



Ministerio
**de Economía
y Finanzas**

Auditoría Interna de la Nación

COMISIÓN HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA Y ENFERMEDADES PREVALENTES

Informe de Auditoría

Montevideo, marzo de 2024

INFORME EJECUTIVO

OBJETIVO Y ALCANCE

Evaluar los controles implementados por la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (en adelante CHLA-EP) en cumplimiento de la operativa del Programa Nacional de Vacunación (en adelante P.N.V.).

El alcance del trabajo de auditoría abarcó el período enero 2022 a octubre 2023, sin perjuicio que para algunos procedimientos se analizó un período más extenso. Con relación a las actividades llevadas a cabo por el Laboratorio Calmette el análisis abarcó la tarea inspectiva sobre los biológicos vinculados al Programa, ubicados en centros vacunatorios.

Es de destacar que se exceptuó del análisis las actividades de vacunación contra el COVID-19.

CRITERIOS DE AUDITORÍA Y METODOLOGÍA APLICADA

La auditoría se realizó de acuerdo a las Normas de Auditoría Interna Gubernamental del Uruguay y a las Guías Técnicas para la gestión de la actividad de auditoría interna gubernamental, adoptadas por Resolución de la A.I.N. de fecha 22/08/2011 y al Marco Integrado de Control Interno adoptado por Resolución de la A.I.N. de fecha 12/06/2023.

CONCLUSIÓN – RESULTADOS

Como resultado de los procedimientos realizados y en función de los hallazgos que se explicitan en informe detallado, se concluye que la CHLA-EP en cumplimiento de la operativa del P.N.V. presenta debilidades de control interno que no permiten asegurar la eficiencia de las operaciones, confiabilidad e integridad de la información, así como la salvaguarda de los activos.

Esto se fundamenta principalmente en:

- Ausencia y debilidades en las actividades de control y seguimiento en los Centros de Vacunación.
- Los sistemas informáticos utilizados son obsoletos y discontinuados.
- La estructura organizativa posee cargos acéfalos en áreas claves y no recoge cambios en las responsabilidades asignadas. Asimismo, no cuentan con una Unidad de Auditoría Interna conforme a lo establecido en la normativa vigente.
- Los canales de comunicación denotan una informalidad en sí mismos.
- Las condiciones edilicias destinadas al almacenamiento de material médico y productos químicos presentan carencias.

Para minimizar los riesgos asociados a estas debilidades identificadas, se recomienda a

las autoridades de la CHLA-EP tomar medidas concretas para abordar y resolver las mismas, implementando acciones que contemplen las recomendaciones formuladas.

INFORME DETALLADO

I. Generalidades acerca de la CHLA-EP

Marco de Referencia

Cometidos formales:

La CHLA-EP fue creada por la Ley N°10.709 de fecha 17/01/1946 con el cometido de la asistencia social y económica a los pacientes tuberculosos y sus familiares. Desde 1982 es responsable de todos los aspectos relacionados a la tuberculosis (TB), desde la prevención, diagnóstico y tratamiento hasta la vigilancia y análisis epidemiológicos y la asistencia socioeconómica a los pacientes y su núcleo familiar.

Por la Ley N°15.809 de fecha 08/04/1986 y por Resolución del Ministerio de Salud Pública N°435 del 30/06/1986 se le incorpora un importante nuevo cometido, la responsabilidad de la operativa del Programa Nacional de Vacunación (P.N.V.), creado por la Ley N°15.272 de fecha 04/05/1982.

Por la Ley N°15.903 de fecha 10/11/1987 se modifica la naturaleza jurídica de la Comisión transformándola en “persona pública no estatal” y 10 años después, por la Ley N°16.736 se reitera la condición de “persona pública no estatal” ampliando sus cometidos por asignación del Ministerio de Salud Pública “específicamente con relación a la materia de control de enfermedades”, incorporando a su denominación las “enfermedades prevalentes”.

También la CHLA-EP tiene asignada la ejecución del Programa de PostEliminación de la Enfermedad de Hansen (Lepra) y coopera con el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal a través de un convenio firmado con el Banco de Previsión Social (BPS).

