

INFORME FINAL DE GESTIÓN

**Proyecto 3.05.05 b)
Hospital Dra. Carolina Tobar García
Ministerio de Salud**

Período 2005

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: 3.05.05 b)

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital Dra. Carolina Tobar García .
Auditoría de Gestión

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2005

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: octubre de 2006

EQUIPO DESIGNADO:

Coordinadores: Mario Aiscurri
Mercedes Gámez

Supervisor: Jorge Raimondo (Contador)

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García

INFORME EJECUTIVO

| | |
|---|--|
| Lugar y fecha de emisión | Octubre de 2006 |
| Código del Proyecto | 3.05.05 b) |
| Denominación del Proyecto | Hospital Dra. Carolina Tobar García. Auditoría de Gestión |
| Período examinado | 2005 |
| Objetivo de la auditoría | Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García |
| Alcance | Considerar el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión en áreas críticas del Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García detectadas en la auditoría de relevamiento |
| Período de desarrollo de tareas de auditoría | Las tareas se desarrollaron entre el 4 de enero de 2006 y el 19 de septiembre de 2006. |
| Limitaciones al alcance | <p>La ausencia de registros completos y unificados en las historias clínicas auditadas no permitió verificar en su totalidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Las patologías de los pacientes internados b. Las acciones realizadas e informes de evaluación periódicos de las diferentes instancias intervinientes. c. La frecuencia, periodicidad y especialidad de los profesionales intervinientes en el tratamiento d. La aplicación de tratamientos de contención física. <p>Asimismo, la falta de respuesta por parte de la Asesoría General de Menores e Incapaces solicitando información sobre circuitos de intervención, listado de niños/as y adolescentes internados objeto de intervenciones judiciales e informes realizados, impidió verificar las acciones realizadas por este organismo en pos de la defensa de los derechos de los pacientes internados</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| Aclaraciones previas | <p>I.- OBRAS DE AMPLIACIÓN Y REFUNCIONALIZACIÓN Se realizarán obras de refuncionalización para los 4816 m2 existentes y obras nuevas de ampliación en Planta Baja y Primer piso con una totalidad de 3.864 m2.</p> <p>II.- INTERNACIÓN Las salas de internación, con 61 plazas, albergan pacientes ubicados por piso según sexo. Los internados, al momento del trabajo de campo, eran 98 pacientes (con/sin Permiso de Salida). El Permiso de Salida es una metodología previa al Alta del paciente, a fin de que pueda reinsertarse en su medio y hallar una red de contención. Su duración habitualmente es progresiva por horas y luego días. Existen pacientes internados que además de presentar trastornos psiquiátricos llegan a la internación con problemáticas de adicciones.</p> <p>Tratamientos Interdisciplinarios: Para estas tareas se cuenta con las siguientes actividades: a) Musicoterapia, b) Psicomotricidad, c) Recreación, d) Orientación y Entrenamiento Laboral, e) Terapia Ocupacional y f) Educación Física.</p> <p>Según los datos recogidos en el trabajo de campo, el promedio de días de estada de los pacientes es de 122.</p> <p>Proceso de externación Se inicia una vez estabilizado el cuadro agudo que generó la internación en el Hospital y extendida el alta del paciente. Para ello se requiere de la participación de los distintos actores intervinientes (Hospital, Justicia, Organizaciones Gubernamentales y ONG's) que en conjunto deben garantizar el logro exitoso del proceso.</p> <p>Aspectos Jurídicos y Socio familiares Nuestro país adhiere a la Convención Internacional de los Derechos de Niños desde el año 1989. La Ciudad de Buenos Aires adhiere a través del dictado de la Ley N° 114, en el año 1999. El encuadre privilegiado para analizar la situación legal de los niños internados en el Hospital es la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), donde los mismos son considerados</p> <p>Sujetos de Derecho. La Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, establece expresamente entre las medidas de protección especial de derechos, aquellas tendientes a la desjudicialización de la pobreza y asimismo y los casos de internación de emergencia. Por Decreto 1527 del 2003 se establece que la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público de la CABA es la autoridad judicial competente a fin de realizar la comunicación prevista en el Art. 73 de la Ley 114.</p> |
|-----------------------------|--|

La Ley 448 y su Decreto reglamentario, dicen que los internados que no registren la presencia de un grupo familiar de pertenencia, en caso de alta, deberán ser derivados dentro de las 72 hs a la Institución Intermedia que corresponda, en los términos del Art. 15 de dicha Ley y de la Ley 114. Todo ello, previa comunicación al Asesor de Menores e Incapaces.

El 21 de octubre de 2005 se promulgó la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes que define los intereses superiores del niño.

En la Ciudad de Buenos Aires, el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes es la autoridad de aplicación de la nueva ley nacional. De él dependen las 17 Defensorías Zonales de Derechos, donde la ciudadanía puede acudir para reclamar el cumplimiento de los derechos vulnerados de los niños, niñas y adolescentes.

Instancias y Circuitos de Articulación

A) Hospital

Otorga el alta del paciente. En los casos de pacientes judicializados de nivel nacional, informa a la Justicia sobre la condición de alta del paciente. Para realizar estas acciones, al momento del trabajo de campo, contaba con un médico legista y un asistente social.

En todos los casos auditados pudo constatarse que no se dio cumplimiento al Art. 37 de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires impidiendo el acceso a la información sobre el estado de salud de los pacientes.

B) En el orden nacional

Poder Judicial de la Nación y el Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (CONNAF)

En el caso de los pacientes que se encuentran judicializados, se requiere de la intervención de la Justicia para el alta. La falta de respuesta adecuada en tiempo y forma por parte de la Justicia de Menores -Defensorías y CONNAF-, genera que los pacientes que están en condiciones de externarse no lo hagan y en ocasiones se resienta su mejoría.

Al momento del trabajo de campo, el Hospital carecía de Asesor Legal (Abogado), por lo que la articulación con las distintas instancias de la Justicia de Menores se delegaba en el Médico Legista y las Asistentes Sociales.

C) En el orden del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Asesoría General Tutelar, Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad (Defensorías Zonales) y Dirección General de Niñez y Adolescencia

Cuando la externación no puede hacerse hacia la familia, el Art. 73 de la Ley 114, establece que deberán ser informados a la autoridad judicial competente, dentro de las doce horas de acaecido.

Por Decreto 1527 del 2003 se establece que la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público de la CABA es la autoridad judicial

competente del Art. 73 de la Ley 114, quien en 48 horas deberá informar al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad.

El Gobierno de la Ciudad no cuenta con hogares propios para la derivación de pacientes. En los hogares conveniados, las plazas existentes no son para exclusivo uso de la D. G. de Niñez y que los que consigue no son exclusivamente para externar pacientes del Hospital. A este hecho se le suma el impedimento que para los pacientes provenientes del Hospital, las evaluaciones han sido adversas porque las instituciones se ocupan de contener trastornos de conducta o conductas disociales que no están asociados con patologías mentales severas.

Al momento de trabajo de campo, la Dirección General aún no había suscripto convenios con hogares terapéuticos que atiendan pacientes con el tipo de problemática más frecuente del Hospital.

III. ENFERMERÍA

Existe en la planta de enfermeros del Hospital un déficit de horas de enfermería de 4.740 hs. (equivalente a 26 enfermeros), que se cubre, con la regular asignación de módulos de enfermería.

El uso que se está dando a los módulos ha pasado a ser una actividad corriente cuando debería ser esporádica. La existencia de enfermeros que habitualmente cumplen jornadas dobles de trabajo, redundan en un déficit de calidad en la tarea realizada.

Sanciones y otras medidas disciplinarias aplicadas a enfermeros

En el Departamento de Enfermería existen agentes que se encuentran sancionados o a la espera de resolución de medidas disciplinarias elevadas por las autoridades.

- Siete agentes con expedientes disciplinarios de los cuales tres no fueron sancionados y cuatro permanecen sin resolver
- Dos agentes con cesantía en trámite

IV. ALIMENTACIÓN

El Departamento de Alimentación del Hospital tiene asignados por parte del cuatro agentes de planta: una Lic. en Nutrición, a cargo del Departamento de Alimentación y tres administrativos. El servicio de catering está concesionado.

Debido a la carencia de personal no se realiza control de recepción de la mercadería por no encontrarse el personal en el horario de entrega. Esta actividad se delega en la empresa concesionaria.

Las niñas y niños de 6 a 10 años de edad reciben un exceso del 39% de kcal., las niñas de 11 a 18 años y los varones de 11 a 14 un exceso del 12% de kcal. y los varones de 15 a 18 años un déficit de un 12% de kcal.

En cuanto a las grasas, no se cubren con los requerimientos de ácidos grasos esenciales que, al no ser producidos por el organismo,

| | |
|---|---|
| | <p>deberían ser aportados a través de la dieta. Una dieta de estas características, asociada a la falta de actividad física (por falta de espacio para la recreación) predispone a la ganancia de peso. Sumado a esto los pacientes reciben medicación que, por sus características, aumentan el apetito.</p> <p>V. CONTROL DEL AGUA Para cumplir con la exigencia de limpieza semestral de los tanques se contrata a una empresa. No se cuenta con registro de análisis fisicoquímico.</p> <p>VI. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES Organización del Área Informática. El área informática del Hospital es unipersonal. Se generó informalmente en ocasión del advenimiento de la problemática del cambio del siglo XX al XXI para la que muchos sistemas informáticos no estaban preparados. No disponen de un proceso de planificación y los procedimientos son informales con excepción de las listas de inventario, las solicitudes de mantenimiento y un reporte de tareas.</p> |
| <p>Observaciones principales</p> | <p>1. PLANTA FÍSICA. OBRA. REMODELACIÓN Se encuentra en ejecución la obra de remodelación y ampliación de la planta física del Hospital. Se observa que no se han tenido en cuenta en el proyecto, entre otras, las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internación: Se desconoce si los dúplex contarán con sistema contra incendios y no se observa previsión acerca del traslado a piso superior de niños con limitaciones motrices. ▪ Office de enfermería <ul style="list-style-type: none"> • La infraestructura de los office no reúne las condiciones edilicias y de higiene necesarias para el cumplimiento adecuado de las tareas. • EN EL PISO 3º LOS PSICOFÁRMACOS NO SE ENCUENTRAN BAJO LLAVE. <p>2. INTERNACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las Historias Clínicas de la muestra no cumplen con una normativa en cuanto a su forma de registro de datos ▪ No existe un registro de la utilización de herramientas en la contención física de los pacientes en las historias Clínicas. ▪ Existe mayor número de internados que de camas disponibles en el Hospital. El alto porcentaje de pacientes con internaciones prolongadas se debe en parte a la dificultad que existe para derivar a los pacientes una vez compensados, inclusive con pacientes con alta suministrada. ▪ El Hospital no cuenta con infraestructura y recurso humano adecuado para abordar la complejidad de patologías concurrentes. |

3. LEGAL

- No consta el cumplimiento, por parte de la Dirección del Hospital, de comunicar fehacientemente a las autoridades competentes.
- Se incumple con la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, en cuanto existen pacientes dados de alta médica que permanecen internados por imposibilidad en la derivación a instituciones apropiadas.
- No existen constancias en el Hospital, de trabajo periódico articulado entre los responsables de la defensa de los derechos de los niños y las autoridades del Hospital.

De la situación legal de los niños internados:

- Procesos ilimitados en el tiempo, que no tienen en cuenta el derecho a ser escuchados (Art. 12 Inc. 2 CIDN), ya sea directamente o por medio de un representante o en su defecto de un órgano apropiado.
- Falta de aplicación de efectivas políticas públicas, que tiendan a restituir los derechos vulnerados y garantizar su ejercicio, en contraposición a la judicialización y re-victimización de los niños.
- Se incumple con la Ley 448/00 y su Decreto Reglamentario (635/04) en cuanto al tiempo de permanencia de los internados una vez recibida el alta.
- La Dirección General de Niñez y Adolescencia dependiente del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales del GCBA, no cumplió con la firma de convenios con instituciones que puedan albergar pacientes psiquiátricos provenientes del Hospital cuando se produce el alta de los mismos.
- La Asesoría General Tutelar de Menores e Incapaces, dependiente del Ministerio Público del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no ha podido demostrar las acciones realizadas en pos de la defensa de los derechos de los pacientes internados.

Al Informe del Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes del GCBA:

Del Acta de Transferencia:

- No se observa que se hayan tomado medidas para asumir la contingencia del traspaso de los recursos de la Nación a la Ciudad.

Del funcionamiento de la Comisión Mixta:

- Las medidas enunciadas en la nota del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, tienen carácter informativo y no indican plazos ni resultados concretos.

4. ENFERMERÍA

- El jefe de Departamento y dos jefes de División no han sido designados formalmente para su función.
- La planta de enfermeros resulta insuficiente para la población a atender.
- Los módulos de enfermería se utilizan regularmente para cubrir el déficit de personal que existe en el Departamento, habiéndose liquidado módulos de enfermería a agentes que no realizan funciones operativas en el área.
- La existencia de enfermeros que realizan jornadas dobles de trabajo redundante en un déficit en la calidad de tarea realizada y se potencia el riesgo de que los mismos contraigan enfermedades profesionales.

Sanciones y otras medidas disciplinarias aplicadas a enfermeros

- El 15% de los agentes se encuentra sancionado
- La ausencia de gestión de un abogado posibilita la demora en la toma de resoluciones en los expedientes que se inician como en el seguimiento de todos los actos ante la justicia.

5.- DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN

Valores calóricos establecidos en el pliego

- El pliego de concesión no ha tomado en cuenta las variaciones de calorías requeridas de acuerdo al sexo y edad de los pacientes.
- El fin de semana la prestación alimentaria se encuentra en déficit respecto del VCT establecido en el pliego
- No se valora en la programación de los menús la interacción alimento-medicamento.

Aspectos normativos

- El concesionario no publica el listado de ingredientes de los menús planificados.

Planta física:

- No se cuenta con área de cocina dietoterápica¹ ni de víveres frescos y el depósito de víveres secos está compartido con el de artículos de limpieza.
- El estado de higiene y conservación no es adecuado.

Estado de mantenimiento y conservación de la estructura edilicia de la planta física:

- Falta de higiene en paredes, rejillas, ventanas, techos, pisos y de elementos faltos de higiene y existencia de elementos fuera de uso en el área de trabajo de cocina.
- Iluminación natural y artificial deficientes.

