

INFORME FINAL DE AUDITORÍA Con informe ejecutivo

Proyecto N°: 3.07.07

Plan Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.
Seguimiento de Observaciones y Recomendaciones
efectuadas en el Proyecto 3.03.03.

Buenos Aires, Julio de 2008

**AUDITORIA GENERAL
DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES**

Av. Corrientes 640 piso 5º Capital Federal

Presidente

Dra. Sandra Bergenfeld

Audidores Generales

Dr. Santiago De Estrada

Lic. Josefa Arminda Prada

Dr. Juan Carlos Toso

Dra. Paula Oliveto Lago

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.07.07

NOMBRE DEL PROYECTO: Plan Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano. Seguimiento de Observaciones y Recomendaciones efectuadas en el Proyecto 3.03.03.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2006-2007

EQUIPO DESIGNADO

Coordinadores: Lic. Gámez, Mercedes

Prof. Aiscurri, Mario

Supervisión: Dr. Mario Eduardo Lef

OBJETIVO: Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3.07.07 referidos a recursos humanos y materiales en términos de eficacia y eficiencia.

INFORME EJECUTIVO

Código del Proyecto	3.07.07																														
Denominación del Proyecto	Plan Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano. Seguimiento de Observaciones y Recomendaciones efectuadas en el Proyecto 3.03.03.																														
Período examinado	2006-2007																														
Objetivo de la auditoría	Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3.07.07 referidos a recursos humanos y materiales en términos de eficacia y eficiencia.																														
Ejecución Presupuestaria 2006	<p>La ejecución presupuestaria para el ejercicio 2006</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Pro g</th> <th>Su b progr</th> <th>Nombre</th> <th>Vigente</th> <th>Definitivo</th> <th>Devengado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23</td> <td>22</td> <td>SALUD MENTAL</td> <td>38.945.2 42,00</td> <td>38.925.7 35,29</td> <td>38.817.8 05,29</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>22</td> <td>SERV. AUXILIARES DEL SIST. DE ATENCION</td> <td>5.677.42 0,00</td> <td>5.677.41 9,61</td> <td>5.462.72 4,90</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>22</td> <td>SERV. GRALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL</td> <td>4.108.27 0,00</td> <td>4.102.41 2,08</td> <td>4.100.28 9,08</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">Totales</td> <td>48.730.9 32,00</td> <td>48.705.5 66,98</td> <td>48.380.8 19,27</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: SIGAF 2006</p>	Pro g	Su b progr	Nombre	Vigente	Definitivo	Devengado	23	22	SALUD MENTAL	38.945.2 42,00	38.925.7 35,29	38.817.8 05,29	23	22	SERV. AUXILIARES DEL SIST. DE ATENCION	5.677.42 0,00	5.677.41 9,61	5.462.72 4,90	23	22	SERV. GRALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL	4.108.27 0,00	4.102.41 2,08	4.100.28 9,08	Totales			48.730.9 32,00	48.705.5 66,98	48.380.8 19,27
Pro g	Su b progr	Nombre	Vigente	Definitivo	Devengado																										
23	22	SALUD MENTAL	38.945.2 42,00	38.925.7 35,29	38.817.8 05,29																										
23	22	SERV. AUXILIARES DEL SIST. DE ATENCION	5.677.42 0,00	5.677.41 9,61	5.462.72 4,90																										
23	22	SERV. GRALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL	4.108.27 0,00	4.102.41 2,08	4.100.28 9,08																										
Totales			48.730.9 32,00	48.705.5 66,98	48.380.8 19,27																										
Alcance	<p>El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por Ley N° 325 y las normas básicas de Auditoría aprobadas por Resolución N° 161/00 del Colegio de Auditores Generales de la Ciudad de Buenos Aires.</p> <p>Para la realización de la tarea se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de auditoría:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. General <ul style="list-style-type: none"> • Analizar la forma de imputar el Inciso I. 2. Internación <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de una muestra de historias clínicas. 3. Consultorios externos: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la registración de las consultas y su correlación con el 																														

Alcance	<p>registro del Departamento de Estadísticas.</p> <p>4. Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificación documental y ocular de los registros llevados por el Departamento de Personal del Hospital sobre aquellas observaciones en las que el organismo auditado manifiesta haber efectuado modificaciones. • Evaluación del ambiente de control. <p>5. Planta física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificación documental, ocular y fotográfica (ver Anexo) del estado de conservación, mantenimiento, seguridad, higiene y desinsectación de las instalaciones del Hospital. • Verificación documental, ocular y fotográfica, del estado edilicio actual de los pabellones con obras ejecutadas, en ejecución y paralizadas. <p>6. Dirección General de Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista y solicitud de Informes. <p>7. Auditoría a clínicas nucleadas en la Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos (CACEP) donde se trasladaron pacientes del hospital Moyano.</p> <p>Se realizaron los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación con los responsables de los establecimientos. • Solicitud de documentación que se estimó pertinente. • Evaluación de una muestra de Historias Clínicas. • Recorrido por las instalaciones, haciendo mayor hincapié en aquellos sectores en donde estaban alojadas pacientes derivadas del Hospital Moyano. • Verificación del personal a cargo de las pacientes. • Inspección ocular del estado y actividad de las pacientes. • Confección de una Grilla de Auditoría con los datos recabados (Anexo) • Análisis del convenio firmado entre el GCABA y la CACEP. <p>Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 11 de mayo y el 31 de octubre de 2007.</p>
Limitación al alcance	<p>No se pudo obtener por parte de la Dirección General de Salud Mental la siguiente documentación:</p> <p>Acreditación de las clínicas: En ningún caso se pudo constatar la acreditación y la certificación previa de las Clínicas nucleadas en CACEP, donde se derivaron pacientes del Hospital Moyano.</p>

Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 11 de mayo y el 31 de octubre de 2007.																																
Aclaraciones previas	<p> Con fecha 13 de julio de 2007, el Subdirector Médico del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, envió a esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires la Nota N° 1454/HNBM/2007 conteniendo un informe, confeccionado por distintas áreas, con comentarios acerca de las modificaciones y medidas implementadas en el hospital a posteriori de nuestro anterior informe de gestión. </p> <ul style="list-style-type: none"> • Planta física: La situación edilicia del nosocomio motivó que, desde el año 2005, un total de 200 pacientes fueran trasladadas a clínicas privadas hasta que las obras de remodelación permitan reingresarlas. En el cuadro siguiente se detalla la situación actual de las obras de remodelación finalizadas, en curso, paralizadas y nuevas. • Sector de Internación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Ingresos</u> <p> Durante el año 2006 se produjeron 977 internaciones, de las cuales el 60% fueron por reingresos. Estas cifras muestran deficiencias en la calidad prestacional, ya que denotan falta de actividades de reinserción social, tanto durante el tiempo de permanencia en el nosocomio, como en la comunidad una vez producido el egreso. </p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> Cuadro N° 3 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 10%;">INGRESOS</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">REINGRESOS</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">TOTAL</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">GRUPO ETARIO PACIENTES DE SEXO FEMENINO</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">TOTAL</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">menores de 19 años</th> <th style="width: 10%;">20 a 39</th> <th style="width: 10%;">40 a 59</th> <th style="width: 10%;">60 a 79</th> <th style="width: 10%;">más de 80</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">394</td> <td style="text-align: center;">583</td> <td style="text-align: center;">977</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">474</td> <td style="text-align: center;">367</td> <td style="text-align: center;">107</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">977</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40,33%</td> <td style="text-align: center;">59,67%</td> <td style="text-align: center;">(100%)</td> <td style="text-align: center;">2,05%</td> <td style="text-align: center;">48,52%</td> <td style="text-align: center;">37,56%</td> <td style="text-align: center;">10,95%</td> <td style="text-align: center;">0,92%</td> <td style="text-align: center;">(100%)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 5px;"> Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Moyano sobre el total de ingresos y reingresos (año 2006). </p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Egresos</u> <p> En el año 2006 egresaron 1.140 internadas, pero solamente el 22% fueron altas médicas, mientras que 36 internadas fallecieron sin que exista un registro estadístico de la causa de muerte de estas pacientes. </p> 	INGRESOS	REINGRESOS	TOTAL	GRUPO ETARIO PACIENTES DE SEXO FEMENINO					TOTAL	menores de 19 años	20 a 39	40 a 59	60 a 79	más de 80	394	583	977	20	474	367	107	9	977	40,33%	59,67%	(100%)	2,05%	48,52%	37,56%	10,95%	0,92%	(100%)
INGRESOS	REINGRESOS				TOTAL	GRUPO ETARIO PACIENTES DE SEXO FEMENINO					TOTAL																						
		menores de 19 años	20 a 39	40 a 59		60 a 79	más de 80																										
394	583	977	20	474	367	107	9	977																									
40,33%	59,67%	(100%)	2,05%	48,52%	37,56%	10,95%	0,92%	(100%)																									

Cuadro Nº 4

TOTAL DE EGRESOS AÑO 2006						
TRASLADOS	ALTA MÉDICA	ALTA A PRUEBA	ALTA JUDICIAL	FUGAS	FALLECIM.	TOTAL
322	249	369	0	164	36	1.140
28,25%	21,84%	32,37%	0,00%	14,39%	3,16%	(100%)

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Moyano sobre el total de egresos (año 2006).

• **Recursos Humanos:**

- No existe ambiente de control, esto favorece que haya personal que no cumple con sus funciones y horario de trabajo.

- Se verificó que personas pertenecientes a la empresa, que presta el servicio tercerizado de limpieza, cumplen funciones de personal en la estructura Administrativa, de Mantenimiento y Servicios Generales del Hospital. Esta situación no está establecida contractualmente y puede generar implicancias legales y patrimoniales para el GCABA dado que, ante cualquier conflicto laboral, el personal afectado está habilitado para reclamar legal y económicamente a la empresa que lo contrató y solidariamente al Hospital Moyano según la Normativa Laboral.¹

- El Depto. Mantenimiento, Producción y Servicios Generales está separado en distintas Divisiones y cuenta con una dotación total de 91 cargos, de los cuales 3 están vacantes. Las Divisiones que desempeñan tareas relacionadas con el mantenimiento del nosocomio son las siguientes: Mantenimiento y Producción, Termoelectromecánica, Mecánica Automotor, Logística y Abastecimiento, y Sanitarios. Cuentan con una dotación total de 34 personas, de los cuales 5 son mayores de 70 años, y existen 2 cargos vacantes. El promedio de edad es de 54 años. La mayor concentración de personal, cumple funciones de lunes a viernes y se registra en la franja horaria de 8 a 13 hs; después de las 18:30 y hasta las 06 AM no hay personal que atienda emergencias. Los días Sábados, Domingos y feriados solamente se encuentran 2 personas para realizar las tareas de mantenimiento en el horario de 08 a 20 hs, y no se dispone de personal para realizar tareas de emergencia en la franja horaria de 20 a 8 AM.

- Dentro de la estructura de la División Servicios Generales se encuentra la Sección Camilleros. El hospital cuenta con un total

¹ Estos casos se encuadran en las Leyes Nacionales Nº 20.744, 24.013, 25.345, 25.323, Ley 120 de la Ciudad y demás normas concordantes.

de 54 cargos de camilleros, de los cuales solamente 7 realizan las tareas de su competencia, de Lunes a Viernes, y 2 los días Sábados, Domingos y Feriados. El resto cumple funciones en el plantel del hospital cubriendo puestos vacantes.

De lunes a viernes en la franja horaria de 18 a 06 hs no hay camilleros para realizar ésta actividad.

Los días Sábados, Domingos y feriados de 20 a 06 hs no hay camilleros.

- **Pacientes trasladadas a otras instituciones:**

- Debido a las graves falencias edilicias de algunos pabellones del nosocomio, la Justicia decidió que se debía trasladar a las pacientes que allí se albergaban, en forma inmediata. Esta medida fue ratificada por Decreto N° 165/2006.

Por este motivo se firmó un Convenio entre el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la CACEP.

Esta Cámara definió las Clínicas donde fueron trasladadas las pacientes entre un universo de 26 Establecimientos (Red Prestacional).

Actualmente permanecen trasladadas 125 pacientes.

- Al cierre de las tareas de campo se ha publicado el fallo del expediente N° 15558/0, que se tramita ante la justicia, en lo Contencioso y Administrativo, de la CABA, que obliga que en el transcurso de un año se deben ejecutar los actos necesarios tendientes a generar condiciones de seguridad y habitabilidad mínima para las pacientes internadas.

- **Análisis del Contrato entre la CACEP y el GCBA:**

Los criterios de prestación no están basados en la aplicación de la Ley 448 (de Salud Mental) orientando la atención hacia la recuperación y la reinserción de las pacientes.

La falta de especificación de carga horaria y periodicidad de las prestaciones asistenciales imposibilita evaluar el cumplimiento del contrato por parte de los agentes del GCBA que efectúen la supervisión de las clínicas.

No existe un criterio dentro del contrato GCABA-CACEP que manifieste el objetivo de evitar la cronificación y promover la reinserción familiar y social.

El mismo no prevé priorizar las actividades de estimulación, de desarrollo y fortalecimiento de vínculos interpersonales.

Las auditorias previstas en el convenio no toman en cuenta una evaluación global e interdisciplinaria de las prestaciones ofrecidas por CACEP. Así mismo no se prevé la acción de los Organismos de Control previstos en la Constitución de la Ciudad.

- **Refuncionalización de los pabellones deteriorados:**

El GCBA confeccionó un plan de obras para refuncionalizar los distintos pabellones del hospital.

Dichas modificaciones edilicias producirán una disminución en la

	<p>disponibilidad de camas ya que algunos pabellones serán boxeados, para lograr un mayor confort y privacidad de las pacientes. El Pabellón Riglos será transformado en un sector de Consultorios Externos con acceso directo desde la vía pública. Actualmente se encuentran desactivadas 322 camas por obra en los Pabellones Esquirol, Santa Rosa y Riglos. Además se demolió el Pabellón Santa Isabel, con una capacidad de 81 camas.</p>
Observaciones	<p>A continuación se detallan las observaciones que a la fecha del presente Informe se mantienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación 2.1: Las Historias Clínicas auditadas no consignan los tratamientos psicoterapéuticos en un 35% en Psicoterapia Individual y en un 95% en Psicoterapia Grupal. • Observación 2.2: El 47% de las pacientes con egreso transitorio, fueron reinternadas. • Observación 2.3: Sólo se registran dos egresos definitivos. Ambos por óbito. • Observación 2.4: No se consigna la participación de las pacientes en talleres de rehabilitación en el 97% de los casos. • Observación 2.5: Existen distintas nomenclaturas para una misma patología. No existe una directiva que unifique los criterios de los jefes de servicio. • Observación 2.6: Se consignan egresos transitorios en un 58% de los casos. • Observación 2.8: El número de agentes que cumple funciones de enfermería, no respeta los indicadores, por lo tanto, no hay certeza del correcto suministro de las prescripciones. • Observación 3.3: Existen diferencias entre los datos registrados en la planilla única de Consultorios Externos de Agudos y la planilla resumen mensual de la División Estadística. • Observación 3.5: No existe personal administrativo en los pabellones de pacientes crónicas. • Observación 4.1: La dotación de profesionales del equipo de salud, muestra falencias al compararse los indicadores nacionales, con los indicadores de la O:P:S. • Observación 4.2: La falta de horas asignadas a psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapistas ocupacionales y musicoterapeutas, denota la debilidad de una política orientada a posibilitar los egresos dentro de los parámetros esperados. • Observación 4.3: Utilización del sistema de módulos para cubrir el faltante de personal de enfermería, fuera de situaciones de emergencia. • Observación 4.4: La carga horaria en el área de enfermería incrementa el ausentismo. • Observación 4.5: Faltante de partes respaldatorios de las licencias médicas otorgadas. • Observación 4.7: Partes numerados manualmente o corregidos en su número y fecha.

