama Funcional Básico para Hospitales aprobado por Resolución S.G. N° 552/08 del MSP y BS, el cual se encuentra desfasado con relación a los servicios prestados, y no está acorde a la estructura real del Servicio.

P.T FOLIO N° 341

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Actualizar el Organigrama, conforme a los servicios que el Hospital Regional tiene incorporado dentro de su estructura y arbitrar los medios necesarios para su correspondiente aprobación a fin de ser presentados a las instancias pertinentes que lo solicitan, facilitando además la identificación de las líneas de autoridad y responsabilidad institucional.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

B. CONSEJO LOCAL DE SALUD DE JOSÉ FALCÓN

Presidente: Intendente Abog. Delia Ramirez

Administradora: Lic. Delia Caballero

1. ATRASO EN EL PAGO DE SALARIOS A PERSONALES CONTRATADOS POR EL CLS

En el Ejercicio Fiscal 2017 el Consejo Local de salud de Falcón percibió 5 desembolsos lo que totalizó G. 510.000.000 en concepto de Fondos de Equidad, de los cuales se destinó al Hospital Regional de Villa Hayes la suma de G. 325.000.000, que fueron destinados para pagos de salarios hasta el mes de noviembre/17, quedando pendiente los pagos correspondientes al mes de diciembre/17 y lo que corresponde al año 2018.

P.T FOLIO N° 342 AL 350

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"...el pago de salario a los mismos funcionarios dependiente del Consejo fue percibido hasta el mes de enero del corriente año".

P.T FOLIO N° 102

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables mencionan que se ha realizado el pago de salario hasta el mes de enero/18, sin embargo, no se adjuntaron las documentaciones respaldatorias por los desembolsos realizados conforme lo establece la Resolución S.G. N° 783/15.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

La Dirección de Descentralización de Salud deberá realizar las gestiones pertinentes, de manera que las transferencias de fondos estén en tiempo oportuno, a fin de cumplir con los compromisos asumidos conforme al Manual de Procedimientos Administrativos para Consejos Regionales y Locales de Salud que suscriban Acuerdos de Descentralización de Salud en el Marco de la **Resolución S.G. N° 783/15** que establece en el **Capítulo VIII de los Recursos Humanos: Contratos, plazos, cláusulas, sanciones, incentivos: "Toda persona que tenga relación de servicios con el Consejo Local de Salud se concretará a través de la firma de un contrato de prestación de servicios. En dicho contrato se especificará el monto a percibir, plazo de la relación contractual, sanciones e incentivos a que podría tener derecho el contratado"**.

2. DOCUMENTOS DE RENDICIÓN AUN NO FUERON PRESENTADOS A LA INSTANCIA CORRESPONDIENTE

Las rendiciones de cuentas por los aportes recibidos correspondientes al Ejercicio Fiscal 2017, aún no se han presentado a la Dirección General de Descentralización.

P.T FOLIO N° 351 AL 353

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No presentaron descargo.

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables del Consejo Local de Salud de José Falcón, deberán dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 571/17, "Por la cual se autoriza la transferencia de Fondos de Equidad a los Consejos Locales de Salud del Departamento de Pdte. Hayes", que expresa en el Artículo 6° "Disponer que los Consejos Locales de Salud mencionados en el Artículo 1° de esta Resolución, deberán realizar la rendición de cuentas al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en un plazo no mayor a los treinta (30) días, computados a partir de la recepción del aporte y habiéndose ejecutado el 90% del total recibido en concepto de transferencias.

3. CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO CARECEN DE FIRMA

A la fecha del trabajo de campo el Hospital Regional contaba con 39 personal contratado por el Consejo Local de Salud de Puerto José Falcón, al respecto la mayoría de los contratos elaborados no contaban con la firma del contratado y de la Presidenta del Consejo Local de Salud.

P.T FOLIO N° 354 AL 357

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

El Manual de Procedimientos Administrativos para Consejos Regionales y Locales de Salud que suscriban Acuerdos de Descentralización de Salud en el Marco de la Ley N° 3007/06, aprobado por Resolución S.G. N° 783/15 establece en el Capítulo VIII de los Recursos Humanos: Contratos, plazos, cláusulas, sanciones, incentivos: "Toda persona que tenga relación de servicios con el Consejo Local de Salud se concretará a través de la firma de un contrato de prestación de servicios. En dicho contrato se especificará el monto a percibir, plazo de la relación contractual, sanciones e incentivos a que podría tener derecho el contratado".

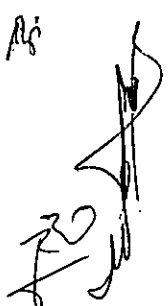
C. CONVENIO IPS-MSPYBS

FALTA DE PAGO POR SERVICIOS PRESTADOS A ASEGURADOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

El Hospital Regional de Villa Hayes presta servicios a los asegurados del Instituto de Previsión Social mediante un Convenio firmado con el Instituto, pero a la fecha no han recibido el pago mensual establecido en la Cláusula Segunda de la Addenda a los Convenios firmados entre el IPS y el MSP y BS en el año 2011. Al respecto, las autoridades del Hospital han presentado Nota al Instituto de Previsión Social con Nro. de Mesa de Entrada N° 055901/17 de fecha 17/11/17, por la cual solicitan el pago por los servicios prestados a los asegurados, correspondiente al mes de Octubre/2017 por un monto de G. 10.420.000, sin embargo, hasta la fecha del trabajo de campo (06/03/18) no fue depositado en la Cuenta Corriente habilitado para el efecto. P.T FOLIO N° 358 AL 451

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

Así


Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables del Hospital Regional de Villa Hayes, deberán dar seguimiento a las Notas remitidas al Instituto de Previsión Social, a fin de exigir el cumplimiento de la Resolución N°050-005/11, por la que se aprueba la suscripción de la Adenda de los Convenios firmados entre el Instituto de Previsión Social y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar social para la prestación de servicios médicos asistenciales en diversas localidades del interior del país; cláusula primera: **De la cofinanciación de los servicios: requisitos y forma de pago** "...el IPS abonará por la atención otorgada a sus asegurados un pago (en efectivo y/o servicios, y/o insumos hospitalarios) al Consejo Local de Salud del Distrito en el cual se realice la prestación. Este pago será realizado en forma mensual, y el monto a ser abonado será realizado conforme al listado de las prestaciones otorgada a los asegurados..." y la Resolución N° 036-004/12 El Consejo de Administración del Instituto de Previsión Social Resuelve: "Ratificar la forma de pago en efectivo, a través de transferencia bancaria, a cuenta del Consejo Local o Regional de Salud respectivo; por las prestaciones médicas otorgadas a asegurados del I.P.S. , en el marco de los Convenios de Cooperación".

D. FARMACIA INTERNA HOSPITAL REGIONAL

Regente: Fca. Josefina Ferreira de Díaz

La Farmacia Interna se encuentra habilitada por la Oficina Técnica de Vigilancia Sanitaria - DINAVISA de la XV Región Sanitaria, mediante autorización de Apertura y Funcionamiento N° 010/2018 de fecha 09/02/2018, y la misma se halla inscrita en el Registro Nacional de Sustancias Estupefacientes y Drogas Peligrosas, con número de Inscripción. N° 1077, que expiró el 31/03/2018.

La Farmacia se encuentra abierta las 24hs., de lunes a domingo, cuenta con 9 (nueve) funcionarios, distribuido en los siguientes turnos:

TURNO MAÑANA: Isabel Martínez – Aux. en Farmacia
Roberto Irala – Asist. de Farmacia
María José Benítez – Téc. Sup. en Farmacia
Contratada por el Consejo Local de Salud

TURNO TARDE: María Victoria Martínez – Aux en Farmacia

TURNO NOCHE: Eulalia Arguello – Asist. de Farmacia
Dora Rodríguez – Téc. Sup. en Farmacia
Contratada por el Consejo Local
Pamela Benítez – Contratada por el Consejo Local

FRANQUERA DÍA: Felicita Jara – Asist. De Farmacia

FRANQUERA NOCHE: Ana Martínez – Téc. En Farmacia
P.T FOLIO N° 452 AL 456





Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

1. LA FARMACIA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL NO CUENTA CON JEFE O ENCARGADO/A

La Farmacia Interna del Hospital Regional no dispone de Jefe o Encargado, solo cuenta con Regente la Fca. Josefina Ferreira de Díaz, según Resolución Ministerial D.G.RR.HH. N° 362/1414.

P.T FOLIO N° 456

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La Farmacia no cuenta con encargado/a pero cada uno/a tiene su funciones, responsabilidades individuales y generales según ficha de actividades (anexo fichas)".

P.T FOLIO N° 91

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La Auditoría Interna se ratifica en la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Designar un funcionario como Encargado del área, a fin de contar con una persona responsable e idónea, que coordine y organice los trabajos conforme lo dispone el Decreto N° 17627/02 Art.2° *"Farmacia Pública Hospitalaria: es el establecimiento farmacéutico dependiente de un Hospital Público del M.SP. y B.S, destinado a la dispensación o comercialización de medicamentos e insumos a sus pacientes internos o ambulatorios y que se halla funcionando bajo la dirección técnica de un profesional Regente, Químico Farmacéutico, Farmacéutico o Doctor en Farmacia"*.

2. TIENEN IMPLEMENTADO EL SICIAP PERO NO UTILIZAN POR FALTA DE RECURSOS HUMANOS

Tienen implementadas las Fichas Kárdex en forma manual. El sistema SICIAP está instalado pero no utilizan por falta de Recursos Humanos, el funcionario que realizaba la carga se reintegró unos días antes del cierre del trabajo de campo, lo que dificultó contar con informes sobre el movimiento del stock de los medicamentos e insumos.

P.T FOLIO N° 456 AL 474

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"El SICIAP funciona parcialmente por Falta de RR.HH. en el Área de Informática que imposibilita contar con un informe de movimiento de stock de medicamentos e insumos, pero si se tiene implementado las Fichas Kárdex que se carga manualmente tanto en Depósito y Ventanilla cuenta con Fichas Kárdex diferentes, donde se observa la entrada, salida y saldo de medicamentos e insumos que provee el Parque Sanitario Regional mensualmente".

P.T FOLIO N° 91

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Con el descargo presentado por la responsable se confirma la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma.

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Realizar las gestiones pertinentes a fin de incorporar el servicio de un funcionario encargado de mantener actualizados los registros en el SICIAP y dar cumplimiento a la **Resolución S.G. N° 902/2015** "Por la cual se establece que la implementación obligatoria del sistema de control de stock de medicamentos e insumos, se realice mediante el uso de Registros Informatizados (Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizados del Paraguay – SICIAP) o de Registros manuales; con la utilización de Recetario/Recibo, el informe de Movimientos de Insumos "IMI" y la Planilla de Control de stock Diario (Kárdex), en todos los servicios de salud del M.S.P. y B.S."

3. SE HA VISUALIZADO QUE LA FARMACIA INTERNA ES DE ESPACIO FÍSICO REDUCIDO

El espacio físico destinado a la Farmacia Interna es sumamente reducido, cuenta con un solo depósito en el cual son recepcionados los medicamentos e insumos y a la vez son distribuidos a los Servicios del Hospital y a los pacientes en ventanilla. No tiene suficiente aireación, solo cuenta con 1(un) acondicionador de aire.

P.T FOLIO N° 475

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La Farmacia cuenta con una dimensión de 52,90 m lo cual cumple con los requisitos exigidos en las Legislación vigente por la Ley N° 836/80, Código Sanitario Ley N° 1.119/97 y la Resolución N° 498/14 por la cual se Aprueba la Guía de cumplimiento de Buenas Prácticas de Farmacia para la Obtención de Apertura según Acta de inspección N° 069/17 de fecha 11/07/2017 realizada por la Qca. Fca. Myrta Pane de Facetti Directora de Vigilancia de la XVIII R.S. y la Qca. Alejandra Villalba de Área de Inspección – Dpto. Central (Anexo documentos)". P.T FOLIO N° 91

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La Auditoría se rectifica en la observación: "El espacio físico destinado a la Farmacia Interna es sumamente reducido", pero se ratifica en la observación "No tiene suficiente aireación, solo cuenta con 1(un) acondicionador de aire".

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a la **Guía del Sistema Logístico de Medicamentos e Insumos** que establece: "**Buenas Prácticas de Almacenamiento:**" Las áreas de almacenamiento deben contar con un sistema mecánico para el acondicionamiento térmico en un rango de 20° C a 28° C en los locales que no posean aire acondicionado y mantener una humedad por debajo del 60 %. Para dicho efecto con hidrómetro y termómetro para llevar el control periódico de los mismos..."

4. FALENCIAS EN LA ELABORACIÓN DE LAS RECETAS

La cantidad diaria de recetas emitidas es de 500 (quinientos) aproximadamente y varias de ellas carecen del llenado correcto como ser: fecha de elaboración, diagnóstico, no cuentan con la firma y/o sello del profesional que lo recetó, se expiden por el nombre comercial del medicamento, algunas prescripciones son realizadas por Licenciadas en obstetricia y otras no cuentan con Cedula de Identidad Policial del usuario/a.





Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

A continuación se detalla:

NOMBRE DEL PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	Nº REGISTRO	NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	OBSERVACIÓN
DR. LUIS LÓPEZ	PEDIATRA	4.001	JERUSA ORTIZ	AMOXICILINA SALBUTAMOL, IBUPROFENO	NSV Nº DE C.I. DEL USUARIO
NSV	NSV	NSV	MICAEL BARRIOS	BETAMETASONA, ACIDO FUSIDICO	NSV C.I., ACLARACION DE FIRMA DEL MEDICO
DRA. LIZ FERREIRA	PEDIATRA	3.692	VALENTINA TORRES	TRIMETROPIM SULFATO, CLORFENAMINA, PERMETRINA, ACIDO FUSIDICO	NSV C.I. DEL PACIENTE
DRA. LIZ FERREIRA	PEDIATRA	3.692	MIA TORRES	TRIMETROPIN SULFATO, CLORFENAMINA, PERMETRINA, ACIDO FUSIDICO	NSV C.I. DEL PACIENTE
DRA. A. CHAPARRO	NSV	10.037	ARACELY CHAPARRO	LEVOTIROXINA	NSV C.I. DEL PACIENTE
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ LESMO	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	11.472	CARMEN OSOA	IBUPROFENO, OMEPRAZOL	NSV FECHA
AMANDA NÚÑEZ	MEDICO CIRUJANO	14.025	EUGENIA NÚÑEZ	LOSARTAN	
DRA. GRISELDA BRUN	PEDIATRA-NEONATOLOGÍA	2.512	MICAEL BARRIOS	METRONIDAZOL, ALBENDAZOL, SULFATO FERROSO	
DRA. GRISELDA BRUN	PEDIATRA-NEONATOLOGÍA	2.512	FIGRELLA BARRIOS	ALBENDAZOL, SULFATO FERROSO	
DR. RICARDO ESCOBAR	CIRUGÍA GENERAL	3.202	FAUSTINA VARGAS	AEROFAGIL	SV RECETA EXPEDIDA CON NOMBRE COMERCIAL
DR. AUGUSTO TORRES MILLAN	MEDICO GENERAL	9.621	ANNA BÁEZ	KITADOL	
DR. MICHAEL J. DOUGLAS	MEDICO	11.214	LIZ RAGONI	ANALER	
DRA. ARACELY CHAPARRO	NEUMÓLOGA	10.037	MARINA MARTÍNEZ	AAS 125	
DRA. ARACELY CHAPARRO	NEUMÓLOGA	10.037	NANCY BOGADO	MULTIVITAM PLUS	
DRA. MARÍA NEGRI DUM	MEDICO	11.652	ASUNCIÓN VIDALLET	ASPIRINA 125	NSV SELLO DEL SERVICIO
DRA. MARÍA ANDRESA INFRAN	PEDIATRA	4.493	ANDRES SAMUDIO	S. FISIOLÓGICO, PERFUS, PUNZOCAT, ONDANSETRON,, DIPIRONA	
DRA. MARÍA ANDRESA INFRAN	PEDIATRA	4.493	TATIANA SAMANIEGO	PARACETAMOL	
DRA. MARÍA ANDRESA INFRAN	PEDIATRA	4.493	JESSICA DÍAZ	PARACETAMOL	
DRA. MARÍA ANDRESA INFRAN	PEDIATRA	4.493	RUTH SAMANIEGO	PARACETAMOL	
DRA. MAIDA BARRIOS	MEDICA GENERAL	9.682	FLORENTIN ROBLE	SULFAMETOXAZOL	

AV
ROJ



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

NOMBRE DEL PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	N° REGISTRO	NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	OBSERVACIÓN
NSV	NSV	NSV	ÁNGELA BEATRIZ CASTILLO	CLORFENAMINA, IBUPROFENO	NSV FIRMA DEL PROFESIONAL MEDICO
DRA. GLORIA RÍOS	CLÍNICA MEDICA	5.418	ROSSANA JARA	FLUOXETINA	
DR. FEDERICO C. GONZÁLEZ	MEDICINA GENERAL	13.475	CAMILA BENÍTEZ	CEPROFLOXACINA, PARACETAMOL	NSV FIRMA DEL PROFESIONAL MEDICO
DRA. GLORIA RÍOS	CLÍNICA MEDICA	5418	SANTO JARA	LEVODOPA, MULTIVITAMINA	NSV FIRMA DEL PROFESIONAL MEDICO
DR. ALEJANDRO D. AVILA ARIAS	MEDICO CIRUJANO	10.964	ELSA PETERS	SALBUTAMOL, PREDNISONA	SV LA FIRMA DE DOS PROFESIONALES MÉDICOS Y DOS FECHAS DIFERENTES, EN UNA MISMA RECETA
DR. DIEGO MACIEL	MEDICO CIRUJANO	10.111			
NSV	NSV	NSV	BRAIAN BARRIENTOS	ALBENDAZOL, CLORFERIDAMINA, ACIDO FOLICO	NSV ACLARACION DE FIRMA DEL PROFESIONAL
NSV	NSV	NSV	JUANA NUÑEZ	CIPROFLOXACINA, RANITIDINA, OMEPRAZOL	NSV ACLARACION DE FIRMA DEL PROFESIONAL
NSV	NSV	NSV	LIDUVINA REYES	METROSOL, AMOXI-SULBACTAM, IBUPROFENO	NSV ACLARACION DE FIRMA DEL PROFESIONAL

Si se visualiza: SV

No se visualiza: NSV

P.T FOLIO N° 478 AL 492

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La falencia en la elaboración de las recetas: En cuanto a los Médicos Pediatras se entiende que en varias ocasiones los pacientes no cuentan con su C.I.P. por su corta edad o son RN, hasta cierta edad, algunos no cuentan con documentaciones; pero si los pacientes deben administrarse su medicinas por ende no se puede dejar de entregar el producto por la misma situación que se encuentra, son de escasos recursos y no pueden adquirir los medicamentos de una farmacia privada, en el caso de las recetas que prescriben las Lic. De Obstetricia según la Ley N° 5.423 en su Artículo 15 inciso K permiten prescribir medicamentos dentro de su área de competencia, en cuanto a los médicos que prescriben los medicamentos con nombres comerciales, sin sellos y sin fechas se emitirá un comunicado reiterando la correcta elaboración de las recetas (anexo comunicado anterior y nota al respecto de la correcta elaboración de las recetas)".

P.T FOLIO N° 91

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Con el descargo presentado se confirma la observación, por lo que la Auditoría ratifica la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA

Los profesionales médicos deben cumplir con el llenado correcto del diagnóstico, número de CI del paciente, firma y sello identificador y Nro. de registro profesional del médico tratante, cumpliendo con las siguientes normativas:



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Resolución S.G. N° 1129/2006 "Por la cual se establecen normas para la elaboración de recetas a ser expeditas en los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social"

La **Resolución S.G. N° 1073/2011** Por la cual se aprueba la "Guía del Sistema Logístico de medicamentos e Insumos" Reglamentos y disposiciones referentes a la Entrega de medicamentos e insumos "Para dispensar o entregar los medicamentos e insumos a los pacientes/usuarios, se debe contar con la receta con datos completos".

En el caso de las Licenciadas en Obstetricia y Licenciadas en Enfermería están sujetas a las siguientes reglamentaciones:

- **Ley N° 5423/2015 "Del Ejercicio del Obstetra en la República del Paraguay, Capítulo IV DE LAS COMPETENCIAS DEL OBSTETRA, Artículo 15.-** "El Obstetra: Prescribe medicamentos dentro del área de su competencia. Expide certificados de nacido vivo, defunción y de incapacidad temporal para el trabajo, surgidos del descanso prenatal y postnatal, de las pacientes a quienes controla su embarazo".
- **Manual de Organización y Funciones Resolución S.G. N° 254/2008** "Por la cual se reestructura la Organización Funcional de la Dirección de Obstetricia, dependiente de la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social"

3.4.4. Procedimiento de Obstetricia:

19. Prescripción de analgésicos, antiespasmódicos y otros medicamentos de la especialidad.

- **LEY N° 3206/07 DEL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA: "LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, g)"** en lo relacionado con la administración de medicamentos, el personal de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente"
- **Resolución S.G. N° 397/1990, Art. 2°** "Establecer, además, que las Licenciadas en Obstetricia y en Enfermería, con títulos universitarios registrados y habilitados, están autorizadas a recetar fármacos en las localidades del interior del país donde no existen profesionales médicos..."

5. DEBILIDADES OBSERVADAS EN LA ELABORACIÓN DE PEDIDO INTERNO

Los insumos se distribuyen a las diferentes áreas (urgencias, enfermería, sala de parto, etc.) a través de Pedidos Internos donde se observó que en algunos casos no cierran los espacios en blanco, y no cuentan con la firma ni aclaración de firma del que retira. En otros casos en los consultorios utilizan recetarios para pedidos de medicamentos e insumos.

P.T FOLIO N° 493 AL 501

M/O



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Consultorio Psiquiátrico

De fr. lentes

Alcohol metílico

Accesorios

Unguento Pediatrico

Estabilización Ejemplar

Paquete Hidroalcohol (Pap) = Dos

base Pate bomb. = dos

Alcohol liq. franco = Dos

JOP Sane. franco = Dos

Guante procedimiento (Pap) = Dos

Jeringa 10 cc 45 -

Jeringa 24 15 -

Jeringa 10 cc 15 -

J. ga de 3ml 10 -

Jeringa de 2ml 10 -

Guante de procedimiento 1 caja 20

Guante estéril 15. 10

Contra H2O2 5

Equipo Heterogenero 10

Tubo boca 1 caja X

Ung. de SUDS 3.

Luccosol 2.1

H. U 2-0 5.

H. U 3 0 5.

La fecha de entrega es el 02-10

Jeringa 10 cc 24 unidades

Jeringa 24 cc 15 unidades

Jeringa 10 cc 15 unidades

Jeringa 3 cc 27 unidades

Bolita N. 24 24 unidades

Bolita N. 22 24 unidades

Guante procedimiento 20 unidades

Guante Estéril 20 unidades

Principios I II dos

Calzon

15/10/18

Pedidos en recetas de consultorio

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

GOBIERNO NACIONAL

HOJA DE PEDIDOS

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD ENTREGADA	LOTE	VALIDEZ
10	Alcohol metílico			
10	Alcohol liq. franco			
10	JOP Sane. franco			
10	Guante procedimiento (Pap)			
10	Jeringa 10 cc			
10	Jeringa 24 cc			
10	Jeringa 10 cc			
10	J. ga de 3ml			
10	Jeringa de 2ml			
10	Guante de procedimiento			
10	Guante estéril			
10	Contra H2O2			
10	Equipo Heterogenero			
10	Tubo boca			
10	Ung. de SUDS			
10	Luccosol			
10	H. U 2-0			
10	H. U 3			

Hoja de pedido interno sin firma o aclaración

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En cuanto a los pedidos internos de insumos y medicamentos que se utilizan en diferentes servicios, que se elaboran en cada área de enfermería y también es de los profesionales de turnos de controlar y mejorar los pedidos que se realizan, igualmente se entregara un formato de pedidos internos y así, podemos mejorar y controlar en la farmacia que los pedidos se hagan correctamente, que este firmado por los responsables para una mejor organización". P.T FOLIO N° 91 AL 92

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma la observación de la Auditoría Interna, por lo que se ratifica en la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Fortalecer el Sistema de Control Interno, exigiendo a los funcionarios la elaboración correcta de los Pedidos Internos, de manera a contar con documentos que justifiquen y respalden el uso razonable de los Medicamentos e Insumos, unificando el sistema o procedimiento de entrega de los mismos. Asimismo, los registros deben reflejar datos precisos del movimiento de productos (entrada/salida) que son de suma importancia para una gestión eficaz, conforme lo establece el Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno de la C.G.R. PCI - 03 Implantación del Sistema de Control Interno "Todas las Entidades y Organismos del sector público establecerán y mantendrán actualizado un sistema de control interno propio para el desarrollo de sus actividades administrativas y financieras de acuerdo a sus propias necesidades y características de sus operaciones".