¹ Preparaciones para pacientes con patologías renales, hepáticas, diabetes, etc.

| | |
|-------------------|---|
| | <p>Recepción y control de mercaderías</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se delega la responsabilidad de la entrega y recepción pasadas las 16 hs, en el concesionario, por no haber personal responsable del GCBA. <p>6.- CONTROL DEL AGUA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe un registro por parte del Hospital que refleje el cumplimiento de la limpieza de tanque y cisterna. ▪ No se verifican los resultados de los análisis bacteriológicos realizados. <p>7. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspectos Generales <p>Se observa ausencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Plan de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) ○ Política formal de seguridad de la información <p>8. DICTAMEN DE LA D. G. LEGALES</p> <p>Finalmente, de acuerdo a lo sugerido por la D. G. Legales en el dictamen N° 113/07, se recomienda el inmediato inicio de las investigaciones administrativas correspondientes a fin de deslindar responsabilidades así como el diligenciamiento de las causas judiciales en trámite respecto a la Observación N° 4 ítem k, correspondiente al Departamento de Enfermería. Con relación a las observaciones referentes al departamento de Alimentación y al Control del Agua, se recomienda el inicio de acciones administrativas tendiente al deslinde de responsabilidades.</p> |
| Conclusión | <p>La judicialización de los problemas sociales posibilita que el Estado intervenga coactivamente sobre la infancia, en pos de un supuesto tratamiento y resocialización.</p> <p>Este es el caso del HCTG, que desarrolla sus actividades en un edificio originariamente construido para albergar una escuela de enfermería y que en la actualidad se encuentra lejos de ser un ámbito físico apropiado para procurar un tratamiento integral de los niños y adolescentes que allí se internan.</p> <p>La internación (judicialización) y ausencia de mecanismos ágiles para la externación, lleva implícita la privación de la libertad de los internados, aunque se la niegue como tal y bajo el argumento de la tutela, hace posible obviar las garantías fundamentales de los niñas, niños y adolescentes internados.</p> <p>El accionar de los distintos responsables parece desconocer que la familia es el ámbito propicio para la crianza y el desarrollo del niño, y que es responsabilidad del Estado brindar asistencia a las familias que la requieran. El estado actual de funcionamiento del sistema reproduce la victimización de los internados, que probablemente no</p> |

logren más que egresar hacia los dos hospitales neuropsiquiátricos de adultos de la Ciudad.

Para revertir esta realidad es imprescindible pasar de un sistema tutelar a un sistema de políticas de infancia y adolescencia respetuoso de la Convención de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes e implementar dispositivos de protección y promoción de esos derechos que garanticen su exigibilidad.

Tanto en el nivel Nacional como en la CABA y en las diferentes jurisdicciones, las áreas gubernamentales, no gubernamentales y el Consejo de Niñez y Adolescencia deberán liderar un nuevo tipo de abordaje a la problemática de la salud mental infanto- juvenil.

Destacamos como resultado de la tarea realizada por la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires en este Proyecto las acciones encaradas por el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes a través del dictado de las Resoluciones 246/07 y 309/07. En el primer caso, define competencias estableciendo que las Defensorías Zonales adoptarán las medidas necesarias y/o excepcionales tendientes a resguardar la defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes y en la Resolución 309/07 se plasma el circuito de efectivización de derechos vulnerados en la población infantil, que viene a dar respuesta en plazos y términos ajustados a la legislación vigente en materia de infancia y en particular tratándose de la externación de niños y adolescentes en Institutos Psiquiátricos.

**INFORME FINAL DE GESTIÓN
PROYECTO 3.05.05 b)**

Sr.
Vicepresidente 1º
Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires
Dp. 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 de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I.- OBJETO

Debilidades y áreas críticas detectadas en el Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

II.- OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

III.- ALCANCE

Considerar el cumplimiento de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión en áreas críticas del Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García detectadas en la auditoría de relevamiento.

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 y evaluación de la prestación alimentaria.
- Revisión y análisis de las historias clínicas de la totalidad de los pacientes internados.
- Vista de expedientes.
- Análisis de la composición de la planta de personal
- Recopilación y análisis de información estadística
- Relevamiento de la planta física.

- Para el área de Sistemas, se utilizaron las Normas Básicas de Auditoría Externa de la AGCBA y las Normas Básicas de Auditoría de Sistemas de la AGCBA, comprendidas en la ley 70, ley 325 y complementarias.

Las tareas de relevamiento se desarrollaron entre el 4 de enero de 2006 y el 19 de septiembre de 2006.

IV.- LIMITACIONES AL ALCANCE

La ausencia de registros completos y unificados en las historias clínicas auditadas no permitió verificar en su totalidad:

- e. Las patologías de los pacientes internados
- f. Las acciones realizadas e informes de evaluación periódicos de las diferentes instancias intervinientes.
- g. La frecuencia, periodicidad y especialidad de los profesionales intervinientes en el tratamiento
- h. La aplicación de tratamientos de contención física.

La falta de respuesta a las Notas N° 3890 y 3994/06 solicitando información a la Asesoría General de Menores e Incapaces sobre circuitos de intervención, listado de niños / as y adolescentes internados objeto de intervenciones judiciales e informes realizados, impidió verificar las acciones realizadas por este organismo en pos de la defensa de los derechos de los pacientes internados.

V.- ACLARACIONES PREVIAS

V.1. PLANTA FÍSICA.

El Hospital cuenta con 3 salas de internación, cada una con un espacio para enfermería. Por razones de seguridad, el acceso a cada uno de estos sectores se encuentra restringido y el desplazamiento dentro del hospital producen dificultades al equipo de salud para el acompañamiento del paciente.

Los consultorios externos están ubicados en el 1º y 2º piso, siendo el acceso a los mismos por ascensor o escaleras de reducidas dimensiones. La espera se realiza en estrechos pasillos.

Los espacios que se utilizan para las actividades recreativas, ocupacionales, laborales, deportivas, etc., necesarios para la terapia de rehabilitación y socialización de los pacientes, son limitados.

V.2. OBRAS DE AMPLIACIÓN Y REFUNCIONALIZACIÓN

Al momento del trabajo de campo, se comenzó con la remodelación edilicia, que tiene un presupuesto de \$ 11.184.000. La misma fue

aprobada por Decreto N° 102/2006, del 25 de enero del 2006, siendo firmado el contrato de locación de obra el 30 de enero del 2006. Cuenta con financiamiento BID habiéndose previsto la imputación presupuestaria en los ejercicios 2006 (\$ 1.817.184) y 2007 (\$ 9.366.816).

Se realizarán obras de refuncionalización para los 4816 m² existentes y obras nuevas de ampliación en Planta Baja y Primer piso con una totalidad de 3.864 m². Otras obras de 758 m². Total 9.438 m².

Las obras se iniciaron con fecha 17 de abril de 2006 y deberán ejecutarse en un plazo de quinientos cuarenta (540) días corridos (18 meses).

A) OBRAS DE AMPLIACIÓN

Las obras nuevas se desarrollan sobre terreno propio del Hospital y sobre un área cedida por el Hospital Borda. La construcción comprende:

1) Área de internación:

Desarrollada en planta baja 1.056 m² y planta alta 923 m², con 4 unidades: adolescentes varones con 20 camas, adolescentes mujeres 20 camas, púberes 14 camas y niños 14 camas. Cada unidad se completa con 4 consultorios de apoyo profesional y Office de enfermería y 3 consultorios en común en la zona de admisión.

2) Rehabilitación:

Se han destinado una serie de 6 bloques separados por patios interiores, donde se ubican Rehabilitación y Prevención y Acción Comunitaria que comprenden:

- **Primer bloque.** Farmacia y Prevención y Acción Comunitaria con 4 consultorios (100 m²)
- **Segundo bloque.** Jefatura de rehabilitación, biblioteca, 2 consultorios y una sala (115 m²)
- **Tercer bloque.** Musicoterapia con 2 consultorios individuales y 2 grupales (130 m²)
- **Cuarto bloque.** Servicio de terapia ocupacional laboral, con 2 consultorios individuales y 2 consultorios grupales (141 m²)
- **Quinto bloque.** Comparten este bloque Terapia Ocupacional y Psicomotricidad con 2 consultorios grupales o talleres para el primero y 2 consultorios individuales para el segundo (154 m²)
- **Sexto bloque.** Educación física con un gimnasio para actividades grupales y otro más pequeño para aparatos con vestuarios para ambos sexos (345 m²)

Asimismo se construirá sobre el Hospital de Día el **área de servicios complementarios** que incluyen los servicios de psicopedagogía, fonoaudiología, neurología, pediatría, salud bucal y tocoginecología en 20 consultorios (460 m²)

La nueva área de circulaciones y galerías comprende 435 m²

B) OBRAS DE REFUNCIONALIZACIÓN

La obra comprenderá al cuerpo principal de la edificación existente destinada a consultorios y administración y se desarrollará de la siguiente manera:

- **Subsuelo.** Reacondicionamiento del mismo con creación de un auditorio con capacidad para 250 personas y áreas de servicios generales de cocina, lavadero, depósito de farmacia, depósitos y talleres de mantenimiento (1216 m²)
- **Planta Baja.** Sobre el edificio se creará un área de guardia con 6 camas, 1 consultorio individual y 2 consultorios de crisis (178 m²), destinando el resto de la superficie para hall, espera y confitería (326 m²)
- **Primer piso.** Área de atención de consulta externa y psicofarmacología con 12 consultorios individuales y 2 grupales (400 m²)
- **Segundo piso.** Área de atención externa y terapia familiar 12 consultorios individuales mas 5 grupales (400 m²)
- **Tercer piso.** Administración y estadística (199 m²) compartido con el servicio social con 5 consultorios individuales y 1 grupal (201 m²)
- **Cuarto piso.** Dirección y conducción (229 m²) y el área comprendida por tesorería contable y recursos humanos con (171 m²)
- **Quinto piso.** Docencia e investigación con 4 aulas, 1 biblioteca (325 m²) y espacio para 2 dormitorios de residentes de 3 camas cada uno (75 m²)
- **Sexto piso.** Oficinas gremiales (125 m²), área de patrimonio, laboratorio y Server (130 m²)

Ubicado detrás del edificio en Planta Baja, se encontrará el **Hospital de Día** con 3 talleres, 8 consultorios individuales y 3 grupales (441 m²)

Durante el trabajo de campo se participó de una de las reuniones periódicas de la Comisión a cargo de la revisión de los planos de la Obra, en las que se consideraron temas sobre el aspecto edilicio, equipamiento para los nuevos sectores, sistemas de comunicación, ascensores y seguridad contra incendio, entre otras.

V.3. INTERNACIÓN

A la internación ingresan los pacientes que han sido evaluados por el Equipo de Admisión y/o por la Guardia del Hospital.

Los diagnósticos más frecuentes son: esquizofrenia con o sin conductas delictivas, patologías con morbilidad adictiva, trastornos afectivos de diferente gravedad y patologías post-consumo. También pacientes derivados por la Justicia: con adicciones, conductas delictivas, delitos de violación y/o actos de violencia peligrosos para sí y para terceros.

V.3.1.- Salas de internación 3°, 4° y 5° piso

Las salas de internación, con 61 plazas, albergan pacientes ubicados por piso según sexo. En el 3° piso se encuentran los varones entre los 6 y 12 años (la sala tiene una capacidad de 9 camas); en el 4° piso se encuentran internadas mujeres entre 4 y 17 años (con 24 camas) y en el 5° piso (28 camas) están internados los pacientes varones entre 12 y 17 años de edad. La distribución antes mencionada atiende a cuestiones de división por sexo y patología de los pacientes².

Los internados, al momento del trabajo de campo³, eran 98 pacientes⁴ (con/sin Permiso de Salida). El Permiso de Salida es una metodología previa al Alta del paciente, a fin de que pueda reinsertarse en su medio y hallar una red de contención. Su duración habitualmente es progresiva por horas y luego días.

Existe una diferencia entre las camas existentes y los pacientes internados. En casos puntuales, la superpoblación se compensa con permisos de salida. En ocasiones, cuando los internados exceden las plazas disponibles, se improvisan camas con colchones que se ubican en el piso.

| EDAD/ PISO | 3º PISO | 4º PISO | 5º PISO | TOTAL POR EDAD |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|
| 6 AÑOS | 1 | | | 1 |
| 7 AÑOS | | | | |
| 8 AÑOS | 2 | | | 2 |
| 9 AÑOS | | 1 | | 1 |
| 10 AÑOS | 1 | | 2 | 3 |
| 11 AÑOS | 5 | 2 | | 7 |
| 12 AÑOS | 2 | 4 | 3 | 9 |

² Al momento de trabajo de campo se observaron dos pacientes varones pequeños de 10 años de edad que por su grado de agresividad debieron ser internados en el piso de varones adolescentes ya que resultan peligrosos para los niños de su edad.

³ 09/03/06

⁴ 62% superada la oferta de camas.

| EDAD/ PISO | 3º PISO | 4º PISO | 5º PISO | TOTAL POR EDAD |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|
| 13 AÑOS | | 5 | 1 | 6 |
| 14 AÑOS | | 6 | 11 | 17 |
| 15 AÑOS | | 12 | 7 | 19 |
| 16 AÑOS | | 11 | 7 | 18 |
| 17 AÑOS | | 6 | 9 | 15 |
| TOTALES | 11 | 47 | 40 | 98 |

Tomando los pacientes por rango de edad, al momento de trabajo de campo había 7 pacientes entre 6 y 10 años y 91 pacientes entre 11 y 17 años.

Los permisos de salida se distribuyen:

| CON PERMISO DE SALIDA | | |
|---|---|--|
| 3º piso varones de 6 a 12 años | 4º piso mujeres de 4 a 17 años | 5º piso varones de 12 a 17 años |
| 64% | 62% | 65% |

Existen pacientes internados que además de presentar trastornos psiquiátricos llegan a la internación con problemáticas de adicciones:

| | 3º piso varones de 6 a 12 años | 4º piso mujeres de 4 a 17 años | 5º piso varones de 12 a 17 años |
|------------------------------------|---|---|--|
| Pacientes que presentan adicciones | 1 | 7 | 16 |

En la sala del 5º Piso (varones entre 12 y 17 años), el 40 % de los chicos internados eran pacientes con trastornos psiquiátricos ligados a problemática adictiva, siendo el 14,89 % en el caso de los pacientes del 4º Piso (mujeres).

Para unificar criterios de clasificación de patologías halladas en las Historias Clínicas auditadas, se analizó el diagnóstico registrado en cada una de ellas y se lo asimiló a la clasificación CIE 10.

Existe una gran diversidad de criterios por parte de los Profesionales para clasificar las patologías, además el CIE 10 no contempla totalmente las patologías halladas en la población de pacientes del Hospital Tobar García.