La institución tiene su sede central en Montevideo. El alcance de su actividad es a nivel nacional, teniendo a disposición una red de efectores periféricos compuestos por:

- Centros Periféricos y subcentros pertenecientes a la Comisión.
- Centros de Vacunación ubicados físicamente en instituciones públicas y privadas.

A los efectos de llevar adelante el cometido del P.N.V. la Comisión desarrolla las siguientes actividades:

Actividad de vacunación:

El Departamento O. de Inmunizaciones se vinculaba a noviembre de 2022 con 493 centros de vacunación distribuidos a lo largo de todo el país, además de contar con 3 vacunatorios móviles para asistir zonas de baja cobertura y concurrir a domicilio de acuerdo a los requerimientos particulares de los beneficiarios del servicio.

En base a los recursos materiales y humanos disponibles, la salida de los móviles requiere:

- Identificación de las zonas y domicilios a cubrir, ya sea por la coordinación con el MSP, iniciativas promovidas por entidades particulares, así como requerimientos gestionados por beneficiarios individuales del servicio.
- Planificación previa de las salidas de móviles, asociado a una difusión masiva o comunicación particular según el caso.

La labor del vacunador requiere de contar con los biológicos correspondientes además de tener acceso al Sistema Informático de Vacunas (SIV).

Actividad de capacitación:

La Comisión tiene a su cargo el programa de recertificación en vacunación con el objetivo de nivelar la formación de los vacunadores.

Por otra parte, desarrolla jornadas de actualización en temas puntuales por iniciativa de la institución, solicitadas por el MSP o instituciones privadas.

Asimismo, llevan a cabo capacitaciones en jornadas individuales o grupales de modo de subsanar irregularidades.

Actividad inspectiva:

Los centros de vacunación son inspeccionados por la figura del Inspector, el que concurre de manera sorpresiva o a solicitud del Departamento O. de Inmunizaciones y/o Laboratorio Calmette.

Para documentar su tarea, además de los informes inspectivos que realiza en caso de corresponder, cuenta con los siguientes formularios:

- Formulario de Supervisión: es utilizado con el fin de relevar información de la organización del centro de vacunación, manejo del SIV, la actividad de vacunación y otros aspectos generales de funcionamiento. Dicho formulario se remite al Departamento O. de Inmunizaciones.
- Supervisión de Cadena de Frío: es utilizado con el fin de relevar información en lo que respecta a las condiciones de almacenamiento de los biológicos, control de stock, vencimientos y otros aspectos que involucran el manejo de las vacunas. Dicho formulario se remite al Laboratorio Calmette.

Cabe mencionar que las irregularidades pueden llegar a conocimiento de la Comisión de las siguientes maneras: a) denuncia de los usuarios, b) denuncias impulsadas desde los centros de vacunación, c) de las actuaciones realizadas por el Inspector o por otros funcionarios vinculados a la institución.

Almacenamiento de material médico y productos químicos:

