

INFORME FINAL DE RELEVAMIENTO

Proyecto 3.06.02 a)
**Relevamiento del Hospital de Emergencias
Psiquiátricas Torcuato de Alvear
Ministerio de Salud**

Período 2005/2006

Buenos Aires, 22 de febrero de 2007

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 piso 5º Capital Federal

Presidente

Dr. Vicente Brusca

Auditores Generales:

Lic. Josefa Arminda Prada

Dra. Alicia Margarita Boero

Dr. Juan Carlos Toso

Dr. Antonio Rubén Campos

Lic. José Luis Giusti

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.06.02 a)

NOMBRE DEL PROYECTO: Relevamiento del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2005/2006

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 22 de febrero de 2007

EQUIPO DESIGNADO:

Supervisora: Canal, Silvia

OBJETIVO: Identificar las debilidades y áreas críticas del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, 22 de febrero de 2007																																																																																		
Código del Proyecto	3.06.02 a)																																																																																		
Denominación del Proyecto	Relevamiento del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato Alvear																																																																																		
Período examinado	Año 2005/2006																																																																																		
Objetivo de la auditoría	<p>Relevar los recursos afectados al cumplimiento de los objetivos operativos del servicio público de Salud Mental en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, con el fin de obtener elementos que permitan evaluar el ambiente de control, reconocer áreas críticas y determinar el riesgo de auditoría.</p>																																																																																		
Presupuesto (expresado en pesos)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Progra ma</th> <th style="width: 5%;">Inci so</th> <th style="width: 30%;">Descripcion</th> <th style="width: 10%;">Credito Original 2005</th> <th style="width: 10%;">Crédito Vigente</th> <th style="width: 10%;">Definitivo</th> <th style="width: 10%;">Devengado 2005</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>HTAL. TORCUATO DE ALVEAR</td> <td>9.280.084</td> <td>10.931.381</td> <td>10.897.502</td> <td>10.879.789</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td></td> <td>SALUD MENTAL</td> <td>5.611.944</td> <td>7.333.047</td> <td>7.328.398</td> <td>7.328.398</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>1</td> <td>Gastos en personal</td> <td>5.265.944</td> <td>6.949.436</td> <td>6.949.427</td> <td>6.949.427</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>2</td> <td>Bienes de consumo</td> <td>346.000</td> <td>383.611</td> <td>378.971</td> <td>378.971</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td></td> <td>SERVICIOS AUXILIARES DEL SISTEMA DE ATENCION</td> <td>667.782</td> <td>538.101</td> <td>538.097</td> <td>520.385</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>2</td> <td>Bienes de consumo</td> <td>23.000</td> <td>22.312</td> <td>22.309</td> <td>22.309</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>3</td> <td>Servicios no personales</td> <td>644.782</td> <td>515.789</td> <td>515.789</td> <td>498.076</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td></td> <td>SERV.GENERALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL</td> <td>3.000.358</td> <td>3.060.233</td> <td>3.031.006</td> <td>3.031.006</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>1</td> <td>Gastos en personal</td> <td>1.507.008</td> <td>1.951.136</td> <td>1.951.133</td> <td>1.951.133</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>3</td> <td>Servicios no personales</td> <td>1.493.350</td> <td>1.109.097</td> <td>1.079.874</td> <td>1.079.874</td> </tr> </tbody> </table>						Progra ma	Inci so	Descripcion	Credito Original 2005	Crédito Vigente	Definitivo	Devengado 2005			HTAL. TORCUATO DE ALVEAR	9.280.084	10.931.381	10.897.502	10.879.789	23		SALUD MENTAL	5.611.944	7.333.047	7.328.398	7.328.398	23	1	Gastos en personal	5.265.944	6.949.436	6.949.427	6.949.427	23	2	Bienes de consumo	346.000	383.611	378.971	378.971	26		SERVICIOS AUXILIARES DEL SISTEMA DE ATENCION	667.782	538.101	538.097	520.385	26	2	Bienes de consumo	23.000	22.312	22.309	22.309	26	3	Servicios no personales	644.782	515.789	515.789	498.076	27		SERV.GENERALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL	3.000.358	3.060.233	3.031.006	3.031.006	27	1	Gastos en personal	1.507.008	1.951.136	1.951.133	1.951.133	27	3	Servicios no personales	1.493.350	1.109.097	1.079.874	1.079.874
Progra ma	Inci so	Descripcion	Credito Original 2005	Crédito Vigente	Definitivo	Devengado 2005																																																																													
		HTAL. TORCUATO DE ALVEAR	9.280.084	10.931.381	10.897.502	10.879.789																																																																													
23		SALUD MENTAL	5.611.944	7.333.047	7.328.398	7.328.398																																																																													
23	1	Gastos en personal	5.265.944	6.949.436	6.949.427	6.949.427																																																																													
23	2	Bienes de consumo	346.000	383.611	378.971	378.971																																																																													
26		SERVICIOS AUXILIARES DEL SISTEMA DE ATENCION	667.782	538.101	538.097	520.385																																																																													
26	2	Bienes de consumo	23.000	22.312	22.309	22.309																																																																													
26	3	Servicios no personales	644.782	515.789	515.789	498.076																																																																													
27		SERV.GENERALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL	3.000.358	3.060.233	3.031.006	3.031.006																																																																													
27	1	Gastos en personal	1.507.008	1.951.136	1.951.133	1.951.133																																																																													
27	3	Servicios no personales	1.493.350	1.109.097	1.079.874	1.079.874																																																																													
Alcance	<p>Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas con funcionarios, profesionales y personal a cargo de las distintas áreas involucradas en la gestión. ▪ Recopilación y análisis de la normativa ▪ Análisis de la composición del personal de planta y contratado. ▪ Análisis global del presupuesto asignado al Hospital para el ejercicio 2006 y ejecución presupuestaria del 2005. ▪ Relevamiento de los circuitos administrativos de compras, tesorería, 																																																																																		

	<p>mantenimiento y servicios generales, facturación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevamiento de los servicios médicos y de diagnóstico y tratamiento. ▪ Recopilación y análisis de información estadística ▪ Relevamiento de la planta física.
<p>Período de desarrollo de tareas de auditoría</p>	<p>Las tareas de relevamiento se desarrollaron entre el 1 de agosto y el 21 de diciembre de 2006.</p>
<p>Aclaraciones previas</p>	<p>1. El hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear surge a partir de la desactivación del Hospital General de Agudos Torcuato de Alvear el 2 de octubre de 1986 por decreto 6179/86.</p> <p>Se trata de un hospital monovalente, especializado en la resolución de Emergencias y Urgencias psiquiátricas con técnicas de terapias breves e intensivas. Se considera como Emergencia Psiquiátrica la crisis aguda y como Urgencia, aquella que requiere una atención más intensiva, permanencia en observación por pocas horas o bien internación bajo el régimen de puertas abiertas.</p> <p>Está formado por seis pabellones emplazados en un predio de 9 ha., de las cuales el Hospital sólo utiliza 2,9 ha.</p> <p>2. Cuenta con 85 camas distribuidas de la siguiente manera: 20 camas en Sala de Internación hombres, 30 en Sala de Internación mujeres, 19 en Sala de Internación adolescentes y 16 camas en la Guardia.</p> <p>3. El Decreto 12/96 (publicado en el BO N° 1 del 6 de agosto de 1996) dispone la caducidad de las estructuras organizativas correspondientes al ámbito del Órgano Ejecutivo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ex Departamento Ejecutivo de la ex Municipalidad de Buenos Aires), los entes descentralizados y organismos fuera de nivel (con excepción del Banco Ciudad y el Instituto Municipal de Obra Social). El artículo 4 de aquel Decreto establece que "... hasta tanto no se dicten las normas respectivas, las unidades de menor nivel mantendrán las responsabilidades vigentes y la dotación ocupada a la fecha". En el caso del Hospital de Emergencia Psiquiátrica Torcuato Alvear, la estructura vigente a aquella fecha era la establecida por Decreto 8.094 del 1 de diciembre de 1987 y publicado en el BO N° 18.192 del 8/01/88.</p> <p>4. Por Decreto 1774 del 29 de noviembre de 2005 se aprueba la Licitación Pública N° 39/04 para la contratación de la obras de "Refuncionalización Integral del Hospital de Salud Mental Torcuato de Alvear" y se adjudica –por un importe total de \$ 7.998.440,80 a la firma Mejoramiento Hospitalario S.A. Al momento de este relevamiento las obras aún no habían comenzado. La empresa adjudicataria se encontraba construyendo el obrador. La puesta en marcha de este proyecto sirve de</p>

	<p>explicación para justificar la precariedad en la que va cayendo la antigua estructura edilicia: la instalación eléctrica colapsada, la Sala de Internación Mujeres sin gas desde que explotó hace 2 años un medidor y no se arregló; boxes de atención en distintos servicios sin la privacidad necesaria; la sala de internación de Adolescencia no está separada entre varones y mujeres y desde el office de enfermería no se visualiza la sala, etc.</p> <p>5. Durante las tareas de relevamiento se tomó conocimiento de la preocupación de algunos profesionales del hospital referida a la propia salud del personal. Según información suministrada por profesionales del Htal y cotejada con la División Personal, de un total de 163 profesionales (año 2004), 49 casos (30%) son enfermos graves (9 fallecieron). En opinión de estos profesionales la situación planteada está relacionada con las condiciones laborales (enfrentar el aumento de la emergencia psiquiátrica en el país después de la crisis del 2001).</p>
<p>Debilidades detectadas</p>	<p>1. Existe un desfasaje entre la última estructura aprobada, con la estructura actual, producto de años de carencia de estructuras. Las modificaciones que, de hecho fueron surgiendo en la práctica, no han tenido el mismo tratamiento por parte de la Dirección del Hospital: algunas no se formalizaron nunca (Psicodiagnóstico, Laboratorio, Rayos X) y otras se crearon expresamente mediante Disposición Interna (Desarrollo Organizacional, Integración Institucional). Por otra parte existen cargos de jefaturas vacantes que en muchos casos no son cubiertas por otros agentes –ni aún de manera informal-, todo lo cual diluye las responsabilidades y resta calidad a la gestión.</p> <p>2. La dificultad en la aplicación de medidas disciplinarias ante el incumplimiento de funciones repercute negativamente en el funcionamiento de distintos sectores y servicios. Esta situación deberá tenerse en cuenta al momento de llevar adelante la auditoría de gestión.</p> <p>3. Estas debilidades fueron ya analizadas en los Informes de Auditoría 3.05.02 a) Convenios con Fundaciones, otras entidades públicas y prestadores intra-hospitalarios en la Secretaría de Salud y 3.05.02 b) Convenios con Universidades privadas en la Secretaría de Salud – Auditoría legal 2004/2005, emitidos por esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires.</p> <p>4. El Hospital adolece de personal administrativo suficiente para atender todas las áreas. El plantel de enfermería no es suficiente para cubrir todos los turnos de las 4 salas de internación. No cuentan con un profesional especializado en ginecología, y dependen de la disponibilidad de móviles del SAME para realizar cualquier traslado, Estudios Complementarios y/o interconsulta en otros hospitales de la CABA.</p>

	<p>5. En las compras de Emergencia, el Hospital hace uso de un mecanismo de excepción (Decreto 1629/98) como si fuera la regla (Decreto N° 7/98).</p> <p>6. Las metas físicas ejecutadas por el hospital e informadas al Ministerio de Salud no son confiables, toda vez que se pudo comprobar la falta de correspondencia entre lo informado con lo que surge de los registros llevados por el mismo hospital.</p> <p>7. El Laboratorio del Hospital está desactivado. Cuenta con una heladera con reactivos, pero pudo verificarse que los mismos están vencidos. Se observó deterioro, por falta de utilización, de un valioso equipo que se utiliza para el dosaje de litemias e ionogramas. El circuito de laboratorio es deficitario: las muestras de sangre permanecen en la Guardia varias horas a la espera de un móvil que las traslade a otro hospital para procesarlas. Muchas veces el móvil no llega a tiempo y las muestras se pierden. El Hospital no cuenta con un profesional bioquímico y la Dirección no definió quién es responsable de este circuito.</p> <p>8. El promedio de días de internación no se condice con las características de un Hospital de Emergencia Psiquiátrica. Los pacientes se cronifican por falta de alternativas en el sistema de Salud Mental para absorber la demanda en condiciones de ser externada (casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas para adictos, internación domiciliaria, seguimiento ambulatorio cercano al domicilio del paciente, etc.)</p> <p>9. La planta física se encuentra en malas condiciones de mantenimiento. Las obras de refuncionalización del hospital recién comienzan. Sin embargo hay pequeñas mejoras que se debieran realizar para garantizar el funcionamiento de las distintas áreas, sin que esto signifique grandes erogaciones, pero el hospital no las hace.</p> <p>10. La falta de existencia de Talleres formalmente constituidos y de actividades programadas, por parte de los Terapistas Ocupacionales, agrava la situación de permanencia prolongada de los pacientes. Éstos están sin actividades terapéuticas y/o de reinserción social desde las 12.00 hs. hasta las 08.00 hs. del día siguiente, además de fines de semana y feriados.</p> <p>11. El hospital cuenta con 10 equipos de computación donados por COAS, de los cuales 6 permanecen en depósito en un cuarto ubicado en el área de Administración desde agosto de 2005. Las autoridades no tomaron las medidas a fin de asignarlos a los servicios que los necesitan, posibilitando de esta manera la obsolescencia de los mismos sin haberlos usado.</p> <p>12. No hay control por oposición en el manejo de las agendas médicas de la atención ambulatoria de Guardia, Hospital de Día, Adolescencia y Consultorios Externos. Esto le quita confiabilidad a los registros estadísticos.</p>
--	---

13. La falta de continuidad en la provisión de medicamentos a los pacientes se debe, según la Coordinación actual del Programa de Compras Centralizadas por PNUD, al siguiente motivo: “(...) cambio de autoridades a nivel ministerial y a nivel de proyecto (la LPI la inició el Coordinador General Federico Arnau, la evaluación de la carpeta y el asesoramiento por parte del Comité Técnico se realizó durante la gestión del Coordinador General Leonardo Rodríguez Mormandi y la adjudicación y emisión de ordenes de compra las realizó la actual coordinación”. Esta demora implicó para el Hospital Alvear el desabastecimiento de medicamentos durante 9 meses.

14. El circuito que el hospital implementa para tramitar los Fondos de Emergencia no es el previsto en el Decreto 7/98. La tardanza de entre 30 y 45 días desnaturaliza la situación de Emergencia y asemeja el procedimiento al seguido para una compra por licitación.

15. La falta de devolución de la medicación sobrante, por parte de las áreas de Internación, posibilita la acumulación de stocks sin que se realice control de los mismos. No se verifican vencimientos, es inadecuado el almacenamiento y existe un subregistro por parte de la Farmacia.

16. Los distintos servicios y sectores carecen de elementos esenciales para desarrollar sus tareas: aparatos de teléfonos, intercomunicadores (sobre todo por la dispersión de los servicios dentro del predio), fax, computadoras, equipos de aire acondicionado en oficinas que no tienen ventilación, etc.

17. El jefe del Departamento Técnico no ejerce las funciones que la normativa establece para esa posición dentro de la estructura organizacional, de manera que las áreas que dependen de este departamento quedan desarticuladas y libradas al criterio de los jefes de sector.

18. La estadística que aparece publicada como “Atención Ambulatoria del Hospital Alvear” en el Movimiento Hospitalario del Ministerio de Salud, no corresponde a la atención propiamente dicha de Consultorios Externos, sino a lo que el hospital denomina “consultorios externos de guardia”. En su confección se contabilizan prestaciones que no están definidas como tales por la comisión de expertos en Salud Mental que reformuló el subsistema estadístico en el año 2000.

19. La Tesorería no paga con cheques. El sistema que utiliza el hospital de pagos en efectivo implica el mantenimiento de dinero en el sector con riesgo de pérdidas y/o robos. El Hospital no cuenta con un seguro de valores en tránsito.

20. El hospital no lleva el inventario de los bienes muebles en debida forma. Los bienes no están individualizados ni poseen una ficha que identifique los movimientos del bien dentro del hospital (fecha de alta,

	<p>código de identificación, datos personales del responsable del bien, etc).</p> <p>21. El circuito de reparaciones a cargo del sector Mantenimiento del hospital es informal. No existen registros escritos de eventuales trabajos que este sector hubiese realizado.</p> <p>22. La “certificación” que realiza la Dirección General de Recursos Físicos sobre las reparaciones y mantenimiento edilicio que realiza la empresa tercerizada carece de sustento técnico, ya que desconoce el pliego de condiciones particulares de la contratación y carece de comprobantes o registros de los trabajos realizados por la misma. Es un formalismo al solo efecto de que la empresa de mantenimiento cobre mensualmente.</p> <p>23. El control de asistencia (ingreso/egreso) del personal de planta es distinto según se trate de la carrera profesional o del escalafón general. Los primeros firman en la oficina de Personal (y si llegan tarde se les descuenta –según sea el caso- ½ día o directamente se le computa falta), en tanto que los agentes del escalafón general fichan en el fichero que está ubicado en el ingreso al predio. En este lugar no hay ninguna persona que controle el ingreso. Las tardanzas del personal del escalafón general (excepto el personal de Enfermería que llevan un control propio) no se registran.</p> <p>24. La metodología utilizada por la Guardia para la recolección de los datos estadísticos de atención ambulatoria no se ajusta a las definiciones operativas establecidas por la Dirección de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud. Esta falta de correspondencia estaría sobredimensionando la ejecución de las metas físicas</p> <p>25. El personal del área de Estadística realiza tareas que se encuentran fuera de su competencia como ser la codificación de los diagnósticos con el CIE 10, función ésta que corresponde al área profesional.</p> <p>26. El circuito utilizado para la entrega y devolución de H.C. por parte de los residentes (para asistencia de pacientes ambulatorios, preparación de trabajos, etc) tiene fallas de control interno, toda vez que en los respectivos movimientos no figuran el sello, la fecha ni la firma del residente.</p> <p>27. No existe un Archivo unificado para las Fichas de los Consultorios Externos. Las Fichas de los Consultorios Externos de Adolescencia, Htal de Día, Neurociencia y algunas de Sala de Hombres no son archivadas con las Fichas del resto de los Servicios.</p> <p>28. Enfermería realiza actividades que no corresponden a su rol, restando tiempo asistencial a las ya escasas hs. profesionales existentes. (extracción de sangre, pedidos de medicamentos a farmacia)</p> <p>29. El circuito de Facturación es ineficiente. El sector no cuenta con el</p>
--	---

	<p>sistema informático que le permita la captación de los afiliados a Obras sociales en el momento en que éstos se presentan demandando atención. El monto de facturación mensual no se condice con los números que muestra la estadística.</p> <p>30. El Sector de Radiología no cuenta con la habilitación exigida por la Ley 17.557 como así tampoco existe un médico en el hospital con habilitación para cumplir esta tarea.</p> <p>31. La Falta de comunicación e integración del Sistema de Residencia con la Conducción del hospital genera dificultades en el accionar diario (ejemplos: pérdida de espacio asistencial en Consultorios Externos, dificultades con los Profesionales de Sala de Adolescentes, diferencias de criterios con Profesionales de Guardia Externa, definición de responsabilidades ante la fuga de pacientes, calidad y cantidad de comida provista por el Servicio de Alimentación, etc</p> <p>32. El Comité de Seguridad no tiene un funcionamiento sistemático. No cumple con las funciones básicas de educación del personal y prevención de riesgos.</p> <p>33. Los pacientes internados en las diferentes Salas del Hospital quedan bajo la responsabilidad de los Residentes Psiquiatras y Psicólogos entre las 13hs y las 8hs del día siguiente, fines de semana y feriados. Después de las 17 hs sólo permanecen dos Residentes de Guardia para cubrir todas las Salas.</p> <p>34. La falta de continuidad en la provisión de medicamentos para los pacientes ambulatorios favorece la reaparición de síntomas y/o reagudización de patologías que generarán nuevas internaciones de los mismos.</p>
--	---

**INFORME FINAL DE RELEVAMIENTO
PROYECTO 3.06.02 a)**

DESTINATARIO

Señor
Vicepresidente 1°
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Dr. Santiago de Estrada
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I) OBJETO

Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”. Servicios médicos, administrativos y de diagnóstico y tratamiento.