- **Observación 4.8:** Errores y omisiones en el registro de las licencias a las fichas de personal: licencias no registradas en las fichas.
- **Observación 4.9:** La cantidad de días otorgados no se corresponde con los registrados en la ficha.
- **Observación 4.10:** No se registran en la ficha del agente, ni en el legajo, las ausencias injustificadas, ignorándose en consecuencia cuantas inasistencias injustificadas tuvo el agente.
- **Observación 4.11:** Ausencias del personal no justificadas, por reconocimientos médicos, registradas en las fichas como francos compensatorios.
- **Observación 4.12:** Falta de un Registro correlativo, por fecha, correspondiente a los partes médicos prenumerados, que contenga los datos del agente y los días de inasistencia a efectos de su control con los planillones de reconocimientos médicos.
- **Observación 4.13:** El Hospital no cuenta con los planillones Generados por la Dirección de Medicina del Trabajo para efectuar el control con las licencias solicitadas por los agentes.
- **Observación 4.14:** Falta de control de los días acumulados por licencia por largo tratamiento.
- **Observación 4.15:** Diferencias entre los porcentajes de descuento correspondientes a licencias por largo tratamiento informados a Liquidación de Haberes.
- **Observación 4.16:** Registro de licencias ordinarias en las fichas del personal, con tachaduras, correcciones o enmiendas.
- **Observación 4.17:** Inexistencia de un sistema de registro confiable con adecuados niveles de control y seguridad, para el registro de las licencias ordinarias gozadas y los días pendientes correspondientes a cada período.
- **Observación 4.18:** Falta de control en la oficina de personal en los procedimientos internos de registro de inasistencias.
- **Observación 4.19:** Los legajos del personal del hospital se encuentran a la fecha desactualizados.
- **Observación 4.20:** La Jefatura de Personal se encuentra vacante desde el año 1994, encontrándose a cargo del Jefe de Dpto. Tesorería.
- **Observación 4.21:** Falta de normativa habilitante, que establezca el alcance de la reducción horaria emergente del régimen de insalubridad o tareas riesgosas aplicable en el Hospital, definiendo las áreas y funciones comprendidas en dicho régimen.
- **Observación 4.22:** El régimen de compensaciones horarias establecido en el Hospital, carece de un adecuado control y seguimiento por parte de la oficina de personal, utilizándose en forma abusiva y discrecional, en función de los intereses de los agentes, y no de causas debidamente justificadas en necesidades operativas del Hospital.
- **Observación 4.23:** Delegación implícita de las facultades de control por parte de la oficina de personal en las distintas áreas, por aplicación de partes diarios, sin control alguno en cuanto a su

	<p>veracidad por parte de la oficina de personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación 4.24: El control de la asistencia del área profesional está a cargo de la Dirección y la Coordinación; sin intervención por parte de la oficina de personal, que limita su participación al retiro y entrega de las carpetas de firma; lo cual no es cumplido dentro límites horarios razonables. • Observación 4.25: La oficina de personal no efectúa controles de puntualidad, asistencia, ingreso, egreso y permanencia del personal que firma las planillas de asistencia. • Observación 4.26: La Oficina de Personal, no cumple adecuadamente con sus obligaciones de intervención, registración, seguimiento y control de la asistencia y permanencia del personal en el establecimiento. • Observación 4.27: Incumplimiento en los horarios de salida, por parte de la dotación profesional del Hospital. No es coincidente el horario consignado por los profesionales firmantes de la planilla suscripta en Dirección en día del procedimiento, con el horario formal de salida. • Observación 5.1: Falta de limpieza profunda en los pabellones, adecuada para la internación de pacientes; patios e instalaciones. • Observación 5.2: Insuficiencia de los procedimientos de desinsectación de los pabellones de internación y cocina. • Observación 5.3: Deterioro estructural de la planta edilicia por falta de mantenimiento adecuado. • Observación 5.4: La cantidad del personal afectado a mantenimiento y servicios generales es elevada en relación al estado edilicio del hospital. • Observación 5.5: Desafectación de pabellones, y salas de internación, por problemas edilicios por riesgo de caída de techos y cielorrasos. Losas en peligro de colapso. • Observación 5.6: Pabellón ocupado por la Unidad 27 del Servicio Penitenciario Federal, con convenio vencido.
<p>Nuevas Observaciones</p>	<p>OBS. A: Se detectó personal perteneciente a la empresa, que tiene tercerizado el servicio de limpieza, cumpliendo tareas distintas a las establecidas contractualmente en el Hospital Moyano.</p> <p>OBS B: Estadísticas de consultorios externos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se detectó la ausencia de firma y sello de los profesionales en las planillas de atención de pacientes. 2) Profesionales que no pertenecen a la planta del hospital realizan sus prácticas y las registran en las planillas de atención de pacientes sin su firma ni la de los supervisores. 3) Existe un criterio erróneo en el registro de pacientes atendidos ya que los profesionales duplican la consulta cuando realizan prácticas de control de medicación y algún tipo de psicoterapia. 4) La planilla que se completa con los datos de las prestaciones de

consultorios es imprecisa y no se pudo comprobar el respaldo documental de los datos que allí se vuelcan. En el caso del registro de las prácticas grupales se consignan erróneamente la cantidad de profesionales asistentes en lugar del número de prestaciones, lo que se traduce en que si concurren a una reunión tres profesionales queda registrado como tres prestaciones cuando en realidad ha sido sólo una coordinada por tres profesionales.

- 5) Del análisis de las planillas registradas por el Sector de Estadística no surge el número de pacientes que han sido atendidas en el mes, aunque sí el número de consultas.

OBS C: Contrato firmado entre el GCABA y CACEP.

- 1) Falta de previsión para la acreditación de las clínicas privadas a las cuales fueron derivadas las internadas del Hospital.
- 2) Falta de previsión para la categorización de las clínicas privadas a las cuales fueron derivadas las pacientes del Hospital.
- 3) El contrato no establece un protocolo de acreditación y categorización de las clínicas a las cuales se derivaron pacientes del Hospital.
- 4) No hay previsión para un seguimiento de las pacientes internadas en las clínicas privadas.
- 5) El contrato carece de una cláusula que especifique la modalidad prestacional y los valores de pago.
- 6) El convenio no se ajusta a los criterios adoptados por la ley 448 de la CABA.
- 7) No existen cláusulas punitivas para el caso de incumplimientos.
- 8) No existe referencia a normativa que establezca las características, periodicidad y procedimientos que deben ser llevados a cabo para la evaluación y seguimiento de las clínicas y las pacientes.
- 9) El Anexo I del Convenio no especifica la carga horaria en cada modalidad prestacional. (ej: horas de Psiquiatría, Terapia Ocupacional, entre otras). Esto no permite evaluar la eficacia de las mismas.
- 10) No existe una descripción específica de las prestaciones de acuerdo al tipo de paciente. Eso imposibilita la eficacia y eficiencia de las terapéuticas.

OBS. D: Auditoría a las clínicas privadas donde se derivaron pacientes del Hospital Moyano.

- 1) No brindan las prestaciones adecuadas al tipo de pacientes recibidas el 66% de las Clínicas auditadas.
- 2) No es uniforme la oferta prestacional entre las Clínicas nucleadas en C.A.C.E.P a pesar de que todas perciben igual cápita.
- 3) Fueron insuficientes, deficientes o inexistentes las actividades de Rehabilitación y Resocialización de las pacientes en un 66% de las clínicas auditadas.
- 4) Fueron discontinuos, escasos e inexactos, en su contenido, los informes realizados por Profesionales del Hospital Moyano hallados en las Historias Clínicas.

	<p>5) No cumple con el nivel prestacional mínimo la Clínica que al momento de la auditoría tenía la mayor cantidad de pacientes.</p>
<p>Nuevas recomendaciones</p>	<p>REC. A: Restituir a su lugar de trabajo original al personal de la empresa que presta el servicio de limpieza, que desarrolla tareas dentro de la estructura administrativa del hospital. Incorporar al personal faltante por medio de los mecanismos legales correspondientes.</p> <p>REC. B: Firmar y sellar la planilla de atención de pacientes por parte de los profesionales y supervisores. Registrar adecuadamente las atenciones según el criterio establecido por la normativa vigente.</p> <p>REC. C: Incluir en el contrato los protocolos de acreditación y categorización de las clínicas privadas, cumpliendo los criterios de la ley 448 de la CABA. Incluir cláusulas punitivas para el caso de incumplimiento.</p> <p>REC. D: Que las clínicas a las cuales son derivadas las pacientes brinden adecuadas actividades y prestaciones en consonancia con la normativa vigente en la CABA. Que el hospital Moyano cumpla con un monitoreo permanente de las pacientes derivadas a las instituciones nucleadas en CACEP y que registre ésta actividad en forma ordenada y detallada.</p>
<p>Conclusión</p>	<p>A. Responsabilidad del Ejecutivo: La falta de personal para cubrir áreas críticas es una falencia que se puede apreciar en todo el sistema. Es necesario incorporar recursos humanos administrativos, profesionales de la salud, personal de apoyo y de mantenimiento; a fin de mejorar la calidad prestacional. Se debe incluir en el presupuesto mayores partidas destinadas a proveer insumos para tareas de mantenimiento en la planta física del hospital. Regularizar la situación del personal que está ocupando cargos de mayor jerarquía sin percibir la remuneración acorde a la función.</p> <p>B. Responsabilidad de DG Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Reinserción social de pacientes internadas No se tiene conocimiento de una planificación (Casas de Medio Camino, Hospital de Día, reinserción en la comunidad, Talleres protegidos, camas para agudos en hospitales generales, entre otros) que compense la disminución de las camas al finalizar las obras de remodelación en el Hospital Moyano. ● Contrato entre CACEP y el GCBA Luego de auditar los establecimientos a los cuales fueron derivadas las pacientes del Hospital Moyano se desprende lo siguiente: Dado que la ley 448 de Salud Mental, en su Capítulo 2°, establece:

- 1) Que la autoridad de aplicación es el Nivel Jerárquico Superior del GCBA, en materia de Salud Mental;
- 2) Que dicha autoridad conduce, regula y controla el sistema de salud mental (Art. 5°),
- 3) Que es función de la misma la habilitación y control de los establecimientos y servicios de salud mental de los 3 subsectores (Seguridad Social, Privado y Estatal); fijando, además, que es responsable de la evaluación de la calidad de las prestaciones (Art 5 Inc. D).

Se concluye que la DG Salud Mental demuestra su inacción e incumplimiento de sus funciones encomendadas por la normativa, al delegar la responsabilidad del cuidado de las pacientes a un ente privado ajeno a su jurisdicción.

C. Responsabilidad del Hospital Moyano

Del seguimiento realizado se concluye que el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano ha mejorado algunos aspectos relacionados con la planta física, pero sin el debido mantenimiento los Pabellones refuncionalizados dejarán de ser aptos para la atención y albergue de las pacientes en el corto plazo. El área de Recursos Humanos, no ha mejorado. En algunos casos ha profundizado sus deficiencias en cuanto al control de asistencia y permanencia de los profesionales de planta en el Nosocomio.

Con respecto al personal de la empresa de limpieza, que desarrolla tareas dentro de la estructura administrativa del hospital, se recomienda la restitución a su lugar de trabajo original e incorporar al personal faltante por medio de los mecanismos legales correspondientes.

Con respecto al área de Estadísticas se debe adecuar la registración a la reglamentación vigente. Respecto a la limpieza y desinsectación de las instalaciones se han comprobado la ineficacia de los procedimientos, redundando en una disminución de la calidad de vida de las personas internadas.

De un total de 47 observaciones formuladas en la auditoría anterior, 6 fueron levantadas y 41 aún se mantienen (de las cuales en 9 casos hay un avance incipiente).

INFORME FINAL
PROYECTO 3.03.03

DESTINATARIO

Señora
 Presidenta
 Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires
 Lic. Gabriela Michetti
 S _____ / _____ D

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

I. OBJETO

El subprograma 22 Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, cuya ejecución presupuestaria para el ejercicio 2006 fue la siguiente:

Cuadro Nº 1

Prog	Sub progr	Nombre	Vigente	Definitivo	Devengado
23	22	SALUD MENTAL	38.945.242,00	38.925.735,29	38.817.805,29
26	22	SERV. AUXILIARES DEL SIST. DE ATENCION	5.677.420,00	5.677.419,61	5.462.724,90
27	22	SERV. GRALES Y ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL	4.108.270,00	4.102.412,08	4.100.289,08
Totales			48.730.932,00	48.705.566,98	48.380.819,27

Fuente: SIGAF 2006

II. OBJETIVO

Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3.03.03 referidos a recursos humanos y materiales en el período 2000 – 2001 en términos de eficacia y eficiencia.

III. ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por Ley N° 325 y las normas básicas de Auditoría aprobadas por Resolución N° 161/00 del Colegio de Auditores Generales de la Ciudad de Buenos Aires.

Para la realización de la tarea se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de auditoría:

1. General

- Analizar la forma de imputar el Inciso I.

2. Internación

- Análisis de una muestra de historias clínicas.

3. Consultorios externos:

- Análisis de la registración de las consultas y su correlación con el registro del Departamento de Estadísticas.

4. Recursos Humanos

- Verificación documental y ocular de los registros llevados por el Departamento de Personal del Hospital sobre aquellas observaciones en las que el organismo auditado manifiesta haber efectuado modificaciones.
- Evaluación del ambiente de control.

5. Planta física:

- Verificación documental, ocular y fotográfica (ver Anexo) del estado de conservación, mantenimiento, seguridad, higiene y desinsectación de las instalaciones del Hospital.
- Verificación documental, ocular y fotográfica, del estado edilicio actual de los pabellones con obras ejecutadas, en ejecución y paralizadas.

6. Dirección General de Salud Mental:

- Entrevista y solicitud de Informes.

7. Auditoría a clínicas nucleadas en la Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos (CACEP) donde se trasladaron pacientes del hospital Moyano.

Se realizaron los siguientes procedimientos:

- Presentación con los responsables de los establecimientos.
- Solicitud de documentación que se estimó pertinente.
- Evaluación de una muestra de Historias Clínicas.
- Recorrido por las instalaciones, haciendo mayor hincapié en aquellos sectores en donde estaban alojadas pacientes derivadas del Hospital Moyano.
- Verificación del personal a cargo de las pacientes.
- Inspección ocular del estado y actividad de las pacientes.
- Confección de una Grilla de Auditoría con los datos recabados (Anexo)
- Análisis del convenio firmado entre el GCABA y la CACEP.

Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 11 de mayo y el 31 de octubre de 2007.