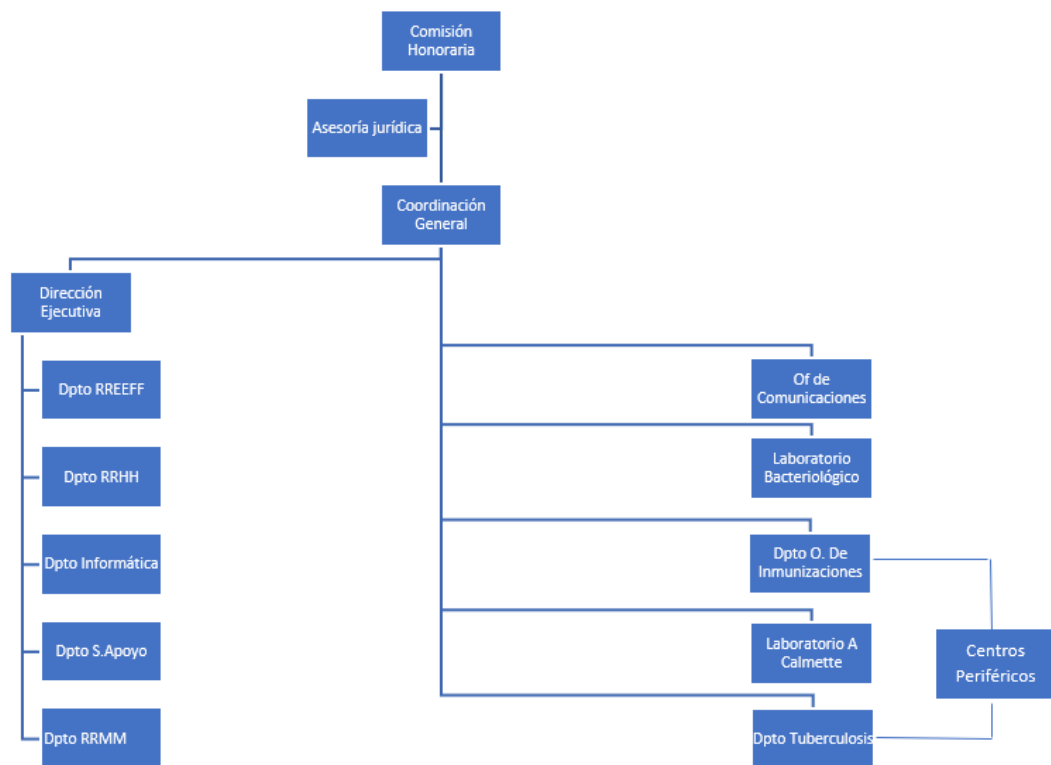
La Comisión tiene a disposición tres padrones otorgados por el MSP a través de un comodato de fecha 20/01/2003. En ellos funciona el Laboratorio Calmette, la Sede Central y un espacio destinado al almacenamiento de material médico y productos químicos.

Dicho comodato fue otorgado por 10 años renovable automáticamente por idéntico período, con la obligación de mantener los inmuebles en buen estado de conservación durante la vigencia de éste, asumiendo la obligación de devolverlos libres de ocupantes a cualquier título a la finalización del mismo.

Con fecha 11/04/2013 por Ordenanza Ministerial N.º 197 se otorga parte de uno de los padrones (que estaba destinado para almacenamiento) a dos funcionarias del MSP para ser ocupado en calidad de cuidadoras, haciendo efectiva la entrega de llaves según Acta del MSP el 03/05/2013.

Estructura Organizativa:

La CHLA-EP cuenta con un total de 362 funcionarios distribuidos según el siguiente organigrama incluido en el Plan Estratégico 2023-2027 y aprobado con fecha 10 de enero de 2023.



Dentro de la CHLA-EP las áreas que intervienen principalmente en el proceso son:

Comisión Honoraria: Conduce el funcionamiento de la institución y envía a la Coordinación sus resoluciones para ser planeadas y cumplidas.

Coordinación General: Se encarga entre otros cometidos, de llevar a cabo lo decidido por la Comisión, de articular y supervisar el funcionamiento de los departamentos.

Departamento Operativo de Inmunizaciones: Organiza, coordina y evalúa los resultados de campañas vinculadas con el P.N.V.

Laboratorio Calmette: Tiene la responsabilidad entre otros cometidos de la recepción, almacenamiento, asignación, y distribución de las vacunas incluidas en el P.N.V. a nivel nacional.

Realiza el control y supervisión de la cadena de frío atento a que los biológicos requieren estar almacenados a una temperatura entre 2 y 8 grados.

Centros Periféricos:

- En Montevideo se encargan de atender los casos de tuberculosis.
- En el interior se encargan de promover todas las actividades a los efectos de cumplir con los cometidos institucionales.

Departamento Informática: Se ocupa de todo lo relacionado con el mantenimiento del hardware y software de la organización.

Sistemas informáticos:

Los sistemas y programas informáticos asociadas al P.N.V. son:

a) En el Departamento O. de Inmunizaciones se cuenta con los siguientes sistemas administrados por el MSP:

- Sistema informático de Vacunas (SIV): utilizado para el registro de los actos vacunales.
- Sistema CUBO: utilizado para obtener información estadística sobre resultados de campañas de vacunación. Se alimenta de la información ingresada en el SIV.

b) En el Laboratorio Calmette utilizan los siguientes programas con base en el sistema MS-DOS:

- Programa Vacunas: utilizado para el ingreso de todos los datos correspondientes a las vacunas recibidas.
- Programa Asignaciones: utilizado para el manejo del stock y la distribución de vacunas a todo el país.