II) OBJETIVO

Relevar los recursos afectados al cumplimiento de los objetivos operativos del servicio público de Salud Mental en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, con el fin de obtener elementos que permitan evaluar el ambiente de control, reconocer áreas críticas y determinar el riesgo de auditoría.

III) ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por Ley N° 325.

A tal fin se procedió a relevar los aspectos normativos, operativos, administrativos y de planta física relacionados con la gestión del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, con el fin de obtener elementos e indicadores que permitan evaluar el ambiente de control, determinar las áreas críticas y el riesgo de auditoría.

Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

- Entrevistas con funcionarios, profesionales y personal a cargo de las distintas áreas involucradas en la gestión.
- Recopilación y análisis de la normativa
- Análisis de la composición del personal de planta y contratado.

- Análisis global del presupuesto asignado al Hospital para el ejercicio 2006 y ejecución presupuestaria del 2005.
- Relevamiento de los circuitos administrativos de compras, tesorería, mantenimiento y servicios generales, facturación.
- Relevamiento de los servicios médicos y de diagnóstico y tratamiento.
- Recopilación y análisis de información estadística
- Relevamiento de la planta física.

Las tareas de relevamiento se desarrollaron entre el 1 de agosto y el 21 de diciembre de 2006.

IV) ACLARACIONES PREVIAS

1. El hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear surge a partir de la desactivación del Hospital General de Agudos Torcuato de Alvear el 2 de octubre de 1986 por decreto 6179/86.

Se trata de un hospital monovalente, especializado en la resolución de **Emergencias y Urgencias** psiquiátricas con técnicas de terapias breves e intensivas. Se considera como **Emergencia** Psiquiátrica la crisis aguda y como **Urgencia**, aquella que requiere una atención más intensiva, permanencia en observación por pocas horas o bien internación bajo el régimen de puertas abiertas.

Está formado por seis pabellones emplazados en un predio de 9 ha., de las cuales el Hospital sólo utiliza 2,9 ha.

Pabellón 1

- PB: Sala Internación Hombres
- Sala Internación Mujeres
- Residencia
- 1ºPiso: Departamento de Enfermería
- Dormitorio de Profesionales
- Laboratorio de Análisis Clínicos

Pabellón 2

- PB: Sala de Guardia
- Consultorios Externos
- Departamento Servicio Social
- Archivo de Historias Clínicas
- Hospital de Día

Pabellón 3

- PB: Dirección
- Capilla / Casa Parroquial
- División Despacho
- Departamento Técnico
- Comedor Dirección / Sala de reuniones
- 1ºPiso: Comité de Docencia e Investigación

Epidemiología
Aula

Pabellón 4

PB: Cocina
Depósito
Área del Personal de Limpieza
Sala Internación Adolescencia
Consultorios Externos Adolescencia
Ex Lavadero Gral de la Ciudad De Buenos Aires
Psicodiagnóstico
Prevención
Entrepiso: Unidad Alimentación

Pabellón 5

PB: Departamento Recursos Humanos/ División Personal
Sección Estadística
Farmacia
Fábrica de Medicamentos
Radiología
Neurociencia / Sector Violencia
Aula
Sector Calderas
1ºPiso: Sub-dirección Administrativa
Depósito (material de librería, Computadoras, insumos del lavadero, archivo de documentación)

Pabellón 6

PB: Departamento Mantenimiento
Aulas
Gimnasio
Electromedicina (con dependencia de la DGRF)
Grupo Electrónico
Carpintería
Jardinería

Área Empresa de Mantenimiento Privado

2. Cuenta con 85 camas distribuidas de la siguiente manera: 20 camas en Sala de Internación hombres, 30 en Sala de Internación mujeres, 19 en Sala de Internación adolescentes y 16 camas en la Guardia.

3. El Decreto 12/96 (publicado en el BO N° 1 del 6 de agosto de 1996) dispone la caducidad de las estructuras organizativas correspondientes al ámbito del Órgano Ejecutivo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ex Departamento Ejecutivo de la ex Municipalidad de Buenos Aires), los entes descentralizados y organismos fuera de nivel (con excepción del Banco Ciudad y el Instituto Municipal de Obra Social). El artículo 4 de aquel Decreto establece que "... hasta tanto no se dicten las normas respectivas, las unidades de menor nivel mantendrán las responsabilidades vigentes y la dotación ocupada a la

fecha”. En el caso del Hospital de Emergencia Psiquiátrica Torcuato Alvear, la estructura vigente a aquella fecha era la establecida por Decreto 8.094 del 1 de diciembre de 1987 y publicado en el BO N° 18.192 del 8/01/88.

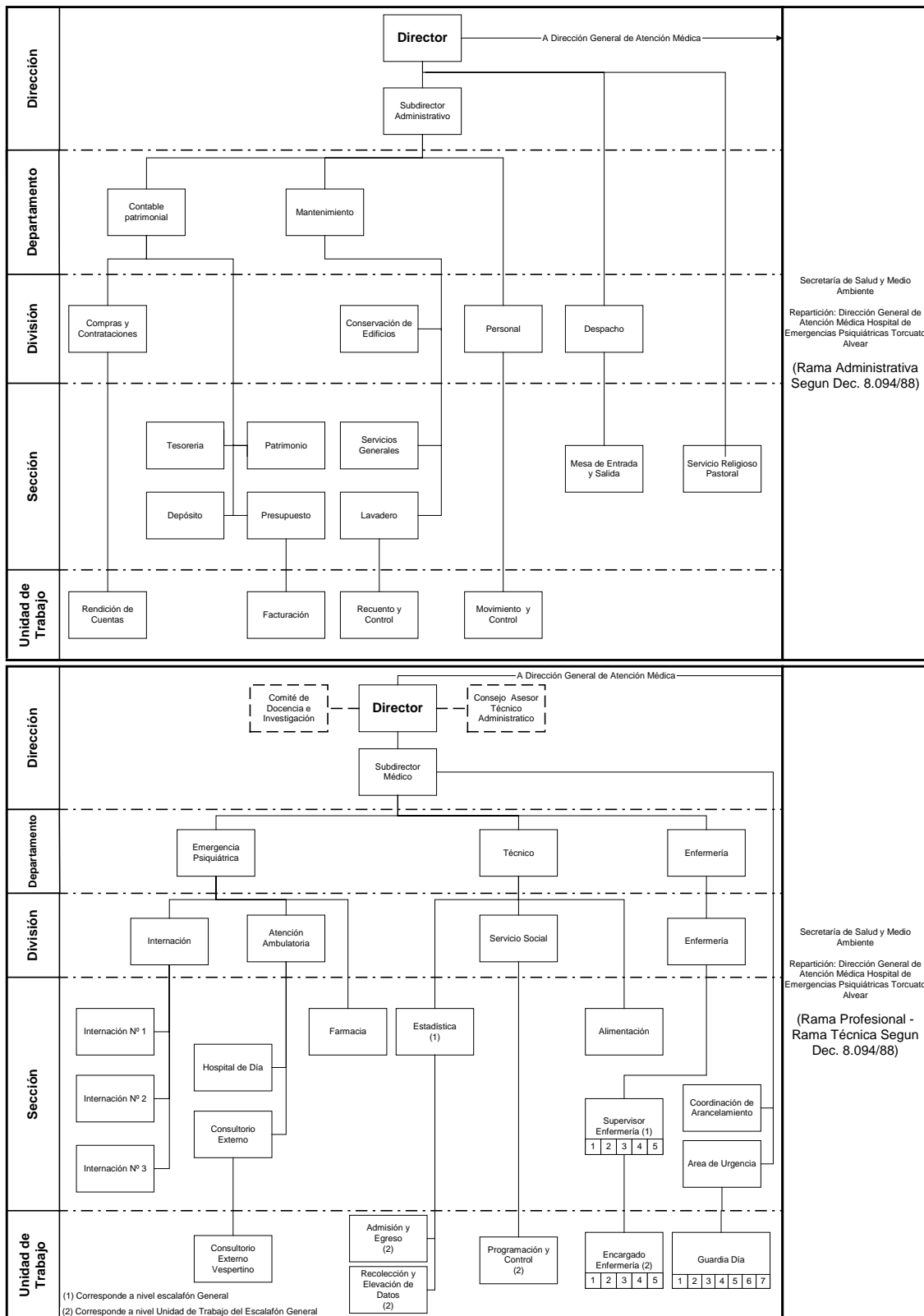
Esta estructura es la que se tendrá en cuenta a los efectos de ordenar el presente Informe de Relevamiento. No obstante, por Disposición del propio Hospital se introdujeron modificaciones en la estructura que oportunamente se comentarán.

4. Por Decreto 1774 del 29 de noviembre de 2005 se aprueba la Licitación Pública N° 39/04 para la contratación de la obras de “Refuncionalización Integral del Hospital de Salud Mental Torcuato de Alvear” y se adjudica –por un importe total de \$ 7.998.440,80 a la firma Mejoramiento Hospitalario S.A. Al momento de este relevamiento las obras aún no habían comenzado. La empresa adjudicataria se encontraba construyendo el obrador. La puesta en marcha de este proyecto sirve de explicación para justificar la precariedad en la que va cayendo la antigua estructura edilicia: la instalación eléctrica colapsada, la Sala de Internación Mujeres sin gas desde que explotó hace 2 años un medidor y no se arregló; boxes de atención en distintos servicios sin la privacidad necesaria; la sala de internación de Adolescencia no está separada entre varones y mujeres y desde el office de enfermería no se visualiza la sala, etc.

5. Durante las tareas de relevamiento se tomó conocimiento de la preocupación de algunos profesionales del hospital referida a la propia salud del personal. Según información suministrada por profesionales del Htal y cotejada con la División Personal, de un total de 163 profesionales (año 2004), 49 casos (30%) son enfermos graves (9 fallecieron). En opinión de estos profesionales la situación planteada está relacionada con las condiciones laborales (enfrentar el aumento de la emergencia psiquiátrica en el país después de la crisis del 2001).

V) RELEVAMIENTO

V.1) Estructura



La estructura formal del Hospital se aprobó en el año 1988 y no sufrió modificaciones hasta el Decreto 12/96 (Ver Aclaraciones Previas N° 3)

De la Dirección del Hospital dependen 2 Sub-Direcciones: la Médica y la Administrativa; la División Despacho y la Sección Servicio Religioso Pastoral (un sacerdote). También dependen de la Dirección, un Consejo Asesor Técnico Administrativo y el Comité de Docencia e Investigación.

En la estructura del Hospital no aparecen el Laboratorio ni el Servicio de Radiología, a pesar de contar con personal asignado y áreas con equipamiento para estos fines. Asimismo cuenta con un Servicio de Psicodiagnóstico que formalmente no aparece en el organigrama. Por Disposiciones internas N° 63/02 y N° 50/06 la Dirección del Hospital re-estructura el área de Recursos Humanos creando dos áreas de trabajo llamadas respectivamente “Desarrollo Organizacional” e “Integración Institucional” que dependen del Jefe de departamento. El CATA decide que a partir de julio de 2002, el personal de Mantenimiento y Servicios Generales pasa a depender del Jefe del Departamento de Recursos Humanos. **(Debilidad N° 1).**

División Despacho: Se ocupa de tramitar todas las actuaciones entre el hospital y los distintos organismos con los que se relaciona (Ministerios, Defensorías, Juzgados, Anses).

Sección Servicio Religioso Pastoral: El Hospital cuenta con una capilla de principios del siglo pasado, que fue restaurada entre los años 2000 y 2005. Hasta 1998 hubo 3 religiosas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul que luego fueron retiradas por su congregación. El párroco tiene un office y un dormitorio y tiene como tarea asistir espiritualmente a los internados. En la reunión del C.A.T.A. del 15 de abril de 2005 se trata el tema “incumplimiento de tareas asistenciales” del párroco “debido a reiteradas ausencias”. En esa oportunidad el Director del Hospital decide “consultar con la autoridad eclesiástica pertinente”. **(Debilidad N° 2).**

Comité de Docencia e Investigación: Una Licenciada en Psicología de Planta cumple la función de Secretaria del Comité de Docencia e investigación “ad honorem”. Colabora también una Terapeuta Ocupacional que concurre 3 veces por semana para realizar tareas en la biblioteca virtual.

El Comité se ocupa de las siguientes actividades:

1. Residencia en Psiquiatría
2. Residencia en Psicología
3. Residencia en Trabajo Social
4. Concurrencia en las especialidades antes mencionadas.
5. Prácticas de la materia Administración de Servicios de Alimentación Pasantías de la Licenciatura en Nutrición de la UBA
6. Docencia para Enfermería (a cargo del Comité de Docencia e Investigación de Enfermería – Co.Di.E).
7. Escuela de Enfermería en Salud Mental (dependencia del Ministerio de Salud).

8. Investigación: el último trabajo realizado fue sobre “Comparación entre Olanzapina y Zipracidona respecto a márgenes de seguridad cardiovascular”.
9. Cursos de post – grado (cerrados y abiertos): se realizan entre 24 y 30 cursos por año.
10. Unidad Docente Hospitalaria – UDH de la UBA: A) *Carrera de Medicina* (materias: Salud Mental y Psiquiatría; además del Internado Anual Rotatorio). B) *Carrera de Psicología* (materia: Prácticas Psicopatología). C) *Nutrición* (materia: Prácticas Administración de Servicios de Alimentación). D) *Trabajo Social*.
11. Universidad de Belgrano: realizan cursos y prácticas sociales (ejemplo: tareas en Estadística); Universidad de San Martín: realizan prácticas en Hospital de Día; Hospital Italiano: los alumnos de su Escuela de Enfermería realizan una rotación de 2 semanas aproximadamente en Salud Mental; Escuela de Enfermería del Hospital Roffo: Idem anterior; Escuela de Enfermería del Hospital Francés: Idem anterior; Cruz Roja de San Isidro: Idem anterior; Cruz Roja de Saavedra: Idem anterior. Estas actividades no están respaldadas por convenio. **(Debilidad Nº 3)**
12. Escuela de Enfermería Dra. Cecilia Grierson: rotación de alumnos de 2 semanas en Salud Mental
13. Becas
14. Jornadas y Congresos.

Existe un Protocolo para los Trabajos de Investigación que debe seguirse para poder presentar a este Comité un nuevo Proyecto de Investigación. El Comité de Bioética analiza cada uno de estos proyectos antes de su implementación. No se realiza ninguna investigación en el Hospital que no esté registrada por el CoDEI.

V.2) Recursos Humanos

Al momento de este relevamiento, el Hospital contaba con una dotación de planta de 330 personas distribuidas de la siguiente manera:

Personal		Cantidad	%
Carrera Profesional	Médicos	93	28
	Psicólogos	59	18
	Otros Profesionales	38	12
Residentes	Psiquiatría	7	6
	Psicología	9	
	Trabajo Social	4	
Escalafón General	Enfermeras/os	59	18
	Personal administrativo	52	16
	Personal Servicios Generales	9	3
Total		330	100

Fuente: Liquidación de haberes Marzo 2006

Este plantel insume un gasto anual aproximado de \$ 11.200.000 (incluye Sueldo Anual Complementario - sin cargas sociales). El cálculo se efectuó tomando como base la liquidación de haberes del mes de marzo de 2006.

Se pudo detectar en las entrevistas con las jefaturas, preocupación por los altos niveles de stress que provoca la atención de la emergencia psiquiátrica (ver **Aclaraciones Previas Nº 5**). Al momento del relevamiento, 17 agentes (10 del escalafón profesional y 7 del escalafón general) se encontraban con licencia médica especial.

El recurso humano de enfermería está conformado por 59 agentes. Los mismos se distribuyen en 4 turnos diarios más el turno de fin de semana y feriados para un total de 85 camas, las cuales se encuentran distribuidas en 4 Salas de Internación. La mayoría de los agentes ha decidido no hacer módulos debido al valor de los mismos (\$ 28,50 por 6 horas de trabajo). Del total de Enfermeros, 6 están en trámite de jubilarse y 4 con licencia médica prolongada. **(Debilidad Nº 4)**. La Dirección General Adjunta de Enfermería autorizó la incorporación de 10 agentes (8 enfermeros y 2 Auxiliares) cuya evaluación estaba en proceso al momento de este relevamiento.

Por otra parte hay déficit de personal administrativo en algunas áreas de atención médica (Por ej: Sala Internación Mujeres, Hospital de Día), debiendo los profesionales dedicarle tiempo a estas tareas. El Hospital no cuenta con un especialista en Ginecología. **(Debilidad Nº 4)**

V.3) Presupuesto

Durante el ejercicio 2005, la jurisdicción 40 Salud ejecutó un gasto total de \$ 1.355.234.413.- El Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear devengó \$10.879.789.- lo que representa el 0,80% del presupuesto global de Salud.