IV. LIMITACIÓN AL ALCANCE:

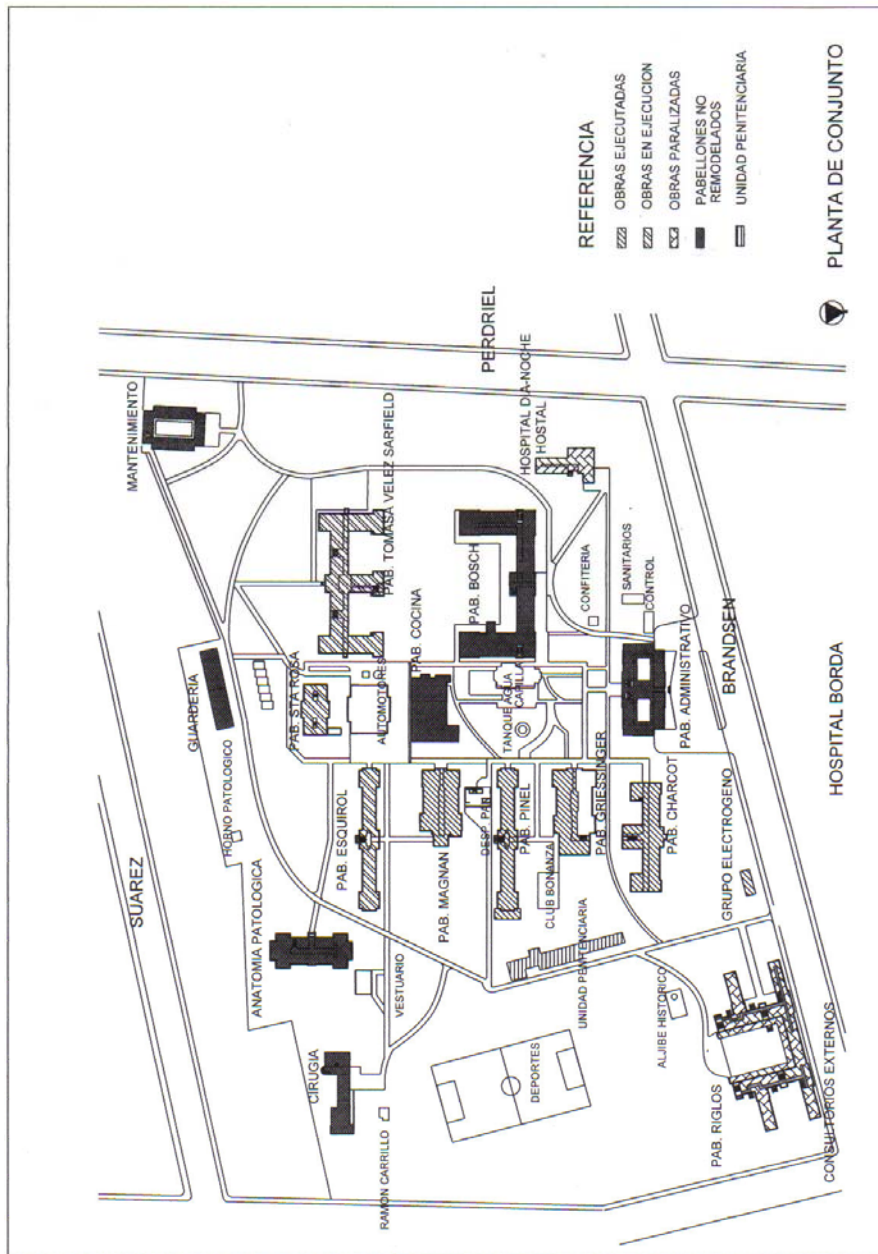
No se pudo obtener por parte de la Dirección General de Salud Mental la siguiente documentación:

- Acreditación de las clínicas: En ningún caso se pudo constatar la acreditación y la certificación previa de las Clínicas nucleadas en CACEP, donde se derivaron pacientes del Hospital Moyano.

V. ACLARACIONES PREVIAS

- Con fecha 13 de julio de 2007, el Subdirector Médico del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, envió a esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires la Nota N° 1454/HNBM/2007 conteniendo un informe, confeccionado por distintas áreas, con comentarios acerca de las modificaciones y medidas implementadas en el hospital a posteriori de nuestro anterior informe de gestión.
- A los efectos de evaluar las decisiones adoptadas y las acciones encaradas por la Dirección del Hospital, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de Auditoría Proyecto 3.03.03, se utilizaron criterios de calidad que incluyen:
 - **El nivel de avance es satisfactorio:** Las acciones encaradas y las decisiones adoptadas hasta el momento por la entidad responden en forma adecuada a las observaciones efectuadas.
 - **El nivel de avance es incipiente:** Se han adoptado algunas decisiones en línea con las observaciones efectuadas, aunque el proceso deberá ser continuado en el futuro.
 - **El nivel de avance no es satisfactorio:** La entidad no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.
- Se aclara que bajo el sub-título “**Comentario del organismo**” nos referimos a las respuestas de las distintas áreas del hospital, mencionado en el punto anterior.
- Bajo el sub-título “**Comentario de la Auditoría**” se da una opinión, basada en los procedimientos aplicados, sobre las observaciones del Informe de Gestión aprobado en su oportunidad.
- **Planta física:**
 La situación edilicia del nosocomio motivó que, desde el año 2005, un total de 200 pacientes fueran trasladadas a clínicas privadas hasta que las obras de remodelación permitan reingresarlas.
 En el cuadro siguiente se detalla la situación actual de las obras de remodelación finalizadas, en curso, paralizadas y nuevas.

Gráfico N° 1



Cuadro Nº 2

CHARCOT,	Pabellones remodelados al 100%:
SANTA MARIA	
MAGNAN,	
PINEL,	
ESQUIROL,	Pabellones en obra
SANTA ROSA	
T.VELEZ SANSFIELD (*)	
RIGLOS (**)	
HOSTAL (***)	
Bosch	Pabellones no remodelados
Cirugía	
Consultorios Externos	
Anatomía Patológica	
Administración	
Cocina.	Obra Nueva
Sala de máquina para grupos electrógenos	

(*)lavadero y reparación de fachada

(**) obra paralizada por problemas estructurales.

(***) (h /de noche) obra paralizada por problemas presupuestarios. (falta terminación de interiores).

• **Sector de Internación:**

▪ Ingresos

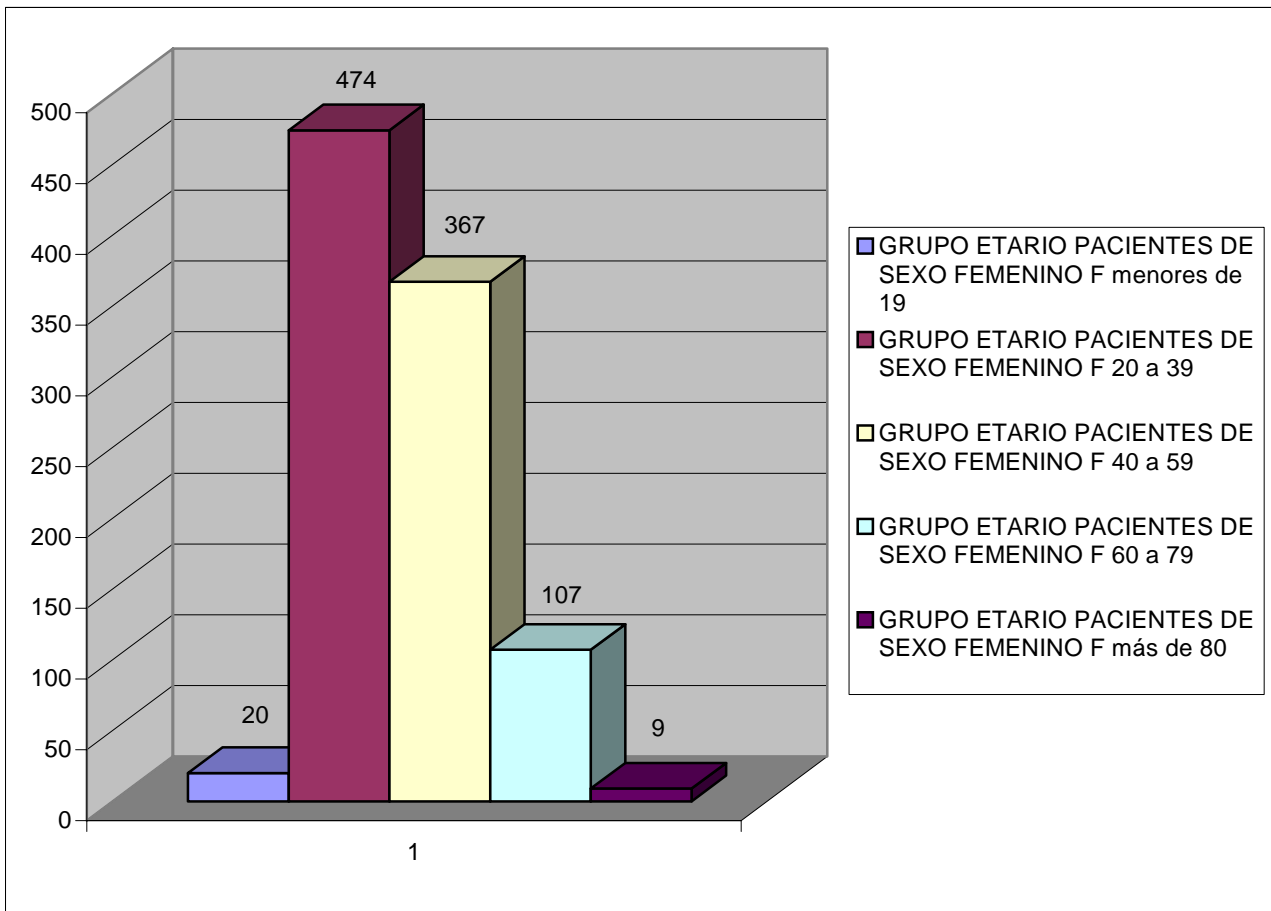
Durante el año 2006 se produjeron 977 internaciones, de las cuales el 60% fueron por reingresos. Estas cifras muestran deficiencias en la calidad prestacional, ya que denotan falta de actividades de reinserción social, tanto durante el tiempo de permanencia en el nosocomio, como en la comunidad una vez producido el egreso.

Cuadro Nº 3

INGRESOS	REINGRESOS	TOTAL	GRUPO ETARIO PACIENTES DE SEXO FEMENINO					TOTAL
			menores de 19 años	20 a 39	40 a 59	60 a 79	más de 80	
394	583	977	20	474	367	107	9	977
40,33%	59,67%	(100%)	2,05%	48,52%	37,56%	10,95%	0,92%	(100%)

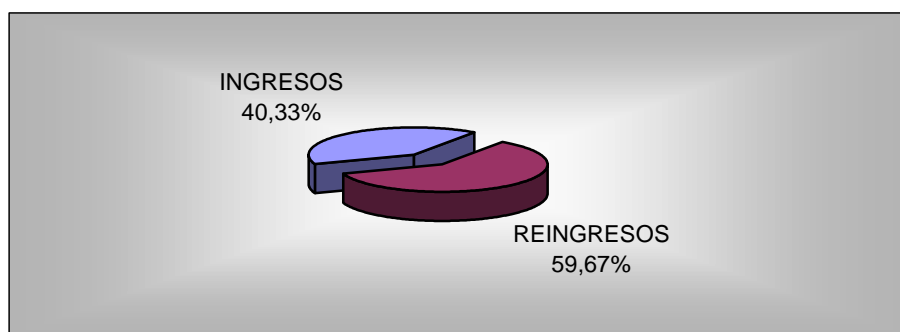
Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Moyano sobre el total de ingresos y reingresos (año 2006).

Gráfico Nº 2



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Moyano sobre el total de ingresos por franja etárea (año 2006).

Gráfico Nº 3



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Moyano sobre el total de ingresos y reingresos (año 2006).

▪ Egresos

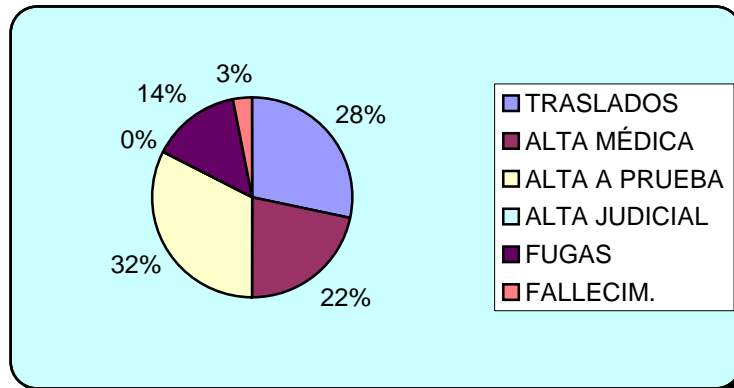
En el año 2006 egresaron 1.140 internadas, pero solamente el 22% fueron altas médicas, mientras que 36 internadas fallecieron sin que exista un registro estadístico de la causa de muerte de estas pacientes.

Cuadro Nº 4

TOTAL DE EGRESOS AÑO 2006						
TRASLADOS	ALTA MÉDICA	ALTA A PRUEBA	ALTA JUDICIAL	FUGAS	FALLECIM.	TOTAL
322	249	369	0	164	36	1.140
28,25%	21,84%	32,37%	0,00%	14,39%	3,16%	(100%)

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Moyano sobre el total de egresos (año 2006).

Gráfico Nº 4



Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital Moyano sobre el total de egresos (año 2006).

• **Recursos Humanos:**

- No existe ambiente de control, esto favorece que haya personal que no cumple con sus funciones y horario de trabajo.
- Se verificó que personas pertenecientes a la empresa, que presta el servicio tercerizado de limpieza, cumplen funciones de personal en la estructura Administrativa, de Mantenimiento y Servicios Generales del Hospital. Esta situación no está establecida contractualmente y puede generar implicancias legales y patrimoniales para el GCABA dado que, ante cualquier conflicto laboral, el personal afectado está habilitado para reclamar legal y económicamente a la empresa que lo contrató y solidariamente al Hospital Moyano según la Normativa Laboral.²
- El Depto. Mantenimiento, Producción y Servicios Generales está separado en distintas Divisiones y cuenta con una dotación total de 91 cargos, de los cuales 3 están vacantes.
Las Divisiones que desempeñan tareas relacionadas con el mantenimiento del nosocomio son las siguientes: Mantenimiento y Producción, Termoelectromecánica, Mecánica Automotor, Logística y Abastecimiento, y Sanitarios. Cuentan con una dotación total de 34 personas, de los cuales 5 son mayores de 70 años, y existen 2 cargos vacantes. El promedio de edad es de 54 años.

² Estos casos se encuadran en las Leyes Nacionales Nº 20.744, 24.013, 25.345, 25.323, Ley 120 de la Ciudad y demás normas concordantes.

La mayor concentración de personal, cumple funciones de lunes a viernes y se registra en la franja horaria de 8 a 13 hs; después de las 18:30 y hasta las 06 AM no hay personal que atienda emergencias. Los días Sábados, Domingos y feriados solamente se encuentran 2 personas para realizar las tareas de mantenimiento en el horario de 08 a 20 hs, y no se dispone de personal para realizar tareas de emergencia en la franja horaria de 20 a 8 AM.

