



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.14.06

HOSPITAL TOBAR GARCÍA
Auditoría de Seguimiento

Período 2013

Buenos Aires, Agosto 2016



AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso -
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Cdra. Mariela Coletta

Dr. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. María Raquel Herrero

Dra. Victoria Marcó

Lic. Hugo Vasques

CÓDIGO DEL PROYECTO: 03.14.06

NOMBRE DEL PROYECTO: HOSPITAL TOBAR GARCÍA - Seguimiento del Proyecto 03.11.08.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2013

EQUIPO DESIGNADO:

Directora de Proyecto: Mg. María L. Bertella (año 2015)

Director de Proyecto: Dr. Julio F. Bello (año 2016)

Supervisor A/C: Lic. Juan José Montero

OBJETIVO: Determinar si la entidad Auditada ha adoptado las acciones correctivas oportunas y apropiadas.

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 10 DE AGOSTO DE 2016

APROBADO POR: DISIDENCIA PARCIAL

RESOLUCIÓN N°: 268/16

Informe Ejecutivo

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Agosto de 2016
Código del Proyecto	3.14.06
Denominación del Proyecto	Hospital Tobar García - Seguimiento del Proyecto 03.11.08.
Período examinado	Año 2013
Objetivo de la auditoría	Determinar si la entidad Auditada ha adoptado las acciones correctivas oportunas y apropiadas en relación a las observaciones y recomendaciones del Proyecto 3.11.08.
Alcance	<p>El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.</p> <p>El alcance del presente informe consiste en verificar la ejecución de las recomendaciones efectuadas al organismo, en el Proyecto 3.11.08, Auditoría de Gestión del Hospital Carolina Tobar García –Período 2010, en materia del acondicionamiento, actividades que se desarrollen y el sistema de control interno. Los procedimientos de auditoría aplicados se realizarán en base a las recomendaciones formuladas en el Informe Final mencionado.</p> <p>Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo los siguientes procedimientos generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lectura y análisis de informe previo de auditoría de AGCBA. 2) Relevamiento y análisis de eventuales cambios relevantes de estructura organizativa, objetivos, responsabilidades, normativa aplicable a las acciones del organismo auditado, circuitos y de sistemas. 3) Solicitud de información al organismo auditado sobre las decisiones y acciones adoptadas, con relación a las observaciones formuladas en la Auditoría de Gestión correspondiente al Ejercicio 2013.

	<p>4) Solicitud de Informes a otros organismos en relación a informes de situación y /o denuncias acerca de las actividades del Hospital realizados durante el año 2013.</p> <p>5) Evaluación de la información recibida, determinación y aplicación de los procedimientos pertinentes según el objetivo del proyecto.</p> <p>6) Entrevistas con funcionarios de las áreas correspondientes.</p> <p>7) Verificación in situ de documentación respaldatoria, e infraestructura edilicia en los casos que correspondieron.</p> <p>8) Determinación de los procedimientos a aplicar a partir de la información suministrada por el organismo</p> <p>9) Determinación de muestras destinadas a verificar documentación y registros.</p> <p>10) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales.</p>
<p>Limitaciones Al Alcance</p>	<p>No existieron limitaciones al alcance.</p>
<p>Período de desarrollo de las tareas de auditoría</p>	<p>Las tareas de relevamiento se iniciaron en julio de 2015 y finalizaron en Febrero de 2016.</p>
<p>Aclaraciones Previas</p>	<p>Los procedimientos para la tarea de seguimiento consistieron en la verificación de los avances informados por el ente auditado, desde el año 2011, (período de la auditoría anterior) al año 2015; así como la correspondencia de los mismos con las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.11.08.</p> <p>Para ello, se examinó el informe y la documentación remitida por el Hospital en respuesta a la nota enviada por esta Dirección: AGCBA/DGSALUD Nota N° 0103/15.</p> <p>Metodología Adoptada para el Seguimiento</p> <p>A los efectos de clasificar el grado de avance en las acciones cumplimentadas para corregir los desvíos, que motivaron las recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría N° 03.11.08,</p>



	<p>se utilizó una escala de evaluación de tres niveles.</p> <p>a) El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.</p> <p>b) El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.</p> <p>c) El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas, o bien la respuesta no se corresponde con las mismas.</p>															
<p>Grado de Avance de las observaciones</p>	<p>Ajustándose a la normativa interna, respecto a los informes de seguimiento, se elaboró la siguiente tabla de evaluación del grado de avance de las observaciones del Informe de Gestión del Proyecto 3.11.08</p> <table border="1" data-bbox="422 913 1498 1680"> <thead> <tr> <th data-bbox="422 913 478 1104">N°</th> <th data-bbox="478 913 1220 1104">OBSERVACIÓN</th> <th data-bbox="1220 913 1303 1104">Satisfactorio</th> <th data-bbox="1303 913 1394 1104">Incipiente</th> <th data-bbox="1394 913 1498 1104">No Satisfactorio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="422 1104 478 1417">1</td> <td data-bbox="478 1104 1220 1417">No se han implementado nuevos dispositivos para facilitar la externación de pacientes. Ello va en contra de lo enunciado en la Ley N° 448 art.14 y 15, y la Ley Básica de Salud N° 153 art. 48. Si bien existe un fallo de Cámara en firme, que dispone la elaboración de un dispositivo que respete el estándar normativo vigente -a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Mental-, a la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, el cumplimiento de la obligación lleva 56 días de mora</td> <td data-bbox="1220 1104 1303 1417"></td> <td data-bbox="1303 1104 1394 1417">x</td> <td data-bbox="1394 1104 1498 1417"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="422 1417 478 1680">2</td> <td data-bbox="478 1417 1220 1680">No hay una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica. Los recursos disponibles no alcanzan a cubrir las necesidades terapéuticas actuales. Por su parte los hogares contratados no cumplen con todos los requerimientos legales necesarios para la atención de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales (falta de habilitación, etc.).</td> <td data-bbox="1220 1417 1303 1680"></td> <td data-bbox="1303 1417 1394 1680">x</td> <td data-bbox="1394 1417 1498 1680"></td> </tr> </tbody> </table>	N°	OBSERVACIÓN	Satisfactorio	Incipiente	No Satisfactorio	1	No se han implementado nuevos dispositivos para facilitar la externación de pacientes. Ello va en contra de lo enunciado en la Ley N° 448 art.14 y 15, y la Ley Básica de Salud N° 153 art. 48. Si bien existe un fallo de Cámara en firme, que dispone la elaboración de un dispositivo que respete el estándar normativo vigente -a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Mental-, a la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, el cumplimiento de la obligación lleva 56 días de mora		x		2	No hay una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica. Los recursos disponibles no alcanzan a cubrir las necesidades terapéuticas actuales. Por su parte los hogares contratados no cumplen con todos los requerimientos legales necesarios para la atención de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales (falta de habilitación, etc.).		x	
N°	OBSERVACIÓN	Satisfactorio	Incipiente	No Satisfactorio												
1	No se han implementado nuevos dispositivos para facilitar la externación de pacientes. Ello va en contra de lo enunciado en la Ley N° 448 art.14 y 15, y la Ley Básica de Salud N° 153 art. 48. Si bien existe un fallo de Cámara en firme, que dispone la elaboración de un dispositivo que respete el estándar normativo vigente -a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Mental-, a la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, el cumplimiento de la obligación lleva 56 días de mora		x													
2	No hay una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica. Los recursos disponibles no alcanzan a cubrir las necesidades terapéuticas actuales. Por su parte los hogares contratados no cumplen con todos los requerimientos legales necesarios para la atención de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales (falta de habilitación, etc.).		x													

	3	No existen los dispositivos genuinos y aptos que se requieren para la externación en tiempo y forma de los pacientes, que garanticen la efectiva reinserción social, lo cual se contrapone con el marco legal vigente, que pone énfasis en la asistencia ambulatoria, en la internación breve, en la atención domiciliaria que preserve los vínculos sociales y familiares, y en la reinserción social y laboral. En tal sentido, el tiempo promedio de internación, de pacientes con alta hospitalaria, fue de 78 días, con un mínimo de 28 días y un máximo de 199 días. Ello también implica, el incremento del gasto en salud.	x	
	4	La falta de articulación de los efectores -indispensable para la recuperación, rehabilitación y reinserción social de los niños/as y adolescentes-, vulnera el principio de trabajo en redes establecido en la Ley N° 448 art. 13 y 14.	x	
	5	No se realiza un seguimiento de los pacientes externados del hospital que fueron derivados a un dispositivo de albergue, a fin de garantizar la continuidad de atención y evaluar la evolución del tratamiento para evitar reinternaciones (Ley N° 448 art.16).	x	
	6	No existe en la historia clínica de internación un formulario que indique el Tratamiento Diario del paciente (actividades psicoterapéuticas y de rehabilitación), con indicación de días, horarios, profesionales que intervienen, personal que acompaña al paciente de la sala de internación hasta el lugar del tratamiento, entre otros datos. Ello impide la evaluación del cumplimiento efectivo de tratamiento del paciente	x	
	7	El Hospital de Día que existe en la institución, responde a un perfil diagnóstico, que no está en condiciones de incorporar las derivaciones del servicio de internación; cuando el espacio físico, esté destinado únicamente a Hospital de Día, es posible la inclusión de pacientes con otras patologías. La ampliación de esta modalidad de atención, resultaría una alternativa válida como instancia intermedia hasta el alta definitiva del paciente	x	
	8	No es posible evaluar el acceso y el proceso de atención de los Servicios que brindan rehabilitación a los pacientes internados en el hospital, dado que durante el período 2010, los profesionales que intervinieron en tal proceso, no registraron diariamente en la historia clínica, las prestaciones brindadas. Actualmente, esta limitación ha sido modificada. No obstante, la información contenida en la historia clínica resulta insuficiente para evaluar el proceso de atención, a la vez que incumple con la normativa vigente toda vez que el profesional interviniente no asienta en la historia clínica todos los actos realizados o indicados (Ley Nacional N° 26.529 sobre Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado art.15 inc. d y f, Ley Básica de Salud N° 153 art. 4 apartado h, Decreto N° 208/01 reglamentación artículo 4 de la Ley y Decreto N° 2316/03).	x	



	<p>9 En las comunicaciones efectuadas desde el hospital a PROGEN (adjudicatario de la compra centralizada) y a la Unidad de Proyectos Especiales - Unidad Operativa de Adquisiciones Central (UPE-UOAC) referidas a los medicamentos provenientes de la compra por licitación pública con orden de compra abierta, se consigna: incumplimiento en las entregas, provisión de marcas que no responden a la ofertada en el pliego, entregas con número de lote y fecha de vencimiento escritos en forma manual en los remitos de entrega, entre otras dificultades. Esto a su vez implicó trabajar con una provisión por debajo del stock mínimo, incrementar la frecuencia de distribución de comprimidos en pacientes ambulatorios para preservar las entregas a los pacientes internados y aumentar la actividad de control.</p>		x	
	<p>10 Se constataron 29 comunicaciones a organismos afines (Sistema Nacional de Fármaco-vigilancia, UPE-UOAC y Red de Farmacia) y 8 Historias Clínicas de pacientes internados en el año 2010, con intervención de profesionales médicos por descompensación del paciente, dada la falta de respuesta de la medicación suministrada o los efectos adversos. La intervención médica requirió el aumento de la dosis del medicamento utilizado y/o la incorporación de una medicación complementaria, incrementado ello, el margen de error en la dosificación de la medicación e interfiriendo con un adecuado tratamiento, lo que favorece las reinternaciones o la prolongación de las mismas.</p>	x		
	<p>11 Existe un déficit de enfermería para internación que se suple con la utilización de módulos de enfermería. De este modo, el uso de esta modalidad de trabajo ha pasado a ser corriente cuando debería ser esporádica, a la vez que permite su utilización en más. Asimismo, la existencia de enfermeros que habitualmente cumplen jornadas dobles de trabajo, redundan en un déficit de calidad en la tarea realizada</p>		x	
	<p>12 El incumplimiento en la finalización de las obras previstas, limita la atención de la consulta ambulatoria, de Hospital de Día, de Guardia, de Laboratorio y del Servicio Social del hospital. Las obras de refuncionalización integral, que estaban planificadas para realizarse en 18 meses, llevan ya cinco años. Si bien, existe un fallo en firme de la justicia de la Ciudad, que ordena la finalización de las mismas, aún están sin concluir.</p>	x		
	<p>Realizando una síntesis se encontraron avances satisfactorios en cuatro observaciones y avances incipientes en ocho. De las ocho con avances incipientes cinco se refieren a situaciones que implican dificultades con el sistema de salud en general, una en relación a las compras centralizadas y dos específicas al hospital. Esto implica que de las seis observaciones correspondientes al hospital, la gestión ha resuelto cuatro (el 66,7%).</p>			
<p>Conclusión</p>	<p>De los distintos procedimientos realizados se arriba a la siguiente conclusión: la última auditoría de seguimiento (Proyecto 03.15.04), ha mostrado que el 75% de las mismas han tenido un incipiente grado de avance y el 25%, un avance satisfactorio. En este último grupo de</p>			

observaciones se pueden mencionar aquellas vinculadas al sistema de registros de cada uno de los servicios y el circuito de derivación intrahospitalaria. A la misma vez, se finalizaron las obras de remodelación dentro del efector. Una mención aparte merece la mejora en la gestión de compras de psicofármacos, junto a los reclamos de los distintos efectores psiquiátricos del GCBA, lograron que la ANMAT, realizara un estudio de biodisponibilidad de los ingredientes farmacéuticos activos, de los medicamentos cuestionados. En segundo término, se arriba a la conclusión que continúan las deficiencias respecto de las prestaciones brindadas a los pacientes en condiciones de ser externados a lo que se suma la prolongación de la internación en el Hospital, una vez indicada el alta. Si bien parte de la responsabilidad recae en la Dirección General de Salud Mental, el Hospital forma parte de la Red de Atención del Sistema de Salud Mental. Por lo tanto el Hospital deberá mejorar la trazabilidad del alta de sus pacientes, ya sea a Instituciones Conveniadas, o de la GCABA; conjuntamente con el resto de los actores. Más allá de los avances mencionados, opinamos que el Hospital deberá mejorar los tiempos de internación de los pacientes, así como incentivar los programas de rehabilitación y reinserción, y el trabajo en red con las diferentes instituciones implicadas en el proceso, tal como lo indica la normativa vigente.

Finalmente, el Colegio de Auditores recomienda incluir dentro de sus futuras programaciones anuales, auditorías referidas a la Dirección General de Salud Mental y la Red de Atención del Sistema de Salud Mental, con especial énfasis en el seguimiento, trazabilidad y tratamiento los pacientes externados.

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
HOSPITAL TOBAR GARCÍA
PROYECTO N° 3.14.06**

DESTINATARIO

**Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cdr. Diego César Santilli**
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de la Agrupación Salud Integral con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA

Observaciones del Proyecto 3.11.08 y acciones correctivas encaradas por el Hospital Tobar García.

II. ALCANCE DEL EXAMEN

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA.

El alcance del presente informe consiste en verificar la ejecución de las recomendaciones efectuadas al organismo, en el Proyecto 3.11.08, Auditoría de Gestión del Hospital Carolina Tobar García –Período 2010, en materia del acondicionamiento, actividades que se desarrollen y el sistema de control interno. Los procedimientos de auditoría aplicados se realizarán en base a las recomendaciones formuladas en el Informe Final mencionado.

Para la realización de la auditoría se llevarán a cabo los siguientes procedimientos generales:

- 1) Lectura y análisis de informe previo de auditoría de AGCBA.
- 2) Relevamiento y análisis de eventuales cambios relevantes de estructura organizativa, objetivos, responsabilidades, normativa aplicable a las acciones del organismo auditado, circuitos y de sistemas.
- 3) Solicitud de información al organismo auditado sobre las decisiones y acciones adoptadas, con relación a las observaciones formuladas en la

Auditoría de Gestión correspondiente al Ejercicio 2013.

- 4) Solicitud de Informes a otros organismos en relación a informes de situación y /o denuncias acerca de las actividades del Hospital realizados durante el año 2013.
- 5) Evaluación de la información recibida, determinación y aplicación de los procedimientos pertinentes según el objetivo del proyecto.
- 6) Entrevistas con funcionarios de las áreas correspondientes.
- 7) Verificación in situ de documentación respaldatoria, e infraestructura edilicia en los casos que correspondieron.
- 8) Determinación de los procedimientos a aplicar a partir de la información suministrada por el organismo
- 9) Determinación de muestras destinadas a verificar documentación y registros.
- 10) Cruzamiento de datos obtenidos de diversas fuentes documentales.

III. LIMITACIONES AL ALCANCE

No existieron limitaciones al alcance.

IV. ACLARACIONES PREVIAS

Los procedimientos para la tarea de seguimiento consistieron en la verificación de los avances informados por el ente auditado, desde el año 2011, (período de la auditoría anterior) al año 2015; así como la correspondencia de los mismos con las recomendaciones efectuadas en el Proyecto N° 3.11.08.

Para ello, se examinó el informe y la documentación remitida por el hospital en respuesta a la nota enviada por esta Dirección: AGCBA/DGSALUD Nota N° 0103/15.

Metodología Adoptada para el Seguimiento

A los efectos de clasificar el grado de avance en las acciones cumplimentadas para corregir los desvíos, que motivaron las recomendaciones incluidas en el Informe Final de Auditoría N° 03.11.08, se utilizó una escala de evaluación de tres niveles.

- a) El grado de avance es satisfactorio: las acciones ejecutadas y decisiones adoptadas por la entidad hasta el momento responden adecuadamente a las observaciones efectuadas.
- b) El grado de avance es incipiente: se han adoptado algunas decisiones en correspondencia con las observaciones formuladas, debiéndose continuar y/o profundizar dicho proceso.
- c) El grado de avance no es satisfactorio: el Organismo no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas, o bien la respuesta no se corresponde con las mismas.

Las tareas de relevamiento se desarrollaran a partir del 2 de Julio de 2015 y hasta 15 de febrero de 2016.

Seguimiento de observaciones

Referidas a la externación del paciente

Observaciones 1 y 3

1-No se han implementado nuevos dispositivos para facilitar la externación de pacientes. Ello va en contra de lo enunciado en la Ley N° 448 art.14¹ y 15², y la Ley Básica de Salud N° 153 art. 48³. Si bien existe un fallo de Cámara en firme, que dispone la elaboración de un dispositivo que respete el estándar normativo vigente -a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Mental-, a la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, el cumplimiento de la obligación lleva 56 días de mora.

3- No existen los dispositivos genuinos y aptos que se requieren para la externación en tiempo y forma de los pacientes, que garanticen la efectiva reinserción social, lo cual se contrapone con el marco legal vigente, que pone énfasis en la asistencia ambulatoria, en la internación breve, en la atención domiciliaria que preserve los vínculos sociales y familiares, y en la reinserción social y laboral. En tal sentido, el tiempo promedio de internación, de pacientes con alta hospitalaria, fue de 78 días, con un mínimo de 28 días y un máximo de 199 días. Ello también implica, el incremento del gasto en salud.