La ejecución 2005 (según la Cuenta de Inversión) por programa se muestra en el siguiente cuadro:

Programa	Inciso	Descripcion	Credito Original 2005	Crédito Vigente	Definitivo	Devengado 2005
		HTAL. TORCUATO DE ALVEAR	9.280.084	10.931.381	10.897.502	10.879.789
23		SALUD MENTAL	5.611.944	7.333.047	7.328.398	7.328.398
23	1	Gastos en personal	5.265.944	6.949.436	6.949.427	6.949.427
23	2	Bienes de consumo	346.000	383.611	378.971	378.971
26		SERVICIOS AUXILIARES DEL SISTEMA DE ATENCION	667.782	538.101	538.097	520.385
26	2	Bienes de consumo	23.000	22.312	22.309	22.309
26	3	Servicios no personales	644.782	515.789	515.789	498.076
27		SERV.GENERALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL	3.000.358	3.060.233	3.031.006	3.031.006
27	1	Gastos en personal	1.507.008	1.951.136	1.951.133	1.951.133
27	3	Servicios no personales	1.493.350	1.109.097	1.079.874	1.079.874

Fuente: Cuenta de Inversión 2005

El Presupuesto previsto para el ejercicio 2006 es de \$ 14.728.842.- distribuidos de la siguiente manera:

Presupuesto H. Alvear 2006	Importe
Gastos en Personal (inciso 1)	12.565.432
Bienes de Consumo (inciso 2)	380.671
Servicios no personales (inciso 3)	1.782.739
Total	14.728.842

Fuente: Presupuesto 2006

El incremento del presupuesto 2006 respecto del año anterior fue del 35,38 %. Sin embargo, si al cálculo estimativo del inc. 1 para el presente ejercicio se le suman las cargas sociales, la partida asignada arrojaría un déficit de alrededor de \$ 500.000.-

Si se analizan comparativamente ambos ejercicios (Devengado 2005 – Presupuesto 2006), las variaciones se ven en el siguiente cuadro:

PRESUPUESTOS COMPARADOS 2005-2006			
Inciso	Devengado 2005	Presupuesto 2006	% variación
Gastos en Personal (inc.1)	8.900.560	12.565.432	41,18
Bienes de Consumo (inc. 2)	401.279	380.671	-5,14
Servicios no personales (inc 3)	1.577.950	1.782.739	12,98
Totales	10.879.789	14.728.842	35,38

Fuente: Elaboración propia

Las compras de Bienes de Consumo durante el ejercicio 2005 se hicieron por diferentes modalidades, según se indica en el siguiente cuadro:

Ejercicio 2005	
Modalidad de compra	Importe
PNUD	262.422,06
DECRETO 1629/98	93.816,59
DECRETO 7	9.698,21
LICITACIONES	19.063,08
CAJA CHICA	16.279,12
Total	401.279,06

Fuente: Hospital

El hospital puede utilizar -por Decreto 7/98- un Fondo de Emergencia mensual, previa rendición del anterior. En cambio el Decreto 1629/98 establece que “la Secretaría de Salud podrá requerir a la DG de Contaduría -para el establecimiento asistencial que lo solicite-, un monto equivalente a un Fondo de Emergencia Decreto 7/98 **como excepción**, sin haber rendido el anterior”.

Evidentemente, como puede apreciarse por los montos del cuadro anterior, el hospital hizo uso de la facilidad que otorga el Dto. 1629/98 de no rendición previa convirtiendo una medida de excepción en regla. Se utilizaron **23 Fondos**

de excepción por Decreto 1629/98 y 2 Fondos de Emergencia por Decreto 7/98. (Debilidad N° 5)

Metas físicas 2005-2006

En los Presupuestos 2005 y 2006, las metas físicas aparecen estimadas para el Servicio Público Primario (SPP) N° 23 Salud Mental en su conjunto y no para cada una de sus unidades ejecutoras. No obstante el Hospital proporcionó la programación de metas físicas -que hace el Ministerio de Salud- y la ejecución que informa el Hospital para los ejercicios 2005 y 2006. Se pudo verificar la existencia de diferencias entre los datos informados por el hospital y los registros que el mismo hospital lleva. (Debilidad N° 6)

De la comparación del presupuesto financiero del SPP en ambos períodos surgen algunas diferencias. En 2006 se registra un aumento en el inciso 1 de 17,19 % y en el inciso 2 del 53,89%, sin embargo la meta física bajó en un 0,82% respecto del año anterior.

En cuanto al presupuesto físico, se hace coincidir la **necesidad revelada** (demanda efectiva), con la **meta** (cantidad de bienes y servicios puestos a disposición de los usuarios), de manera tal que no queda expuesta la demanda insatisfecha, que existe, pero no se registra.

V.4) Sub-dirección Médica

De ella dependen los departamentos de Emergencias Psiquiátricas, Técnico y Enfermería y las Unidades Coordinación Arancelamiento y Área de Urgencia.

4.1) Departamento Emergencia Psiquiátrica

El Departamento se encontraba acéfalo al momento del relevamiento, por cuanto su titular se había hecho cargo de la Dirección del Hospital (el anterior Director se encontraba con licencia prolongada por enfermedad y tampoco había Sub-director Médico). (Debilidad N° 1)

4.1.1) División Internación

El hospital cuenta con 3 sectores de internación: Hombres, Mujeres y Adolescentes.

El paciente ingresa generalmente por Guardia, donde permanece por lo menos 24 hs. en observación. Si tiene que ser derivado intrahospitalariamente, es atendido por un equipo de profesionales, compuesto por un médico clínico, un psiquiatra, un psicólogo, una asistente social y una terapeuta ocupacional. Este equipo continúa asistiendo al paciente hasta el alta.

Unidad de internación de hombres: cuenta con 20 camas totalmente ocupadas al momento del relevamiento, de las cuales 6 corresponden a pacientes con causas judiciales penales y/o civiles.

El Personal está formado por:

Personal		Cantidad
Médicos Psiquiatras		5
Médicos Clínicos		1
Psicólogos		4
Trabajadores Sociales		1
Terapistas Ocupacionales		2
Enfermeros (*)	Licenciado	2
	Profesional	4
	Auxiliar	7

(*) De los 2 Licenciados 1 se encuentra con licencia médica prolongada; de los 4 Enfermeros Profesionales 1 está en Comisión en el Htal Lagleyze y otro pronto a jubilarse; de los 7 auxiliares, uno está por jubilarse y otro tiene doble nombramiento.

Residentes	Psiquiatría	Psicología	Trabajo Social
			1
R1	-	-	-
R2	1	1	-
R3	-	-	-
Concurrentes	2 (4º año)	2 (1 de 2º y 1 de 5º año)	-

Los profesionales cumplen el horario de 8 a 13 hs. quedando los pacientes a cargo de los residentes (2 del hospital y 4 rotantes) y 3 concurrentes durante el resto de los horarios. **(Debilidad N° 33)** El equipo tiene una reunión de trabajo los días miércoles. También los miércoles de 9 a 10.30 hs se efectúa la revista de sala.

Existen los grupos de farmacología, coordinado por 2 médicos, al cual asisten residentes y concurrentes. Estos grupos funcionan como un espacio de terapia grupal, se llevan a cabo los lunes, martes, jueves y viernes y duran una hora. Además son funcionales para la formación para residentes y concurrentes, que pueden visualizar el estado y evolución del paciente junto con el control de la medicación. También desarrollan un grupo de Post alta, coordinado por médico, psicólogo y terapeuta ocupacional. El mismo se reúne semanalmente martes y viernes, en el horario de 9.30 a 11hs y tiene por objetivo efectuar un seguimiento una vez externado el paciente. Al momento del relevamiento concurrían 5 pacientes externados a los que se les provee de la medicación necesaria.

La jefa del servicio manifiesta que las Terapistas ocupacionales trabajan a demanda por falta de materiales. Colaboran con los pacientes cuando están en

condiciones de comenzar a buscar trabajo y desarrollar sus habilidades como mecanismo de reinserción social. Durante el período de internación, por lo general, los pacientes deambulan por los jardines o reciben visitas de familiares; a veces se organizan partidos de fútbol, pero, si no cuentan con un enfermero que los acompañe, tienen que suspender la actividad. Al momento del relevamiento se estaba llevando a cabo un taller de fotografía por la tarde coordinado por una psicóloga. **(Debilidad N° 10)**

Las extracciones de sangre las realiza Enfermería en días y horarios preestablecidos, por indicación del Médico Clínico. La jefa del Sector refiere que en el circuito de Laboratorio se extravían entre un 10 y un 15% de los informes **(Debilidad N° 7)**

Para realizar estudios de mayor complejidad o en situaciones de emergencia, se traslada a los pacientes al Hospital Tornú (por sus propios medios o a través del SAME). En Enfermería se encuentra la carpeta de indicaciones médicas, y las enfermeras manejan tarjetas para la medicación. Poseen un stock de medicamentos para dos días. Tres veces por semana se hace la planilla de pedido de medicamentos, que es confeccionado por los médicos y lleva la autorización de la Jefa del Servicio.

La derivación a Htal. de Día es programada. Durante la internación del paciente se le hace la admisión en dicho servicio, pero recién se lo acepta una vez externado. La demora para su aceptación es de aproximadamente un mes. Para el caso de consultorios externos las derivaciones se hacen más rápido.

Todos los pacientes tienen seguimientos individuales que se registran en la H.C.. No existen actividades grupales que se desarrollen fuera de la sala.

En horarios nocturnos y los fines de semana los médicos de guardia se hacen cargo de las urgencias. La enfermera de Sala avisa a la Guardia y, de acuerdo a la gravedad del caso, el paciente es asistido en Internación o se lo traslada a Emergencias. Lo actuado se asienta en la H.C. de Sala y en el Libro de Enfermería.

La edad de los pacientes oscila entre 21 y 55 años, con un promedio de 40 años de edad. La jefa de la Sala refiere que el promedio de días de estadía oscila en los 57 días. **(Debilidad N° 8)**. Las patologías prevalentes son psicosis y trastornos severos de personalidad.

El Servicio no trabaja datos estadísticos, y los datos que se elevan al Movimiento Hospitalario son relevados por personal administrativo de la Unidad Estadística.

El Servicio cuenta con una sala con 20 camas, 2 consultorios de atención, 1 oficina para la jefatura y 1 office de enfermería donde se guarda la medicación y las historias clínicas bajo llave. El cuarto de baño tiene 4 boxes con inodoros (3 de ellos sin tabla para sentarse), una sola ducha y un lavabo con espejo. **(Debilidad N° 9)**

Unidad de Internación de Mujeres: Dispone de 30 camas totalmente ocupadas al momento del relevamiento (3 camas con pacientes judicializadas). El promedio de estadía en el primer semestre de 2006 fue de 56,88 días (Reglamentariamente corresponden 45 días). El rango promedio de edad de las pacientes va de 38 a 40 años.

El personal de la sala es el siguiente:

Personal		Cantidad
Médicos Psiquiatra		5
Médicos Clínico		2
Psicólogos		4
Trabajadores Sociales		2
Terapistas Ocupacionales		2
Enfermeros	Licenciado	2
	Profesional	3
	Auxiliar	7 (*)

(*) De los 7 Auxiliares 2 se encontraban prontos a jubilarse y 2 con licencia médica prolongada.

Residentes	Psiquiatría	Psicología	Trabajo Social
R1	-	-	-
R2	2	1	1
R3	-	-	-
Concurrentes	3 (1 de 1º y 2 de 3º año)	4 (3 de 1º, 1 de 2º y 1 de 3º año)	-

Los médicos clínicos cumplen horas en sala con horas de Suplencia de Guardia. Se encuentran afectadas a los equipos de sala 2 trabajadoras sociales pertenecientes a la División de Servicio Social.

Cada paciente es atendido por un equipo profesional conformado por un Médico Psiquiatra, un Psicólogo, un Trabajador Social y un entrevistador familiar. Cada uno de los Médicos Psiquiatras tiene a su cargo 7 camas. Al momento del Relevamiento y ante la falta de Psiquiatras, el Jefe de Sala tenía a cargo 3 camas.

Los días miércoles se realiza una reunión entre la Jefatura y los distintos equipos. Los temas tratados se registran en un libro de reuniones. El jefe del servicio se reúne también con el grupo de Residentes y Concurrentes.

- El jefe del servicio manifestó dificultades al momento de la externación, debido a:

- Falta de Casas de Medio Camino y dificultad para la derivación al Hospital Moyano en el caso de pacientes con familias no continentales y/o con psicosis crónicas.
- Dificultad en la derivación a Hospital de Día. La espera para la admisión puede ser de hasta un mes.
- Dificultades para derivar a Instituciones especializadas cuando se detectan adicciones y/o patologías duales.
- Dificultades para derivar pacientes con patologías clínicas concomitantes (diabetes, cardiopatías, enfermedades infectocontagiosas, etc.). Estas derivaciones –en general- se hacen a los Hospitales Piñero y Álvarez cuando hay disponibilidad de cama.
- Fallas en el funcionamiento de las Redes de Salud Mental y la de Adicciones. **(Debilidad N° 8)**

Las Terapistas Ocupacionales, no están realizando talleres por falta de insumos. En ocasiones al Hospital acude personal pertenecientes al Ministerio de Educación para realizar Talleres de Recreación (Taller de Teatro, Taller de Lectura de Diarios; Taller de Música). Los jueves por la tarde una de las Terapistas Ocupacionales realiza un taller, con materiales provenientes de los pacientes. **(Debilidad N° 10)**

El jefe del servicio sostiene que hay un aumento en las reinternaciones y asoció como causante de las mismas, las fallas en el sostenimiento de los tratamientos ambulatorios, problemas socioeconómicos, familiares, etc.

Las patologías prevalentes son la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad con complicaciones por las adicciones, observándose un incremento de esta última en los últimos años. El HEPTA no se especializa en el tratamiento de las adicciones. Aquellos casos que presentan mayor severidad son derivados a Hospital de Día a fin de poder recibir un tratamiento más prolongado.

La franja horaria de funcionamiento de los equipos es de lunes a viernes de 8 a 12:50 hs, salvo los residentes cuya carga horaria es mayor.

Los horarios de las comidas de los pacientes son los siguientes: desayuno 8:30 a 9 hs; almuerzo 12 hs; colación 15 hs; cena 18:30 hs. La jefatura del servicio entiende que estos horarios no son los más adecuados teniendo en cuenta las características de estas pacientes; pero cualquier cambio es resistido por la empresa concesionaria.

La Sala se cierra a las 20 hs aproximadamente. Existen permisos especiales para algunas pacientes para permanecer después de las 20hs en el comedor (único sector que cuenta con televisor y es compartido con los pacientes varones). Las pacientes con permiso especial deben ser acompañadas por la enfermera, pero el Turno Noche cuenta con una sola, motivo por el cual ante esta situación la sala queda sin personal de enfermería. No cuentan con acompañantes terapéuticos. **(Debilidad N° 4)**

El servicio no cuenta con médico ginecólogo ni ambulancia para interconsulta o traslado (sólo para emergencias). Si se necesita trasladar a la paciente, se solicita a la familia que se haga cargo. **(Debilidad N° 4)** No cuentan con Laboratorio de Análisis Clínicos. Al momento del relevamiento las muestras eran trasladadas al Htal Tornú. Dentro de las determinaciones solicitadas están las de rutina (glucemia, hemograma, hepatograma, colesterol, etc), litemia, hormonas en general, dosaje de valproato, test de embarazo, drogas de abuso (en algunos casos). **(Debilidad N° 7)**

La solicitud de medicamentos se realiza mediante planillas a la Farmacia 3 veces por semana. Los días viernes se solicita para 3 días.

El servicio no cuenta con personal administrativo ni computadora, motivo por el cual no hacen recolección de datos estadísticos. (Ver Punto **V.2- Recursos Humanos.**)

La Sala (sectores de camas) se encuentra calefaccionada a través de aire acondicionado frío calor. Existen sectores de la Sala (oficina del Jefe, sala de estar, consultorios) que carecen de calefacción. No cuentan con estufas de gas por problemas de conexión y tampoco pueden conectar artefactos eléctricos (caloventores, estufas, etc.) porque la instalación eléctrica no resistiría el consumo. (Ver **Aclaraciones Previas N° 4**)

Unidad de Internación de Adolescentes: Cuenta con 19 camas (todas ocupadas): 10 para mujeres y 9 para varones. La Unidad funciona en la práctica como un Servicio con Consultorios Externos, Hospital de Día y Sala de Internación; todos dependientes de la misma jefatura. El equipo profesional de Adolescencia está formado por :

Personal		Cantidad
Médicos Psiquiatras		9 (*)
Médicos Clínicos		2
Psicólogos		4
Trabajadores Sociales		1
Terapistas Ocupacionales		1
Enfermeros	Licenciado	0
	Profesional	6
	Auxiliar	5

(*)1 con Licencia Médica. De los 5 Auxiliares de enfermería, 1 está con licencia médica prolongada y 1 comisionado para cursar en la Esc. Cecilia Giersson.

Residentes	Psiquiatría	Psicología	Trabajo Social
R1	-	-	-
R2	-	-	-
R3	-	-	-
Concurrentes	3	7	-

El ingreso a la Sala de Internación se realiza siempre a través de la Guardia del Hospital. El paciente ingresa acompañado de un plan terapéutico definido por el médico de Guardia. El Htal. Alvear, a través de su Farmacia, provee la medicación que necesitan los pacientes.

Las Redes de Adolescencia de la Ciudad y de la Provincia no funcionan; tampoco la Red de Adicciones por lo que se dificulta mucho la derivación de estos pacientes. Los pocos lugares que funcionan como Hospital de Día no tienen vacantes o no aceptan adolescentes con patología dual.

Aproximadamente el 30% de los pacientes ingresan judicializados por diferentes causas, y el 70% restante queda bajo la Justicia de Menores dentro del primer mes de permanencia (al 6to. día el hospital debe elevar un Informe Social a la Asesoría de Menores ^(*) y a los 21 días un Informe Psiquiátrico al Tribunal de Menores que se encuentre de turno).

Las reuniones de Profesionales se hacen los días lunes, miércoles y viernes de 8.30 a 9.30 hs.

Para conservar la oferta para internaciones de emergencia la ocupación de camas debería ser del 70 ó 75 %. El jefe del servicio sostiene que el porcentaje de ocupación en los últimos 10 años es del 98 %. Es habitual que los pacientes se cronifiquen con internaciones que van de los 6 meses a los 2 años.
(Debilidad N° 8)

Al momento del relevamiento había comenzado a funcionar un Proyecto de Hospital de Día de manera informal, creando una huerta en los terrenos del hospital donde concurren voluntariamente los pacientes internados 2 veces a la semana. Concurrían 6 pacientes, y otros 15 estaban en lista de espera. Algunos pacientes ambulatorios realizan diferentes actividades durante la mañana o la tarde, y reciben un almuerzo en el hospital (ver listado de actividades solicitado). La jefatura estaba realizando gestiones en la Legislatura a fin de poder utilizar unos terrenos linderos para diferentes actividades de rehabilitación y reinserción (capacitación socio-laboral, talleres, etc). Estos Proyectos darían un lugar de pertenencia a los pacientes y funcionarían como un período de transición una vez otorgada el alta de internación.