[Handwritten signature]



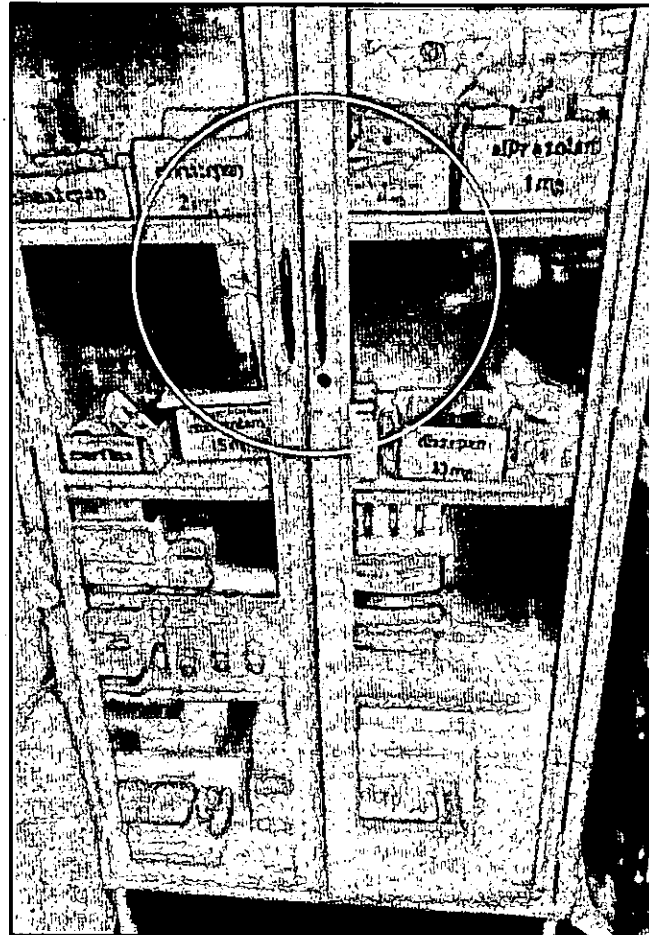
Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

6. ARMARIO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS SIN CERRADURA

El armario donde se almacenan los medicamentos controlados, no cuenta con cerradura:



Armario de medicamentos controlados sin cerradura
P.T FOLIO N° 503

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En cuanto a la cerradura del armario donde se almacenan los medicamentos controlados ya se hizo los trámites correspondientes para la adquisición de dicha cerradura y la mano de obra"

P.T FOLIO N° 92

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Con el descargo presentado por la responsable confirma la observación, por lo que la Auditoría se ratifica en la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento al Decreto N° 17627/02 "Por el cual se amplían y modifican normas de los Decretos N° 8342 y 8343, de fecha 04 de abril de 1995, y el decreto N° 8708, de fecha 5 de mayo de 1995; y se establecen disposiciones para la apertura y funcionamiento de establecimientos farmacéuticos públicos Art. 18° Los productos controlados por Ley, Psicotrópicos y Estupefacientes, deben estar depositados en sectores separados, cerrados con llave, y con acceso restringido".



Dirección General de Auditoría Interna

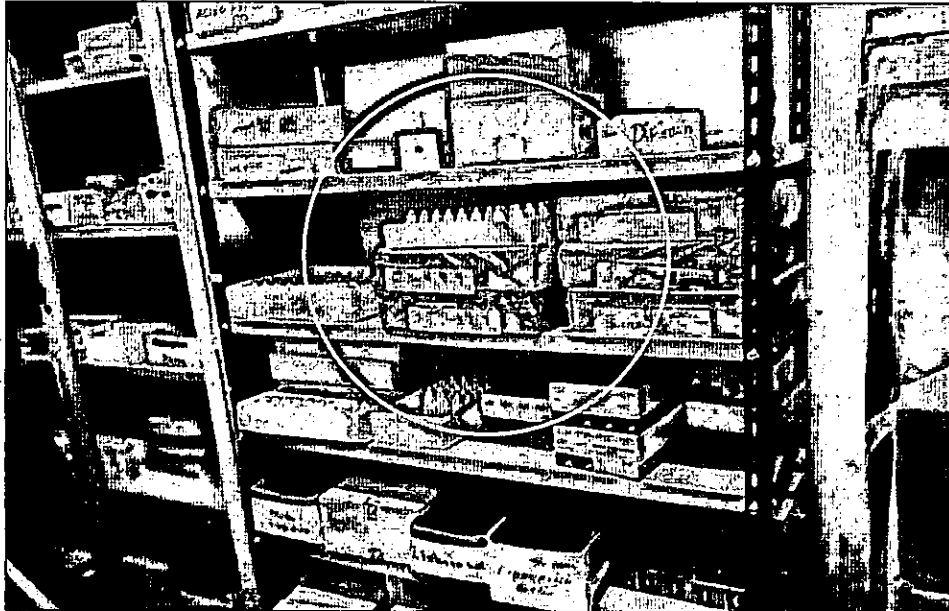
Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

7. ESTANTES SIN IDENTIFICATORIOS NI ROTULADOS

Los estantes donde se colocan los medicamentos no tienen etiquetas o rotulados que indiquen el vencimiento; Nro. de lote y presentación de los productos.

P.T FOLIO N° 503



Estantes sin rotulados

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Los estantes donde se almacenen los medicamentos se completará con las etiquetas correspondiente y tendrán indicadores que señalan los vencimientos y número de lotes".

P.T FOLIO N° 92

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo confirma lo observado por la Auditoría Interna, por lo que se ratifica la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Todos los medicamentos deben estar correctamente clasificados y los estantes rotulados con la fecha de vencimiento a los efectos de que dicha información sirva para el control y toma de decisiones en caso de escasa rotación en el servicio.

Dar cumplimiento a la **"GUÍA DEL SISTEMA LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS-BUENAS PRACTICAS DE ALMACENAMIENTO EN LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS; B. CONDICIONES GENERALES PARA EL ALMACENAMIENTO:** "El almacenamiento debe ser ordenado de manera que permita individualizar cada lote y expedir los mismos en orden cronológico según su fecha de vencimiento.

La existencia en los estantes, armarios, mostradores o tarimas, debe permitir la fácil visualización para su perfecta identificación, en cuanto al nombre del producto, número de lote y plazo de validez".

Handwritten signature and initials.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

8. FALTA DE LIMPIEZA EN LA FARMACIA INTERNA

Según manifiestan los funcionarios de la farmacia, la limpieza se realiza parcialmente ya que no cuentan con personal de servicio y al momento del trabajo de campo (28/02/2018) el sanitario no funcionaba en forma correcta (falta de agua corriente). P.T FOLIO N° 504

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Las limpiezas se realizan en cada turno según el tiempo que tengan los funcionarios de farmacia porque en cada turno se cuentan con muchos pacientes".

P.T FOLIO N° 92

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma la observación de la Auditoría Interna, por lo que se ratifica en la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

El local debe mantenerse en buenas condiciones de limpieza y ser sometido en su totalidad a sanitaciones periódicas.

9. SE HAN VERIFICADO DIFERENCIAS NEGATIVAS Y POSITIVAS DURANTE EL RECUENTO FÍSICO REALIZADO

Inconsistencias entre el recuento físico y los registros del Kárdex.

PRODUCTO PRESENTACIÓN	LOTE N°	CANTIDAD SEGÚN "FICHA KARDEX"	CANTIDAD S/ RECUENTO FÍSICO	DIFERENCIA	PRECIO	MONTO TOTAL G.
CLORFEMIRAMINA JBE	07218	89	83	-6	-5.229	-31.374
IBUPROFENO 200 MG\5ML. SUSP.	217-093	192	189	-3	-4.250	-12.750
SALBUTAMOL 100 MG. SUSP.	964	46	42	-4	-18.796	-75.184
PARACETAMOL 200 ML GOTAS	03227	178	183	+5	+3.600	18.000
CALCIO 500 MG. COMP.	E1117	1.690	1.680	-10	-1.060	-10.600
SULFATO FERROSO 200 MG\1ML GOTAS	172952	55	54	-1	-11.235	-11.235
FUROSEMIDA 40 MG. COMP.	173101	1.640	1.590	-50	-210	-10.500
AMITRIPTILINA 25 MG. COMP.	23201180117	320	290	-30	-270	-8.100
MORFINA – SULFATO AMP.	1753507-17118908	20	18	-2	-8.283	-16.566
FENTANILO 2 ML. AMP.	1170401	67	61	-6	-20.113	-120.678

P.T FOLIO N° 505 AL 515

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Las diferencias negativas que verifican en el recuento físico podría deberse que los productos que ya se habían dispensados, en el momento de la contabilidad se estaban sacando los productos tanto del depósito y ventanilla puede que sea por ese motivo que no concuerda con la ficha Kárdex".

P.T FOLIO N° 92

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado corrobora la observación por lo cual la Auditoría se ratifica en la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Mantener actualizado los registros en los KARDEX, a fin de transparentar las gestiones administrativas y dar cumplimiento a la **Resolución S.G. N° 333/09** "Por la cual se dispone la implementación obligatoria del sistema de control de stock de medicamentos e insumos, mediante el uso del Recetario/Recibo, el informe de Movimientos de Insumos "IMI" y la Planilla de Control de stock Diario (Kárdex), en todos los servicios de salud del M.S.P. y B.S."

10. RECETAS DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EXPEDIDAS POR LICENCIADOS EN ANESTESIA

Hemos visualizado recetas de medicamentos controlados, que fueron expedidas por un Lic. Anestesiista, ver cuadro:

ÍTEM N°	FECHA DE EMISIÓN	PACIENTE	C.I. N°	RESPONSABLE DE EMITIR LA RECETA (Firma y Sello)		DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO	CANTIDAD	OBSERVACIÓN
				NOMBRE Y APELLIDO	ESPECIALIDAD Y/O FUNCIÓN				
1	05/01/2018	SUSAN VERA	4.712.193	EDGAR E. DÁVALOS REG.N°163	ANESTESISTA	LAPAROTOMIA EXPLORADORA ANESTESIA RAQUIDEA + SEDACIÓN	BUPIVACAINA 0,5% 4 ML	1 AMP	Emisión de receta médica por el Lic. Edgar Dávalos - (Remansito - Villa Hayes)
							FENTANYL	1 AMP	
							CLORFENIRAMINA 10 MG	1 AMP	
							AGUJA REQUIDEA N° 25	1 UNID	
2	12/01/2017	MARTA V. LEÓN DE BENÍTEZ	1.238.017	EDGAR E. DÁVALOS REG.N°163	ANESTESISTA	QUISTE DE OVARIO	BUPIVACAINA 0,5% 4 ML	1 AMP	Emisión de receta médica por el Lic. Edgar Dávalos (Benjamin Aceval)

Ejemplos: Recetas de medicamentos Controlados emitidas por anestesiistas

Diagram illustrating two examples of controlled medication prescriptions issued by anesthesiologists. The left prescription is for Susan Vera, dated 7/12/18, listing medications: Bupivacaina 0,5% 4ml amp, Fentanyl 100, and Clorfeniramina 10mg. The right prescription is for Marta V. León de Benítez, dated 12/1/17, listing: Bupivacaina 0,5% 4ml amp, Fentanyl amp, and Clorfeniramina 10mg. Both prescriptions are signed by Lic. Edgar E. Dávalos, Anestesiista Reg. N° 163, and include official stamps.

P.T FOLIO N° 516

[Handwritten signatures]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"El Anestesiista solo firman todos sus pedidos que usan en su guardia de cirugía las ampollas Estupeficientes y Psicotrópicas que utilizan en cirugía se informa a través de recetas cuadruplicadas en carácter Uso Hospitalario y firmado por el Director del Hospital Regional". P.T FOLIO N° 918

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Esta Auditoria no ha visualizado las recetas cuadruplicadas firmadas por el Director Regional, por lo que se ratifica lo observado.

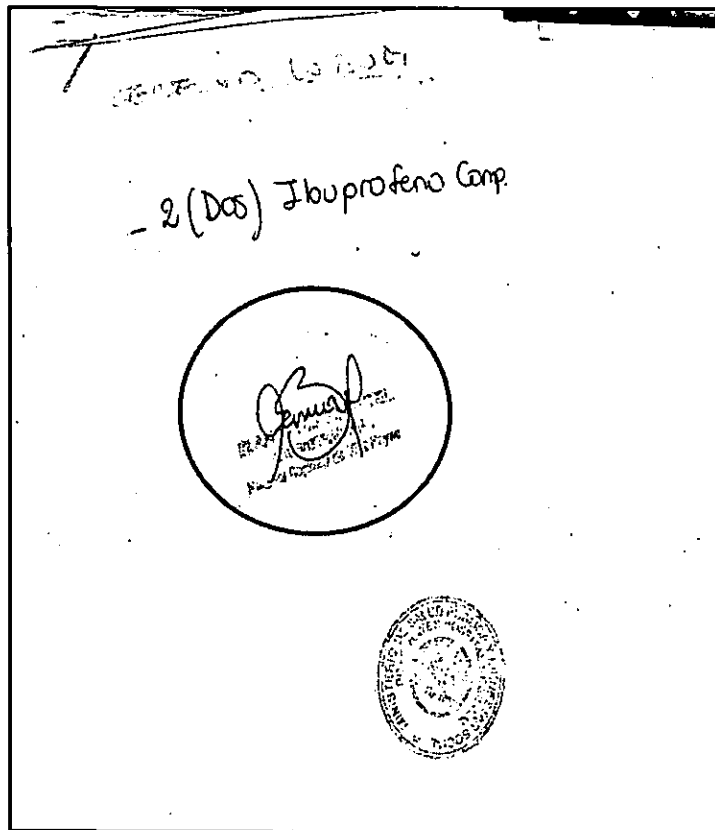
RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 397/90, en su Art. N° 1° "Establecer que los Médicos con títulos de Doctores en Medicina y Cirugía, en Odontología y Medicina Veterinaria, están autorizados a recetar las sustancias estupeficientes y drogas peligrosas contemplados en la Ley 1340/88 y el Decreto reglamentario N° 4817/90".

11. RECETAS EMITIDAS POR LA ADMINISTRADORA DEL HOSPITAL

Se constató que la Sra. Blanca López Tintel Administradora del Hospital Regional de Villa Hayes ha emitido Recetas de Medicamentos como por Ejemplo:

P.T FOLIO N° 517



Receta emitida por la Administradora

Handwritten signatures and initials on the left side of the page.

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La Lic. Blanca López no realiza receta no corresponde, más bien creo que hizo un pedido de dos comprimidos de Ibuprofeno para su uso de emergencia".

P.T FOLIO N° 918

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo confirma lo observado por la Auditoría Interna, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 1129/90, en su Art. N° 1° *"Disponer que en las recetas a ser expedidas en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los Profesionales Médicos y Odontólogos que tengan a su cargo su elaboración, registren datos de los pacientes a quienes se prescribirán y entregaran los Medicamentos..."*.

12. RECETAS EMITIDAS A PACIENTES QUE NO FUERON REGISTRADOS EN LA PLANILLA DE REGISTRO DIARIO DE CONSULTA SSISS-01.

a.) Dr. Adrián Villar: Gineco-Obstetra
Horario: Lunes 07:00 a 19:00 hs.

Se ha observado recetas médicas expedidas por el Dr. Adrián Villar, en los días 16, 17, 18, 24/02/2018, que no corresponden a su día de consulta médica. Estos pacientes no fueron asentados en la *"Planilla de Registro de Consultas SSISS -01"*.
Ejemplo:

ITEM	FECHA	DIA	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA DE IDENTIDAD	OBSERVACION
1	16/02/2018	VIERNES	EDITH BURGO	NSV	LETRA ILEGIBLE , LA FECHA DE CONSULTA NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO PROVEÍDO POR EL HRVH Y NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01
2	17/02/2018	SÁBADO	SONIA CORONEL	NSV	LA FECHA DE CONSULTA NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO PROVEÍDO POR EL HRVH Y NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01
3	18/02/2018	DOMINGO	ADRIAN VILLAR	NSV	LA FECHA DE CONSULTA NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO PROVEÍDO POR EL HRVH Y NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01
4	24/02/2018	SÁBADO	LAURA NOGUERA	NSV	LA FECHA DE CONSULTA NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO PROVEÍDO POR EL HRVH Y NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01

b.) Dra. Verónica C. Escobar : Medico Familiar
Horarios: Lunes 07:00 a 13:00 hs.
Miércoles 07:00 a 19:00 hs.
Viernes 19:00 a 07:00 hs.





Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Se constataron recetas médicas expedidas por la Dra. Verónica C. Escobar, en fechas 16, 20, 21 y 28/02/2018, a pacientes que no cuentan con registro en la Planilla de Registro de Consultas SSISS -01. Ejemplo:

ITEM	FECHA	DÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE IDENTIDAD	OBSERVACIÓN
1	16/02/2018	VIERNES	ANTONIA ACOSTA	869.650	NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01
2	20/02/2018	MARTES	IORELLA CABALLO	7.655.853	NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01
3	21/02/2018	MIÉRCOLES	ABIGAIL AYALA	NSV	NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01
4	28/02/2018	MIÉRCOLES	CHAURO	*53923	NO SE VISUALIZA REGISTRO EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01, LETRA ILEGIBLE

c.) Dr. Héctor O. Agüero:

Medico Familiar

Horarios:

Martes 07:00 a 19:00 hs.

Miércoles 07:00 a 07:00 hs.

Verificado algunas recetas médicas expedidas por el Dr. Héctor O. Agüero, se constató que no fueron registrados nombres de pacientes en la Planilla de Registro de Consultas SSISS -01.

ITEM	FECHA	DÍA	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE IDENTIDAD	OBSERVACIÓN
1	15/02/2018	JUEVES	FLORENTINA ESPINOZA	483.810	NO SE VISUALIZA EL NOMBRE DE LOS PACIENTES EN LA PLANILLA DE REGISTRO DE CONSULTA DIARIA SSISS-01
2	20/02/2018	MARTES	LIZ RECALDE	3.784.955	
3	22/02/2018	JUEVES	FÉLIX INSAURRALDE	379.903	
4	27/02/2018	MARTES	JUAN KROYSER	2.120.836	

P.T FOLIO N°518 AL 566

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En cuanto a los Médicos Adrián Villar Gineco-Obstetra que hacen recetas que no corresponden en su día de consulta médica, la Dra. Verónica Escobar y el Dr. Héctor Agüero – Medico Familiar se constató que los pacientes no fueron registrados en la planilla de Registro de consultas, para evitar cometer irregularidades de esta naturaleza, se debería solicitar la cartilla de los médicos para tener en la farmacia. Con este caso de dispensación ya se tuvo muchos conflicto y tropiezo por exigir a que se hagan bien las cosas como corresponde con los pacientes y los profesionales que no se quiere adaptar a los reglamentos requeridos por la farmacia. Se adjunta algunos documentos respaldatorio"

P.T FOLIO N° 918

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo confirma lo observado por la Auditoría Interna, por lo que se ratifica la observación.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables del Hospital Regional de Villa Hayes deberán socializar, y controlar el cumplimiento de las siguientes disposiciones legales:

Dar cumplimiento a lo establecido en las Normas Técnicas de Control Interno, Capítulo V Normas Generales Relativas a Sistemas de Información en el **punto 5.2 Calidad y suficiencia de la Información** "El control interno debe contemplar los mecanismos necesarios que permitan asegurar la confiabilidad, calidad, suficiencia, permanencia, oportuna y utilidad de la información que se genere y comunique.

La información es el producto resultante del análisis y la elaboración de datos operativos, financieros y de control, provenientes del interior o exterior de la organización, integrados con el propósito específico de transmitir un hecho o situación dada, en términos óptimos de validez, veracidad y utilidad, de modo que su usuario obtenga y/o disponga el máximo beneficio de ella para la ejecución de sus labores y adopción de disposiciones en forma oportuna y consistente...".

- **Resolución DGRRHH N° 3297/09** "Por la cual se estable el Reglamento Interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social" en el siguiente artículo: **TITULO III RESPONSABILIDAD DE LOS JEFES, Art. 15°** Responsabilidad de los Directores, Coordinadores y Jefe de Departamento. Los Directores, Coordinadores y sus respectivos Jefes de Departamentos, son responsables del correcto desempeño de las actividades de los funcionarios públicos y personal contratado en reparticiones a su cargo, así como también del cumplimiento de las jornadas laborales y del conocimiento de las disposiciones y medidas establecidas en la presente Resolución".

E. RECURSOS HUMANOS

Jefa: Lic. Rocío Giménez

1. CARENCIA DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS Y DE BLANCO

- 1.1 La Jefa de Recursos Humanos no cuenta con un funcionario a su cargo para el control y verificación de las tareas inherentes al departamento.
- 1.2 Carecen de Encargado/a de Suministros, Patrimonio y Fiscalizador, por lo que la Administradora realiza las tareas inherentes a las Áreas mencionadas. Así también el Hospital no cuenta con Guardia de Seguridad.
- 1.3 No dispone de suficiente profesional en Enfermería en todas las Áreas y en los diferentes turnos, ejemplo:

- En el turno noche no cuentan con Circulante para cubrir las Salas de Quirófanos y Sala de Parto, pues en caso de necesidad solicitan apoyo a Enfermería Internado.
- Carecen de Encargado de Esterilización, pues las enfermeras se encargan de la desinfección de los instrumentales médicos y de las ropas quirúrgicas. Tampoco disponen de un paramédico para el acompañamiento del paciente en la ambulancia. P.T FOLIO N° 567 AL 571

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Lastimosamente en el Departamento de RR.HH. no contamos con personal alguno, por lo que la responsabilidad recae única y exclusivamente sobre mi persona".

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Por todo lo expuesto, asumo mis debilidades y me someto a las medidas que correspondan, haciendo la salvedad, de que estoy sola en el Departamento de RR.HH., soy responsable de más 200 funcionarios y personal contratado del M.S.P. y B.S., 36 personal contratado por el Consejo Local de Salud de José Falcón, además los médicos pasantes, comisionados de otras instituciones y los designados por el Poder Judicial para hacer trabajos comunitario en el Hospital Regional de Villa Hayes, considero que para una sola persona, resulta imposible, hacer el trabajo con excelencia y a pesar de ello doy siempre lo mejor de mí para poder cumplir, en las medidas de mis posibilidades, con las exigencias del M.S.P. y B.S". P.T FOLIO N° 834

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La responsable del Área confirma lo observado en el punto 1.1., sin embargo no se ha presentado descargo sobre los puntos 1.2 y 1.3

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la Institución en coordinación con la Región Sanitaria deberán realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles y solicitar las contrataciones de más personales de manera a fortalecer los diferentes servicios del Hospital Regional, tendientes a brindar una buena atención y satisfacer las necesidades de los usuarios que concurren a la Institución.

2. LEGAJOS DESACTUALIZADOS

La Jefa de Recursos Humanos no tiene conformada la totalidad de los legajos de los funcionarios; carecen de documentaciones como: Curriculum Vitae, Resolución de Designación, comisionamientos, permisos, fotocopia de Cedula de Identidad, registro profesional, entre otros.

P.T Folio N° 571

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En el Hospital Regional se cuenta con legajo de los funcionarios, archivados en carpetas, pero no están actualizados ni ordenados. Cabe señalar que se podría lograr la actualización constante con la ayuda al algún personal para el área de RR.HH".