Recomendación N°1 (para las observaciones 1 y 3)

1. Arbitrar los medios necesarios para la implementación de los dispositivos de atención, en cumplimiento de la Ley N° 448 y del fallo en firme dictado por la justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Primera Instancia y Cámara), bajo apercibimiento de sanciones y multas a los responsables de su incumplimiento.

Observaciones 2 y 4

2- No hay una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica. Los recursos disponibles no alcanzan a cubrir las necesidades terapéuticas actuales. Por su parte los hogares contratados no cumplen con todos los requerimientos legales necesarios para la atención de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales (falta de habilitación, etc.).

4- La falta de articulación de los efectores -indispensable para la recuperación, rehabilitación y reinserción social de los niños/as y adolescentes-, vulnera el principio de trabajo en redes establecido en la Ley N° 448 art. 13 y 14.

¹ (...) incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades (Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche; Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas; Casas de Medio Camino; Centros de capacitación sociolaboral promocionales; Emprendimientos sociales; Granjas Terapéuticas; Hogares y familias sustitutas; entre otros.

² Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

³ (...) La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

Recomendación N°2 (para las observaciones 2 y 4)

2. Procurar una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica, como así también, el trabajo en Red. La transferencia de competencias de un Ministerio a otro (Decreto N° 647/2010), no garantiza una mejor aplicación de recursos y/o mejores controles en el cumplimiento de requisitos legales de los hogares contratados.

Observación 5

5- No se realiza un seguimiento de los pacientes externados del hospital que fueron derivados a un dispositivo de albergue, a fin de garantizar la continuidad de atención y evaluar la evolución del tratamiento para evitar reinternaciones (Ley N° 448 art.16).

Recomendación N°3

Implementar un mecanismo que permita el seguimiento de los pacientes externados y derivados a un dispositivo de albergue, a fin de garantizar la continuidad del tratamiento, como así también, evaluar la evolución del mismo para evitar re-internaciones.

Respuesta del Hospital:

“En lo que respecta a los puntos 1, 2, 3, 4 y 5 de las observaciones **referidas a la externación del paciente**, corresponde solo informar, por cuanto las demás cuestiones exceden el ámbito de competencia del Hospital, que se encuentran funcionando los Programas Pecohue, Reinserción Laboral y Cuidar Cuidando, destinados a que los jóvenes tengan una reinserción laboral al momento de ser externados. Por otra parte y en lo que concierne al seguimiento de los pacientes externados que son derivados a hogares (punto 5), este continúa realizándose en el Hospital, a través del Servicio de Consultorio Externo brindando atención y tratamiento hasta que los mismos cumplan los 18 años de edad”.

Relevamiento y procedimientos de auditoría

En relación a las primeras cinco observaciones, al tener un carácter general, y tal como lo plantean las autoridades del Hospital Tobar García, en algunos casos exceden el ámbito de competencia de la Institución; se resolvió realizar por un lado procedimientos para determinar las acciones que se podían llevar a cabo dentro del nosocomio, a fin de mejorar las prestaciones. Por otra parte se decidió requerir a las Instituciones que controlan y/o elaboran actuaciones referidas al Hospital o son responsables de las prestaciones para los pacientes externados.

En dicho contexto se enviaron notas de requerimiento de informes y/o actuaciones a las siguientes instituciones de la CABA: Dirección General de Salud Mental, Defensoría del Pueblo, Procuración General, Ministerio Público tutelar, y Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.



Se realizó una síntesis con las respuestas de cada organismo, a fin de evaluar la conceptualización de los avances.

Respuestas de los Organismos

Dirección General de Salud Mental

Se solicitó información por Nota AGCBA N° 1660/2015 a la Dirección General de Salud Mental (DGSM) sobre las actuaciones de ese organismo relacionadas a las Observaciones 1; 2; 3; 4 y 5 del Proyecto 3.11.08 Hospital Tobar García en el período 2013, objeto de esta Auditoría y los siguientes datos complementarios que lo respalden:

- a) Detalle de los dispositivos existentes para la externación de pacientes y cantidad de camas disponibles.
- b) Detalle de las derivaciones efectuadas por el Hospital Tobar García a las instituciones conveniadas en los años 2013, 2014 y 2015.
- c) Fotocopia de los convenios vigentes (en el año 2013 y en la actualidad) con las instituciones de Salud Mental y Discapacidad.
- d) Partida presupuestaria asignada a las instituciones conveniadas en los años 2013, 2014 y 2015.
- e) Informes de supervisión y/o seguimiento sobre los Instituciones conveniadas realizados por la DG de Salud Mental (años 2013, 2014 y 2015).

Como respuesta a la misma se recibió la Nota NO-2015-34714075-DGSM.

Se detallan las afirmaciones manifestadas en la referida nota:

- Se menciona cambio de gestión en la Dirección General después del año 2011.
- En cuanto al detalle de los dispositivos para externación se mencionan 6 dispositivos nuevos propios respecto de la situación del período 2011: Hogar Avellaneda; Hogar Pompeya; Residencia Pedro Goyena; Alto y Bajo; Hogar Warnes y readecuación de Residencia Gorriti. Esta descripción no precisa el tipo de pacientes que reciben los efectores mencionados (edad límite, sexo, capacidad de atención de patologías, etc).
- En cuanto a Hogares conveniados, se informan disponibles los siguientes: Hogar Seres; Santa Clara de Asís; Fundación Basso; San Francisco de la Loma; La Casona de los Barriletes y CEPREAP.
- El total de camas disponibles entre propios y conveniados es de 244.
- La respuesta refiere articulación con Ministerio de Desarrollo Social y efectores que prestan servicios de salud mental. No se adjunta acta de reuniones, convenios intersectoriales, informes conjuntos u otra documentación respaldatoria que refleje la actividad referida.
- La Dirección General de Salud Mental tiene asignados supervisores que efectúan un seguimiento mensual y permanente de pacientes externados. Se realizaron en 2013: 164 informes, durante el año 2014: 180; y durante el año 2015: 184. No se detalla la cantidad de

supervisores, su capacitación o esquema temático temporal de supervisión.

- Según la DGSM el Hospital Tobar García ha derivado a las instituciones conveniadas en el año 2013: 51 pacientes; en el año 2014: 37 y en el año 2015: 29.
- El presupuesto asignado para las instituciones conveniadas fue el siguiente: 2013:\$ 18.000.000; 2014:\$ 33.000.000; 2015: \$ 76.250.000.

Análisis de las respuestas

No habiendo sido suficiente la información enviada respecto de los puntos a; b; c y e, solicitados por Nota AGCBA N°1660/2015, se resolvió completar la información mediante reuniones con el asesor letrado de la DGSM.

De las referidas reuniones se obtuvo documentación y se analizó lo siguiente:

- Listado de derivaciones efectuadas por la DGSM a las instituciones conveniadas en los años 2013, 2014 y 2015. El listado correspondiente al año 2013 contiene 56 registros de pacientes que fueron alojados en las instituciones conveniadas.
- Respecto del listado de 2013, se solicitó a la DG de Salud Mental detalle de las instituciones que efectuaron la derivación y en caso que correspondiera la cobertura social del paciente. Como respuesta a dicho requerimiento se entregó a los auditores de la AGCBA un listado de pacientes derivados a instituciones conveniadas en el año 2013 y que permanecen internados a la fecha del relevamiento, incluyendo las instituciones derivadoras. El listado posee 32 registros, de los cuales, 29 poseen detalle de la entidad derivadora.
- No se cuenta para el período 2013 con información de la cobertura social de todos los pacientes derivados a las instituciones conveniadas.
- No se dispone de la información de entidad derivadora en el 48 % de los casos (27 pacientes del listado de 56).
- La DG Salud Mental entregó una copia testimonial de los convenios vigentes con las instituciones de Salud Mental y Discapacidad.
- Al momento del relevamiento, los convenios son los mismos que se firmaron bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. El Asesor Jurídico informó que se está elaborando una nueva tipología de convenio en la DGTAL del Ministerio de Salud.
- La DG de Salud Mental entregó fotocopia testimonial de Informes de supervisión y/o seguimiento sobre los Instituciones conveniadas realizados por la DG de Salud Mental (años 2013, 2014 y 2015).
- El Asesor letrado informó también que se está trabajando en un proceso de facturación desde la ASI.
- Según el referido abogado, los dispositivos propios del GCBA pueden recibir pacientes derivados del Hospital Tobar García, siempre que la patología y la disponibilidad de camas lo permita.
- Por otra parte, la presente auditoría no pudo constatar que durante el año 2013 se derivaran pacientes a las instituciones propias. El resto de la cobertura se brinda en instituciones conveniadas (SERES - Sta. Clara, Cepread, y La Casona de los Barriletes).

- La Dirección General no posee detalle de las prestaciones que ofertan las instituciones bajo convenio. Si bien existe una mención a un Anexo al Contrato N° 6496, donde podría existir algún tipo de descripción, el mismo no fue puesto a disposición de esta auditoría.

El Asesor Jurídico del la DGSM sostiene además que:

“Algunas instituciones conveniadas tienen estructuras dividida en sedes, como en el caso de SERES cada una de ellas a cargo de una directora (profesional) con una muy buena infraestructura edilicia en la cual los pacientes tienen una excelente atención contando con 207 camas disponibles (en la actualidad todas ocupadas).

Santa Clara de Asís tiene dos sedes también dirigidas por profesionales con una estructura edilicia muy bien cuidada y con un total de 123 camas disponibles (todas ocupadas). Las camas disponibles en ambas instituciones conveniadas, se asignan por demanda. No se administran cupos por efector.

El costo de las camas es de \$ 2.200.- diarios en SERES y \$ 1.900.- diarios en Santa Clara estableciéndose la diferencia de acuerdo a la categoría que le otorga el Ministerio de Salud de la Nación que se relaciona con los servicios que presta.

Durante el año 2013 se han efectuado 12 supervisiones en cada institución”.

Instituciones conveniadas

Como se menciona en el acápite anterior, la DGSM ha efectuado la entrega de un listado de derivaciones efectuadas por la DGSM a las instituciones conveniadas en los años 2013, 2014 y 2015.

El listado correspondiente al año bajo análisis (2013) contiene 56 registros de pacientes que fueron alojados en las instituciones conveniadas. Respecto de dicho listado, se solicitó a la DGSM el detalle de las instituciones que efectuaron la derivación y, la cobertura social del paciente (si correspondiera). En cuanto a la obra social de los pacientes no se recibió Información.

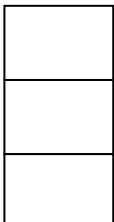
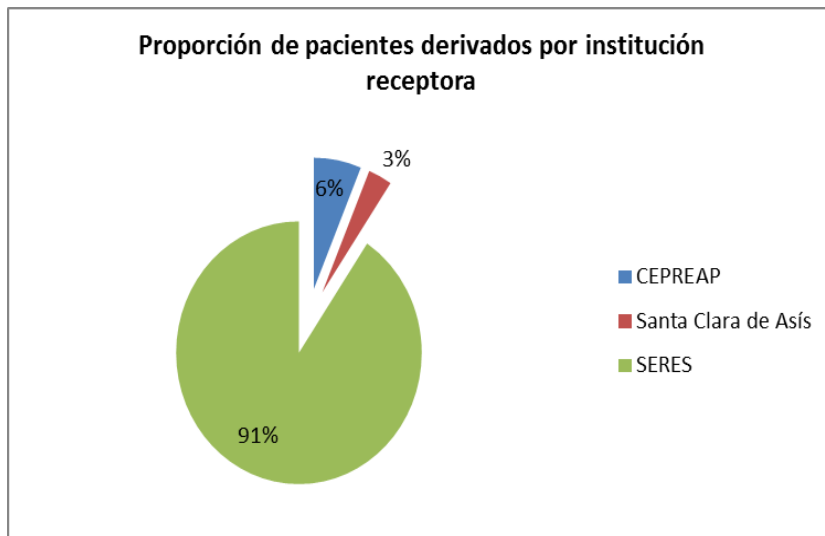
En referencia a las instituciones que efectuaron la derivación se obtuvo la información de pacientes derivados (en el año 2013) y que permanecen internados en las instituciones conveniadas a la fecha del relevamiento (año 2015), según se observa en el siguiente cuadro:

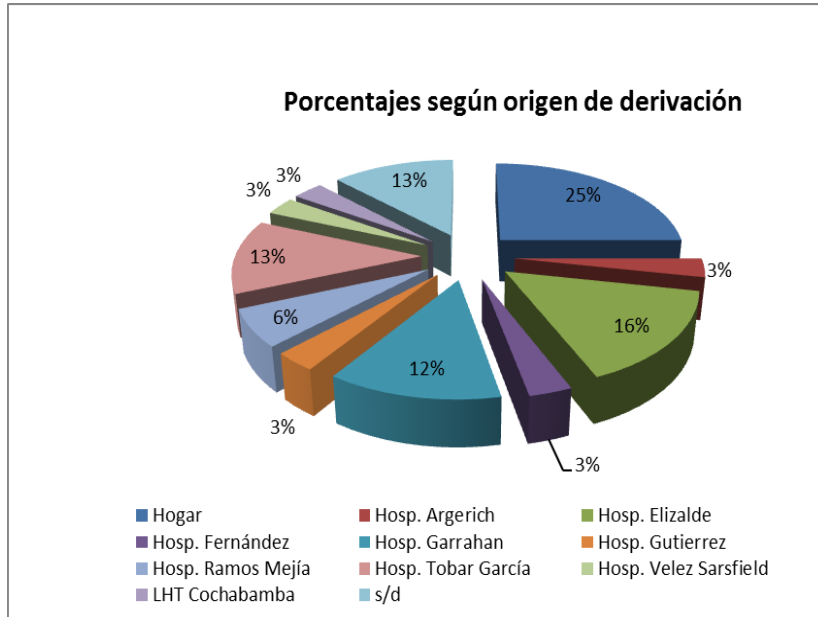
Número de caso	Derivado de:	Institución Conveniada Receptora
1	Hogar	SERES Villa Elisa
2	Hogar	CEPREAP
3	Hosp. Vélez Sarsfield	CEPREAP
4	Hosp. Garrahan	SERES Paso
5	Hosp. Tobar García	SERES Villa Elisa
6	s/d	SERES 12 de Octubre
7	Hosp. Gutiérrez	SERES Sarmiento
8	Hosp. Garrahan	SERES Sarmiento
9	Hogar	SERES Villa Elisa
10	Hosp. Elizalde	SERES Sarmiento
11	Hogar	SERES Villa Elisa
12	Hosp. Tobar García	SERES Villa Elisa
13	Sin datos	SERES 12 de Octubre

14	Hosp. Elizalde	SERES Laprida
15	Hosp. Elizalde	SERES Laprida
16	Hosp. Tobar García	SERES Villa Elisa
17	Hosp. Ramos Mejía	SERES Sarmiento
18	Hosp. Ramos Mejía	SERES Villa Elisa
19	LHT Cochabamba	SERES 12 de Octubre
20	Hosp. Fernández	SERES Paso
21	Hosp. Garrahan	SERES General P
22	Sin datos	Santa Clara de Asís
23	Hogar	SERES Villa Elisa
24	Hosp. Elizalde	SERES 12 de Octubre
25	Hosp. Argerich	SERES Sarmiento
26	Hogar	SERES Villa Elisa
27	Hogar	SERES 12 de Octubre
28	Hosp. Garrahan	SERES Sarmiento
29	Hosp. Elizalde	SERES Paso
30	Hosp. Tobar García	SERES Villa Elisa
31	Sin datos	SERES Villa Elisa
32	Hogar	SERES Villa Elisa

El listado posee 32 registros, de los cuales en 29 se menciona la entidad derivadora.

A continuación se exponen los resultados del análisis de datos de la tabla:





Del análisis de la información suministrada por la DGSM, se observa que fueron 4 los pacientes (13% del listado de 32 personas) provenientes al Hospital Tobar García que fueron derivados a instituciones conveniadas y aún continúan alojados.

En conclusión, en relación a lo solicitado como información complementaria, la DGSM ha colaborado con la puesta en disponibilidad de la misma. Sin perjuicio de ello se puede inferir de lo expuesto, que existieron puntos del requerimiento que no pudieron ser aclarados pertinentemente.

En cuanto a la respuesta de lo solicitado por nota a la Defensoría del Pueblo, se analizó lo que sigue a continuación.

La Defensoría informó tres actuaciones. Dos de las cuales refieren a casos particulares de recategorización de personal y problemas en la liquidación de un ítem del sueldo de un enfermero.

La Actuación 79/13 refiere específicamente a la falta de personal. Se describen las principales consideraciones de la misma:

La actuación de oficio se inicia por denuncias de incidentes y situaciones que ponen en riesgo tanto a los pacientes como a los enfermeros a cargo de los mismos. Se informa la peligrosidad de tratar en el mismo ambiente a personas adictas a sustancias psicoactivas y a personas con padecimientos mentales de otra índole.

En diciembre de 2012 se informa falta de personal de enfermería para cubrir los requerimientos del servicio. Esto se subsana con pasantes, mientras se espera el nombramiento de 30 agentes que cubrirían puestos de enfermería, administrativos y de seguridad.

En el mes de febrero de 2013 el Director del Hospital Tobar García informa a la Defensoría del Pueblo que, según un relevamiento hecho en diciembre de 2012, se necesitaban 30 enfermeros, pero, en fojas 9, se informa que se incorporaron 20 enfermeros al plantel del Hospital.

Déficit de personal informado por el Director del Hospital:

- Personal de escalafón general (administrativos y servicios generales): 24 agentes
- Personal de seguridad: 3 agentes

Con fecha del 20 de agosto de 2013, a fojas 26 y 27, la Defensoría del Pueblo emite la Resolución N° 1837/13 sobre el caso en la que refiere en los considerando que a la fecha de la misma no se habían designado los 20 enfermeros mencionados ut supra y que las condiciones que prestan servicios los enfermeros del Hospital Tobar García son precarias y ponen en riesgo su salud como la de los pacientes.

Se detallan las fechas en que se solicitaron informes sobre el estado de los expedientes tramitados para la incorporación de los recursos humanos necesarios (27 de diciembre de 2013, 26 de mayo de 2014, 1 de septiembre de 2014). No queda constancia a la fecha, de respuesta del Hospital Tobar García.

En conclusión, no se cubrieron todos los puestos necesarios según el relevamiento realizado por la Dirección del Hospital. Luego de la efectivización de los 20 enfermeros quedaría un déficit de 10 enfermeros, 24 agentes de escalafón general y 3 agentes de seguridad. El Hospital Tobar García a la fecha del relevamiento no ha contestado los pedidos de informes solicitados por la Defensoría del Pueblo

En cuanto a la respuesta de lo solicitado por nota a la Procuración General, se analizó lo que sigue a continuación.

Como respuesta a lo solicitado el 3 de septiembre la Procuración emite la Nota 23315640- PGAAYEP. A continuación se detallan las afirmaciones relevantes para el proyecto de auditoría en curso:

La Dirección General de Asuntos Comunes (DGACOM); la Dirección de Gestión Dominial; la Dirección de Asuntos Patrimoniales; la Dirección General Asuntos Tributarios y Recursos Fiscales; Dirección General de Asuntos Institucionales no poseen existencia de actuaciones relacionadas con el Hospital de referencia.