Si el paciente se descompensa en la Sala, en horarios donde ya no hay profesionales, el enfermero avisa a la Guardia y ésta concurre al Sector de Internación.

Todos los días trabaja un Equipo de Admisión de Sala (psiquiatra, psicólogo, clínico y asistente social). La admisión a Consultorios Externos se realiza los días lunes y jueves a partir de las 8,30 horas. Los pacientes deben concurrir antes de las 7.00 horas (hacen cola desde las 4 de la mañana) para conseguir un turno. Se otorgan solamente 5 turnos por semana, y este número se regula

^(*) Según el art. 3 de la Ley 22.914. Existe falta de articulación entre la Justicia de Menores (Federal) y las autoridades del Gobierno de la Ciudad (donde rige la Ley 448 de Salud Mental)

de acuerdo a la cantidad de Altas y de profesionales disponibles. La tarea de Admisión la realizan un psiquiatra y un psicólogo.

Cuando no hay camas en el servicio y el equipo de admisión evalúa que hay que internar a un paciente, lo deriva a la Guardia. Esta lo puede dejar bajo el régimen de internación en Guardia hasta que se produzca una vacante en el Hospital, o derivarlo. En algunos casos se medica al paciente y se lo envía a la casa citándolo nuevamente en algunos días

En el Servicio se aceptan las diferentes escuelas terapéuticas en forma interdisciplinaria siempre con un criterio operativo y pragmático. Se evalúan los resultados. Habitualmente –cuando existe la posibilidad- se trabaja con la familia de los pacientes, realizando entrevistas con uno o dos psicólogos de acuerdo a cada caso. Los Permisos de Salida son una herramienta terapéutica, y se utilizan como forma de reinsertar al paciente a su medio habitual. Los tiempos son flexibles, de acuerdo a la realidad de cada paciente. Para otorgar un Permiso de Salida deben cumplirse algunos requisitos predeterminados: conciencia de enfermedad, familia continente y buena respuesta a la medicación.

La consulta individual dura aproximadamente 45 minutos y la familiar 60 minutos. Después de las primeras consultas las que pertenecen a Psiquiatría se reducen a una duración de 15 minutos aproximadamente, ya que solamente necesitan ajustar la dosis y/o cambiar la medicación. Los casos leves son vistos una vez por semana, y los graves de 2 a 3 veces semanales. Los tratamientos ambulatorios deberían durar entre 3 y 6 meses, sin embargo en algunos casos los pacientes permanecen hasta 2 años en tratamiento por diferentes causas. **(Debilidad Nº 8)**

Por Consultorios Externos se otorga la medicación necesaria para el paciente, con las limitaciones propias de la falta de stock ya que se privilegia a los pacientes internados. **(Debilidad Nº 34)**

En aquellos casos en que una paciente necesita una consulta con Ginecología (ver Sala de Internación Mujeres) se debe gestionar un turno y trasladarla a los Hospitales Tornú o Pirovano. El traslado se realiza por el SAME y con la compañía de un familiar o médico del Hospital Alvear. Estas gestiones no están formalizadas, y se realizan a través de conocimientos personales de los profesionales. **(Debilidad Nº 4)**

El Servicio cuenta con 2 enfermeros por turno aunque no siempre puede cumplirse con este esquema. Los últimos enfermeros que ingresaron renunciaron a los pocos días. Se intenta conseguir enfermeros con un perfil adecuado para la atención de adolescentes, pero no siempre se consigue.

La radiología simple se realiza dentro del hospital.

En general no hay problemas con la provisión de medicamentos de uso habitual para los pacientes internados; sin embargo cuando hay retrasos en la entrega de las compras centralizadas, los pacientes ambulatorios son los que

se perjudican. En estos casos se intenta entregarles muestras, enviarlos a Cáritas o a la ANMAT. A los pacientes de Consultorios Externos se les confeccionan recetas con la prescripción necesaria para 7 ó 14 días aproximadamente.

Existe un Comité de Farmacia que ha generado un protocolo consensuado con los profesionales y de uso para todos los servicios del hospital.

El registro de la actividad profesional en este servicio tiene diferentes características de acuerdo al sector:

Consultorios Externos: No se abre Historia Clínica, tienen Ficha de Admisión en la cual constan los datos personales del paciente y un estudio Psiquiátrico mínimo donde se informa si es derivado o pasa a Guardia. Luego de la Admisión las evoluciones se adjuntan a esta Ficha. Se archivan en Adolescencia y transcurrido aproximadamente 1 año de ausentismo del paciente se envían al Archivo Central de Consultorio Externo.

Salas: utilizan la Historia Clínica de Internación. Evolucionan todos los profesionales intervinientes en el mismo cuerpo de la H.C., por orden cronológico y sin que exista división por especialidad. Se archiva en el Servicio.

Hospital de Día: Se registra en Historia Clínica del paciente.

El Servicio no tiene empleados administrativos (Ver Punto **V.2 - Recursos Humanos**) y carecen de teléfono. Sólo cuentan con un interno (es el medio para comunicarse con la Guardia) que en ocasiones no funciona. Parte del equipamiento actual fue comprado por los propios Profesionales: 2 PC completas, 3 impresoras, cartuchos de tinta y el pago del mantenimiento técnico (**Debilidad Nº 11**). El jefe del Servicio sostiene que pierde mucho tiempo en actividades burocráticas y administrativas relacionadas con la Justicia de Menores. Ese tiempo debería dedicarlo a mejorar la atención de los pacientes y su familia.

4.1.2) División Atención Ambulatoria

Tienen tres bandas horarias de atención, mañana, tarde y vespertino. Siendo el lapso de atención de 8 a 20hs. El turno mañana es de 8 a 12:50, el de tarde de 13 a 17:50 y el vespertino de 16 a 20 hs. Cuenta con el siguiente personal:

Personal	Cantidad
Médicos Psiquiatra	15
Médicos Neurólogo	1
Psicólogos	27
Trabajadores Sociales	2
Terapistas Ocupacionales	2

Personal		Cantidad
Técnicos EEG		2
Enfermeros	Licenciado	0
	Profesional	1 (*)
	Auxiliar	0

(*) El único Enfermero se encontraba con licencia médica prolongada.

Residentes	Psiquiatría	Psicología	Trabajo Social
R1	3	6	2
R2	-	-	-
R3	-	-	-
Concurrentes	-	-	-

Existen 6 profesionales que cubren horarios de planta por suplencias de guardia. Tres de ellos pertenecen al staff del servicio.

En el horario de la mañana funcionan 5 equipos de admisión, uno por día, que está compuesto por 2 psiquiatras y 4 psicólogos. Por la tarde funcionan 3 equipos de admisión que atienden lunes, miércoles y viernes compuestos por 2 ó 3 psiquiatras y 4 psicólogos. En el turno vespertino sólo atienden un psiquiatra y un psicólogo que no hacen admisión.

Por la mañana disponen de 8 turnos de admisión por demanda espontánea y 4 turnos por demanda programada de sala, o judicial o de otro servicio.

Por la tarde cuentan con 5 turnos por demanda espontánea y 3 por demanda programada.

Circuito de admisión: El paciente solicita turno por ventanilla y es derivado al equipo de admisión correspondiente a ese día. Existe un criterio de admisión que impide aceptar pacientes alcohólicos, adictos o con patologías crónicas ya que es un hospital que principalmente atiende la emergencia.

Luego de la admisión cada paciente queda con un psiquiatra y un psicólogo a cargo de su tratamiento. Estos profesionales manejan su propia agenda y vuelcan en una planilla de registro de actividades la producción diaria. Con esas planillas Estadística elabora la síntesis de la producción mensual.

(Debilidad N° 12)

El protocolo de atención estipula:

60´ para admisión

45´ para psicoterapia individual.

30´ para consulta psiquiátrica

20´ para consulta médica

20´ para interconsulta

1-2 horas para psicoterapia grupal y/o familiar.

Los tratamientos están programados con una duración de 3 a 6 meses, en muchos casos el alta se posterga por falta de atención en el hospital de

referencia al cual se deriva, por ello los tratamientos en ciertas ocasiones duran un año y más. **(Debilidad Nº 8)**

En el turno mañana los psiquiatras suelen atender 10 pacientes como promedio diario, mientras que a la tarde atienden 7. En el caso de los psicólogos atienden un promedio de 4 o 5 pacientes por la mañana y 3 pacientes en el horario de la tarde. En el horario vespertino la producción es menor debido a que sólo cuenta con dos profesionales.

Según la jefa del servicio, el 60% de la demanda proviene de la provincia de Buenos Aires. El servicio posee 20 consultorios, una cámara Gessell y 2 electroencefalógrafos. No tienen computadoras **(Debilidad Nº 11)**. La misma profesional plantea una serie de debilidades del servicio que afectarían la atención de los pacientes: conflicto entre profesionales; dificultad para compensar los distintos tipos de licencias tomadas por los profesionales, que sobrecargan al resto, (fundamentalmente las licencias por exámenes –28 días al año-) y que no son justificadas; dificultad para sancionar a agentes que no cumplen pautas de atención a pacientes y/o presentismo **(Debilidad Nº 2)**; dificultad para pedir el pase de profesionales que no cumplen las normas.

Hospital de Día: Cuenta con el siguiente Personal:

Personal		Cantidad
Médicos Psiquiatra		4 (*)
Psicólogos		6
Musicoterapeuta		1(**)
Trabajadores Sociales		1
Terapistas Ocupacionales		3
Sociólogo		1
Enfermeros	Licenciado	1
	Profesional	1
	Auxiliar	1

(*)1 con licencia médica prolongada.

(**) Falleció en el transcurso de este relevamiento.

Residentes	Psiquiatría	Psicología	Trabajo Social
R1	3	6	2
R2			
R3			

El Servicio comenzó funcionando con 2 equipos de Profesionales para una población determinada de pacientes. La modalidad posteriormente se modificó en la actualidad funciona en 2 turnos: Mañana y Tarde, dividido cada equipo según las características de los pacientes a tratar.

En el Turno Mañana trabajan:

1 Médico Psiquiatra de Planta con horario de Lunes a Viernes.

1 Médico Psiquiatra Suplente de Guardia de 12 horas, que realiza módulos de

4 horas los martes, miércoles y viernes.

1 Terapeuta Ocupacional

En el Turno Tarde trabajan:

1 Médico Psiquiatra de Planta (al momento del relevamiento con Licencia Médica Prolongada)

1 Médico Psiquiatra Suplente de Guardia de 12 horas, que realiza módulos de 4 horas los lunes, miércoles y viernes.

El Servicio contaba con una Musicoterapeuta, quien falleció recientemente.

Los objetivos que persigue esta Unidad son:

- Rehabilitación de los pacientes a una vida cotidiana que contemple, acorde a sus posibilidades, la progresiva inserción laboral y a actividades recreativas.
- Resocialización mediante el trabajo grupal, que favorezca las relaciones interhumanas para facilitar la convivencia en el afuera.
- Tratamiento individual y grupal, del paciente y su familia, a través de diversas actividades dentro del servicio, como asambleas participativas y actividades sociales dentro del hospital (festejos del Día del Amigo, Día de la Primavera, etc.).

Como objetivos a futuro figuran:

- Confección de estadísticas de investigación.
- Línea de investigación basada en los tratamientos administrados con registro en las H.C y aprobado por el Comité de Ética.
- Docencia: realizar trabajos conjuntos con la Unidad Docente Hospitalaria (UDH).

Las patologías que prevalecen en la Unidad son: Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastornos de la Personalidad, Ansiedad y Neurosis Obsesivas.

El circuito de ingreso de los pacientes puede ser :

- Interno: los pacientes son derivados de cualquier servicio: Guardia, Sala de Mujeres, Sala de Hombres, Adolescencia, Consultorios Externos. Los requisitos para ser admitidos son: no deben tener patologías orgánicas, ser débiles mentales, psicópatas o sociópatas; el servicio agregó como restricciones a la internación a los pacientes con riesgo suicida (éstos se internan en la Guardia) y a los que sufren adicciones (se derivan a Centro de Día Carlos Gardel).

- Externo: Las internaciones externas siguen un lineamiento similar: una vez aceptado el paciente se lo pone sobre aviso del Proceso de Evaluación que realizará el servicio mientras continúa asistido por los profesionales tratantes, excepto cuando se trata de pacientes de consulta externa que estén en riesgo, como por ejemplo por falta de medicación, en esos casos se acelera el proceso de evaluación que se define en general mediante dos entrevistas. La efectivización del ingreso depende de las plazas disponibles; mientras están en espera realizan entrevistas espaciadas hasta que se libera una plaza de ingreso.

Las variables que se manejan son la demanda de tratamiento y la demanda de ingreso al dispositivo. Se van perfilando mediante las entrevistas con el equipo de Psiquiatra – Psicólogo y el paciente. La espera para ingresar a la Unidad va de 10 a 14 días durante los cuales se realiza–al menos- una entrevista semanal. Prácticamente no hay lista de espera para entrevistas. En los casos en que no hay cupo no se realizan Admisiones, pero sí Evaluación y Orientación y se derivan a Hospital de Día de los Hospitales Tornú, Ameghino, Álvarez, Borda, Moyano, Tobar García o Centro de Salud Mental N° 1.

Al momento de producirse el egreso del paciente, el equipo de Psiquiatra-Psicólogo busca consenso con el resto de los profesionales tratantes; se le comunica al paciente y se lleva a cabo el proceso en forma gradual y paulatina, disminuyendo los días semanales de concurrencia.

La medicación concuerda en un 70% con el protocolo del Comité de Farmacia del hospital; fundamentalmente se manejan antipsicóticos. Atienden pacientes crónicos, no en período de crisis, en general polimedicados con no menos de 4 fármacos. La Farmacia del Hospital provee la medicación, y Hospital de Día tiene el mismo nivel de prioridad que las Salas de Internación.

Tienen un pequeño Servicio que funciona como Consultorio Externo propio, ya que al no ser pacientes agudos no son absorbidos por el Consultorio Externo del Hospital. Actualmente hay 7 pacientes en consulta ambulatoria, no existe un tiempo de tratamiento establecido, las características particulares de cada paciente regulan estos períodos entre 2 y 8 meses. Una de las causas que prolongan la duración de estas terapias es que al ser derivados a otros Centros Asistenciales éstos no le proveen la medicación necesaria.

A los pacientes con domicilio en Pcia. de Buenos Aires se les extiende un doble informe (Resumen de H.C y tratamiento) para ser presentado al hospital que corresponda de acuerdo al Área Programática de su domicilio. El Hospital Alvear se comunica primero con el Servicio de Salud Mental del hospital que corresponda, si no logran la derivación se envía al paciente y su familia a hablar directamente con el Intendente de su Municipio. Este mecanismo ha dado muy buenos resultados en la derivación de pacientes del Conurbano.

Al momento del Relevamiento había 22 pacientes en el Turno Mañana y 28 en el Turno Tarde. A estos se agregan 7 pacientes de Consultorio Externo.

Llevan estadísticas mensuales de su productividad, no así de la actividad docente que realizan ni las supervisiones. Su radio asistencial (población real asistida) no se refleja en las estadísticas, ya que muestra solamente el trabajo con el paciente y no la labor con el grupo familiar. El hospital trabaja con pacientes cuyas edades van de los 14 a los 59 años.

Stress traumático: Es un Programa especial que funciona en Consultorios Externos desde diciembre del 2000. Tiene asignado el consultorio N° 1, pero no depende de la Unidad (**Debilidad N° 1**). Está coordinado por un médico psiquiatra y cuenta con un equipo de 8 profesionales (5 de planta y 3 contratados). No tienen personal administrativo. (**Debilidad N° 4**) Ellos llevan

sus propios registros de actividades diarias y mensualmente se lo entregan a la Jefa de Consultorios Externos quien lo envía a Estadística. Tienen una producción mensual de 40 consultas de 1era. Vez y atienden alrededor de 200 consultas ulteriores semanales. A partir del “caso Cromagnon” los tratamientos se extendieron de 2 a 4 meses. A estos pacientes se les provee la medicación. Desde 2006 atienden también a ex - combatientes de Malvinas y pacientes derivados de la U.B.A.

Violencia familiar: El sector está a cargo de una psicóloga que trabaja con la demanda que proviene de los juzgados, los que, mediante oficios, solicitan atención para grupos familiares, hombres o mujeres integrantes de parejas. Trabaja en equipo con una Terapeuta Ocupacional. Durante el proceso de tratamiento y al terminar el mismo se envía un informe al juzgado con la evolución del caso y el pronóstico. Ambas profesionales coordinan los grupos de hombres y mujeres golpeados.

También atienden demanda espontánea con tres profesionales psicólogos. El circuito es el siguiente: se solicita el turno y como máximo se demora de 4 a 5 días hábiles en concertar la entrevista. El tratamiento es breve con objetivos específicos y el promedio del mismo es de ocho meses. Si algún paciente necesita ser medicado recurren al psiquiatra del equipo.

La demanda insatisfecha obedece al rechazo del paciente por no encuadrarse en la normativa de admisión (alcohólicos, adictos o pacientes crónicos). El sistema no ofrece una alternativa de tratamiento para este tipo de pacientes.

La jefa del servicio dicta anualmente un curso de violencia familiar para profesionales.

Otras actividades:

Todos los viernes hay una reunión de Alcohólicos Anónimos en consultorios externos. El tercer miércoles de cada mes se lleva a cabo la reunión de la Asociación de Familiares de Pacientes Esquizofrénicos.

4.1.3) Unidad Farmacia

El Decreto 938/03 establece que la dotación de guardia del Hospital Alvear deberá estar formada –entre otros profesionales- por un farmacéutico. Este es el motivo por el que el hospital cuente con un plantel de 7 farmacéuticos, incluyendo la jefa. La guardia del día jueves es cubierta por un Suplente de Guardia dado que el titular se jubiló. Los domingos están cubiertos por personal suplente. La Unidad cuenta con una administrativa, a préstamo, del sector Estadística.

Funciones:

- Gestión del medicamento y otros insumos (circuitos de compra, manejo de stock, asesoramiento técnico para su compra, etc.)
- Control del inventario de los distintos insumos de farmacia.

- Dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios y las áreas de Internación y Guardia.
- Preparación de medicamentos magistrales (jarabes, jarabes expectorantes, crema antimicótica, crema antialérgica, dilución del Agua Oxigenada, envases con desinfectantes, etc.).
- Participación en los Comités de Farmacia y de Farmacovigilancia.