- Dentro de la estructura de la División Servicios Generales se encuentra la Sección Camilleros. El hospital cuenta con un total de 54 cargos de camilleros, de los cuales solamente 7 realizan las tareas de su competencia, de Lunes a Viernes, y 2 los días Sábados, Domingos y Feriados. El resto cumple funciones en el plantel del hospital cubriendo puestos vacantes.

De lunes a viernes en la franja horaria de 18 a 06 hs no hay camilleros para realizar ésta actividad.

Los días Sábados, Domingos y feriados de 20 a 06 hs no hay camilleros.

- **Pacientes trasladadas a otras instituciones:**

- Debido a las graves falencias edilicias de algunos pabellones del nosocomio, la Justicia decidió que se debía trasladar a las pacientes que allí se albergaban, en forma inmediata. Esta medida fue ratificada por Decreto N° 165/2006.

Por este motivo se firmó un Convenio entre el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la CACEP.

Esta Cámara definió las Clínicas donde fueron trasladadas las pacientes entre un universo de 26 Establecimientos (Red Prestacional).

Actualmente permanecen trasladadas 125 pacientes.

- Al cierre de las tareas de campo se ha publicado el fallo del expediente N° 15558/0, que se tramita ante la justicia, en lo Contencioso y Administrativo, de la CABA, que obliga que en el transcurso de un año se deben ejecutar los actos necesarios tendientes a generar condiciones de seguridad y habitabilidad mínima para las pacientes internadas.

- **Análisis del Contrato entre la CACEP y el GCBA:**

Normativa

Según el Art.104 Inc.3º de la Constitución de la CABA se establecen las atribuciones y facultades del Jefe de Gobierno, entre las que menciona: "...Concluye y firma los tratados, convenios...en todos los casos con **aprobación de la Legislatura...**"

Conforme Decreto 2019/06 (publicado en BOCBA N° 2581, de fecha 06/12/06) en su Art.1º **se ratifica** el Convenio de Colaboración suscripto entre la CACEP y el Ministerio de Salud en representación del GCBA. En su Art.2º el presente convenio **delega** en el titular del Ministerio de Salud el **seguimiento y ejecución** del referido Convenio.

Asimismo, surge de la Resolución N° 1484/GCBA (BOCBA N° 1879, del 13/02/2004), que establece en sus considerandos "... el Decreto N°

1981/01 determina entre las responsabilidades primarias de la Dirección General de Regulación y Fiscalización la regulación, habilitación, categorización y fiscalización de los establecimientos dedicados a la atención de la salud y la evaluación de la calidad de atención en todos los subsectores en el ámbito de la CABA...”

Por otra parte, el Art.7 del Decreto mencionado precedentemente indica: “Transfiérese la Dirección General de Fiscalización y Regulación dependiente de la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico de la Secretaría de Salud a la dependencia directa de la Secretaría de Salud, modificándose su denominación por la de **Dirección General de Regulación y Fiscalización.**”

Prestacional

Los criterios de prestación no están basados en la aplicación de la Ley 448 (de Salud Mental) orientando la atención hacia la recuperación y la reinserción de las pacientes.

La falta de especificación de carga horaria y periodicidad de las prestaciones asistenciales imposibilita evaluar el cumplimiento del contrato por parte de los agentes del GCBA que efectúen la supervisión de las clínicas.

No existe un criterio dentro del contrato GCABA-CACEP que manifieste el objetivo de evitar la cronificación y promover la reinserción familiar y social.

El mismo no prevé priorizar las actividades de estimulación, de desarrollo y fortalecimiento de vínculos interpersonales.

Las auditorías previstas en el convenio no toman en cuenta una evaluación global e interdisciplinaria de las prestaciones ofrecidas por CACEP. Así mismo no se prevé la acción de los Organismos de Control previstos en la Constitución de la Ciudad.

▪ **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CLÍNICAS AUDITADAS**

Cuadro Nº 5

	CLINICAS					
	Saint Michele	Vivencias	Betharram	Banfield	Marañón	Castelar
Número total de pacientes	80	65	108	140	150	96
Número pacientes Moyano	12	9	17	7	7	7
Presencia de Responsable	no	si	no	si	si	si
Presencia Méd.de Guardia	si	si	si	si	si	no
Hs.semanales Psiquiatría	56	62	72	137	70	30
Hs.semanales Psicología	5	50	40	92	30	6
Hs.semanales Clínica	20	8	18	40	24	6
Hs.semanales Neurología	0	0	12	0	0	0
Hs.semanales Terapia Ocupacional	10	37	16	123	22	8
Hs.semanales Musicoterapia	4 1/2	4	16	35	9	6
Hs.semanales Prof.Ed.Fís	7	5	6	20	26	6
Hs.semanales Trabajo Soc.	5	16	15	9	18	0
Hs.semanales Nutrición	5	6	8	8	30	4
Número total de Enfermeros	22	15	8	31	34	14

	CLINICAS					
	Saint Michele	Vivencias	Betharram	Banfield	Marañón	Castelar
Número Enfermeros Profesionales	4	1	1	2		1
Número Mucamas	17	7	11	33	25	7
Número Personal de Cocina	6	5	5	9	4	7
Número Personal Mantenimiento	3	2	3	1	0	3
Número Personal Lavandería/Ropería	3	0	1	0	1	1
Actitud del Personal	buena	buena	mala	buena	buena	regular
Ambiente General/Documen:	regular	bueno	malo	bueno	bueno	regular
Cocina	regular	bueno	malo	buena	bueno	bueno
Despensa	regular	bueno	malo	buena	bueno	regular
Comedor	regular	bueno	malo	bueno	bueno	bueno
Baños	regular	bueno	malo	bueno	bueno	bueno
Hotelería	regular	bueno	malo	bueno	bueno	bueno
Ropa de cama	regular	bueno	malo	bueno	bueno	bueno
Seguridad	regular	bueno	regular	bueno	regular	bueno
Alimentación	buena	bueno	malo	bueno	bueno	bueno
Estado general de pacientes	regular	bueno	malo	bueno	bueno	bueno
Historia Clínica:	regular	buena	regular	bueno	regular	regular
Regularidad en tratamiento Psiquiátrico	bueno	bueno	regular	bueno	bueno	bueno
Regularidad en tratamiento Psicológico	bueno	bueno	regular	bueno	bueno	malo
Regularidad actividades /Plan de Resocialización	Mala	bueno	malo	bueno	regular	regular
Interconsultas	si	si	si	si	si	si
Altas	no	no	no	no	no	si
Traslados	no	si	si	si	si	si
Fugas	no	no	si	no	no	no
Óbitos	no	no	no	no	no	no
Documentación Presentada:	incompleta	completa	incompleta	completa	completa	incompleta

- ◊ La información referida al Recurso Humano Profesional de cada una de las Clínicas está fundamentada en los datos entregados a esta Auditoría por los Prestadores. En algunas de ellas no están claramente desagregadas las horas ofrecidas a Internación, ya que algunos profesionales también prestan servicio en Consultorios Externos y Hospital de Día.
- ◊ Los datos del presente cuadro son el resumen del anexo.

▪ **Refuncionalización de los pabellones deteriorados:**

El GCBA confeccionó un plan de obras para refuncionalizar los distintos pabellones del hospital.

Dichas modificaciones edilicias producirán una disminución en la disponibilidad de camas ya que algunos pabellones serán boxeados, para lograr un mayor confort y privacidad de las pacientes. El Pabellón Riglos será transformado en un sector de Consultorios Externos con acceso directo desde la vía pública. Actualmente se encuentran desactivadas 322 camas por obra en los Pabellones Esquirol, Santa Rosa y Riglos. Además se demolió el Pabellón Santa Isabel, con una capacidad de 81 camas.

▪ **Movimiento de Camas por Obra (años 2003 a 2007)**

Cuadro Nº 6

<i>Pabellones en obra (*)</i>	<i>Camas 2007/8</i>	<i>Camas 2003</i>	<i>Pérdida de camas</i>
Esquirol	116	60	56
Santa Rosa	60	83	-23
Riglos	20	179	-159
Total	196	322	-126

(*) Actualmente la obra se encuentra paralizada por problemas estructurales. El proyecto contempla que este pabellón se destine a Consulta Externa, según información brindada por el Ministerio de Salud de la CABA.

<i>Pabellones entregados</i>	<i>Camas 2003</i>	<i>Camas 2007/8</i>	<i>Pérdida de camas</i>
Magnan	48	46	-2
Pinel	117	112	-5
Griessinger/Sta. María	136	127	-9
Total	301	285	16

<i>Pabellones Demolidos</i>	<i>Camas 2003</i>	<i>Camas 2007/8</i>	<i>Pérdida de camas</i>
Santa Isabel (**)	81	0	-81

(**) Fuente: Departamento de Estadísticas

<i>Pabellón recuperado</i>	<i>Camas 2003</i>	<i>Camas 2007/8</i>	<i>Camas recuperadas</i>
Charcot	0	140	140

VI. SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES

El GCBA tiene la responsabilidad primaria sobre los siguientes temas, no pudiendo ser imputados al Hospital Moyano:

- Paralización de las obras debido a problemas presupuestarios.
- Falta de nombramiento de personal idóneo en tiempo y forma.
- Debilidades en el contenido del contrato entre el GCBA y CACEP, así como su fiscalización.
- Monitoreo y supervisión del seguimiento de las pacientes derivadas a clínicas privadas.

A) OBSERVACIÓN Nº 1: GENERAL

OBS. 1.1: La particular forma de imputación del inciso 1 no permite determinar el gasto en personal de cada efector.

Comentario del organismo: No resulta de la competencia de este Hospital implementar un sistema que permita determinar el gasto en personal por cada efector en particular. El mismo depende de la Dirección de Personal del Ministerio de Salud.

Comentario de la Auditoría: La forma de imputación del Inciso I con el SISER era efectuada por la DG Contaduría General del GCABA, a partir de la implementación del SIGAF se realiza en la Dirección General de Recursos Humanos a través de la Dirección de Liquidación de Haberes, permitiendo la correcta imputación.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

B) OBSERVACIÓN N° 2: INTERNACIÓN.

OBS. 2.1: Las Historias Clínicas auditadas no consignan los tratamientos psicoterapéuticos en un 35% en Psicoterapia Individual y en un 95% en Psicoterapia Grupal.

Recomendación: Adoptar medidas conducentes para registrar los tratamientos psicoterapéuticos.

Comentario del Organismo: Debe aclararse que no es obligatorio que todos los pacientes reciban tratamiento psicoterapéutico grupal o individual, pues no siempre su enfermedad requiere tratamientos de esa naturaleza. No obstante ello, se solicita constantemente la designación de psicólogos para que la oferta terapéutica se halle presente. Asimismo, por Disposición N° 365/06/HNBM (12.12.06), adjunta, se determinó la frecuencia de registro en la Historia Clínica de los tratamientos instituidos para las pacientes.

Comentario de la Auditoría: Los registros de Tratamientos Psicoterapéuticos continúan siendo deficientes a pesar de las indicaciones del Comité de Historias Clínicas.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 2.2: El 47% de las pacientes con egreso transitorio, fueron reinternadas.

Recomendación: Definir terapéuticas de rehabilitación que tiendan a la reinserción familiar, social y laboral de las pacientes.

Comentario del Organismo: En cumplimiento del espíritu establecido por la Ley N° 448/00, este Hospital tiene como uno de sus objetivos principales, la rehabilitación y reinserción socio familiar y laboral, como una etapa a cumplimentar dentro del modelo terapéutico. Las terapéuticas de rehabilitación se favorecen con la incorporación de profesionales en los Departamento de Rehabilitación y Servicio Social. Asimismo cabe señalar que se mantiene un vínculo de colaboración con los Talleres Protegidos y la Escuela Técnica que funciona en instalaciones del Hospital.

Comentario de la Auditoría: El número de pacientes reinternadas aumentó a 60 % durante el año 2006. No se define un Plan Estratégico que incorpore actividades de reinserción socio-laboral y familiar, dentro del hospital ni en el ámbito de la comunidad de pertenencia.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación

OBS. 2.3: Sólo se registran dos egresos definitivos. Ambos por óbito.

Comentario de la Auditoría: De los 1.140 egresos del año 2006 hubo 249 altas médicas y 36 óbitos. El hospital debería definir la cantidad de altas retenidas por motivos de índole social.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 2.4: No se consigna la participación de las pacientes en talleres de rehabilitación en el 97% de los casos.

Recomendación: Definir terapéuticas de rehabilitación que tiendan a la reinserción familiar, social y laboral de las pacientes.

Comentario del Organismo: En cumplimiento del espíritu establecido por la Ley N° 448/00, este Hospital tiene como uno de sus objetivos principales,

la rehabilitación y reinserción socio familiar y laboral, como una etapa a cumplimentar dentro del modelo terapéutico. Las terapéuticas de rehabilitación se favorecen con la incorporación de profesionales en los Departamento de Rehabilitación y Servicio Social. Asimismo cabe señalar que se mantiene un vínculo de colaboración con los Talleres Protegidos y la Escuela Técnica que funciona en instalaciones del Hospital.

Comentario de la Auditoría: La participación de las pacientes internadas en Talleres de Rehabilitación continúa siendo deficiente. No consta dicha actividad en las historias clínicas auditadas.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 2.5: Existen distintas nomenclaturas para una misma patología. No existe una directiva que unifique los criterios de los jefes de servicio.

Recomendación: Establecer un esquema referencial común de diagnóstico en la confección de las Historias Clínicas.

Comentario del Organismo: Por Memorando N° 103-07-HNBM (02.05.07), se reiteró la vigencia del similar N° 3438 que determinaba que la codificación de los diagnósticos se efectuaría tomando como referencia la CIE 10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades).

Comentario de la Auditoría: En el 77% de las Historias Clínicas auditadas no consta la codificación del diagnóstico por CIE 10.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 2.6: Se consignan egresos transitorios en un 58% de los casos.

Recomendaciones: Definir terapéuticas de rehabilitación que tiendan a la reinserción familiar, social y laboral de las pacientes.

Comentario del Organismo: En cumplimiento del espíritu establecido por la Ley N° 448/00, este Hospital tiene como uno de sus objetivos principales, la rehabilitación y reinserción socio familiar y laboral, como una etapa a cumplimentar dentro del modelo terapéutico. Las terapéuticas de rehabilitación se favorecen con la incorporación de profesionales en los Departamento de Rehabilitación y Servicio Social. Asimismo cabe señalar que se mantiene un vínculo de colaboración con los Talleres Protegidos y la Escuela Técnica que funciona en instalaciones del Hospital.

Comentario de la Auditoría: Del total de los egresos producidos durante el año 2006, el 32% fueron altas a prueba (egresos transitorios).

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 2.7: El número de pacientes registrados es superior al número de camas disponibles.

Comentario de la Auditoría: A la fecha de finalización de las tareas de campo el hospital contaba con 1036 camas y 957 pacientes. La diferencia de camas está destinada a pacientes con patologías agudas.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación

OBS. 2.8: El número de agentes que cumple funciones de enfermería, no respeta los indicadores, por lo tanto, no hay certeza del correcto suministro de las prescripciones.