La Dirección General de Empleo Público informó cuatro intervenciones con el siguiente objeto: 1 por diferencias salariales; 2 por rubros no remunerativos; 1 por aplicación de aspectos de la Ordenanza 45241.

La Dirección General de Relaciones Contractuales informó la tramitación del Expediente 2.888.532/2013, en el cual se emitió el Dictamen N° 4911319-PG-2013 en relación al proyecto de pliego y resolución aprobatoria en el marco de la Licitación Pública convocada a los fines de la contratación de la obra denominada “Gestión, Operación y Mantenimiento Integral del Recurso Físico, Edificios e Instalaciones y la Limpieza y Manejo Interno de los Residuos Hospitalarios y la ejecución de trabajos menores de mantenimiento” del Hospital Tobar García. Se deja constancia en el apartado III del Dictamen que el mismo se limita exclusivamente al aspecto jurídico de la consulta.

Se muestra a continuación las 5 observaciones y la Conclusión del Dictamen:

IV. OBSERVACIONES

1. Deberá acreditarse en el expediente que se ha dado la intervención que corresponda a los organismos pertinentes, conforme lo establece la Ley N° 123, reglamentada por el Decreto N° 222/GCBA/2012.
2. Deberán adoptarse los recaudos necesarios para dar cumplimiento a los términos de la Ley 1747.
3. Deberá constar el actuado la previsión presupuestaria pertinente.
4. Es necesario previo a la prosecución del trámite, dar cumplimiento al artículo 5° del Decreto N° 49 /GCBA/2013.
5. Deberá incorporarse a estos obrados el Pliego de Especificaciones Técnicas Particulares y completarse correctamente la remisión de los anexos del mismo que se realiza en el P.C.P.

V. CONCLUSIÓN

Con sustento en las consideraciones precedentes, es mi parecer que, atendidas que sean las observaciones formuladas, no existiría impedimento legal alguno para dar continuidad al procedimiento que por estos actuados es propiciado.

La Dirección General de Asuntos de Sumarios informó la radicación del Sumario N° 282/3, en trámite por Expediente N° 3829756/2013 en el que se investigan hechos y responsabilidades funcionales a raíz de la actuación realizada por el Juzgado en lo Contencioso, Administrativo y Tributario N° 2, Secretaria N°4, relacionada con los Autos “GCBA S/Otros Procesos Incidentales”, Expediente N° 42492/01.

Esta investigación no indagó a ningún agente, habiendo elaborado el proyecto de informe previsto en artículo 21 del Decreto N° 3360/MCBA/68.

Asimismo se informa que no existe en trámite ninguna otra actuación referida al mencionado nosocomio.

La Dirección de Asuntos Especiales tramita los autos caratulados “Asociación Profesionales del Arte de Curar del Hospital Tobar García C/ GCBA S/ Amparo Exp. 27592/0 por ante el Juzgado en lo Contencioso Administrativo y Tributario N°4 por cuyo intermedio se persigue entrega de obras y remodelaciones del nosocomio.

La Dirección General de Asuntos Penales informó que el único proceso existente referido al Hospital Tobar García es el proceso de hábeas corpus en trámite ante el Juzgado Penal Contravencional de Faltas N° 11, expediente nro. 20384/10. Dicho hábeas corpus abarca a algunos menores que se encontraban internados en dicho Hospital y con alta de internación, pero no está dirigido en particular a dicho nosocomio. Se trata de una acción colectiva impulsada por la Asesoría Tutelar, a fin de que se externen menores que se encontraban internados una vez que se les había dado el alta de internación. El proceso se encuentra con sentencia firme de segunda instancia y en etapa de control de cumplimiento de sentencia.

En cuanto a lo solicitado por nota AGCBA N° 1774/2015 al Ministerio Público Tutelar, sobre la existencia de reclamos y/o actuaciones de ese organismo relacionadas con el Hospital Tobar García en el período 2013. Como respuesta

a la misma el 21 de septiembre se recibió el Oficio AGT N° 547/15. A continuación se detallan las afirmaciones relevantes:

- La Asesoría Tutelar en lo Contencioso Administrativo y Tributario N° 3 informó que en el año 2013 sólo se recibió un llamado telefónico, el día 16 de abril de 2013, por falta de cama para un paciente, lo que fue resuelto ese mismo día.
- Asesoría Tutelar en lo Contencioso Administrativo y Tributario N° 4 informó que durante 2013 no se efectuó reclamo o intervención en actuaciones relacionadas con el Hospital “Tobar García”.
- La Asesoría Tutelar en lo Contencioso Administrativo y Tributario N° 2 informó la existencia de los siguientes procesos en el período 2013:

Expediente N° A62898-2013/0 “ASESORÍA TUTELAR N°2 CAYT (ACT 279/12) Y OTROS CONTRA GCBA SOBRE AMPARO”. Se demandó al GCBA brindar el recurso adecuado para que se proceda a la externación del Hospital “Tobar García” de una joven que contaba con alta médica. La demanda se realizó el 2/08/2013. El 7 de agosto de 2013 y se hizo lugar a la medida cautelar y se dio cumplimiento a lo ordenado el día 2 de diciembre de 2013 con el ingreso de la joven a un Hogar de Atención Especializada.

Expediente N° EXP465668/0 “ASESORÍA TUTELAR CAYT N° 2 CONTRA GCBA SOBRE AMPARO (ART. 14 CABA)”. Se requiere al GCBA brindar recurso adecuado para permitir la externación de jóvenes con alta médica, de los cuales cuatro se encontraban en el Hospital “Tobar García”. La demanda fue interpuesta el 26/01/2012. Al 22 de febrero de 2013 los jóvenes habían sido externados, por lo que se consideró abstracto el objeto de la acción.

Expediente N° EXP 44292/0 “ASESORÍA TUTELAR (DRA. C. F. A.) Y OTROS CONTRA GCBA Y OTROS SOBRE AMPARO (ART. 14 CCABA)”. Se demandó al GCBA para que brindara el recurso adecuado para permitir la externación de seis jóvenes internados en el Hospital “Tobar García” con alta médica y sin posibilidad de regresar con sus familias. La demanda fue realizada el 19/04/2012. Al 12 diciembre de 2013 quedaba una externación pendiente infiriéndose la reinternación de uno de los pacientes, por lo cual la jueza interviniente dio lugar a la acción de amparo y ordenó que cuando el equipo interdisciplinario estimara procedente su alta y externación se le garantizara un lugar en un hogar terapéutico.

Expediente N° A57199-2013/0 “ASESORÍA TUTELAR N°2 (TRASLADO DE PACIENTE INTERNADO) CONTRA GCBA SOBRE MEDIDA CAUTELAR AUTOSATISFACTIVA”. El 6/6/2013 se solicitó al GCBA otorgar recursos adecuados a su patología. El mismo día se informó el traslado del paciente del Hospital “Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield” al Hospital “Tobar García”.

- Asesoría Tutelar en lo Contencioso Administrativo y Tributario N° 1 informó que se tomó intervención en el período 2013 en marco del expediente: **EXP 27592/0** “ASOC. DE PROFESIONALES DEL ARTE E CURAR DEL HOSPITAL TOBAR GARCIA CONTA GCBA SOBRE AMPARO”.

La respuesta de la Asesoría Tutelar, Oficio AGT N° 547/15 se limitó a describir las acciones realizadas en torno al EXP 27592/0 hasta el año 2009.

Se realizó una consulta telefónica el 21/10/2015 a la Asesoría Tutelar de Primera Instancia N° 1, según la Sra.C A. se han respondido a las demandas que figuran en el expediente, salvo algunas consideraciones particulares de ajustes salariales.

Se solicitó por Nota AGCBA N°2325/2015 ampliación de la información sobre el estado actual de la ejecución de la sentencia dictada en los autos “ASOC. DE PROFESIONALES DEL ARTE E CURAR DEL HOSPITAL TOBAR GARCIA CONTA GCBA SOBRE AMPARO (Art. 14 CCABA) EXP 27592/2007 y lo realizado sobre el período auditado. Por Oficio AGT N° 695/15 la Asesoría Tutelar responde:

“...se acreditaron las obras de refuncionalización, los adicionales de dichas obras y las mudanzas de cada uno de los servicios del Hospital y las demás obligaciones emanadas de la sentencia.”

Además se informa que en el 2013 la intervención de la Asesoría Tutelar en lo Contencioso Administrativo y Tributario N°1, relacionada con el suministro de energía fue cumplido por el GCBA y debidamente acreditado en autos.

En síntesis, se iniciaron tres (3) acciones de amparo tendientes a obtener la externación de un total de once 11 niños/as y jóvenes con alta médica, internados/as en el Hospital Tobar García. Asimismo, se inició otro expediente a los efectos de que un joven internado en el Hospital General de Agudos “Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield” fuera trasladado al Hospital “Tobar García”. Según la Asesoría todos los casos fueron resueltos favorablemente durante el año 2013. Se acreditaron las obras de refuncionalización, los adicionales de dichas obras y las mudanzas de cada uno de los servicios del Hospital y las demás obligaciones emanadas del EXP 27592/0.

Se concluye que el Hospital Tobar García no posee al momento del relevamiento consideraciones pendientes con la Asesoría General Tutelar respecto del período 2013.

En cuanto a lo solicitado por nota AGCBA 1847/2015/AGCBA al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes sobre la existencia de reclamos y/o actuaciones de ese organismo relacionadas con el Hospital Tobar García en el período 2013.

Como respuesta a la misma el 16 de septiembre de 2015 el Director General de Legal Técnica y Administrativa del CDNNYA emitió el informe IF-2015-25051919-DGLTACDN.

El Informe describe los fundamentos legales de la creación del CDNNYA, sus misiones y funciones.

Alegando el número de casos atendidos y que no se cuenta con un diagrama estadístico de los distintos organismos que derivan casos, el CDNNYA no puede suministrar un listado de informes, reclamos, dictámenes y/o juicios en los que el CDNNYA ha intervenido por derivación del Hospital Tobar García.

El Informe aclara que el CDNNYA registra los casos en los que Niño, Niña y Adolescente (NnyA) se internen con problemas de salud y además exista una vulneración de derechos respecto de ese NnyA.

Por último sugiere requerir la información solicitada por la AGCBA al Ministerio de Salud de la CABA.

En lo referente a la **observación N° 1** al ser de carácter general, no es específica al Hospital Tobar García. Se puede leer en lo informado por las diferentes instituciones, a las cuales se les requirió informes, que los principales problemas presentados y que se corresponden con la observación en el informe anterior, fueron en relación a la solicitud de camas para pacientes internados, en condiciones de externar. Por ejemplo lo informado por el Ministerio Público Tutelar, donde fueron presentadas acciones de amparo para externar 11 pacientes con alta médica. Las mismas fueron resueltas en el curso del año 2013.

Por otra parte se obtuvo información de la DGSM de los dispositivos que existen y existieron en el año 2013 para el alojamiento de pacientes externados. Si bien el sistema de derivación y la disponibilidad de las camas es según demanda, no se pudo establecer una centralización de la información disponible, en cuanto a pacientes derivados del Hospital Tobar García, tanto a efectores propios como conveniados.

En el mismo sentido de la disponibilidad de la información, se pudo acceder a los contratos con las instituciones conveniadas, pero no a los anexos (mencionados en el contrato) que describirían las condiciones de tratamiento de los menores, alojados en los mismos. Es por ello que se recomienda tener la información disponible para futuras auditorías.

Es en este contexto, y con la información enviada por los diferentes organismos de control y la DGSM, que este equipo de auditoría considera que para la **presente observación N°1** existe un **avance incipiente**, no obstante el sistema de Salud Mental de la Ciudad, debe mejorar el sistema de derivación, la disponibilidad de camas y dispositivos para rehabilitación.

En lo atinente a la **observación N°5** (y su respectiva Recomendación n°3), además del servicio de Consultorios Externos del Hospital que realiza atención de pacientes externados, la DGSM informó que durante el año 2013 se realizaron 164 informes por parte de los supervisores, quienes según la DGSM, efectúan un seguimiento mensual y permanente de pacientes. La DGSM entregó fotocopia testimonial de Informes de Supervisión y/o seguimiento sobre las Instituciones Conveniadas, realizados por los supervisores. Sin embargo no se detalló la cantidad de supervisores, su capacitación o la planificación de la supervisión. Debería realizarse una auditoría específica de las instituciones conveniadas, y del seguimiento que se hace por parte de la DGSM, para establecer claramente el sistema de supervisión implementado para los pacientes externados y derivados a dichas instituciones. Por lo expuesto este equipo de auditoría considera que para la **Observación N° 5 el grado de avance es incipiente**.

Dispositivos Facilitadores de la externación manifestados en la respuesta del Hospital Tobar García

Atento a lo informado por el Hospital acerca de los dispositivos para facilitar la externación, se realizó un recopilación de datos en el Sector de Rehabilitación en relación a las prácticas para reinserción laboral, ya que en la actualidad, el Hospital informó que se implementan dentro del Programa de reinserción laboral, dos tipos de dispositivos: a) talleres prelaborales (dispositivo intrahospitalario) y b) emprendimientos sociales a través del Programa de Integración Sociolaboral para Adolescentes (dispositivo comunitario), destinado a los adolescentes usuarios del sistema de Salud Mental de la Ciudad. Por otra parte se analizaron los otros dos programas de reinserción socio laboral, “Cuidar Cuidando” y “Pecohue”, mencionados en la contestación del Hospital.

Reinserción laboral

a) Los Talleres Prelaborales se implementan con el objetivo de favorecer la adquisición de habilidades y capacidades (sociales, cognitivas, de preparación para el trabajo) que permitan la inclusión de los adolescentes en espacios comunitarios –laborales, de tiempo libre o escolares- luego del alta de su tratamiento. Están destinados para adolescentes de 13 a 18 años derivados por los servicios hospitalarios.

Modalidad de abordaje

1. En admisión se realiza:

- a) una interconsulta con el terapeuta que efectúa la derivación.
- b) una entrevista con el adolescente y la familia.
- c) la observación directa del desempeño a través de una actividad individual en un contexto individual o grupal.

2. Tratamiento: En base a la información obtenida se decide la inclusión en los talleres prelaborales, con modalidad grupal (grupos mixtos) rotando inicialmente por los distintos talleres para lograr su inclusión en uno de acuerdo con sus intereses y capacidades. En aquellos casos en los que no puedan incluirse directamente en los talleres prelaborales se realizan dos o tres encuentros de preparación, a los fines de favorecer su ingreso al dispositivo.

Según la Jefa de Sección de Orientación y Entrenamiento Laboral los Talleres en funcionamiento actualmente son:

- Cocina •Computación y Diseño •Artesanías• Huerta (en etapa de inicio)
- Taller lúdico-cognitivo

Los talleres de artesanía y huerta son complementarios de los de cocina y computación, y todos se realizan dos veces por semana. De todos los talleres se hacen cargo cuatro terapeutas ocupacionales. Se realizó un resumen con la información estadística correspondiente al mes de marzo tanto del año 2013 y 2015.

En el caso del año 2013 las estadísticas corresponden a los talleres de Cocina de los pacientes que provienen de internación, hospital de día y de pos-alta; y para el taller de computación los pacientes provienen de consultorios externos e internación.

Los pacientes que integraron el taller de cocina durante el mes de marzo de 2013 fueron en total 31 pacientes, (de internación 26, de Hospital de día 1, y de post-alta 4).

Los pacientes que integraron el taller de computación fueron 7 en total (6 de internación y 1 de consultorios externos).

Los pacientes que integraron el taller de cocina y taller lúdico –cognitivo, durante el mes de marzo de 2015 fueron en total 32 (de internación 27, de consultorios externos 5, repitiéndose un nombre en ambos listados).

Los pacientes que integraron el taller de computación fueron 6 (de internación 4, 1 de consultorios externos y 1 de hospital de día).

Como se puede observar la cantidad de pacientes que asistieron a los talleres no varió entre ambos períodos.

b. Programa de integración sociolaboral para adolescentes.

Sede desde abril 2012: Aranguren 3837. Espacio Físico dependiente de la Dirección General de Salud Mental.

El Programa de Integración Socio-laboral en el marco del Programa Emprendimientos Sociales (aprobado por resolución 893/07) tiene como objetivo brindar alternativas para la inclusión social y laboral a grupos de adolescentes - usuarios del sistema público de salud mental- que contribuyan al desarrollo de un proyecto de vida, implementando emprendimientos sociales a través de una capacitación en tarea en producción y comercialización (Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad - art.14º- inciso “O”), el desarrollo de actividades de apoyo escolar y el acompañamiento al grupo de referentes familiares y/o comunitarios para sostener el proceso de integración de los adolescentes. Se incluyen adolescentes en situación de vulnerabilidad socioeconómica dentro del dispositivo. Dentro de los objetivos del programa se encuentran los de: Mejorar la calidad de vida de los adolescentes y reducir la prevalencia e incidencia de la enfermedad mental.

La población beneficiaria son adolescentes entre 15 y 21 años, con capacidad para integrarse a un espacio grupal y realizar una capacitación en tarea en un oficio. El 60% usuarios del sistema público de salud mental de la Ciudad y el 40% en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Modalidad de abordaje

a) Capacitación en tareas a través del desarrollo de emprendimientos sociales en los cuales se aprende a producir y a administrar a través de dos modalidades:

- Emprendedor (máximo 10 adolescentes por emprendimiento) con una frecuencia de tres o cuatro veces por semana, cuatro horas por día. Tiempo máximo de permanencia dos años.
- Taller (máximo 2 adolescentes de 2 a 4 horas por día por emprendimiento), en módulos de 3 meses, con una frecuencia de hasta dos veces por semana, con posibilidad de incluirse como emprendedor.

b) Grupo de orientación a referentes familiares y comunitarios para el proceso de integración social y laboral de los adolescentes. Reunión de frecuencia mensual.

- c) Seguimiento personalizado de cada adolescente, estableciéndose estrategias de abordaje comunitario en función del proceso individual y grupal de cada uno.
- d) Interconsultas con los referentes de salud o comunitarios
- e) Asesoramiento y acompañamiento a las familias y referentes comunitarios a través de entrevistas o intervenciones domiciliarias con el objetivo de favorecer y sostener los logros del adolescente en el proceso de integración sociolaboral.
- f) Orientación y acompañamiento -cuando la situación lo requiera- para el aprovechamiento de los recursos de la comunidad articulando con organismos gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil (Salud, Educación, Educación no Formal, Salud Escolar, Trabajo, Desarrollo Social, CGPC, etc.)

Emprendimientos Sociales en desarrollo en Aranguren 3837

- Emprendimiento Social “De Hierbas y Especies”. Cocina Saludable (t.m.y tarde)
- Emprendimiento Social “ECCOVISUAL”. Comunicación y Diseño (t. mañana)
- Etapa inicial de un emprendimiento de huerta agroecológica vertical (t. tarde).
- Talleres de admisión para incluirse en un emprendimiento (lunes t.t).