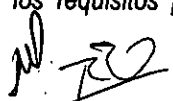
P.T FOLIO N° 834

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la falta de actualización de los legajos de los funcionarios, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

El responsable del Área deberá mantener actualizado los legajos, a fin de contar con datos oportunos del movimiento de los funcionarios de la Institución, conforme a las disposiciones de la Ley N° 1626/00 de la Función Pública, la cual expresa en el CAPITULO II "de la carrera Administrativa de la incorporación de los funcionarios Públicos", Art. 14° "que se deben conformar los legajos con las documentaciones respaldatorias de que los funcionarios reúnen los requisitos para ejercer la función Pública (Antecedente judiciales y policiales, curriculum, etc.)".





Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

3. LA NOMINA DE FUNCIONARIOS NO SE ENCONTRABA ACTUALIZADA

Se ha observado inconsistencia entre el horario establecido en la nómina proveída por Recursos Humanos con el horario visualizado en los registros del Reloj marcador, como también con la Cartilla de Guardia. P.T Folio N° 572 AL 577

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"El motivo obedece a los constantes cambios de guardia que, muchas veces se realizan, por necesidad del servicios".

P.T FOLIO N° 834

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado confirma la falta de actualización de la nómina de funcionarios, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

La Jefatura de Recursos Humanos deberá mantener actualizado en forma permanente el listado de los funcionarios a fin de contar con informaciones fidedignas y oportunas que sirvan de insumo para la toma de decisiones y a los efectos de presentar a los órganos de control interno o externo cuando lo requieran.

4. NO SE COMUNICARON TODAS LAS IRREGULARIDADES EN EL RESUMEN DE ASISTENCIA

En el Resumen Mensual de asistencia correspondiente al periodo 16 de diciembre/17 al 15 de enero de 2018 **no se comunicaron todas las debilidades** que se observan en los espejos de marcación, a continuación se detalla:

NOMBRE Y APELLIDO	ENTRADA	SALIDA	DÍAS	FECHA	ÁREA	CARGA HORARIA	OBSERVACIÓN	RESUMEN DE AUD. INTERNA	PLANILLA DE RESUMEN RR.HH. HRVH
LIC. ISIDRO LETTE CI. 2.218.072	07:08	12:39	SÁBADO	16/12/2017	NUTRICIÓN	MARTES, JUEV, Y SÁBADO 07:00 A 20:00 HS.	SALIDA ANTES DE HORA	2 SAH EN DIC/2017 1 SAH EN ENERO/2018	NO FIGURA EN PLANILLA DE RESUMEN
	07:08	19:59	JUEVES	21/12/2017					
	07:06	13:03	SÁBADO	06/01/2017					
LIC. LEONARDA MARIN CI. 1.704.208	12:48	18:05	LUNES	18/12/2017	OBSTETRICIA	LUNES A VIERNES 13:00 A 19:00 HS.	SALIDA ANTES DE HORA	7 SAH EN DIC/2017 1 NME DIC/2017	SOLO SE INFORMÓ 3 DÍAS DE REPOSO 6 DÍAS DE VACACIONES
	12:54	18:08	MARTES	19/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	12:52	18:07	MIÉRCOLES	20/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	12:53	18:07	JUEVES	21/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	06:40	13:05	VIERNES	22/12/2017			NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIOS		
	12:40	18:07	MARTES	26/12/2018			SALIDA ANTES DE HORA		



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

NOMBRE Y APELLIDO	ENTRADA	SALIDA	DÍAS	FECHA	ÁREA	CARGA HORARIA	OBSERVACIÓN	RESUMEN DE AUD. INTERNA	PLANILLA DE RESUMEN RR.HH. HRVH
LIC. LEONARDA MARIN CI. 1.704.208	13:00	18:09	MIÉRCOLES	27/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	7 SAH EN DIC/2017	SOLO SE INFORMÓ 3 DÍAS DE REPOSO 6 DÍAS DE VACACIONES
	12:54	18:05	JUEVES	28/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	1 NME DIC/2017	
	12:54	18:03	VIERNES	29/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
JUSTO HERNAN CABRAL CI. 3.779.712	06:48	14:53	MIÉRCOLES	20/12/2017	ESTADÍSTICA	LUNES A VIERNES 06:00 A 14:00 HS.	LLEGADA TARDÍA	1 LLT DIC/2017	NO SE VISUALIZAN EN PLANILLA
	05:55	12:01	MARTES	02/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA	1 SAH ENERO/2018	
LIC. ELSY LORENA TÉLLEZ CI. 5.103.725	06:57	-	MARTES	19/12/2017	OBSTETRICIA	LUNES A VIERNES 07:00 A 13:00 HS.	NO MARCO SALIDA	<ul style="list-style-type: none"> AUSENTE 18,21, 22, 28 Y 29/12/17 AUSENTE: 4,5, 8,11 Y 12/01/18 4 NMS EN DIC/17 3NMS ENR/18 2 LLT DIC/17 2 LLT ENR/18 	NO SE VISUALIZA EN PLANILLA
	07:36	-	MIÉRCOLES	20/12/2017			LLEGADA TARDÍA Y NO MARCO SALIDA		
	06:52	-	MARTES	26/12/2017			NO MARCO SALIDA		
	07:22	-	MIÉRCOLES	27/12/2017			LLEGADA TARDÍA Y NO MARCO SALIDA		
	06:53	-	MARTES	02/01/2018			NO MARCO SALIDA		
	07:32	-	MIÉRCOLES	03/01/2018			LLEGADA TARDÍA Y NO MARCO SALIDA		
	06:54	-	MARTES	09/01/2018			NO MARCO SALIDA		
	07:17	-	MIÉRCOLES	10/01/2018			LLEGADA TARDÍA		
HERENIO ROBERTO IRALA CI. 353.898	-	14:45	JUEVES	21/12/2017	SERVICIOS GENERALES	LUNES A VIERNES 07:00 A 13:00 HS.	NO MARCÓ ENTRADA	<ul style="list-style-type: none"> 3 NME AUSENCIAS: 28/12/17 AUSENCIAS: 11/01/18 Y NO CONDICE EL ESPEJO DE MARCACIÓN CON LA CARTILLA DE HORARIO	NO SE INFORMÓ EN EL RESUMEN DE ASISTENCIA
	-	13:19	MIÉRCOLES	27/12/2017					
	-	13:12	VIERNES	05/01/2018					
DR. DIEGO FELIPE AYALA CI. 3.383.194	07:36	19:05	SÁBADO	16/12/2017	TRAUMATOLOGÍA	LUNES Y VIERNES 13:00 A 19:00 HS. SÁBADOS 07:00 A 19 HS.	LLEGADA TARDÍA	<ul style="list-style-type: none"> AUSENTE 18/12/17 2 LLT DIC/17 3 LLT ENR/18 1 SAH DIC/17 2 SAH ENR/18 EN EL ESPEJO DE MARCACIÓN NO SE VISUALIZA DÍA 15/01/18	EN EL RESUMEN DE ASISTENCIA FIGURA 9 LLEGADAS TARDÍAS AL RESPECTO LA AUDITORIA INTERNA A VISUALIZADO 5 LLEGADAS TARDÍAS
	12:37	18:00	VIERNES	29/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:47	19:07	SÁBADO	30/12/2017			LLEGADA TARDÍA		
	12:26	18:00	VIERNES	05/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
	08:43	19:18	SÁBADO	06/01/2018			LLEGADA TARDÍA		
	13:19	19:02	LUNES	08/01/2018			LLEGADA TARDÍA		
	12:36	18:33	VIERNES	12/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
	09:00	19:02	SÁBADO	13/01/2018			LLEGADA TARDÍA		



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

NOMBRE Y APELLIDO	ENTRADA	SALIDA	DÍAS	FECHA	ÁREA	CARGA HORARIA	OBSERVACIÓN	RESUMEN DE AUD. INTERNA	PLANILLA DE RESUMEN RR.HH. HRVH
ILVINA ZARATE CI 3.774.729	06:52	14:14	SÁBADO	16/12/2017	SERVICIOS GENERALES	LUNES A VIERNES 07:00 A 15:00	NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO	NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO • 2 NME DIC/17 • 1 SAH DIC/17 •	NO E INFORMÓ EN EL RESUMEN DE ASISTENCIA
	07:01	13:39	DOMINGO	17/12/2017					
	-	20:27	MIÉRCOLES	20/12/2017			NO MARCO ENTRADA		
	06:57	13:58	VIERNES	22/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	-	13:48	DOMINGO	24/12/2017			NO MARCO ENTRADA		
	07:14	11:13	LUNES	25/12/2017					
	07:04	11:43	LUNES	01/01/2018			NO COINCIDE CON EL HORARIO		
	06:59	13:45	SÁBADO	06/01/2018					
	06:59	13:26	DOMINGO	07/01/2018					
	07:19	14:23	DOMINGO	14/01/2018	NO COINCIDE CON EL HORARIO Y LLEGADA TARDÍA				
DRA. AMALIA B. MOLINAS DE LÓPEZ CI. 481.331	07:24	19:55	MARTES	19/12/2017	CLÍNICO	MARTES 07:00 A 19:00 HS. MIÉRCOLES Y VIERNES 14:00 A 20:00 HS.	LLEGADA TARDÍA	2 LLT DIC/17 1 SAH DIC/17	NO SE VISUALIZA REGISTRO DE SUS FALTAS
	14:35	20:33	MIÉRCOLES	20/12/2017			LLEGADA TARDÍA		
	13:14	19:14	VIERNES	22/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
MARCIANA GONZÁLEZ CI. 1.346.617	14:49	18:10	LUNES	18/12/2017	AUX ADMINISTRATIVO	LUNES A VIERNES 06:00 A 14:00 HS.	LLEGADA TARDÍA Y NO COINCIDE LO QUE PRESENTO RR.HH. DEL HRVH	NO COINCIDE EL ESPEJO DE MARCACIÓN CON LA CARTILLA DE HORARIOS	NO SE VISUALIZA REGISTRO DE MARCACIÓN DESDE EL 19/12/17 HASTA EL 15/01/18
FLORENTINO ROUBLE CI. 2.386.560	06:54	14:33	JUEVES	11/01/2018	PERSONAL DE SERVICIO	LUNES A VIERNES 07:00 A 15:00 HS.	SALIDA ANTES DE HORA	2 SAH DIC/17	NO SE VISUALIZA REGISTROS Y NO FIGURA EN EL ESPEJO DE MARCACIÓN EL MES DICIEMBRE HASTA EL 13/01/18
	06:43	14:07	VIERNES	12/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:19	09:23	SÁBADO	13/01/2018			NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO		
DRA. VERÓNICA ESCOBAR CI. 1.877.411	07:16	07:03	MIÉRCOLES	20/12/2017	PEDIATRÍA	LUNES Y VIERNES 07:00 A 13: HS. MIÉRCOLES 07:00 A 07:00	LLEGADA TARDÍA	2 LLT DIC/17	NO SE VISUALIZA REGISTRO DE FALTAS
	07:20	13:08	VIERNES	05/01/2018					
	-	13:07	LUNES	08/01/2018			NO MARCO ENTRADA		
	11:37	19:10	VIERNES	22/12/2017	GINECOOBSTETRA	JUEVES 07:00 A 07:00 HS. VIERNES 07:00 A 19:00 HS	LLEGADA TARDÍA	3 LLT ENERO/18	
	07:46	19:01	VIERNES	29/12/2017					
	08:15	19:02	VIERNES	05/01/2018					
	15:12	08:19	JUEVES	11/01/2018					
	08:20	19:06	VIERNES	12/01/2018					



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

NOMBRE Y APELLIDO	ENTRADA	SALIDA	DÍAS	FECHA	ÁREA	CARGA HORARIA	OBSERVACIÓN	RESUMEN DE AUD. INTERNA	PLANILLA DE RESUMEN RR.HH. HRVH		
LIC. SANDRA RAMÍREZ CI. 4.190.282	07:01	11:30	LUNES	18/12/2017	ENFERMERÍA	LUNES A VIERNES 06:00 A 12:00 HS.	LLEGADA TARDÍA, SALIDA ANTES DE HORA, NO COINCIDE LA HORA DE ENTRADA Y SALIDA CON LA CARTILLA DE HORARIO PRESENTADO POR RR.HH. DEL HRVH	7 LLT DIC/17	NO SE VISUALIZA REGISTRO DE FALTAS		
	06:54	-	MARTES	19/12/2017			LLEGADA TARDÍA NO MARCO SALIDA	1 SAH DIC/17			
	07:05	15:51	MIÉRCOLES	20/12/2017			LLEGADA TARDÍA	1 NMS DIC/17			
	06:59	14:31	JUEVES	21/12/2017			LLEGADA TARDÍA				
	07:01	12:01	VIERNES	22/12/2017			LLEGADA TARDÍA				
	07:02	12:00	MARTES	26/12/2017			LLEGADA TARDÍA				
	07:03	12:00	MIÉRCOLES	27/12/2017	ENFERMERIA		LLEGADA TARDÍA				
LIC. SANDRA RAMÍREZ CI. 4.190.282	07:01	12:00	JUEVES	28/12/2017	ENFERMERIA	LUNES A VIERNES 06:00 A 12:00 HS	LLEGADA TARDÍA	2 LLT DIC/17	NO SE VISUALIZA REGISTRO DE FALTAS		
	06:58	12:00	VIERNES	29/12/2017							
	07:01	12:01	MARTES	02/01/2018							
	07:02	12:02	MIÉRCOLES	03/01/2018							
	07:04	12:01	JUEVES	04/01/2018							
	06:55	12:00	VIERNES	05/01/2018							
	07:02	12:01	LUNES	08/01/2018							
	05:58	-	MARTES	09/01/2018						NO MARCO SALIDA	1 NMS ENR/18
	07:01	12:00	MIÉRCOLES	10/01/2018							
	07:01	12:01	JUEVES	11/01/2018						LLEGADA TARDÍA	3 LLT ENR/18
07:04	12:01	VIERNES	12/01/2018								
EDGAR DANIEL VEGA CI. 2.938.090	-	19:03	SÁBADO	16/12/2017	AUX.	SÁBADOS Y DOMINGOS DE 07:00 A 19:00 HS	NO MARCO ENTRADA	1 NME DIC/17	SOLO SE VISUALIZA 2 REPOSOS		
	05:58	13:05	DOMINGO	17/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	2 SAH DIC/17 1 LLT DIC/17			
	07:30	17:57	SÁBADO	30/12/2017			LLEGADA TARDÍA Y SALIDA ANTES DE HORA	1 LLT ENR/18			
	10:44	19:03	SÁBADO	13/01/2018			LLEGADA TARDÍA				
RA. NATALIA GAMARRA CI. 2.107.276	06:56	-	MIÉRCOLES	03/01/2018	MEDICO CIRUJANO	MIÉRCOLES 07:00 A 19:00 HS. JUEVES 07:00 A 07:00 VIERNES 07:00 A 19:00 HS.	NO MARCO SALIDA		NO SE VISUALIZA REGISTRO DE FALTAS		
	07:02	16:01	JUEVES	04/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA	DESDE EL 16 AL 29/12/2017			
	07:00	17:36	VIERNES	05/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA	NO SE VISUALIZA ESPEJO DE MARCACIÓN			
	07:04	-	MIÉRCOLES	10/01/2018			NO MARCO SALIDA				
	07:03	16:02	JUEVES	11/01/2018							
	07:02	17:34	VIERNES	12/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA	4 SAH ENR/18 2 NMS ENR/18			

Handwritten signatures and initials.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

NOMBRE Y APELLIDO	ENTRADA	SALIDA	DÍAS	FECHA	ÁREA	CARGA HORARIA	OBSERVACIÓN	RESUMEN DE AUD. INTERNA	PLANILLA DE RESUMEN RR.HH. HRVH
DR. RICARDO ANIBAL ESCOBAR CI. 484.559	07:07	19:07	LUNES	18/12/2017	MEDICO CIRUJANO	LUNES 07:00 A 07:00 HS. MARTES 07:00 A 13:00 HS. JUEVES 13:00 A 19:00 HS.	SALIDA ANTES DE HORA	3 LLT DIC/17 2 SAH DIC/17 1 NMS DIC/17	SE VISUALIZA REGISTRO DE VACACIONES, NO ASI LAS FALTAS
	11:33	19:07	MARTES	19/12/2017			LLEGADA TARDÍA NO MARCO SALIDA		
	13:50	19:03	JUEVES	21/12/2017			LLEGADA TARDÍA		
	07:00	11:34	MARTES	26/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	13:27	19:03	JUEVES	28/12/2017			LLEGADA TARDÍA		
ALBA LIZ TORRES AGÜERO CI. 4.139.899	20:37	07:13	DOMINGO	17/12/2017	TEC. EN ENFERMERIA	CADA 3 DIAS 19:00 A 07:00 HS.	LLEGADA TARDÍA	10 LLEGADAS TARDÍAS 1 NO MARCO SALIDA	NO SE VISUALIZA REGISTRO DE FALTAS
	20:27	07:12	MIÉRCOLES	20/12/2017					
	20:29	07:17	SÁBADO	23/12/2017					
	20:31	07:10	MARTES	26/12/2017					
	20:28	07:15	VIERNES	29/12/2017					
	20:29	07:12	LUNES	01/01/2018					
	20:27	07:19	JUEVES	04/01/2018					
	20:26	07:09	DOMINGO	07/01/2018					
20:23	07:23	MIÉRCOLES	10/01/2018						
20:25	-	SÁBADO	13/01/2018	LLEGADA TARDÍA NO SE VISUALIZA SALIDA					
DRA. ARACELY CHAPARRO CI. 4.699.304	07:21	18:00	MARTES	19/12/2017	NEUMÓLOGA	MARTES, JUEVES Y VIERNES 07:00 A 19:00 HS.	LLEGADA TARDÍA Y SALIDA ANTES DE HORA	1 LLT DIC/17 4 SAH DIC/17 5 SAH ENR/18 1 LLT ENR/18	EN REGISTRO DE FALTAS SOLO SE VISUALIZA EL CAMBIO DE GUARDIA
	07:12	18:00	MIÉRCOLES	20/12/2017			NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIOS DE RR.HH. DEL HRVH. AUSENTE 21/12/17		
	07:03	18:00	VIERNES	22/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:12	18:00	MIÉRCOLES	27/12/2017			NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIOS DE RR.HH. DEL HRVH. AUSENTE 26/12/17		
	07:04	18:00	JUEVES	28/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:04	18:00	VIERNES	29/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:11	18:00	MIÉRCOLES	03/01/2018			NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIOS DE RR.HH. DEL HRVH. AUSENTE 02/01/18		
	07:08	18:00	JUEVES	04/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:05	18:01	VIERNES	05/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:07	18:00	MARTES	09/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:35	18:00	JUEVES	11/01/2018			LLEGADA TARDÍA Y SALIDA ANTES DE HORA		
	07:10	18:00	VIERNES	12/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		

[Handwritten signatures and initials]



Dirección General de Auditoría Interna
Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

NOMBRE Y APELLIDO	ENTRADA	SALIDA	DÍAS	FECHA	ÁREA	CARGA HORARIA	OBSERVACIÓN	RESUMEN DE AUD. INTERNA	PLANILLA DE RESUMEN RR.HH. HRVH
DRA. PERLA MA. PINEDA CI. 3.473.878	07:00	19:00	DOMINGO	31/12/2017	GINECOOBSTETRA	MIÉRCOLES Y SÁBADOS 19:00 A 07:00 HS. JUEVES 07:00 A 19 HS.	NO COINCIDE E CON LA CARTILLA DE HORARIO DE RR.HH. DEL HRVH	NO COINCIDE CON EL ESPEJO DE MARCACIÓN NI LA CARTILLA DE HORARIO	EN REGISTRO DE FALTAS SOLO SE VISUALIZA LAS VACACIONES
	07:01	18:07	SÁBADO	06/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA Y NO SE VISUALIZA REGISTRO DE 4/01/2018		
	-	19:09	MIÉRCOLES	10/01/2018			NO MARCO ENTRADA		
	07:08	18:00	JUEVES	11/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
DRA. ANDREA C. VILLALBA CI. 2.432.214	07:24	17:33	MIÉRCOLES	20/12/2017	GINECOOBSTETRA	MARTES Y DOMINGOS 19:00 A 07:00 HS MIÉRCOLES 07:00 A 19:00 HS.	SALIDA ANTES DE HORA	1 LLT DIC/17	EN EL REGISTRO DE FALTAS SE VISUALIZA: 1 LLEGADA TARDÍA 1 REPOSO Y 5 CAMBIOS DE GUARDIA
	07:13	19:13	MIÉRCOLES	27/12/2017			NO SE VISUALIZA REGISTRO DEL DÍA 24/12/2017	1 SAH DIC/17	
	07:12	-	JUEVES	28/12/2017			NO MARCO SALIDA	1 NME DIC/17	
	07:03	17:31	MIÉRCOLES	03/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA	2 SAH ENR/18	
	07:05	17:30	MIÉRCOLES	10/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA		
	07:03	17:40	JUEVES	11/01/2018			NO COINCIDE CON EL ESPEJO DE MARCACIÓN Y LA CARTILLA DE HORARIOS	-	
JENIFER A. PENAYO CI.5.908.193	13:49	22:05	SÁBADO	16/12/2017	TEC. EN LABORATORIO	LUNES Y VIERNES 14:00 A 20:00 HS. MIÉRCOLES 12:00 A 21:00 HS SÁBADOS 13:00 A 22:00 HS.	LLEGADA TARDÍA	-	NO SE VISUALIZA EN EL REGISTRO DE FALTAS
	13:56	19:01	LUNES	18/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	-	
	11:41	20:03	MIÉRCOLES	20/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	-	
	13:55	19:02	VIERNES	22/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	-	
	13:47	22:00	SÁBADO	23/12/2017			LLEGADA TARDÍA	-	
	11:59	20:00	MIÉRCOLES	27/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	-	
	14:04	19:01	VIERNES	29/12/2017			SALIDA ANTES DE HORA	-	
	13:53	22:02	SÁBADO	30/12/2017			LLEGADA TARDÍA	-	

Handwritten signatures and initials



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

NOMBRE Y APELLIDO	ENTRADA	SALIDA	DIAS	FECHA	ÁREA	CARGA HORARIA	OBSERVACIÓN	RESUMEN DE AUD. INTERNA	PLANILLA DE RESUMEN RR.HH. HRVH	
JENIFER A. PENAYO CI.5.908.193	06:49	14:30	MARTES	02/01/2018	TEC. EN LABORATORIO	LUNES Y VIERNES 14:00 A 20:00 HS. MIÉRCOLES 12:00 A 21:00 HS SÁBADOS 13:00 A 22:00 HS.	NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO DE RR.HH. DE HRVH CON EL ESPEJO DE MARCACIÓN		NO SE VISUALIZA EN EL REGISTRO DE FALTAS	
	11:51	20:00	MIÉRCOLES	03/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA			
	13:59	19:00	VIERNES	05/01/2018			SALIDA ANTES DE HORA			
	13:38	22:08	SÁBADO	06/01/2018			LLEGADA TARDÍA			
	07:27	22:00	JUEVES	11/01/2018			NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO DE RR.HH. DE HRVH CON EL ESPEJO DE MARCACIÓN NO SE VISUALIZA REGISTRO DE FECHA 8 Y 10/01/18			
	07:35	22:03	SÁBADO	13/01/2018			NO COINCIDE CON LA CARTILLA DE HORARIO DE RR.HH. DE HRVH CON EL ESPEJO DE MARCACIÓN			
DRA. GIOVANNA BRUNO CI. 4.178.508	07:31	13:00	LUNES	18/12/2017	PEDIATRA	LUNES 07:00 A 07:00 HS. MARTES Y VIERNES 07:00 A 13:00 HS. JUEVES 07:00 A 19:00 HS	LLEGADA TARDÍA	<ul style="list-style-type: none"> • 3 LLT DIC/17 • 1 LLT ENR/18 • 1 NME DIC/17 • 1 NMS DIC/17 • 2 NME ENR/18 	SE VISUALIZA 4 LLEGADAS TARDÍAS Y 1 CAMBIO DE GUARDIA	
	-	13:05-	MARTES	19/12/2017			NO MARCO ENTRADA			
	06:10	-	MIÉRCOLES	20/12/2017			NO MARCO SALIDA			
	07:36	19:02	JUEVES	21/12/2017			LLEGADA TARDÍA			
	07:36	13:01	VIERNES	22/12/2017			LLEGADA TARDÍA			
	-	13:09	MARTES	02/01/2018			NO MARCO ENTRADA			
	07:28	13:07	VIERNES	05/01/2018			LLEGADA TARDÍA			1 LLT ENR/18
		13:05	MARTES	09/01/18			NO MARCO ENTRADA			

R.T FOLIO N° 623 AL 655



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

Cabe señalar que el periodo auditado coincide con una etapa de muchas actividades del M.S.P. y B.S., como ser la carga de las planillas de los contratos correspondientes al años 2018, que entregamos a la XV Región Sanitaria del 22/12/2018, según se puede ver en la copia que se adjunta, así como las Evaluaciones de Desempeño correspondientes al periodo 2017 (primera y segunda etapa) de los funcionarios permanentes y contratados del H.R. de Villa Hayes, que se entregó a la Dirección Regional el 28/12/2017, según copia que se adjunta.