De las historias clínicas analizadas, 24 se encuentran en esta situación, con los siguientes cuadros:

- Crisis de excitación psicomotriz

- Conductas autolesivas
- Heteroagresividad
- Ideación suicida – Ideas de muerte
- Conductas desorganizadas
- Trastornos adaptativos

Cobertura Médica:

| PACIENTES CON OBRA SOCIAL | |
|----------------------------------|-----------|
| 3º PISO | 2 |
| 4º PISO | 12 |
| 5º PISO | 6 |
| TOTAL | 20 |

El 20 % de los pacientes no cuentan con cobertura médica psiquiátrica para internación por su obra social o bien han excedido los límites en las prestaciones establecidas por las mismas.

Lugar de residencia:

El 33% de los pacientes internados en el Hospital tienen domicilio de residencia en la Ciudad de Buenos Aires.

El hecho de que un alto porcentaje de los niños y adolescentes internados vivan fuera de la Ciudad de Buenos Aires debe analizarse no sólo desde el punto de vista de aplicación económica de los recursos, sino también desde la eficacia y eficiencia de los tratamientos instituidos.

Re-internaciones:

| | 3º piso | 4º piso | 5º piso |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| % internación por primera vez | 64% | 68% | 65% |
| % internación segunda vez o más | 36% | 32% | 35% |

Entre las causas de las re-internaciones registradas podemos mencionar: cronicidad de muchas de las patologías que se atienden; dificultades familiares para continuar el tratamiento una vez externados los pacientes; discontinuidad en la provisión de medicamentos adecuados (Olanzapina, Clozapina, etc.) por parte de otras Instituciones; ausencia de redes de contención; limitaciones sociales, económicas y culturales del entorno, etc.

Tratamientos Interdisciplinarios:

Paralelamente al tratamiento en internación, se trata de integrar socio-laboralmente al paciente, poniendo el acento en el trabajo grupal dentro y fuera del Hospital.

Para estas tareas se cuenta con las siguientes actividades: a) Musicoterapia, b) Psicomotricidad, c) Recreación, d) Orientación y Entrenamiento Laboral, e) Terapia Ocupacional y f) Educación Física.

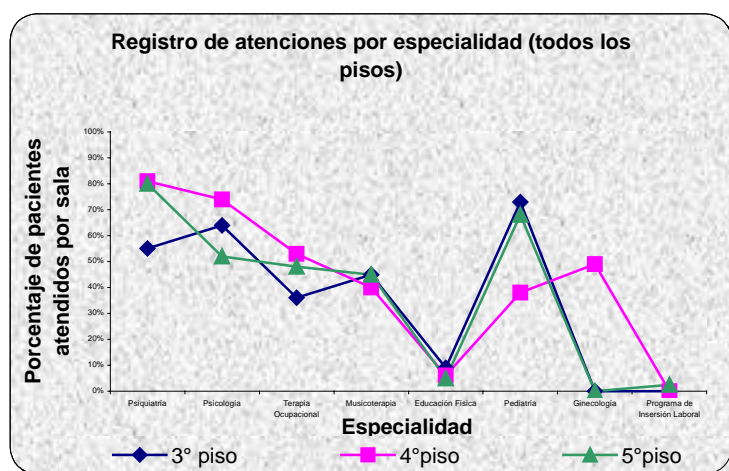
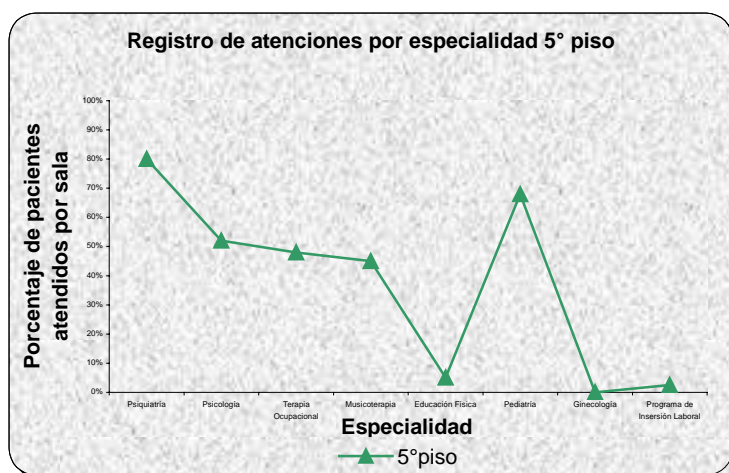
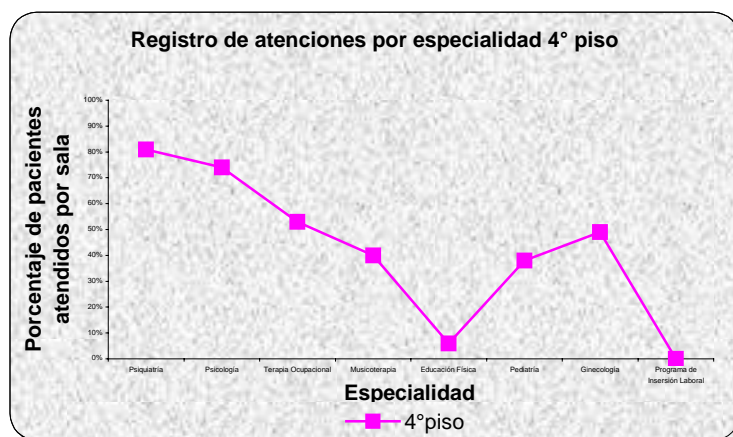
El equipo tratante determina el tiempo de rehabilitación para cada paciente.

Como procedimiento de auditoria se analizó 98 Historias Clínicas de la totalidad de los pacientes internados y se tomaron en cuenta las diferentes especialidades que habían intervenido desde el ingreso hasta la fecha del trabajo de campo en cada uno de los pacientes.

Cabe destacar que en los niños de 3º Piso era mayor la demanda de Psicología respecto al resto de las Especialidades (referido por la Jefa de Internación) debido a su tipo de patología y la necesidad de otros tratamientos complementarios.

Los siguientes gráficos muestran las especialidades de mayor incidencia en el tratamiento de niños y adolescentes internados:





Además de las disciplinas mencionadas en el cuadro, también intervinieron: Neurología, Servicio Social, Psicopedagogía, Odontología, Hospital de Día y Rehabilitación.

Según datos oficiales⁵, el 51.4% de los pacientes que han egresado en el año 2005 estuvo concentrado en cinco categorías diagnósticas⁶, con un promedio de estada de 87.3 días⁷.

Según los datos recogidos en el trabajo de campo, el promedio de días de estada de los pacientes es de 122

| | 3° piso | 4° piso | 5° piso |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Promedio de días de internación | 171 | 117 | 114 |

En la sala del tercer piso los pacientes con mayor cantidad de días de internación fueron siete y oscilaron entre 161 y 434 días de internación.

En la sala del cuarto piso los pacientes con mayor cantidad de días de internación fueron veinte y oscilaron entre 105 y 614 días de internación.

En la sala del quinto piso los pacientes con mayor cantidad de días de internación fueron dieciocho y oscilaron entre 103 y 458 días de internación.

Indicadores De Productividad

Los indicadores que a continuación se presentan se confeccionaron con base a información relevada en campo. La misma no puede ser evaluada comparativamente debido a que no existen antecedentes de hospitales de estas características en la Ciudad ni en la Nación. Estos indicadores deberían tenerse en cuenta en oportunidad de realizarse el seguimiento de observaciones y recomendaciones del presente informe.

1. Nº Hs.de Psiquiatras / Nº de Pacientes⁸

2 Psiquiatras de Planta (40 hs.), 5 de Guardia con extensión horaria a Planta (12 hs. c/u), 2 Residentes (40 hs.), 5 Concurrentes (promedio 18 hs.) y 2 Pasantes (no se consideran en la sumatoria de Hs. Profesionales) menos 20% dedicado a capacitación y docencia.

248 Hs. de Psiquiatría / 62 Pacientes

⁵ Cuadro de "EGRESOS Y PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS MÁS FRECUENTES Hospital Infante Juvenil CAROLINA TOBAR GARCÍA Año 2005", que edita la Dirección de Estadísticas para la Salud del M^o de Salud

⁶ Diagnósticos F20 (Esquizofrenia), F23 (Trastornos psicóticos agudos y transitorios), F84 (Trastornos generalizados del desarrollo), F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas) y F91(Trastornos disociales) del CIE10

⁷ El cuadro ut- supra muestra un promedio de estada relevado en el Hospital de 134 días de estadía de promedio.

⁸ Incluye Psiquiatras con nombramiento de Planta y de Guardia con extensión a Internación, también Residentes y Concurrentes.

= 4 Hs./semana/Psiquiatría por Paciente internado, es decir, **48 minutos diarios de psiquiatría**

112 Hs. Psiquiatras de Planta y Guardia / 62 Pacientes
= **1.80 Hs./semana/Psiq.nombrados por Paciente internado, es decir 21 minutos diarios de psiquiatría de planta y guardia por paciente internado.**

2. Nº de Psiquiatras con nombramiento de Planta y Guardia con extensión a Planta / Total de Psiquiatras que prestan servicios en el Hospital (Residentes, Concurrentes, Pasantes)

7 Psiquiatras con nombramiento (Planta y Guardia) / 16 Psiquiatras totales x 100
= **43.75%** de los Psiquiatras tienen nombramiento de Planta y/o de Guardia con extensión a Internación

3. Nº de Psicólogos / Nº de Pacientes⁹

2 de Planta (30 hs.) y 2 de Planta de (35 hs), 2 Residentes (35 hs.), 6 Concurrentes (promedio 15 hs.) y 2 Pasantes (no se tienen en cuenta para el cálculo de Hs. Profesionales) menos 20% dedicado a capacitación y docencia.

232 Hs. Psicología / 62 Pacientes
= **3.74 Hs.Psicología/semana por paciente internado, o sea, 45 minutos de psicología por día por paciente internado.**

104 Hs. Psicólogos de Planta / 62 Pacientes
= 1.67 Hs./semana/ Psic. nombrados por paciente internado, o sea **20 minutos de psicología por día por paciente internado (sólo planta).**

4. Nº de egresos 2005 / Nº de ingresos 2005¹⁰

352 egresos 2005 / 441 ingresos 2005 x 100
= **79.80%** de los pacientes ingresados egresaron el mismo año.

5. Nº de pacientes internados / Nº de Acompañantes Terapéuticos

62 pacientes internados / 25 Acompañantes Terapéuticos
= **2.50** pacientes por Acompañante Terapéutico

6. Nº de re-internaciones / Nº total de internados

33 re-internaciones / 98 internaciones X 100
= **34% son re-internaciones**

⁹ Incluye Psicólogos nombrados más los Residentes y Concurrentes.

¹⁰ se utilizaron datos suministrados por Departamento de Estadística del hospital.

El porcentaje de re-internaciones puede explicarse por la tendencia a la cronicidad de algunas patologías. No debemos dejar de mencionar algunas causas externas a la enfermedad de base que son factibles de corregir: falta de continuidad en la provisión de la medicación indicada, distancia del domicilio, ausencia de una red de contención profesional y/o familiar, situación económico social, etc.

V.3.2.- Personal afectado al Departamento

El **Departamento de internación** tiene asignados 2 médicos de planta (que son jefes de unidad y de servicio), 5 médicos y 6 psicólogos rentados. La dotación se completa con 5 médicos y 6 psicólogos concurrentes.

Para el análisis de la distribución del personal por día y horario se han considerado únicamente los agentes rentados.

Las horas trabajadas por los médicos rentados del servicio son:

| Médicos | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Total horas |
|----------------------------|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Total horas/ semana | 28,5 | 27,5 | 24 | 50 | 19,5 | 149,5 |

Los psicólogos rentados trabajan:

| Psicólogos | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Total horas |
|----------------------------|--------------|---------------|------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Total horas/ semana | 36 | 32,5 | 36,5 | 35 | 20 | 160 |

En porcentajes:

| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Total horas |
|----------------------------------|--------------|---------------|------------------|------------------------|----------------|--------------------|
| Total horas profesionales | 64,5 | 60 | 60,5 | 85¹¹ | 39,5 | Promedio |
| % médicos | 44% | 46% | 40% | 59% | 49% | 48% |
| % psicólogos | 56% | 54% | 60% | 41% | 51% | 52% |

V.3.3.- Medicación de pacientes psiquiátricos en internación

La compra de Olanzapina y Clozapina se realizaba (hasta principios de 2006) principalmente por FES¹².

El 40% de los pacientes internados recibe Olanzapina como medicación dentro de su tratamiento, y el 17% Clozapina.

¹¹ El aumento de horas profesionales concentradas en este día se debe a que se realiza el Ateneo Central del Hospital (obligatorio para residentes y concurrentes)

¹² Fondo de Emergencia Sanitaria

| | 3° piso | 4° piso | 5° piso |
|------------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Pacientes medicados con Clozapina | 1 | 19 | 19 |
| Pacientes medicados con Olanzapina | 3 | 7 | 7 |

Esa medicación se encuadra dentro de los denominados **nuevos antipsicóticos o antipsicóticos atípicos**. Este tipo de fármacos está indicado para trastornos de agresividad y psicosis en niños y adolescentes, patologías de gravedad y de una alta tendencia a la cronificación.

Los medicamentos antes mencionados tienen rápidos efectos sobre la sintomatología de los pacientes y producen menos efectos secundarios y/o colaterales severos a largo plazo.¹³

Para la administración de Clozapina es imprescindible la confección y firma previa del Consentimiento Informado por parte de un adulto responsable. Asimismo se requiere de controles hematológicos periódicos y de registro y archivo de los resultados.

V.4.- Proceso de externación

Se inicia una vez estabilizado el cuadro agudo que generó la internación en el Hospital y extendida el alta del paciente.

Para ello se requiere de la participación de los distintos actores intervinientes (Hospital, Justicia, Organizaciones Gubernamentales y ONG´s) que en conjunto deben garantizar el logro exitoso del proceso.

V.3.4. Aspectos Jurídicos y Socio familiares

Nuestro país adhiere a la Convención Internacional de los Derechos de Niños desde el año 1989, en el año 1990 se aprueba por Ley esta adhesión y en 1994 su texto se incorpora en la Constitución de la Ciudad reformada.

La Ciudad de Buenos Aires adhiere a través del dictado de la Ley N° 114, en el año 1999.

El encuadre privilegiado para analizar la situación legal de los niños internados en el hospital es la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), donde los mismos son considerados **Sujetos de Derecho** atento el reconocimiento de los mismos en forma expresa:

¹³ Como se ha dicho, los tratamientos suelen tender a durar años, debido al alto porcentaje de cronificación de las enfermedades psiquiátricas.