Recomendación: Solicitar la designación de personal de mucamas, y de enfermería capacitadas para la función.

Comentario del Organismo: La prestación de mucamas es brindada por un servicio externo, que desarrolla sus tareas de acuerdo a lo establecido contractualmente por el G.C.B.A., en un horario determinado: Lunes a Viernes de 07.00 a 18.00 hs. y sábados, domingos y feriados de 07.00 a 14.00 hs. Con respecto al plantel de enfermería, en la actualidad revistan 388 enfermeras, que desarrollan su actividad en cuatro turnos de 6 horas cada uno, debiendo contemplarse las situaciones que muy bien se relatan a fs.7 y 8.

Es una inquietud permanente de esta gestión, la incorporación cuali (supervisoras, titulares y auxiliares) y cuantitativa de enfermeras, de acuerdo a lo establecido por los baremos que versan en la materia.

Comentario de la Auditoría: No se ha modificado la situación.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

C) OBSERVACIÓN N° 3: CONSULTORIOS EXTERNOS.

OBS. 3.1: No existe una planilla de registro de pacientes por cada uno de los profesionales en Consultorios Externos de agudos.

Recomendación: Confeccionar una planilla de registro de pacientes por cada uno de los profesionales en Consultorios Externos de Agudos.

Comentario del Organismo: El registro de pacientes que se atienden por Consultorios Externos se ajusta a un programa instalado por el sector de informática del GCABA.

Comentario de la Auditoría: A partir de la informatización del servicio existe una planilla de registro de pacientes por cada uno de los profesionales en Consultorios Externos de agudos.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

OBS. 3.2: No existe una planilla para el registro diario de las pacientes atendidas en pabellón de pacientes crónicas ambulatorias.

Recomendación: Implementar el uso de una planilla para el registro diario de las pacientes atendidas en los pabellones de crónicas ambulatorias.

Comentario del Organismo: Se halla implementada una planilla para el registro diario de las pacientes atendidas en los pabellones de crónicas ambulatorias. Por una situación de economía de insumos, se vuelca el movimiento en una planilla de presentación mensual, con discriminación de las atenciones / día con aclaración del profesional responsable de cada caso.

Comentario de la Auditoría: Actualmente se confecciona una planilla para el registro diario de las pacientes atendidas en los pabellones de crónicas ambulatorias. La producción de los servicios es elevada a la División Estadística para su procesamiento.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

OBS. 3.3: Existen diferencias entre los datos registrados en la planilla única de Consultorios Externos de Agudos y la planilla resumen mensual de la División Estadística.

Recomendación: Registrar correctamente las consultas, tanto por los profesionales de CC.EE de Agudos como por la División Estadística.

Comentario del Organismo: Con respecto a esta observación, cabe aclarar que debe interpretarse que las consultas no siempre resultan coincidentes en su número con el de la cantidad de personas que participan, porque, por citar, en los casos de terapias grupales, se consigna una profesional, de la que participan un número mayor de asistentes, lo que crea la diferencia numérica.

Comentario de la Auditoría: Existen diferencias entre las planillas completadas por los profesionales y el procesamiento efectuado por el personal de Estadísticas. Ello se produce debido al subregistro de los profesionales. Ello imposibilita el procesamiento correcto de los datos. Por otra parte se ha mejorado el control efectuado entre el sector Estadísticas de Consultorios Externos y la Jefatura de Estadísticas.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 3.4: Es inadecuada la unificación del registro del Movimiento Hospitalario de las consultas de pacientes agudas y crónicas.

Recomendación: Separar las consultas de pacientes agudas y crónicas en el registro del Movimiento Hospitalario.

Comentario del Organismo: En la actualidad, la información que se brinda se discrimina por pacientes atendidas en servicios de tratamientos agudos y largo tratamiento. Corresponde señalar que se anotan a las pacientes que se atienden en dichos servicios, situación que no siempre se corresponde con el motivo de la consulta.

Comentario de la Auditoría: Actualmente se registran en forma separada ambos registros.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

OBS. 3.5: No existe personal administrativo en los pabellones de pacientes crónicas.

Recomendación: Incorporar personal administrativo capacitado en los Pabellones de pacientes crónicas.

Opinión del Organismo: Constantemente se solicitan recursos humanos para el sector administrativo, no dependiendo de este Hospital su designación.

Comentario de la Auditoría: Esta situación no se ha modificado hasta la fecha.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la Observación.

D) OBSERVACIÓN Nº 4: RECURSOS HUMANOS.

OBS: 4.1: La dotación de profesionales del equipo de salud, muestra falencias al compararse los indicadores nacionales, con los indicadores de la Organización Panamericana de la Salud. (OPS)

Recomendación: Normalizar la planta de personal, profesional y no profesional, para responder a las necesidades operativas del hospital y de las pacientes, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por indicadores de Nación y la O.P.S.

Comentario del Organismo: Administrativamente se trató por todos los medios posibles de dar a conocer la falta de personal profesional y no profesional, como así también el financiamiento de los cargos sin presupuesto, en forma escrita (Nota N° 1104/06, 1140/06, 1175/06, 1726/06, 2221/06, 1644/06, 1898/06, 2201/06, 2223/06, 2357/06, 1048/07, 890/07, etc.), también telefónica y personalmente, en forma permanente se efectúa el seguimiento por el SUME (Sistema Único de Mesa de Entrada) de los pedidos de designaciones, haciendo notas de reclamo de los expedientes que se encuentran remitidos, de los pedidos de autorización pendientes, y notas de pronto despacho, además de brindarle a las Asociaciones Gremiales todas la información que es requerida al respecto y elevarles en forma mensual los listados de pedidos de designación pendientes para que tengan conocimiento del tema. Habiendo logrado internamente un sistema de trabajo sincronizado y más ágil en el sector designaciones y selecciones internas pendientes de este Departamento. (Se agrega listado de autorizaciones y designaciones pendientes)

Comentario de la Auditoría: La designación de puestos no depende del efector sino del nivel central.

El nivel de avance es incipiente: Se mantiene la observación.

OBS. 4.2: La falta de horas asignadas a psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y musicoterapeutas, denota la debilidad de una política orientada a posibilitar los egresos dentro de los parámetros esperados.

Recomendación: Normalizar la planta de personal, profesional y no profesional, para responder a las necesidades operativas del hospital y de las pacientes, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por indicadores de Nación y la O.P.S.

Comentario del organismo: Persiste la falencia en la falta de horas asignadas a pesar de haberlo solicitado (ver 4.1), aunque a partir de 2006 se ha incrementado la cantidad de Enfermeras (de 346 a jul/06 a 388 en may/07); de Asistentes Sociales (de 16 ago/05 a 22 en may/07. También 7 cargos interinos y 7 cargos suplentes de Asist. Sociales de Guardia); De Terapeutas Ocupacionales y Musicoterapeutas (de 10 a ago/05 a 28 en may/07). Desde el 2005 no hubo modificaciones en la planta de Psicólogos que sigue siendo de 24 agentes, pero si fueron asignados 7 cargos interinos y 7 cargos de Psicólogo suplente de Guardia, los cuales se encuentran aún sin designación.

El personal sigue siendo insuficiente para las tareas. En las especialidades profesionales mencionadas no llega a haber ni un profesional por pabellón, lo que implica que tenga que dividir su horario en dos o 3 servicios.

Comentario de la Auditoría: La designación de puestos no depende del efector sino del nivel central.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 4.3: Utilización del sistema de módulos para cubrir el faltante de personal de enfermería, fuera de situaciones de emergencia.

Recomendación: Evitar la utilización indiscriminada del sistema de francos compensatorios en función de necesidades específicas del Hospital.

Comentario del organismo: Aunque la real función es la de cubrir las situaciones de emergencia ante la falta de personal de enfermería deben utilizarse a ese fin, para mantener los servicios cubiertos.

Comentario de la Auditoría: La situación persiste actualmente.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.4: La carga horaria en el área de enfermería incrementa el ausentismo.

Comentario del organismo: La afirmación hecha es cierta.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.5: Faltante de partes respaldatorios de las licencias médicas otorgadas.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Se está tratando en los últimos meses de normalizar esa falencia, habilitando un archivo de partes médicos justificados, además de solicitarlos por escrito. Inclusive se recaba información telefónica y personalmente en la Dirección de Reconocimientos Médicos (planillón a DMT, que en pocas oportunidades se remite).

Comentario de la Auditoría: Del procedimiento efectuado se detectó un caso en que el agente estaba registrado en el Cuaderno de Partes Médicos, con fecha 10/08/2007 y al momento del procedimiento no se había confeccionado el formulario de Parte Médico ni justificado el ausente. Tampoco se registró el ausente o la licencia en la Ficha de "Registro Personal" de Enfermería.

También se detectó un caso en que el Parte Médico había sido entregado pero no fue tachado el registro en el Cuaderno de Partes Médicos.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.6: No se respeta correlación numérica de los formularios de memorando médico de enfermedad.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Se trata de respetar la correlación numérica de los formularios, anulándose o salvando por nota bajo firma del responsable del Sector Asistencial, los errores involuntarios. A la fecha no hay partes numerados manualmente, ya que vienen con su numeración impresa. Se lleva un libro paralelo con los pedidos y sus respectivos números de parte.

Comentario de la Auditoría: Del procedimiento surge que en la actualidad los formularios de Memorando Médico son entregados al hospital por la

Dirección Médica del Trabajo con la numeración preimpresa y en forma correlativa.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación.

OBS. 4.7: Partes numerados manualmente o corregidos en su número y fecha.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Se trata de respetar la correlación numérica de los formularios, anulándose o salvando por nota bajo firma de responsable del Sector Asistencial, los errores involuntarios. A la fecha no hay partes numerados manualmente, ya que vienen con su numeración impresa. Se lleva un libro paralelo con los pedidos y sus respectivos números de parte.

Comentario de la Auditoría: Del procedimiento se desprende que en la actualidad los formularios de Memorando Médico son entregados al hospital por la Dirección Médica del Trabajo con la numeración preimpresa y en forma correlativa, pese a ello aun se continúa corrigiendo a mano los errores.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 4.8: Errores y omisiones en el registro de las licencias a las fichas de personal: licencias no registradas en las fichas.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Aun persisten esos errores u omisiones en las fichas anuales del personal, esperando puedan subsanarse en las confecciones de las fichas próximas (años 2008/2009), siendo lo ideal comenzar con ese trabajo a mas tardar en agosto - septiembre de éste año, teniendo también que completar y actualizar los datos faltantes en las mismas.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.9: La cantidad de días otorgados no se corresponde con los registrados en la ficha.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Aun persisten esos errores u omisiones en las fichas anuales del personal, esperando puedan subsanarse en las confecciones de las fichas próximas (años 2008/2009), siendo lo ideal comenzar con ese trabajo a mas tardar en agosto - septiembre de éste año, teniendo también que completar y actualizar los datos faltantes en las mismas.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.10: No se registran en la ficha del agente, ni en el legajo, las ausencias injustificadas, ignorándose en consecuencia cuantas inasistencias injustificadas tuvo el agente.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Se ha comenzado a colocar en los legajos respectivos, copia del formulario que eleva la División Liquidación de Haberes de este Departamento, a la DGRH (Dirección Liquidación de Haberes), con los días a descuento de las ausencias injustificadas, el exceso de licencia médica usufructuada, etc

Comentario de la Auditoría: Se detectó un caso en que el agente estaba registrado en el Cuaderno de Partes Médico, con fecha 10/08/2007 y al momento de realizar el procedimiento no se había confeccionado el formulario de Parte Médico ni justificado el ausente. Tampoco se registró este suceso o las licencias en la Ficha de "Registro Personal" de Enfermería desde el mes de Julio.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.11: Ausencias del personal no justificadas, por reconocimientos médicos, registradas en las fichas como francos compensatorios.

Recomendación: Evitar la utilización indiscriminada del sistema de francos compensatorios en función de necesidades específicas del Hospital.

Comentario del organismo: No se consideran francos compensatorios por ausencias por enfermedad no justificadas, salvo que eventualmente y en forma excepcional se hubiere cometido un error y se solicite por nota la anulación del parte médico respectivo.

Comentario de la Auditoría: Del procedimiento surge un caso, en el Cuaderno de Partes Médico, en que el agente solicitó una licencia por enfermedad pero no se confeccionó el Parte Médico por que el ausente se compensó con un día franco.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.12: Falta de un Registro correlativo, por fecha, correspondiente a los partes médicos prenumerados, que contenga los datos del agente y los días de inasistencia a efectos de su control con los planillones de reconocimientos médicos.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Se está tratando de optimizar el sistema de archivo.

Comentario de la Auditoría: Los Partes Médicos no son confeccionados hasta que el agente informe todos los datos. Pueden pasar varios días entre el pedido de licencia y la confección del mismo. Por ello es que no se puede mantener una correlación numérica y cronológica entre la fecha del pedido de licencia y el número de parte médico.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.13: El Hospital no cuenta con los planillones generados por la Dirección de Medicina del Trabajo para efectuar el control con las licencias solicitadas por los agentes.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Los planillones generados por la Dirección Medicina del Trabajo no son enviados al Hospital. Antiguamente se remitían mensualmente, por lo que se realiza lo expuesto en el punto 4.5. que sería enviar a una persona a buscarlos a la mencionada Dirección.

Comentario de la Auditoría: A la fecha la Dirección Medicina del Trabajo continúa sin enviar los planillones para efectuar el control con las licencias solicitadas por los agentes.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.14: Falta de control de los días acumulados por licencia por largo tratamiento.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Se envió Providencia a los responsables de la División Asistencia, para que confeccionen un listado con los agentes que tuvieron o tienen licencia por enfermedad de largo tratamiento, con la respectiva fecha de alta (de corresponder) y la cantidad de días usufructuados por cada uno. Una vez confeccionado en su totalidad, se irá volcando progresivamente a las fichas anuales de los agentes.

Comentario de la Auditoría: Se están confeccionando listados con los agentes que tuvieron o tienen licencia por enfermedad de largo tratamiento, con la respectiva fecha de alta (de corresponder) y la cantidad de días usufructuados por cada uno. También se confeccionan las planillas llamadas "Comunicación de Personal que no corresponde percibir los haberes mensuales" en donde se informan a la Dirección General de Recursos Humanos las novedades para los descuentos en la liquidación de haberes de los agentes del Hospital.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 4.15: Diferencias entre los porcentajes de descuento correspondientes a licencias por largo tratamiento informados a Liquidación de Haberes.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Con lo expuesto en el punto anterior y una vez recabada dicha información esa diferencia no debería existir. Se adjunta copia (2 fs.) en la cual la Jefa de la DLH de la DGRH recibirá en forma paralela el informe de la DMT (Dir. Medicina del Trabajo).