La actividad de cada emprendimiento comprende:

- Capacitación en tarea en el oficio
- Capacitación en tarea en la administración del emprendimiento (capacitación para cálculo de costos, compras, elaboración y entrega de presupuestos, contacto con proveedores y clientes).
- Asamblea semanal del emprendimiento.
- Participación en las actividades de comercialización en la comunidad.

El cupo del Programa en la actualidad es de 36 adolescentes: 12 de comunidad y 24 de salud. El cupo no está cubierto. Se continúa recibiendo derivaciones.

Se recibió información general de esta modalidad pero no se realizó procedimiento sobre el programa, debido a que se realiza en otra dependencia. Por otra parte se relevó que sólo concurren 6 pacientes del hospital a dicha actividad.

Programa “Cuidar Cuidando”

Debido a la respuesta por parte del Hospital, que este es uno de los programas en funcionamiento se relevaron datos estadísticos del sector con el fin de evaluar la disponibilidad de la oferta terapéutica para los pacientes.

El Programa “Cuidar Cuidando” es una experiencia de reinserción socio laboral llevado a cabo por el hospital y el jardín zoológico de la Ciudad de Buenos Aires desde hace 20 años.

El programa se propone reincorporar, a través del trabajo interdisciplinario, a niños y jóvenes que reciben atención en hospitales de la Red de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, centros de salud y también escuelas especiales de educación no formal.

El equipo profesional del Hospital Tobar García que sostiene este Programa está compuesto por dos Licenciadas en Terapia Ocupacional y un Médico Psiquiatra.

Las actividades se desarrollan 4 veces por semana.

Se realizan seguimiento a los pacientes y su posterior evaluación.

Grupo de Niños menores de 12 años: el objetivo a seguir es la resocialización de niños con patologías más severas a través de tareas simples y estimulando la capacidad lúdica.

Grupo de Adolescentes (13 a 18 años): el objetivo a seguir es la reinserción social de adolescentes a través de una ocupación estimulando el desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para la misma.

Relevamiento estadístico del Programa Cuidar Cuidando

Se realizó la recopilación de información a través de los tres profesionales (dos Terapeutas Ocupacionales-T.O.- y un médico) del Programa que depende del Departamento de Rehabilitación. Se recibió información estadística relativa al mes de marzo de los años 2013 y 2015. Cada profesional lleva sus propios registros de los pacientes atendidos.

Estadísticas correspondientes al mes de marzo de 2013:

La Lic. C en total atendió 22 pacientes (de Internación 6, de Hospital de día 2 y de Consultorios Externos 14 pacientes).

El Dr. V en total atendió 29 pacientes (de Internación 6, de Hospital de día 1 y de Consultorios Externos 28. En las tres modalidades de trabajo (Internación, Htal de día y CC EE) se repiten 6 pacientes.

La Lic. H atendió un total de 25 pacientes (de internación 6, de Hospital de día 2 y de Consultorios Externos 17).

Este Programa-taller que está a cargo de los tres profesionales mencionados, sobre el total de 37 pacientes que concurrieron al taller en el mes de marzo, 25 (67%del total) fueron atendidos por los tres profesionales, tal cual figura en los registros recopilados por esta auditoría. De los 37 pacientes, 10 pertenecían a internación (27%), 3 de hospital de día (8%), y 24 de consultorios externos (65%).

Estadísticas correspondientes a marzo de 2015:

La Lic. C atendió en total 10 pacientes (de internación 2, de Hospital de día 1 y de Consultorios Externos 7).

El Dr. V atendió en total 10 pacientes (de internación 1, de Hospital de día 2 y de Consultorios Externos 7).

La Lic. H atendió en total 11 pacientes (de internación 2, de Hospital de día 1 y de Consultorios Externos 8).

Sobre un total de 14 pacientes atendidos durante el mes de marzo en el Taller Cuidar Cuidando, 10 pacientes (71%) son atendidos por los tres profesionales en los mismos días y en los mismos horarios. Los pacientes atendidos en el mes de referencia provienen de internación (3) y de hospital de día (3) y de CC.EE (8).

De la comparación de los registros de los profesionales del sector se puede corroborar una disminución en la asistencia y /o atención de dicho programa de 23 pacientes en el año 2015 con relación al año 2013, lo que significa una reducción en la atención del 62 por ciento.

Programa Pechohue

El Programa de Emprendimientos Sociales en Compost y Huerta (PECOHUE) es un emprendimiento social abierto a la comunidad, impulsado por el “Servicio de Orientación y Entrenamiento Laboral” dentro de la Red de Emprendimientos Sociales de Salud Mental del GCBA.

Está destinado a jóvenes entre 16 y 21 años en situación de vulnerabilidad, y busca la integración socio laboral a través de la realización del trabajo en abono y huerta. Cuenta con dos espacios de trabajo ubicados uno en la Facultad de Agronomía –UBA (cedido por la Cátedra de Horticultura) y otro en el Zoológico de Buenos Aires. Se capacita a los jóvenes en la producción de huerta y abono orgánico para la posterior comercialización de los productos obtenidos. El programa intenta contribuir en la resolución de las dificultades de inserción laboral de los adolescentes y jóvenes que presentan trastornos mentales.

El proyecto tiene como objetivos capacitar a los jóvenes en hábitos laborales generales y del trabajo específico. Para ello se ha instrumentado lo siguiente:

La realización de una huerta orgánica a partir de la cual se producirán verduras, hortalizas y aromáticas.

La producción de lombricompost a partir del reciclado de los desechos orgánicos que se produce en el zoológico de la ciudad de Buenos Aires

La comercialización de la producción con el fin de generar un ingreso monetario que se distribuirá proporcionalmente entre todos los trabajadores con el fin de generar su autonomía en forma progresiva.

Dichos emprendimientos están coordinados por los 3 profesionales de planta del hospital.

Debido a la falta de transporte propio del nosocomio, para el traslado de pacientes desde el hospital hasta los lugares donde se desarrollan las actividades, el Pechohue ha sufrido desde su implementación, inconvenientes sistemáticos para su funcionamiento normal.

Quedando bajo la responsabilidad del paciente o de su familiar a cargo el traslado hasta el domicilio donde se desarrollan las actividades.

Relevamiento estadístico del programa Pechohue

Se tomó a modo de muestra el mes de marzo para los años 2013 y 2015, en relación al recurso humano (tres profesionales) asignado al Programa Pechohue y los totales de pacientes atendidos y las prestaciones ofrecidas.

El promedio mensual de pacientes (durante el año 2013) que concurrían a este programa era de 27 usuarios.

Marzo Año: 2013

Total pacientes hospital del día: 0

Total pacientes consultorios externos: 30

Total pacientes hospital de tarde: 0

Total comunidad: 5

Total PECO HUE: 35

Marzo año 2015

El promedio mensual de pacientes (hasta el mes de agosto 2015) fue de 19 pacientes.

Total pacientes hospital del día: 1

Total pacientes consultorios externos: 20

Total pacientes hospital de tarde: 0

Total comunidad: 7

Total PECO HUE: 28

Como se puede apreciar existe una diferencia de 10 pacientes provenientes de CCEE, en lo que respecta al mes de marzo de ambos años. Este guarismo representa un 33% de disminución en cuanto a los asistentes al Programa para el año 2015. Esta auditoría no pudo determinar la causa de dicha disminución. También se ha observado una baja en la concurrencia promedio durante el año 2015 del 29%, mostrando una correlación con el resultado para el mes de Marzo.

Como síntesis del relevamiento realizado sobre el funcionamiento de los talleres y de los tres programas, se resume la cantidad de concurrentes a cada uno de ellos, tomando como parámetro el mes de marzo 2013:

Talleres Prelaborales (para todas las modalidades de talleres): 38 pacientes.

Programa de Integración sociolaboral para Adolescentes: 6 pacientes.

Programa Cuidar Cuidando: 37 pacientes.

Programa PECO HUE: 30 pacientes.

No se pudo, determinar si hubo demanda insatisfecha para el año 2013, sin embargo para el año 2015 la concurrencia de pacientes ha disminuido tanto para el programa Cuidar Cuidando, como para el Programa Pecohue.

Respecto de las observaciones N°2 y N°4, se debe tener en cuenta el marco institucional en el que fueron confeccionadas. En ese momento las instituciones conveniadas dependían de contratos con el Ministerio de Desarrollo Social, la gestión actual ha determinado que el presupuesto provenga de las partidas administradas por la Dirección General de Salud Mental, por lo cual se han facilitado las gestiones para la derivación de los pacientes externados del Hospital Tobar García y de otros efectores.

En cuanto al cumplimiento de la reglamentación pertinente por parte de los hogares conveniados, la DGSM informó que se le efectúan las supervisiones correspondientes. No habiendo manifestado la Dirección a través de las supervisiones rutinarias, irregularidad alguna; no obstante se recomienda efectuar una auditoría específica sobre los hogares conveniados para verificar el cumplimiento de los contratos.

No se han podido constatar reuniones entre autoridades de ambos Ministerios a fin de mejorar la cooperación técnica.

En lo que respecta a la Rehabilitación y reinserción se ha descripto las acciones llevadas a cabo por el hospital a través del Programa de reinserción laboral, el Programa Cuidar Cuidando y el Pecohue, quedando de manifiesto la oferta que existió y existe para este tipo de actividad. Para el mes de marzo del año 2013 concurrieron 38 pacientes a los talleres Prelaborales, 6 pacientes al taller de integración laboral para adolescentes, 37 pacientes al Programa Cuidar Cuidando y 30 al programa Pecohue, como se manifestó anteriormente para el año 2015 se había producido una disminución en la cantidad de asistentes. No pudiéndose determinar si existió demanda insatisfecha.

Este equipo de auditoría considera que el grado de cumplimiento por parte de las instituciones conveniadas quedará de manifiesto con los nuevos contratos a

realizarse por la DGSM, y la auditoría sobre la aplicación de los mismos y las correspondientes visitas a las Instituciones. Estas últimas acciones permitirán resolver las observaciones de referencia. Por lo expuesto este equipo de auditoría, considera que el grado de avance para las **observaciones N°2 y N°4 es incipiente.**

En cuanto a la observación 3

Se ha realizado un procedimiento sobre historias clínicas con el objetivo de generar indicadores que muestren el grado de adecuación a la Ley de Salud Mental de los procesos de externación asociados a la observación de referencia.

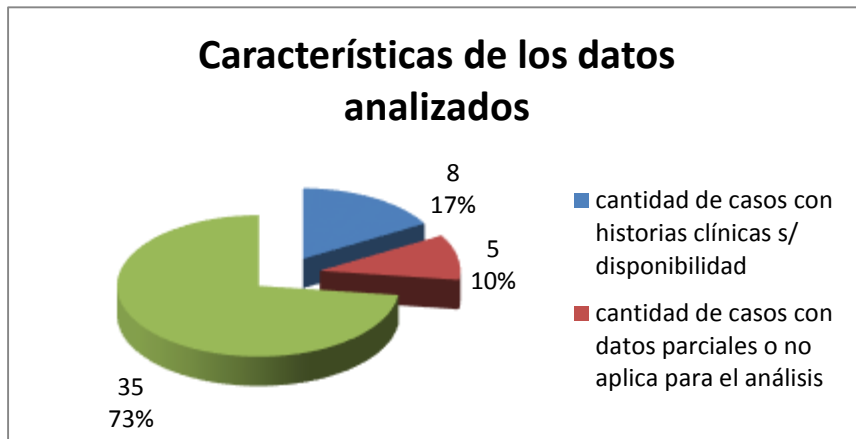
A tal efecto se solicitó al Efector y a la Dirección General de Salud Mental el listado de pacientes externados a instituciones desde el área de internación del Hosp. Tobar García en el año 2013.

El listado suministrado por el Servicio de Internación consta de 36 casos y el de DGSM 56. La coincidencia entre ambos listados fue sólo de tres casos.

Con ayuda del Área de Archivo del Hospital Tobar García se rastrearon las historias clínicas de ambos listados. En el caso del listado entregado por la DGSM sólo 12 de los 56 casos estaban registrados en las bases de datos de pacientes del Hospital.

La muestra entonces quedó conformada por un universo de 45 historias clínicas, pero en el procedimiento se encontraron 3 casos de pacientes con dos internaciones en el período 2013. Por lo tanto los casos analizados son 48.

El siguiente cuadro muestra las características generales de los casos relevados:



Los casos clasificados como “datos parciales” o que “no aplican para el análisis” fueron aquellos que no contaban con registro en la Historia Clínica de internación, o no contaban con ficha de egreso, o el paciente fue derivado por la Guardia del Hospital sin ingreso a internación.

En la siguiente tabla se refleja el análisis cuantitativo de los datos de los 35 casos con datos completos:

	Promedio de días	Mediana *	Desvío promedio**	Máximo de días
Internación	63	44	48	230
Días de espera para derivación institucional	23	7	26	112

* Mediana: es el que se encuentra en medio del conjunto de datos.

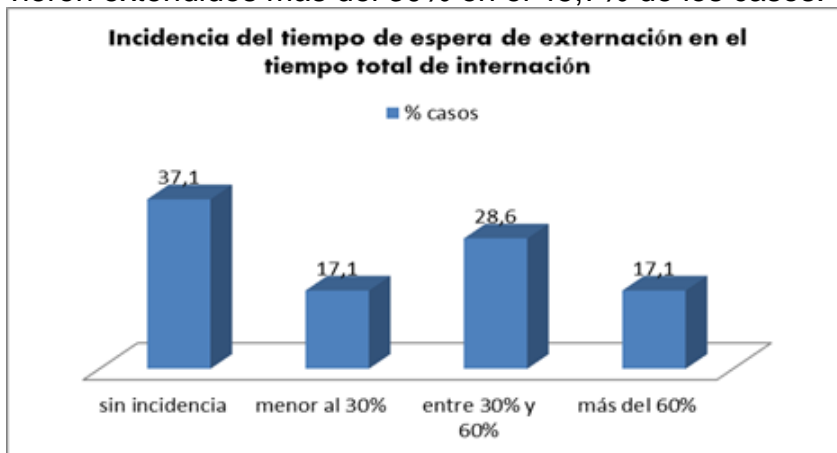
** Desvío promedio: devuelve la desviación promedio absoluta de los datos respecto de su promedio

La mediana y el desvío promedio de días de espera de internación muestran diferencias entre los datos. Al agruparlos (ver cuadro siguiente) se puede apreciar que estos resultados obedecen al porcentaje acumulado de externaciones con una espera menor a 15 días (73% de los casos), el resto de las externaciones se resuelven entre los 15 y los 112 días (27 % de los casos).



Fuente: elaboración propia

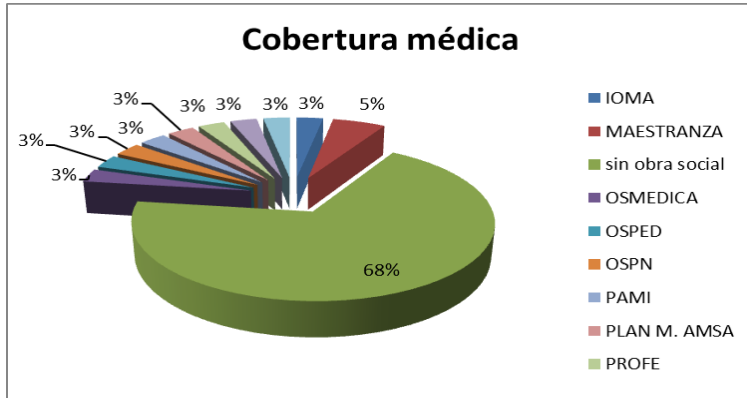
El siguiente cuadro gráfico la incidencia del tiempo de espera de externación en el total de días de internación. De esta manera, los tiempos de internación se vieron extendidos más del 30% en el 45,7% de los casos.



Fuente: elaboración propia.



La cobertura de salud de los casos analizados se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: elaboración propia.

Según estos datos un 68% de los casos no poseen cobertura y el 32% posee algún tipo de cobertura social.

La siguiente tabla muestra los destinos de los casos externados del Hospital Tobar García durante el año 2013.

Institución de recepción	Externaciones
H. Salud Mental CENARESO	1
C. San Martín de Porres	1
Casa Faro	1
Clínica Alvear Alem	1
Clínica Banfield	1
Clínica "Gradiva"	1
Clínica "Los Arcos"	1
Comunidad Terapéutica "El Palomar"	1
Fundación "Creando Libertades"	1
Hogar "Eva Duarte"	1
Hogar "La Quinta"	1
Hogar "San Carlos"	1
La Casa del Ángel	1
CEPREAP	2
CETTAD	2
Hogar "Buenos Aires"	2
Efactor de Salud de la Ciudad	3
Comunidad Terapéutica "Crear es Crear"	3
Hogar "Nueva Pompeya"	4
Hogar "SERES"	5
Hospital "Alvear"	1
Total de externaciones	35

Teniendo en cuenta lo informado por la DGSM, los Hogares conveniados con la la CABA que aparecen como destino de externaciones son: Hogar SERES y

CEPREAP con un total de 7 derivaciones, que representan un 20 % de los casos.

Como se pudo observar por el procedimiento llevado a cabo con las historias clínicas de los pacientes externados durante el año 2013, el promedio de espera para dichos pacientes con alta hospitalaria fue de 23 días, lo que implica una diferencia del 70% respecto de la espera corroborada en el informe del año 2011 (78 días de espera).

Por otra parte como se mencionó los listados que corresponden al Hospital y a la DGSM sólo tres casos coincidían y de los 56 pacientes del listado de la DGSM sólo se hallaron 12 HC, en las bases de datos del Hospital Tobar García.

Se mencionó en el acápite Instituciones conveniadas, que sólo cuatro pacientes que provenían del Tobar García recibieron atención en dichas instituciones. Y según el cuadro de los pacientes egresados del Hospital Tobar García 7 pacientes recibieron alojamiento en Instituciones conveniadas. Se debe mencionar que la DGSM sólo aportó la procedencia de 29 registros (sobre un total de 56).

Respecto de esta situación se debe aclarar que es necesario realizar un seguimiento eficaz (trazabilidad) de las derivaciones, un registro on line de las plazas (camas disponibles) que se cuentan para la derivación de pacientes externados, tanto en el hospital, como en la DGSM. En el caso específico de la DGSM debería contar con un registro de las Instituciones derivadoras (hospitales, hogares, etc.) de los pacientes que aloja en las Instituciones Conveniadas, y un registro de aquellos pacientes que cuenten con cobertura social a fin de ser facturados dichos servicios. Como se observó en el acápite de las Instituciones Conveniadas la mayoría de los pacientes fueron derivados de otros hospitales o instituciones y no del Tobar García. No obstante lo manifestado, en lo que respeta a **la observación N°3**, debido a la reducción del tiempo de espera para la externación se ha determinado que **el avance es incipiente**.

Referidas a la internación del paciente

Observación 6

No existe en la historia clínica de internación un formulario que indique el Tratamiento Diario del paciente (actividades psicoterapéuticas y de rehabilitación), con indicación de días, horarios, profesionales que intervienen, personal que acompaña al paciente de la sala de internación hasta el lugar del tratamiento, entre otros datos. Ello impide la evaluación del cumplimiento efectivo de tratamiento del paciente.