- El artículo 37 de la CIDN reza "el niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de sus libertad ante un tribunal o autoridad competente".
- La Convención crea obligaciones para los Estados firmantes a los fines de garantizar la aplicación y/o creación de políticas públicas, para la desjudicialización de aquellas cuestiones netamente sociales.
- El Art. 23 de la CIDN, reconoce que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse por si mismos y faciliten la vida activa del niño en la comunidad.

Asimismo, la Ley 114 Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, establece:

- El Art. 44º - Excepcionalidad de la internación. Sólo en forma excepcional, subsidiaria y por el más breve lapso posible puede recurrirse a la internación, debiéndose propiciar, a través de mecanismos rápidos y ágiles el regreso de niños, niñas y adolescentes a su grupo o medio familiar y comunitario y su reintegración social. En ningún caso, las medidas de protección pueden consistir en la privación de libertad. Las internaciones son supervisadas por las defensorías zonales creadas por la presente ley.
- El Art. 61º - Defensorías Zonales: tienen por objeto diseñar y desarrollar un sistema articulado de efectivización, defensa y resguardo de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Deben ejecutar las políticas públicas específicas, implementando acciones con criterios interdisciplinarios y participación de los actores sociales.
- El Art. 67º Legitimación en causas judiciales. Las Defensorías Zonales son parte legítima en las causas judiciales. Todos los informes, pericias, diagnósticos, evaluaciones y demás actuaciones extrajudiciales realizadas por las Defensorías, deben ser agregadas al expediente judicial como prueba preconstituída, a los efectos de su valoración por el Juez evitando su reiteración innecesaria.

Finalmente, debemos recordar que la Ley 114 Art. 43, establece expresamente entre las medidas de protección especial de derechos, aquellas tendientes a la desjudicialización de la pobreza y afirma que: "Cuando la amenaza o violación de derechos sea como consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias o dificultades materiales, económicas, laborales o de vivienda, las medidas de protección a aplicar son los programas sociales establecidos en las políticas públicas, que

deben brindar orientación, ayuda y apoyo incluso económico, con miras a la sustentación y fortalecimiento de los vínculos del grupo familiar responsable del cuidado de niñas, niños y adolescentes”.

Asimismo, en el Art. 73, establece en los casos de internación de emergencia, que las entidades que cuenten con programas de albergue podrán, con carácter excepcional y de urgencia, alojar niñas, niños y adolescentes sin previa determinación de la autoridad judicial competente, debiendo comunicarlo a la misma dentro de las doce horas de acontecido. Por Decreto 1527 del 2003 se establece que la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público de la CABA es la autoridad judicial competente a fin de realizar la comunicación prevista en el Art. 73 de la Ley 114.

En el mismo decreto refiere que una vez efectuada la notificación del ingreso de la persona a una institución, el Consejo de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes y la Asesoría General Tutelar darán intervención a la Defensoría Zonal a fin de evitar que el alojamiento se transforme en institucionalización.

La Ley 448 y su Decreto reglamentario¹⁴, dicen que los internados que no registren la presencia de un grupo familiar de pertenencia, en caso de alta, deberán ser derivados dentro de las 72 hs a la Institución Intermedia que corresponda, en los términos del Art. 15 de dicha Ley y de la Ley 114. Todo ello, previa comunicación al Asesor de Menores e Incapaces.

El 21 de octubre de 2005 se promulgó la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Esta Ley define los intereses superiores del niño, las pautas a partir de las cuales se elaborarán las Políticas Públicas de la Niñez, la responsabilidad gubernamental que tienen los Organismos del Estado de manera indelegable de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal, la participación comunitaria y la responsabilidad familiar.

En la Ciudad de Buenos Aires, el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes es la autoridad de aplicación de la nueva ley nacional. De él dependen las 17 Defensorías Zonales de Derechos, donde la ciudadanía puede acudir para reclamar el cumplimiento de los derechos vulnerados de los niños, niñas y adolescentes.

De los procedimientos de auditoria implementados se verificó la existencia de situaciones socio-familiares que impactan negativamente en las posibilidades de externación de los niños. Fundamentalmente, se trata de la falta de una estructura familiar continente, adultos responsables con

¹⁴ Ley 448 (Art. 44° y siguientes) y del D.R. (Art. 44° y siguientes)

trastornos psicosociales (desocupación, alcoholismo, otras adicciones, violencia familiar, enfermedades crónicas y psiquiátricas, etc). Estos factores, que se suman a la falta de respuesta institucional al momento del alta, complican las posibilidades de externación.

V.3.5. Instancias y Circuitos de Articulación

C) Hospital

Otorga el alta del paciente. En los casos de pacientes judicializados de nivel nacional, informa a la Justicia sobre la condición de alta del paciente. Para realizar estas acciones, al momento del trabajo de campo, contaba con un médico legista y un asistente social.

Con fecha 13 de septiembre se recibieron dos informes del organismo auditado que muestran la cantidad de pacientes en condiciones de alta sin poder externarse por motivos ajenos al paciente. La Dirección del Hospital informa un total de 11 y el Departamento de Internación 8 pacientes en esa situación.

A fin de conocer la situación de los pacientes judicializados se tomó una muestra de 97 historias clínicas detectándose un total de 89 casos de menores en esa condición. De éstos se seleccionaron 12 pacientes con más de 150 días de internación relevándose información judicial allí registrada.

En todos los casos pudo constatarse que no se dio cumplimiento al Art. 37¹⁵ de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires impidiendo el acceso a la información sobre el estado de salud de los pacientes.

Asimismo, de los 12 casos seleccionados se evaluaron los aspectos más significativos desde el punto de vista jurídico registrados en las historia clínicas y en otros informes institucionales recibidos:

Caso 1:

- Varias internaciones hasta julio 2004: solicitud de alta y traslado a clínica terapéutica
- Septiembre 2004: autoriza el juzgado el traslado
- Marzo 2005: segunda internación
- Agosto 2005: informe sobre condición de alta hospitalaria
- Enero 2006: solicitud de traslado a comunidad terapéutica en Mar del Plata (su mamá reside en esta ciudad)

¹⁵ **Artículo 37º.-** A los efectos de un adecuado seguimiento sobre el estado de la persona, el director del establecimiento debe elevar al Juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica.

- Septiembre 2006: continua internada según informe Director del Hospital

Caso 2:

- Junio y julio 2005: internación e informe a Defensoría Oficial y al juez sobre evolución y situación familiar
- Agosto 2005: Se dispone la externación y faculta al director para autorizar salidas periódicas
- Octubre 2005: Solicita al juzgado externación a través de institución modalidad hogar
- Diciembre 2005: Oficio al Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (CONNAF)¹⁶ para que evalúe medidas urgentes y que proponga una institución.
- Marzo 2006: Informe a juzgado y Defensoría Oficial refiriendo falta de vacantes del Dto. de Servicio Social para resolver el traslado
- Mayo 2006: traslado a hogar terapéutico.

Caso 3:

- 2004/05 Varias internaciones
- Febrero 2005: Oficio judicial para que informe en 48 hs si recibió el alta
- Mayo 2006: alta

Caso 4:

- Abril 2004: internación y mayo Alta para hospital de Día
- Septiembre 2004: Oficio judicial solicitando informe
- Febrero 2005: Informe perito sobre cuadro social
- Mayo 2005: Oficio judicial solicitando informe en 72 horas
- Septiembre 2005: segunda internación y Oficio judicial solicitando informe
- Noviembre 2005: Informe al juez sobre evolución del paciente
- Enero y Febrero 2006: Informe solicitando condición de alta médica y permiso de salida.
- Mayo 2006: Juzgado solicita informe actualizado
- Septiembre 2006: Según informe jefa de internación fracasa el egreso por complejidad social y falta de respuestas del juzgado: Solicita derivación a Centro de Salud Mental Pilar.

Caso 5:

- Septiembre 2004 Internación e informe al tribunal interviniente

¹⁶ **CONNAF.** Es el organismo rector para las políticas públicas para la niñez, adolescencia y familia. Tiene la responsabilidad de garantizar los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporada en la Constitución Nacional. Debe asegurar el pleno desarrollo humano y social de las familias y sus integrantes, en especial, los de mayor vulnerabilidad, para consolidar su participación en los diferentes ámbitos de la sociedad.

- Diciembre 2004: Alta y reinternación por solicitud de juzgado
- Enero 2005: Informe al Juzgado interviniente indicando la necesidad de derivación a institución de mayor contención.
- Mayo 2005: Informe al Juzgado interviniente solicitando permiso de salida. En julio se lo autorizan.
- Diciembre 2005: Informe al programa asistencial del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia solicitando una institución acorde a su patología
- Al 15 de junio de 2006 no se registró en la historia clínica, alta ni derivación a otra institución.

Caso 6:

- Agosto 2004: Internación por orden judicial. Septiembre y octubre informe al Juzgado interviniente solicitando permisos de salida
- Mayo 2005: Informe al Juzgado solicitando permisos de salida
- Septiembre 2006: Continúa internada según informe Jefa Depto. Internación

Caso 7:

- Septiembre 2005: Ingreso por guardia
- Noviembre 2005: Juzgado interviniente solicita informes mensuales
- Febrero 2006: Informe a Juzgado sobre situación de la menor
- Marzo y agosto 2006: Alta
- Septiembre 2006: Continúa internada según informe Jefa Depto. Internación

Caso 8:

- Abril 2005: Internación por oficio judicial e informe al Juzgado interviniente. Otro informe al mes de septiembre
- Octubre y noviembre 2005: Solicitud de autorización para alta y continuación tratamiento consultorio externo.
- Enero: Informe al Juzgado sobre fuga del menor
- Febrero 2006: Oficio Judicial informando intervención del CONNAF

Caso 9:

- Septiembre 2005: Internación por oficio judicial
- Diciembre 2005: Solicitud Juzgado autorizando permiso de salida y autorización del Juzgado.
- Febrero 2006: Informe a Juzgado sobre situación del menor
- Mayo 2006: Informe a Juzgado solicitando autorización para alta médica
- Septiembre 2006: Continúa internado según informe Jefa Depto. Internación por dificultad para lograr una institución adecuada.

Caso 10:

- Diciembre 2005: Internación por orden judicial. Informe al Juzgado solicitando derivación a un centro específico para adicciones. Informe del Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia afirmando que no existen causas que justifiquen continuar con la internación
- Febrero, abril y mayo 2006: reiteración de solicitud de derivación
- Junio 2006: Autorización judicial para traslado comunidad terapéutica

Caso 11:

- Agosto 2005: Internación por SAME
- Octubre 2005: Defensor Público solicita información. Informe al Juzgado solicitando derivación a otro centro o tratamiento ambulatorio. Informe a Defensoría.
- Noviembre 2005: Defensoría Oficial informa que no necesita autorización judicial para externar debido a la internación no fue por orden judicial
- Diciembre 2005: Nota Defensoría Oficial solicitando turno para tratamiento ambulatorio

Caso 12:

- Julio 2004: Internación y solicitud de unificación de radicación de las causas al Juzgado
- Febrero y marzo 2005: Informe al Juzgado sobre situación del menor y solicitud de permisos de salida
- Mayo 2005: Informe al Juzgado solicitando derivación a hogar terapéutico
- Junio y Septiembre 2005: Reitera al Juzgado solicitud de derivación
- Noviembre 2005: Juzgado autoriza traslado a hogar terapéutico
- Enero 2006: Informe recomendando derivación a un hogar, nota del CONNAF solicitando actualización de informes, informe reiteración de derivación a Defensoría Oficial.
- Marzo 2006: Informe a Defensoría Oficial y Juzgado reiterando solicitud de derivación. Oficio Juzgado ordenando inmediata externación e informes periódicos.
- Mayo 2006: Alta
- Jefa de Departamento internación: Informa que pese a la falta de contención familiar debió regresar a su hogar por no poder conseguir un hogar donde tratarla.

**D) En el orden nacional
Poder Judicial de la Nación y el Consejo Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia (CONNAF)**

En el caso de los pacientes que se encuentran judicializados, se requiere de la intervención de la Justicia para el alta. La falta de respuesta adecuada en tiempo y forma por parte de la Justicia de Menores - Defensorías y CONNAF-, genera que los pacientes que están en condiciones de externarse no lo hagan y en ocasiones se resienta su mejoría.

Al momento del trabajo de campo, el hospital carecía de Asesor Legal (Abogado), por lo que la articulación con las distintas instancias de la Justicia de Menores se delegaba en el Médico Legista y las Asistentes Sociales.

**E) En el orden del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Asesoría General Tutelar, Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y
Adolescentes de la Ciudad (Defensorías Zonales) y Dirección General
de Niñez y Adolescencia**

Cuando la externación no puede hacerse hacia la familia, el Art. 73 de la Ley 114, establece que deberán ser informados a la autoridad judicial competente, dentro de las doce horas de acaecido.

Por Decreto 1527 del 2003 se establece que la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público de la CABA es la autoridad judicial competente del Art. 73 de la Ley 114, quien en 48 horas deberá informar al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad.

El Gobierno de la Ciudad no cuenta con hogares propios para la derivación de pacientes.

Los **hogares terapéuticos** son conveniados y hasta el momento de trabajo de campo se habían realizado acuerdos con las siguientes instituciones:

- ✘ Fundación "Programa Imagen" (25 plazas)
- ✘ Fundación "Vivencia" (30 plazas)
- ✘ Asociación Civil "Por decir" (40 plazas)
- ✘ Asociación Civil "Rayuela" (12 plazas)
- ✘ Asociación Civil "Casa Salesiana Don Bosco" (20 plazas)

Cabe señalar que las plazas existentes no son para exclusivo uso de la D. G. de Niñez y que los que consigue no son exclusivamente para externar pacientes del Hospital Tobar García. A este hecho se le suma el

impedimento que para los pacientes provenientes del Hospital Tobar García las evaluaciones han sido adversas porque las instituciones se ocupan de contener trastornos de conducta o conductas disociales que no están asociados con patologías mentales severas.

Al momento de trabajo de campo, la Dirección General aún no había suscripto convenios con hogares terapéuticos que atiendan pacientes con el tipo de problemática más frecuente del Hospital¹⁷.

Por las causas antes señaladas, existe un 11.2% de pacientes (11 casos) que permanecen internados a pesar de haber recibido el alta por parte del Hospital. La estada de permanencia en el Hospital posterior al alta oscila entre 37 y 350 días¹⁸

V.3.6.- Análisis de informes de organismos intervinientes en el proceso:

A) Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del GCBA

El Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes es un organismo del Gobierno de la Ciudad creado por la Ley N° 114 de Protección Integral de la Infancia. Su función es difundir y promover los derechos y coordinar acciones entre las distintas áreas de gobierno. Dispone de Defensorías Zonales que conforman una red de protección para los chicos. A ellas pueden acercarse los chicos y adolescentes, solos o acompañados por un mayor, para asesorarse sobre sus derechos o frente a cualquier situación en la que los adultos o alguna institución - escuela, hospital, otros- no respeten sus derechos. Este Consejo los patrocina legalmente para lograr la protección de los derechos vulnerados.