Se puede ver también, en la copia que adjuntamos que el informe de asistencia de los funcionarios y personal contratado del Hospital Regional de Villar Hayes se presentó recién el 28/12/2017, según copia que se adjunta.

Se puede ver también, en la copia que adjuntamos que el informe de asistencia de los funcionarios y personal contratado del Hospital Regional de Villa Hayes se presentó recién el 28/12/18, por ese motivo, asumo la responsabilidad, por falta de tiempo, ya que este informe de asistencia, normalmente se entrega el 20 de cada mes, de no haber revisado minuciosamente, como cada mes, la marcación de todo el personal, para poder enviar un informe completo.

- a. ISIDRO LEITE C.I. N° 2.218.072
- b. LIC. LEONARDA MARIN C.I.N° 1.704.208, usufructúa el permiso por Lactancia y su horario queda de la siguiente manera: lunes a viernes de 13:00 a 18:00 hs.
- c. JUSTO HERNAN CABRAL C.I. N° 3.779.712, 2/01/18, solicitó permiso para retirarse a las 12:00 hs, para realizar gestiones particulares, según copia que se adjunta.
- d. LIC. ELSY LORENA TELLEZ, C.I. N° 5.103.725. Durante ese periodo la misma realizaba guardias de 24 horas de 07:00 a 07:00 cada 6 días, así entro el 19/12/2017 y salió el 20/12/2017, entró el 26/12/2017 y salió el 27/12/2017, entró el 2/01/2018 y salió el 3/01/2018, entró el 9/01/2018 y salió el 10/01/2018.
- e. HERENIO ROBERTO IRALA, C.I.N° 353.898
- f. Dr. DIEGO FELIPE AYALA C.I.N° 3.383.194
- g. SILVINA ZARATE C.I.N° 3.774.729, es la única personal de la cocina, viene a la 07:00 y se retira después de servir el almuerzo regresa a la tardecita y se retira después de servir el almuerzo, regresa a la tardecita y se retira después servir la cena, de lunes a lunes, cumpliendo muchas más horas que las establecida en su contrato de prestación de servicios.
- h. DRA. AMALIA MOLINAS DE LOPEZ, C.I. N° 481.331
- i. MARCIANA GONZALEZ, C.I.N° 1.346.617, su horario se puede ver en la cartilla que adjuntamos y la misma salió de vacaciones dese el 4/12/17 hasta el 17/01/18 según copia que se adjunta.
- j. FLORENTINO ROUBLE, C.I.N° 2.836.560, salió de vacaciones desde el 24/11/2017 hasta el 11/01/2018 según copia que se adjunta.
- k. DRA. VERONICA ESCOBAR, C.I.N° 1.877.411
- l. DRA. LOURDES M. CANO, C.I.N° 749.362
- m. LIC. SANDRA RAMIREZ, C.I.N° 4.190.282 usufructúa permiso de lactancia y su horario es el siguiente de lunes a viernes de 07:00 hs a 12:00 según copia que se adjunta.
- n. EDGAR DANIEL VEGA, C.I.N° 2.938.090.
- o. DRA. NATALIA GAMARRA C.I.N° 2.107.276, su horario es el siguiente, MIERCOLES DE 7:00 hs. a 07:00 hs, jueves y viernes de 07:00 a 19:00 hs. y como usufructúa su permiso de lactancia su horario queda de la siguiente manera miércoles de 07:00 hs a 07:00., jueves de 07:00 a 16:00 hs. y viernes 07:00 a 07:30 hs, según nota que se adjunta. La misma regresó de su permiso de maternidad el 3 de enero de este año, según espejo de marcación que se adjunta.
- p. Dr. RICARDO ANIBAL ESCOBAR, C.I.N° 484.559



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

- q. ALBA LIZ TORRES AGÜERO. C.I.N° 4.139.899, usufructúa permiso de lactancia, según copia que se adjunta.
- r. Dra. ARACELY CHAPARRO C.I.N° 4.699.304. usufructúa permiso de lactancia y su horario es el siguiente, martes de 07:00 a 18:00 hs, miércoles y jueves de 07:00 a 12:00 hs., viernes de 07:00 a 18:00 hs.
- s. Dra. PERLA MARIA PINEDA. C.I.N° 3.473.878, usufructúa permiso de lactancia y su horario en el siguiente miércoles de 19:00 hs. a jueves 18:00 hs, sábado de 07:00 a 18:00 hs.
- t. Dra. ANDREA C. VILLALBA, C.I.N° 2.432.214, usufructúa permiso de lactancia y su horario queda de la siguiente manera Domingo de 19:00 hs a 06:00 hs, miércoles y jueves de 07:00 a 18:00 hs.
- u. JENIFER A. PENAYO, C.I.N° 5.908.193, es personal contratado por Consejo Local de Salud de José Falcón, por eso no figura en la planilla de asistencia.
- v. Dra. GIONANNA BRUNO, C.I.N° 4.178.508.
P.T FOLIO N° 834 AL 896

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Evaluado el descargo presentado por la responsable se ha observado lo siguiente:

Lic. Isidro Leite C.I. N° 2.218.072, no presentó descargo.

Lic. Leonarda Marín C.I. N° 1.704.208, la responsable adjuntó al descargo Nota por la cual la funcionaria ha solicitado permiso por Periodo de Lactancia.

Justo Hernán Cabral C.I. N° 3.779.712, El formulario Justificativo de fecha 02/01/18, correspondiente a la salida antes de hora de dicha fecha, menciona "Gestiones Particulares", sin embargo, no se adjuntó documentos respaldatorios que certifiquen dicha situación, como lo establece la Ley N° 1626/00.

Lic. Elsy Lorena Téllez, C.I. N° 5.103.725, esta Auditoria considera parcial el descargo debido a que se ha tomado como documento de control la "Nómina de Funcionarios y Personal Contratado - HRVH" proveída por el Departamento de Recursos Humanos,.

Herenio Roberto Irala, C.I. N° 353.898, no presentaron descargo.

Dr. Diego Felipe Ayala C.I. N° 3.383.194, no presentaron descargo.

Dra. Amalia Molinas de López, C.I. N° 481.331, no presentaron descargo.

Marciana González, C.I. N° 1.346.617, la responsable adjuntó al descargo la "Cartilla de Admisión" correspondiente al mes de Enero, en la cual figura "Vacaciones", pero no se visualizó el horario, sino la sigla TM, además no coincide con la *Nómina de Funcionarios y Personal Contratado - HRVH*, y no se ha mencionado en el Resumen de Asistencia.

Florentino Rouble, C.I. N° 2.836.560, la responsable anexó al descargo el formulario "Comunicación de Vacaciones", sin embargo, no se ha comunicado en el Resumen de Asistencia, como así también las debilidades mencionadas en la observación.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Dra. Verónica Escobar, C.I. N° 1.877.411, no presentaron descargo.

Dra. Lourdes M. Cano, C.I. N° 749.362, no presentaron descargo.

Lic. Sandra Ramírez, C.I. N° 4.190.282, Se adjuntó al descargo Nota por la cual la funcionaria ha solicitado permiso por Periodo de Lactancia.

Edgar Daniel Vega, C.I. N° 2.938.090, no presentaron descargo.

Dra. Natalia Gamarra C.I. N° 2.107.276, esta Auditoría Interna considera parcial el descargo presentado debido a que fue tomado como base la "Nómina de Funcionarios y Personal Contratado - HRVH", proveída por el Departamento de Recursos Humanos.

Dr. Ricardo Anibal Escobar C.I.N° 484.559, no presentaron descargo.

Alba Liz Torres Agüero. C.I. N° 4.139.899, Se adjuntó al descargo documento por la cual la funcionaria ha solicitado permiso "Periodo de Lactancia", cuyo horario establecido fue "Cada tres noches de 20:00 a 07:00", sin embargo, la misma ha incurrido en llegadas tardías, teniendo en cuenta el registro de marcación y no se ha mencionado en el Resumen de Asistencia.

Dra. Aracely Chaparro, Se anexó al descargo la Nota por la cual la funcionaria solicita el usufructo del Permiso de Lactancia, sin embargo, el horario establecido en la Nota no coincide con lo registrado en el espejo de marcación.

Dra. Perla María Pineda C.I.N° 3.473.878, Se adjuntó al descargo Nota por la cual la funcionaria ha solicitado permiso por Periodo de Lactancia.

Dra. Andrea C. Villalba, C.I. N° 2.432.214, Se anexó al descargo Nota por la cual la funcionaria ha solicitado permiso por Periodo por Lactancia.

Dra. Gionanna Bruno, C.I.N° 4.178.508, no presentaron descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables deberán informar todas las debilidades cometidas por los funcionarios, así también, contar con los documentos respaldatorios de las justificaciones presentadas, como lo establece la Resolución D.G. RR.HH. N° 3297/2009, "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en los siguientes Artículos:

Artículo 3°: Asistencia puntual: "Los funcionarios públicos y personal contratado están obligados a asistir al trabajo puntualmente y a no retirarse antes del fin de la jornada ordinaria, a menos que deban realizar tareas de su competencia fuera de ésta y que cuenten para ello con la autorización de su jefe o de un Superior Jerárquico".



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Artículo 5°: Especificaciones del formato de la planilla a ser enviada, inciso c) que expresa: *En la columna correspondiente a reposos, incluir solo aquellos menores a treinta (30) días, los que supere dicha cantidad; deben ser remitidos para su procesamiento por Resolución.*

Artículo 15°: "Responsabilidad de los Directores, Coordinadores y Jefes de Departamento": *Los Directores, Coordinadores y sus respectivos Jefes d Departamentos, son responsables del correcto desempeño de las actividades de los funcionarios públicos y personal contratado en las reparticiones a su cargo, así como también del cumplimiento de las jornadas laborales y del conocimiento de las disposiciones y medidas establecidas en la presente Resolución".*

Se debería dar cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno de la CGR, en el punto 02.02 DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO, que expresa: *"Toda operación o transacción financiera o administrativa deber tener la suficiente documentación que respalde y justifique". "Los documentos de respaldo justifican e identifican la naturaleza, finalidad y resultado de la operación y contienen los datos suficientes para su análisis"*

La Dirección de Relaciones Laborales, comunica a través de la Nota D.R.L. N° 396/2017, en la cual menciona lo siguiente:

"Al respecto, esta Dirección es del criterio que corresponde la recepción de los justificativos de Llegada Tardía y Salida antes de hora, cuando éstos se hallen respaldados suficientemente, es decir, con un documento en el cual se indique la fecha de la gestión a realizar, la cual debe ser llevada a cabo un tiempo razonable y para cuestiones estrictamente necesarias y cuyo trámite resulta imposible de realizar fuera del horario laboral (Ej. Consulta Médica, Reunión de Padres en Institución Educativa, Huelga, Cierre de calles, etc.).

Dicho documento justificativo debe acompañar el formulario justificativo, en el cual se verifique el Visto Bueno del Superior Inmediato.

Los justificativos sin respaldo documental (trastorno en el tráfico, desperfectos mecánicos, problemas personales, particulares, familiares) deben ser rechazados por no justificar suficientemente la falta administrativa."

5. VERIFICACIÓN IN SITU DE LA ASISTENCIA DE LOS FUNCIONARIOS EL DÍA MARTES 06/03/18 EN EL TURNO MAÑANA

Conforme a la Nómina de Funcionarios proporcionada por la Jefa de Recursos Humanos, se ha realizado una verificación in situ de la asistencia de los funcionarios del Hospital Regional de Villa Hayes en el turno mañana, constatando que algunos funcionarios no estaban presente durante la verificación. Así mismo, se ha visualizado algunas debilidades en la marcación según los espejos proporcionados y otros no figuran en la nómina.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

5.1 FUNCIONARIOS QUE NO SE ENCONTRABAN PRESENTE DURANTE LA VERIFICACIÓN IN SITU

N°	NOMBRE Y APELLIDO	C. I. N°	ÁREA	HORA	HORARIOS	REGISTRO DE ASISTENCIA SI/ RELOJ MARCADOR		OBSERVACIÓN
1	DRA. MARTA GRACIELA RIQUELME	932.328	GINECOOBSTETRA	-	LUN Y MAR 06:00 A 12:00	06:49	12:35	NO SE ENCONTRABA PRESENTE
2	LIC. DOLLY DÍAZ GIMÉNEZ	3.384.500	LIC. EN ENFERMERÍA	-	LUN A VIE 07:00 A 13:00	07:06	13:01	NO SE ENCONTRABA PRESENTE
3	CLAUDIA NAVARRO	4.182.330	AUX EN ENFERMERÍA	-	LUN A VIE 07:00 A 13:00	07:07	13:01	NO SE ENCONTRABA PRESENTE
4	LIC. GLADYS GIMÉNEZ	3.985.452	LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIOT.	-	LUN A VIE 07:00 A 13:00	07:07	13:02	NO SE ENCONTRABA PRESENTE
5	MARÍA ARCE CLAVEROL	1.562.220	-	-	-	07:05	14:05	NO SE ENCONTRABA PRESENTE Y NO FIGURA EN LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS NI DEL C.L.S
6	DIEGO LESME	1.653.269	-	-	-	07:03	19:00	NO SE ENCONTRABA PRESENTE Y NO FIGURA EN LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS NI DEL C.L.S

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

1. Dra. MARTA GRACIELA RIQUELME, C.I.N° 932.328, la misma manifiesta que estuvo ese día en el consultorio, pero no le hicieron firmar la planilla, adjuntamos espejo de marcación y planilla de productividad de la misma. Cabe señalar que los días martes, realiza toma de muestras para biopsia a pacientes citadas por hora, y como no cuenta con asistente, mientras está con pacientes, no abre la puerta hasta que se termine el procedimiento.
2. Lic. DOLLY DIAZ GIMENEZ, C.I.N° 3.384.500, se encontraban presentes, según copia del reloj marcador, y según la misma no se les pidió firmar la planilla de Auditoría.
3. Lic. CLAUDIA NAVARRO, C.I.N° 4.182.330 se encontraban presentes, según copia del reloj marcador y según la misma no se les pidió firmar la planilla de Auditoría.
4. Lic. GLADYS GIMENEZ C.I.N° 3.985.452, cuenta con orden de trabajo, en el Centro de Rehabilitación Marcando Pasos de Villa Hayes, donde realizó rehabilitación a pacientes, según copia que se adjunta.
5. MARIA ARCE CLAVEROL C.I.N° 1.562.220, es personal de la Municipalidad de Villa Hayes, comisionada al Hospital Regional.
6. DIEGO LESME, C.I.N° 1.653.269, realiza cobertura por vacaciones.

P.T FOLIO N° 834 AL 896

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La responsable ha anexado al descargo las documentaciones respaldatorias de los funcionarios que no se encontraban presente durante la verificación lo que no condice con lo mencionado en la observación. Cabe aclarar que dicho trabajo fue realizado en compañía de un funcionario de la administración del Hospital.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Dar cumplimiento a la **Resolución D.G.RR.HH. N° 3.297/2009** "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en los siguientes artículos:

Art. 8° Permanencia en el lugar de trabajo: "Los funcionarios públicos y personal contratado deberán permanecer en su lugar de trabajo durante la jornada ordinaria. Por motivos de orden laboral y con autorización escrita del jefe o un superior jerárquico de éste, los funcionarios públicos y personales contratados podrán trasladarse fuera de su lugar de trabajo." Los Jefes de Departamentos, Coordinadores y Directores son responsables por la permanencia de funcionarios públicos y personal contratado en sus respectivos lugares de trabajo".

Art. 15° Responsabilidad de los Directores, Coordinadores y Jefes de Departamento: "Los Directores, Coordinadores y sus respectivos Jefes de Departamentos, son responsables del correcto desempeño de las actividades de los funcionarios públicos y personal contratado en las reparticiones a su cargo, así como también del cumplimiento de las jornadas laborales y del conocimiento de las disposiciones y medidas establecidas en la presente Resolución".

5.2 FUNCIONARIOS QUE FIRMARON EL ACTA DE VERIFICACIÓN CON DEBILIDADES EN EL REGISTRO DE ASISTENCIA

N°	NOMBRE Y APELLIDO	C. I. N°	ÁREA	HORA	HORARIOS	REGISTRO DE ASISTENCIA SI/ RELOJ MARCADOR		OBSERVACIÓN
1	DRA. GLADYS GONZÁLEZ	446.999	LABORATORIO	11:05	MARTES 8:00 A 13:00 HS	08:30	13:21	LLEGADA TARDÍA
2	VICTORINA VARGAS	447.282	SERVICIOS GENERALES	10:36	LUN A VIE 6:00 A 14:00 HS	-	14:00	NO REGISTRÓ ENTRADA
3	DRA. AMALIA MOLINAS	481.331	CONSULTORIO DIABETES	10:32	MARTES 7:00 A 19:00 HS	07:24	18:22	LLEGADA TARDÍA Y SALIDA ANTES DE HORA
4	DR. RICARDO A. ESCOBAR	484.559	ECOGRAFÍA	11:27	MARTES 7:00 A 13:00 HS	06:21	12:14	SALIDA ANTES DE HORA
5	LINA PAIVA	1.025.535	LAVANDERÍA	11:59	GUARDIA C/3 DÍAS 6 A 18:00 HS	-	18:03	NO REGISTRÓ ENTRADA
6	LIC. MARTA MARECOS	1.190.546	EPIDEMIOLOGIA	09:51	LUN A VIE 7:00 A 13:00 HS	07:18	14:01	LLEGADA TARDÍA
7	RAQUEL AQUINO	1.340.276	MASTOLOGIA	10:56	MARTES 7:00 A 15:00 HS	07:39	15:01	LLEGADA TARDÍA
8	DR. MIGUEL ROMERO	1.345.436	CONSULT. TRAUMATOLOGÍA	10:30	MIÉRCOLES: 8:00 A 20:00 HS	08:25	14:27	NO COINCIDE EL HORARIO REGISTRADO CON LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS
9	DR. VÍCTOR ALTEMBURGER	1.558.731	ODONTOLOGÍA	10:20	MARTES 7:00 A 19:00 HS	06:44	12:18	SALIDA ANTES DE HORA
10	DRA. MARTA ACHA	1.863.509	URGENCIAS - CIRUGÍA	11:46	MARTES 7:00 A 19:00 HS	07:12	17:32	SALIDA ANTES DE HORA
11	PETRONA BENÍTEZ	2.370.274	SERVICIOS GENERALES (C.I.S.)	10:52	LUN A VIE: 6:00 A 12:00 HS	-	12:00	NO REGISTRÓ ENTRADA
12	LÍA MUÑOZ	2.837.853	GINECOLOGÍA	11:41	-	11:31	18:00	NO FIGURA EN LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS
13	CARMEN ROSANA	4.026.952	GINECOLOGÍA	11:40	-	-	-	NO FIGURA EN LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

N°	NOMBRE Y APELLIDO	C. I. N°	ÁREA	HORA	HORARIOS	REGISTRO DE ASISTENCIA SI/RELOJ MARCADOR		OBSERVACIÓN
14	DRA. GIOVANNA BRUNO	4.178.508	CONS. PEDIATRÍA	10:13	MARTES: 7:00 A 13:00 HS	-	13:05	NO REGISTRO ENTRADA
15	SANDRA RAMÍREZ	4.190.282	PAI	CUENTA CON O.T	LUN A VIE: 06:00 A 12:00 HS	06:56	15:20	LLEGADA TARDÍA
16	HILDA GODOY	4.223.263	ENFERMERÍA INTERNADO	11:57	LUN A VIE: 07:00 A 13:00 HS	07:07	12:05	SALIDA ANTES DE HORA
17	TEC. PABLO SOLER	4.232.601	URGENCIAS	11:30	LUN A VIE 13:00 A 19:00 HS	06:56	13:00	NO COINCIDE EL HORARIO REGISTRADO CON LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS
18	DRA. ARACELY CHAPARRO	4.699.304	CONSULTORIO	11:32	MARTES 7:00 A 19:00 HS	07:11	18:00	SALIDA ANTES DE HORA
19	ELSY TÉLLEZ	5.103.725	OBSTETRA DE URGENCIAS	11:46	LUN A VIE 7:00 A 13:00 HS	06:49	-	NO REGISTRÓ SALIDA
20	MARÍA LIZ MARTÍNEZ R.	6.037.525	URGENCIAS - ADULTO	11:35	NO SE VISUALIZA EN LA NOMINA DE FUNCIONARIOS	-	-	NO REGISTRÓ ASISTENCIA

P.T FOLIO N° 600 AL 612

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

1. DRA. GLADYS GONZALEZ C.I. N° 446.999
2. VICTORINA VARGAS, C.I. N° 447.282.
3. DRA. AMALIA MOLINAS C.I. N° 481.331.
4. DR. RICARDO ESCOBAR, C.I. N° 484.559.
5. LINA PAIVA, C.I. N° 1.025.535.
6. LIC. MARTA MARECO, C.I. N° 1.190.546.
7. DRA. RAQUEL AQUINO, C.I. N° 1.340.276.
8. DR. MIGUEL ROMERO, C.I. N° 1.345.436, el mismo tenía ese rubro de los días martes comisionado a la Gobernación de Pdte. Hayes, hasta finales de febrero de este año. Quedando así su horario, martes y miércoles de 08:00 hs. a 20:00 hs.
9. DR. VICTOR ALTEMBURGUER, C.I. N° 1.558.731, marca de 07:00 hs. A 12:00 hs., usufructúa el horario de 45 minutos para el almuerzo y luego regresa hasta las 19:00 hs.
10. DRA. MARTA ACHA, C.I. N° 1.863.509, usufructúa su permiso de lactancia, quedando su horario de la siguiente manera lunes, martes y jueves de 07:00 hs. A 17:30hs. Según nota que se adjunta.
11. PETRONA BENITEZ, C.I. N° 2.370.274, personal contratado por el Consejo Local de Salud de José Falcón.
12. LIA MUÑOZ, C.I. N° 2.837.853, Medico pasante que inicio su pasantía rural el 05/03/2018, según copia que se adjunta.
13. CARMEN ROSANA ESCANDRIOLO, C.I. N° 4.026.952. Ginecóloga comisionada del P.S. de Remansito cuya documentación estamos esperando para regularizar su situación.
14. DRA. GIOVANNA BRUNO, C.I. N° 4.178.508.
15. SANDRA RAMIREZ, C.I. N° 4.190.282, usufructua permiso de lactancia, según manifestamos más arriba.
16. HILDA GODOY, C.I. N° 4.223.263, personal contratada por el Consejo Local de Salud de José Falcón, usufructúa su permiso de lactancia, según copia que se adjunta.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

17. PABLO SOLER, C.I. N° 4.2321.601, su horario es de lunes a viernes de 07:00 hs. A 13:00 hs.
18. DRA. ARACELY CAPARRO, C.I. N° 4.699.304, usufructúa permiso de lactancia, manifestamos más arriba.
19. ELSY TELLEZ, C.I. N° 5.103.724.
20. MARIA LIZ MARTINEZ, C.I. N° 6.037.525, realiza cobertura por vacaciones.
P.T FOLIO N° 834 AL 896

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La responsable ha presentado documentos respaldatorios que justifican la inasistencia de los funcionarios, Dr. Víctor Altemburger, Dra. Marta Acha, Lia Muñoz, Sandra Ramírez, Hilda Godoy, Dra. Aracely Chaparro, no así por los siguientes funcionarios:

Ítems	Nombres y Apellido	C.I. N°
1	Dra. Gladys González	446.999
2	Victorina Vargas,	447.282.
3	Dra. Amalia Molina	481.331
4	Dr. Ricardo Escobar	484.559.
5	Lina Paiva	1.025.535.
6	Lic. Marta Mareco	1.190.546.
7	Dra. Raquel Aquino	1.340.276.
8	Dr. Miguel Romero,	1.345.436
11	Petrona Benítez	2.370.274
13	Carmen Rosana Escandriolo	4.026.952
14	Dra. Giovanna Bruno	4.178.508
17	Tec. Pablo Soler	4.232.601
19	Elsy Téllez	5.103.725
20	Maria Liz Martinez	6.037.525

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a la **Resolución D.G.RR.HH. N° 3.297/2009** "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en los siguientes artículos:

Art. 3° "Asistencia puntual: Los funcionarios públicos y personal contratado están obligados a asistir al trabajo puntualmente y a no retirarse antes del fin de la jornada ordinaria, a menos que: deban realizar tareas de su competencia fuera de ésta y que cuenten para ello con la autorización de su Jefe o un Superior Jerárquico".