Comentario de la Auditoría: Se detectó que a la fecha se están confeccionando listados con los agentes que tuvieron o tienen licencia por enfermedad de largo tratamiento, con la respectiva fecha de alta (de

corresponder) y la cantidad de días usufructuados por cada uno. También se confeccionan las planillas llamadas “Comunicación de Personal que no corresponde percibir los haberes mensuales” en donde se informan a la Dirección General de Recursos Humanos las novedades para los descuentos en la liquidación de haberes de los agentes del Hospital.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 4.16: Registro de licencias ordinarias en las fichas del personal, con tachaduras, correcciones o enmiendas.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Aun persiste tendiendo a que pueda solucionarse con lo expuesto en los puntos 4.8 y 4.9.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.17: Inexistencia de un sistema de registro confiable con adecuados niveles de control y seguridad, para el registro de las licencias ordinarias gozadas y los días pendientes correspondientes a cada período.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Idem anterior. Aunque a la fecha se logró estar al día (mes vencido) con la información que debe elevarse mensualmente a la DGDRHS con las licencias usufructuadas por los agentes, aunque a futuro lo ideal sería tener esa clase de datos informatizados, ya que al llevar un doble control de existir errores serían mínimos y fácilmente detectables.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.18: Falta de control en la Oficina de Personal en los procedimientos internos de registro de inasistencias.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Persiste la falta de control debido a la carencia de personal que se dedique exclusivamente a esa tarea.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.19: Los legajos del personal del hospital se encuentran a la fecha desactualizados.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: La División Legajos en una primera etapa ha limpiado y acondicionado el sótano a los fines de poder empezar a poner en orden los legajos de baja, ya que los mismos son de imprescindible necesidad para confeccionar los formularios de certificaciones de servicios para jubilación y reconocimiento de antigüedad. En una segunda etapa y al

haberse incorporado un agente más a ese sector se procederá a la actualización en forma manual de los legajos personales de los agentes en actividad, siendo lo ideal también tener los datos informatizados.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.20: La Jefatura de Personal se encuentra vacante desde el año 1994, encontrándose a cargo del Jefe del Departamento Tesorería.

Recomendación: Debe designarse un jefe de departamento Personal en forma definitiva, con perfil adecuado; a efectos de ejecutar las funciones establecidas por la normativa vigente.

Comentario del organismo: El cargo continúa oficialmente vacante a la fecha. Habiendo estado anteriormente a cargo de 3 agentes de distintos sectores desde el año 2003 hasta la actualidad.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.21: Falta de normativa habilitante, que establezca el alcance de la reducción horaria emergente del régimen de insalubridad o tareas riesgosas aplicable en el Hospital, definiendo las áreas y funciones comprendidas en dicho régimen.

Recomendación: El Hospital debe solicitar a las autoridades de la Secretaría de Salud la inclusión del establecimiento en la normativa referida a tareas insalubres o riesgosas que habiliten la utilización legal del régimen de reducción horaria.

Comentario del organismo: Se solicitó a la D.G.D.R.H.S. las directivas a seguir con respecto a la reducción horaria por tareas riesgosas, penosas o determinantes de vejez prematura.

Comentario de la Auditoría: Se verificó el reiterado envío de notas al poder central sin respuesta favorable.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.22: El régimen de compensaciones horarias establecido en el Hospital, carece de un adecuado control y seguimiento por parte de la oficina de personal, utilizándose en forma abusiva y discrecional, en función de los intereses de los agentes, y no de causas debidamente justificadas en necesidades operativas del Hospital.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: En la actualidad este Dpto. tiene un cuaderno interno con las horas realizadas por los agentes del área firmadas por el jefe de la división respectiva, las cuales se van descontando a medida que son tomadas. Para el resto de los servicios de hospital no se cuenta con ningún control salvo el Dpto. de Enfermería. Tratando de hacer, a la brevedad posible, una reglamentación interna.

El nivel de avance no es satisfactorio: Se mantiene la observación.

OBS. 4.23: Delegación implícita de las facultades de control por parte de la oficina de personal en las distintas áreas, por aplicación de partes diarios, sin control alguno en cuanto a su veracidad por parte de la oficina de personal.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Se está proyectando implementar nuevamente el sistema de partes diarios para todos los sectores del hospital, no para delegar las facultades de control, sino para tener un doble control.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.24: El control de la asistencia del área profesional está a cargo de la Dirección y la Coordinación; sin intervención por parte de la oficina de personal, que limita su participación al retiro y entrega de las carpetas de firma; lo cual no es cumplido dentro límites horarios razonables.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: El control de la asistencia del área profesional continua estando a cargo de la Dirección del Hospital, interviniendo la Oficina de Personal en pasar a las planillas las licencias y a brindar los datos que nos fueron solicitados, por el momento no es posible revertir esta situación por parte de éste Dpto. hasta tanto no pueda implementarse un fichero de 24 hs.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.25: La oficina de personal no efectúa controles de puntualidad, asistencia, ingreso, egreso y permanencia del personal que firma las planillas de asistencia.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Los controles se efectúan con muchísimas falencias debido a la falta de personal en este Departamento.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.26: La Oficina de Personal, no cumple adecuadamente con sus obligaciones de intervención, registración, seguimiento y control de la asistencia y permanencia del personal en el establecimiento.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: No obstante la falta de personal para realizar las tareas de control de presentismo, y en cuanto a la permanencia de los agentes en el nosocomio, creemos que lo adecuado sería que los jefes inmediatos de cada sector lo hicieran o informaran, a éste Dpto. según el caso. El Hospital es muy extenso como para que el personal de este sector

pueda controlar la permanencia de cada uno de los agentes en su lugar de trabajo.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 4.27: Incumplimiento en los horarios de salida, por parte de la dotación profesional del Hospital. No es coincidente el horario consignado por los profesionales firmantes de la planilla suscripta en Dirección en día del procedimiento, con el horario formal de salida.

Recomendación: Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.

Comentario del organismo: Hace unos meses se implementó en Dirección un sistema de retiro de carpetas de firmas en los horarios de entrada y salida, entregando éste Dpto. copia de los listados solicitados y enviados por cada uno de los Jefes con el horario que cumplen los profesionales a su cargo.

Asimismo, a través de la información solicitada a todos los Jefes por memorando se está terminando de confeccionar en mi área, la planilla general, con todos los agentes de planta permanente, del Establecimiento con sus respectivos horarios y lugar de trabajo de cada uno de ellos.

Comentario de la Auditoría: En el procedimiento se concurrió a la Dirección del Hospital el día martes 21/08/2007 a las 14 hs. y se solicitó la carpeta que contiene las planillas individuales de ingreso y egreso del personal profesional que realiza tareas en la franja horaria de 8 a 16hs.

Se comprobó la existencia de planillas que, a las 14 horas, tenían registrado, en el día de la fecha, el egreso de agentes a las 16hs. Demostrando que esas personas marcaron la salida del nosocomio al menos dos horas antes de lo debido, incumpliendo con su horario laboral.

A tal fin se procedió a labrar un acta, in situ, la cual fue refrendada por el Director del Hospital, se envió una de las planillas por fax a la AGCBA (DGDSyS) para darle hora y fecha cierta. También se fotoduplicaron las planillas antes mencionadas.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

E) OBSERVACIÓN Nº 5: PLANTA FÍSICA.

OBS. 5.1: Falta de limpieza profunda en los pabellones, adecuada para la internación de pacientes; patios e instalaciones.

Recomendación: Adecuar los procedimientos de limpieza a las necesidades reales del hospital.

Comentario del organismo: Las normas de trabajo que rigen con respecto a los procedimientos de limpieza, son establecidas contractualmente con la Empresa concesionaria desde el Ministerio de Salud. Una reciente inspección realizada por la Sindicatura General de la Ciudad, comunicó que no existían observaciones con respecto a la limpieza de Hospital.

Comentario de la Auditoría: De acuerdo a la inspección ocular realizada in situ con el personal de Mantenimiento del Hospital, se observó la falta de limpieza profunda en:

- a) Áreas internas de los pabellones Bosch, T.V. Sarsfield, Cirugía, Consultorios Externos, Anatomía Patológica, Administración y Cocina.-
- b) Áreas externas del Hospital, jardines, parques, playas de estacionamientos, circulaciones peatonales y vehiculares (gran cantidad de residuos comunes, mobiliarios en desuso, escombros, materia fecal, y agua estancada). La limpieza del hospital la realiza una empresa, contratada por el Ministerio de Salud del GCABA, y supervisada por el personal de mantenimiento (Servicios Generales).

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 5.2: Insuficiencia de los procedimientos de desinsectación de los pabellones de internación y cocina.

Recomendación: Implementar un plan de desinsectación periódico de las instalaciones que cumpla con los niveles de eficacia necesarios.

Comentario del organismo: Se cumplimenta a la fecha, la desinsectación periódica de las instalaciones.

Comentario de la Auditoría: De acuerdo a la entrevista realizada con el Jefe de Mantenimiento y la Directora Administrativa, nos informan que las tareas de desinsectación en los distintos pabellones la realiza la empresa concesionaria de limpieza al ser solicitada por los distintos servicios del hospital. La desinsectación no es periódica.

El producto utilizado como insecticida es el Proteginal. La supervisión es realizada por personal de Servicios Generales (dependiente de Mantenimiento).

Durante las tareas de campo el personal de hospital manifestó la presencia de insectos voladores (moscas, mosquitos, polillas) y rastreros (cucarachas, chinches, pulgas y piojos).

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 5.3: Deterioro estructural de la planta edilicia por falta de mantenimiento adecuado.

Recomendación:

- i. Hacer cumplir los planes de obra solicitados por el Departamento de Mantenimiento del Hospital.
- ii. Preservar las estructuras edilicias del hospital, a efectos de conservar el patrimonio arquitectónico de la Ciudad.
- iii. Incrementar los niveles de eficiencia y productividad de los recursos humanos de la planta de personal designada para el mantenimiento del hospital.
- iv. Planificar adecuadamente las necesidades de aprovisionamiento de insumos indispensables para el cumplimiento de las labores del Dpto. de Mantenimiento.
- v. Asignar los recursos presupuestarios necesarios para ejecutar el plan de obras requerido por el hospital.

Comentario del organismo:

- i. Los planes de obra elementales son cumplimentados por el Departamento de Mantenimiento.
- ii. La refacción y remodelación de los distintos pabellones, cuya coordinación y supervisión se halla a cargo de la Dirección General de Recursos Físicos, a

la fecha ha alcanzado a los Pabellones Charcot, Santa María-Griessinger, Magnan, y Pinel A y B; se han remozado los aspectos estructurales de estos respetando en lo posible el patrimonio arquitectónico de los mismos, adaptándolos a los requerimientos funcionales necesarios.

- iii. La falta de personal a la fecha, así como también de insumos, dificulta la respuesta a la demanda de mantenimiento, por lo que resulta difícil medir los niveles de eficiencia y productividad de los recursos humanos.
- iv. Se procura prever la planificación de los insumos necesarios para un regular mantenimiento de los edificios.
- v. La asignación de los recursos presupuestarios para la ejecución del plan de obras que requiere el hospital, excede el nivel de competencia del mismo. La Dirección General de Recursos Físicos interviene en este tema.

Comentario de la Auditoría: De acuerdo a la inspección ocular realizada con el personal de Mantenimiento se observó el deterioro general de los pabellones Bosch y Tomasa Velez Sarsfield, que albergan a 604 pacientes, así como Cirugía, Consultorios Externos, Anatomía Patológica, Administración y Cocina. También se detectó:

- Desprendimientos de revoques exteriores e interiores, también en cielorrasos.
- Humedad por filtraciones de agua en paredes y cielorrasos.
- Roturas y/o faltantes de revestimientos, pisos, carpintería, artefactos sanitarios, mesadas fijas y mobiliarios en general.
- Obsolescencia de las instalaciones eléctricas, cloacales, gas, agua, pluvial, termomecánicas, gases médicos, sistemas contra incendio y estructuras.

Un sector del pabellón Bosch se encuentra desactivado por filtraciones de agua provenientes del piso superior (baños), con alto grado de deterioro, como también la entrada secundaria al pabellón que se encuentra apuntalada por desprendimientos de molduras.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 5.4: La cantidad del personal afectado a mantenimiento y servicios generales es elevada en relación al estado edilicio del hospital.

Recomendación:

- i. Hacer cumplir los planes de obra solicitados por el Departamento de Mantenimiento del Hospital.
- ii. Preservar las estructuras edilicias del hospital, a efectos de conservar el patrimonio arquitectónico de la Ciudad.
- iii. Incrementar los niveles de eficiencia y productividad de los recursos humanos de la planta de personal designada para el mantenimiento del hospital.
- iv. Planificar adecuadamente las necesidades de aprovisionamiento de insumos indispensables para el cumplimiento de las labores del Dpto. de Mantenimiento.
- v. Asignar los recursos presupuestarios necesarios para ejecutar el plan de obras requerido por el hospital.

Comentario del organismo:

- i. Los planes de obra elementales son cumplimentados por el Departamento de Mantenimiento.

- ii. La refacción y remodelación de los distintos pabellones, cuya coordinación y supervisión se halla a cargo de la Dirección General de Recursos Físicos, a la fecha ha alcanzado a los Pabellones Charcot, Santa María-Griessinger, Magnan, y Pinel A y B; se han remozado los aspectos estructurales de estos respetando en lo posible el patrimonio arquitectónico de los mismos, adaptándolos a los requerimientos funcionales necesarios.
- iii. La falta de personal a la fecha, así como también de insumos, dificulta la respuesta a la demanda de mantenimiento, por lo que resulta difícil medir los niveles de eficiencia y productividad de los recursos humanos.
- iv. Se procura prever la planificación de los insumos necesarios para un regular mantenimiento de los edificios.
- v. La asignación de los recursos presupuestarios para la ejecución del plan de obras que requiere el hospital, excede el nivel de competencia del mismo. La Dirección General de Recursos Físicos interviene en este tema.

Comentario de la Auditoría: De acuerdo a la entrevista realizada con el personal del hospital (jefe del Dpto. de Mantenimiento) nos informa que la cantidad del personal afectado a mantenimiento de lunes a viernes es de 27 (veintisiete), y los días sábados, domingos y feriados 2 (dos). La cantidad del personal afectado a servicios generales es de 39.

El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

OBS. 5.5: Desafectación de pabellones, y salas de internación, por problemas edilicios por riesgo de caída de techos y cielorrasos. Losas en peligro de colapso.

Comentario del organismo: La asignación de los recursos presupuestarios para la ejecución del plan de obras que requiere el hospital, excede el nivel de competencia del mismo. La Dirección General de Recursos Físicos interviene en este tema.

Comentario de la Auditoría:

Se observaron pabellones en obra:

- Remodelación general Santa Rosa y Esquirol
- Reparación general de la fachada del pabellón Tomasa Vélez Sarsfield en cuyo piso inferior se construye el lavadero central del hospital.
- La obra del pabellón Riglos se encuentra paralizada por problemas estructurales.
- El Hostal, llamado también hospital de noche, se encuentra clausurado y la obra paralizada, en el primer piso, por problema de terminación. Según representantes de la Dirección General de Recursos Físicos de Salud se han solicitado, por vía administrativa, los trabajos adicionales para la continuidad de dichas obras.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

OBS. 5.6: Pabellón ocupado por la Unidad 27 del Servicio Penitenciario Federal, con convenio vencido.

Recomendación: Arbitrar las medidas conducentes a la recuperación por parte del hospital, del Pabellón actualmente en uso por el Servicio Penitenciario Federal.