Recomendación N°4

Re-implementar el mecanismo de Hoja de Día del Paciente Internado a fin de garantizar el cumplimiento de la actividad prevista en el Plan de Tratamiento del Paciente, admitiendo controles sobre su cumplimiento por parte de autoridad jerárquica.

Respuesta del Hospital:

“En lo atinente a las observaciones referidas a la internación del paciente, si bien no existe en la historia Clínica un formulario que indique el tratamiento diario del paciente (punto 6), actualmente se ha implementado en el Sector de Niños

Pequeños (en vías de concreción en el Sector de Adolescentes Mujeres y en Varones) un organigrama semanal del tratamiento diario del paciente”.

Relevamiento y Procedimiento de Auditoría

Para determinar la cantidad de historias clínicas se analizó el Movimiento hospitalario de Internación 2013, según la información provista por el Departamento de Estadística del Hospital Tobar García.

	Cantidad de Internaciones	Porcentaje por Sector
Niños pequeños	47	17%
Mujeres	161	60%
Varones	61	23%
Total Anual de internaciones 2013	269	100%

En el periodo 2013, según la información brindada por el Departamento de Estadísticas, se realizaron 269 internaciones.

Del total, 47 internaciones corresponden al Sector Niños Pequeños, lo que equivale al 17% del total de internaciones.

- Del total, 161 internaciones corresponden al Sector Mujeres, lo que equivale al 60% del total de internaciones.
- Del total, 61 internaciones corresponden al Sector Varones, lo que equivale al 23% del total de internaciones.

Con el fin de corroborar los registros y la organización en las H.C. se solicitó al Departamento de estadística que confeccionara tres listados con un total de 108 historias (40% del total de 269 correspondientes al año 2013). Los tres listados quedaron conformados de la siguiente manera: 64 casos de sala de mujeres, 24 de varones y 20 de niños pequeños. Estas cantidades fueron solicitadas pues respondían al porcentaje relativo sobre el total (60% mujeres, 23% varones y 17% niños pequeños). Posteriormente, de cada listado de pacientes se seleccionaron los casos de orden impar (1-3-5-7 etc.). Por lo tanto se tomó vista y se analizaron 54 historias clínicas (20% del total de pacientes internados, y el 50% del total de Historias clínicas solicitadas a estadísticas) Quedando la muestra conformada por, 32 HC de Mujeres, 12 de Varones y 10 de niños pequeños⁴.

Estructura de la Historia Clínica

Todas las historias clínicas comienzan con la siguiente documentación:

Hoja de Guardia

Consentimiento Informado

⁴ Aclaración: el sector Niños Pequeños estuvo inhabilitado desde el 14 de julio al 31 de diciembre del 2013, contando con un periodo de 195 días del año.
 El Sector Varones estuvo inhabilitado desde el 1 de enero al 14 de julio de 2013, contando con un periodo de 170 días del año.



Normas del Servicio de Internación

Notificación de internación

Se ha verificado que las historias clínicas poseen un formato interno compuesto por separatas de acuerdo al caso:

1. Juzgados (Oficios)/Defensorías/Informes.
 - 1-a Visitas de Organismos Externos
2. Servicio Social.
3. Psiquiatría – Evolución clínica y tratamiento psicofarmacológico.
4. Psicología – Tratamiento psicoterapéutico.
5. Clínica médica y exámenes complementarios.
6. Neurología.
7. Asistencia de otros servicios (Fonoaudiología, Odontología, Orientación Vocacional, Psicopedagogía).
8. Rehabilitación (Terapia ocupacional laboral, musicoterapia, terapia ocupacional, Educación Física y Recreación, Psicomotricidad, Rehabilitación comunicacional).
9. Enfermería.
10. Epicrisis.
11. Tratamiento ambulatorio de Internación (pacientes dados de alta que son seguidos por los mismos profesionales de Internación, hasta que se logre un lugar de derivación para el seguimiento ambulatorio, dentro del Hospital o en alguna institución cercana al lugar de residencia del paciente).

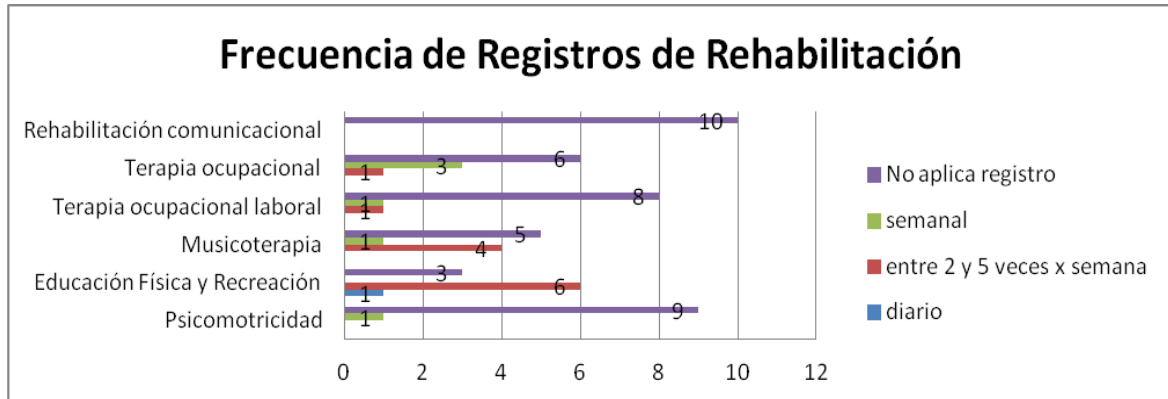
En cuanto a lo requerido en la observación N°6, si bien no se encontró un formulario (grilla) que indique el tratamiento diario del paciente en las historias clínicas relevadas, si se determinó que se realiza un registro detallado de las intervenciones profesionales pertinentes a cada caso. Los registros de Psiquiatría y Psicología (actividades psicoterapéuticas) se realizan con una frecuencia diaria o semanal según el caso clínico.

Por otra parte, se tomó conocimiento que en algunos casos, las prestaciones de rehabilitación no pueden ser realizadas por diferentes causas, (permisos de salidas, visitas, negación del paciente o descompensación del cuadro psiquiátrico). Todas estas circunstancias son registradas en la historia clínica de cada paciente. Es por ello que sería indispensable contar con una grilla o formulario de las actividades del paciente, tanto de las rutinarias (comida, colaciones; etc.) como de las prestaciones médicas, psicológicas o las de rehabilitación propiamente dichas. Lo que permitiría coordinar de manera eficaz las diferentes prácticas y le serviría al paciente para saber cómo se desarrolla su día.

Como se ha manifestado, se verificó que durante el año 2013 no se llevaban ningún tipo de grilla de actividades de los distintos profesionales que intervenían en el tratamiento de los pacientes. En cuanto al sector Niños Pequeños se comenzó a implementar durante el año 2015 (se constató la existencia de planillas en el mes de julio) un cronograma de actividades en el sector de internación.

Se realizó un procesamiento a fin de determinar la frecuencia de los registros en las actividades de *Rehabilitación* anotadas en las historias clínicas seleccionadas.

Historias clínicas del sector “Niños Pequeños”



Aclaración: No aplica registro porque no fueron derivados

De las 10 H.C. analizadas los resultados fueron los siguientes:

El concepto “no aplica el registro” correspondiente a la primera línea del gráfico.

En ninguno de los 10 casos el sector de Rehabilitación comunicacional prestó servicio.

El sector de Terapia ocupacional registró intervenciones semanales en tres casos y entre dos y cinco veces por semana en un sólo caso.

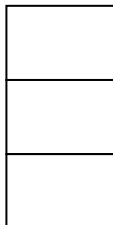
El sector de Terapia Ocupacional laboral registró intervenciones semanales en un caso y entre dos y cinco veces en un solo caso.

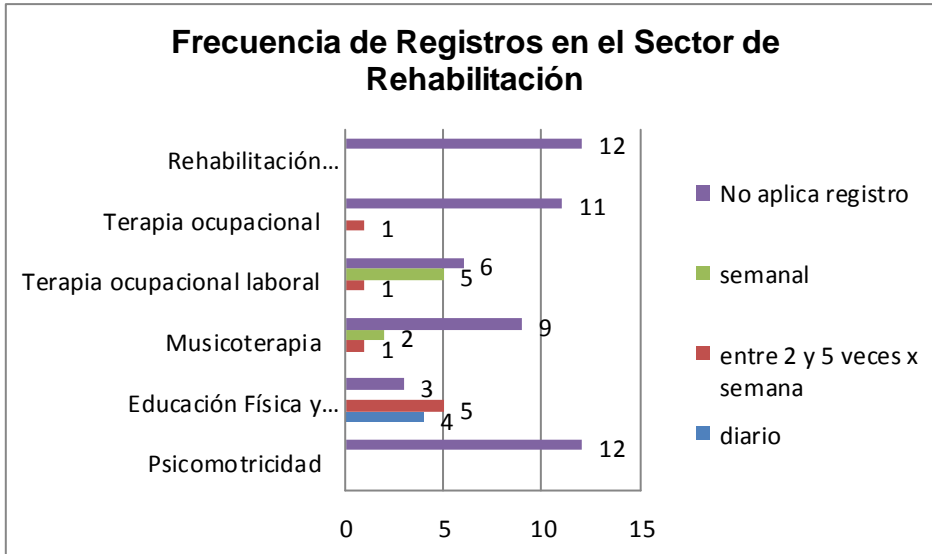
El Sector Musicoterapia registró intervenciones semanales en un caso y entre dos y cinco veces por semana 4 casos.

El Sector Educación Física y Recreación registró intervenciones entre dos y cinco veces por semana en seis casos, diario en un caso.

El sector de Psicomotricidad registró intervención en un solo caso semanalmente.

Historias clínicas del sector “Adolescentes Varones”





Aclaración: No aplica registro por falta de derivación

De las 12 H.C. analizadas los resultados fueron los siguientes:

En ninguno de los 12 casos el sector de rehabilitación comunicacional y Psicomotricidad prestaron servicio.

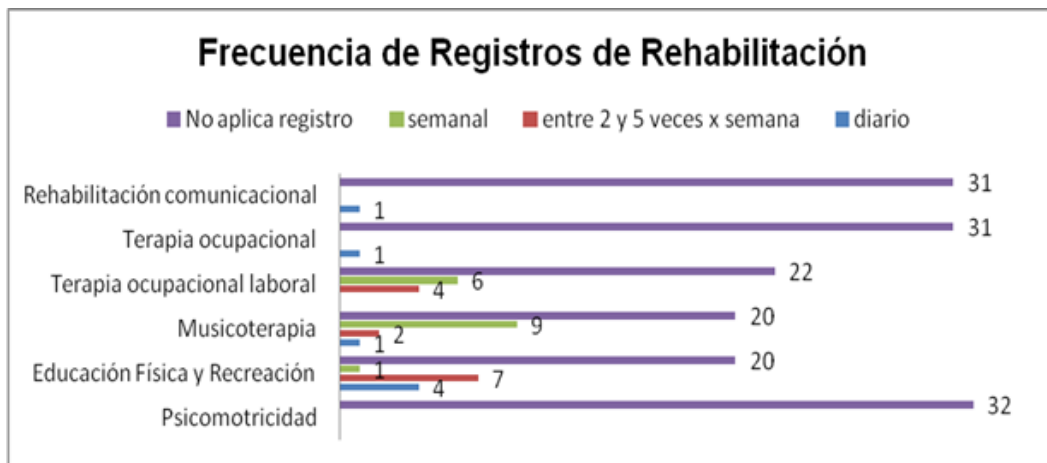
El sector de terapia ocupacional registro intervenciones entre dos y cinco semanas en un solo caso.

El sector de terapia ocupacional laboral registro intervenciones semanales en cinco casos y un solo caso entre dos y cinco veces por semana.

El sector Musicoterapia registro intervenciones semanales en dos casos y en uno entre dos y cinco veces por semana.

El Sector de Educación Física y Recreación registró intervenciones en forma diaria en cuatro casos y entre dos y cinco veces por semana en cinco casos.

Historias clínicas del sector “Adolescentes Mujeres”



Aclaración: No aplica registro por falta de derivación al sector.

De las 32 H.C. analizadas los resultados fueron los siguientes:

En ninguno de los casos el sector de Psicomotricidad prestó servicio.

El sector de terapia ocupacional registro intervenciones diarias en un caso.
El sector de terapia ocupacional laboral registro intervenciones semanales en seis casos y cuatro casos entre dos y cinco veces por semana.
El sector Musicoterapia registro intervenciones semanales en 9 casos, dos casos entre dos y cinco veces por semana y un caso con registro diario.
El Sector de Educación Física y Recreación registró intervenciones en forma diaria en cuatro casos, entre dos y cinco veces por semana en siete casos un caso en forma semanal.

Como se puede observar en los gráficos precedentes la actividad que realiza cada paciente, depende de las derivaciones previas, y los registros de las mismas varían de acuerdo a las diferentes áreas de Rehabilitación.
De acuerdo al procedimiento realizado con las H.C. se ha determinado que si bien no se ha implementado un formulario que especifique las actividades diarias del paciente, se produjo una mejora en el sistema de registros.

Por lo expuesto precedentemente El **grado de avance** para esta observación n°6 es **incipiente**

Observación 7

El Hospital de Día que existe en la institución, responde a un perfil diagnóstico, que no está en condiciones de incorporar las derivaciones del servicio de internación; cuando el espacio físico, esté destinado únicamente a Hospital de Día, es posible la inclusión de pacientes con otras patologías. La ampliación de esta modalidad de atención, resultaría una alternativa válida como instancia intermedia hasta el alta definitiva del paciente.

Recomendación N°5

Ampliar el alcance de las prestaciones del Hospital de Día a otras categorías diagnósticas que permitan y favorezcan la reinserción de un mayor número de pacientes en etapas previas a la externación, evitando re-internaciones, tal como lo establecen las normas vigentes.

Respuesta del Hospital:

“En cuanto a las derivaciones a Hospital de Día de los pacientes que se encuentran en el Servicio de internación (punto 7), se informa que a partir que el espacio físico de ese Sector fue destinado solo a tal fin (año 2013), comenzaron a admitirse pacientes que se encontraban internados, al punto tal que actualmente se encuentran en Hospital de Día veintidós pacientes que fueron derivados de internación”.

Relevamiento y Procedimientos de Auditoría

De acuerdo a lo informado por la Jefa del Servicio Hospital de Día, a partir de noviembre de 2012, los pacientes externados del servicio de Internación (pos-alta) que lo requieran son derivados al Hospital de Día, directamente sin proceso de admisión. Estos pacientes no pasan a integrar la lista de espera(al momento de la auditoría había tres pacientes en lista de espera).

El Hospital de Día atiende niños y adolescentes de 3 a 17 años con trastornos emocionales severos: neurosis graves, perturbaciones severas de conducta, autismo y psicosis. No se admiten pacientes neurológicos puros, débiles mentales severos y profundos, drogadictos y psicóticos crónicos de larga data que no esté en estado de agudización o crisis.

A fin de corroborar la certeza de lo informado por el Hospital, se relevaron la totalidad de las historias clínicas de los pacientes externados del servicio de Internación y derivados a Hospital de Día del año 2013 (año bajo análisis). El listado, de 24 historias clínicas, fue provisto por la Jefa del Servicio.

Debe mencionarse que las altas del pacientes internados durante el año 2013 fue de 269 casos, representando los 24 pacientes ingresados a Hospital de día el 9 % del total, modificando de esta manera la situación detectada en el año 2011.

En el análisis de las historias clínicas se pudo observar la ausencia, de la ficha de derivación del servicio de internación hacia el servicio de Hospital de Día. Sin embargo, las mencionadas fichas se encuentran archivadas en la Carpeta “Pacientes de Internación derivados a Hospital de Día”, que se guarda en el servicio bajo análisis.

Se tomó vista y se realizó análisis de 24 Historias Clínicas, verificándose la derivación de pacientes de internación a Hospital de día en el año 2013, según consta el siguiente cuadro:

Situación de los pacientes	Cantidad de Historias Clínicas.	Porcentaje
Continúan tratamiento	10	42%
Alta	7	29%
Abandono de tratamiento	4	17%
Pasa a equipo de post alta	1	4%
Vuelve a internación	1	4%
Sin dato. No hay registro de egreso	1	4%
Total	24	100%

De los 24 pacientes derivados del sector de Internación con alta a Hospital de Día el 42% (10) permanecen en tratamiento a la fecha, un 29% (7) salen con alta, un 17% (4) alta por abandono del tratamiento, un 4% (1) pasa a equipo de post alta, un 4% (1) paciente que vuelve a internación y otro 4% (1) sin dato de egreso registrado en la H.C.

En 5 de las 24 Historias Clínicas relevadas, la fecha de alta se obtuvo a través de la Epicrisis de las mismas y en un caso, la fecha de alta se corroboró por notificación al juzgado. En las dichas 5 historias no se encontró ficha de alta.

Por lo expuesto precedentemente, este equipo de auditoria, para la **observación n°7** considera que el grado de **avance es satisfactorio**.



Referidas a la Rehabilitación del paciente

Observación 8

No es posible evaluar el acceso y el proceso de atención de los Servicios que brindan rehabilitación a los pacientes internados en el hospital, dado que durante el período 2010, los profesionales que intervinieron en tal proceso, no registraron diariamente en la historia clínica, las prestaciones brindadas. Actualmente, esta limitación ha sido modificada. No obstante, la información contenida en la historia clínica resulta insuficiente para evaluar el proceso de atención, a la vez que incumple con la normativa vigente toda vez que el profesional interviniente no asienta en la historia clínica todos los actos realizados o indicados⁵ (Ley Nacional N° 26.529 sobre Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado art.15 inc. d y f, Ley Básica de Salud N° 153 art. 4 apartado h, Decreto N° 208/01 reglamentación artículo 4 de la Ley y Decreto N° 2316/03).

Recomendación N°6

Procurar medidas de control por parte de autoridad jerárquica, relativas al llenado de la historia clínica conforme la normativa vigente.

Respuesta del Hospital:

“En relación a las observaciones referidas a la rehabilitación del paciente, se lleva a conocimiento que al día de hoy los profesionales que integran el Departamento de Rehabilitación registran diariamente en las Historias Clínicas las distintas prestaciones de los tratamientos que se le brindan a los pacientes, no así lo concerniente a prescripción o suministros de medicamentos, estudios con diagnósticos presuntivos, consentimiento informado y toda otra información que es inherente de los demás Servicios”.

Relevamiento y Procedimientos de Auditoría

Para corroborar las modificaciones manifestadas por el Hospital, se procedió a realizar un procedimiento con las historias clínicas de los tres servicios de internación.

De las 54 historias clínicas de internación que se tomó vista se pudo determinar la cantidad de pacientes que fueron derivados y atendidos en el *Sector de Rehabilitación*.

En el sector Niños Pequeños sobre el total de 10 historias clínicas seleccionadas y relevadas, el 70 % (7) de los pacientes recibieron atención en el sector de Rehabilitación.

En el sector Mujeres sobre el total de 32 historias clínicas seleccionadas, el 62,50% (20) de los pacientes recibieron atención en el sector de Rehabilitación.