Por otra parte, la organización utiliza, entre otros, los siguientes programas en sistema MS- DOS:

- TBC: utilizado para el ingreso y seguimiento de los pacientes con tuberculosis.

- CONTA: utilizado para llevar la contabilidad.
- PRESU: en el que se respalda la planificación presupuestal.
- TSH: para llevar un registro de los resultados de hipotiroidismo.
- PKU: para el registro de la pesquisa neonatal

II. Hallazgos de Auditoría

De los procedimientos de auditoría realizados surgen 7 hallazgos, los que presentan el siguiente nivel de criticidad y tipo de riesgo, conforme a los criterios adoptados por la A.I.N. y expuestos en Anexo I y II de este Informe.

	Extremo	Alto	Medio	Bajo
01 – Actividades de control respecto de los Centros de Vacunación	X			
02 – Registro de la actividad inspectiva	X			
03 – Información y Comunicación		X		
04 – Sistemas Informáticos	X			
05 – Actividades de vacunación a través de móviles		X		
06 – Estructura Organizativa – Asignación de autoridad y responsabilidad	X			
07 – Almacenamiento de material médico y productos químicos	X			

Hallazgo No. 01

Actividades de control respecto de los Centros de Vacunación

Del análisis realizado respecto de las actividades inspectivas, se constató ausencia de actividades de control y seguimiento, así como debilidades en las actividades realizadas. Esto responde a:

- Se cuenta con un solo Inspector para cubrir los 493 Centros de Vacunación.
- El Inspector carece de la formación académica para realizar la tarea.
- No se cuenta con una planificación de la actividad inspectiva.
- No se cuenta con manuales de procedimientos para llevar a cabo las tareas.
- Falta de oposición de intereses, dado que se asigna parcialmente la tarea a las encargadas de supervisar los Centros Periféricos del interior del país en su área de cobertura.
- Al momento de efectuar la inspección no se recogen los antecedentes de las actuaciones anteriores.
- Más allá de las capacitaciones, no se cuenta con un criterio a efectos de aplicar medidas correctivas y realizar el correspondiente seguimiento frente a las irregularidades:

- Las medidas adoptadas frente a una irregularidad son la capacitación y la eventual comunicación al MSP.
- No consta un cierre de la actuación que permita evaluar si las medidas adoptadas fueron efectivas y sirvan como antecedentes para futuras intervenciones.

Detalle de riesgos

Descripción	Tipo de riesgo
No detectar irregularidades.	Operacionales
No declarar irregularidades por parte de los encargados de los Centros Periféricos del interior del país.	Operacionales
Reclamos judiciales.	Legales y contractuales
Daño en la imagen institucional.	Reputacionales

Criticidad del Hallazgo



Extremo Recomendaciones

1. Redefinir la asignación de la tarea inspectiva, contemplando el principio de oposición de intereses y la formación académica requerida.
2. Elaborar y difundir manuales de procedimientos para la realización de la tarea inspectiva.
3. Contar con una planificación formal de los centros vacunatorios a inspeccionar, que contemplen las necesidades de la Institución.
4. Elaborar un procedimiento de actuación y seguimiento frente a las irregularidades.

Hallazgo No. 02

Registro de la actividad inspectiva

1. No se cuenta en todos los casos con formularios que respalden la actividad, poseen debilidades en su diseño y se encuentran incompletos.

Del análisis de los formularios que la respaldan se constató que:

- No se encuentran prenumerados.
- No figura en todos los casos la constancia de recepción de los mismos por parte de los Departamentos correspondientes.
- En ocasiones, el campo destinado a comentarios generales se utiliza con fines para los cuales no fue previsto, por ejemplo:
 - Los Formularios de Supervisión contienen información de cadena de frío y planificación de licencias del personal.