Comentario del organismo: En distintas oportunidades se han realizado gestiones para la recuperación del ex-Pabellón Estevez Balado, las que han resultado infructuosas.

Comentario de la Auditoría: De acuerdo a la entrevista realizada con las autoridades del hospital se ha solicitado por diferentes notas la desocupación del predio desde el año 1996 sin tener una contestación favorable de la Nación.

El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

VII. Nuevas Observaciones

OBS. A: Se detectó personal perteneciente a la empresa, que tiene tercerizado el servicio de limpieza, cumpliendo tareas distintas a las establecidas contractualmente en el Hospital Moyano.

OBS B: Estadísticas de consultorios externos.

- 1) Se detectó la ausencia de firma y sello de los profesionales en las planillas de atención de pacientes.
- 2) Profesionales que no pertenecen a la planta del hospital realizan sus prácticas y las registran en las planillas de atención de pacientes sin su firma ni la de los supervisores.
- 3) Existe un criterio erróneo en el registro de pacientes atendidos ya que los profesionales duplican la consulta cuando realizan prácticas de control de medicación y algún tipo de psicoterapia.
- 4) La planilla que se completa con los datos de las prestaciones de consultorios es imprecisa y no se pudo comprobar el respaldo documental de los datos que allí se vuelcan. En el caso del registro de las prácticas grupales se consignan erróneamente la cantidad de profesionales asistentes en lugar del número de prestaciones, lo que se traduce en que si concurren a una reunión tres profesionales queda registrado como tres prestaciones cuando en realidad ha sido sólo una coordinada por tres profesionales.
- 5) Del análisis de las planillas registradas por el Sector de Estadística no surge el número de pacientes que han sido atendidas en el mes, aunque sí el número de consultas.

OBS C: Contrato firmado entre el GCABA y CACEP.

- 1) Falta de previsión para la acreditación de las clínicas privadas a las cuales fueron derivadas las internadas del Hospital.
- 2) Falta de previsión para la categorización de las clínicas privadas a las cuales fueron derivadas las pacientes del Hospital.
- 3) El contrato no establece un protocolo de acreditación y categorización de las clínicas a las cuales se derivaron pacientes del Hospital.
- 4) No hay previsión para un seguimiento de las pacientes internadas en las clínicas privadas.
- 5) El contrato carece de una cláusula que especifique la modalidad prestacional y los valores de pago.

- 6) El convenio no se ajusta a los criterios adoptados por la ley 448 de la CABA.
- 7) No existen cláusulas punitivas para el caso de incumplimientos.
- 8) No existe referencia a normativa que establezca las características, periodicidad y procedimientos que deben ser llevados a cabo para la evaluación y seguimiento de las clínicas y las pacientes.
- 9) El Anexo I del Convenio no especifica la carga horaria en cada modalidad prestacional. (ej: horas de Psiquiatría, Terapia Ocupacional, entre otras). Esto no permite evaluar la eficacia de las mismas.
- 10) No existe una descripción específica de las prestaciones de acuerdo al tipo de paciente. Eso imposibilita la eficacia y eficiencia de las terapéuticas.

OBS. D: Auditoría a las clínicas privadas donde se derivaron pacientes del Hospital Moyano.

- 1) No brindan las prestaciones adecuadas al tipo de pacientes recibidas el 66% de las Clínicas auditadas.
- 2) No es uniforme la oferta prestacional entre las Clínicas nucleadas en C.A.C.E.P a pesar de que todas perciben igual cápita.
- 3) Fueron insuficientes, deficientes o inexistentes las actividades de Rehabilitación y Resocialización de las pacientes en un 66% de las clínicas auditadas.
- 4) Fueron discontinuos, escasos e inexactos, en su contenido, los informes realizados por Profesionales del Hospital Moyano hallados en las Historias Clínicas.
- 5) No cumple con el nivel prestacional mínimo la Clínica que al momento de la auditoría tenía la mayor cantidad de pacientes.

VIII. Nuevas Recomendaciones

REC. A: Restituir a su lugar de trabajo original al personal de la empresa que presta el servicio de limpieza, que desarrolla tareas dentro de la estructura administrativa del hospital. Incorporar al personal faltante por medio de los mecanismos legales correspondientes.

REC. B: Firmar y sellar la planilla de atención de pacientes por parte de los profesionales y supervisores.

Registrar adecuadamente las atenciones según el criterio establecido por la normativa vigente.

REC. C: Incluir en el contrato los protocolos de acreditación y categorización de las clínicas privadas, cumpliendo los criterios de la ley 448 de la CABA.

Incluir cláusulas punitivas para el caso de incumplimiento.

REC. D: Que las clínicas a las cuales son derivadas las pacientes brinden adecuadas actividades y prestaciones en consonancia con la normativa vigente en la CABA. Que el hospital Moyano cumpla con un monitoreo permanente de las pacientes derivadas a las instituciones nucleadas en CACEP y que registre ésta actividad en forma ordenada y detallada.

IX. Conclusiones

A. Responsabilidad del Ejecutivo:

La falta de personal para cubrir áreas críticas es una falencia que se puede apreciar en todo el sistema. Es necesario incorporar recursos humanos administrativos, profesionales de la salud, personal de apoyo y de mantenimiento; a fin de mejorar la calidad prestacional.

Se debe incluir en el presupuesto mayores partidas destinadas a proveer insumos para tareas de mantenimiento en la planta física del hospital.

Regularizar la situación del personal que está ocupando cargos de mayor jerarquía sin percibir la remuneración acorde a la función.

B. Responsabilidad de DG Salud Mental:

- **Reinserción social de pacientes internadas**

No se tiene conocimiento de una planificación (Casas de Medio Camino, Hospital de Día, reinserción en la comunidad, Talleres protegidos, camas para agudos en hospitales generales, entre otros) que compense la disminución de las camas al finalizar las obras de remodelación en el Hospital Moyano.

- **Contrato entre CACEP y el GCBA**

Luego de auditar los establecimientos a los cuales fueron derivadas las pacientes del Hospital Moyano se desprende lo siguiente:

Dado que la ley 448 de Salud Mental, en su Capítulo 2°, establece:

- 1) Que la autoridad de aplicación es el Nivel Jerárquico Superior del GCBA, en materia de Salud Mental;
- 2) Que dicha autoridad conduce, regula y controla el sistema de salud mental (Art. 5°),
- 3) Que es función de la misma la habilitación y control de los establecimientos y servicios de salud mental de los 3 subsectores (Seguridad Social, Privado y Estatal); fijando, además, que es responsable de la evaluación de la calidad de las prestaciones (Art 5 Inc. D).

Se concluye que la DG Salud Mental demuestra su inacción e incumplimiento de sus funciones encomendadas por la normativa, al delegar la responsabilidad del cuidado de las pacientes a un ente privado ajeno a su jurisdicción.

C. Responsabilidad del Hospital Moyano

Del seguimiento realizado se concluye que el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano ha mejorado algunos aspectos relacionados con la planta física, pero sin el debido mantenimiento los Pabellones refuncionalizados dejarán de ser aptos para la atención y albergue de las pacientes en el corto plazo. El área de Recursos Humanos, no ha mejorado. En algunos casos ha profundizado sus deficiencias en cuanto al control de asistencia y permanencia de los profesionales de planta en el Nosocomio.

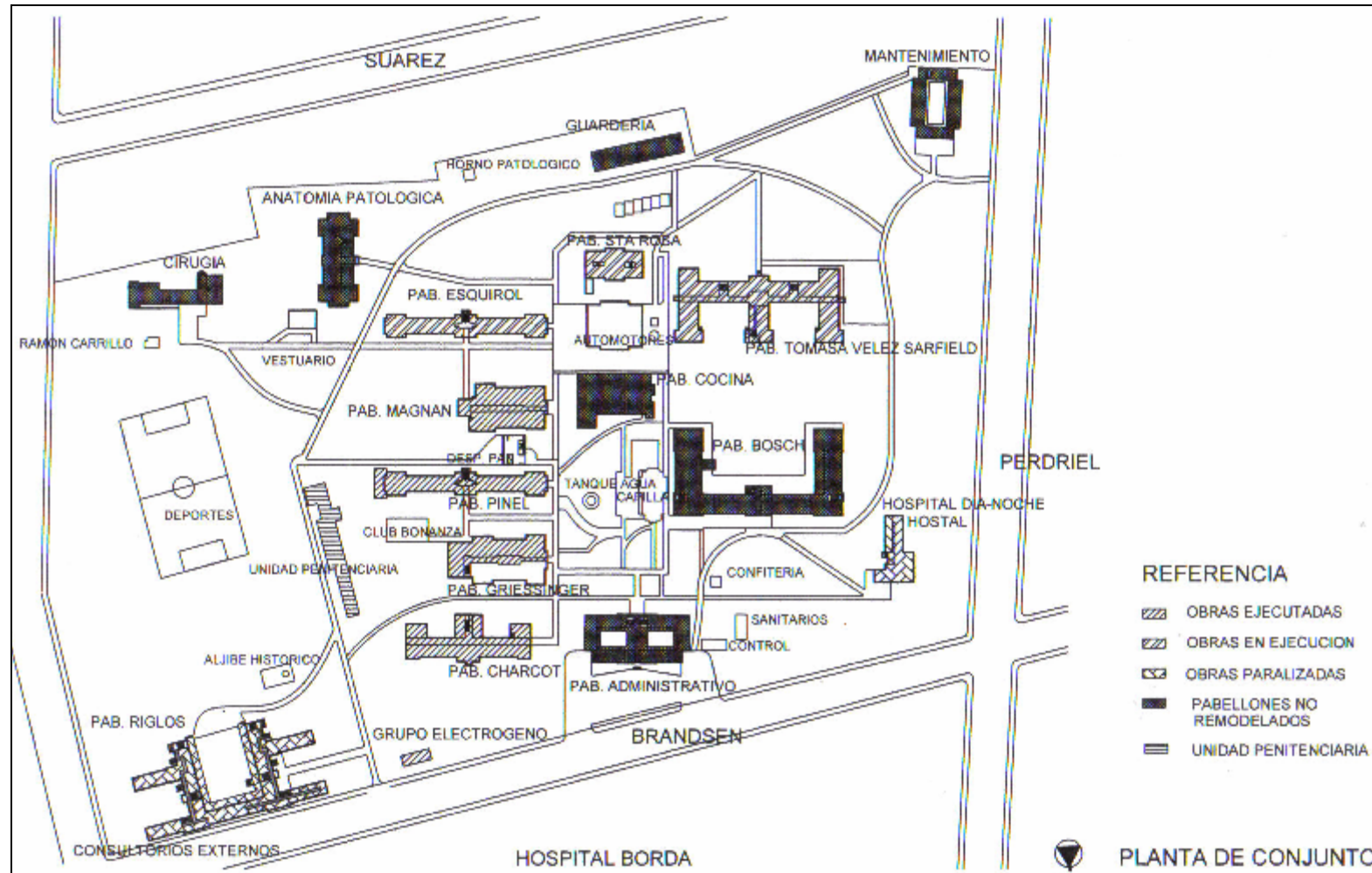
Con respecto al personal de la empresa de limpieza, que desarrolla tareas dentro de la estructura administrativa del hospital, se recomienda la

restitución a su lugar de trabajo original e incorporar al personal faltante por medio de los mecanismos legales correspondientes.

Con respecto al área de Estadísticas se debe adecuar la registración a la reglamentación vigente. Respecto a la limpieza y desinsectación de las instalaciones se han comprobado la ineficacia de los procedimientos, redundando en una disminución de la calidad de vida de las personas internadas.

De un total de 47 observaciones formuladas en la auditoría anterior, 6 fueron levantadas y 41 aún se mantienen (de las cuales en 9 casos hay un avance incipiente).

ANEXO I – OBRAS



A) Obras Ejecutadas

HOSPITAL: NEUROPSIQUIATRICO DR. B. MOYANO		RELEVAMIENTO PLANTA FISICA		FECHA: 15 -07 -07		* ANEXO OBRAS	
OBRAS EJECUTADAS	PABELLON	CHARCOT	MAGNAN	PINEL	SANTA MARIA/GRIESSINGER	RED ELECTRICA	
	SUPERFICIE	2.100 m2	1.250 m2	2.500 m2	2.900 m2		170.000 m2
	OBRAS	Remodelación general del pab.	Remodelación general del pab.	Remodelación general del pab.	Remodelación general del pab.		Instalación eléctrica
	CAMAS :Cantidad	140	44	112	116		-
	EXPEDIENTE N° :	32.406 -05	36.554 -05	33.992 -05	37.813 -05		78.144 - 04
	INIICIO DE OBRA	Julio 2.005	Noviembre 2.005	Octubre 2.005	Noviembre 2.005		Febrero 2.006
	FINALIZACION DE OB.	Marzo 2.006	Noviembre 2.006	Julio 2.006	Julio 2.007		Diciembre 2.006
	ESTADO DE OBRA	Terminada	Terminada	Terminada	Terminada		Terminada
	MONTO	\$ 2.397.000	\$ 2.468.000	\$ 4.029.000	\$ 4.895.000		\$ 3.830.000
	FINANCIACION	Tesoro	Tesoro	Tesoro	Tesoro		BID
	EMPRESA	CRIBA S.A	BRICONS S.A	RIVA/ MANTENIMIENTO	MANTELECTRIC S:A		CRIBA S.A
	ADICIONALES	\$ 447.000	\$ 330.000	\$ 318.000	\$ 304.000		-
	REDETERMINACION	-	\$ 201.641	\$ 386.403	\$ 530.340		-
	AVANCE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%
	D. DE OBRA (M.de S.)	D.G.R.F.S	D.G.R.F.S	D.G.R.F.S	D.G.R.F.S		D.G.R.F.S
OBSERVACIONES	De la inspección ocular, se observó: *Las puertas de los baños de las salas de internación no cuentan c/cerraduras que permitan abrir exteriormente. *No se observa plano de evacuación en el pabellón (señalética). *Humedad por filtraciones de agua. *En salas: las camas (parrillas de madera) y colchones no cumplen c/reglam. Seguridad. *Se observa la falta de mantenimiento en todo el pabellón. VER FOTOS N° 1R	Se observó: *Deterioro de las carpinterías y pinturas en gral. *Placares no cuentan con divisiones interiores. *Carece de plano de evacuación, matafuegos (señalética) En baños y duchas pacientes no se observan bárrales. *Dificultad con los desagües cloacales. *Humedad p/filtraciones agua en muros y cielorrasos. * Falta de mantenimiento . VER FOTOS N° 4R	Se observó: *Deterioro de las carpinterías y pinturas en gral. *Humedad en pisos (flojos). *Termotanque instalado en área de trabajo en office de enfermería: generando calor dentro del ambiente. *Faltante plano de evacuación. *Faltante de accesorios en hidrantes de s. contra incendio. *Humedad por filtraciones de agua en muros y cielorrasos. *Falta de mantenimiento. VER FOTOS N° 3R	Se observó: *Deterioro de las carpinterías y pinturas en general. *Humedad en pisos(cimiento). *Deterioro de las mesadas en cocina y vestuarios. *Lavadora deteriorada (no funciona). *Faltante plano de evacuación. *Dificultad con los desagües cloacales. *Humedad por filtraciones de agua en muros y cielorrasos. *Falta de mantenimiento. VER FOTOS N° 2R	* Provisión e instalación de 2 (dos) grupos electrógenos de 400 kva c/uno. Construcción de 1 cabina para éstos grupos y nuevos tableros de electricidad para el hospital. Estos grupos alimentarán a los pabellones: Esquirol, Santa Rosa (que se encuentran en construcción), y a otros pabellones remodelados y a remodelar. VER FOTOS N° 5R		

REMODELACION PABELLON CHARCOT



OBRA FINALIZADA

FOTO N ° 1R

REMODELACION PABELLON SANTA MARIA



OBRA FINALIZADA

FOTO N ° 2R

REMODELACION PABELLON PINEL



OBRA FINALIZADA

FOTO N ° 3R

REMODELACION PABELLON MAGNAN



OBRA FINALIZADA

FOTO N ° 4R

CONSTRUCCIÓN SALA DE GRUPOS ELECTROGENOS



OBRA FINALIZADA

FOTO N ° 5R

GRUPOS ELECTROGENOS



FOTO N ° 5Ra

Provisión e instalación de 2 (dos) grupos electrógenos de 400 KVA cada uno.-

PLANTA FISICA: OBSERVACIONES

PABELLON MAGNAN

SALA DE INTERNACION



FOTO N° 4Ra

Se observa que la distancia entre las camas de los pacientes es mínima, El mobiliario para guardado de sus pertenencias es insuficiente.