En el sector Varones sobre el total de 12 historias clínicas seleccionadas, el 91,66% (11) de los pacientes recibieron atención en el sector de Rehabilitación.

Como se manifestó up supra, en lo referido al registro de la separata N°8 correspondiente al Servicio de Rehabilitación se observó un registro detallado de las diferentes prestaciones brindadas a los pacientes, con la frecuencia correspondiente a cada práctica.

⁵ Es un acto realizado o indicado, la prescripción o suministro de medicamentos, la realización de tratamientos, prácticas, estudios, estudios con diagnóstico presuntivo, intervención de un especialista, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente.

Por otra parte como se pudo apreciar en los gráficos elaborados para la observación n°6 los registros se han realizado, y si bien se debe continuar mejorando el registro de las actividades, se infiere una mejora sustancial en relación al período 2010.

Por lo expuesto este equipo de auditoría considera que para lo **observación n°8** el grado de **avance es satisfactorio**.

Referidas a la provisión y calidad de la medicación suministrada a los pacientes

Observación 9

En las comunicaciones efectuadas desde el hospital a PROGEN (adjudicatario de la compra centralizada) y a la Unidad de Proyectos Especiales - Unidad Operativa de Adquisiciones Central (UPE-UOAC) referidas a los medicamentos provenientes de la compra por licitación pública con orden de compra abierta, se consigna: incumplimiento en las entregas, provisión de marcas que no responden a la ofertada en el pliego, entregas con número de lote y fecha de vencimiento escritos en forma manual en los remitos de entrega, entre otras dificultades. Esto a su vez implicó trabajar con una provisión por debajo del stock mínimo, incrementar la frecuencia de distribución de comprimidos en pacientes ambulatorios para preservar las entregas a los pacientes internados y aumentar la actividad de control.

Recomendación N° 7

Arbitrar las medidas conducentes para la eliminación de dificultades detectadas en la provisión de compras de medicamentos desde el Nivel Central, y determinar las sanciones correspondientes a las condiciones y/o características contrarias a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones Generales y/o Particulares.

Observación 10

Se constataron 29 comunicaciones a organismos afines (Sistema Nacional de Fármaco-vigilancia, UPE-UOAC y Red de Farmacia) y 8 Historias Clínicas de pacientes internados en el año 2010, con intervención de profesionales médicos por descompensación del paciente, dada la falta de respuesta de la medicación suministrada o los efectos adversos. La intervención médica requirió el aumento de la dosis del medicamento utilizado y/o la incorporación de una medicación complementaria, incrementado ello, el margen de error en la dosificación de la medicación e interfiriendo con un adecuado tratamiento, lo que favorece las reinternaciones o la prolongación de las mismas.

Recomendación 8

Incentivar las comunicaciones por ineficacia de medicamentos, al Sistema Nacional de Farmaco-vigilancia y a la Red de Farmacia, en el resto de los efectores de Salud Mental de la Ciudad, a fin de procurar las evidencias científicas que permitan esclarecer las diferencias en las respuestas terapéuticas.

Respuesta del Hospital para observaciones 9 y 10

“En lo referido a la provisión y calidad de la medicación suministrada a los pacientes, se recuerda que la compra de medicamentos se realiza a nivel central, sin perjuicio de ello desde el Comité de Farmacia se está trabajando intensamente en lo específico a la calidad de los fármacos administrados a los pacientes. Condición, que originó que en el año 2012 el Observatorio de ANMAT tomara intervención permitiendo llevar a cabo investigaciones de Farmacovigilancia, que sirvieron para determinar la aptitud o no de determinadas moléculas. Asimismo, se informa que se han iniciado tratativas de adquisición de fármacos de probado beneficio terapéutico ante la Dirección de Presupuesto y del Sector encargado de las Órdenes de Compra abierta, ambos dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”.

Relevamiento y Procedimientos de Auditoría

Con el fin de constatar los avances, en cuanto a la provisión y calidad de medicamentos, se realizaron entrevistas y se solicitaron informes de situación a los responsables de los sectores de Compras y Contrataciones, de la Sección Farmacia y del Comité de Farmacia.

Atento a lo requerido por la presente auditoría en relación a la observación °9 la Jefa del Departamento de Compras y Contrataciones entregó copia de los mails enviados a las distintas áreas del GCBA por los diferentes problemas presentados por la falta y demora de entregas, y/o cambio de marcas comerciales respecto a las cotizadas en el Pliego de Bases y Condiciones de la compra central de medicamentos.

Se recibieron copias de los mails correspondiente a los años 2013, 2014 y 2015, a los fines operativos sólo se reproduce la síntesis de los correspondientes al período bajo análisis.

Año 2013

Caso	Fecha de Emisión	Tipo de reclamo	De	Para	Observaciones
Caso Nº 1	21/01/2013	Error en el pedido	Farmacia Hospital	Reclamos- UPE	UPE soluciona el inconveniente el 21/01/13
Caso Nº 2	09/04/2013	Solicitud de interzona	Farmacia Hospital	Reclamos- UPE	No se cumple lo solicitado el 09/04/2013
	10/04/2013	Solicitud de interzona	Reclamos- UPE	UCAS	Solucionado
Caso Nº 3	29/02/2013	Pendientes	Gerente Operativo	UPE	Falta de stock
Caso Nº 4	09/04/2013	Solicitud de interzona	Farmacia Hospital	Compras Hospital	Aclaración de pedidos
	15/07/2013	Solicitud de interzona	PROGEN	Farmacia Hospital	Falta de stock
Caso Nº 5	25/07/2013	Solicitud de interzona	Farmacia Hospital	UPE	Falta de stock
	25/07/2013	Solicitud de interzona	UPE	Droguería	Falta de stock
	25/07/2013	Solicitud de interzona	Droguería	Farmacia Hospital	Debe comprar Hospital
Caso Nº 6	15/07/2013	Solicitud de interzona	Farmacia Hospital	Compras Hospital	Falta de stock
	16/07/2013	Solicitud de interzona	Gerente Operativo	UPE	Falta de stock
Caso Nº 7	13/08/2013	Solicitud de interzona	PROGEN	Farmacia Hospital	Falta de stock
	16/08/2013	Solicitud de interzona	Farmacia Hospital	UPE	Falta de stock
	16/08/2013	Solicitud de interzona	UPE	Farmacia Hospital	pedido a Interzona
Caso Nº 8	13/09/2013	Reclamo urgente	Farmacia Hospital	Reclamos- UPE	pedido a Interzona
	14/09/2013	Reclamo urgente	Gerente Operativo	Reclamos- UPE	pedido a Interzona
	25/10/2013	Reiteración reclamo	Farmacia Hospital	Reclamos- UPE	pedido a Interzona
Caso Nº 9	04/12/2013	Pedidos entrega	Reclamos- UPE	Farmacia Hospital	pedido a Interzona
	09/12/2013	Pedidos entrega	Compras Hospital	Reclamos- UPE	pedido a Interzona

Elaboración propia sobre la información de los mails recibidos

Durante el año 2013, de acuerdo a la documentación aportada por la Jefa de Compras, se han reportado 9 ocurrencias de reclamos, tal como se puede observar en el cuadro precedente. Por tipo de reclamo se registraron 1 por error



en el pedido; 5 por solicitud de interzona; 1 caso por pendientes; 1 reclamo urgente; y por último 1 por pedido de entrega.

Como se puede apreciar en el cuadro precedente, en la columna de observaciones o resolución del caso en dos casos se resolvió lo pedido; en uno el hospital debió comprar el insumo y en seis casos por falta de stock fue solicitado pedido de interzona.

Por otra parte, la responsable de Compras informó el procedimiento para el abastecimiento de insumos específicos de salud (medicamentos, insumos descartables y biomédicos) provisto por la Orden de Compra Abierta UCAS⁶. De acuerdo a la Jefa de Compras el proceso es el siguiente:

“Se efectúa el pedido en el sistema SIB (sistemas de insumos biomédicos) online, con una expectativa de entrega por categorías: PROGRAMADO (los lunes de cada semana) – URGENCIA (24hs.) - EMERGENCIA (12hs.) – Cada una de estas categorías tiene un plazo de entrega determinado, cuando alguno de estos tiempos no se cumple por falta de stock del proveedor, el servicio de farmacia envía un mail al Gerente Operativo del Hospital informando la situación y solicitando la INTERZONA (solicitarle al proveedor de la otra zona de entrega de la Orden de Compra Abierta que entregue el medicamento faltante). El GO (Gerente Operativo) envía un mail a la UCAS (reclamo-UPE) solicitando la interzona. En caso afirmativo, el proveedor de la otra zona entrega la mercadería solicitada. Si el procedimiento de interzona resulta negativo por falta de stock, el Hospital cuenta con el amparo normativo que le permite efectuar mecanismos de adquisición para no caer en el desabastecimiento y desatención de los tratamientos iniciados. Las normativas en cuestión son, la Ley de Salud Mental N° 448 de la CABA en su Artículo 16 y la Resolución 248/UPE-UOAC/2009 que deja en cabeza de los Hospitales garantizar el abastecimiento de los productos farmacéuticos e insumos biomédicos, necesarios para no interrumpir los tratamientos en curso de nuestros pacientes internados y ambulatorios.

Una vez que el Hospital toma la responsabilidad de contrarrestar un posible situación de desabastecimiento, se evalúan los procedimientos posibles para lograr el objetivo.”

Existen dos mecanismos para salvar la situación descripta: si la necesidad es de extrema urgencia, se procede a efectuar una compra por caja chica, pero si este mecanismo estuviera imposibilitado de utilizarse (por encontrarse en etapa de rendición) se procede a efectuar un procedimiento por Decreto 556/10 y su modificatorio 752/10”.

Para completar la respuesta de la observación 9 se requirió a la Jefa de Compras y Contrataciones que informara que sucedía frente a las tres situaciones que siguen a continuación.

En relación al Incumplimiento en las entregas de medicamentos, ¿Cuál fue la Frecuencia de los eventos en el año 2013?

“Respecto de los solicitado en el pedido de informe, cabe destacar que los procedimientos del proveedor de la OCA son intermitentes y dependen del insumo al que se refiere, habida cuenta que muchas veces la empresa

⁶ Unidad Centralizada de Adquisiciones en Salud.

prestadora se niega a reemplazar el cotizado en la Licitación por otra marca de similares características dado que la misma tiene un costo superior al cotizado.”

¿Qué sucede con la Provisión de marcas que no correspondían a la oferta estipulada en el pliego?

“...Cuando la empresa prestadora no entrega la marca ofertada en PBC y/o reemplazo de igual o mayor valor o bien no tiene constancia con los reemplazos, la Farmacia se ve en la encrucijada de aceptar la entrega dado que resulta mucho peor discontinuar tratamientos que reemplazar marcas con la consecuente diferencia que puede producirse en dichos tratamientos. Asimismo, y cuando la entrega es programada, se rechaza y se solicita se entregue la marca cotizada, de no cumplirse, se puede hacer lugar a un procedimiento por Ley 2095 y modificatoria 4764 y Dto. Reg. N° 95/2014 –Ley de Contrataciones Públicas de la Ciudad, en las modalidades de Contratación Directa Inc. 1 o 2 y/o Contrataciones Menores.”

¿Qué sucede con la imposibilidad de contar con un Stock mínimo?

“En cuanto a la imposibilidad de contar con stock mínimo, cabe aclarar que el sistema de Orden de Compra Abierta por definición, involucra un sistema de logística que hace las veces de depósito, por lo cual el Hospital sólo debe solicitar la mercancía que estima consumir en un lapso determinado, no pudiendo hacer stock de insumos. Esto provoca graves inconvenientes cuando se producen incumplimientos en las entregas, mucho más frecuentes que lo esperado, y que lleva al Hospital a salir a comprar con procedimientos de emergencia que no son lo más adecuados para el abastecimiento. A lo anteriormente expuesto se suman las restricciones presupuestarias de crédito, cuota y limitativa, que obran como obstáculo para el fluido abastecimiento.”

En cuanto a lo informado por la Dirección del Hospital que “...se han iniciado tratativas de adquisición de fármacos de probado beneficio terapéutico ante la Dirección de Presupuesto y del Sector encargado de las Órdenes de Compra abierta...”, la Jefa de Departamento informó que, en el año 2015 se logró armar un listado de insumos por fuera de la OCA (orden de compra abierta) para adquirir desde el Hospital, debido a los reclamos de los profesionales en cuanto a la eficacia de las marcas entregadas por la OCA”.

Además de lo informado por la Jefa de Compras, se requirió a la Jefa de la Sección Farmacia aclarara cual era la situación en relación a la provisión de medicamentos.

Respecto del stock la Jefa de Farmacia, manifestó que idealmente la dispensación debería ser quincenal y en algunos casos, mensual, y que debido a la falta de stock suficiente ha debido reducirse la misma a dispensaciones semanales. Según la agente no se puede tener un stock suficiente para la dispensa quincenal y mensual a los pacientes de neurología.

Esto ocurre principalmente en los últimos 10 días del mes cuando se acaba la cuota adjudicada para la orden de compra abierta. Se tramita entonces la solicitud de extensión de la misma pero en general lo que se logra es adelanto de la siguiente cuota o sea que a fines del mes siguiente se produce una vez más la necesidad.

Cuando se termina el stock se solicitan préstamos a los hospitales Borda Y Moyano que deben devolverse cuando ingresan los insumos por la UOAC (Unidad Operativa de Adquisiciones Central) o sea que siempre continúa el desfase. Concluye entonces, la Jefa, que la reducción del periodo de dispensación aumenta el trabajo en ventanilla y la seguridad en el mismo por cansancio del personal.

Como se puede deducir de lo informado por ambos sectores (Compras y Farmacia) los inconvenientes con la provisión de medicamentos y de Stock continúan, aunque se ha podido resolver lo relativo a las entregas con detalles en forma manual en los remitos.

Se pudo determinar en relación a la documentación aportada que se produjeron 9 reclamos durante el año 2013, en la mayoría (seis casos) se resolvió por el sistema de interzona

En relación al **grado de avance** que se ha logrado en cuanto a la **observación N° 9** el equipo de auditoría considera que es **incipiente**, debido a que el Hospital, que es el objeto de la presente auditoría, resuelve operativamente los problemas que resultan de la compra centralizada y de la empresa encargada de la entrega. Para el resto de lo manifestado en la observación, resulta no atribuible al Hospital en sí, sino al nivel central⁷.

Como respuesta a la observación n° 10 el Comité de Farmacia responde lo siguiente:

En lo que respecta a las marcas de los fármacos administrados en 2013 y 2014, se han ido renovando (más allá de los nombres registrados), entre marcas que no cumplían con las expectativas clínicas esperadas.

Respecto a los fármacos administrados, se pueden clasificar como específicos para el tratamiento de las patologías mentales (neurolépticos incisivos y atípicos) y aquellos coadyuvantes de las manifestaciones clínicas (neurolépticos sedativos) y Benzodiazepinas.

Los fármacos **neurolépticos** instituidos en el tratamiento de los pacientes asistidos en este Hospital son: Haloperidol, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Zuclopentixol, Aripiprazol y Clozapina. Esta última molécula, se constituye en la última de elección, considerando que se administra ante el fracaso de las otras citadas y que adscribe a un programa de farmacovigilancia.

Dentro de las nombradas, no se ha constatado dificultades con la Quetiapina y Aripiprazol prescrito ni con Zuclopentixol, debido a que ésta no compete con genéricos.

Ante la respuesta clínica refractaria a los tratamientos instituidos con genéricos o copias, debe: realizarse el pasaje a otro neuroléptico. Circunstancia, que se ha resuelto:

⁷Se remite a las conclusiones del Informe Final de Auditoría 3.13.03 Compra de Medicamentos - Auditoría de Gestión, en la cual se detalla la situación e inconvenientes en la compra centralizada.

- Familiares que han conseguido el fármaco por otra vía.
- Necesidad de tener que cambiar el genérico, por la marca original, gestionado desde el Hospital o con cooperación de los profesionales.
- Necesidad de adicionar otro principio activo del mismo perfil, sin poder cumplimentar la espera de respuesta a la mono droga ni la espera de los tiempos indicados para observar la efectividad del fármaco instituido.
- Necesidad de suministrar más neurolépticos sedativos, como extras.

En lo que cabe a los fármacos **neurolépticos sedativos**, se administran como parte del plan farmacológico dentro de la especificidad que los califica. Utilizados al inicio del tratamiento, cuando el paciente se encuentra en períodos de máxima desorganización y a su vez como medicación extra, para reducir crisis de excitación devenidas de la enfermedad de base. La evidenciada falta de respuesta de los genéricos utilizados, remitía a la necesidad de tener que administrar más extras.

Las **Benzodiacepinas** (Lorazepan, Diazepan) se utilizan en el trastorno más severo que enfrenta la psiquiatría: las catatonías. En las que se manejan dosis máximas, las que al ser superadas provocan depresión del sensorio y hasta respiratoria.

Debiéndose aclarar, a partir de la evidencia constatada, **que la falta de eficacia clínica no relega los efectos adversos.**

A partir de las evidencias clínicas obtenidas con el uso de ciertos genéricos, tanto desde la Dirección Médica como de la Coordinación de Gestión Económica y Financiera, se tramitó en el Ministerio de Salud GCABA-Ocas, con el funcionario responsable, el proceso de adquisición de fármacos de reconocida eficacia clínica. Habiéndose comenzado a implementar la administración a partir del mes de julio del año 2015.

Teniendo en cuenta las características de la población asistida en este Hospital, ...continuar administrando fármacos de eficacia incierta, constituye:

1. Necesidad de aumentar o anexar fármacos que tienen efectos adversos desagradables (diskinesias agudas y/o tardías), con repercusión hemodinámica aumentando la velocidad de conducción cardíaca, la que puede desembocar en una muerte súbita. Agravado en esta situación, por la falta de pediatras de guardia y cardiólogo que pueda controlar la situación.
2. Devastar los mecanismos neuroplásticos al consentir la destrucción de millones de neuronas, al prolongarse la descomposición del cerebro. Conducta que aumenta la erogación del sistema, considerando las re-internaciones a las que obliga.
3. Falta de adherencia al tratamiento, que lleva a la supresión de la medicación, ya sea por decisión del paciente o de la familia anta la falta de resultados. Derivando en nuevas internaciones y admitiendo desde el paciente la búsqueda de soluciones mágicas, generalmente a través del uso de sustancias psicoactivas.

4. Retrasar la mejoría del único sistema, que contribuye a conformar el YO, incidiendo esto sobre una personalidad en ciernes, que termina restringiendo la recuperación individual y social.

Tomando en cuenta lo manifestado por el Comité de farmacia, (que está constituido por la Jefa de farmacia, la Jefa de Departamento Coordinación Hospital de Día e Internación y el Director Asistente), los casos en que se manifestó reacción adversa a algún neuroléptico genérico, fueron resueltos por el cambio del medicamento por la marca original, conseguida por los familiares, por el Hospital o por los médicos. O por el suministro de otro principio activo o la inclusión de neurolépticos sedativos, como extras.