Asimismo, la Jefatura de Recursos Humanos deberá mantener actualizado en forma permanente el listado de los funcionarios a fin de contar con informaciones fidedignas y oportunas que sirvan de insumo para la toma de decisiones, a los efectos de presentar a los órganos de control interno o externo cuando lo requieran.

Handwritten signatures and initials



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

6. VERIFICACIÓN IN SITU DE LA ASISTENCIA DE LOS FUNCIONARIOS EL DÍA VIERNES 09/03/18 EN EL TURNO NOCHE

Conforme a la Nómina de Funcionarios proporcionado por la Jefa de Recursos Humanos, se ha realizado una verificación in situ de la asistencia de los funcionarios del Hospital Regional de Villa Hayes el día viernes 09/03/2018, en el turno noche, constatando que algunos funcionarios no se encontraban presentes durante la verificación. Así mismo, se ha visualizado algunas debilidades en la marcación según los espejos proporcionados y otros no figuran en la Nómina.

6.1 FUNCIONARIOS QUE NO SE ENCONTRABAN PRESENTE DURANTE LA VERIFICACIÓN

N°	NOMBRE Y APELLIDO	C. I. N°	ÁREA	HORA	HORARIOS	DÍAS	REGISTRO DE ASISTENCIA SI/ RELOJ MARCADOR		OBSERVACIÓN
							ENTRADA	SALIDA	
1	DRA. ANDRESA INSFRAN	-	PEDIATRÍA	-	16:00 A 22:00 HS	VIERNES	-	-	FIGURA EN LA CARTILLA DE PEDIATRAS, PERO NO REGISTRO LA PLANILLA
2	LIC. VICTORIA AYALA	-	ENFERMERÍA	-	-	TURNO NOCHE	-	-	FIGURA EN LA CARTILLA DE ENFERMERIA PERO NO REGISTRO LA PLANILLA
3	LIC. GABRIELA PÉREZ	-	ENFERMERÍA	-	-	TURNO NOCHE	-	-	FIGURA EN LA CARTILLA DE ENFERMERIA PERO NO REGISTRO LA PLANILLA
4	LIC. CRISTINA ENCINA	-	ENFERMERÍA	-	-	TURNO NOCHE	-	-	FIGURA EN LA CARTILLA DE ENFERMERIA PERO NO REGISTRO LA PLANILLA

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

- "DRA. ANDRESA INSFRAN, C.I.N° 769.629, su horario, desde el mes de marzo cambio a miércoles y jueves de 07:00 a 19:00 hs y domingo de 19:00 a 07:00 hs, por lo que el martes 6/03/18 no era su día de guardia. Se adjunta espejo de marcación.*
- LIC. VICTORIA AYALA, personal contratada por el Consejo Local de Salud de José Falcón y su horario es el siguiente: guardia rotativa de 12 hs. de 19:00 a 07:00 hs. cada 3 noches.*
- LIC. GABRIELA PEREZ, personal contratada por el Consejo Local de Salud de José Falcón y su horario es el siguiente: guardia rotativa de 12hs. de 19:00 a 07:00 hs. cada 3 noches.*
- Lic. MARIA CRISTINA ENCINA, su horario es el siguiente: guardia rotativa de 12hs de 19:00 a 07:00 hs. cada 3 noches".*

P.T FOLIO N° 834 AL 896

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La Auditoría ha tomado como base la Cartilla de Guardia proveída por el Departamento de Recursos Humanos, en la cual se visualiza los horarios del Turno Noche y no las guardias rotativas 12 Hs., como se menciona en el descargo, por lo que se ratifica la observación.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Se debería dar cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno de la CGR, en el punto 02.02 DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO, que expresa: "Toda operación o transacción financiera o administrativa deber tener la suficiente documentación que respalde y justifique".

e. "Los documentos de respaldo justifican e identifican la naturaleza, finalidad y resultado de la operación y contienen los datos suficientes para su análisis"

6.2 FUNCIONARIOS QUE FIRMARON EL ACTA DE VERIFICACIÓN CON DEBILIDADES EN EL REGISTRO DE ASISTENCIA

N°	NOMBRE Y APELLIDO	C. I. N°	ÁREA	HORA	HORARIOS	DÍAS	REGISTRO DE ASISTENCIA S/ RELOJ MARCADOR		OBSERVACIÓN
							ENTRADA	SALIDA	
1	LIC. MARGARITA TORRES	1.415.236	URG. ADULTO	20:12	19:00 A 07:00	CADA 3 NOCHES	18:58	--	NO MARCO SALIDA, EN CARTILLA DE HORARIO FIGURA VACACIONES
2	DR. ALEJANDRO AVILA	2.487.166	URG. ADULTO	20:14	--	--	--	--	REEMPLAZÓ A LA DRA. SUSANA ÁLVAREZ, NO SE VISUALIZÓ REGISTRO EN EL ESPEJO DE MARCACIÓN
3	JULIA ISABEL DE LEÓN	5.772.820	LIMPIADORA (C.L.S.)	20:15	18:00 a 06:00	3 GUARDIA NOCTURNA	--	--	FIGURA EN EL LISTADO DEL CONSEJO LOCAL DE SALUD
4	DR. DIEGO MUÑOZ R	2.147.612	URG. ADULTO	20:16	07:00 A 19:00	JUEVES Y SÁBADOS	19:10	--	NO MARCO SALIDA
5	EULALIA ARGUELLO	1.318.511	FARMACIA	20:23	19:00 A 07:00	LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES	18:53	--	NO MARCO SALIDA
6	BLANCA RIVAS	951.520	SALA DE PARTOS	20:28	07:00 A 07:00	GUARDIA 07:00 A 07:00	12:10	--	NO MARCO SALIDA.
7	DR. JULIO GAMARRA	1.835.235	URG - NEO - SALA PED.	20:30	7:00 A 07:00	VIERNES	07:03	--	NO MARCO SALIDA
8	LIONEL SOSA	1.079.188	ADMISIÓN	20:14	18:00 A 06:00	GUARDIA CADA 3 DÍAS	06:01	18:00	FIGURA EDGAR HELLION EN EL HORARIO (VIERNES 09/02/2018).
9	DRA. SHIRLEY GREGOR	3.390.518	GINECOLOGÍA	20:16	19:00 A 07:00 07:00 A 19:00	VIERNES Y DOMINGO	08:51	--	NO MARCO SALIDA
10	DR. GABRIEL GÓMEZ	3.561.885	CIRUGÍA	20:16	07:00 A 19:00 19:00 A 07:00	LUNES Y VIERNES	07:02	--	NO MARCO SALIDA
11	DRA. LIA MUÑOZ	2.837.853	GINECOLOGÍA	20:17	13:00 A 19:00 07:00 A 13:00 19:00 A 07:00 07:00 A 19:00	MARTES, JUEVES, VIERNES Y DOMINGOS	--	--	NO SE VISUALIZA REGISTRO EN EL ESPEJO DE MARCACIÓN
12	LIC. LUZ MENDOZA	3.672.768	PEDIATRÍA INTERNADO	20:19	TURNO NOCHE	CADA 3 DÍAS	18:36	--	NO MARCO SALIDA
13	TEC. ROSA MARÍA BRITZ	4.217.294	GINECOLOGÍA	20:19	TURNO NOCHE	CADA 3 DÍAS	18:46	--	NO MARCO SALIDA



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

N°	NOMBRE Y APELLIDO	C. I. N°	ÁREA	HORA	HORARIOS	DÍAS	REGISTRO DE ASISTENCIA SI/ RELOJ MARCADOR		OBSERVACIÓN
							ENTRADA	SALIDA	
14	IRMA ALARCÓN	3.035.279	CLÍNICA Y CIRUGÍA	20:20	TURNO NOCHE	CADA 3 DÍAS	18:18	--	NO MARCO SALIDA
15	LIZ DÁVALOS	4.293.318	NEONATO	20:21	TURNO NOCHE	CADA 3 DÍAS	-	-	NO SE VISUALIZA REGISTRO EN EL ESPEJO DE MARCACIÓN
16	EDGAR DÁVALOS	497.749	ANESTESIA	20:22	07:00 A 19:00 19:00 A 07:00	VIERNES Y SÁBADOS	07:06	-	NO MARCO SALIDA
17	ANTONIO IBARRA	918.414	CHOFER AMBULANCIA	20:23	07:00 A 07:00	24 HS	07:01	--	NO MARCO SALIDA

P.T FOLIO N° 656 AL 684

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

- a. MARGARITA BELEN TORRES, C.I.N° 1.415.236, su horario es de 19:00 a 07:00., realiza guardia rotativa de 12 hs. nocturnas cada 3 días.
- b. DR. ALEJANDRO AVILA, C.I.N° 2.487.166, reemplazo a la DRA. SUSANA ALVAREZ, según copia que se adjunta.
- c. JULIA ISABEL DE LEON, C.I.N° 5.772.820, personal contratado por el Consejo Local de Salud de José Falcón.
- d. DR DIEGO MUÑOS, C.I.N° 2.147.612.
- e. EULALIA ARGUELLO, C.I.N° 1.318.511, su horario es viernes de 19:00 hs a sábado 07:00 hs.
- f. BLANCA RIVAS C.I.N° 951.520, su horario era viernes de 07:00 a sábado 07:00 hs., 24 hs., según cartilla que se adjunta.
- g. DR. JULIO GAMARRA, C.I.N° 1.835.235, su horario es de viernes de 07:00 hs. a sábado de 07:00 hs.
- h. LIONEL SOSA, C.I.N° 1.079.188, su horario es de viernes 18:00 hs. a sábado 06:00 hs. 12 hs.
- i. DRA. SHIRLEY GREGOR, C.I.N° 3.390.518, su horario es de viernes de 07:00 hs a sábado 07:00 hs., 24 hs., y como usufructúa su permiso de lactancia, teniendo que llegar 1 hora 30 min después de la 07.
- j. DR. GABRIEL GOMEZ, C.I. N° 3.561.885, su horario es de viernes 07:00 hs a sábados 07:00 hs. 24 hs.
- k. DRA. LIA MUÑOZ C.I.N° 2.837.853, Medico pasante que inició su pasantía rural el 5/03/2018, según copia que se adjunta.
- l. LIC. LUZ MENDOZA, C.I.N° 3.672.768, su horario es de viernes 19:00 hs. a sábado 07:00 hs., guardia rotativa cada 3 noches.
- m. ROSA MARIA BRITZ, C.I.N° 4.217.294, horario es de viernes 19:00 hs. a sábado 07:00., guardia rotativas cada 3 noches.
- n. IRMA ALARCON, C.I.N° 3.035.279, horario es de viernes 19:00 hs. a sábado 07:00 hs, guardias rotativas cada 3 noches.
- o. LIZ DAVALOS, C.I.N° 4.293.318, horario es de viernes 19:00 hs., a sábado 07:00 hs., guardias rotativas cada 3 noches.
- p. EDGAR DAVALOS, C.I.N° 497.749, su horario es de viernes 19:00 hs a sábado 07:00 hs, guardia rotativas cada 3 noches.
- q. ANTONIO IBARRA, C.I.N° 918.414, su horario es de viernes 07:00 hs, a sábados 07:00 hs., 24 hs., guardia cada 5 días".

P.T FOLIO N° 834 AL 896



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Evaluado el descargo presentado por la responsable se ha observado lo siguiente:

No se anexaron al descargo los documentos respaldatorios por las debilidades mencionadas en la observación "no marcó salida" de los funcionarios que se detallan a continuación:

Margarita Belén Torres, Julia Isabel de León, Dr. Diego Muñoz R., Eulalia Arguello, Blanca Rivas, Dr. Julio Gamarra, Dra. Shirley Gregor, Dr. Gabriel Gómez, Lic. Luz Mendoza, Tec. Rosa María Britez, Irma Alarcón, Edgar Dávalos, Antonio Ibarra.

Así también, las documentaciones que se adjuntaron al descargo se ha observado cuanto sigue:

Dr. Alejandro Ávila: Se adjuntó el formulario de cambio de Guardia del día jueves 09/03/18, sin embargo, no se anexó el Espejo de Marcación correspondiente a esa fecha, por lo que no se pudo corroborar la carga horaria realizada.

Lionel Sosa: la responsable menciona que el horario del funcionario es "viernes 18:00 hs. a sábado 06:00 hs. (12 hs.)", sin embargo, esta Auditoría ha tomado como base la Cartilla de Guardia proveída por el Departamento de Recursos Humanos, en el cual menciona que el día 09/03/18 correspondía la guardia al Sr. Edgar Hellon.

Dra. Lía Muñoz: al momento de la verificación los responsables proveyeron a la Auditoría los Espejos de Marcación de todos los funcionarios correspondientes al 09/03/2018, sin embargo, no se ha visualizado el registro de asistencia de la funcionaria. Con el descargo se anexó el espejo de marcación de la funcionaria en el cual se ha observado que la misma ha registrado su asistencia y se retiró antes de hora, conforme a su horario laboral.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a la **Resolución D.G.RR.HH. N° 3.297/2009** "Por la cual se establece el reglamento interno para los funcionarios públicos y personal contratado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social", en los siguientes artículos:

Art. 3° "Asistencia puntual: Los funcionarios públicos y personal contratado están obligados a asistir al trabajo puntualmente y a no retirarse antes del fin de la jornada ordinaria, a menos que: deban realizar tareas de su competencia fuera de ésta y que cuenten para ello con la autorización de su Jefe o un Superior Jerárquico".

Art. 15° Responsabilidad de los Directores, Coordinadores y Jefes de Departamento: "Los Directores, Coordinadores y sus respectivos Jefes de Departamentos, son responsables del correcto desempeño de las actividades de los funcionarios públicos y personal contratado en las reparticiones a su cargo, así como también del cumplimiento de las jornadas laborales y del conocimiento de las disposiciones y medidas establecidas en la presente Resolución".

Así



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidas con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

7. CARECEN DE MOBILIARIOS Y ARTÍCULOS DE OFICINA

Falta de estantes y/o gavetas para el resguardo de las documentaciones, así también Artículos de Oficina tales como: carpeta archivadora, bibliorato, lápiz de papel, bolígrafo, resma de papel, entre otros. P.T FOLIO N° 571

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes de manera a proveer de mobiliarios necesarios para el almacenamiento y ordenamiento de las documentaciones.

F. SUMINISTROS

1. NO CUENTA CON JEFATURA DE SUMINISTROS

El Dpto. de Suministros no cuenta con Encargado/a, la Administradora realiza las tareas inherentes al área.

P.T FOLIO N° 686

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No presento descargo

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la Institución deberán realizar las gestiones pertinentes a fin de contar con un/a responsable que realice las gestiones administrativas correspondientes al área de Suministros.

2. PRODUCTOS ALIMENTICIOS RECEPCIONADOS NO FUERON REGISTRADOS EN LAS FICHAS DE CONTROL DE STOCK

Los productos recepcionados de la XV Región Sanitaria en los meses de noviembre, diciembre/2017 y enero/2018, no fueron registrados en las Fichas de Control de Stock. Al respecto, no se pudo verificar el destino de los insumos recepcionados a través de la Remisión N° 179, de fecha 09/11/17, Remisión N° 196 de fecha 05/12/2017, Remisión S/N de fecha 09/01/18 y 31/01/18. Ejemplo:

Descripción	Cantidad	Unidad de medida
Carnaza	413	kilos
Peceto	180	kilos
Pollo	80	kilos
Muslo de pollo	102	kilos
Pechuga de Pollo	240	kilos
Arroz	30	kilos



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

(Cont.)

Descripción	Cantidad	Unidad de medida
Tomate	200	kilos
Locote	120	kilos
Cebolla	160	kilos
Zanahoria	160	kilos
Papa	170	kilos
Queso Py	15	kilos
Yerba	10	kilos
Fideo Surtido	60	kilos
Aceite	40	litros
Huevo	1020	Unidad
Yogurt dietético	1500	Unidad

P.T FOLIO N° 688, 688 al 699

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Los productos recepcionados de la XV Región Sanitaria en los meses de noviembre, diciembre/2017 y enero/2018, actualmente cuentan con sus respectivas fichas".

P.T Folio N°

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables mencionan en el descargo que los productos recepcionados de la XV Región Sanitaria ya cuentan con sus respectivas fichas, sin embargo, no se anexaron los documentos respaldatorios, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA.

Registrar en las Fichas de Control de Stock los productos recepcionados y mantener actualizados sus registros a fin de dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, que en el art. 2° expresa: *"Disponer la obligatoriedad del mantenimiento actualizado de los Registros de Control, con las documentaciones respaldatorias correspondientes"*, y a lo establecido en el **Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno**, en el Título II, Normas Técnicas de Control Interno NTCI N° 14.02 Normas para Controlar la Documentación, en la **NTCI-02.02 Documentación de respaldo**.

▪ Cumplir con las disposiciones legales establecidas en:

Ley N° 1535/99 "De Administración Financiera del Estado", Art 1 inciso "b) desarrollar sistemas que generen información oportuna y confiable sobre las operaciones;

Artículo 56, en el inciso: c) *"preparar, custodiar y tener a disposición de los órganos de control interno y externo la documentación de respaldo de las operaciones asentadas en sus registros"*.

- **Ley N° 1.626/00 De la Función Pública Capítulo X - Del Régimen Disciplinario: Artículo 64:** Los funcionarios públicos incurrirán en responsabilidad administrativa por incumplimiento de sus deberes u obligaciones o por infringir las prohibiciones establecidas en esta ley y las leyes análogas, haciéndose pasibles de las sanciones disciplinarias determinadas en este capítulo.."

Handwritten signatures and initials.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

3. NO SE HA VISUALIZADO FORMULARIOS DE PEDIDO Y DE REMISIÓN

No se ha visualizado en la carpeta proveída por la administradora, las Notas de Pedido y de Remisión correspondiente a los meses de noviembre, diciembre/2017 y enero/2018 utilizada para la entrega de productos alimenticios a la cocina, lo que dificultó realizar un control de la utilización de los productos.

P.T FOLIO N° 686

4. LAS FICHAS DE CONTROL DE STOCK NO SE ENCONTRABAN ACTUALIZADAS

Las Fichas de Control de Stock de Alimentos no se encontraban actualizadas, los últimos registros corresponden a la fecha 27/02/18.

P.T FOLIO N° 686

5. NO TIENEN IMPLEMENTADAS LAS FICHAS DE CONTROL DE STOCK PARA ARTÍCULOS DE LIMPIEZA, OFICINA Y FERRETERÍA

No se encuentran implementadas las Fichas de Control de Stock de algunos productos, como por ejemplo: Artículos de Limpieza, Oficina y de Ferretería.

P.T FOLIO N° 686

6. NO TIENEN IMPLEMENTADO UN REGISTRO DIARIO DE UTILIZACIÓN DE ALIMENTOS

Los productos alimenticios entregados a la cocinera, carecen de un registro diario de la utilización de los mismos, por lo que no se pudo determinar la cantidad destinada para elaborar el menú diario.

P.T FOLIO N° 686

7. LAS ADQUISICIONES A TRAVÉS DE LA CAJA CHICA NO SON REGISTRADAS EN LAS FICHAS DE CONTROL DE STOCK

Las adquisiciones realizadas a través del Rubro 834 "Caja Chica", no son registradas en las Fichas de Control de Stock, ejemplo: útiles de oficina y artículos de ferretería.

P.T FOLIO N° 685

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES (Obs. 3,4,5,6 y7)

"Transcripción textual"

"Con respecto a los puntos resaltantes de esta área, en vista a la falta de personal me comprometo en realizar lo humanamente posible, adecuar todas las documentaciones correspondientes que respalden tanto la Recepción, el Pedido y Remisión de los Alimentos, Artículos de Limpieza, Oficina y Ferretería. Implementando debidamente las Fichas de las mismas y el registro de Utilización a partir de la fecha".

P.T FOLIO N° 927

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por la responsable confirma las observaciones de la Auditoría, por lo que queda ratificada.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA (Obs. 3,4,5,6,7)

- Los responsables deberán registrar los productos recepcionados en las Fichas de Control de Stock y mantener actualizados sus registros a fin de dar cumplimiento a la Resolución S.G. N° 114/02, que establece en los siguientes artículos:

Artículo 1°: *Implementar Sistemas de Control de Stock, por medios manuales (Fichas) y/o de procesamiento de datos (Sistemas Informáticos), de los Bienes de Consumo, Insumos y Bienes de Cambio, en todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".*

Artículo 2°: *"Disponer la obligatoriedad del mantenimiento actualizado de los Registros de Control, con las documentaciones respaldatorias correspondientes", y tener en cuenta el Manual de Normas Básicas y Técnicas de Control Interno, en el Título II, Normas Técnicas de Control Interno NTCI N° 14.02 Normas para Controlar la Documentación, "Documentación de respaldo", que expresa: "Toda operación o transacción financiera o administrativa deber tener la suficiente documentación que respalde y justifique". "Los documentos de respaldo justifican e identifican la naturaleza, finalidad y resultado de la operación y contienen los datos suficientes para su análisis"*

G. ÁREA DE COCINA – HOSPITAL REGIONAL

Cocinera de turno: Sra. Silvina Zarate

1. CARENCIA DE FUNCIONARIOS PARA CUBRIR TODOS LOS TURNOS

El Hospital cuenta con una sola cocinera de avanzada edad, quien realiza el menú diario (desayuno, almuerzo y cena) para pacientes y funcionarios de guardia, de lunes a domingo. La misma ha manifestado que cumple un horario de 07:00 a 14:00 hs y de 18:00 a 20:00 y que no cuenta con ayudante desde hace mucho tiempo, por lo que no tiene día libre. Así también, en caso que el paciente se encuentre solo, la misma se encarga de acercarle los alimentos en la sala de internados.

P.T FOLIO N° 793

2. NO CUENTAN CON NUTRICIONISTA PARA LA ELABORACIÓN DEL MENÚ

No cuentan con un/a nutricionista para la elaboración del menú diario destinado a los pacientes que se encuentran internados.

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

Los responsables no han presentado descargo de las observaciones 1 y 2.

**RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA
(Observación 1 y 2)**

Los responsables de la Institución en coordinación con los del Nivel Central deberán realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles y realizar las contrataciones de personales de manera a fortalecer los diferentes servicios del Hospital, tendientes a brindar una buena atención y satisfacer las necesidades de los usuarios que concurren a la Institución.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

3. EL LISTADO DE COMENSALES NO SE ENCONTRABA ACTUALIZADA

No se pudo determinar la cantidad de personas que tuvieron acceso al comedor en el periodo 2017, debido a que el Listado de Comensales no estaba actualizado (último registro es de abril/17), al respecto, la Administradora del Hospital rehabilitó el Listado de Comensales (pacientes y funcionarios), durante el trabajo de campo (06/03/18). P.T FOLIO N° 793

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Con la rehabilitación del Listado de Comensales del Menú Diario se facilita el control de personas que acceden al mismo, actualmente vigente". P.T FOLIO N° 927

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

El descargo presentado por los responsables confirma la observación de la Auditoría, por lo que se ratifica en la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables deberán contar en todo momento de una Planilla de Comensales, donde se anotarán los datos y firma de los funcionarios de guardia y pacientes internados que tienen acceso al comedor, de manera a llevar un registro fidedigno de la cantidad de funcionarios y pacientes que acceden al comedor y transparentar la gestión administrativa.

4. ESCASES DE CUBIERTOS Y DE ARTÍCULOS DE LIMPIEZA

Cuenta con muy poca cantidad de utensilios de cocina, (tenedor, cuchillo, platos, olla, otros), lo que ocasiona incomodidad para los comensales, por otra parte, la encargada ha manifestado que en ocasiones debe comprar detergente para el lavado de los cubiertos. P.T FOLIO N° 793

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Ante la escasez de cubiertos, hemos adquirido algunos de los mismos que puedan facilitar el servicio brindado a los comensales". P.T Folio N°

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Conforme al descargo presentado por los responsables, mencionan que se ha adquirido algunos utensilios, sin embargo no se adjuntó documentos respaldatorios de las adquisiciones realizadas, por lo que se ratifica la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes de manera a contar con los utensilios y elementos de limpieza necesarios para brindar un mejor servicio a los comensales.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

5. EQUIPO DE REFRIGERACIÓN EN MAL ESTADO

El Aire Acondicionado marca Samsung, código patrimonial 011-014-024-0004 ubicado en el área del comedor se encuentra en mal estado y un frízer (sin código patrimonial) no funciona desde hace aproximadamente dos años.

P.T FOLIO N° 793

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

Los responsables no han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán gestionar ante las instancias pertinentes la reparación de los bienes patrimoniales que se encuentran con desperfectos, de manera que estos puedan funcionar en óptimas condiciones, o en su efecto gestionar el retiro de los mismos y solicitar las bajas correspondientes.

H. PATRIMONIO HOSPITAL REGIONAL

1. EL HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES NO CUENTA CON ENCARGADO PARA EL ÁREA

El Hospital de Villa Hayes dependiente de la XV Región Sanitaria – Presidente Hayes, no tienen Encargado en el Área de Patrimonio desde hace aproximadamente 2 años, por lo que el Sistema Patrimonial - (SIPA) se encuentra desactualizado.

P.T FOLIO N° 700

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"En vista a que no contábamos con encargado/a del Área y con el cambio de director, se realizó el pedido para que la Lic. Patricia Allende vuelva a estar encargada de Patrimonio; como es una de las personas más aptas para dicho cargo. De esta manera pondremos al corriente las documentaciones y el SIPA (Sistema Patrimonial)". P.T FOLIO N° 927 AL 928

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables confirman la observación, sin embargo no se adjuntó al descargo la Nota por la cual se solicita Encargado/a para el Área.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 1535/99, Art. 56° inc. d) "...mantener actualizado el inventario de los bienes que conforman su patrimonio, así como la documentación que acredite el dominio de los mismos conforme con la ley y la reglamentación respectiva", por lo tanto, deberán gestionar ante las instancias pertinentes, la designación de un Encargado para el Área de Patrimonio, de manera a cumplir con lo establecido en la **Resolución S.G. N° 372/08**, "Por la cual se establece la obligatoriedad de designar Jefes de Patrimonio en los Centros Financieros, Regiones Sanitarias, Hospitales, Programas, Institutos y Proyectos", y solicitar el apoyo del Departamento de Patrimonio Regional de manera a llevar a cabo la actualización del Inventario General".



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

2. EL HOSPITAL NO CUENTA CON EL INVENTARIO DE BIENES DE USO Y EL FORMULARIO FC04 ESTA DESACTUALIZADO

El Hospital no cuenta con el Formulario F.C. 03 "Inventario de Bienes de Uso", en forma impresa y el Formulario F.C. 04 "Movimiento de Bienes de Uso", se encuentra desactualizado. P.T FOLIO N° 700

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 1535/99, Art. 56° inc. d) "...mantener actualizado el inventario de los bienes que conforman su patrimonio, así como la documentación que acredite el dominio de los mismos conforme con la ley y la reglamentación respectiva" y el Decreto N° 8127/2000, Art. 95° que expresa "Los bienes afectados al uso de los Organismos y Entidades del Estado formarán parte del inventario General de Bienes del Estado que deberán mantenerse en forma analítica y actualizado en cada Institución el Inventario de Bienes que conforman su patrimonio."

3. FALTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS FORMULARIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL DE PATRIMONIO

Los Formularios FC 10 "Planilla de Responsabilidad Individual" y FC 11 "Movimiento Interno de Bienes de Uso" no están implementados, por lo que los Bienes no cuentan con custodia de responsabilidad y destino de los mismos. P.T FOLIO N° 700

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Implementar en todas las áreas la utilización de los Formularios F.C. 10 "Planilla de Responsabilidad Individual", a fin de establecer la responsabilidad que corresponde a cada funcionario que tenga a su cargo el uso, administración o custodia de bienes de propiedad del Estado, y el Formulario F.C. 11 "Movimiento Interno de Bienes de Uso" de manera a dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Administración, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los Bienes del Estado, aprobado por el Decreto N° 20132/03, en el Capítulo 18 "Del Régimen de Uso de Formularios":

4. NO CUENTAN CON LISTADO ACTUALIZADO DE LOS BIENES EN DESUSO Y DE UN DEPÓSITO PARA LA UBICACIÓN DE LOS MISMOS

No cuentan con un listado actualizado de los bienes en desuso. Carecen de depósito para resguardo de los mismos, los que podrían ser pasibles de hurtos, ocasionando pérdida al patrimonio de la institución. Al respecto, no ha sido proporcionado Informe Técnico del estado actual de los bienes. A continuación se detalla algunos de los bienes:

Nº
100



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Bienes en Pasillos y Áreas de Trabajo			
Descripción del Bien	Código Patrimonial	Cantidad	Área
Fotocopiadora	011-14-03-0623	1	Dirección
Servocuna	011-456-02-2260	1	Quirófano
Incubadora	011-014-037-0006	1	Quirófano
Incubadora	011-456-03-0827	1	Quirófano
Lámpara Cialítica	011-456-05-5410	1	Quirófano
sillón odontológico	011-14-029-0010	1	Pasillo de Rayos X
Sillón odontológico	011-04-11-1115	1	Pasillo de Rayos X
Balanza Marca Balmak	011-567-01-6090	1	Patio de la Regional
Balanza Marca Welmy	011-456-02-1094	1	Patio de la Regional
Balanza Marca Balmak	011-567-01-5089	1	Patio de la Regional
Lavarropas y centrifugadora	011-14-46-0018	1	Patio de la Regional
Autoclave	011-014-052-0002	1	Lavandería
Secarropas Marca Castanho	011-453-01-100	1	Lavandería
Equipo de rayos X portátil marca Toshiba	011-456-02-2174	1	Pasillo de internado

P.T FOLIO N° 711 AL 714

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán realizar un relevamiento de los bienes patrimoniales y actualizar los datos para referenciar la ubicación de los mismos, comunicar a las jefaturas de cada área los lineamientos en cuanto a la notificación de equipos para mantenimiento e informar su baja, y así involucrar a todos los funcionarios de la dependencia en los aspectos inherentes al cuidado del patrimonio institucional, de modo a velar por la correcta disposición de los mismos para la guarda y custodia a fin de evitar posibles hurtos o extravíos.

5. VERIFICACIÓN DE BIENES EN EL HOSPITAL

La Administradora del Hospital proveyó a la Auditoría los Formulario F.C. 04 "Formulario Movimiento de Bienes de Uso" los cuales se utilizaron en la verificación a través de muestreo, constatando lo siguiente:

5.1 BIENES VISUALIZADOS SIN CÓDIGOS PATRIMONIALES

Bienes visualizados sin Códigos Patrimoniales		
Descripción del Bien	Código Patrimonial	Cantidad
Reloj biométrico marca SEUTEC Serie N° 6119144400084	011-14-16-0025	1
Motobomba color rojo marca VAREM Serie N° US061361CS000000	011-14-15-0039	1
Heladera marca DAKO color blanco	011-14-25-0035	1
Lavarropa automático color blanco marca CONSUL Serie N° 9b08145540113071020374	011-14-62-0023	1
Acondicionador de Aire Marca RSG de 24.000 BTU F/C	011-14-49-0029	1
Equipo generador de rayos de 50 km Serie N° CPD22156E15	011-456-05-5766	1
Acondicionador de Aire Marca MIDAS de 24.000 BTU F/C	011-14-03-0394	1

P.T FOLIO N° 701 AL 700:

Handwritten signature



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

El Hospital deberá dar cumplimiento a lo determinado en el Manual de Normas y Procedimientos para la Administración, Uso, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los bienes del Estado, en el; Capítulo N° 1 Normas y Procedimientos de Aplicación General para el Inventario de Bienes del Estado. Responsabilidad en la Administración. 1.7 -- **Responsabilidad**, que establece: "Los funcionarios encargados de administrar los bienes muebles e inmuebles de propiedad del Estado deberán adoptar las medidas que correspondan para facilitar su correcto registro y control, estando obligadas a cumplir con las normas y procedimientos vigentes (...).

Como también en el Capítulo 3 Descripción, Identificación y Control de Bienes del Estado en el punto 3.3. "La identificación individual de los bienes se hará por un sistema de rotulado, que se mantendrá hasta la baja del inventario...".

Realizar las gestiones que correspondan a los efectos de subsanar este Hallazgo y comunicar a la instancia que corresponda (Dirección General de Administración y Finanzas, Dirección General de Asesoría Jurídica).

5.2 BIENES NO VISUALIZADOS EN LA INSTITUCIÓN

Del listado Formulario FC 04, "Movimiento de Bienes de Uso" proveído por la Administración, no fueron visualizados bienes patrimoniales por G. 285.690.000, que se detalla a continuación:

Bienes no Visualizados			
Descripción del Bien	Código Patrimonial	Cantidad	Valor del Bien
Lavarropa extractor industrial con centrifugado marca Suzuki Serie N° 35R003728VA, capacidad para 30 kg.	011-453-04-2493	1	66.000.000
Delantal de protección radiológica	011-456-05-5771	1	7.500.000
Equipo de rayos x convencional Serie N° a14062-5 color gris, panel de control marca CPI Mod. cmp200.	011-14-25-0036	1	212.190.000
Total G.			285.690.000

P.T FOLIO N° 701 AL 790.

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No han presentado descargo.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Dar cumplimiento a lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para la Administración, Control, Custodia, Clasificación y Contabilización de los Bienes del Estado:

CAPITULO 1, punto, 1.16, "La pérdida, daño o depreciación que sufran los bienes cuando no provengan del deterioro natural por razones de su uso legítimo o de otras causas justificadas, deberá ser informado por el funcionario responsable, por escrito y en forma inmediata...", para dar inicio a lo dispuesto en el punto 1.19 de este Manual. De la misma forma se procederá, cuando a través de los controles periódicos que realizan el Departamento de Patrimonio o las sustitutivas sobre los



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

inventarios de bienes de los organismos y entidades se detectan faltantes. En ambos casos, *deberá dejar constancia expresa*".

Capítulo 12: *"Funciones y obligaciones de los Departamentos de Bienes Patrimoniales de los Organismos y Entidades encargadas del inventario"* Inc.

d) *"Fiscalizar por lo menos cada seis meses, o cuando el caso lo requiera, la existencia de los bienes pertenecientes a la institución, repartición o dependencia y establecer si las especificaciones concuerdan con las registradas en los inventarios; si este está elaborado correctamente o si se necesita rehacerlos o corregirlos, en cuyo caso darán cuenta de ello al superior respectivo para que se dé cumplimiento a lo dispuesto en este Manual"*.

Al respecto, el Manual Básico de Normas y Técnicas de Control Interno de la Contraloría General de la República en su NTCI N° 09-04 – CUSTODIA, expresa: *"El titular, por intermedio de la unidad administrativa respectiva será responsable de establecer un sistema apropiado para la conservación, seguridad y administración de los bienes en existencia. El empleado encargado del ingreso y entrega de los bienes inventariados es responsable de su manejo y de su perfecta conservación..."*.

I. TRANSPORTE HOSPITAL REGIONAL

FALTA DE MANTENIMIENTO DE UNA AMBULANCIA

El Hospital cuenta con dos ambulancias, una de la marca Mercedes Benz utilizada en forma exclusiva para el traslado de pacientes en terapia intensiva y otra de marca Toyota Land Cruiser (todo terreno) para el traslado y/o búsqueda de pacientes, por lo que cuando son realizadas dichas tareas, la institución queda sin servicio de ambulancia.

Al respecto, se ha observado que la Ambulancia Toyota Land Cruiser 4x4, se encuentra en estado regular y falta de mantenimiento: las balizas se encuentran rotas, no funcionan todas las luces de la sirena y el parabrisas delantero estaba roto.

P.T FOLIO N° 790

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Se realizó el mantenimiento de la Ambulancia A-115, Toyota Land Cruiser, quedando pendiente el cambio del parabrisas delantero.

P.T FOLIO N° 928

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

No se anexaron al descargo los documentos respaldatorios del mantenimiento realizado a la ambulancia, por lo que se ratifica lo observado.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán gestionar ante las instancias pertinentes el Mantenimiento y la Reparación de la ambulancia a fin de potenciar el Parque Automotor de la institución y brindar un servicio eficiente de tal forma a satisfacer la demanda existente.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

J. OTRAS OBSERVACIONES

1. SERVICIOS GENERALES

1.1 Área de Limpieza

- a) La Sra. Victoria Vargas, Jefa del Departamento ha manifestado la carencia de Recursos Humanos en el área, cuenta con solo 7 personales para todos los servicios del Hospital, los mismos son contratados por el Consejo Local de Salud quienes no perciben sus salarios en forma regular. (Último salario percibido noviembre/17).
- b) Conforme a entrevistas realizadas a algunos personales (08/03/18), han manifestado que carecen de artículos de limpieza y de protección, como, detergente, bolsa negra y blanca, (en ocasiones deben mezclar el hipoclorito de sodio con agua de manera a que pueda durar más tiempo), guantes de goma y botas. Así también, cuentan solo con una escoba y un escurridor los cuales son utilizados para la limpieza de los quirófanos y de otras áreas.

P.T FOLIO N° 791 AL 792

1.2. Área de Lavandería

- a) El sector cuenta con 3 funcionarios, (una contratada por el Consejo Local de Salud) quienes realizan guardia de 12 hs. cada 3 días.
- b) Conforme a entrevista realizada al personal de turno ha mencionado que las ropas utilizadas en el quirófano son retiradas sin guantes y no cuentan con chaleco y botas de goma.
- c) Cuentan con dos Lavarropas, sin embargo una de la marca Consul capacidad 14 kg, serial N° AG3000374 se encuentra sin funcionamiento por falta de mantenimiento desde hace aproximadamente 6 meses, como así también el Secarropas marca Castanho capacidad 30 kg, código patrimonial 011-453-01-100 no funciona desde hace 5 meses.
- d) La recarga de agua al lavarropas de la marca Suzuki, código patrimonial 011-453-04-2482 se realiza a través de una manguera conectada a una canilla, debido a que el motor que recarga el tanque de agua se encuentra averiado desde hace 2 meses aproximadamente, lo que retrasa las labores debido a la poca presión de agua en la institución.
- e) La Calandra marca MALTEC, código patrimonial 011-453-04-1112, no funciona desde hace 2 años aproximadamente.
- f) El Área de Lavandería es también utilizada como depósito, en el lugar se almacena un equipo de autoclave, un lavarropa industrial y un secarropa que requieren de mantenimiento. El lugar se encuentra sucio, con polvareda debido a los trabajos de ampliación del Hospital lo que dificulta la buena limpieza e higiene de las prendas.

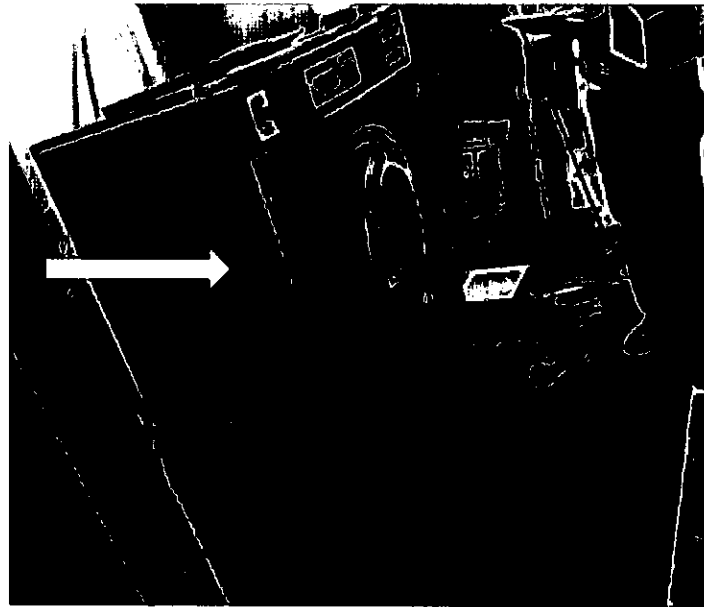
P.T FOLIO N° 793



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales



Manguera utilizada para la carga de agua en el Lavavropa Industrial

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

Observación 1.1

"Se reforzó el Stock de Artículos e Insumos de Limpieza para dicha área y el pago de salario a los mismos funcionarios dependiente del Consejo fue percibido hasta el mes de enero del corriente año".

Observación 1.2

"Al secarropa marca Castanho con capacidad de 30 kg, se realizó una asistencia técnica, dejando un presupuesto enviado a Nivel Central del Ministerio; para una aprobación y posteriormente de ser aprobado ya estaría en funcionamiento el mismo.

La recarga de agua ya se encuentra normalizada, en vista a que la motobomba que no funcionaba fue reparada y de esta manera el suministro de agua llega con buena presión.

El área de lavandería actualmente se encuentra en una readecuación que facilitará el trabajo, en un ambiente más limpio, confortable y con un excelente funcionamiento de la misma".

P.T FOLIO N° 928, 929, 934 AL 938

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Observación 1.1

Esta Auditoría considera parcial el descargo presentado por los responsables debido a que no han respondido la falta de persona en el Área de Servicios Generales. Con respecto al pago de salario, mencionan que sea ha realizado el desembolso hasta el mes de enero, sin embargo, no se adjuntó documentos respaldatorios por los pagos realizados, como tampoco los documentos de las adquisiciones de los artículos e insumos de limpieza realizados, por lo que se ratifica la observación.

Observación 1.2

Los responsables confirman las observaciones correspondientes a los incisos c, d, e, f, cuyas documentaciones de las gestiones realizadas fueron anexadas al descargo; con respecto a los incisos a y b no se han realizado las justificaciones correspondientes.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA (Obs. 1.1 y 1.2)

Conforme a la disponibilidad presupuestaria, las autoridades deben gestionar la contratación de más personales para el área a fin de fortalecer el servicio, así también, solicitar a las instancias correspondientes los elementos de limpieza y de artículos de protección de manera a salvaguardar la integridad física de los funcionarios, y dar seguimiento a las notas por las cuales se han solicitado la reparación de los equipos que se encuentran con desperfectos de manera a que estos puedan funcionar en óptimas condiciones o en su efecto realizar un estudio de la situación de los mismos, (costos de sostenimiento, inutilidad o grave daño), de manera a tramitar las bajas correspondientes en los casos que ameriten

2. LABORATORIO

Jefa de Servicio: Dra. Raquel Aguilar

- 2.1 El Laboratorio no se encuentra habilitado por la Dirección de Registro, Habilitación y Control dependiente del Laboratorio Central de Salud Pública.
- 2.2 La atención al usuario es de lunes a domingo hasta las 22:00 hs, debido a la falta de profesionales en el Área, posterior a ese horario, los pacientes deben recurrir a laboratorios privados.
- 2.3 No cuenta con un sector para la extracción de muestra de sangre, pues la misma se realiza en el área de procedimientos lo que puede poner en riesgo la bioseguridad.
- 2.4 Carecían de reactivos "Química Clínica", para pacientes ambulatorios, solo se realizaba a pacientes internados.
- 2.5 Varios equipos médicos no funcionaban correctamente, como por ejemplo: el Contador Hematológico mecánico horizontal y Centrifuga (macro y micro) por lo que en ocasiones deben realizar en forma manual.
- 2.6 Carecen de mobiliarios como silla, gaveta, armario, entre otros.
- 2.7 Se ha observado rastros de agua por la pared debido a las constantes filtraciones del acondicionador de aire y lluvias, así también, el lavatorio cuenta con permeabilidades de agua, el extractor de aire no funciona y la precaria conexión de un tablero eléctrico exponen al peligro a los funcionarios.

P.T FOLIO N° 795



Dirección General de Auditoría Interna

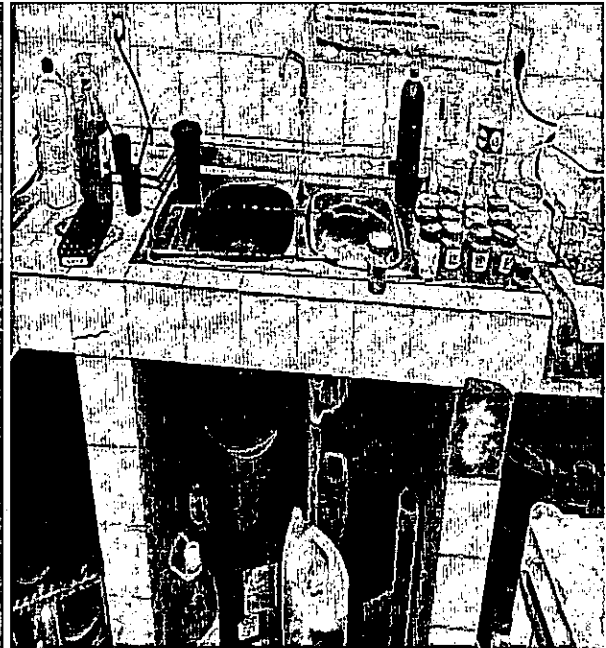
Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

IMÁGENES DEL AREA DE LABORATORIO



Filtraciones de agua por la pared



Goteras en el lavatorio



Precaria conexión eléctrica

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Desde el mes de febrero del corriente año es que estamos en proceso de tener ambos espacios necesarios para cumplir con las normas técnicas de habilitación del laboratorio"

"En julio del 2015 Ante la asunción del nuevo director del Hospital Regional de Villa Hayes, Dr. Orlando Ojeda en aquel entonces, he presentado un análisis FODA de la situación del laboratorio que contenía incluso pedido de personal y prácticamente abarcaba todos los puntos del mencionado en el informe de auditoría."

Handwritten signatures and initials, including 'A30' and a large signature.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

No obstante he reiterado los pedidos en febrero del 2016 con una lista de materiales e insumos necesarios mensualmente y comunicación inmediata de los equipos averiados.

En junio del 2017 he reiterado la necesidad de contar con área de muestra para la habilitación correspondiente del laboratorio, nos fueron cedidas dos piezas aledañas al laboratorio las mismas tenían sillones odontológicos los cuales fueron removidos en el mes de febrero del corriente y faltaría la colocación de mamparas para separación de los box de toma de muestra que nos fuera cedidos por el laboratorio central junto con las sillas de extracción. Además necesitamos adecuar las mesadas de trabajo a material de fácil limpieza y equipos de protección de bioseguridad y de primeros auxilios.

En julio 2017 he solicitado solución para el problema del lavadero del laboratorio, salida de emergencia y adecuación de área aledaña al laboratorio para toma de muestra.