La ley 448 en el Art. 32 menciona que en los casos de internaciones involuntarias y judiciales, el Hospital deberá comunicar la internación antes de las 72 horas a la Asesoría General Tutelar y el Decreto Reglamentario determina que además, el Hospital, deberá informar antes de las 72 horas al Consejo.

¹⁷ F20 (Esquizofrenia), F23 (Trastornos psicóticos agudos y transitorios), F84 (Trastornos generalizados del desarrollo), F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas) y F91(Trastornos disociales) del CIE10

¹⁸ Papel de Trabajo S04 El siguiente cuadro muestra 4 de los 11 casos que estaban en condiciones de alta, según la información del Hospital de septiembre, y que el equipo de Auditoría había observado que se encontraban internados en el mes de marzo.

| Sexo | Edad | Fecha de ingreso | Fecha de alta/solicitud de derivación | Días de estadía al 13/9/06 | Días de permanencia después del alta | Diagnóstico CIE10 |
|------|---------|------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---|
| F | 12 años | 30/08/2005 | 28/09/2005 | 379 | 350 | S/CTrastorno generalizado del desarrollo |
| M | 12 años | 26/12/2005 | 23/01/2006 | 261 | 233 | F32.9 Episodio depresivo sin especificación |
| F | 18 años | 14/03/2005 | 07/08/2006 | 548 | 37 | F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios |
| F | 16 años | 18/05/2006 | 02/06/2006 | 118 | 103 | F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios |

Se tuvo acceso a un informe¹⁹ elaborado por el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que expresa las acciones efectuadas respecto de los pacientes en condiciones de ser externalizados. Este informe hace hincapié en las limitaciones tanto de la Dirección General de Niñez de la Ciudad como del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (CONNAF) para encontrar instituciones que atiendan problemáticas de salud mental.

Asimismo, indica la necesidad de incrementar el presupuesto para vacantes de hogares convivenciales y comunidades terapéuticas, crear programas para acompañantes hospitalarios y terapéuticos familiares y crear hogares de medio camino.

También hace referencia a la reciente firma del Acta de Transferencia de los servicios entre la C.A.B.A. y la Nación y que a la fecha del informe no han sido transferidos los recursos específicos en materia de salud mental. Que el CONNAF (organismo con el que se acordó contar para este período de transición) no cuenta con instituciones específicas de salud mental.

El mismo refiere que durante el mes de octubre de 2006 se puso en vigencia el funcionamiento de la Comisión Mixta de Restitución de Derechos de la C.A.B.A. Esta Comisión se encontraría realizando las gestiones pertinentes con Nación con el objeto de restituir los derechos de los niños que se encuentran internados.

B) Asesoría General de Menores e Incapaces

En el Capítulo III, Art. 34, de la Ley 21 de 1998, Ley Orgánica del Ministerio Público de la Ciudad de Buenos Aires, se establecen las funciones de los asesores o asesoras tutelares ante las cámaras de apelaciones y ante la justicia de primera instancia:

1. Asegurar la necesaria intervención del Ministerio Público Tutelar en las cuestiones judiciales suscitadas ante los tribunales de las diferentes instancias, en toda oportunidad en que se encuentren comprometidos los derechos de las personas menores de edad o de los o de las incapaces, emitiendo el correspondiente dictamen.
2. Promover o intervenir en cualquier causa o asunto y requerir todas las medidas conducentes a la protección de los derechos de las personas menores de edad, de los o de las incapaces o inhabilitados / as, de conformidad con las leyes respectivas cuando carecieran de asistencia o representación legal; fuere necesario suplir la inacción de sus asistentes o representantes legales, parientes o personas que

¹⁹ Informe 1513-CMNNYA-06

los/las tuvieren a su cargo; o hubiere que controlar la gestión de éstos últimos / as.

3. Requerir a las autoridades judiciales la adopción de medidas tendientes a resolver la situación de las personas menores de edad, incapaces e inhabilitados / as cuando tomen conocimiento de malos tratos, deficiencias u omisiones en la atención que deben dispensarles, tutores / as, curadores / as o las personas o instituciones a cuyo cuidado se encuentran. En su caso pueden por si solos tomar medidas urgentes propias de la representación promiscua que ejercen.
4. Intervenir, en los términos del artículo 59 del Código Civil en todo asunto judicial o extrajudicial que afecte los derechos de las personas menores de edad o de los o las incapaces, y entablar en defensa de éstos/as las acciones y recursos pertinentes, sea en forma autónoma o junto con sus representantes necesarios.
5. Asesorar a personas menores de edad e incapaces, inhabilitados / as y penados / as bajo el régimen del artículo 12 del Código Penal, así como también a sus representantes necesarios, sus parientes y otras personas que puedan resultar responsables por los actos de los/las incapaces, para la adopción de todas aquellas medidas vinculadas a la protección de éstos/as.
6. Concurrir con la autoridad judicial en el ejercicio de las funciones y deberes que les incumben de acuerdo con la ley 22.914 sobre internación y externación de personas, y controlar que se efectúen al Registro de Incapaces, las comunicaciones pertinentes.
7. Emitir dictámenes en los asuntos en que sean consultados por los tutores / as o curadores / as públicos.
8. Citar y hacer comparecer a personas a su despacho, cuando a su juicio fuera necesario para pedir explicaciones o contestar cargos que se formulen, cuando se encuentren afectados los derechos de personas menores de edad o incapaces.
9. Inspeccionar periódicamente los establecimientos de internación, guarda, tratamiento y reeducación, sean públicos o privados, debiendo mantener informados a la autoridad judicial y por la vía jerárquica correspondiente al Asesor o Asesora General Tutelar Nacional, sobre el desarrollo de las tareas educativas y de tratamiento social y médico propuestas para cada internado, así como el cuidado y atención que se les otorgue.
10. Dictaminar en las causas sometidas a fallo plenario cuando la cuestión se refiera al derecho de las personas menores de edad o incapaces.

Se tuvo acceso a un Informe de fecha 6 de febrero de 2006 (fuera del período auditado), de la Asesoría General de Menores e Incapaces, basado en una visita realizada al hospital. El siguiente cuadro muestra los

puntos sobresalientes del informe y los comentarios que le surgen al equipo de auditoría al respecto:

| INFORME ASESORÍA GENERAL DE MENORES E INCAPACES | COMENTARIOS DEL EQUIPO AGCBA |
|--|---|
| En su mayoría la población atendida proviene del Conurbano Bonaerense y que el Hospital no posee articulación con dicha jurisdicción que permita derivar la atención de los pacientes. | Las dificultades de articulación con otros organismos responsables, no se limita a los pacientes del conurbano. |
| Existen diez adolescentes en condiciones de alta médica sin posibilidad de reinserción familiar o ingreso a hogares | |
| En general se observó un clima cálido entre los internados y las instalaciones en buenas condiciones de higiene, aunque con falta de mantenimiento. | Existen notas y sumarios por irregularidades cometidas por agentes contra los pacientes. |
| No se observaron malos tratos a los internados. | |
| Se observó escaso personal con relación a la cantidad de internados. | |
| Se observó que las salidas de emergencia se encontraban cerradas, informando que existen llavines por piso en poder del personal. | En el 3° piso de internación no contaban con llavines. |
| Si bien la subdirectora del hospital manifestó escasez de recurso para vestimenta y calzado de los internados, no se observó a ningún niño/a ni descalzo ni desnudo. | La indumentaria de los pacientes proviene de donaciones y su estado de conservación es deficiente. |
| No se observaron colchones en el piso, a pesar de que existía sobrepoblación en relación con las vacantes reales. | Los colchones se levantan todos los días a las 6 AM para realizar la limpieza de las habitaciones. Existen más pacientes internados que camas disponibles en el Hospital. |
| “el grupo de niños en la sala de internación bajo el cuidado de dos enfermeros con seis niños a cargo, dos de ellos durmiendo y el resto mirando televisión | La proporción enfermero – niño no siempre es 1 a 3. |
| Varios profesionales refieren las problemáticas que presentan los servicios. | Estas problemáticas impactan en la atención a los pacientes. |

VI.- DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

VI.1. Dotación de personal

Para una dotación óptima del Departamento de Enfermería es aconsejable contar con una proporción de enfermeros profesionales y de auxiliares de enfermería que sea 65% - 35%. Estos enfermeros deberían oscilar entre 20 y 45 años de edad²⁰.

²⁰ Fuente: "Auditoría Médica. Garantía de calidad en la atención de salud" Dres. Aranguren y Rezzónico. Tomo II

Según estándares²¹, para pacientes pediátricos y pacientes con psicopatologías se considera necesario 4 hs. de enfermería por día por paciente.

Existe un instrumento, los *módulos de enfermería*, que permiten suplir la planta de enfermeros de los hospitales. Son planificados y cubren necesidades de servicios asistenciales, actividades extramuros, así como también la capacitación del personal²².

En el Departamento de Enfermería del Hospital C. Tobar García están asignados 60 enfermeros.

La jefatura de departamento está a cargo de un agente (enfermero profesional) cuya situación formal de revista es la de Jefe de División.

Existen dos jefaturas a cargo, son dos agentes que detentan el puesto de jefes de sección.

La distribución por sexo según la función (nivel de instrucción alcanzado) es la siguiente:

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | SEXO | | TOTAL |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | F | M | |
| Licenciado en enfermería | 1 | | 1 |
| Enfermero | 24 | 15 | 39 |
| Auxiliar de enfermería | 11 | 9 | 20 |
| Total general | 36 | 24 | 60 |

Esos enfermeros tienen una edad promedio de 50.2 años²³, superando el aconsejado para la especialidad²⁴.

El siguiente cuadro muestra la distribución por rango de edad:

| RANGO DE EDAD | SEXO | | TOTAL |
|--------------------|------|----|-------|
| | F | M | |
| hasta 40 años | 6 | 6 | 12 |
| entre 41 y 50 años | 12 | 10 | 22 |

²¹ Fuente: "Auditoría Médica. Garantía de calidad en la atención de salud" Dres. Aranguren y Rezzónico. Tomo II Se utiliza el indicador enfermeros / paciente de pediatría (4 hs/día) que es idéntico al de enfermero / paciente de psiquiatría.

²² Memorando 358-DGDRHS-2005 (DGAE)

²³ Oscilando entre 30.6 y 74.5 años de edad. No existen diferencias significativas en cuanto a la edad promedio dividida por género

²⁴ Fuente: "Auditoría Médica. Garantía de calidad en la atención de salud" Dres. Aranguren y Rezzónico. Tomo II

| RANGO DE EDAD | SEXO | | TOTAL |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| | F | M | |
| entre 51 y 60 años | 7 | 5 | 12 |
| mayor que 61 años | 11 | 3 | 14 |
| Total general | 36 | 24 | 60 |

Como puede observarse, existen prácticamente la misma cantidad de enfermeros más jóvenes que de más edad.

Resulta importante señalar que de los 14 enfermeros que superan los 61 años, 13 están en condiciones de acceder al beneficio jubilatorio.

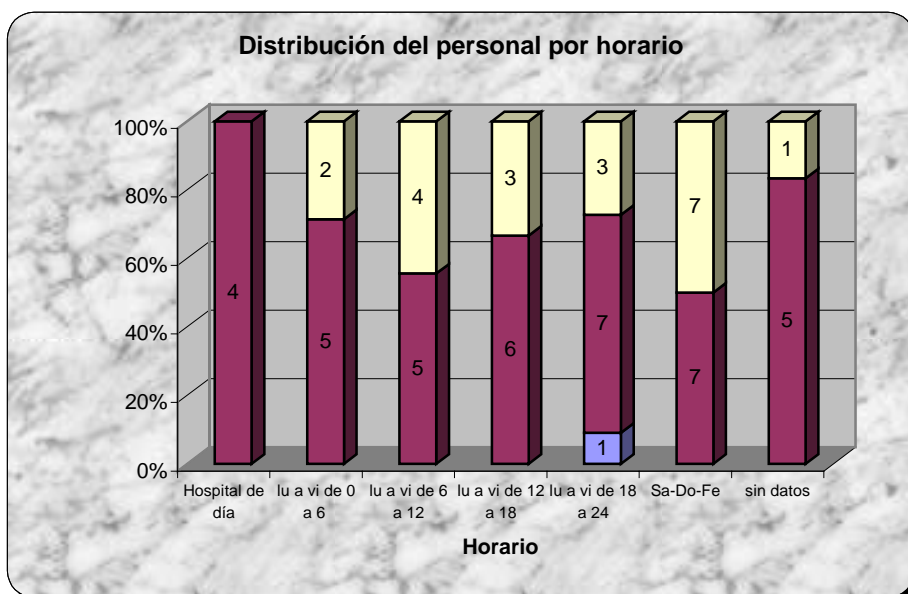
El siguiente cuadro muestra cuáles son los niveles de instrucción alcanzados por los agentes en condiciones de jubilarse:

| AGENTES EN CONDICIONES DE JUBILARSE | | | |
|-------------------------------------|-----------|----------|---------------|
| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | F | M | Total general |
| Licenciado en enfermería | | | |
| Enfermero | 7 | 1 | 8 |
| Auxiliar de enfermería | 4 | 1 | 5 |
| Total general | 11 | 2 | 13 |

De los agentes antes mencionados²⁵ existen 3 casos que gozan de licencias por largo tratamiento.

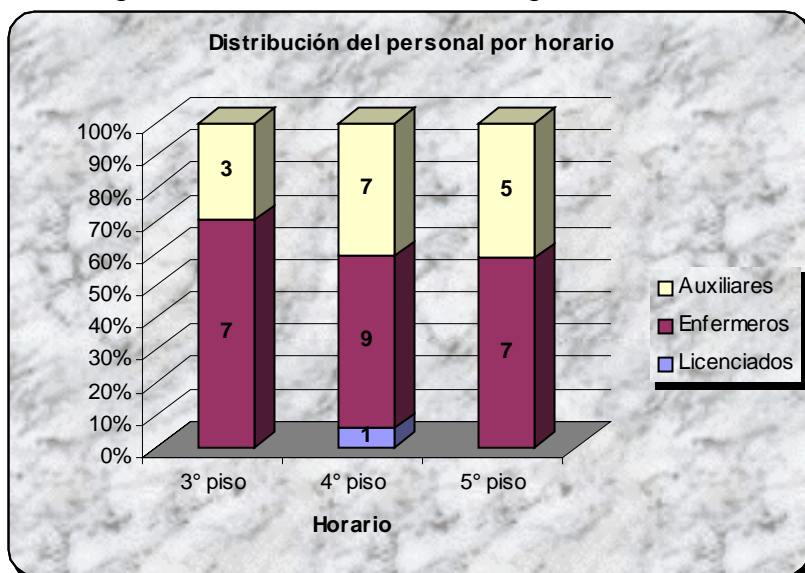
La distribución “formal” por horario de los enfermeros es la que muestra el siguiente gráfico:

²⁵ Dos enfermeros profesionales y un auxiliar de enfermería.