Por otra parte la Jefa de Farmacia plantea, en los casos de falta de eficacia, las muestras fueron enviadas para analizar al ANMAT, siguiendo los procedimientos estipulados por normativa. El resultado, según la agente, no arrojó alteraciones en la composición del medicamento, con pruebas realizadas in Vitro, pero no fueron realizadas evaluaciones de bioequivalencia y biodisponibilidad dadas las diferencias en la farmacodinamia en pacientes adolescentes y niños. Se realizaron reuniones, por parte del Hospital con autoridades de ANMAT quienes atendiendo el reclamo por falta de eficacia de algunos medicamentos solicitaron estudios de bioequivalencia de antipsicóticos a los laboratorios farmacéuticos. Se tomó conocimiento de la Disposición N° 4788 de la ANMAT año 2012⁸, el cual estipula una lista de medicamentos que deben ser sometidos a estudios de bioequivalencia / biodisponibilidad, dentro de dicho listado se encuentran los medicamentos con los cuales se tuvo inconvenientes en su administración. Al cierre de los trabajos de campo este equipo de auditoría no pudo obtener el resultado de dicho estudio.

Frente a esta problemática, la Jefa del servicio, realiza los reclamos y gestiona una solución a los mismos, a fin de no interrumpir los avances en el tratamiento de los pacientes.

Por lo expuesto ut supra, en relación a la eficacia de los medicamentos suministrados en 2013, se pudo determinar que la actividad de los profesionales responsables de los tratamientos han podido suplir de diferentes maneras, las reacciones adversas o la ineficacia de la medicamentos genéricos y de marcas alternativas. Por otra parte como se deja constancia (a través de la Disposición 4788 de la ANMAT) los reclamos de los distintos efectores psiquiátricos del GCBA, lograron que la ANMAT, resolviera realizar un estudio de biodisponibilidad de los ingredientes farmacéuticos activos, en cuestión. Cumpliendo con los requerimientos de la recomendación n°8, pero sin la obtención del informe final por parte de la ANMAT.

En base a lo expuesto este equipo de auditoría estima que **el grado de avance para la observación N°10 es satisfactorio.**

⁸ Disposición N° 4788 ANMAT/2012 En sus considerandos establece: “Que en el ámbito del Observatorio de ANMAT creado por disposición 907/11, en el Foro de Hospitales Públicos Psiquiátricos, se estableció la necesidad del requerimiento de estudios de bioequivalencia a las especialidades medicinales que contengan IFAs con actividad antipsicótica, a saber: Clozapina, Haloperidol(oral), Olanzapina, Quetiapina y Risperidona”. En la misma Disposición su artículo 1° el Interventor dispone “Incorporarse a las exigencias de realización de estudio de Bioequivalencia/biodisponibilidad, establecidas por Disposición (ANMAT)N° 3185/99 a los ingredientes farmacéuticos activos que figuran en el Anexo I de la presente disposición, que forma parte integrante de la misma”

Referidas al Recurso Humano de Enfermería del Hospital

Observación 11

Existe un déficit de enfermería para internación que se suple con la utilización de módulos de enfermería. De este modo, el uso de esta modalidad de trabajo ha pasado a ser corriente cuando debería ser esporádica, a la vez que permite su utilización en más. Asimismo, la existencia de enfermeros que habitualmente cumplen jornadas dobles de trabajo, redundan en un déficit de calidad en la tarea realizada.

Recomendación N°9

Arbitrar las medidas conducentes para la incorporación de personal de enfermería, necesario para el normal funcionamiento del hospital.

Respuesta del Hospital para la observación 11

“En lo concerniente a las observaciones referidas al Recurso Humano de Enfermería del Hospital, a partir de septiembre de 2013 y a fin de solucionar el déficit existente hasta ese momento se incorporaron al Departamento de Enfermería dieciocho enfermeros”.

Relevamiento y Procedimientos de Auditoría

Se realizaron entrevistas con los Jefes a cargo del Departamento Enfermería y de la División respectiva, y se solicitó por nota la información necesaria, a fin de efectuar los cálculos del déficit de enfermería, y que el hospital informe sus propios cálculos. Asimismo se solicitó, se informe la cantidad de módulos realizados durante el año 2013, a fin de corroborar si se los utiliza, como es habitual, para cubrir el déficit de enfermería.

Procedimiento.

Evaluación de la dotación del recurso humano de Enfermería y la utilización eficiente de horas módulos.

A fin de evaluar la dotación de enfermería, se realizó el cálculo de personal necesario para la asistencia en Salas de Internación y se verificó la utilización de módulos de enfermería.

Los datos utilizados fueron extraídos de la respuesta a la Nota AGCBA 1661/2015, de entrevistas y del trabajo conjunto con los responsables del Departamento de Enfermería, conjuntamente con el relevamiento estadístico.

Como marco normativo se utilizó la Resolución 194/95 "Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica" del Ministerio de Salud de la Nación y el Acta Paritaria del 29 de abril de 2008, realizada entre el GCABA y el sindicato SUTECBA.

Dotación de enfermería

El equipo de auditoría ha determinado que la asistencia mínima requerida es al menos igual a la de un adulto en la misma situación. Teniendo en cuenta que el Departamento no posee parámetros formales para la definición de los índices; esta afirmación es sostenida porque no existe la presencia de otro tipo de auxiliares psiquiátricos; y los pacientes requieren la presencia permanente de un

personal por los riesgos potenciales que implican las patologías existentes en internación. Riesgos potenciales, presencia y apoyo permanente configuran a este tipo de asistencia en la Categoría III de niveles de riesgo: Cuidados Intensivos o Especiales que requiere de 6 a 10 horas de enfermería por pacientes por día.⁹

a) Cálculo horas anuales de trabajo de cada enfermera

Para calcular las horas anuales de trabajo de una enfermera se procedió a descontar a los 365 días del año, el total de días no trabajados.¹⁰

Francos semanales	104 días
Licencia anual ordinaria (promedio)	30 días
Licencia por stress	9 días
Feridos	11 días
Total	154 días

365 - 154= **211 días de trabajo**

El porcentaje anual de días no trabajados es del **42%**. (Resolución Ministerial 194/95).El Departamento de Enfermería ha determinado en **45%** el porcentaje de ausentismo de sus agentes. Es decir **201 días de trabajo**.

Multiplicando días trabajados por 6 horas diarias de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

Resolución nº 194/95: 211 días X 6 horas diarias = **1266** Horas anuales

Departamento de Enfermería del Hospital. Tobar García: 201x 6= **1206** Horas anuales

b) Determinación de camas

Se establecen dos variables de cálculo para la estimación de la dotación de enfermería: el promedio de camas disponibles obtenido de datos del Movimiento Hospitalario año 2013¹¹ y las camas de dotación.

⁹ Lic. José Arnaldo Brunetti, coordinador. *Metodología para Cálculo de Planteles básicos funcionales para personal de Enfermería*, disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/34043/174794/>; pág. 11

¹⁰ Resolución Ministerial 194/95.

¹¹ Fuente: Movimiento Hospitalario, Departamento de Estadísticas del MSGCBA. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/estadisticas-para-la-salud>

Promedio de camas disponibles en el año 2013: 44,55 camas

Sector Internación	N° de Camas de dotación 2013
Sector Mujeres	26
Sector Varones	26
Sector Niños pequeños	12
TOTAL	64

Fuente: Departamento de Enfermería

c) Índice de complejidad según la especialidad

Según la Resolución 194/95 el efector debe establecer formalmente el Índice de Atención de Enfermería necesario para los requerimientos de los pacientes; que varía dependiendo del estado de gravedad y la dependencia del paciente. El tiempo de atención que requiere el paciente en 24 horas se traduce en un indicador "horas-profesional-paciente".

Al momento del relevamiento el Departamento no contaba con documentación formal que establezca el índice de complejidad.

Para el cálculo del índice, el equipo de auditoría tomó como referencia lo establecido en la Resol. 194/95 para la atención psiquiátrica de adultos: 6 horas.

Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo se obtiene el índice ajustado.

Índice según Resolución Ministerial N° 194/95(ausentismo del 42%):

$$6 \times 42\% = 2.52$$

$$6 + 2.52 = 8.52$$

Índice según Departamento de Enfermería (ausentismo del 45%):

$$6 \times 45\% = 2.7$$

$$6 + 2.7 = 8.7$$

Multiplicando en cada caso el número el promedio de camas disponibles y las camas de dotación por el índice ajustado de prestación que se quiere brindar, se obtiene la cantidad de horas de enfermería que se necesitan en un día.

Promedio camas disponibles: 44,55	Dotación de camas : 64
Según Resolución Ministerial N°194/95	
44,55x 8,52 = 379,5 hs de enfermería	64x 8,52=545,3 hs de enfermería
Según Departamento Enfermería	
44,55x 8,7 = 387,5 hs de enfermería	64x 8,7= 556,8 hs de enfermería

Multiplicando el resultado obtenido por 365 días, se obtiene la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año.

Promedio camas disp.: 44,55	Dotación de camas : 64
Según Resolución Ministerial Nº194/95	
365 x 379,5= 138517,5hs anuales de enferm.	365 x 545,3= 199034,5hs anuales de enferm.
Según Departamento Enfermería	
365 x 387,5= 141437,5hs anuales de enfermería	365 x 556,8= 203232hs anuales de enferm.

Teniendo en cuenta el número el promedio de camas disponibles y las camas de dotación; dividiendo la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año por las horas reales de trabajo de una enfermera, determinamos el total de enfermeras necesarias para cubrir la atención requerida (se aplica redondeo hacia arriba en todos los casos).

Promedio camas disp.: 44,55	Dotación de camas : 64
Según Resolución Ministerial Nº194/95	
138517,5/1266= 110 agentes	199034,5/1266= 157 agentes
Según Departamento Enfermería	
141437,5/1206= 118 agentes	203232/1206= 168 agentes

Cálculo de personal según requerimientos mínimos de dotación

Otra forma de calcular la dotación necesaria es partir de la cantidad de personal mínima requerida. Según los responsables del área se requieren 4 agentes por turno de 6hs, por día y por pabellón (2 agentes por piso y cada uno de los tres pabellones cuentan con 2 pisos).¹²

Número de horas anuales que requieren cobertura.

Los 365 días del año se multiplican por las 24 horas del día,
365 x 24 = 8760 horas al año, de cobertura.

Número de horas anuales reales que trabaja un agente.

Tomando el cálculo de los 201 días reales (con 45% de ausentismo) informado por el Departamento de Enfermería y multiplicando por la jornada diaria de trabajo: 6hs diarias, lo que da como resultado, en este caso, 1206 horas anuales, reales de trabajo por agente.

Contando ya con las horas anuales que debemos cubrir (8760 hs.) y las horas reales anuales de trabajo disponibles por agente (1206 hs) se divide las horas anuales que debemos cubrir por las horas reales anuales que trabaja un agente.

Según lo expresado el cálculo es el siguiente: $8760 / 1206 = 7,26$ agentes

Con 7,26 agentes aseguramos la presencia permanente de un agente de enfermería en el efector, las 24hs del día, los 365 días del año, esto lo definiremos conceptualmente, como un “Equipo de trabajo”= 7,26 enfermeros.

Teniendo en cuenta lo manifestado por el Departamento de Enfermería, cada pabellón necesita 4 equipos de trabajo como mínimo por día y existen 3 pabellones.

La **dotación mínima** de enfermeros que necesita el área de internación resultaría del siguiente cálculo:

7,26 enfermeros por equipo de trabajo X 4 equipos X 3 pabellones = 87,12 enfermeros asistenciales en internación.

¹²Para ver las distintas formas de cálculo ver: Lic. José Arnaldo Brunetti, coordinador. *Metodología para Cálculo de Planteles básicos funcionales para personal de Enfermería*, disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/34043/174794/>;



Comparación con los resultados de cálculo de dotación de personal:

En los siguientes cuadros se realiza una comparación de los resultados de dotación necesaria según las distintas variables, con la dotación disponible en el período 2013.

Dotación de enfermería hasta octubre de 2013	
Dotación enfermería período 2013 según el servicio	66
Personal con tareas livianas, administrativa y con licencia largo tratamiento	-8
Personal de conducción	- 10
Total de enfermeras/os con tareas asistenciales	48

Promedio camas disponibles: 44,55	Dotación de camas : 64
Según Resolución Ministerial Nº 194/95 (42% de ausentismo)	
110 agentes necesarios – 48 agentes disponibles= 62 agentes. Déficit = 56%	157 – 48 = 109 agentes, Déficit= 69%
Según Departamento Enfermería (45% de ausentismo)	
118 – 48= 70 agentes, Déficit 59%	168- 48 = 120 agentes, Déficit 71%
Según cálculo por requerimientos mínimos informado por el Departamento de Enfermería	
87 – 48 = 39 agentes, Déficit 45%	

Como se puede observar en el cuadro precedente los guarismos difieren de acuerdo a la fórmula que se utilice. Siendo el rango del déficit desde el 71% al 45%.

A partir de una Actuación de la Defensoría del Pueblo, se modificó la dotación del personal de enfermería. El siguiente cuadro describe la dinámica de altas y bajas del personal de enfermería.

Altas y bajas de personal hasta 2015				
	período 2011	período 2013	período 2014	período 2015
Dotación enfermería según el servicio	66	66	84	84
Personal con tareas livianas, administrativa y con licencia por largo tratamiento	-8	-8	-8	-8
Personal de conducción	-6	-10	-12	-12
Total de enfermeros con tareas asistenciales	52	48	64	64
Altas de personal	s/d	22 altas: al mes de diciembre se incorporan 20 enfermeros y 2 préstamos	2 altas	-
Bajas de personal	s/d	4 bajas: 1 pase, 1 renuncia, 1 devolución, 1 fallecimiento	2 bajas: 1 jubilación, 1 renuncia,	7 bajas: 1 renuncia; 5 jubilaciones, 1 devolución

Total de personal	66	84	84	77
Totales bajas: 4+2+7= 13 altas= 24				Aumento de personal en el período 2011-2015: 11 agentes

Fuente: Departamento de Enfermería. Respuesta a la Nota 1661/2015 y PT 13

A continuación se realiza el cálculo de déficit para el período 2013, teniendo en cuenta la variación bruta de 18 agentes (22 altas menos 4 bajas, expresadas en el cuadro anterior) y una variación neta de 16 (2 de los 18 enfermeros se destinaron a coordinación) agentes con tareas asistenciales, en el área internación.

Promedio camas disponible: 44,55	Dotación de camas : 64
Según Resolución Ministerial Nº 194/95 (42% ausentismo)	
62 agentes menos que la dotación requerida – 16 agentes asistenciales = 46 agentes, Déficit 42%	109-16= 93 agentes, Déficit 59,2%
Según Departamento Enfermería (45% ausentismo)	
70-16=54 agentes, Déficit 46%	120- 16= 104 agentes, Déficit 61,9%
Requerimientos mínimos de internación según datos del Departamento de Enfermería	
39-16=23 agentes, Déficit 26,4%	

Según los cálculos realizados en el Proyecto 3.08.11, se determinó un déficit de enfermería en internación de 35%, en base a ello se realizó la observación.

Período 2015

En cuanto a la dotación para fines de septiembre de 2015 el total de enfermeros con tareas asistenciales era de 57 agentes (64 como figura en el cuadro menos 7 bajas).

Aplicando la misma metodología a los datos del período 2015, obtenemos el siguiente resultado:

Requerimientos mínimos de internación según datos del Dto. de Enfermería
87 agentes – 57 agentes disponibles en 2015 = 30 agentes, Déficit 34%

Como puede observarse en el cálculo de Requerimientos Mínimos, durante el período 2015 se redujo el déficit de personal respecto del 2011 un 8,6% (de 52 a 57 agentes asistenciales).

Síntesis

En cuanto a las altas y bajas del personal, comparando los períodos 2011 y 2013, se observa una constante en personal con asignación de tareas livianas y tratamiento prolongado. Durante el período 2013 se asignaron 6 enfermeros más a tareas de conducción (2 a finales del año).

Por otra parte cabe mencionar que se analizó la Actuación Nº 79/13 de la Defensoría del Pueblo que culminó en la incorporación de 19 enfermeros. En el relevamiento realizado por dicho organismo, el Hospital Tobar García había estipulado en 30 agentes el déficit de enfermería. A finales de 2013 el Hospital



contaba con 64 enfermeros dedicados a tareas asistenciales (23% más que en el período 2011 que se contaba con 52 agentes).

Desde el período 2013 a la fecha de este relevamiento, septiembre 2015, por la dinámica propia en los recursos humanos de enfermería dejaron de prestar servicios 13 enfermeros y se incorporaron 24. Se determina de esta manera un aumento neto de 11 agentes (de 66 a 77 agentes) y un aumento respecto del año 2011 de 5 agentes con tareas asistenciales (de 52 a 57), lo que representa un 9,6 % más.

Para evaluar la cobertura del déficit se realizó un procedimiento respecto de la utilización de los Módulos de enfermería.

Al momento de la presente auditoría, el Hospital Tobar García recurre sistemáticamente por razones de servicio y como práctica histórica, al uso de módulos para sostener la atención requerida por los pacientes. Además existen situaciones de “Recargo” en la cual el enfermero que culmina su turno de 6 horas, por requerimiento de los responsables, debe suplir un ausentismo no programado por 6 horas más. Esta situación se retribuye, al agente que cubre el turno, con módulos no planificados. Como testimonio de esta situación esta auditoría tomó conocimiento que, en el período transcurrido desde el 20 de diciembre de 2014 al 21 de enero de 2015 se realizaron 135 Recargos. Estas situaciones no contempladas en la normativa deben ser tenidas en cuenta para ser evaluadas en futuras auditorías.

Con el objeto de evaluar el grado de avance con las medidas aplicadas a partir de la observación 11 del proyecto 3.11.08 se procedió a construir un indicador que reflejara la cantidad de enfermeros que se suplen con el sistema de módulos. Para dicha tarea se requirió la cantidad de módulos utilizados en 2013 para cubrir las necesidades del servicio, detallado mensualmente.

Durante el año 2013, se realizaron 9972 módulos, siendo el promedio mensual para dicho año, de 831 módulos.

Multiplicando el promedio mensual de módulos por las horas diarias (según el acta paritaria se trabaja 3 horas y se liquidan 6), se obtiene el total de horas mensuales de enfermería utilizadas.

$831 \text{ módulos} \times 6/2 \text{ horas/módulos} = 2493 \text{ horas mensuales reales enfermería, cubiertas con módulos.}$

Si al total de horas mensuales, se las divide por el máximo de horas módulos permitidas liquidar por ley a cada profesional (20 módulos mensuales=120 horas liquidadas), obtenemos el total de enfermeros que representan esas horas módulos. Según lo establecido por el acta paritaria¹³ se liquidarán 120 horas de trabajo por cada 60 horas de servicio. Por lo tanto, para calcular la cantidad de enfermeros promedio que realizan módulos en un mes tenemos:

$2493 \text{ horas módulos mensuales} / 60 \text{ horas módulo por enfermero} = 41,55 \text{ enfermeros mensuales}$

Estos 41,55 enfermeros deberían realizar suplencias de 3 horas por día para alcanzar los 20 módulos mensuales. Si se contara con personal que cumpliera dicho turno, cada agente realizaría 6 horas corridas que compensaría el trabajo

¹³ Acta Paritaria del 29 de abril de 2008, realizada entre el GCABA y el sindicato SUTECBA



extra de 2 de estos enfermeros. Por lo que la cantidad de enfermeros empleados para cubrir las necesidades del servicio sería $41,55/2= 20,77$ (21 a los fines del cálculo) enfermeros de planta.