Circuitos de Compras de medicamentos según su modalidad:

El hospital adquiere los insumos de Farmacia por las siguientes modalidades:

- 1) Compras centralizadas (PNUD).
- 2) Fondo de Emergencia (Decreto 7 y 1629).
- 3) Licitación Privada.
- 4) Caja Chica

Compra Centralizada: El pedido de compra de medicamentos mediante la modalidad PNUD (compra centralizada) se realiza sobre la base del Vademécum consensuado por en Comité de Farmacia del Hospital. El Ministerio de Salud es quien define el plazo por el cual se va a realizar el pedido. Para el 2005 el pedido se realizó por un período de 10 meses.

El Acto de apertura de la Licitación Pública Internacional N° 38/05 para cubrir las necesidades del ejercicio 2006 se efectuó el 2/12/05 pero se adjudicó recién el 2/8/06 (y se emitieron las órdenes de compra el 28/8/06). **(Debilidad N° 13)**

Compra por Fondo de Emergencia (FES):

Se utiliza esta modalidad de compra cuando se alcanza stock crítico para un insumo determinado.

Farmacia define "Stock Crítico" como la cantidad mínima de medicamentos que debe existir para atender las necesidades de los pacientes internados, de Htal de Día y pacientes de Consultorios Externos que fueron externados, por un período de 45 a 60 días. Para aquellos medicamentos que tienen un costo elevado, se calcula el stock crítico sólo para los pacientes de Internación y Hospital de Día.

El Hospital cuenta con un Fondo de Emergencia de \$ 5.000.- y el trámite, desde el comienzo hasta el ingreso de los medicamentos, tarda entre 30 y 45 días **(Debilidad N° 14)**

Cuando hay necesidad de realizar compras por esta modalidad el pedido es enviado a la Sección de Control Presupuestario. Si hay fondos es entregado a Compras, en donde le asignan un número de pedido y el Subdirector Administrativo decide si lo va a tramitar por Dto. 7 ó 1629.

La solicitud de gasto es confeccionada en sistema Acces y se imprime el formulario por duplicado. Dichos formularios son acompañados por un Acta de Racionalización, para justificar la compra, y son firmados por el Jefe Técnico y

médico, la Jefa de Farmacia, la Jefa del Dpto. Económico Financiero, el Subdirector Administrativo y el Director del Hospital.

Posteriormente se arma el pliego, se hacen las publicaciones en cartelera y por internet. **(Debilidad N° 14)**

En la fecha establecida para la apertura se abren los sobres y se constata que sean proveedores del GCBA, que no tengan deudas fiscales, que hubieran presentado sus presupuestos y todas las otras verificaciones pertinentes.

Las impugnaciones administrativas las hace Compras, mientras que la elección del ganador la realiza Farmacia y realiza la justificación mediante un informe técnico.

La documentación de la compra es analizada por el comité de preadjudicación, que es designado por una disposición que realiza el hospital anualmente. Si el proceso es aprobado, la Sección Compras realiza el acta de preadjudicación, la publica en Internet y, luego de armar la Orden de Compra, la envía por fax al laboratorio ganador. También se envía una copia por e-mail a Farmacia para controlar la recepción del pedido. A Tesorería se le entrega una fotocopia de la OC para el control y pago de la Factura. La OC original pasa a Presupuesto para que arme el informe al Ministerio sobre los insumos comprados por el hospital.

Licitaciones Privadas: Se inician a principio de año para cubrir las necesidades de los 6 primeros meses del año. La posibilidad de hacer licitaciones, así como la cantidad que está habilitada a realizar las define la Sección de Compras y Contrataciones.

El pedido se arma de igual forma que los fondos de emergencia. Los medicamentos de bajo monto no se incluyen en el pedido ya que los proveedores no presentan oferta por los mismos.

Caja chica: No es habitual que se utilice esta metodología para adquirir insumos, pero anteriormente se utilizó para comprar material descartable, alcohol, termómetros, entre otras cosas menores.

Otras formas de abastecimiento de insumos de farmacia:

- Donaciones de laboratorios y droguerías.
- Cooperadora.
- Canje entre hospitales.
- Programa de Epilepsia.
- Programa de Salud Mental.
- Programa de Salud Reproductiva.
- Talleres Protegidos.

Las donaciones de Laboratorios y Droguerías son ingresadas al hospital mediante una planilla de donaciones que es elevada al Ministerio de Salud por

triplicado. Una de las copias se envía a Patrimonio y las otras dos al Ministerio. Las mismas son por pedidos telefónicos del hospital en su mayoría.

La cooperadora entrega insumos de bajo monto y de necesidad inmediata, como ser: test de embarazo, descartables y medicación específica de escaso consumo, entre otras. La última entrega efectuada por la cooperadora se realizó el día 18/07/2006.

Eventualmente, ante la falta de insumos existe la posibilidad de hacer canjes o donaciones entre hospitales. De los Programas de Epilepsia y de Salud Mental ingresa al hospital medicación específica como ser psicofármacos, antidepresivos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, entre otros.

Del Programa de Salud Reproductiva se entregan preservativos, test de embarazo, píldoras del día después, excepto anticonceptivos orales. Los medicamentos provistos por Talleres Protegidos, son medicamentos genéricos de elaboración propia.

Todos los insumos ingresados a Farmacia, por las distintas modalidades de compras o por los otros mecanismos de abastecimientos son ingresados en un "libro de compras" excepto los insumos canjeados entre hospitales, las donaciones y los insumos entregados por el Programa de Salud Reproductiva.

Control de inventario:

Farmacia utiliza varias planillas para diferenciar los consumos de medicamentos del hospital. La primera planilla refleja el consumo de las Salas y la Guardia. En la segunda planilla se anotan los consumos de Consultorios Externos. Para Salud Mental, Cooperadora, Donaciones y Programa de Epilepsia el control de inventario se encuentra en ficheros separados.

Las primeras y segundas planillas se vuelcan en un fichero una vez por semana. Los ficheros contienen la fecha de ingreso, la procedencia, el N° de Orden de Compra, la fecha de salida y el stock final. No tienen sistema informático para tal fin. El sistema de descarga de inventario es por la fecha de vencimiento de los medicamentos.

La toma de inventario de los medicamentos de la Guardia y Consultorios Externos se realiza en forma diaria, mientras que la toma de inventario de las Salas se realiza día por medio. Los medicamentos de Lista III son inventariados a cada cambio de guardia por el farmacéutico de turno. Las recetas son pasadas en forma diaria al libro de psicofármacos.

El botiquín general es inventariado cada 15 días. De allí se abastece a las salas y a los otros servicios del hospital.

La Farmacia cuenta con un depósito donde se guardan los medicamentos a granel y otros insumos que están bajo la custodia del farmacéutico de guardia de los sábados quien realiza el control de inventario 2 o 4 veces al mes.

Circuitos de entrega de medicamentos:

Guardia: La guardia realiza un pedido diario en una planilla en la cual consta: N° de cama, nombre del paciente, historia clínica, diagnóstico, medicación, dosis por vez y dosis total, cantidad pedida y cantidad entregada. El horario de pedido es entre las 8:00 y las 8:30 hs y es retirado por un agente de enfermería de la guardia a partir de las 11:30 hs.

La planilla es firmada por la persona a cargo del servicio de guardia, el farmacéutico que prepara el pedido y el personal de enfermería que recibe la medicación. En caso de que no hubiera un medicamento se deja aclarado, en la planilla de pedido, el sustituto y la dosis que debería ser administrada al paciente. Cuando los datos de la planilla no son completos se entrega igual la medicación pero tampoco se hace el reclamo sobre tal hecho.

Salas de Internación: Los pedidos son solicitados a Farmacia los días Lunes, Miércoles y Viernes entre las 08 y las 08:30 hs. El farmacéutico de guardia arma el pedido, sin diferenciarlos por paciente y aproximadamente a las 11:30 hs un agente de Enfermería de la Sala retira la medicación.

Las dosis no administradas, por alta o traslado del paciente, no vuelven a Farmacia, quedando a resguardo en los offices de Enfermería, constituyendo un botiquín paralelo para suministrar refuerzos a otros pacientes. **(Debilidad N° 15)**

Para los casos de pacientes con permisos de salida el circuito es el siguiente:

- pacientes con permisos de 3 días (fin de semana), la medicación la entrega enfermería en la Sala.
- Pacientes con permisos prolongados (7 días), 3 días de medicación las entrega enfermería de Sala y los 4 restantes se retiran en la ventalla de Farmacia con la receta del médico tratante.

Hospital de Día: idem Salas, excepto porque la medicación sobrante se devuelve mediante una nota escrita o lo descuentan de las cantidades del nuevo pedido.

Tanto para Guardia, Salas como Htal de Día los pedidos de lista III se dejan guardados en la Farmacia sin sus recetas.

Los medicamentos de lista III deberían ser solicitados en una planilla distinta, pero por falta de papel se anota en la misma planilla y se resalta con un marcador.

Consultorios externos: Farmacia posee un programa de PC en donde se ingresa el nombre del paciente, la historia clínica, el teléfono, el DNI, el tipo de medicación que se llevó, la dosis y los días de medicación entregados. También se incluye el nombre del médico que hizo la receta y si el paciente es externado o no.

Para los pacientes que nunca tuvieron historia clínica se les asigna un número de ficha de farmacia para hacer el seguimiento de los medicamentos suministrados. El N° de ficha de farmacia no se notifica al médico ni se incluye en la historia clínica una vez abierta.

Cuando las personas se presentan por ventanilla, farmacia controla por medio de este programa, si el paciente se está presentando antes de tiempo. El programa permite detectar pacientes que falsifican las recetas o que no tienen control sobre la medicación.

Pacientes epilépticos: Las recetas deben tener el DNI y se carga, en el mismo programa de Consultorios Externos, el nombre y apellido del paciente, y el nombre del neurólogo que hizo la receta. La medicación que se entrega es para 30 días.

Procreación responsable: Solo se entregan insumos a las Salas del hospital.

Pacientes de Cromagnon: Por disposición de la Dirección General de Atención Primaria se debe entregar la medicación necesaria a estos pacientes. Si no hay medicación se llama por teléfono al Ministerio y se pasa la receta por fax. Posteriormente se le informa a la Farmacia del hospital un número de autorización y la dirección de la farmacia por la que debe pasar el paciente para retirar los medicamentos. El problema que genera esta metodología es que la Farmacia no tiene fax y hay que salir del recinto para gestionar este trámite. Mientras tanto la ventanilla se queda sin atención. **(Debilidad N° 16)**

4.2) Departamento Técnico

Según la estructura formal, de este departamento dependen:

- División Servicio Social
- Sección Estadística
- Unidad Alimentación
- Unidad de Trabajo Programación y Control

Sin embargo, el jefe de este departamento (médico psiquiatra) se dedica de manera informal a cubrir tareas del Departamento de Emergencia, de nexos entre la Guardia y la Dirección del Hospital, participa del C.A.T.A, de los Comités de Crisis, Docencia e Investigación y Gestión de Calidad. **(Debilidad N° 17)**. No tiene personal administrativo a su cargo.

4.2.1) División Servicio Social

El hospital cuenta con 10 Trabajadores Sociales (2 con licencia por largo tratamiento). Cada día de la semana hay un Trabajador Social de Guardia. Estos profesionales responden a la jefatura Médica de Guardia. Trabajan en el Servicio, además, 5 residentes.

El equipo está en comunicación con SEDRONAR (Secretaría de Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico) y CE.NA.RE.SO (Centro Nacional de Reeducción Social).

Tramitan documentos de identidad para los pacientes que no los poseen, jubilaciones y pensiones, certificados de discapacidad. El sector trabaja en la apertura hacia la comunidad. Se crearon Talleres de Educación no formal a

cargo de dos Coordinadoras que abarca Música, Macramé, Telar y Gimnasia. Los Residentes de 1er. año de Servicio Social realizan Cámara Gessel y Atención Primaria de la Salud en el Centro de Salud N° 10 (Htal Penna).

El lugar físico que ocupa el Servicio es muy pequeño (una oficina de 4m x 3m), los boxes carecen de privacidad; cuentan con una computadora obsoleta sin impresora y con otro equipo, adecuado para sus tareas. Con aportes personales de todos ellos compraron una impresora. **(Debilidad N° 16)**

Los días miércoles de 8:30 a 9:45hs se realiza la reunión de equipo en el Servicio. Ese mismo día también, se realiza la reunión de equipo en cada uno de los Sectores de trabajo. Los Trabajadores Sociales que forman parte de la dotación de Guardia no dependen de esta División. No existe articulación entre la Guardia y el Servicio Social.

Circuito del paciente:

Guardia: se realiza la apertura de la Historia Social y diariamente se evoluciona. Cuando el paciente es trasladado a Sala, interviene la Div. Servicio Social quien actualiza los datos de la Historia Social y realiza el seguimiento. En esta etapa toda gestión es volcada en la Historia Clínica.

Consultorios externos: estos pacientes en la mayoría de los casos son derivados a Servicio Social por Médicos o Psicólogos del Sector. Se abre una Historia Social que es archivada en Servicio Social.

Pacientes judicializados: En la mayoría de los casos de internación de adolescentes interviene la Justicia (Defensorías, Fiscalías, Juzgados Penales, Juzgados Criminales, etc). En todos los casos El Servicio Social eleva un informe con 4 copias: una para la HC, una para el Juzgado, una para Despacho y la cuarta queda en el Servicio Social.

Registros:

- Historia Social de Ingreso con datos del paciente, diagnóstico médico presuntivo, grupo conviviente y evaluación diagnóstica social.
- Registro de Actividades Grupales de Servicio Social.
- Registro de Prestaciones Diarias de Servicio Social
- Informes, con indicaciones de Juzgados intervinientes entre otros datos.
- En el mes de octubre 2006 incorporaron una Planilla de Admisión para aquellos pacientes que pasan de Guardia a Sala de Internación y/o Consultorio Externo y una de Seguimiento en la cual se planificará la estrategia de trabajo para cada equipo profesional.

Libros:

- Registro de Casos Sociales: libro foliado donde se deja constancia de los casos más complicados y de aquellos con internación prolongada.

- Registro de pacientes de Consultorio Externo: libro foliado donde consta nombre y apellido, edad, domicilio, Historia Clínica, DNI, motivo de la consulta.
- Registro de Tarea Grupal y Comunitaria en Htal de Día.

4.2.2) Sección Estadística

El sector cuenta con una oficina en la que trabajan 3 personas (incluida la Jefa del área), las restantes 9 se distribuyen de la siguiente manera: 1 persona en Hospital de Día, 3 agentes en guardia, uno de ellos en fin de semana, 1 en farmacia y 4 en consultorios externos. De estos agentes 2 son planes trabajar y uno con su designación en trámite.

Diariamente se retiran las planillas de guardia y las planillas de censo diario de cada uno de los servicios. Esos datos son volcados a una planilla por servicio, las cuales se van a utilizar para confeccionar la Planilla General de ingresos, egresos y pases que se envía a la Dirección de Estadísticas de Salud en forma mensual.

Guardia

Los empleados administrativos asignados a la guardia son los encargados de abrir las historias clínicas cuando ingresa un nuevo paciente o de buscarla en el archivo en los casos de reinternaciones. El personal de fin de semana tiene preparadas historias para abrir (stock 20 carpetas) y puede acceder al archivo de historias.

La HC se confecciona con el diagnóstico presuntivo elaborado por los psiquiatras y los psicólogos, la evaluación clínica, la evaluación social, el reglamento del hospital para pacientes internados, firmado por el familiar responsable y la orden de internación.

Existen algunos casos excepcionales en que los pacientes son internados directamente en los servicios (sala de hombres-mujeres-adolescencia), también en estas situaciones la confección de la HC la hace el personal administrativo de guardia.

Por otra parte existe una planilla llamada Estadística diaria de Guardia que llevan los profesionales. Esta planilla, firmada por el Jefe de Día y por el Jefe de Urgencia, se entrega a Estadística diariamente. Con ellas se elabora un informe mensual que se eleva a la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud y se coloca en internet como Estadística de Atención Ambulatoria del hospital (**Debilidad N° 18**).

En el sector se completa otra planilla diaria donde se registra la cantidad de pacientes atendidos en la guardia (sin datos personales) a los que se suman los auxilios con ambulancia, las interconsultas, los llamados telefónicos, las derivaciones y las internaciones. Por esta multiplicidad de registros la producción diaria de un equipo de 7 profesionales asciende a un promedio de 350 prestaciones. Estos datos son los que se publican como estadísticas de

atención en Consultorios Externos cuando, en realidad, no corresponden al área de atención ambulatoria propiamente dicha.

Para completar el “Registro mensual de prestaciones de Consultorios Externos de Psicopatología y Salud” (sumatoria síntesis de las planillas diarias) proceden de la siguiente manera:

- Psicoterapia individual: sumatoria de la columna de prestaciones de los psicólogos
- Psicoterapia de pareja y familia: sumatoria de la columna de entrevista familiar. Para registrar el número de integrantes multiplican el total de entrevistas familiares por dos ya que no existe registro de integrantes del grupo familiar.
- Certificados de Salud mental: aquí se coloca la cantidad de oficios judiciales del mes y no lo que surge de la planilla.
- Interconsultas: aquí se coloca el total de llamadas telefónicas, de difícil comprobación ya que no existe una central telefónica. La cifra final de “Interconsultas” no coincide con la registradas por consultorios externos.
- Supervisiones: para armar este dato se suma la columna de supervisiones y se lo divide por dos.

La metodología utilizada le resta confiabilidad a los datos estadísticos del Hospital. **(Debilidad N° 24)**

Consultorios Externos

Para la atención ambulatoria se abren fichas, sin numeración y ordenadas alfabéticamente. Sólo con algunos pacientes derivados judicialmente se abre una Historia Clínica con la ficha previa.

La atención diaria se vuelca en planillas que se retiran cada 3 días. Cuando un profesional retira una Ficha o Historia Clínica para atender queda registrado en esta planilla. Al momento del relevamiento sólo se procesaban las admisiones de 1ª vez.

Cada profesional lleva su propia planilla de atención donde anota los datos del paciente y el tipo de atención que le brindó (Control de medicación, atención Psicológica, interconsulta, etc.). Esas planillas son entregadas por el profesional, mensualmente a la unidad de Estadística, la que confecciona una síntesis de atención en Consultorios Externos que es elevada a la Dirección de Estadística de Salud. **(Debilidad N° 12)**

La planilla mensual llamada “***Movimiento de consultorios externos***” se construye con diferentes registros y está diseñada como un cuadro de doble entrada con 3 filas Neurología, Emergencia y Totales) y 4 columnas (Consultas de 1era. Vez, Interconsultas, Consultas ulteriores y Totales).