Se observa que si bien la dotación total de enfermeros en cuanto a nivel de instrucción es la óptima, en la distribución horaria no se sigue el patrón de 65% profesionales, 35% no profesionales.

En el hospital, existen tres pisos con pacientes internados. La distribución por piso de los agentes de enfermería es la siguiente:



Cabe señalar que en el cuadro anterior se han eliminado los agentes que no prestan servicios operativos al Departamento por ser de conducción o por estar alejados por algún motivo. En estas condiciones existen 21

agentes (35% de la dotación). De ellos, 5 son jefes, el resto se encuentra (por distintas causas) fuera del Departamento.

Los módulos de enfermería liquidados²⁶ por el Departamento en los meses de junio, julio y agosto de los años 2004 y 2005 fueron los siguientes:

| DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA | Módulos liquidados 21/06/04 al 20/7/04 | Módulos liquidados 21/07/04 al 20/08/04 | Módulos liquidados 21/08/04 al 20/09/04 | Módulos liquidados 21/06/05 al 20/07/05 | Módulos liquidados 21/07/05 al 20/08/05 | Módulos liquidados 21/08/05 al 20/09/05 |
|--|--|---|---|---|---|---|
| Total liquidado / mes | 597 | 579 | 634 | 593 | 550 | 508 |
| Promedio módulos liquidados: 577 | | | | | | |
| Cantidad de agentes que realizaron módulos en el mes | 37 | 37 | 38 | 37 | 35 | 34 |
| Promedio agentes con módulos: 36²⁷ | | | | | | |

Considerando el **promedio** de módulos de enfermería (577) resulta:

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| 1 módulo | 6 hs. |
| 577 módulos | $577 \times 6 = 3462$ hs / mes |
| 1 enfermero | 120 hs / mes |
| 29 enfermeros | 3462 hs / mes |

Entonces, la planta de enfermería recibe un suplemento de 29 enfermeros que se agregan por la asignación de módulos de enfermería.

Los 39 enfermeros de planta que realizan tareas operativas prestan 7.020 horas de servicio al mes²⁸. Si consideramos los 98 pacientes internados al momento del trabajo de campo y las 4 horas diarias de enfermería que requiere cada paciente, resultan necesarias 392 horas diarias y 11760 horas mensuales.

Existe en la planta de enfermeros del Hospital un **déficit de horas de enfermería de 4.740 hs.** (equivalente a **26 enfermeros**), que se cubre, con la regular asignación de módulos de enfermería.

El uso que se está dando a los módulos ha pasado a ser una actividad corriente cuando debería ser esporádica. La existencia de enfermeros que habitualmente cumplen jornadas dobles de trabajo, redundan en un déficit de calidad en la tarea realizada.

²⁶ Fuente: información suministrada por el jefe de Departamento de Enfermería

²⁷ Se liquidaron módulos de enfermería a agentes operativos y no operativos (jefes)

²⁸ 39 enfermeros x 6 hs diarias x 30 días

VI.2.- Sanciones y otras medidas disciplinarias aplicadas a enfermeros

En el Departamento de Enfermería existen agentes que se encuentran sancionados o a la espera de resolución de medidas disciplinarias elevadas por las autoridades.

- Siete agentes con expedientes disciplinarios de los cuales tres no fueron sancionados y cuatro permanecen sin resolver
- Dos agentes con cesantía en trámite

| Agente de enfermería | Causa de la sanción | Estado del expediente al momento de trabajo de campo | Inicio del expediente |
|-----------------------------|--|---|------------------------------|
| 1 | Faltante de medicamentos | No se produjeron sanciones | 2005 |
| 2 | Faltante de medicamentos | Sin resolver | sin dato de inicio |
| 3 | Altercado con familiar | Se recomienda dejar sin efecto | 2005 |
| 4 | Reiterados retiros injustificados del Hospital | Sin novedades | 2005 |
| 5 | No acata órdenes del jefe | Cesantía en trámite | 2005 |
| 6 | Conductas agresivas hacia pares, público y profesionales | Sin resolver | 2005 |
| 7 | Ausentismo reiterado e injustificado | Cesantía en trámite | sin dato de inicio |
| 8 | Relación sentimental con familiar de menor | Traslado a Departamento de Estadística | 2005 |
| 9 | Abuso deshonesto contra paciente internado | Causa penal sin resolver. No tuvimos acceso ya que no se encontraba en letra. | 2004 |

Al momento del trabajo de campo²⁹, se produjo un allanamiento en el Hospital motivado por una denuncia penal en que se involucra a ocho enfermeros. El motivo de la denuncia fue de *“maltrato, lesiones, abusos, amenazas y otros hechos de violencia en perjuicio de personas con padecimientos mentales internadas en los Hospitales Tobar García y Moyano”*, que serían imputables a personal de los citados hospitales.

VII. DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN

El Departamento de Alimentación del Hospital Dra. Carolina Tobar García tiene asignados por parte del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuatro agentes de planta: una Lic. en Nutrición, a cargo del Departamento de Alimentación con una carga horaria de ocho horas (8.00 a 16.00 hs. de lunes a viernes) y tres administrativos. El servicio de catering está concesionado a la Empresa SI-AL, la que cuenta entre su

²⁹ con fecha 11/04/06

personal con una Licenciada en Nutrición, una cocinera, un camarero, un ayudante / camarero y un peón.

Debido a la carencia de personal del GCBA no se realiza control de recepción de la mercadería por no encontrarse el personal en el horario de entrega. Esta actividad se delega en la empresa concesionaria.

En cuanto a la seguridad e higiene alimentaria, se evaluaron aspectos regulados por el Código Alimentario Argentino (C.A.A.) y resoluciones vigentes del GCABA, a saber:

- Existencia de libretas sanitarias y curso de manipuladores de alimentos
- Indumentaria, hábitos higiénicos y servicios sanitarios de los manipuladores de alimentos

VII.1.- Análisis nutricional de las prestaciones relevadas

VCT³⁰ establecido en el pliego comparado con los recomendados por sexo y edad:

| SEXO | EDAD | KCAL ³¹ /DIA RDA ³² | KCAL/DIA PLIEGO | % DE VARIACION |
|-------|---------|---|-----------------|----------------|
| F y M | 6 a 10 | 1900 | 3150 | 39,68 |
| F | 11 a 18 | 2350 | | 25,4 |
| M | 11 a 14 | | | |
| M | 15 a 18 | 3000 | | 4,76 |

Fuente: Food and Nutrition Board. National Academy of Sciences. National Research Council, U.S.A, 1989

³⁰ Valor Calórico Total

³¹ Kilocalorías

³² Recomendación Diaria Admitida

Comparación de los valores de Kcal. diarias relevadas y recomendadas:

| SEXO | EDAD | KCAL/DIA RDA | KCAL/DIA PLIEGO | KCAL DIARIAS RELEVADAS | VARIACIÓN KCAL RELEVADA / RECOMENDADA | % VARIACIÓN DE KCAL. |
|-------|---------|--------------|-----------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| F y M | 6 a 10 | 1900 | 3150 | 2642,48 | 742,48 | 39% |
| F | 11 a 18 | 2350 | | | 292,48 | 12% |
| M | 11 a 14 | | | | | |
| M | 15 a 18 | 3000 | | | -357,52 | -12% |

Las niñas y niños de 6 a 10 años de edad reciben un exceso del 39% de kcal., las niñas de 11 a 18 años y los varones de 11 a 14 un exceso del 12% de kcal. y los varones de 15 a 18 años un déficit de un 12% de kcal.

Se solicitó a la empresa concesionaria un plato para analizar y se tomó una muestra del plato servido en la cocina, con el objeto de comparar los contenidos. El resultado fue que la porción real es de menor gramaje a la tomada de las muestras brindada por la empresa concesionaria.

Distribución porcentual del VCT de las cuatro prestaciones relevadas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) comparadas con los valores establecidos en el pliego:

| | H DE C | PROTEINAS | GRASAS |
|---------------------------------------|--------|-----------|--------|
| DISTRIBUCION PORCENTUAL RELEVADA | 67,03 | 17,77 | 15,02 |
| DISTRIBUCION PORCENTUAL PLIEGO 131/04 | 56 | 16 | 28 |
| DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL RECOMENDADA | 55 | 15 | 30 |
| VARIACION PORCENTUAL | 28 % | 16% | -50% |

El cuadro muestra un porcentaje de variación significativo en la distribución porcentual del VCT.

El exceso de hidratos de carbono estimula el metabolismo lipídico produciendo una mayor reserva energética en el organismo que conlleva al sobrepeso y/o obesidad.

En cuanto a las grasas, no se cubren con los requerimientos de ácidos grasos esenciales que, al no ser producidos por el organismo, deberían ser aportados a través de la dieta.

Una dieta de estas características, asociada a la falta de actividad física (por falta de espacio para la recreación) predispone a la ganancia de peso. Sumado a esto los pacientes reciben medicación que, por sus características, aumentan del apetito.

VIII.- CONTROL DEL AGUA

El Hospital cuenta con un tanque de 40000 lts. y una cisterna de 7000 lts. Para cumplir con la exigencia de limpieza semestral de los tanques se contrata a la empresa **TMF**³³. El servicio se abona por caja chica y no se realiza licitación debido al monto de la contratación (aproximadamente \$300)

El Jefe del Departamento de Mantenimiento convoca a empresas prestadoras de este servicio que figuren en la Guía Telefónica y selecciona la de menor costo. Esta modalidad debería realizarse cada 6 meses, período éste correspondiente a lo establecido en la norma de limpieza de tanques. Para su elección no se tuvo en cuenta que la misma no está autorizada por el GCBA para desarrollar la actividad.

El Hospital no tiene designado un responsable para el control de la limpieza de tanques y de la calidad del agua. La limpieza se realiza bajo el control de un agente del Departamento de Mantenimiento, no quedando constancia alguna de su intervención.

El día para la limpieza de la cisterna y del tanque se acuerda entre el Departamento de Mantenimiento y la empresa prestadora del Servicio. Se realiza en día sábado y previamente se comunica a los distintos sectores del Hospital a fin de que tomen los recaudos necesarios. El agua a ser utilizada tanto por Internación como por el Departamento de Alimentación es acopiada en bidones.

En el año 2005 con fecha 27/07/05 y 9/2/06 se realizaron análisis bacteriológicos de agua con resultados satisfactorios. No se cuenta con registro de análisis fisicoquímico para el año 2005. El Jefe del Departamento Mantenimiento manifestó desconocer la normativa vigente para el Control de agua y Limpieza de tanques.

³³ Miguel Ángel Parada, N° de CUIT 20-26933652-9, con domicilio en Pasaje El Ñandú 3172 Ciudad Autónoma de Bs. As.

IX. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

Organización del Área Informática.

El área informática del hospital es unipersonal. Se generó informalmente en ocasión del advenimiento de la problemática del cambio del siglo XX al XXI para la que muchos sistemas informáticos no estaban preparados.

Con posterioridad a la creación de la Dirección General de Sistemas para la Salud (DGSIS) el Secretario de Salud formalizó la designación de “Referentes Informáticos Hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires” en el marco del programa homónimo. Esta resolución asignaba este rol que se añadía al cargo formal desempeñado en la estructura del Hospital.

Los objetivos de este programa eran generar un nexo de comunicación entre la DGSIS y la comunidad de cada hospital para aplicar y cumplir las políticas de la DGSIS en lo relativo a tecnología informática.

El referente informático del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García efectúa el mantenimiento de las redes y el equipamiento, la capacitación de los usuarios, la función de mesa de ayuda, la preparación e instalación de nuevos equipos, el desarrollo de aplicaciones menores, en resumen concentra todas las tareas desempeñadas usualmente por el personal de un centro de cómputos. No se contrata externamente ninguna de estas funciones y la dotación es a todas vistas insuficiente para la atención de todos estos ítem.

No disponen de un proceso de planificación y los procedimientos son informales con excepción de las listas de inventario, las solicitudes de mantenimiento y un reporte de tareas.

Hardware y red de Datos.

La red de datos del Hospital está compuesta por 77 puestos de trabajo de los que 17 se encuentran en red. Poseen acceso a la red Man y a través de la misma seis usuarios disponen de acceso a Internet.

De los setenta y siete puestos de trabajo el 62% (48) está destinado a tareas o servicios médicos y el 38% (29) a tareas administrativas.

Lo equipos son de muy variada índole y antigüedad ya que no existe una política para su renovación y mantenimiento.

No poseen servidor lo que impide una adecuada administración de la seguridad y de los permisos de uso de los recursos.

Software.

Son usuarios de los sistemas SIGAF (Contabilidad y control presupuestario) y SUME (Sistema Único de Mesa de Entradas, Seguimiento de expedientes.) Poseen asimismo un aplicativo monousuario para la registración del personal.

Utilizan dos aplicativos locales para Internación y Hospital de día que fueron desarrollados internamente, de los cuales el último ha dejado de utilizarse.

Son usuarios del correo electrónico central y del servicio central web. Asimismo reciben protección antivirus centralizado.

La capacitación, seguridad, mantenimiento y otros aspectos relativos a estos sistemas es administrado externamente, por la Dirección General de Informática y otras áreas.

La mayoría de los puestos de trabajo también utiliza software de oficina para la edición de texto y planillas de cálculo.

El hospital dispone de una página Web que es mantenida por el área de capacitación.