- Los formularios de Supervisión de Cadena de Frío contienen datos sobre cambios de horarios de atención y el trato que tiene la vacunadora con el público.
- Formularios incompletos y con letra ilegible.
- De los formularios de “**Supervisión Cadena de Frío**” proporcionados por el Laboratorio Calmette correspondientes al período enero 2022 - octubre 2023, se constató que con relación a los antecedentes no hay un campo que informe si se subsanaron las observaciones de la visita anterior.
- Analizada la totalidad de las actuaciones correspondientes al año 2022 respaldadas por 362 “**Formularios de Supervisión**” proporcionados por el Departamento O. de Inmunizaciones, se constató:
 - No se cuenta con evidencia de la tarea realizada por el Inspector en dicho período, en la medida que decidió no completar los formularios por entender que lo relevado es meramente declarativo.
 - Baja cobertura, en la medida que los registros de inspecciones se corresponden con 97 Centros Vacunatorios de un total de 493.
 - No son precisos en cuanto a qué información debe ser ingresada en el campo “Nombre”. A modo de ejemplo, se comprobó que fue utilizado para indicar lugar inspeccionado (BPS, ASSE), nombre de vacunadora o cargo que ocupa el entrevistado.
 - La información contenida no es íntegra:
 - En el 100% de los formularios se encuentra vacío el campo que establece si se subsanaron las observaciones en la visita anterior.
 - El 37% no identifica al responsable del centro vacunatorio.
 - El 17% no identifica al entrevistado.
 - El 28% no indica que el vacunador proporcione información sobre posibles efectos adversos atribuibles a la vacunación.

2. Asimismo, en lo que respecta a las irregularidades, no se cuenta con un registro centralizado, donde se visualice la trazabilidad del proceso, desde la toma de conocimiento de la irregularidad, hasta la verificación de los efectos de las medidas correctivas adoptadas.

Detalle de riesgos

Descripción	Tipo de riesgo
No detectar irregularidades.	Operacional
No contar con información íntegra y oportuna para una adecuada toma de decisiones.	Estratégico
Imposibilidad de realizar un seguimiento efectivo.	Operacional

Criticidad del Hallazgo



Extremo

Recomendaciones

1. Revisar el contenido de los formularios a efectos de respaldar toda la actividad inspectiva de modo de relevar información que pueda ser útil y comprobable al momento de realizar la inspección.
2. Prenumerar los formularios.
3. Generar un registro centralizado de los hechos irregulares, donde se pueda visualizar la trazabilidad de todo el proceso.

Hallazgo No. 03

Información y comunicación

1. Se identificaron canales de comunicación internos informales que no garantizan una adecuada difusión de la información y seguimiento de las decisiones adoptadas.

A modo de ejemplo:

- La aprobación de la salida de los puestos móviles de vacunación destinados a cubrir zonas de baja cobertura surge de una comunicación informal.
- El Inspector no recibe instrucción formal a los efectos de concurrir a los Centros de Vacunación.
- Se le asignó verbalmente a la Coordinadora del Departamento O. de Inmunizaciones la responsabilidad de la realización de tareas inspectivas en los Centros de Vacunación del área metropolitana.
- Respecto a la comunicación de las irregularidades, se constata que, en términos generales, no se verificó una comunicación formal de los hechos a la Comisión Honoraria.

2. No se encuentra definido formalmente el/los responsable/s de efectuar las comunicaciones al MSP relativas a irregularidades constatadas en los Centros de Vacunación. Se constató que, frente a un error en la administración de una vacuna, se efectuó la misma comunicación al MSP por diferentes actores de la institución, además de hacerles partícipes de la discusión interna en la definición de medidas a ser adoptadas frente a las irregularidades.

Detalle de riesgos

Descripción

Tipo de riesgo

No cubrir zonas de baja cobertura.

Estratégico

No poder realizar el control y seguimiento de las tareas inspectivas.

Operacional

No delimitar responsabilidades.

Operacional

No tomar decisiones adecuadas de manera oportuna.

Estratégico

Criticidad del Hallazgo



Alto

Recomendaciones

1. Transmitir la información empleando canales de comunicación formales.
2. Asignar formalmente las responsabilidades.
3. Definir responsables para realizar las comunicaciones al MSP.

Hallazgo No. 04

Sistemas informáticos

Sistema MS-DOS

La organización no cuenta con un sistema operativo, programas y equipamiento informático acorde a sus necesidades, así como una adecuada política de acceso.