En setiembre del 2017 he reiterado el pedido de sillas y arreglos en la infraestructura para la habilitación y reparación del baño maría que se encuentra en el departamento de biomédica dela DGGIES.

En enero del 2018 he solicitado la reparación de la filtración de las paredes, posterior a ello tengo entendido que se han realizado los trabajos de cobertura del techo con malla impermeabilizante no obstante el techo volvió a filtrar y hasta donde pude haber conversado con el Director Ojeda estaba conversando con la empresa que realizó el trabajo para que vean la solución posible.

En cuanto a los equipos descompuestos (centrifuga y agitador de láminas) fue informado a la Administración del Hospital en febrero del 2018 y se espera aun la respuesta.

En cuanto a los reactivos de química a la fecha estamos con una nueva licitación y estamos con los trámites burocráticos que ello conlleva, como la puesta en marcha de los nuevos equipos y la espera de la emisión de órdenes de compra por parte de la DGGIES. Aun así ya estamos agendando nuevamente, recalcando que hemos logrado asistir siempre a los internados y urgencias y ya estamos trabajando normalmente.

A la fecha el laboratorio atiende de lunes a domingo de 7 a 22 hs. excepto Martes de 15 a 22 hs. y domingo de 7 a 22 ya que por falta de bioquímico solo contamos con extraccionista para procesar gases y electrolitos en esos horarios específicos, en los otros horarios se están procesando las muestras según capacidad del servicio. Se solicitó la contratación oportuna del profesional bioquímico ante la renuncia del personal pero a la fecha no hemos recibido la reposición del mismo. Por lo que en los meses siguientes deberíamos ver la posibilidad de acortar aún más el horario de atención debido a la falta del profesional Bioquímico".

P.T FOLIO N° 825

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

La responsable del Área confirma las observaciones realizadas por la Auditoría Interna, y se adjuntó las documentaciones respaldatorias de las gestiones realizadas.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

- Los responsables del Hospital Regional de Villa Hayes, deberán dar seguimiento a las solicitudes realizadas, a fin de que el Laboratorio cuente con habilitación, en cumplimiento de la Resolución S.G. N° 179/2011 "Por la cual se aprueban la Normas Técnicas para la Habilitación de Laboratorios de Análisis Clínicos Públicos y Privados".



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

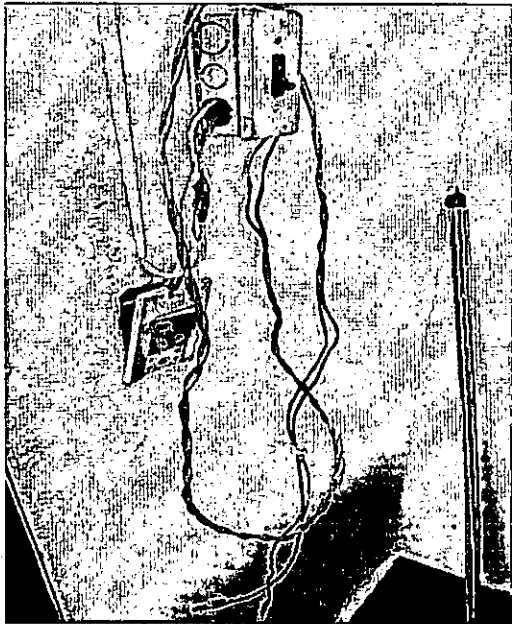
Así también, las autoridades deberán realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles y conforme al mismo, confeccionar una adecuada planificación, con el fin de dotar al Servicio del equipamiento, insumos médicos, infraestructura y de profesionales, conforme se requiera en la Institución y de esta forma cumplir con su misión.

3. RAYOS X Y SALA DE REVELADOS

3.1 En el Área de Revelado de Rayos X se observó conexión eléctrica inadecuada.

3.2 Para el secado de las placas se utiliza un secarropa debido a que no cuentan con un secador de placas y se observó falta de iluminación en el lugar.

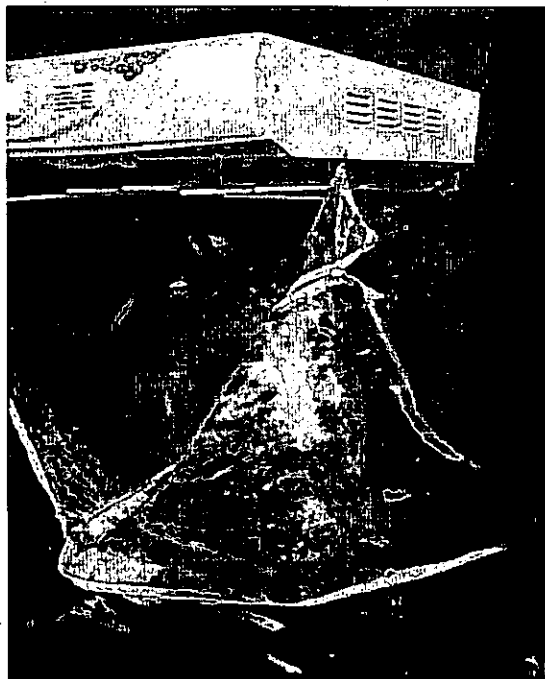
P.T.FOLIO N° 801



Conexión eléctrica



Falta de iluminación



Secador de ropas utilizado

Handwritten signatures and initials, including 'AF' and 'JL'.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

No se ha presentado descargo.

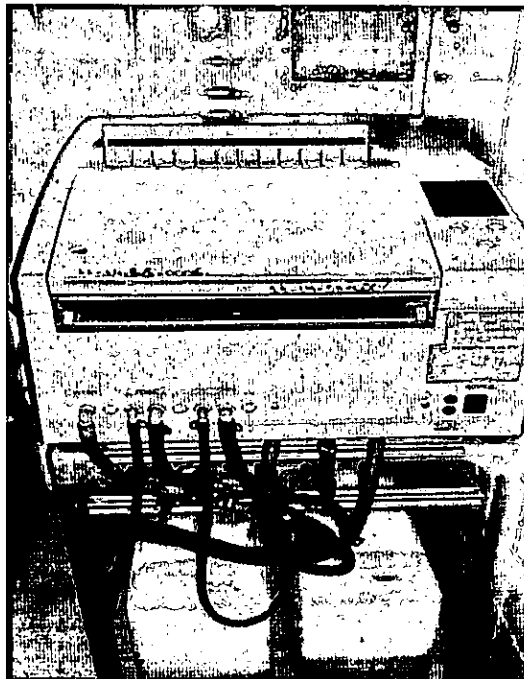
RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables del Hospital Regional deberán realizar las gestiones pertinentes, de manera a que la instalación eléctrica pueda ser reparada, teniendo en cuenta la peligrosidad del mismo, tanto para los funcionarios y pacientes como para los equipos médicos. Así también, solicitar los equipamientos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio.

4. MASTOLOGIA Y MAMOGRAFÍA

Las paredes se encuentran con bastante humedad. El revelador de placas está ubicado en el sanitario debido a la falta de espacio físico y la sala carece de un extractor de aire.

P.T FOLIO N° 796



Procesador de placas ubicado en el sanitario

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Esta Área fue recientemente renovada con una limpieza, pintura y acondicionamiento general".

P.T FOLIO N° 929 AL 930

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Se ha anexado documentos (fotografías) en el cual se observó la limpieza y pintura realizada dentro de la Sala, sin embargo no se adjuntó documentos respaldatorios correspondiente al espacio utilizado para el revelador de placas.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables del Hospital Regional deberán realizar las gestiones necesarias a fin de que el Servicio cuente con una infraestructura en buen estado de conservación y aseadas con sectorización adecuada, a fin de brindar un buen servicio a las usuarias.

5. ÁREA DE ESTERILIZACIÓN

- 5.1 No cuenta con personal en ninguno de los turnos, por lo que las enfermeras circulantes deben realizar las esterilizaciones de los instrumentales médicos y ropas de cirujías.
- 5.2 Solo cuenta con Autoclave y una estufa para las esterilizaciones, ambos funcionan con dificultad por falta de mantenimiento y reparación.

P.T FOLIO N° 796



Autoclave y Estufa

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Se recibió el presupuesto de reparación de uno de los equipos de autoclaves"

P.T FOLIO N° 930

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Esta Auditoría Interna considera parcial el descargo presentado por los responsables debido a que no menciona la falta de profesional en el Área. En cuanto a los equipos médicos, se adjuntó al mismo los documentos respaldatorios por la cual se solicitó la reparación de uno de los bienes,

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán gestionar a través de la XV Región Sanitaria o en su efecto solicitar al Consejo Local de Salud, de acuerdo al presupuesto vigente la contratación de profesionales para reforzar el plantel de funcionarios del Área, así también, dar seguimiento a las solicitudes realizadas para que el equipo médico sea reparado de manera a garantizar un buen servicio.

Handwritten signature/initials.



Dirección General de Auditoría Interna

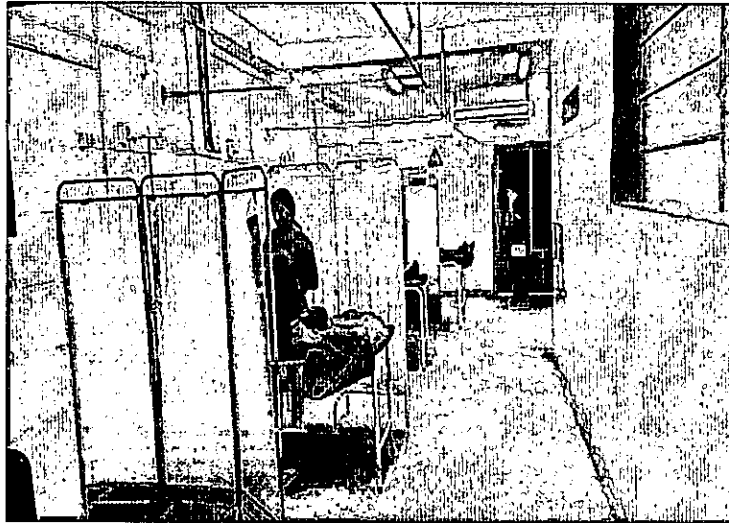
Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

6. SALA DE URGENCIAS ADULTOS

- 6.1 Carecen de instrumentales médicos, como tijera, pinzas, como también caja de procedimientos para cirugía menor, los que disponen se encuentran incompletas.
- 6.2 No cuentan con Aire Acondicionado en el área de curación, por lo que los pacientes y profesionales deben soportar el calor.
- 6.3 Las camillas no cuentan con sábanas, y los acondicionadores de aire se encuentran sin mantenimiento.

P.T FOLIO N° 801 AL 802



Urgencias Adulto

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Fue inaugurada una nueva área de la Sala de Urgencias Adulto, lo que acondiciono y mejoró el funcionamiento de la misma".

P.T FOLIO N° 930

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Los responsables mencionan en el descargo *"que fue inaugurada la nueva área de la Sala de Urgencias Adultos; lo que acondiciono y mejoró el funcionamiento de la misma"*, sin embargo, no se menciona si han adquirido instrumentales médicos, sábanas para las camillas y el mantenimiento a los acondicionadores de aire, por lo que se ratifica en la observación.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones necesarias de manera a dotar de equipos e instrumentales médicos y textiles a la sala de urgencias a fin de fortalecer el servicio y satisfacer las necesidades de los usuarios.

7. URGENCIA PEDIÁTRICA

En la sala de Urgencia Pediátrica se ha visualizado humedad con formaciones de moho y rajaduras en las paredes.

[Handwritten signatures and initials]



Dirección General de Auditoría Interna

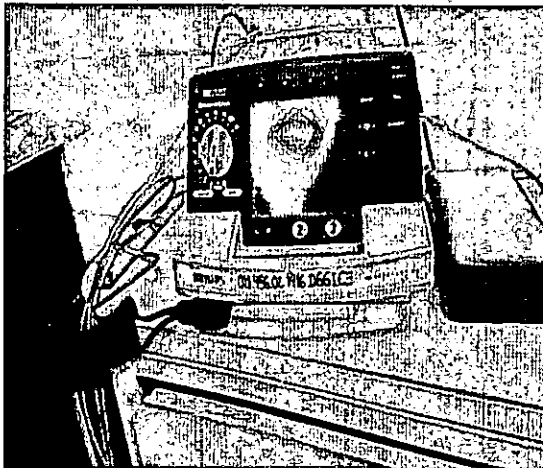
Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

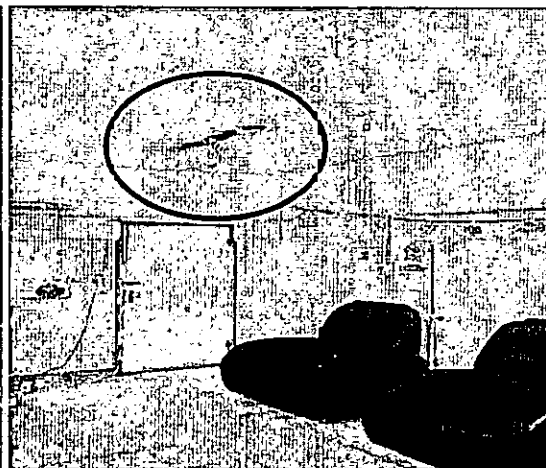


Humedad en la pared de Urgencia Pediátrica

Por otra parte, se observó que las palas de un desfibrilador no funcionaba, como también la escasa iluminación en el lugar y falta de muebles.



Desfibrilador descompuesto



Falta de iluminación en la sala

P.T FOLIO N° 800

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Se realizó una reparación de la humedad de las paredes, con una posterior pintura"

P.T FOLIO N° 830

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Se ha anexado documentos (fotografías) en el cual se observó la reparación de la pared realizada en la sala, sin embargo no se adjuntó documentos respaldatorios correspondiente a los bienes que estaban sin funcionar por lo que la Auditoría Interna, se ratifica en la observación:

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables del Hospital Regional deberán seguir con las gestiones necesarias a fin de que la Sala de Pediatría en todo momento se encuentre con estructura edilicia y mobiliarios en buen estado de conservación. Solicitar las reparaciones de los equipos médicos que se encuentran sin funcionamiento en el sector, o en su efecto gestionar el retiro de los mismos y solicitar las bajas correspondientes.

Handwritten signatures and initials.



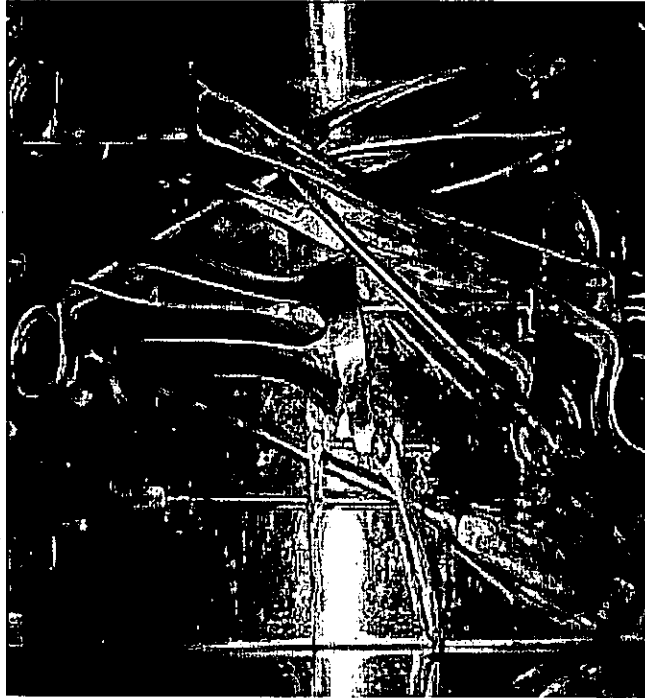
Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

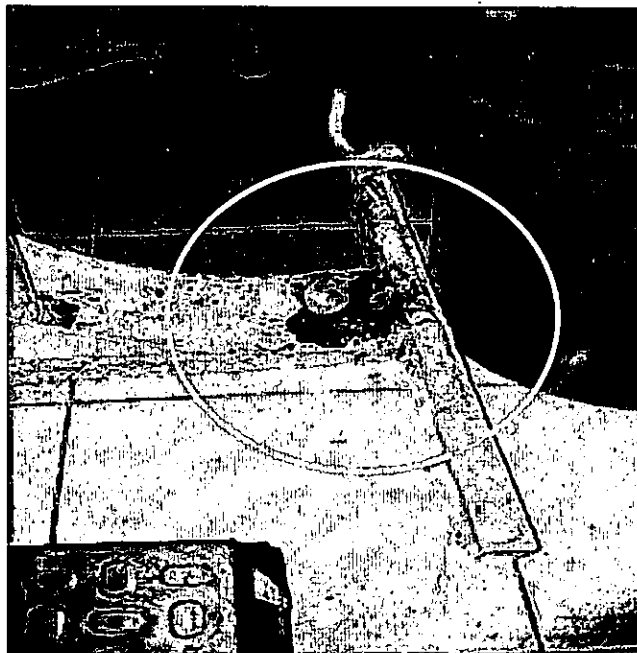
8. SALA DE QUIRÓFANO Y PARTOS

- 8.1 El Hospital Regional de Villa Hayes cuenta con dos Quirófanos y una sala de partos los cuales se encontraban con falta de limpieza.
- 8.2 Al momento de la Verificación 06/03/18 se ha encontrado instrumentales médicos con rastros de sangre. Conforme a manifestaciones de la enfermera de turno, estos fueron utilizados en un procedimiento en la noche anterior a la verificación.



Instrumentales médicos con rastros de sangre

- 8.3 Parte de la camilla de cirugía se encontraba en **pésimas condiciones de higiene y esterilización**, con rastros de sangre, algodón usado y con óxido en el soporte.





Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

8.4 La mesa quirúrgica no funciona correctamente, además, la camilla se encuentra con el forro roto, por lo que se cubre con bolsa de basura para ser utilizada.



Mesa quirúrgica



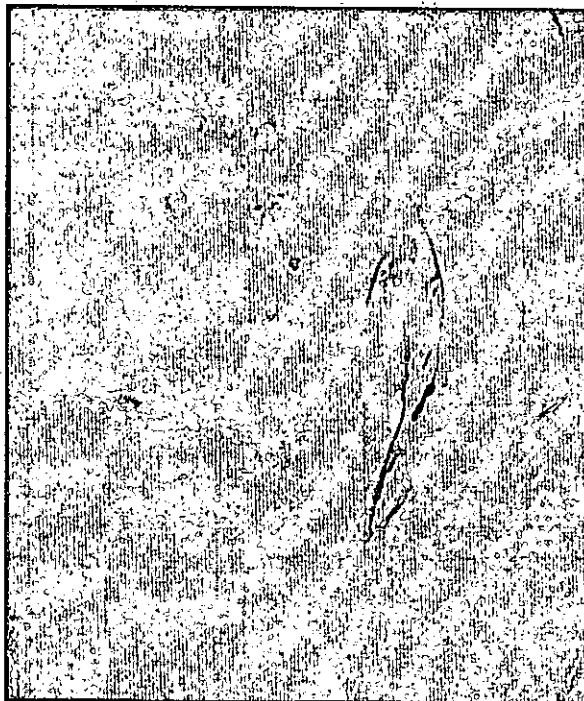
Camilla de parto con forro roto y cubierto con bolsa para basura



8.5 El Hospital Regional carece de ropa quirúrgica y sábanas, las que disponen están en mal estado.



Ropa Quirúrgica en mal estado



Desgaste en la tela

Handwritten signature and initials.

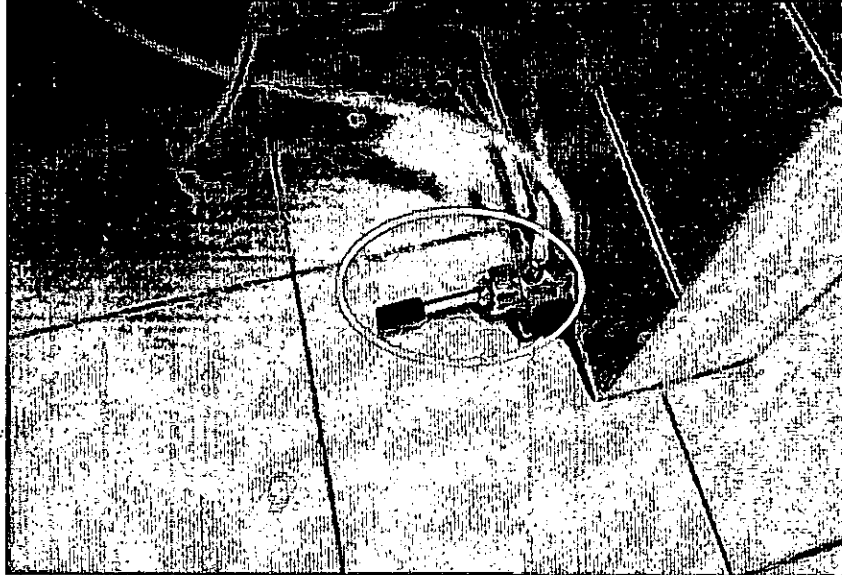


Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

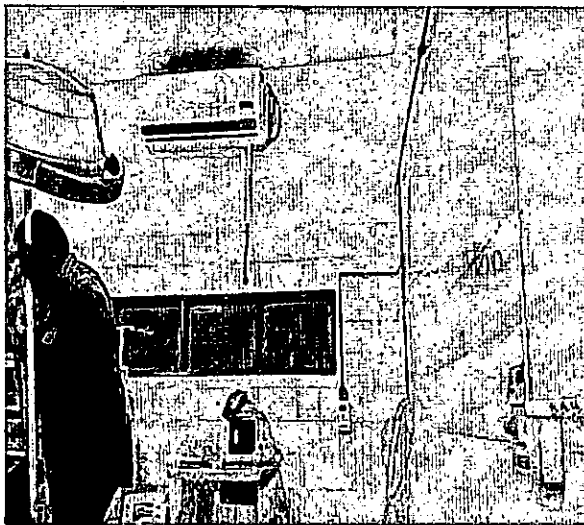
Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

- 8.6 El pedal de la bacha no funciona correctamente, por lo que la filtración de agua causa inundaciones en los quirófanos.

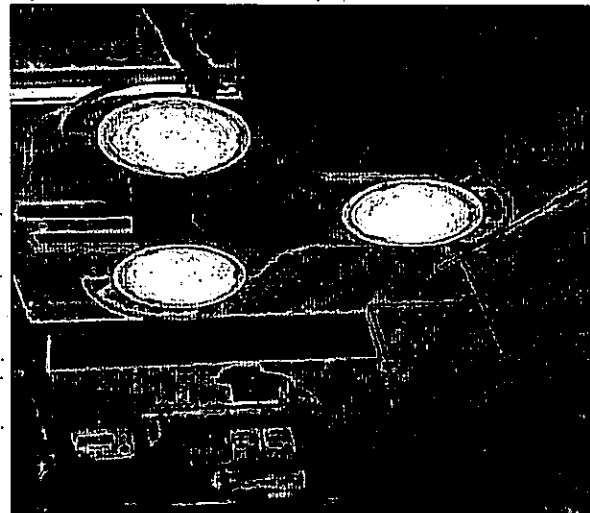


El pedal de la bacha no funciona.

- 8.7 Una de las lámparas de la Cialítica se encontraba quemada, así también, se ha observado varios fluorescentes agotados, los cuales fueron cambiados durante el trabajo de campo (06/03/18).



Cambio de fluorescente



Lámpara Cialítica quemada

- 8.8 Se observó en el Sector de Recibimiento RN que parte de la pared se encontraba sin azulejo y con humedad, así también, una servocuna que no funcionaba, por lo tanto se utiliza estufa de uso doméstico.