La columna de ***consulta de primera vez*** se confecciona sumando las planillas de punteo del Libro de Guardia. La columna de ***interconsultas*** se confecciona con la suma de la columna de Interconsultas de la planilla de “Estadística diaria de Guardia”. La columna de ***ulteriores*** se confecciona de una sumatoria de las

columnas de orientación, medicación, derivación internación y telefónicas; todos estos datos extraídos de la planilla de “Estadística diaria de Guardia”. En este caso la jefa de Estadísticas efectúa una ponderación de los datos de acuerdo a la preponderancia de las llamadas telefónicas del mes. **(Debilidad N° 24)**

Hospital de día

En la Ficha Clínica se registran las prácticas brindadas al paciente y firmadas por el jefe del servicio. El empleado administrativo que depende de Estadística prepara una planilla mensual donde se sintetizan estas prestaciones.

Informe de hospitalización

Se confecciona por triplicado, dos copias quedan en la H. C., y se envía el original a Estadística. El informe se va actualizando con los pases y el alta. En el momento de alta del paciente, una de las copias de la historia vuelve a Estadística donde se archiva y la otra copia va al sector Facturación. Mensualmente se envían todos los originales a la Dirección de Estadísticas del Ministerio en paquete y por sector.

Dentro de la planilla del Informe de Hospitalización, el sector de Estadísticas hace la Codificación del Diagnóstico de acuerdo al Codificador C.I.E. 10 (clasificación internacional de enfermedades versión 10) **(Debilidad N° 25)** El Informe Estadístico de Hospitalización es cargado en el sistema INFO, que produce un resumen de egresos según días de estada, sexo y diagnóstico. Posteriormente se envía un disquete con la información de las planillas a la Dirección de Estadística de Salud.

Contestación de oficios judiciales

El sector también contesta oficios judiciales a través de los cuales se requiere información de alguna persona (si estuvo internada, período, alta, etc)

Archivo de Historias Clínicas

La Sección Estadística se ocupa también del archivo de las Historias Clínicas. El local está ordenado, limpio y tiene un matafuegos. Están ordenadas en estantes, por orden numérico. Para facilitar la búsqueda, existe un fichero con una ficha por paciente ordenadas alfabéticamente donde se registra Nombre, N° de documento, Fecha de nacimiento, domicilio, fecha de ingreso y fecha de egreso. Y obviamente el número de H.C. Por otra parte existe un libro de Registro de Historias Clínicas (el número al día de la visita era el 14894).

Existen dos ficheros uno con las fichas clínicas pasivas y otro con las activas. El fichero con las fichas clínicas pasivas se encuentra en el mismo local que las historias clínicas dicho local permanece cerrado cuando se retira el personal administrativo a las 17hs. El fichero activo con las fichas de pacientes que se atienden en la actualidad, se encuentra en el box de atención al público y está organizado por orden alfabético ya que estas fichas no están numeradas.

Las historias activas de pacientes internados se encuentran en los servicios. Cuando se produce el alta del paciente, la HC pasa a la sección Estadística para su codificación, ordenamiento y foliado. A los pacientes ambulatorios con H.C. se les entrega un cartón verde con todos sus datos y el número de su historia.

Los profesionales solicitan diariamente al personal administrativo las fichas o historias clínicas que van a necesitar; el empleado registra la entrega en una planilla de movimiento de HC y luego tilda el renglón cuando son devueltas.

La Sección Estadística lleva cuadernos y carpetas donde se registran distintas actividades, a saber:

- Cuaderno para residentes que retiran HC para atender o para investigar y que luego tienen que devolver. Se registra N° de HC y el nombre del residente que se las llevó pero no consta firma y sello del profesional ni fecha de cuando es devuelta, solo se tacha el renglón. **(Debilidad N° 26)**
- Cuaderno de rastreo de H.C. o fichas faltantes que no se devolvieron del día anterior. El mecanismo es el mismo cuando son devueltas se tacha el renglón.
- Carpeta de seguimiento de pacientes ambulatorios tratados con clozapina.
- Carpeta de los registros de Consultorios Externos de Adolescencia. Contiene las planillas de cada profesional que atiende en CCEE de adolescencia y de las cuatro admisiones que hacen por semana. **(Debilidad N° 27)**

4.2.3) Unidad Alimentación

El Hospital cuenta con dos Nutricionistas de planta que cubren el horario de lunes a viernes de 8 a 15 hs y lunes, jueves y viernes hasta las 19 hs. con suplencias de guardia.

La Empresa Friend's Food, ganadora de la licitación para la provisión de la comida, se ocupa con personal propio, de la preparación de 160 raciones diarias (cada ración incluye las 4 comidas). Además de los pacientes internados, están autorizados a comer: Residentes, Rotantes, Guardia médica, Jefes de departamento, los que hacen módulos y franqueros, capellán, pacientes que concurren al Hospital de día, familiares de algunos pacientes autorizados por el Servicio Social y todo otro personal que autorice la Dirección del Hospital.

Los regímenes se dividen en:

1. General
- 2b Gastro-intestinal
- 3 Hipograso
5. Diabéticos e hipocalóricos

El régimen general representa un 80% del total; el 20% restante se divide entre los otros 3 tipos, el N° 3 es el menos utilizado. Todos tienen la posibilidad de adecuarse a necesidades especiales de los pacientes.

Todos los días, con la cena, se entrega a las Salas pan y fruta como refuerzo de alimentación a demanda de los pacientes. El horario de la cena es 19.30 horas, aproximadamente.

El agua que se utiliza es de red. No hay tanques. Se verifica el control de plagas realizado por la empresa tercerizada. La fumigación se realiza una vez por semana (jueves).

Los Nutricionistas de planta ejercen las siguientes funciones:

- Velar por el cumplimiento de las condiciones particulares previstas en el pliego de licitación del servicio de comidas
- Supervisar la elaboración y distribución de la comida
- Dieta de Alta con seguimiento por Consultorio Externo del Sector. Se trabaja también con la familia del paciente.
- Atención a Consultorios Externos: los días Martes y Jueves de 12.00 a 13.00 horas en Consultorio 9. En algunas ocasiones atienden por demanda espontánea también en otros días.
- Control antropométrico de cada paciente y elaboración de dietas especiales
- Control de la materia prima a su ingreso al hospital (con los remitos) y de las BPM (Buenas Prácticas de Manufacturas)

Circuito del Paciente:

Al ingreso, se realiza el control antropométrico del paciente y se establece la dieta correspondiente. Se establece una vinculación con el médico tratante y se determinan casos de hipertensión o diabetes. En caso de ser necesario se administra el refuerzo o la restricción en la dieta.

Registros:

- Planilla Sala de Hombres y Sala de Mujeres – Desayunos
- Planilla Sala de Hombres y Sala de Mujeres – Meriendas
- Planilla Sala de Hombres y Sala de Mujeres – Regímenes
- Planilla Sala de Hombres y Sala de Mujeres – Refuerzos de Media Mañana y Media tarde
- Planilla Consultorios Externos (del Servicio)
- Planilla con registro de Pedido/Recepción de Remito/Entrega de Remito
- Planilla de Pedido de Regímenes al Adjudicatario
- Planilla de Distribución de Almuerzos y Cenas (al Adjudicatario)
- Planilla de Distribución de Desayunos y Meriendas (al Adjudicatario)
- Planilla de Distribución en Salas de Refuerzos de Media mañana y Media tarde
- Planilla para control de peso
- Formulario para el control de la Empresa Adjudicataria

Control Bromatológico:

La infraestructura edilicia del hospital está en muy malas condiciones. La Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria dependiente del Gobierno de la Ciudad elevó notas en los años 2005 y 2006 a la Dirección del Hospital, a la Dirección General Adjunta de Hospitales dependiente del Ministerio de Salud y a la Subsecretaría de Control Comunal poniéndolos en conocimiento de las anomalías del sector cocina.

Cabe aclarar que el Departamento de Epidemiología Alimentaria, dependiente de la Dirección Protección de Alimentos realiza relevamientos de los Hospitales otorgándole un porcentaje sobre un tope de 100, los que eleva anualmente a la Secretaría de Salud. En el caso del Hospital Alvear la clasificación otorgada para la parte de infraestructura (...) fue del 66%, que se encuentra dentro de las clasificaciones más bajas con respecto al resto de los hospitales dentro del ejido de la Capital Federal. **(Debilidad N° 9)**

4.2.4) Unidad de Trabajo, Programación y Control

Si bien existe esta Unidad en el Organigrama Formal del Hospital, actualmente no está en funcionamiento. **(Debilidad N° 1)**

Según la estructura formal sus funciones debieran ser:

1. Participar en la difusión de metas y objetivos del establecimiento
2. Coordinar con las distintas áreas la elaboración de la programación
3. Asistir al Depto Técnico en la programación, coordinación y ejecución de las actividades de control que posibiliten la evolución de la gestión desarrollada por el hospital
4. Analizar el grado de avance operativo y financiero determinando los niveles de eficiencia y eficacia logrados y detectando los desvíos producidos

4.3) Departamento Enfermería

El Departamento está acéfalo **(Debilidad N°1)**. Desde el año 2002 se encuentra a cargo de una enfermera que anteriormente era la encargada de la Sala de Hombres. Durante el año 2000 estuvo intervenido por la Dirección General de Enfermería.

El plantel de Enfermería está formado por 59 agentes:

Licenciadas en Enfermería	3
Enfermera/o	31
Auxiliar de Enfermería	25
Total	59

El Recurso Humano es insuficiente para cubrir la demanda del hospital **(Debilidad N° 4)**

Dentro de las tareas a cumplir por el Dpto., además de las referidas a la atención directa del paciente, el personal del Turno Mañana se encarga de la extracción de sangre, el traslado de las muestras a Guardia y los pedidos de medicamentos a Farmacia. **(Debilidad N° 28)**

Las muestras se trasladan a la Guardia en envases de telgopor y quedan allí a la espera de su traslado al hospital Tornú o de la ambulancia del SAME. En ocasiones, este vehículo no concurre al hospital o lo hace varias horas después de la extracción, perdiéndose las muestras.

Los tubos utilizados para las muestras son provistos por el Laboratorio. Cada office de Enfermería dispone de un stock de tubos para aproximadamente un mes.

Las muestras son rotuladas con cinta adhesiva y son acompañadas de la orden médica. Las muestras de litemia (dosaje de litio en sangre) las trasladan los familiares al Hospital Gutiérrez. **(Debilidad N° 7)**

Los informes son entregados una vez por semana en la Guardia por la Bioquímica del hospital (en comisión en el hospital Tornú). Enfermería de cada Sala retira los protocolos correspondientes a cada uno de sus pacientes. La Jefa del Departamento manifiesta que muchas veces los informes no llegan o se pierden. No existe un registro de las muestras que salen del hospital ni de los informes que ingresan. **(Debilidad N° 7)** En el caso de análisis de urgencia, la ambulancia de la Guardia traslada la muestra al Hospital Tornú. En estos casos la respuesta es rápida y no hay inconveniente con la entrega de los resultados.

Los pedidos a Farmacia se realizan lunes, miércoles y viernes (este último se hace para todo el fin de semana o feriado). Guardia lo hace en forma diaria. Los pedidos los firma el Médico a cargo de la Sala, o el Jefe de Día de Guardia. Se presentan por la mañana y se retiran al mediodía. En el mismo pedido se registra lo que Farmacia no entrega. Si en alguno de los turnos faltase la medicación solicitada, se anota el cambio (por otro producto) o el faltante en la H.C. del paciente. Lo recibido se guarda en los diferentes offices bajo llave. Los otros insumos se piden una vez por semana, y los pedidos de librería una vez por mes.

Los artículos de limpieza los compra Enfermería con dinero que aporta el personal. No cuentan con dispenser de jabón líquido ni toallas de papel descartables. El hospital no les provee ropa de trabajo (conforme lo dispone la Ordenanza N° 40.403 y sus modificatorias), ni tampoco se ocupa del lavado de los ambos. No cuentan con vestuarios adecuados ni duchas. **(Debilidad N° 9)**

La Jefa a/c del Departamento afirma que el ausentismo de los agentes del sector es de aproximadamente un 50 %. En algunos turnos el porcentaje es mayor. En estos casos los puestos son cubiertos por las Supervisoras y/o por Enfermeros que han realizado turnos de 12 hs. La jefa refiere dificultades para solucionar el problema del ausentismo, como así también para aplicar

sanciones disciplinarios. Se han elevado notas a la Dirección del hospital pero aún no se ha obtenido respuesta. **(Debilidad N° 2)**

Llevan los siguientes Registros: Libro de Novedades (uno por cada Sala y uno en el Departamento); Libro de Personal (registra todos los movimientos y existe una copia para cada Sala); Presentismo de Módulos; Presentismo de Salas (centralizados en el Departamento); Permisos de Salida de los pacientes (se registra en la historia Clínica) y Libro de Laboratorio (en cada Sala).

4.4) Unidad Coordinación Arancelamiento

La Unidad está a cargo de una administrativa con quien colabora un médico neurólogo. La colaboración de éste último consiste en realizar resúmenes de historias clínicas, solicitar y participar en auditorías compartidas, y con la facturación a las obras sociales.

Circuito de Facturación:

Pacientes Internados: Una Trabajadora Social, del servicio de guardia, solicita información a los pacientes y/o sus familiares, que ingresan cada día, en forma oral. Los datos obtenidos son registrados en un cuaderno que está en la guardia para que la jefa de la Unidad los releve diariamente. Se pueden presentar las siguientes situaciones:

- Que el paciente ingrese solo y no declare que tiene obra social. En este caso no se hacen las constataciones pertinentes por falta de computadora con acceso a internet **(Debilidad N° 11)**. La misma situación se presenta cuando ingresan pacientes acompañados y sus familiares declaran que no tiene obra social.
- Que el paciente ingrese solo y declare que tiene obra social. En este caso se le solicita la documentación correspondiente, pero por el estado mental del mismo no es frecuente que se presente a tiempo para gestionar el cobro ya que la guardia le hace las primeras atenciones y lo deriva a la institución psiquiátrica que le corresponde.
- Que el paciente ingrese acompañado por un familiar y declare que tiene obra social. En este caso se procede de la misma manera que en el caso anterior y se solicita la documentación correspondiente. Si el familiar se retiró del hospital, la empleada se comunica telefónicamente, solicitándole la documentación necesaria (DNI, Carnet de OS y último recibo de sueldo). También en este caso es poco frecuente que se presente la documentación para gestionar el cobro.
- Que el paciente ingrese solo o acompañado y que tenga obra social pero que, como ya cubrió el cupo de internación en la misma, se lo tenga que internar como una persona sin cobertura médica.

- Que el paciente ingrese solo o acompañado, que posea obra social y que se presente la documentación para gestionar el cobro. En este caso el hospital tiene 48 hs para presentar esta documentación en la obra social. Esta se envía por fax informado la presencia de su afiliado en el hospital. Aproximadamente cada 10 días se reitera este fax. Ocasionalmente la obra social puede enviar un auditor. Si no se presenta se tiene por convalidada la internación y se procede a facturar las prestaciones. Cuando la obra social recibe la documentación firma un remito que vuelve a la Unidad de Facturación aproximadamente a los 5 días.

Pacientes ambulatorios: Los pacientes ambulatorios de Guardia no pueden facturarse porque no está implementado ningún sistema que permita obtener los datos necesarios durante el tiempo de permanencia de los mismos.

A los pacientes de Consultorios Externos se les pregunta mientras están aguardando ser atendidos, en la Sala de Espera. Posteriormente llama telefónicamente a todos los pacientes del día requiriéndole la documentación necesaria para poder facturar a las Obras Sociales. **(Debilidad N° 29)**

No se lleva estadística del porcentaje de pacientes que completan la documentación necesaria, de los que efectivamente facturan, ni del porcentaje de cobrabilidad.

El promedio mensual de facturación entre junio y agosto 2006 fue de \$ 3.236.- La jefa de la Unidad refiere que la incobrabilidad ronda el 90 %.

4.5) Unidad Área de Urgencia

Es el lugar por donde ingresan habitualmente los pacientes, derivados de otro hospital, trasladados por los familiares, la Policía u orden judicial. Aquí se les abre la historia clínica (que pasa a la sala correspondiente si el paciente queda internado o se archiva en Archivo de Historias Clínicas de Estadísticas cuando es externado).

La dotación diaria de la Guardia está compuesta por: 1 Jefe de Día, 4 Psiquiatras, 1 Psicólogo, 1 Clínico, 1 Asistente Social y 1 Farmacéutico. Además cuentan con 2 Enfermeros por turno de 6 hs.

El sector tiene 16 camas (con ocupación plena la mayor parte del tiempo): 8 para hombres y 8 para mujeres. La ley 448 en su artículo 33 establece un máximo de 72 horas para las internaciones de emergencia aunque en la práctica permanecen alrededor de 14 días, por falta de camas psiquiátricas disponibles en el sistema. Cuando el Servicio genera un rechazo de paciente por falta de cama, se registra en el Libro de Consultorio Externo de Guardia y en el Libro de Rechazos.

Los registros de uso habitual son:
Libro de Novedades,
Libro de Enfermería,

Libro de Consultorios Externos (prestaciones ambulatorias que realiza la guardia),
Libro de Ambulancia,
Libro de Accidentes de Trabajo y
Libro de Rechazos.

A partir del año 2000 y mediante una reformulación del subsistema estadístico de Psicopatología y Salud Mental realizado por una comisión de expertos sobre el tema y coordinado por la Dirección de Salud Mental, se optó por excluir de la actividad de consultorios externos el movimiento de esta especialidad. Se fundamenta este pedido por presentar -la atención brindada por los profesionales del área-, dos características diferenciales de la actividad de consultorios externos muy importantes, que son:

- a) la casi totalidad de las prestaciones son brindadas por profesionales psiquiatras y psicólogos en forma indistinta o conjunta y
- b) numerosas prestaciones son “grupales” y no exclusivamente individuales.

Sin embargo pudo verificarse que en este hospital no se registra la estadística de guardia de acuerdo con aquellas definiciones, de modo tal que las mismas no reflejan el verdadero movimiento del sector. **(Debilidad N° 18)**

El Hospital funciona como “base de ambulancia” del S.A.M.E. con su correspondiente dotación: 1 Chofer y 1 Médico (los Psiquiatras de Guardia se distribuyen la actividad durante las 24 hs. por acuerdos internos). La ambulancia no tiene límites geográficos para realizar traslados o auxilios. Puede movilizarse hasta Provincia de Bs.As. para cubrir domicilios y/o traslados de pacientes que dependen del G.C.B.A. pero residen en otras Instituciones de Salud Mental que tienen convenio con la Ciudad. También se ocupan de trasladar pacientes psiquiátricos desde la Guardia de otros hospitales hasta la Unidad de Emergencia del H. Alvear.