Se constató que:

- Se trabaja sobre el sistema operativo MS-DOS, que por ser obsoleto está discontinuado, carece de mantenimiento del fabricante desde el año 2000 y no admite actualizaciones.
- En cuanto al uso de los programas se relevaron las siguientes debilidades:
 - Con relación a los usuarios y contraseñas, se indicó que algunos carecen de estos y otros tienen acceso mediante contraseña compartida.
 - Se pueden alterar datos sin que se requiera autorización, no quedando el registro correspondiente.
 - Estos programas no tienen predefinido exportar información a Excel lo que requiere la impresión de reportes y su posterior análisis manual.
- Existe dificultad para conseguir en el mercado repuestos del hardware utilizado, así como personal técnico capacitado para el mantenimiento de este sistema. Es de considerar que en la actualidad las dos personas a cargo poseen causal jubilatoria.

Programa CUBO:

La identificación de los centros vacunatorios no facilita la obtención de estadísticas, requiriendo la realización de tareas manuales a los efectos de contar con información para proceder a realizar informes sobre resultados de campañas de vacunación a enviar a la Comisión Honoraria y al MSP.

Teniendo en consideración que cada centro vacunatorio tiene asignado un código específico, en CUBO se evidenció que:

- Hay centros vacunatorios que no tienen asignados códigos y su identificación es genérica. A modo de ejemplo: Central, Pocitos, Maldonado, Sede Central.
- Existen centros vacunatorios expresados hasta de 3 maneras distintas. A modo de ejemplo: JA118 - C.M.I Hospital Maciel, JA118 - CMI Hospital Maciel, JA118 - C.M.I Hosp Maciel.

Consultado al respecto se nos indicó que se está a la espera de coordinar una reunión con el MSP a los efectos de encontrar una solución.

Detalle de riesgos

Descripción	Tipo de riesgo
No contar con información íntegra, confiable y oportuna.	Estratégico
No poder identificar responsables.	Operacional
Salvaguarda de activos de información.	Tecnológico
No contar con recursos humanos y materiales para continuar con el uso del sistema MS-DOS.	Tecnológico

Criticidad del Hallazgo



Extremo

Recomendaciones

1. Efectuar un cambio del sistema operativo y los programas de forma integral en el corto plazo dotando a la organización de los recursos humanos y materiales necesarios.
2. Definir políticas de acceso y seguridad de la información.
3. Hacer efectiva la coordinación con el MSP para solucionar los inconvenientes que surgen del sistema CUBO.

Hallazgo No. 05

Actividades de vacunación a través de móviles

1. Las planillas utilizadas para planificar, definir, controlar y generar información de la actividad de vacunación a través de móviles poseen debilidades en su diseño y utilización.

Esto se fundamenta en:

- Se utilizan planillas en formato Excel.
- No cuentan con un estándar, ni instructivo de llenado y lectura.
- Dependen de una sola persona que utiliza su propio criterio para completarlas e interpretarlas.
- Poseen solapas discontinuadas, duplicadas, algunas cuyo nombre no mantiene relación con el contenido. Asimismo, se verifica que la información no es íntegra.

- No facilitan la realización de una planificación más allá del corto plazo.

2. Se verifican debilidades de coordinación con el destinatario de la vacuna, lo que se ve plasmado en la imposibilidad de efectivizar los actos vacunales, ya sea por la ausencia de la persona en el domicilio o la verificación in situ de que ya había recibido la vacuna.

3. La comunicación desde el MSP para cubrir las necesidades de las zonas con baja cobertura de vacunación son verbales, por ende, no es posible realizar un cruzamiento con las salidas de los móviles para verificar su cumplimiento.

Detalle de riesgos

Descripción	Tipo de riesgo
No cubrir integralmente zonas de baja cobertura.	Estratégico
Uso ineficiente de los recursos humanos y materiales	Financiero
Inadecuada toma de decisiones.	Estratégico
Descontinuar los registros por ausencia de la persona responsable.	Operacional

Criticidad del Hallazgo



Alto

Recomendaciones

1. Rediseñar las planillas existentes o evaluar la incorporación de una nueva herramienta para generar registros acordes a las necesidades de la actividad.
2. Generar, difundir instructivos y capacitar al personal involucrado.
3. Contar con información formal de las zonas de baja cobertura.
4. Fortalecer la coordinación previa a la concurrencia al domicilio.

Hallazgo No. 06

Estructura organizativa - Asignación de autoridad y responsabilidad.

Se identifican debilidades referentes a la estructura organizativa que limitan la implementación de un adecuado Sistema de Control Interno.