Handwritten signatures and initials in the bottom left corner.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales



Parte de la pared sin azulejo y con humedad

8.9 Se utiliza un sector del quirófano como depósito en el cual se ha visualizado varias incubadoras y una cialítica portátil sin funcionamiento. (Ver fotos)



Incubadoras y cialítica sin funcionamiento

P.T FOLIO N° 799

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"La limpieza de esta área fue intensificada con un control continuo en cada turno; Se renovó las ropas de quirófano y sabanas, por unas en mejor estado, Las incubadoras y lámpara cialítica portátil que se encontraban sin funcionamiento fueron enviadas al Taller del Ministerio para su mantenimiento y reparación"

P.T FOLIO N° 930 AL 932



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

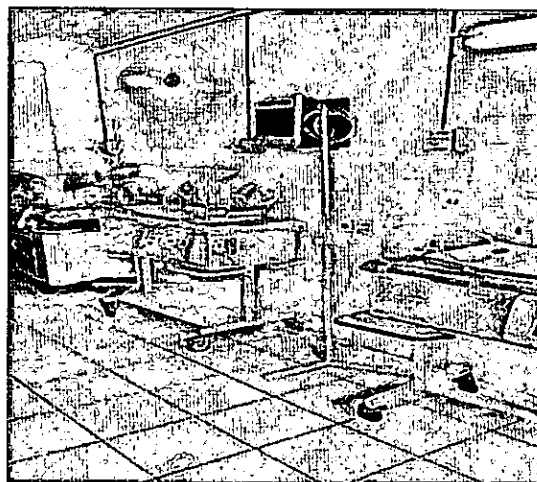
9. NEONATOLOGÍA

Cuentan con 6 incubadoras de los cuales uno solo funciona, así también, se visualizó otros equipos médicos sin funcionamiento como, Bombas de Infusión, Monitor de signos vitales y el acondicionador de aire filtra agua por falta de mantenimiento.



Filtración de agua del A.A.

P.T FOLIO N° 799



Incubadora sin funcionamiento

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"Hemos recibido seis bombas de infusión nuevas. El monitor que se encontraba sin funcionamiento fue enviado al Taller del Ministerio para su mantenimiento y reparación.

Al aire acondicionado se realizó mantenimiento dejando de esta manera filtrar el agua".

P.T FOLIO N° 932

EVALUACIÓN DEL DESCARGO (Obs. 8 y 9)

Esta Auditoría Interna considera parcial el descargo presentado por los responsables debido a que no fueron respondidas todas las observaciones. Si bien mencionan que ya se ha realizado la limpieza en el Área, no se adjuntaron los documentos respaldatorios de las ropas quirúrgicas y sábanas adquiridas, como así también de los equipos médicos recepcionados en la institución y remitidos para su reparación, por lo que se ratifica en la misma.

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA (Obs. 8 Y 9)

Los responsables del Hospital Regional deberán gerenciar en todo momento la limpieza adecuada de la Sala del Quirófano, la reparación de los equipos médicos y mobiliarios, manteniendo el orden y la higiene constante en el Área, cumpliendo con lo establecido en la Resolución S. G. N° 530 "Por la cual se aprueba el Manual de Vigilancia y Control de infecciones intrahospitalarias; y se dispone su implementación y aplicación en todos los Hospitales y Centros de Salud dependientes del MSP y BS." En el Capítulo III- MÉTODO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN, 2.1. DESINFECCIÓN "Se realiza por métodos químicos o físicos". La desinfección de alto nivel tiene por objeto la eliminación de todo microorganismo vegetativo, incluyendo todo tipo de virus y micro bacterias.

[Handwritten signatures]



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

2.1.1. Desinfección de Alto Nivel

Ya que la desinfección de alto nivel se suele practicar fuera de la C. E. (Endoscopia, Odontología y áreas quirúrgicas), es fundamental que el profesional responsable de la C. E. Participe en conjunto con el Comité de Control de Infecciones de la Institución en la implementación de los procesos de desinfección de alto nivel y sea el responsable de su supervisión

Por otra parte, los responsables de la Institución conjuntamente con las autoridades de la XV Región Sanitaria – Pdte. Hayes, deberán realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles, conforme al mismo, confeccionar una adecuada planificación, con el fin de dotarlo del equipamiento necesario, y hacer las reparaciones apropiadas de la infraestructura de la institución, como así también gestionar la adquisición de ropas para el área de Cirugía de manera a brindar protección adecuada a los funcionarios y pacientes de las diferentes Áreas.

10. SALA DE INTERNADOS

- 10.1 El Hospital no cuenta con Salas de Internaciones separadas (niños/adultos), por edad.
- 10.2 Se ha visualizado en la mayoría de las salas bastante humedad en las paredes, falta de limpieza en el piso, paredes, techo, sanitarios, ventiladores, así también, existen varios azulejos y ventanales con vidrios rotos, mesitas y porta sueros oxidados, bocas de oxígeno insuficientes para cada habitación, además carecen de muebles para los acompañantes y los pacientes deben traer sus propias sábanas, fundas, almohadas y artículos de limpieza.
- 10.3 Falta de iluminación en la sala y algunas conexiones eléctricas peligrosas.



Excesiva humedad en las paredes de la sala de internado

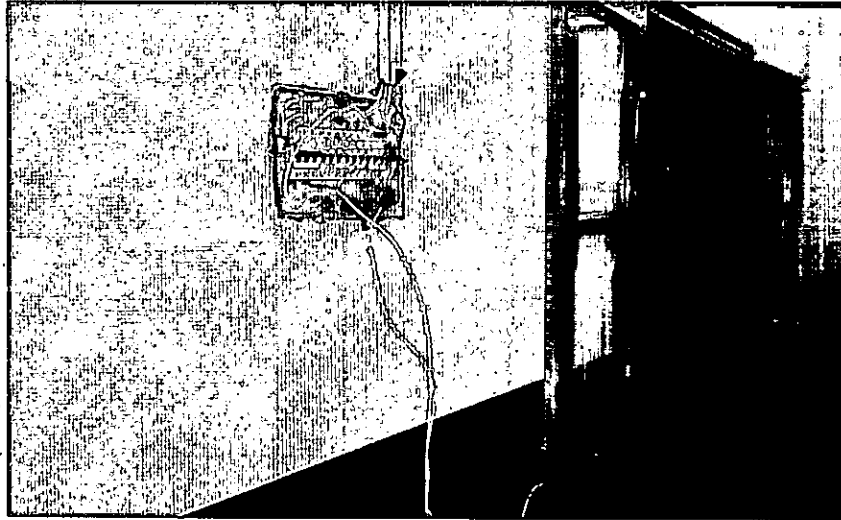
[Handwritten signature and initials]



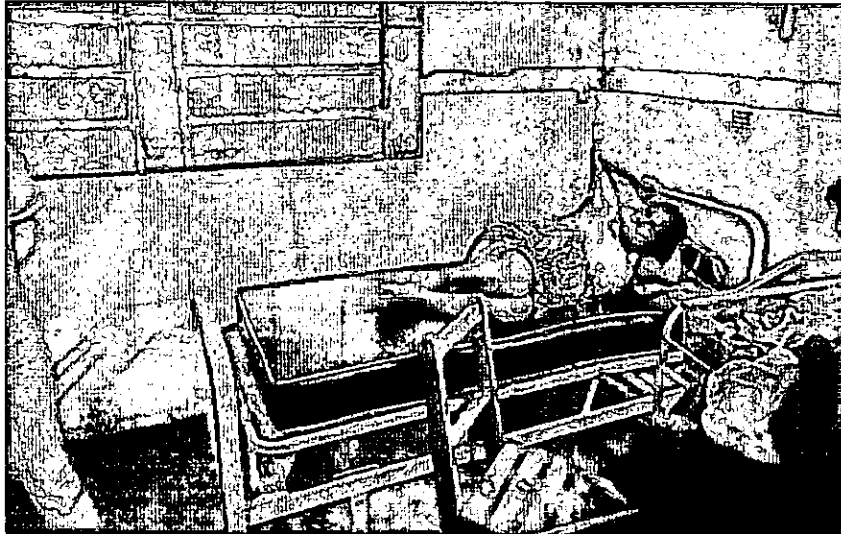
Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales



Precaria conexión eléctrica



Falta de sábanas en las camas



Paredes sin azulejos

Handwritten signature and initials.

P.T FOLIO N° 799 AL 802



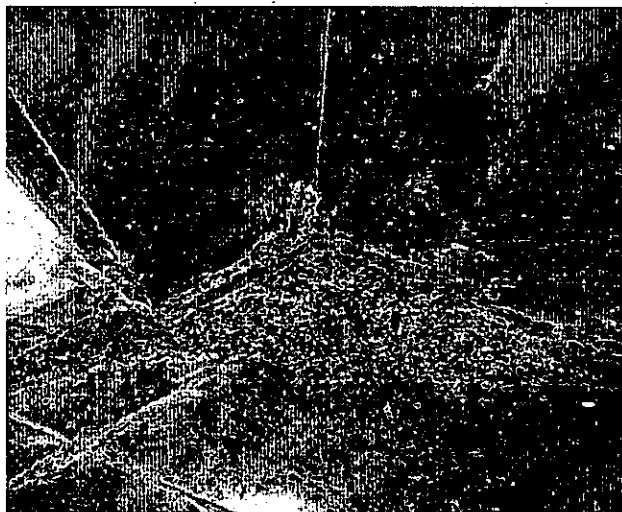
Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

11. CONSULTORIOS

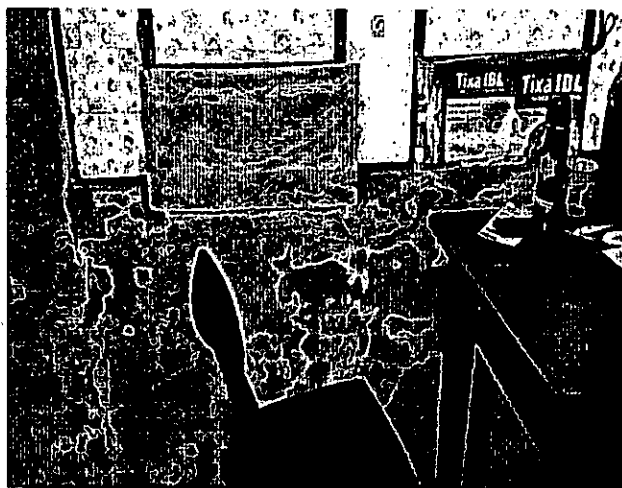
Se ha visualizado falta de limpieza en la mayoría de los consultorios, humedad en las paredes, como también, balancines con los vidrios rotos, lo que crea un ambiente inadecuado para las atenciones. Así también, se ha observado la falta de sillas y bancos en los pasillos de los consultorios.



Nido de hormigas dentro del Consultorio de Pediatría N° 1



Vidrios rotos y paredes en mal estado en el Consultorio de Pediatría N° 2



Falta de revoque y pintura en las paredes, vidrio roto
P.T FOLIO N° 800 AL 801



Carencia de sillas y bancos para pacientes

12. SALA DE ODONTOLOGÍA

El consultorio cuenta con dos Sillones odontológicos, uno de ellos tiene problema de agua y aire al utilizar la turbina. Así también, algunos instrumentales odontológicos se encontraban en mal estado.

Falta de limpieza en el techo, paredes y ventilador.

P.T FOLIO N° 800

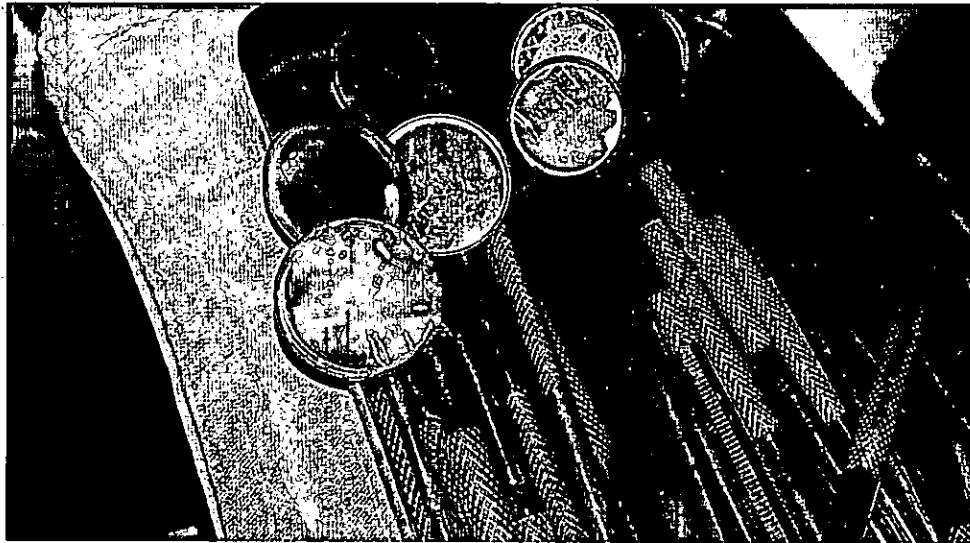
Handwritten signatures and initials



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

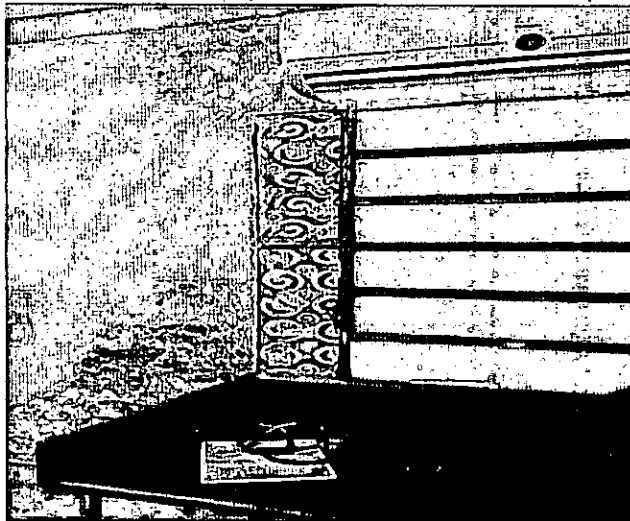


Instrumentales odontológicos rotos

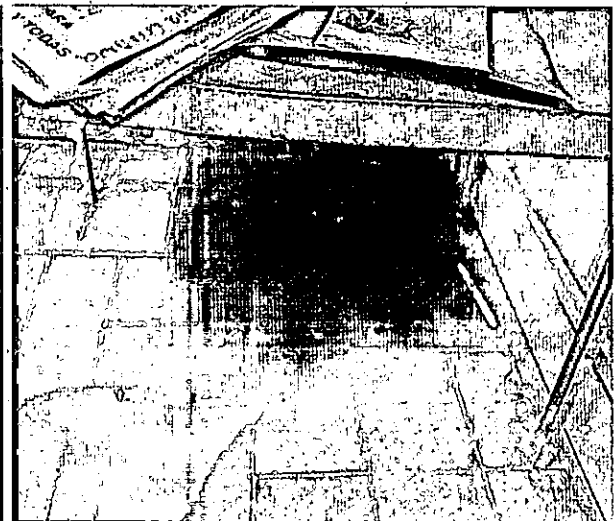
13. ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA

No cuenta con puerta, falta de mantenimiento del acondicionador de aire lo que hace que el agua se disperse por todo el consultorio y se resalta la humedad con moho en la pared.

P.T FOLIO N° 800



Humedad y moho en la pared



Agua proveniente del acondicionador de aire

Handwritten signatures and initials.

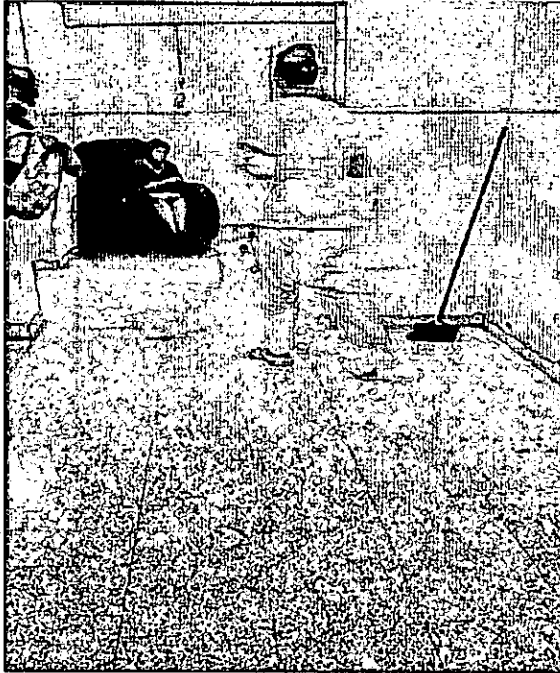


Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

14. FILTRACIONES DE AGUA EN ALGUNOS SECTORES EN ÉPOCAS DE LLUVIA



Aguas de lluvia en urgencias

15. ADMISIÓN

Falta de archivadores para las Fichas Clínicas de los pacientes. Se visualiza humedad en la pared y falta de mantenimiento del acondicionador de aire pues el mismo produce goteras.

P.T FOLIO N° 800



Fichas de pacientes en forma apilonadas, rastro de humedad en la pared y falta de mantenimiento del acondicionador de aire

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

Los responsables no han presentado descargo de las Observaciones 10, 11, 12, 13, 14 y 15

ALP
[Handwritten signatures]

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles, tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIONES DE AUDITORIA INTERNA

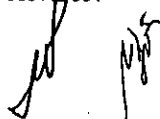
Los responsables de del Hospital Regional conjuntamente con las autoridades de la XV Región Sanitaria – Pdte. Hayes, deberán gerenciar la limpieza constante de las diferentes áreas y alrededores del Hospital, con el fin de contar con ambientes aseados y saludables. Realizar un análisis pormenorizado de las necesidades reales y de los recursos disponibles, conforme al mismo, confeccionar una adecuada planificación, con el fin de dotarlo del equipamiento necesario, y hacer las reparaciones apropiadas de la infraestructura y de los equipos médicos que se encuentran con desperfectos, de manera a brindar un servicio eficiente en todas la Áreas del Hospital Regional.

Por otra parte, los responsables de la institución deberán realizar las gestiones correspondientes, de manera a que la instalación eléctrica pueda ser realizada en forma correcta, teniendo en cuenta que el Servicio posee varios bienes patrimoniales y por la cantidad de pacientes internados y ambulatorios que concurren al mismo, a fin de cumplir con lo establecido en la Ley N° 5.668 DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS en el Art. 5° que establece *"La verificación y el control de calidad y de la seguridad de las instalaciones eléctricas se realizaran mediante la implementación de dos sistemas interdependientes..."*

16. BASURAS PATOLÓGICAS Y COMUNES

- Al momento del retiro las basuras patológicas no son pesadas ni clasificadas por parte de los funcionarios del hospital, por lo que no se cuenta con registro de la cantidad de basuras que son retiradas por la empresa tercerizada.
- La funcionaria que realiza la limpieza en la caseta es contratada por el Consejo Local de Salud, quien se encontraba renunciante debido a que no percibe su salario desde el mes de diciembre/2017.
- Las labores los realizaba sin equipo de protección, como guantes, mameluco, botas y mascarilla.
- Se ha observado acumulación de basura al costado de una de las entradas al hospital (cartones, lata de pinturas, malezas, entre otros).

P.T FOLIO N° 803 A 804





Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales



Accesorios de baños ubicados en el Depósito de la basura patológica



Basura al costado del Hospital

DESCARGO DE LOS RESPONSABLES

"Transcripción textual"

"El acceso al Depósito de la Basura Patológica se realizó una limpieza y adecuación de la misma. Las basuras observadas al costado del predio del hospital fueron tiradas".

P.T FOLIO N° 932 AL 933

EVALUACIÓN DEL DESCARGO

Si bien los responsables mencionan en el descargo que se realizó una limpieza y adecuación de la misma como también las basuras que se encontraban en el predio del hospital fueron retiradas, esta Auditoría Interna considera parcial el descargo presentado por los responsables debido a que no han respondido la totalidad de las observaciones.

Handwritten signature and initials



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

RECOMENDACIÓN DE AUDITORIA INTERNA

Los responsables de la institución deberán realizar las gestiones necesarias de manera a instalar contenedores para basuras, así también, dotar de insumos y equipamientos necesario al personal de limpieza de manera a que cuente con las medidas de seguridad exigidas, a fin que este pueda realizar una correcta clasificación de las basuras (comunes y patológicas) y mantener en condiciones de higiene la caseta destinada al resguardo de los residuos, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 836/80 "Del Código Sanitario", Título II, Art. 68°.- "El Ministerio promoverá programas encaminados a la prevención y control de la contaminación y de polución ambiental y dispondrá medidas para su preservación, debiendo realizar controles periódicos del medio para detectar cualquier elemento que cause o pueda causar deterioro de la atmósfera, el suelo, las aguas y los alimentos", y del Decreto N° 6538/11 "Por la cual se reglamenta la Ley N° 3361 de Residuos Generados en los Establecimientos de Salud y Afines", en el Capítulo VI "Del manejo Integral de los Residuos", que expresa en el Artículo 25, "Es obligación de los generador de residuos, realizar la clasificación selección, identificación y envasado para el adecuado manejo integral de los mismos".

K. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE VILLA HAYES

Se realizó encuestas de satisfacción a usuarios del Hospital Regional con el fin de obtener la percepción en cuanto a las atenciones médicas, medicamentos y estudios de diagnóstico recibidos.

Las entrevistas fueron realizadas a 20 personas en las áreas de consultorio externo, internados y urgencias.

Los aspectos más resaltantes obtenidos en las Encuestas fueron por área:

1. Cómo calificaría Ud. la atención Médica recibida en el Servicio?

Muy Buena	Buena	Aceptable	Ineficiente
--	20	--	--

2. Cuanto tiempo espero para que se le atienda?

Mucho Tiempo	Poco Tiempo
4	16

3. Que le parece la provisión de medicamentos e insumos dentro del servicio?

Muy Buena	Buena	Aceptable	Ineficiente
--	20	--	--

4. Siempre le atiende el especialista que usted Necesita?

SI	NO	A veces
8	--	--

5. Le solicitan la compra de medicamentos e insumos dentro del servicio. En caso afirmativo que compró?

SI	NO
5	13

- Medicamentos comprados: Liporedux y Moderex simple.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

6. **La Institución le provee de alimentos (desayuno, almuerzo, merienda o cena), al paciente y a su acompañante?**

SI	NO
3	9

7. **El Hospital le solicita a Ud, el pago por algún servicio (Consulta, Medicamentos, Rayos x, Análisis Clínicos u otros)?**

SI	NO
--	17

8. **Cómo calificaría la limpieza del Servicio?**

Muy Buena	Buena	Aceptable	Ineficiente
--	3	13	3

9. **Los resultados de los análisis laboratoriales son entregados en tiempo?**

SI	NO
8	4

10. **Cuáles son los estudios que no se realizan en el Hospital?**

Los estudios que no se realizan en el Hospital son Hemograma, Orina simple, glicemia, perfil renal, hepático y líquido.

11. **Necesita realizar los estudios de Diagnósticos fuera del Hospital?**

SI	NO	A veces
2	3	2

12. **Le resulta cómoda la silla que se encuentra en la sala de espera?**

SI	NO
2	5

13. **Otras Observaciones de los Pacientes**

- La mayoría de los pacientes objetaron la falta de sábanas y fundas.
- La falta de limpieza en los baños, pasillos y habitaciones son reclamos que más se resaltan.
- Faltan muebles con más comodidad.
- No son especificadas con claridad las prescripciones emitidas por los médicos.

P.T FOLIO N° 805 AL 824

Los funcionarios de la Dirección de Auditoría de Gestión han procedido a brindar las recomendaciones que han considerado de utilidad, a los responsables de las áreas auditadas, a los efectos de optimizar los servicios prestados y la gestión administrativa en la XV Región Sanitaria y en el Hospital Regional de Villa Hayes, dependiente del M.S.P. y B.S.



Dirección General de Auditoría Interna

Dirección de Auditoría de Gestión

Comprometidos con una administración eficaz y eficiente de los recursos disponibles; tendientes a lograr, con transparencia, los objetivos institucionales

Se expide el presente informe, en dos ejemplares de un mismo tenor y a los efectos correspondientes, a los 21 días del mes de mayo del año 2018

Lic. Mabel Rojas, Auditora

Lic. Mirtha Villa, Auditora

C.P. Eduardo Martínez, Auditor

Lic. Reinaldo Benítez V., Supervisor.

Lic. Gladys Benítez Ch., Directora
Dirección de Auditoría de Gestión