Forman parte de la Unidad el Equipo de Seguimiento, el Equipo de ADOP (Asistencia Psiquiátrica Domiciliaria) y los Residentes.

Equipo de seguimiento: tiene interrelación con Salas, Consultorios Externos y Hospital de Día. Su objetivo es lograr las derivaciones y acelerar el proceso de externación de los pacientes. Cuenta con Psiquiatras, Psicólogos y Asistente Social.

Equipo de A.D.O.P: está coordinado por dos médicos que dependen directamente de la Dirección de Salud Mental pero con partida presupuestaria del Hospital Alvear .

El hospital no cuenta en su estructura con un Laboratorio de Análisis Clínicos, a pesar de ser una práctica imprescindible la determinación de las concentraciones séricas de los fármacos prescritos a enfermos psiquiátricos a fin de determinar niveles de actividad y toxicidad **(Debilidad N° 7)**. A pesar de esta carencia estructural, una Técnica en Laboratorio fue trasladada desde el Hospital Pirovano en 1990 (a pedido de la entonces Directora del Hospital) bajo

la dependencia del Departamento Técnico. No obstante, desde hace más de un año las muestras se procesan en el Hospital Tornú debido a que, un conjunto de factores adversos –falta de estructura, falta de personal, conflictos internos– tornaron ineficiente el circuito de extracción y procesamiento de las muestras.

Las muestras de Guardia y de Internación se guardan en la Unidad de Emergencia y se solicita ambulancia al SAME para trasladarlas al Htal. Tornú. A partir de este punto se pierde todo control. Los resultados pueden ser informados aleatoriamente en forma telefónica, por fax o ser retirados personalmente por los familiares de los pacientes

El personal de Enfermería de Guardia es quien realiza las extracciones de sangre los días lunes y miércoles entre las 06 y las 08 hs. Al no existir un responsable de Laboratorio, la responsabilidad frente al cumplimiento de todos los pasos que este circuito implica se diluye.

V.5) Sub-dirección Administrativa

Dependen de ella dos departamentos: Contable-Patrimonial y Mantenimiento y la División Personal.

5.1) Departamento Contable–Patrimonial

Formalmente, de este Departamento dependen las siguientes Secciones y Divisiones:

- División Compras y Contrataciones
 - * Unidad de trabajo Rendición de Cuentas
- Sección Tesorería
- Sección Patrimonio
- Sección Depósito
- Sección Presupuesto
 - * Unidad de Trabajo Facturación

Sin embargo, en la práctica, esta estructura sufrió modificaciones a través del tiempo que no tuvieron su correlato en la normativa. Esto, sumado a la falta de nombramiento de personal y de cargos de jefatura, hizo que tomara cuerpo en el imaginario colectivo un esquema que no se ajusta al original. La jefa de este departamento, por ejemplo, identifica como “sección” a la División Compras y Contrataciones y como “divisiones” a las Secciones Tesorería y Patrimonio **(Debilidad N° 1)**

División Compras y Contrataciones: Está a cargo de una persona que es jefa de Sección. Comparte la tarea con otro empleado administrativo.

Son los encargados de programar las compras anuales del Hospital y concretarlas por distintos mecanismos: Caja chica, Fondo de Emergencia, Licitaciones, compras centralizadas por PNUD, Cooperadora, COAS. (Ver punto **4.1.3 Unidad Farmacia – Circuito compra de medicamentos**)

Unidad de trabajo Rendición de Cuentas y Sección Presupuesto: Ambos sectores están a cargo de la misma persona con nombramiento como jefa de la unidad de trabajo. La Unidad de Facturación que –según el Decreto 8094/87 de Estructuras- depende de la Sección Presupuesto, en la realidad está dependiendo de Coordinación Arancelamiento (ver punto 4.4).

Rendición de Cuentas se ocupa de armar las rendiciones de los Fondos de Emergencia, las Cajas Chicas y los Gastos de Movilidad que son elevadas a la DGTAYL del Ministerio de Salud quien luego las pasa a la Dirección General de Contaduría General para su reposición.

Sección Tesorería: La persona encargada de la Tesorería sostiene que desde hace 25 años se encuentra a cargo de la División Tesorería, sin embargo, en la última estructura aprobada del año 1988 (hace 18 años), Tesorería aparece como Sección. Esto pone de manifiesto la falta de correspondencia entre las estructuras y la carrera administrativa. **(Debilidad N° 1)**

Tiene a su cargo a la empleada administrativa que está en la Unidad Coordinación de Arancelamiento (aunque esta Unidad depende de la Subdirección Médica).

La Tesorería comparte el espacio físico con Presupuesto, Patrimonio y Rendición de Cuentas. La puerta de la oficina no está cerrada con llave y las personas del área administrativa circulan sin restricción por el sector.

Interviene en todas las operaciones concernientes al manejo de las cuentas bancarias del hospital:

- Cuenta Corriente 3103/07 del Banco Ciudad Suc. 26 donde se depositan las reposiciones de Caja Chica, Gastos de Movilidad y Fondos de Emergencia.
- Cuenta Escritural 210012/8 del Banco Ciudad Casa Central. En ella se depositan los pagos de las obras sociales.

Seis personas están autorizadas a retirar fondos del Banco y se necesita la firma conjunta de dos de ellos para pagar o retirar fondos. El monto de la caja chica es de \$ 5.000.- que se retira en una sola extracción y luego se hacen los pagos en efectivo. **(Debilidad N° 19)**

La Tesorería es depositaria de los bienes de los pacientes internados. Lleva un Libro de Bienes de Pacientes en Custodia en el que se anotan los datos del paciente, la sala, el N° de historia clínica, el detalle de los bienes que entregó, su firma y la de un asistente social. Los bienes en custodia son entregados al paciente solamente con la compañía de un médico.

Sección Patrimonio: la jefa a cargo sostiene que “Patrimonio” es una división (en la última estructura es una sección) y que tiene a su cargo a la Sección Depósito. El encargado del Depósito está enfermo, motivo por el cual “Patrimonio” cumple con las tareas propios de ese sector.

- Confecciona los “partes de recepción definitiva” (tarea del Depósito) de las empresas de Alimentación, Residuos Patogénicos y proveedores del PNUD.

- Realiza el inventario anual y registra las Altas, Bajas y Modificaciones (ABM) de los distintos bienes del Hospital.

Los bienes muebles del hospital no están identificados con ningún tipo de nomenclatura, lo cual implica la imposibilidad de identificar los faltantes o los que fueron cambiados. **(Debilidad N° 20)**

Cada jefe de Servicio debe hacerse cargo de los bienes de su sector. Si se llegara a detectar algún faltante, lo instan a que lo reponga, circunstancia en la que no se garantiza que la reposición respete las características y calidad del original (por ejemplo, las almohadas ignífugas). En caso de no ser repuesto el bien se hace la denuncia correspondiente y se inicia sumario administrativo. En el Hospital nunca se hizo una denuncia ni se inició sumario administrativo.

5.2) Departamento Mantenimiento

El Departamento Mantenimiento (según la estructura formal) está a cargo de un empleado administrativo designado por el C.A.T.A. Según el Decreto de estructuras de este departamento dependen:

- División conservación de Edificios (en la actualidad esta tarea está a cargo de la empresa “Mejoramiento Hospitalario”)
- Sección Servicios Generales
- Sección Lavadero

En total son 9 personas (incluyendo las del lavadero). Los pedidos de reparaciones que no corresponden a la empresa de mantenimiento tercerizada son firmados y autorizados por el Jefe de RRHH. Los pedidos urgentes se comunican en forma verbal y no se deja constancia escrita. No se lleva registro de los pedidos de reparaciones ni su eventual cumplimiento. **(Debilidad N° 21)**

Se ocupan de las siguientes tareas:

- Mantenimiento del mobiliario, es decir todo aquello que no está colgado, embutido o adherido a las paredes y techos.
- Mantenimiento de aquellas áreas del Hospital que hubieran sufrido modificaciones edilicias posteriores a la entrada en vigencia del pliego de licitación de la empresa tercerizada.
- Mantenimiento de los Pabellones ocupados por la Dirección y el propio sector de Mantenimiento.
- Se ocupa de verificar el traslado final de los Residuos Patogénicos, así como el registro de la cantidad generada por el Hospital.
- Control de las tareas del Sector Lavadero.
- Control de la limpieza de tanques.
- Control de las obras y/o arreglos realizados por la empresa tercerizada.

Las áreas anteriormente mencionadas están exceptuadas del Convenio con la empresa Mejoramiento Hospitalario.

El área que ocupa la cocina quedó virtualmente fuera de todo tipo de mantenimiento: no se ocupa la empresa tercerizada ni el Departamento de Mantenimiento del Hospital. Esto significa que el sector se encuentra cada vez más deteriorado, debiendo ocuparse el prestador del servicio de alimentación de los arreglos básicos. **(Debilidad N° 9)**

Empresa Mejoramiento Hospitalario S.A.: Las reparaciones más frecuentes son: instalaciones eléctricas (llaves, tubos y lámparas), instalaciones sanitarias (baños, canillas y desagües), instalaciones termomecánicas (calefacción, aire acondicionado), planta edilicia (albañilería, pintura, etc.), y carpintería de obra. Mejoramiento Hospitalario S.A. subcontrata, para tareas de limpieza, a la Empresa Verger S.A. Las reparaciones e instalaciones nuevas se gestionan a través de adicionales. Por el mantenimiento y la limpieza, estipulados en el contrato, se factura un monto fijo mensual.

Los insumos necesarios para las tareas de mantenimiento y limpieza los proveen las empresas, excepto el jabón líquido y las toallas descartables de papel para los offices de Enfermería (estos elementos los compran las propias enfermeras. Ver Punto 4.3) Departamento de Enfermería).

Un profesional arquitecto, dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos del Ministerio de Salud certifica mensualmente las reparaciones efectuadas por la empresa, pero desconoce el pliego de condiciones particulares de la contratación y carece de comprobantes o registros de los trabajos realizados por la misma. **(Debilidad N° 22)**

5.3) División Personal

En el último organigrama del hospital aprobado en 1988, "Personal" es una división de la que depende la Unidad de Trabajo Movimiento y Control. En la práctica, esta división fue transformada en un departamento con un jefe a cargo. En setiembre de 2006, por una Disposición interna del Subdirector Médico a cargo de la Dirección del Hospital se crea un "área de Trabajo" denominada "Integración Institucional" dependiente de este jefe de departamento. También dependen de él la propia División Personal con las tareas propias de registro y control de Personal y otra área que ha sido llamada "Desarrollo Organizacional y Logística" (ésta última sin ningún tipo de respaldo normativo)

Integración Institucional: tiene como misiones y funciones, entre otras: trabajar para mejorar la comunicación entre los integrantes de las distintas áreas, favorecer acciones que colaboren en la disminución del estrés laboral, implementar herramientas que ayuden a detectar situaciones conflictivas, colaborar en la resolución de conflictos cotidianos y/o internos, etc. A la luz de las distintas problemáticas detectadas durante la tarea de campo de este relevamiento, puede concluirse que esta área de trabajo no ha logrado su objetivo. (Ver: 6º párrafo del "Círculo de Admisión" del punto 4.1.2) División Atención Ambulatoria y punto 5) Aclaraciones Previas).

Desarrollo Organizacional y Logística: De esta área dependerían Mantenimiento y Servicios Generales, cuyas tareas ya fueron descritas en el punto anterior; de todos modos no hay razones de índole estructural que expliquen la dependencia del área de Servicios Generales del departamento de Recursos Humanos.

División Personal (propriadamente dicha): En la División trabajan 8 personas, incluyendo a la jefa, y una persona por el Plan Jefas de Hogar.

Se ocupan de las tareas administrativas relacionadas con el movimiento y control del Personal del Hospital (profesional y del escalafón general): control del ingreso, tramitación de licencias, suplencias de guardia, liquidación de novedades, control de módulos de Enfermería.

El control del ingreso lo hacen mediante dos procedimientos distintos:

- **Escalafón profesional y jefaturas:** Cada profesional tiene habilitada una planilla individual donde firma diariamente su ingreso (con una tolerancia de 15 minutos) y salida. Vencido este plazo las planillas son retiradas y selladas con un sello de “TARDE” para aquellos que llegaron fuera de horario. Las tardanzas se comunican como novedades a la Dirección de Liquidación de Haberes del Gobierno de la Ciudad y se traducen en el descuento de ½ día de trabajo.
- **Escalafón General:** Registran su entrada fichando tarjetas en un fichero que se encuentra a un costado del portón general de entrada al predio del hospital. En el lugar no hay empleado alguno (**Debilidad N° 23**)

El personal del HEPTA, al igual que los Hospitales Borda, Moyano y Tobar García, cobra un “plus por tarea riesgosa” (\$15.- por mes).

Por Resolución 375/22-SHyF-06 se establece la ampliación horaria de 6 horas para la carrera profesional a partir de marzo de 2006. La Resolución N° 1033-MSGC-06 establece que las mencionadas 6 horas se cumplan como Capacitación. Recién en marzo de 2007, ante una Comisión Interna integrada por un Directivo del HEPTA, la Secretaria del CODEI y otra persona a designar, se deberían evaluar las certificaciones presentadas por quienes hayan realizado la Capacitación; de no cumplirse tal requisito se deberían descontar las horas correspondientes.

OTRAS AREAS NO CONTEMPLADAS EN EL ORGANIGRAMA FORMAL

Laboratorio: La estructura original del hospital no contemplaba este sector; no obstante, por la importancia que adquieren la determinación de Hemogramas, Glucemia, Uremia, Creatinina, Hepatograma, Orina Completa, Litemia, Eritrosedimentación y VDRL para el tipo de paciente que se atiende, el Hospital armó un Laboratorio y lo equipó con ese objetivo.

Al momento del relevamiento el sector sólo contaba con una Técnica en Laboratorio (desde 1990). En 2001 se incorporó una bioquímica que en el 2005 pidió su pase al hospital Tornú, según refiere, ante la falta de apoyo por parte de las autoridades del Hospital Alvear para realizar su tarea (falta de insumos y

de mantenimiento de la aparatología; reclamos a la superioridad respecto de la conducta de la Técnica –ausencias y faltas injustificadas, trabajo deficiente, etc).

Circuito de Laboratorio: con las órdenes médicas, el personal de Enfermería de los diferentes sectores del Hospital realiza las extracciones de sangre. Las muestras se trasladan a la Guardia y se avisa al SAME para que las retire y traslade al Hospital que corresponda. Muchas veces la ambulancia del SAME no está disponible y entonces las muestras se pierden. Otras veces el transporte se retrasa y las muestras quedan depositadas en la Guardia en malas condiciones (adentro de vasitos plásticos de yogur, en una caja de cartón). No queda registro de los pedidos que salen del Hospital **(Debilidad N° 7)**

Rayos: El Hospital cuenta con un equipo obsoleto a cargo de un técnico radiólogo. El lugar no está habilitado conforme la Ley 17.557 ni tampoco existe un médico con habilitación en el hospital que sea el responsable del sector (como lo exige la normativa). El servicio realiza sólo placas simples (generalmente de Tórax). Cuando la placa requiere de un informe, lo solicitan a un médico del Hospital Vélez Sarsfield. Se sacan alrededor de 10 placas por mes.

No obstante la poca actividad del servicio, pudo verificarse durante el relevamiento la acumulación de 180 litros de residuos líquidos que no habían sido retirados del hospital, todo lo cual indicaría negligencia por parte de las autoridades. **(Debilidad N° 30)**

Psicodiagnóstico: El objetivo principal de Psicodiagnóstico es arribar a un diagnóstico más certero en menos tiempo, a través de entrevistas semidirigidas y diferentes técnicas que se administran. En el sector trabajan 3 profesionales Psicólogas. Desconocen una dependencia jerárquica y plantean sus necesidades al director del Hospital o al jefe del Departamento Técnico. Su tarea no tiene articulación con el resto de los circuitos del Hospital. **(Debilidad N° 1)**

Cuentan con un lugar propio dividido en 4 boxes equipados con escritorios y sillas, y una sala de espera. No tienen baño para pacientes ni para Profesionales. **(Debilidad N° 9)**

Reciben pacientes de un circuito interno: Consultorios Externos y Adolescencia, y de un circuito externo: Dirección General de Tránsito – D.G.T- (por evaluaciones rápidas para obtener Licencias de Conductor) y pacientes bajo la Justicia Civil o Penal (tanto de Capital Federal como de Provincia de Bs.As.).

No todos los Profesionales del hospital están de acuerdo en la necesidad de realizar un Psicodiagnóstico a la totalidad de los pacientes. El paciente debe acercarse personalmente al sector con la indicación de un Profesional para solicitar un turno de “primera vez”.

La primera consulta es distribuida en forma aleatoria entre alguna de las Profesionales del Sector, y se registra en un cuaderno individual que cada una

posee. Cada Psicóloga lleva su agenda de turnos. Las entrevistas se vuelcan luego a una Planilla General que debiera elevarse mensualmente a la Unidad de Estadística pero, por falta de tiempo, no se hace con continuidad y Estadística repite un número de prestaciones “históricas”. **(Debilidad N° 24)**

Los informes que corresponden a la Dir. Gral. de Tránsito tienen salida a través de Despacho del Hospital, y luego reciben un “conforme” que no identifica a qué paciente pertenece. Esto dificulta la respuesta a los pacientes que concurren a reclamar su psicodiagnóstico, ya que puede comprobarse que “salió del hospital” pero no queda constancia de su efectiva recepción en la D.G.T. No se hace seguimiento de este circuito.

Coordinación Operativa de Epidemiología: Reporta a la Dirección del Hospital.

Está coordinado por dos Psicólogos de Planta, uno perteneciente a Hospital de Día y otro a Consultorios Externos.

Realizan Relevamiento Epidemiológico de Consultorios Externos y Guardia: en el primer caso confeccionan Informes semestrales que son entregados a las autoridades del hospital y a cada uno de los Profesionales participantes (aproximadamente 70 copias). Por el momento no han podido elaborar los Informes de Guardia por falta de personal para cargar datos en la computadora. **(Debilidad N° 4)**

La Unidad se crea para obtener una base de datos permanentes con orientación epidemiológica. Cuenta con aproximadamente 10.000 Registros de Admisión a Consultorios Externos. Normatizaron la Hoja de Epicrisis, que ya forma parte de la H.C de Consultorios Externos. A la fecha volcaron alrededor de 600 Hojas de Epicrisis a la base de datos. Tanto la Hoja de Epidemiología como la de Epicrisis son completadas por Profesionales de Planta, y son ellos quienes periódicamente reciben en mano los Informes Epidemiológicos del PEHA (Programa Epidemiológico del Hospital Alvear). El desarrollo del Software utilizado es creación de los Coordinadores del PEHA.