Esto se evidencia en:

- No existe un manual de organización y funciones.
- Frente a causales jubilatorias de funcionarios que ocupan cargos estratégicos, la organización no prevé como distribuir formalmente las tareas y responsabilidades asociadas o cubrir las vacantes. A modo de ejemplo:
 - El cargo de Coordinador General se encontró acéfalo en el período diciembre 2022 - noviembre 2023.

- A partir del 1 de diciembre de 2023 el cargo de Inspector se encuentra acéfalo.
- En el Departamento de Informática se encuentran trabajando 3 personas, de las cuales 2 cumplen con causal jubilatoria.
- El cargo de Inspector del P.N.V. depende del Departamento de Tuberculosis, lo que demuestra que la estructura no ha acompasado los cambios en los cometidos que el MSP le ha asignado a la CHLA-EP.
- Existen tareas y responsabilidades que no fueron designadas formalmente. A modo de ejemplo: se les comunicó verbalmente a las encargadas de los Centros Periféricos del interior del país y a la Coordinadora del Departamento O. de Inmunizaciones, la realización de tareas inspectivas.
- No se cumple con lo establecido en la Ley N°15.965 y el Decreto N°126/019 en lo que respecta a la obligatoriedad de la implementación de Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo para empresas con más de 300 trabajadores, cualquiera su actividad tanto en el ámbito público como privado.
- No se cuenta con una Unidad de Auditoría Interna, cuya conformación es de carácter obligatorio conforme al art. 239 de la Ley N°19.924 del 18/12/2020 y al Decreto N°280/022.

Detalle de riesgos

Descripción	Tipo de riesgo
Dilución de responsabilidades.	Operacional
No detectar irregularidades por falta y/o debilidades en los controles.	Operacional
Inadecuada toma de decisiones.	Estratégico
Que ocurran hechos prevenibles que afecten la salud y la seguridad laboral.	Legales y contractuales
Reclamos judiciales.	Legales y contractuales
Ausencia de asesoramiento para la mejora de la gestión.	Operacional

Criticidad del Hallazgo

 Extremo

Recomendaciones

1. Establecer y aprobar una estructura organizativa que se adecue a la gestión de la organización, así como el diseño e implementación de un manual de organización y funciones que contenga los cometidos y responsabilidades de cada área.
2. Reforzar el Departamento de Informática a fin de poder garantizar el ejercicio de sus cometidos.

3. Disponer de un mecanismo que facilite cubrir vacantes o la distribución formal de tareas y responsabilidades de aquellos cargos que quedan acéfalos.
4. Comunicar formalmente la asignación de tareas y responsabilidades.
5. Cumplir con lo establecido en la normativa vigente en lo que respecta a la contratación de Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo.
6. Crear una Unidad de Auditoría Interna en cumplimiento de la normativa vigente.

Hallazgo No. 07

Almacenamiento de material médico y productos químicos

1. Se identificaron debilidades en el espacio que dispone la sede central para el almacenamiento de material médico y productos químicos. De la inspección ocular se observó:

- Debilidades de infraestructura edilicia como ser: humedades, caída de revoque, grietas y fisuras en vigas y paredes, pico de luz donde se verifica un corto circuito y desagüe en el piso sin tapa.
- Almacenamiento de productos químicos: se verifica la existencia de alcohol depositado en el salón de actos.
- Almacenamiento de material médico en los corredores de fácil acceso.

2. Se constató que un padrón otorgado por el MSP en comodato a la Comisión, vigente desde el año 2003, destinado en parte al almacenamiento de materiales, se comparte con dos funcionarias del mencionado Ministerio en calidad de cuidadoras según Ordenanza Ministerial Nro. 197 de fecha 11 de abril de 2013. No se verificó una actualización del comodato a los efectos de delimitar las responsabilidades sobre la custodia patrimonial.