Si a este número de 21 enfermeros aplicamos el ajuste de 45% por ausentismo llegamos a los 30 enfermeros necesarios para satisfacer las horas cubiertas con módulos.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en relación a la dotación necesaria de agentes y el déficit de enfermería, mencionados en el acápite anterior, y los 21 enfermeros representados por el sistema de módulos se obtiene el déficit ajustado del servicio de enfermería.

Déficit de enfermería, ajustado con la producción de módulos que representan 21 enfermeros hasta octubre de 2013

Promedio camas disponibles: 44,55	Dotación de camas: 64
Según Resolución Ministerial Nº 194/95 (42% ausentismo)	
62 agentes menos que la dotación requerida – 21 cubiertos con módulos = déficit 41 agentes	109-21= 88 agentes
Según Departamento Enfermería (45% ausentismo)	
70-21= 49 agentes	120- 21= 99 agentes
Requerimientos mínimos de internación según datos Departamento de Enfermería	
39-21=18 agentes	

Teniendo en cuenta el incremento bruto de 18 enfermeros (2 de los cuales cumplen funciones de coordinación) a finales de 2013 el déficit se reduce para cada ítem en 16 enfermeros.

Promedio camas disponibles: 44,55	Dotación de camas: 64
Según Resolución Ministerial Nº194/95 (42% ausentismo)	
62 agentes menos que la dotación requerida – 21 cubiertos con módulos = déficit 41 agentes – 16 agentes ingresados= Déficit 25 agentes	109-21= 88 -16= 72 agentes
Según Departamento Enfermería (45% ausentismo)	
70-21= 49 – 16= 33 agentes	120- 21= 99 – 16= 83 agentes
Requerimientos mínimos de internación según datos Departamento de Enfermería	
39-21=18 -16= 2 agentes	

Según se puede observar en diciembre de 2013, con la utilización del sistema de módulos se cubrieron con un déficit de dos agentes, las necesidades mínimas de internación.

Período 2015

En lo que va del período 2015 el promedio de módulos es 1012 por mes, dando el mismo tratamiento que a los datos del 2013 llegamos a la conclusión de que esta cantidad de módulos representa unos 25 enfermeros que cubren 6 horas por turno y el déficit establecido para el 2015 es de 30 agentes . El déficit ajustado con producción de módulos, es el siguiente:

Requerimientos mínimos de internación informado por el Departamento de Enfermería
30 agentes de déficit – 25 agentes representados por el sistema de módulos= 5 agentes

Es decir que en la actualidad no alcanzan a cubrirse con módulos los requerimientos mínimos de internación.

Resultado en relación a la dotación, déficit y módulos de enfermería.

En cuanto al período bajo análisis, se determinó que existió una mejora en la disponibilidad de personal con tareas asistenciales a fines del período 2013 (16 agentes asistenciales más, es decir un aumento del 23%). Esto muestra un **avance incipiente** de las medidas conducentes a corregir el desvío señalado en la Observación 11 del Proyecto N° 3.11.08, (tomando en cuenta los requerimientos mínimos de dotación de enfermería). En cuanto a los módulos se determinó que sigue siendo una práctica habitual para corregir el déficit de enfermería; según los cálculos de la presente auditoría suplen a 21 enfermeros por la cantidad de horas reales trabajadas (30 agentes si se consideran los índices de ausentismo).

No obstante los avances conseguidos a finales del año 2013 y durante el año 2014, los datos de 2015 muestran un merma en la disponibilidad de agentes (como se observa en el cuadro de altas y bajas) dejando al Departamento en una situación similar a la del 2011.

Referidas a la Obra de Refuncionalización del Hospital

Observación 12

El incumplimiento en la finalización de las obras previstas, limita la atención de la consulta ambulatoria, de Hospital de Día, de Guardia, de Laboratorio y del Servicio Social del hospital. Las obras de refuncionalización integral, que estaban planificadas para realizarse en 18 meses, llevan ya cinco años. Si bien, existe un fallo en firme de la justicia de la Ciudad, que ordena la finalización de las mismas, aún están sin concluir.

Recomendación N°10

Exigir el cumplimiento del fallo de la justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que indica la finalización de la Obra de Refuncionalización Integral del Hospital, e implementar sanciones disciplinarias a través del sistema de multas a los responsables del incumplimiento.

Respuesta del Hospital

“Finalmente y en lo que hace a las observaciones referidas a la Obra de Refuncionalización del Hospital, se informa que en fecha 31 de agosto de 2012, se celebró el Acta de Recepción Provisoria Parcial de la Torre, Sub Suelo, Planta Baja, Pisos 1 al 6 y Auditorio de la Ciudad de Buenos Aires, siendo la recepción definitiva de la Obra el 31 de agosto de 2013, se acompaña al efecto copia del acta de recepción definitiva”.



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
"2013 Año del 30 aniversario de la vuelta a la democracia"
M I N I S T E R I O D E S A L U D

ACTA DE RECEPCION DEFINITIVA

Obra: "Refuncionalización Integral del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García" Sector Torre, Sub Suelo, Planta Baja, Pisos 1 al 6 y Auditorio

Licitación Pública Nacional: N° 053/2004
Expediente: N° 59.702/2004
Contrata: N°29/SIGAF/2006
Contratista: RIVA S.A.I.I.F.C.A.

En la Ciudad de Buenos Aires, a los 31 días del mes de Agosto de 2013, se reúnen en el lugar donde se realizó la Obra de la referencia, el Ing. Luis Dermiján, en representación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por una parte, y por la otra el Ing. Alberto Luis Surace CPAU n° 12.101, en su carácter de Representante Técnico de la empresa RIVA S.A.I.I.F.C.A., a los efectos de realizar la **RECEPCION DEFINITIVA DE LA OBRA**.

Abierto el acto, la Empresa hace entrega y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires recibe en forma **DEFINITIVA** la obra "Refuncionalización Integral del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García" Torre, Sub Suelo, Planta Baja, Pisos 1 al 6 y Auditorio de la Ciudad de Buenos Aires.

Con fecha 31 de Agosto de 2012, se celebró el Acta de Recepción Provisoria Parcial de la Torre, Sub Suelo, Planta Baja, Pisos 1 al 6 y Auditorio de la Obra Refuncionalización Integral del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García.

Se deja constancia que habiendo transcurrido el Plazo de Garantía, establecido en el Art. 1.13.8 del Pliego de Condiciones Generales y en el Art. 2.13.3 del Pliego de Condiciones Particulares, se comprobó que no existen objeciones ni observaciones que realizar a los trabajos oportunamente recibidos.

La presente Acta se libra en cumplimiento de lo dispuesto por el Art. 1.13.10 del Pliego de Condiciones Generales y el Art. 2.13.4 del Pliego de Condiciones Particulares.

En prueba de conformidad, en el lugar y la fecha citados, se firman 6 ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la ciudad de Buenos Aires.

[Signature]
INSPECCION TECNICA

[Signature]
JEFATURA DE OBRA
Arq. Ricardo Pérez

ENRIQUE R. LUIS DERMIJAN
ING. EN SALUD PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA
DIRECTOR GENERAL

[Signature]
REPRESENTANTE TECNICO
RIVA S.A.I.I.F.C.A.

Relevamiento y Procedimientos de Auditoria

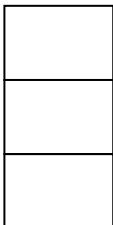
Con el fin de constatar el estado de las instalaciones y la funcionalidad de las mismas, se realizó una entrevista y recorrida de toda la institución con el Arquitecto que depende de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud (DGRFISS) del Ministerio de Salud de la C.A.B.A, y que desempeña su actividad desde el mes de diciembre del año 2012 en esta Institución, como Inspector del Contrato de "Servicio de Mantenimiento en Efectores de Salud para Trabajos de Pequeña y Mediana Envergadura", Expediente 1.761.442/2012 y a partir del 1º de abril de 2015 como Fiscal del Contrato "Gestión, Operación y Mantenimiento Integral del Recurso Físico, Edificios e Instalaciones y la ejecución de trabajos menores de mantenimiento", Expediente N°2.888.532/13.

Con respecto a la auditoría del año 2011, el arquitecto, manifestó que esas obras ya están finalizadas e hizo entrega de copia del Acta de Recepción Definitiva.

El Hospital cuenta con señalética y plan de evacuación.

La recorrida se realizó, en compañía del arquitecto, por los siguientes servicios y sectores:

Laboratorio (sexto piso): Está en buenas condiciones, pero las dimensiones son reducidas, sería necesario un lugar que tuviera más espacio. Consta de dos (2) Laboratorios, Jefatura-Secretaría y Depósito.



Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Los locales de Informática, los cinco (5) locales Gremiales y un local de Equipo Transmisor de Radio estaban cerrados.

Docencia (quinto piso): Si bien tienen una biblioteca nutrida, al no haber nombramientos no tienen bibliotecario, cuentan con varias aulas, secretaría y dirección, el aula 4 tiene una filtración que proviene de un balcón o saliente, y el aula 2 que tiene puertas plegables que sirven de división, las cuales no están en buenas condiciones, también tienen un office instalado.

Hay un sector de Estar de Residentes, con Depósito, Sanitarios, Jefatura.

Dirección (cuarto piso): locales para Dirección (con espacio para reuniones), Secretaría de Dirección, Subdirección, Jefatura Operativa, Office, Compras, Tesorería.

Servicio social (tercer piso): Cuenta con Jefatura, Secretaría, cuatro (4) Consultorios (1 cámara Gesell), un Consultorio Grupal.

Consulta externa (segundo piso): Cuenta con cuatro (4) Consultorios de Terapia Familiar, Sanitarios, y en la otra ala, Secretaría/Turnos, y trece (13) Consultorios, y Office.

Consulta externa (primer piso): cuenta con Jefatura, Secretaría, cinco (5) Consultorios, Sala de Profesionales, y en otra ala, Secretaría/turnos con diez (10) Consultorios.

Guardia (planta baja): cuenta con oficina Jefatura con baño; Consultorio con doble entrada; acceso desde estacionamiento de ambulancia; office de enfermería completo; toilette; sala de estar de médicos, con office y dormitorio; sala de reuniones de profesionales, baño, aire acondicionado; dormitorio con cuatro camas, baño, depósito, aire acondicionado; dormitorio de guardia con dos camas; y un consultorio.

Los dormitorios son para el personal de guardia: (psicólogos, médicos psiquiatras, asistente social y residentes). El Jefe de Guardia manifestó que si bien la obra se encuentra finalizada no posee una “sala de observación” propia para pacientes ingresados (pacientes en crisis). Debido a la falta de un espacio para dicha observación transitoria, los pacientes pasan directamente al servicio de internación, en caso de requerirlo.

Auditorio: mide 10,00 x 14,00 metros, con capacidad para 150/175 personas, con una bandeja superior; tiene sala de audio, proyector fijo, sistema de sonido. Se realizan cursos de capacitación docente.

Los sábados y domingos se proyectan películas, o hay actividades teatrales o musicales, para pacientes y sus familiares.

Buffet: Es amplio, atiende mesas ubicadas en el Hall/Sala de espera del ingreso al Hospital.

Mesón de Turnos, Informes y Facturación cuentan con locales propios, ubicados frente al hall de ingreso/ sala de espera del hospital.

Cooperadora: No cuenta con espacio físico propio. Dispone de local para Depósito de elementos.

En subsuelo se encuentra el Archivo de Historias Clínicas, Cocina, y local para Comedor de Personal. Este local no se puede usar, debido a la falta de pozos de bombeo cloacal y pluvial, por lo que en días de lluvia suelen inundarse los locales de este nivel. Manifiestan que está pedida esta obra.

Hospital de día: Jefatura nueva con sala de reuniones, cuenta con sala de talleres, SUM donde también almuerzan, taller de actos, office, sanitarios, 7 consultorios, 3 salas de reuniones, baños de niñas y niños individuales. Patio de juegos exterior.

PRIMER PISO:

Neurología: Jefatura-secretaría, y 4 Locales donde se realizan Estudios del sueño; un baño.

Servicio de odontología: Cuenta con tres consultorios. Dos completos y uno sin mesada de trabajo, una entre sala con un sillón para postoperatorio.

Pediatría: Cuenta con cuatro consultorios dos de los cuales no tienen ventanas al exterior (ciegos).

Consultorios de Psicopedagogía y Fonoaudiología: Psicopedagogía cuenta con cinco (5) Consultorios, y Fonoaudiología con otros cuatro (4), uno de los cuales es compartido de acuerdo a las necesidades. Hay una Sala para Profesionales.

Hay una Jefatura de Servicios Complementarios, con Secretaría, una Sala de Estar de Profesionales, con Office y Sanitarios.

La Farmacia cuenta con local para atención y entrega de medicamentos, oficina, y Depósito.

Hay Sanitarios para Pacientes.

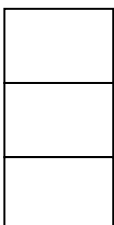
PLANTA BAJA (sobre Pasillo General):

Prevención y Psiquiatría Social: Cuenta con 6 oficinas y baños, donde se realiza orientación vocacional.

Rehabilitación Psicosocial: Allí se encuentra el Departamento de Rehabilitación Psico-Social, Taller de Radio (FM Imagínate 88,9 MHz), Biblioteca Infantil, Comité de Emergencia, Rehabilitación comunicacional.

Musicoterapia: cuenta con 7 locales y baños, con instrumentos instalados.

Terapia ocupacional: 3 Salas de Reuniones, 2 Salones de Juegos, Cocina Taller Completa, Baños.



Psicomotricidad: Jefatura, Gastronomía, Recreación, Computación, 2 salas, baños.

Servicio de Educación Física y Recreación: En el mismo se encuentra un salón de reuniones, salón de papi fútbol y básquet de 12 x 23 metros. Cuentan con un vestuario con dos baños y un depósito; gimnasio en primer piso equipado con aparatos, con entrada separada; el tablero de luz es nuevo y se encuentra en condiciones.

Servicio de Internación: Tiene una Secretaría, seis (6) Consultorios y dos baños.

Sector Profesionales (Psiquiatría): Área de trabajo, Secretaría, Archivo de historias clínicas, Office, Estar de Profesionales, Depósito.

PRIMER PISO: seis (6) locales para distintos usos (dos de ellos con baño), sanitarios, Office.

Internación Mujeres: en planta baja área SUM (salón de usos múltiples) y Comedor, dos Consultorios, Apoyo de Enfermería, Office, Depósito. En planta alta hay nueve (9) habitaciones con 26 camas (dos con baño), Office de Enfermería, habitación para paciente aislado, sanitarios para pacientes.

Internación Niños Pequeños: en planta baja área SUM y Comedor, dos Consultorios, Apoyo de Enfermería, Office, Depósito. En planta alta hay seis (6) habitaciones con 12 camas (dos con baño), Office de Enfermería, sanitarios para pacientes.

Internación Varones: en planta baja área SUM y Comedor, dos Consultorios, Apoyo de Enfermería, Office, Depósito. En planta alta hay diez (10) habitaciones con 26 camas (dos con baño), Office de Enfermería, sanitarios para pacientes.

Obras pendientes

Hay solicitado un Pozo de Bombeo de Líquidos Cloacales, y un Pozo de Bombeo Pluvial.

También se solicitó un sistema de Aire Acondicionado independiente para el Laboratorio del sexto piso.

Se solicitó la provisión de varias carpinterías (puertas y paños fijos) que fueron destruidos o deteriorados por uso inadecuado y vandalismo por parte de los internados; ya se han instalado algunas. Se debe estudiar la Ventilación Forzada de Cocina.

En planta subsuelo se debe estudiar la realización de Sanitarios y Vestuarios para Mantenimiento, personal de Limpieza, Vigilancia, Enfermería.

Como síntesis del relevamiento, la recorrida por toda la Institución y la documentación obtenida, se puede colegir que la plata física se encuentra en buenas condiciones en General. En cuanto a las obras pendientes se obtuvo un informe del arquitecto con las obras de mantenimiento que se llevan a cabo.

Por lo tanto en cuanto a la **observación n°12** que alude a la finalización de obra y funcionalidad de las instalaciones y los servicios se puede afirmar que el grado **de avance es satisfactorio.**

Síntesis del Grado de avance de las observaciones

Observación	Grado de Avance
N°1	Incipiente
N°2	Incipiente
N°3	Incipiente
N°4	Incipiente
N°5	Incipiente
N°6	Incipiente
N°7	Satisfactorio
N°8	Satisfactorio
N°9	Incipiente
N°10	Satisfactorio
N°11	Incipiente
N°12	Satisfactorio

Realizando una síntesis se encontraron avances satisfactorios en cuatro observaciones y avances incipientes en ocho. De las ocho con avances incipientes cinco se refieren a situaciones que implican dificultades con el sistema de salud en general, una en relación a las compras centralizadas y dos específicas del hospital. Esto implica que de las seis observaciones correspondientes al hospital, la gestión ha resuelto cuatro (el 66,7%).

Conclusión:

De los distintos procedimientos realizados se arriba a la siguiente conclusión: la última auditoría de seguimiento (Proyecto 03.15.04), ha mostrado que el 75% de las mismas han tenido un incipiente grado de avance y el 25%, un avance satisfactorio. En este último grupo de observaciones se pueden mencionar aquellas vinculadas al sistema de registros de cada uno de los servicios y el circuito de derivación intrahospitalaria. A la misma vez, se finalizaron las obras de remodelación dentro del efector. Una mención aparte merece la mejora en la gestión de compras de psicofármacos, junto a los reclamos de los distintos efectores psiquiátricos del GCBA, lograron que la ANMAT, realizara un estudio de biodisponibilidad de los ingredientes farmacéuticos activos, de los medicamentos cuestionados. En segundo término, se arriba a la conclusión que



continúan las deficiencias respecto de las prestaciones brindadas a los pacientes en condiciones de ser externados a lo que se suma la prolongación de la internación en el Hospital, una vez indicada el alta. Si bien parte de la responsabilidad recae en la Dirección General de Salud Mental, el Hospital forma parte de la Red de Atención del Sistema de Salud Mental. Por lo tanto el Hospital deberá mejorar la trazabilidad del alta de sus pacientes, ya sea a Instituciones Conveniadas, o de la GCABA; conjuntamente con el resto de los actores. Más allá de los avances mencionados, opinamos que el Hospital deberá mejorar los tiempos de internación de los pacientes, así como incentivar los programas de rehabilitación y reinserción, y el trabajo en red con las diferentes instituciones implicadas en el proceso, tal como lo indica la normativa vigente. Finalmente, el Colegio de Auditores recomienda incluir dentro de sus futuras programaciones anuales, auditorías referidas a la Dirección General de Salud Mental y la Red de Atención del Sistema de Salud Mental, con especial énfasis en el seguimiento, trazabilidad y tratamiento los pacientes externados.