La tercera herramienta utilizada es un sello diseñado especialmente para la Guardia, que se coloca en el Libro de Guardia y que recoge los datos más importantes del paciente atendido, inclusive datos epidemiológicos. Lentamente se ha comenzado a integrar información proveniente de Admisión de Hospital de Día.

Registros:

- Ficha Epidemiológica
- Hoja de Epicrisis
- Sello de Guardia

El trabajo continuo del PEHA ha logrado que los Profesionales del HEPTA utilicen la codificación DSM IV (Diagnóstico Presuntivo de Admisión). La finalidad última de este trabajo apunta a lo asistencial y prestacional; en definitiva, a la Gestión Clínica de Servicio.

Estos informes se elevan a la Dirección Médica del Hospital y a la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad. Hasta el momento han publicado 9 Informes Epidemiológicos.

Curso Avanzado de Enfermería en Salud Mental: A fines de 2005, el entonces Director General de Enfermería, con el aval del Secretario de Salud, inaugura el mencionado curso. En marzo 2006 comenzó el Primer Ciclo Lectivo con la asistencia de 144 alumnos divididos en 3 comisiones: 2 de ellas dirigidas a Profesionales y Licenciados en Enfermería y la tercera para Auxiliares.

La modalidad es de 600 horas cátedra técnico-prácticas. A fines de 2006 sólo quedaban 99 alumnos. Del Hospital Alvear empezaron 5 y finalizaron 3, por falta de reemplazos en los turnos respectivos (**Debilidad N° 4**). El curso es gratuito y concluyó el 13 de diciembre de 2006.

Para el Curso trabajan 5 enfermeros de los cuales 3 se desempeñan como coordinadores y 2 como administrativos: los primeros cobran 20 módulos mensuales y los dos restantes 10 módulos. Los certificados están avalados por la Dirección General de Enfermería, el Delegado general de SUTECBA y el Director del Hospital. Por el momento no está reglamentada la Especialización en Salud Mental en el GCBA, pero cuando se logre, las 600 horas/cátedra acreditarán para la especialización.

Neurociencia / Gerontopsiquiatría: Este Grupo de Trabajo comenzó sus actividades en el año 1997, y desde sus inicios está coordinado por un médico Psiquiatra y Neurólogo. Se desempeñó “ad honorem” hasta el año 2001, fecha en que ingresó formalmente al hospital como Suplente de Guardia. Su carga horaria es de 24 hs. semanales y las cumple en Gerontopsiquiatría. Su horario se adapta a las necesidades del Servicio que coordina. (**DEBILIDAD N°1**). Trabaja además en un Centro de Alzheimer del Htal. de Clínicas. Es Presidente de la Asociación de Alzheimer (ONG), dirige el Centro de Alzheimer de la Facultad de Medicina de la UBA, es Profesor Adjunto Regular de la UBA para la carrera de Médico Psiquiatra, de la cual es además, Subdirector. El Dr. Taber (Director del Hospital Alvear, con licencia por enfermedad) es el Director de la misma.

La actividad de este sector está enfocada a las diferentes problemáticas de pacientes de Tercera Edad, Gerontopsiquiatría en general y Programa de Alzheimer en particular. Reciben pacientes mayores de 60 años con trastornos psíquicos agudos y crónicos. Su actividad es siempre con pacientes ambulatorios, no tienen internados. Emplean técnicas de evaluación cognitiva, estimulación cognitiva y tratamiento farmacológico de demencias.

Gerontopsiquiatría no existe dentro del Organigrama del Htal. Alvear y el personal del grupo de trabajo no reporta jerárquicamente a ningún estamento del hospital. El Equipo Profesional está integrado por 1 Médica Psiquiatra (Cargo de UBA), 4 Psicólogas (Ad honorem) y 1 Administrativa (Cargo no docente UBA – Psicóloga). (**DEBILIDAD N°1**). asisten entre 60 y 80 pacientes por mes. No utilizan el modelo de H.C. del hospital, sino que la H.C. de este

Sector presenta características particulares y cuentan con un archivo propio. **(DEBILIDAD N°27).**

Los pacientes concurren derivados de diferentes sectores del Htal. Alvear, de otros hospitales de la CABA, del Instituto Lanari o por consulta espontánea. Deben solicitar turno en forma personal o telefónica. El tiempo de espera para consulta de 1ª vez es de 7 a 15 días. En la admisión lo ve uno de los dos Psiquiatras y habitualmente le solicita: evaluación neurocognitiva, RMN, laboratorio y estudio genético. Con los resultados de lo solicitado el paciente regresa al Psiquiatra (aproximadamente 1 mes después) y comienza su tratamiento farmacológico.

También funciona un Grupo de Estimulación para pacientes crónicos. El coordinador del grupo de trabajo refiere que no se realizan trabajos de investigación farmacológica ni clínica.

Programa de Residencias: El hospital cuenta con Residencias de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social (20 residentes en total). Una Médica Psiquiatra de planta coordina a los de Psiquiatría y Psicología.

La jefa de Residentes en Psiquiatría refiere que en Consultorios Externos y en Adolescencia no tienen referentes entre los profesionales de planta. Asimismo expone que “no existe ningún espacio formal institucionalizado que vincule la Residencia con la jerarquía del Hospital para poder comunicar las diferencias y/o dificultades en el accionar diario (ejemplos: pérdida de espacio asistencial en Consultorios Externos, dificultades con los Profesionales de Sala de Adolescentes, diferencias de criterios con Profesionales de Guardia Externa, definición de responsabilidades ante la fuga de pacientes, calidad y cantidad de comida provista por el Servicio de Alimentación, etc.” **(Debilidad 31).**¹

Comité de Seguridad: El Comité de Seguridad, Emergencias y Desastres del hospital Alvear fue creado en el año 2001 y no cuenta con Especialista en Seguridad e Higiene. Registra su actividad en un “Libro de Seguridad”² que se rubricó el 19/05/2005. Durante el año 2006 se registraron 5 reuniones. En las reuniones efectuadas en agosto y noviembre de 2006 se pone de manifiesto la “creciente preocupación por la circulación de sustancias ilegales dentro del predio de la institución”.

El “Plan de Contingencia” entregado al equipo de auditoría, no registra ni el lugar ni la fecha de confección del mismo.

El HEPTA cuenta con un bombero de guardia durante las 24hs que no tiene teléfono en el lugar donde presta servicio.

¹ Ordenanza 40.997 y Dto Reglamentario 1167/86

² Según el Decreto N° 351/79, reglamentaria de la Ley Nacional N° 19.587/72 sobre Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo, capítulo 4, artículo 39.

El hospital tiene 50 matafuegos de clase ABC pero el personal de planta no fue capacitado para su manejo. La mayoría de ellos se ubican en los office de enfermería y la carga vence en agosto de 2007.

Existe un “Plan de Evacuación” pero no está actualizado. La última verificación de seguridad fue efectuada por la DG de Emergencias Sociales y Defensa Civil del GCBA en marzo de 2002.

Por Nota N° 153-DGESyDC-2002 se informó al HEPTA las siguientes debilidades:

- La totalidad del hospital no posee señalización de emergencia como lo indican los puntos 4.7, 4.7.1.1, 4.7.1.2, 4.7.1.4, 4.7.1.5 del Código de Edificación del GCBA.
- No existe iluminación de emergencia de encendido automático.
- Se deberá relevar el sistema de agua de la red de incendio ya que se ha comprobado la existencia de hidrantes de pared en estado obsoleto y se desconoce su funcionamiento en cuanto a caudal, presión y llegada de agua.
- En sala de Mujeres la totalidad de las ventanas que dan al exterior se encuentran con rejas representando un gran riesgo ante una emergencia.
- La noria de ingreso y egreso del hospital se encuentra frecuentemente interrumpida por vehículos estacionados.

También se recomendó la capacitación del personal, en tiempo y forma, sobre el uso de extintores portátiles, evacuación de personas y pacientes y la formación de líderes de sectores o brigadas de intervención rápida. En diciembre de 2006 se dio una charla a cargo de la División Capacitación de la Superintendencia de Bomberos, a la cual concurrieron solamente 14 personas de un mínimo de 30 que fueron solicitadas por el personal de bomberos.

(Debilidad N° 32)

VI) DEBILIDADES

1. Existe un desfasaje entre la última estructura aprobada, con la estructura actual, producto de años de carencia de estructuras. Las modificaciones que, de hecho fueron surgiendo en la práctica, no han tenido el mismo tratamiento por parte de la Dirección del Hospital: algunas no se formalizaron nunca (Psicodiagnóstico, Laboratorio, Rayos X) y otras se crearon expresamente mediante Disposición Interna (Desarrollo Organizacional, Integración Institucional). Por otra parte existen cargos de jefaturas vacantes que en muchos casos no son cubiertas por otros agentes –ni aún de manera informal-, todo lo cual diluye las responsabilidades y resta calidad a la gestión.

2. La dificultad en la aplicación de medidas disciplinarias ante el incumplimiento de funciones repercute negativamente en el funcionamiento de distintos sectores y servicios. Esta situación deberá tenerse en cuenta al momento de llevar adelante la auditoría de gestión.

3. Estas debilidades fueron ya analizadas en los Informes de Auditoría 3.05.02 a) Convenios con Fundaciones, otras entidades públicas y prestadores intra-hospitalarios en la Secretaría de Salud y 3.05.02 b) Convenios con Universidades privadas en la Secretaría de Salud – Auditoría legal 2004/2005, emitidos por esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires.

4. El Hospital adolece de personal administrativo suficiente para atender todas las áreas.

El plantel de enfermería no es suficiente para cubrir todos los turnos de las 4 salas de internación.

No cuentan con un profesional especializado en ginecología, y dependen de la disponibilidad de móviles del SAME para realizar cualquier traslado, Estudios Complementarios y/o interconsulta en otros hospitales de la CABA.

5. En las compras de Emergencia, el Hospital hace uso de un mecanismo de excepción (Decreto 1629/98) como si fuera la regla (Decreto N° 7/98).

6. Las metas físicas ejecutadas por el hospital e informadas al Ministerio de Salud no son confiables, toda vez que se pudo comprobar la falta de correspondencia entre lo informado con lo que surge de los registros llevados por el mismo hospital.

7. El Laboratorio del Hospital está desactivado. Cuenta con una heladera con reactivos, pero pudo verificarse que los mismos están vencidos. Se observó deterioro, por falta de utilización, de un valioso equipo que se utiliza para el dosaje de litemias e ionogramas. El circuito de laboratorio es deficitario: las muestras de sangre permanecen en la Guardia varias horas a la espera de un móvil que las traslade a otro hospital para procesarlas. Muchas veces el móvil no llega a tiempo y las muestras se pierden. El Hospital no cuenta con un profesional bioquímico y la Dirección no definió quién es responsable de este circuito.

8. El promedio de días de internación no se condice con las características de un Hospital de Emergencia Psiquiátrica. Los pacientes se cronifican por falta de alternativas en el sistema de Salud Mental para absorber la demanda en condiciones de ser externada (casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas para adictos, internación domiciliaria, seguimiento ambulatorio cercano al domicilio del paciente, etc.)

9. La planta física se encuentra en malas condiciones de mantenimiento. Las obras de refuncionalización del hospital recién comienzan. Sin embargo hay pequeñas mejoras que se debieran realizar para garantizar el funcionamiento de las distintas áreas, sin que esto signifique grandes erogaciones, pero el hospital no las hace.

10. La falta de existencia de Talleres formalmente constituidos y de actividades programadas, por parte de los Terapeutas Ocupacionales, agrava la situación de permanencia prolongada de los pacientes. Éstos están sin actividades terapéuticas y/o de reinserción social desde las 12.00 hs. hasta las 08.00 hs. del día siguiente, además de fines de semana y feriados.

11. El hospital cuenta con 10 equipos de computación donados por COAS, de los cuales 6 permanecen en depósito en un cuarto ubicado en el área de Administración desde agosto de 2005. Las autoridades no tomaron las medidas a fin de asignarlos a los servicios que los necesitan, posibilitando de esta manera la obsolescencia de los mismos sin haberlos usado.

12. No hay control por oposición en el manejo de las agendas médicas de la atención ambulatoria de Guardia, Hospital de Día, Adolescencia y Consultorios Externos. Esto le quita confiabilidad a los registros estadísticos.

13. La falta de continuidad en la provisión de medicamentos a los pacientes se debe, según la Coordinación actual del Programa de Compras Centralizadas por PNUD, al siguiente motivo: "(...) cambio de autoridades a nivel ministerial y a nivel de proyecto (la LPI la inició el Coordinador General Federico Arnau, la evaluación de la carpeta y el asesoramiento por parte del Comité Técnico se realizó durante la gestión del Coordinador General Leonardo Rodríguez Mormandi y la adjudicación y emisión de ordenes de compra las realizó la actual coordinación". Esta demora implicó para el Hospital Alvear el desabastecimiento de medicamentos durante 9 meses.

14. El circuito que el hospital implementa para tramitar los Fondos de Emergencia no es el previsto en el Decreto 7/98. La tardanza de entre 30 y 45 días desnaturaliza la situación de Emergencia y asemeja el procedimiento al seguido para una compra por licitación.

15. La falta de devolución de la medicación sobrante, por parte de las áreas de Internación, posibilita la acumulación de stocks sin que se realice control de los mismos. No se verifican vencimientos, es inadecuado el almacenamiento y existe un subregistro por parte de la Farmacia.

16. Los distintos servicios y sectores carecen de elementos esenciales para desarrollar sus tareas: aparatos de teléfonos, intercomunicadores (sobre todo por la dispersión de los servicios dentro del predio), fax, computadoras, equipos de aire acondicionado en oficinas que no tienen ventilación, etc.

17. El jefe del Departamento Técnico no ejerce las funciones que la normativa establece para esa posición dentro de la estructura organizacional, de manera que las áreas que dependen de este departamento quedan desarticuladas y libradas al criterio de los jefes de sector.

18. La estadística que aparece publicada como "Atención Ambulatoria del Hospital Alvear" en el Movimiento Hospitalario del Ministerio de Salud, no corresponde a la atención propiamente dicha de Consultorios Externos, sino a lo que el hospital denomina "consultorios externos de guardia". En su confección se contabilizan prestaciones que no están definidas como tales por la comisión de expertos en Salud Mental que reformuló el subsistema estadístico en el año 2000.

19. La Tesorería no paga con cheques. El sistema que utiliza el hospital de pagos en efectivo implica el mantenimiento de dinero en el sector con riesgo de pérdidas y/o robos. El Hospital no cuenta con un seguro de valores en tránsito.

20. El hospital no lleva el inventario de los bienes muebles en debida forma. Los bienes no están individualizados ni poseen una ficha que identifique los movimientos del bien dentro del hospital (fecha de alta, código de identificación, datos personales del responsable del bien, etc).

21. El circuito de reparaciones a cargo del sector Mantenimiento del hospital es informal. No existen registros escritos de eventuales trabajos que este sector hubiese realizado.

22. La “certificación” que realiza la Dirección General de Recursos Físicos sobre las reparaciones y mantenimiento edilicio que realiza la empresa tercerizada carece de sustento técnico, ya que desconoce el pliego de condiciones particulares de la contratación y carece de comprobantes o registros de los trabajos realizados por la misma. Es un formalismo al solo efecto de que la empresa de mantenimiento cobre mensualmente.

23. El control de asistencia (ingreso/egreso) del personal de planta es distinto según se trate de la carrera profesional o del escalafón general. Los primeros firman en la oficina de Personal (y si llegan tarde se les descuenta –según sea el caso- ½ día o directamente se le computa falta), en tanto que los agentes del escalafón general fichan en el fichero que está ubicado en el ingreso al predio. En este lugar no hay ninguna persona que controle el ingreso. Las tardanzas del personal del escalafón general (excepto el personal de Enfermería que llevan un control propio) no se registran.

24. La metodología utilizada por la Guardia para la recolección de los datos estadísticos de atención ambulatoria no se ajusta a las definiciones operativas establecidas por la Dirección de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud. Esta falta de correspondencia estaría sobredimensionando la ejecución de las metas físicas

25. El personal del área de Estadística realiza tareas que se encuentran fuera de su competencia como ser la codificación de los diagnósticos con el CIE 10, función ésta que corresponde al área profesional.

26. El circuito utilizado para la entrega y devolución de H.C. por parte de los residentes (para asistencia de pacientes ambulatorios, preparación de trabajos, etc) tiene fallas de control interno, toda vez que en los respectivos movimientos no figuran el sello, la fecha ni la firma del residente.

27. No existe un Archivo unificado para las Fichas de los Consultorios Externos. Las Fichas de los Consultorios Externos de Adolescencia, Htal de Día, Neurociencia y algunas de Sala de Hombres no son archivadas con las Fichas del resto de los Servicios.

28. Enfermería realiza actividades que no corresponden a su rol, restando tiempo asistencial a las ya escasas hs. profesionales existentes. (extracción de sangre, pedidos de medicamentos a farmacia)

29. El circuito de Facturación es ineficiente. El sector no cuenta con el sistema informático que le permita la captación de los afiliados a Obras sociales en el momento en que éstos se presentan demandando atención. El monto de facturación mensual no se condice con los números que muestra la estadística.

30. El Sector de Radiología no cuenta con la habilitación exigida por la Ley 17.557 como así tampoco existe un médico en el hospital con habilitación para cumplir esta tarea.

31. La Falta de comunicación e integración del Sistema de Residencia con la Conducción del hospital genera dificultades en el accionar diario (ejemplos: pérdida de espacio asistencial en Consultorios Externos, dificultades con los Profesionales de Sala de Adolescentes, diferencias de criterios con Profesionales de Guardia Externa, definición de responsabilidades ante la fuga de pacientes, calidad y cantidad de comida provista por el Servicio de Alimentación, etc

32. El Comité de Seguridad no tiene un funcionamiento sistemático. No cumple con las funciones básicas de educación del personal y prevención de riesgos.

33. Los pacientes internados en las diferentes Salas del Hospital quedan bajo la responsabilidad de los Residentes Psiquiatras y Psicólogos entre las 13hs y las 8hs del día siguiente, fines de semana y feriados. Después de las 17 hs sólo permanecen dos Residentes de Guardia para cubrir todas las Salas.

34. La falta de continuidad en la provisión de medicamentos para los pacientes ambulatorios favorece la reaparición de síntomas y/o reagudización de patologías que generarán nuevas internaciones de los mismos.