Detalle de riesgos

Descripción	Tipo de riesgo
Daño/deterioro/faltante de material médico.	Financiero
Daño total o parcial de la infraestructura.	Financiero
Accidentes laborales.	Legales y contractuales
Daño físico a personas ajenas a la institución.	Legales y contractuales
Reclamos judiciales.	Legales y contractuales
Daño de la imagen institucional.	Reputacionales

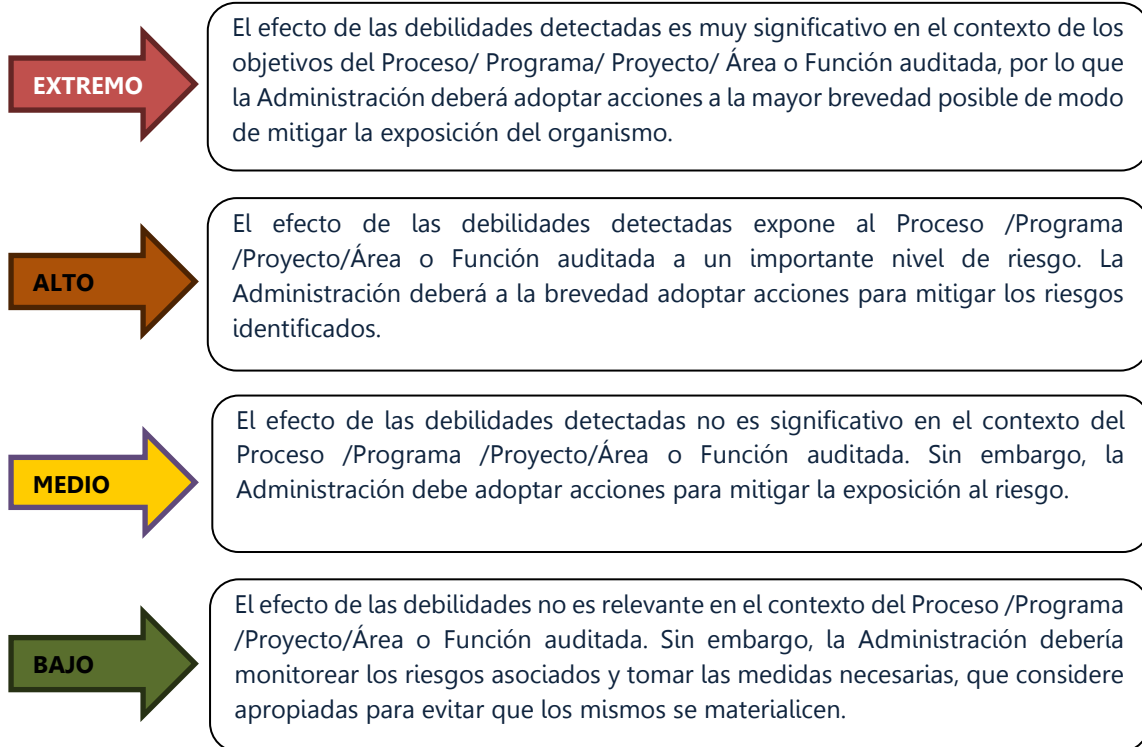
Criticidad del Hallazgo

 Extremo

Recomendaciones

1. Implementar las medidas necesarias para garantizar la seguridad edilicia, así como la ubicación de los productos químicos y material médico.
2. Actualizar las condiciones contractuales respecto a las responsabilidades que asume la CHLA-EP.

ANEXO I - CATEGORIZACIÓN DE HALLAZGOS



ANEXO 2 – TIPO DE RIESGO

RIESGO	DEFINICION
Estratégicos	Se asocia a los asuntos relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos
Reputacionales	Se refleja en un impacto de la materialización de cualquier tipo de riesgo, podría implicar presencia en cualquiera de las categorías de riesgo descritas anteriormente.
Operacionales	Este rubro considera los riesgos relacionados con fallas en los procesos, en los sistemas o en la estructura de la institución.
Financiero	Se relaciona con los recursos económicos de la institución, principalmente de la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos.
Legales y contractuales	Afecta la capacidad de la entidad para dar cumplimiento a la legislación y obligaciones contractuales.
Tecnológico	Se relaciona con la capacidad de la institución para que las herramientas tecnológicas soporten el logro de los objetivos estratégicos.
Fraude	Se relaciona con la evasión de los controles internos o explotación de las debilidades de dichos controles, el robo de activos, y la colusión.
Sostenibilidad	Se relaciona con aquella condición o acontecimiento derivado de factores ambientales, sociales o de gobierno corporativo que, de llegar a producirse, podrían causar un impacto negativo material.