X- OBSERVACIONES

1. PLANTA FÍSICA. OBRA. REMODELACIÓN

Se encuentra en ejecución la obra de remodelación y ampliación de la planta física del Hospital. No se observa que se hayan tenido en cuenta en el proyecto, las siguientes consideraciones:

a) **Guardia:**

No está prevista la instalación de un sistema de comunicación telefónica.

b) **Internación:**

1. La Comisión desconoce si estos dúplex contarán con sistema contra incendios.
2. No se observa previsión acerca del traslado a piso superior de niños con limitaciones motrices.

c) **Farmacia**

No constaba en planos la Sala de estar para los pacientes. Se diseñó un modelo el cual sería presentado a la empresa constructora.

d) **Ascensores**

No se construirán nuevos, solo se repararán los actuales.

e) **Equipamiento**

La Comisión no había alcanzado la etapa de evaluación del nuevo equipamiento.

f) **Office de enfermería**

- La infraestructura de los office no reúne las condiciones edilicias y de higiene necesarias para el cumplimiento adecuado de las tareas.³⁴
- Desde el office no pueden visualizarse las habitaciones de los pacientes, ni los sitios donde desarrollan su actividad durante el día.
- Por sus dimensiones pequeñas, se hace difícil circulación de personal y/o pacientes dentro del Office, no diferenciando área limpia de sucia.
- Falta de mantenimiento edilicio, con cableado y artefactos eléctricos sin protección y falta de higiene adecuada, en el Office y en los vestuarios de los enfermeros.
- Conservación inadecuada de medicamentos, una vez fraccionados.
- Conservación inadecuada de los archivos de los registros de los pacientes.
- En el Piso 3º los psicofármacos no se encuentran bajo llave.

2. INTERNACIÓN

- a) Las Historias Clínicas de la muestra no cumplen con una normativa en cuanto a su forma de registro de datos (foliado, firma legible o sello, datos del paciente, etc.)
- b) Algunos Profesionales no completan correctamente el Consentimiento Informado de Internación, careciendo éste de datos imprescindibles.
- c) Si bien la contención física es una herramienta terapéutica necesaria en algunos casos, y se hallaron elementos utilizados a tal fin en el Procedimiento de los Office de Enfermería, no existe un registro fiel de ellos en las historias Clínicas.
- d) Existe mayor número de internados que de camas disponibles en el Hospital.
- e) Se improvisan camas con colchones que se ubican en el piso.
- f) El alto porcentaje de pacientes con internaciones prolongadas se debe en parte a la dificultad que existe para derivar a los pacientes una vez compensados.
- g) No se cumple con los Art. 2º, inc. f³⁵ de la Ley 114 y Art. 3º inc. i y j³⁶.
- h) El promedio de estadía en el Hospital es elevado. Existen pacientes con alta suministrada por el Hospital, que permanecen internados.
- i) De 18 pacientes tratados con Clozapina, el 22% no tenía consentimiento informado para su administración.

³⁴ S:\PROYECTOS 2005_Papeles de Trabajo\2005 TOBAR GARCIA_G\PROCEDIMIENTOS\Enfermeria\Procedim. Office 4º.doc

³⁵ La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios

³⁶ i) La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;

j) La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria;

- j) El hospital no tiene un sistema de resguardo y archivo adecuado para la documentación necesaria como condición de ingreso y permanencia en el Programa de Clozapina.
- k) Más del 24% de los pacientes presentan adicciones asociadas a su cuadro psiquiátrico. El Hospital no cuenta con infraestructura y recurso humano adecuado para abordar la complejidad de estas patologías concurrentes.
- l) Los pacientes internados están separados por sexo y edad sin que se tenga en cuenta la diversidad de patologías que coexisten en el mismo espacio físico.

3. LEGAL

- a) No consta el cumplimiento, por parte de la Dirección del Hospital, de la Ley N° 448 (Capítulo III, Art. 32) y de la Ley N° 114 (Art. 73 y D. R. 1527 Art. 73) de comunicar fehacientemente a las autoridades competentes.
- b) Se incumple con la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, en cuanto existen pacientes dados de alta médica que permanecen internados por imposibilidad en la derivación a instituciones apropiadas.
- c) No existen constancias en el Hospital, de trabajo periódico articulado entre los responsables de la defensa de los derechos de los niños y las autoridades del Hospital.

De la situación legal de los niños internados:

Procesos ilimitados en el tiempo, que no tienen en cuenta el derecho a ser escuchados (Art. 12 Inc. 2 CIDN), ya sea directamente o por medio de un representante o en su defecto de un órgano apropiado. El artículo 37 de la CIDN reza "el niño privado de su libertad tendrá derecho a un pronto acceso a la asistencia jurídica y otra asistencia adecuada, así como derecho a impugnar la legalidad de la privación de su libertad ante un tribunal o autoridad competente.

- d) Falta de aplicación de efectivas políticas públicas, que tiendan a restituir los derechos vulnerados y garantizar su ejercicio, en contraposición a la judicialización y re-victimización de los niños. La Convención crea obligaciones para los Estados firmantes a los fines de garantizar la aplicación y/o creación de políticas públicas, para la des-judicialización de aquellas cuestiones netamente sociales.
- e) Discrecionalidad en la resolución ilimitada de la internación de un niño, no obstante ser el Defensor Público de Menores e Incapaces, el encargado de garantizar los derechos de los niños y participar activamente en los procesos (Art. 59 del Código Civil).
- f) Incumplimiento del Art. 23 de la CIDN, que reconoce que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse por sí mismos y faciliten la vida activa del niño en la comunidad.
- g) Se incumple con la Ley 448/00 y su Decreto Reglamentario (635/04) en cuanto al tiempo de permanencia de los internados una vez recibida el alta.
- h) La Dirección General de Niñez y Adolescencia dependiente del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales del GCBA, no cumplió con la firma de convenios con instituciones que puedan albergar pacientes psiquiátricos provenientes del Hospital T. García cuando se produce el alta de los mismos.
- i) La Asesoría General Tutelar de Menores e Incapaces, dependiente del Ministerio Público del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no ha podido demostrar las acciones realizadas en pos de la defensa de los derechos de los pacientes internados.

Al Informe del Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes del GCBA:

Del Acta de Transferencia:

- j) No se observa que se hayan tomado medidas para asumir la contingencia del traspaso de los recursos de la Nación a la Ciudad.

Del funcionamiento de la Comisión Mixta:

- k) Las medidas enunciadas en la nota del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, tienen carácter informativo y no indican plazos ni resultados concretos.

La falta de seguimiento y tratamiento de los pacientes internados dados de alta se observó en:

- l) Los registros solicitados (de pacientes en condiciones de alta) a la Dirección del Hospital y al Departamento de Internación no son coincidentes
- m) Del análisis de las intervenciones judiciales e institucionales en los 12 casos seleccionados de pacientes con más de 150 días de internación se observó:
 - ✓ Demora en la resolución de las derivaciones y falta de respuestas institucionales adecuadas
 - ✓ Falta de registro en las historias clínicas de las acciones realizadas y de informes de evaluación periódicos
 - ✓ Falta de recursos institucionales para resolver adecuadamente la continuidad del tratamiento
- n) El informe de la Asesoría General Tutelar de Menores e Incapaces, dependiente del Ministerio Público del Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires, no refleja la situación de los niños internados en el Hospital T. García, de acuerdo a lo observado por el equipo de auditoría.
- o) No se observaron requerimientos por parte del Hospital hacia la Asesoría General Tutelar, ni tampoco pedidos de informe de ésta hacia el Hospital por esta situación.

4. ENFERMERÍA

- a) El jefe de Departamento y dos jefes de División no han sido designados formalmente para su función.
- b) Existe un 22% de agentes en condiciones de acogerse al beneficio jubilatorio.
- c) El 35% de los agentes de la dotación no presta servicios en el Departamento.
- d) La planta de enfermeros resulta insuficiente para la población a atender.
- e) La distribución horaria de los enfermeros (por nivel de instrucción alcanzado) no responde a lo aconsejado para el área, no ajustándose al 65% profesionales 35% no profesionales que indican los estándares.
- f) Los módulos de enfermería se utilizan regularmente para cubrir el déficit de personal que existe en el Departamento.
- g) La existencia de enfermeros que realizan jornadas dobles de trabajo redundan en un déficit en la calidad de tarea realizada y se potencia el riesgo de que los mismos contraigan enfermedades profesionales.
- h) Se han liquidado módulos de enfermería a agentes que no realizan funciones operativas en el área.

- i) Las tareas adicionales a las funciones³⁷ del departamento hacen que el recurso para la atención de pacientes resulte insuficiente.

Sanciones y otras medidas disciplinarias aplicadas a enfermeros

- j) La ausencia de gestión de un abogado posibilita la demora en la toma de resoluciones en los expedientes que se inician como en el seguimiento de todos los actos ante la justicia.
- k) El 15% de los agentes del Departamento de Enfermería se encuentra sancionado o con expedientes en trámite. El caso más saliente de pedido de sanción a un enfermero está motivado en la denuncia por abuso deshonesto de un menor internado. El enfermero en cuestión continúa trabajando en el Hospital, habiendo sido apartado de la atención a pacientes. Adicionalmente, se encuentra en curso una denuncia penal contra ocho enfermeros por *“maltrato, lesiones, abusos, amenazas y otros hechos de violencia en perjuicio de personas con padecimientos mentales internadas en los Hospitales Tobar García y Moyano”*,
- l) El personal involucrado en los expedientes de sanción sin resolución es un foco de potenciales reincidencias en las faltas cometidas.

5.- DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN

Valores calóricos establecidos en el pliego

- a) El pliego de concesión no ha tomado en cuenta las variaciones de calorías requeridas de acuerdo al sexo y edad de los pacientes.
- b) El pesaje de los platos servidos resultó menor al de las muestras aportadas por la empresa.
- c) El fin de semana la prestación alimentaria se encuentra en déficit respecto del VCT establecido en el pliego
- d) No se cumple con la distribución porcentual de hidratos de carbono, proteínas y grasas estipuladas en el pliego ni por los VCT recomendados
- e) No se realiza la valoración nutricional de los pacientes a su ingreso, durante el tiempo de hospitalización y a su egreso.
- f) No se valora en la programación de los menús la interacción alimento-medicamento.
- g) No se realizan dietas de alta.

Aspectos normativos

- h) Uno de los cinco agentes de la empresa SI – AL (concesionaria) no tiene libreta sanitaria. Ninguno acredita haber realizado el curso de manipuladores de alimentos.
- i) Los empleados no cumplen con la indumentaria ni hábitos higiénicos establecidos.

³⁷ Entrevista Jefe de enfermería (Ej.: limpiar el comedor, servir comida en las camas a los pacientes que no pueden trasladarse y luego asear el lugar)

- j) El control de plagas está a cargo de una empresa tercerizada. El Hospital no cuenta con registros
- k) El concesionario no publica el listado de ingredientes de los menús planificados.

Planta física:

- l) No se cuenta con área de cocina dietoterápica³⁸ ni de víveres frescos.
- m) El depósito de víveres secos está compartido con el de artículos de limpieza.
- n) Los servicios sanitarios de los manipuladores de alimentos no contaban con jabón líquido ni toallas descartables. El estado de higiene y conservación no es adecuado.
- o) En varios espacios se observaron elementos en desuso, maquinaria de cocina inutilizada por desperfectos técnicos, acumulados y sin debido cuidado por la higiene.

Estado de mantenimiento y conservación de la estructura edilicia de la planta física:

- p) Falta de higiene en paredes, rejillas, ventanas, techos y pisos.
- q) Iluminación natural y artificial deficientes.
- r) Ventilación natural escasa.
- s) Cableado a la vista.
- t) Faltante de vidrios en el área de comedor.
- u) Se observan elementos faltos de higiene y existencia de elementos fuera de uso en el área de trabajo de cocina.

Recepción y control de mercaderías

- v) La entrega y recepción se realizan pasadas las 16 hs, fuera del horario del personal responsable del GCBA, delegándose esta responsabilidad en el concesionario.
- w) Los productos lácteos y víveres secos llegan en el mismo transporte.
- x) El ingreso de víveres se realiza por la puerta principal del hospital.
- y) Los alimentos fraccionados a granel no presentaban el rótulo obligatorio establecido por C.A.A.

6.- CONTROL DEL AGUA

- a) La convocatoria a empresas prestadoras del servicio no cumple con lo establecido en las normativas para tal fin.
- b) Por tres períodos consecutivos se contrató a la misma empresa, sin verificar si continuaba siendo el oferente con menor presupuesto.
- c) La empresa encargada de la Limpieza y Desinfección de los Tanques no se encuentra inscripta en el Registro Único y Permanente de Proveedores de la DGCYC.
- d) No existe un registro por parte del Hospital que refleje el cumplimiento de la limpieza de tanque y cisterna.

³⁸ Preparaciones para pacientes con patologías renales, hepáticas, diabetes, etc.

- e) No existe un responsable definido para el Control del Agua. Esta tarea se encuentra compartida entre el Jefe del Departamento de Mantenimiento y la Tesorera.
- f) Ningún agente del Hospital verifica los resultados de los análisis bacteriológicos realizados.
- g) El Jefe del Departamento Mantenimiento desconoce la normativa correspondiente a la Limpieza de Tanques.
- h) La limpieza de tanques en el año 2005 debió haberse realizado en el mes de Junio. La misma tuvo lugar a fines de Julio del mismo año y como consecuencia de esto, se realizó tan solo una limpieza de los tanques.
- i) No se tienen datos en cuanto si la empresa se encuentra inscripta en el Registro de Actividades de Empresas Privadas de Limpieza y Desinfección de Tanques de Agua Potable, dependiente de la Dirección General de Control de la Calidad Ambiental, dado que ésta no respondió al requerimiento de información por parte de la AGCBA.

7. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

a) Aspectos Generales

Se observa ausencia de:

- Plan de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs)
- Política formal de seguridad de la información
- Procedimientos para nuevos requerimientos
- Metodologías de administración y seguimientos de proyectos

b) Organización y personal

Dependencia funcional informal, que redundando en:

- Ausencia de plan de capacitación de los agentes
- Falta de segregación de las funciones
- Control del área parcialmente formal
- Control formal parcial de operaciones computarizadas o procesos.

c) Equipamiento (Hardware)

No se dispone de una política de actualización del equipamiento que contemple el ciclo de obsolescencia técnica y física.

d) Programas (Software)

No se controla el software que se instala y el inventario de software no especifica el vencimiento de las licencias y la última fecha de actualización de la versión.

e) Red de datos

La Red de datos no cuenta con:

- Mapa lógico ni físico de la red de comunicación de datos
- Encriptación de la información
- Verificación de Procedimientos de monitoreo de la actividad de la red
- Registro de intentos de acceso indebido
- Políticas y Procedimientos formales de resguardo de la información
- Procedimientos de Copia de respaldo en sede externa

- Procedimientos de recuperación de la información
- Plan de Contingencias, Plan de Evacuación y Plan de Recuperación de Desastres
- Servidores centrales alternativos
- f) **Seguridad lógica**
Se encuentran ausentes:
 - La definición del dueño de los datos
 - Los procedimientos de definición de perfiles, altas y bajas de usuarios
 - El compromiso de uso responsable de la red, de la conexión de Internet y del correo electrónico que provee el Organismo
 - La normativización formal de las características mínimas en la clave de acceso y autenticación de los usuarios y del bloqueo de usuarios por intentos fallidos de acceso a la red
 - Los procedimientos ante alarmas por virus
 - La formalización de procedimientos antivirus
 - El procedimiento de puesta en producción
- g) **Seguridad Física**
Ausencia de medidas adecuadas para:
 - Poner a resguardo la documentación
 - Depurar la información (procedimientos de desecho de información)
- h) **Sistemas aplicativos**
 - Carencia de aplicativos hospitalarios.
 - No poseen manuales de normas y procedimientos
 - No se ha evaluado la alternativa de adherir al uso de sistemas centrales comunes a diferentes efectores de salud.

XI- RECOMENDACIONES

1. RECOMENDACIONES REFERENTES A LA PLANTA FÍSICA. OBRA. REMODELACIÓN

2.

1.1 Observación a) Prever la instalación de un sistema de comunicación telefónica.

1.2. Observación b1) Considerar en la obra la posibilidad de crear espacios para albergar pacientes con adicciones, que resultan incompatibles con el resto de las patologías

1.3. Observaciones b2 y b3) Prever la instalación de adecuado sistema de previsión contra incendios y asegurar que sea posible el traslado de pacientes con limitaciones motrices.

1.4. Observación c) Considerar en la reforma la incorporación de una sala de estar para los pacientes en el área de farmacia.

1.5. Observación d) Evaluar la posibilidad de adaptar los ascensores para satisfacer el fluido tránsito entre los pisos del hospital.

1.6. Observación e) Planificar de manera eficiente y efectiva el equipamiento del nuevo edificio, de acuerdo a los requerimientos para su correcto funcionamiento.

1.7 Observación f) Considerar en la nueva obra que los office de Enfermería reúnan las condiciones edilicias y de higiene necesarias para el adecuado cumplimiento de las tareas.

2. RECOMENDACIONES REFERENTES A INTERNACIÓN

2.1. Observaciones a, b, c y j) Dar cumplimiento a la normativa vigente respecto de:

- Confección de historias clínicas
- Consentimiento Informado de Internación
- Unificación de criterios de clasificación de patologías
- Registro de todos los medios de terapia aplicados a cada paciente incluyendo la totalidad de los procedimientos de enfermería

2.2. Observaciones d, e) Que el Hospital, en las salas de internación del nuevo edificio, prevea la existencia de suficientes camas a fin de evitar la superpoblación.

2.3. Observaciones f, g, h) Cumplir con lo dispuesto en la Ley 114, Art.2 (inc. f) y Art.3 (inc. i y j)

2.4. Observaciones i, j) Que el Hospital cree y asegure un adecuado sistema de resguardo para la documentación del programa de Clozapina.

2.5. Observaciones k, l) Que el Hospital evalúe, en la sala de internación del nuevo edificio, la existencia de un espacio para la atención de pacientes que requieran en su tratamiento otras estrategias de

intervención o bien para aquellos casos que resulten peligrosos para los otros internados

3. RECOMENDACIONES REFERENTES AL ÁREA LEGAL

3.1. Observaciones a, b, c) Que la Dirección del Hospital comunique de manera fehaciente a las Autoridades competentes lo normado en las Leyes 114 y 448/00, así como el registro de trabajo periódico articulado entre el Hospital y el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes.

3.2. Observaciones d, e, f, g, h, i) Que los Organismos responsables den cumplimiento a lo establecido en la CIDN en sus Art. 12 y 23, así como del efectivo cumplimiento de la Ley 448/00 y sus Decretos reglamentarios.

3.3. Observaciones j, k) Efectivizar el traspaso de recursos de la Nación a la Ciudad, de acuerdo a lo convenido en el Acta de Transferencia.

3.4. Observación l) Que la Dirección del Hospital efectivice mecanismos de control interno que eviten discrepancias de registro de pacientes internados.

3.5. Observación m) Que los Ministerios de Salud y Derechos Humanos y Sociales articulen los mecanismos y recursos necesarios para dar respuesta a las derivaciones requeridas por el Hospital para pacientes en condiciones de alta a fin de no vulnerar derechos constitucionales de los niños.

3.6. Observaciones n, o) Que la Asesoría General Tutelar de Menores e Incapaces mantenga una actitud participativa y comunicativa con las autoridades del Hospital, de modo de velar por estado de los menores internados.

4. RECOMENDACIONES REFERENTES A ENFERMERÍA

4.1. Observaciones a, b, c, d, e, g, i) Realizar una reingeniería de la asignación del recurso humano en enfermería, de manera que el plantel responda orgánica y funcionalmente a las necesidades del área

4.2. Observaciones f y h) Administrar los recursos de manera eficiente a fin de que los módulos asignados al área no se utilicen para cubrir déficit de horas aplicadas y se cumplan tareas operativas en el sector.

4.3. Observaciones j, k y l) Que el Ministerio de Salud y el Hospital arbitren los medios a su alcance a fin de agilizar las causas administrativas y judiciales que involucran al personal del área

5. RECOMENDACIONES REFERENTES AL DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN

5.1. Observaciones a, f y g) Que el Ministerio de Salud adecue el pliego de manera que la prestación alimentaria que brinda la empresa concesionaria reúna las calorías requeridas de acuerdo a sexo y edad de los pacientes y los medicamentos administrados a los pacientes

5.2. Observaciones b, c, d y k) Que el Hospital realice un control efectivo y eficiente a la empresa concesionaria en el pesaje y los componentes de

los platos servidos y en la publicación de los ingredientes de los menús planificados, de modo que se provea a los pacientes durante toda su estadía en internación de los alimentos requeridos.

5.3. Observaciones e y g) Que el Hospital realice la valoración nutricional de los pacientes desde el ingreso hasta su egreso y que provea de una dieta de alta

5.4. Observaciones h, i) Que el Hospital cumpla por sí y exija a la concesionaria la documentación y capacitación de los agentes, la utilización de la indumentaria y el cumplimiento de hábitos de higiene establecidos para cumplir con las tareas de manipulación de alimentos

5.5. Observación j) Que el Hospital realice los controles de plagas y lleve estricto registro de los mismos.

5.6. Observaciones l y m) Que el Hospital priorice en la nueva obra la adecuada instalación de áreas para cocina dietoterápica, de víveres frescos y de artículos de limpieza

5.7. Observación n) Que el Hospital provea a los manipuladores de alimentos de los elementos de higiene necesarios.

5.8 Observación o) Que el Hospital disponga la baja de los elementos en desuso, de acuerdo con la normativa vigente.

5.9. Observaciones p, q, r, s, t, u) Que el Hospital, hasta tanto se disponga de la nueva área de cocina y comedor, realice adecuado mantenimiento y limpieza de los sectores que utiliza, quitando elementos que resulten peligrosos para la integridad física de los pacientes.

5.10. Observaciones v, w, x, y) Que el Hospital realice el control de entrega de mercaderías y que las mismas pasen por accesos restringidos al tránsito de personas.

6. RECOMENDACIONES REFERENTES AL CONTROL DEL AGUA

6.1. Observaciones a, b, c, e, g, i) Que el Hospital designe un agente responsable del control del agua, que realice la convocatoria y contratación de una empresa prestadora del servicio, según la normativa vigente en la Ciudad de Buenos Aires.

6.2. Observaciones d, f, h) Que el Hospital lleve un adecuado control de los servicios de limpieza de tanques recibidos, los resultados obtenidos y la periodicidad de los mismos

7. RECOMENDACIONES REFERENTES A TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

7.1. Observaciones a y b) Que el Ministerio de Salud y el Hospital formalicen las misiones y funciones ajustándolas a las necesidades reales del organismo generando una estructura que contemple adecuados niveles de decisión estratégico, técnico y operativo.

7.2. Observaciones c y d) Que el Hospital disponga de una política de actualización de hardware y restrinja la instalación de software. En el caso

de licencias vencidas o a vencerse, existe una recomendación de la DGSinf de realizar la migración al software abierto, lo que redundaría en un ahorro económico importante para el organismo.

7.3. Observaciones e, f, g) Que el Hospital:

- Elabore un mapa físico y un mapa lógico de la red con el máximo nivel de detalle posible
- Evalúe la utilización de herramientas de encriptación en función del nivel de criticidad de la información que se maneje
- Incorpore el monitoreo rutinario, sistemático y completo de la red por medio de software específico para este fin
- Documente y analice formalmente los intentos de acceso no permitidos y las acciones tomadas para neutralizarlos y proteger la red
- Confeccione e implemente procedimientos de resguardo de la información que incluyan: niveles de riesgo formalmente aceptados por la organización, definición de soportes, responsables de ejecución, mecanismos de control y supervisión entre otros aspectos
- Incorpore procedimientos formales de recuperación de datos verificados periódicamente
- Elabore un plan de contingencias y un plan de recuperación de desastres y efectuar pruebas integrales de los mismos por lo menos una vez al año
- Elabore un plan que disponga la incorporación de servidores para la función central y un alternativo frente a posibles caídas o paradas de los sistemas

7.4. Observación h) Que el Ministerio de Salud desarrolle aplicativos hospitalarios que apoyen de modo central la gestión del Hospital.

Finalmente, de acuerdo a lo sugerido por la D. G. Legales en el dictamen N° 113/07, se recomienda el inmediato inicio de las investigaciones administrativas correspondientes a fin de deslindar responsabilidades así como el diligenciamiento de las causas judiciales en trámite respecto a la Observación N° 4 ítem k, correspondiente al Departamento de Enfermería. Con relación a las observaciones referentes al departamento de Alimentación y al Control del Agua, se recomienda el inicio de acciones administrativas tendiente al deslinde de responsabilidades.

XII- CONCLUSIÓN

La judicialización de los problemas sociales posibilita que el Estado intervenga coactivamente sobre la infancia, en pos de un supuesto tratamiento y resocialización.

Este es el caso del HCTG, que desarrolla sus actividades en un edificio originariamente construido para albergar una escuela de enfermería y que en la actualidad se encuentra lejos de ser un ámbito físico apropiado para procurar un tratamiento integral de los niños y adolescentes que allí se internan.

La internación (judicialización) y ausencia de mecanismos ágiles para la externación, lleva implícita la privación de la libertad de los internados, aunque se la niegue como tal y bajo el argumento de la tutela, hace posible obviar las garantías fundamentales de los niñas, niños y adolescentes internados.

El accionar de los distintos responsables parece desconocer que la familia es el ámbito propicio para la crianza y el desarrollo del niño, y que es responsabilidad del Estado brindar asistencia a las familias que la requieran. El estado actual de funcionamiento del sistema reproduce la victimización de los internados, que probablemente no logren más que egresar hacia alguno de los dos hospitales neuropsiquiátricos de adultos de la Ciudad.

Para revertir esta realidad es imprescindible pasar de un sistema tutelar a un sistema de políticas de infancia y adolescencia respetuoso de la Convención de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes e implementar dispositivos de protección y promoción de esos derechos que garanticen su exigibilidad.

Tanto en el nivel Nacional como en la CABA y en las diferentes jurisdicciones, las áreas gubernamentales, no gubernamentales y el Consejo de Niñez y Adolescencia deberán liderar un nuevo tipo de abordaje a la problemática de la salud mental infanto- juvenil.

Destacamos como resultado de la tarea realizada por la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires en este Proyecto las acciones encaradas por el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes a través del dictado de las Resoluciones 246/07 y 309/07. En el primer caso, se definen competencias estableciendo que las Defensorías Zonales adoptarán las medidas necesarias y/o excepcionales tendientes a resguardar la defensa de los derechos de las niñas, niños y adolescentes y en la Resolución 309/07 se plasma el circuito de efectivización de derechos vulnerados en la población infantil, que viene a dar respuesta en plazos y términos ajustados a la legislación vigente en materia de infancia y en particular tratándose de la externación de niños y adolescentes en Institutos Psiquiátricos.

ANEXO I

MARCO NORMATIVO

| Norma | Número | Fecha | Sumario |
|-----------|--------|---|---|
| Ordenanza | 45593 | B.M. 19.243 | Limpieza de Tanque de Agua. Apruébase la reglamentación y requisitos de habilitación de las Ordenanza N° 45.593. Obligatoriedad de la limpieza semestral de los tanques de agua. |
| Ley | 21 | 16/04/1998 Promulgación: Decreto N° 871 08/05/1998 Publicación: BOCBA N° 450 20/05/1998 | CAPITULO III. DE LOS ASESORES O ASESORAS TUTELARES ANTE LAS CAMARAS DE APELACIONES Y ANTE LA JUSTICIA DE PRIMERA INSTANCIA Artículo 34° - FUNCIONES: Corresponde a los Asesores o Asesoras Tutelares en las instancias y fueros en que actúen: ... Nota: La presente ley fue derogada por el Art. 51 de la Ley N° 1.903, BOCBA N° 2366 del 25/01/2006. <i>La Ley N° 1978, BOCBA 2455, suspende vigencia por sesenta días a partir del 30/05/2006, de la Ley N° 1903, aplicándose durante dicho lapso la presente ley. La Ley N° 2.038, BOCBA 2504, prorroga dicha suspensión por el término de noventa días a partir del 20/07/2006.</i> |
| Ley | 114 | 03/12/1998 Promulgación 04/01/1999 Publicación: BOCBA N° 624 03/02/1999 | Artículo 73° - Internación en caso de emergencia. Las entidades que cuenten con programas de albergue podrán, con carácter excepcional y de urgencia, alojar niñas, niños y adolescentes sin previa determinación de la autoridad judicial competente, debiendo comunicarlo a la misma dentro de las doce horas de acontecido. |
| Decreto | 1527 | 2003 | Se establece que la Asesoría General Tutelar del Ministerio Público de la CABA es la autoridad judicial competente a fin de realizar la comunicación prevista en el Art. 73 de la Ley 114. |
| Ley | 448 | | Art. 32.- La internación de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley N° 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de Menores e Incapaces. |
| Decreto | 635 | 22/04/04. | Artículo 32°.- |

| Norma | Número | Fecha | Sumario |
|-------|--------|---|---|
| | | BOCBA 1022 | Sin perjuicio de la comunicación a la que hace referencia el artículo que se reglamenta, la autoridad de aplicación procede a informar la internación de niños, niñas y adolescentes, dentro de los mismos plazos previstos, al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. |
| Ley | 1.903 | 25/01/06 BOCBA 2366 Publ. 25/1/2006 | Título V: Del Ministerio Público Tutelar Capítulo I: Del Asesor o Asesora General Tutelar. Artículo 46.- Atribuciones y competencia: Capítulo II: Del Asesor o Asesora General Tutelar Adjunto/a. Artículo 47.- Atribuciones y competencia: ... |