PABELLON MAGNAN

LAVADERO



FOTO N° 4Rb

El lavadero presta servicios a los pabellones Magnan , Santa Maria, San Juan y al pabellón Pinel (ropa contaminada) cuya capacidad es insuficiente.

PABELLON MAGNAN

TERRAZA



FOTO N ° 4Rc

Gran cantidad de hojas de los árboles acumulada en terraza, impidiendo el desagüe pluvial de los mismos . **se observa la falta de mantenimiento.

PABELLON PINEL

FACHADA



FOTO N ° 3Ra

Se observa el deterioro de la pintura exterior (descascaradas).-

PABELLON PINEL



FOTO N ° 3Rb

Desprendimiento de cielorraso suspendido y humedad por filtraciones de agua y deterioro en las carpinterías .

PABELLON SANTA MARIA

COCINA



FOTO N ° 2Ra

Deterioro bajo mesada por filtraciones de agua y desprendimiento de la pileta de mesada. **Se observa la falta de mantenimiento.

PABELLON SANTA MARIA



FOTO N ° 2Rb

Se observa humedad por filtraciones de agua (desagüe cloacal) en cielorraso.

PABELLON SANTA MARIA

PASILLO



FOTO N ° 2Rc

Pintura deteriorada en paredes y pisos flojos en pasillos. No se observa plano de evacuación y la altura del matafuego no cumple con la altura reglamentaria.-

B) Obras en Ejecución:

HOSPITAL: NEUROPSIQUIATRICO DR. B. MOYANO RELEVAMIENTO PLANTA FISICA						FECHA : 15 -07 -07	ANEXO OBRAS
OBRAS EN EJECUCION	PABELLON	ESQUIROL	SAIITA ROSA	T.VELEZ SANSFIELD	RIGLOS	HOSTAL (h /de noche)	
	SUPERFICIE	2.900 m2	1.600 m2	12.000 m2	8.100 m2	-	1.500 m2
	OBRAS	Remodelación general	Remodelación general	Remodelación general	Remodelación general	Remodelación general	-
	CAMAS (cantidad)	116	60	360	20	20	-
	EXPEDIENTE N° :	37.805-2.005	37.831 -2.005	37.816 - 2.005	8.945 -2.004	-	1.2223 - 2.007
	IIICIO DE OBRA	Agosto 2.006	Marzo 2.007	Marzo 2.007	Diciembre 2.006	-	Junio 2.007
	FIINALIZACION DE OB.	Agosto 2.007	Diciembre 2.007	Diciembre 2.008	Diciembre 2.008	-	Agosto 2.007
	ESTADO DE OBRA	En obra	En obra	En obra	Obra iniciada	-	En obra
	MONTO	\$ 4.221.392	\$ 3.349.000	\$ 11.420.000	\$ 8.700.000	-	\$ 107.000,00
	FINANCIACION	Tesoro	Tesoro	Tesoro	BID	-	Tesoro
	EMPRESA	UTE- MIG / SES	PLANOBRA S.A	SEHOS S.A	CRIBA S.A	-	Tecimaq S.R.L
	ADICIONALES	\$ 684.000	\$ 643.000	\$ 180.000	\$ 3.000.000	-	-
	REDETERM.	\$ 450.000	\$ 560.000	\$ 2.965.000	\$ 3.480.000	-	-
	AVANCE	82,68%	19,82%	6,04%	3,00%	-	60%
	D. DE OBRA(M.DE S.)	D.G.R.F.S	D.G.R.F.S	D.G.R.F.S	D.G.R.F.S	-	D.G.R.F.S
OBSERVACIONES	* En ejecución	* En ejecución	*Construcción del lavadero central y área de apoyo, en el piso inferior. *Reparación general de fachadas.-	*Obra paralizada Reanudándose las tareas el 3/12/06, realizándose trabajos preliminares y de demolición con un avance aproximado de obra del 3% sobre el total de la obra. Durant este tiempo se avanzó en la definición de adicionales por modificación de proyecto refuerzos estructurales y reparación integral de cubierta. *La fecha estimada de finalización de la obra es a fines de octubre 2.008 S/expediente N°17338/07 del Ministerio de Salud.-	* Obra paralizada. Se ha reparado a nuevo el techado deteriorado y se estima que en el mes de septiembre del corriente año se iniciarán las tareas de reparación del interior de dicho pabellón, según Registro N°3211/MGEYA 2.007 informe DGRFS.-	* En ejecución.-	
	VER FOTOS N° 1E	VER FOTOS N° 3E	VER FOTOS N° 4E	VER FOTOS N° 2E	VER FOTOS N° 5E		

*** PABELLON ESQUIROL**

REMODELACION GENERAL



FACHADA

FOTO N ° 1E

PABELLON ESQUIROL

DETALLE



SALA DE INTERNACION

FOTO N ° 1Ea

*** PABELLON SANTA ROSA REMODELACION GENERAL**



FACHADA

FOTO N ° 3 E

PABELLON SANTA ROSA



FACHADA

FOTO N ° 3Ea

*** PABELLON T. VELEZ SARSFIELD- REMODELACION GRAL**



FACHADA

FOTO N ° 4E

PABELLON TOMASA VELEZ SARSFIELD

LAVADERO



CONSTRUCCION: OBRA LAVADERO CENTRAL

FOTO N ° 4Ea

C) Obra Paralizada

*** PABELLON RIGLOS**

REMODELACION GENERAL



Se observa el deterioro en la estructura

FOTO N ° 2 E

PABELLON RIGLOS

DETALLE



Se observa el deterioro en las bovedillas

FOTO N ° 2Ea

PABELLON RIGLOS

DETALLE



Se observa deformaciones en el piso

FOTO N ° 2Eb

PABELLON RIGLOS

DETALLE



Se observa la verificación estructural en piso...

FOTO N ° 2Ec

PABELLON RIGLOS

DETALLE



Estructura apuntalada

FOTO N ° 2Ed

PABELLON RIGLOS

DETALLE



Se observa que la estructura se encuentra deteriorada

FOTO 2Ee

PABELLON RIGLOS

DETALLE



Se observa problemas de rajaduras en piso

FOTO 2E f

*** PABELLON HOSTAL**

(Hospital de noche en 1° piso)



FACHADA

FOTO N ° 5E

D) Pabellones no Remodelados:

Deterioro edilicio: Se mantiene la Observación en los pabellones que no han sido remodelados (5.3).

De acuerdo a la inspección ocular (in situ) en los pabellones: Tomasa Vélez Sarsfield, Bosch, Cirugía, Consultorios Externos, Anatomía Patológica, Administración, Guardería, Mantenimiento y Cocina se observó:

- Desprendimientos de revoques en muros exteriores, interiores y cielorrasos.
- Humedad en muros exteriores, interiores y cielorrasos por filtraciones de agua.
- Roturas y faltantes de revestimientos en paredes, pisos y zócalos.
- Deterioro general de carpinterías interiores y exteriores (puertas y ventanas).
- Deterioro general de mesadas fijas, muebles sobre mesadas y mobiliarios.
- Deterioro general de los artefactos sanitarios.
- Deterioro general de pinturas en muros exteriores, interiores y carpinterías.
- Obsolescencia de las instalaciones eléctricas, sanitarias (agua, pluvial y cloacal), gas, termomecánica, sistema contra incendio, telefonía y estructuras.

En el pabellón Bosch, un sector de la planta baja se encuentra desactivado por problemas de filtraciones de agua en cielorrasos, muros interiores y exteriores con alto grado de deterioro (ver foto D3).-

En el pabellón Tomasa Vélez Sarsfield, un sector de la sala de internación se encuentra desactivado por deterioro de la misma.

En el pabellón Riglos un sector se encuentra ocupado por los consultorios externos.

El deterioro edilicio se observa en las siguientes fotos: N ° D1 a D27.-

PABELLON BOSCH

ENTRADA SECUNDARIA AL PAB.

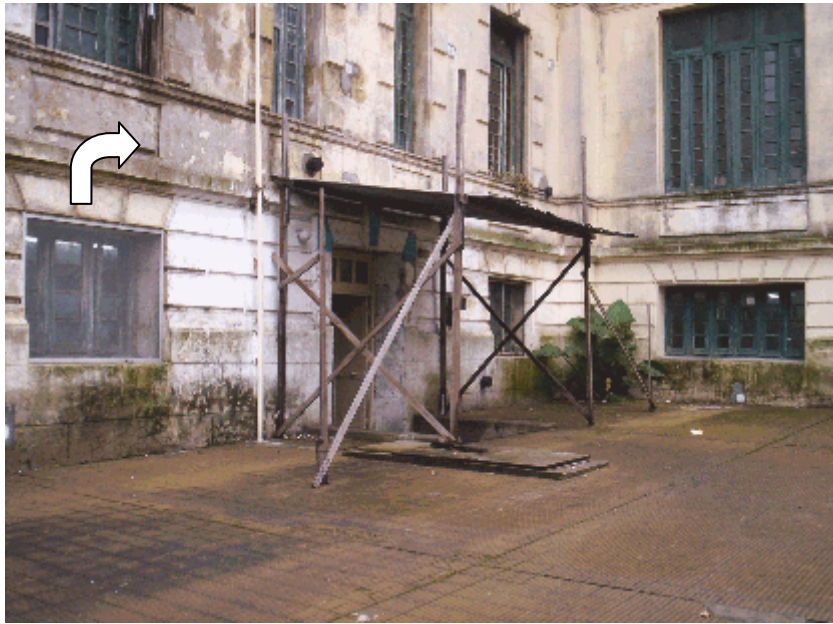


FOTO N ° D1

Se observa el deterioro de la fachada del pabellón Bosch, la entrada se encuentra apuntalada por desprendimiento de molduras, generando un riesgo para pacientes, acompañantes y personal del hospital.

PABELLON BOSCH

GALERIA



FOTO N ° D2

Se observa el deterioro total de las estructuras, cielorrasos, columnas, muros interiores y exteriores, producido por las filtraciones de agua en la galería (sector utilizado para el tendido de ropas de los pacientes).-

PABELLON BOSCH

PISO INFERIOR

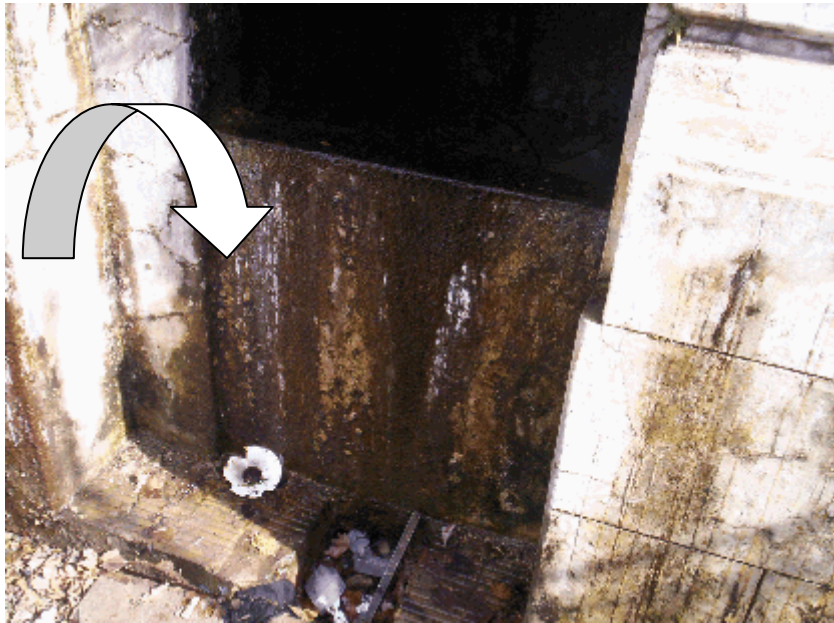


FOTO N° D3

El área que se encuentra desactivado (lindero al deposito de limpieza de la Empresa contratada), presenta un deterioro total por filtraciones de agua del piso superior (baños) en muros, cielorrasos, pisos, carpinterías e instalaciones en general.

PABELLON BOSCH

S. SANITARIO - LABORATORIO



FOTO N° D4

Se observa el deterioro total de la carpintería e instalaciones de agua y cloacales, el servicio sanitario se encuentra desactivado.

PABELLON BOSCH

FARMACIA



FOTO N ° D5

Se observa el deterioro en cielorraso y paredes por filtraciones de agua.

PABELLON BOSCH

SERVICIOS SANITARIOS



FOTO N ° D6

Deterioro de pisos, cielorrasos, muros, revestimientos, carpinterías e instalaciones en general (agua, eléctrica, gas y cloacal).

PABELLON T. VELEZ SARSFIELD S. SANITARIO DE SALA



FOTO N ° D7

Deterioro de las instalaciones de agua, cloacales y eléctricas (tablero de electricidad obsoleto), inodoro clausurado. Se observa la falta de mantenimiento preventivo y correctivo en el baño de la sala de internación.-

PABELLON T. VELEZ SARSFIELD

HALL ESCALERA



FOTO N ° D8

Se observa faltantes de elementos de extinción y plano de evacuación.-

PABELLON T. VELEZ SARSFIELD SERVICIO SANITARIO



FOTO N ° D9

Deterioro total, muros, cielorrasos, pisos, carpinterías e instalaciones de agua, cloacal, eléctrica y pluvial.-

PABELLON T. VELEZ SARSFIELD SALA DE INTERNACION



FOTO N ° D10

Se observa la falta de mantenimiento, humedad por filtraciones de agua en muros y cielorraso. La instalación de gas en la sala no cumple con las normas de seguridad.-

PAB. T. VELEZ SANSFIELD

SALA DE INTERNACION



FOTO N ° D11

En las salas de internación se observa que el equipamiento está deteriorado en su totalidad, también se puede observar que la cantidad de camas dificulta la circulación de los pacientes, acompañantes como al personal del hospital .-

PAB. T. VELEZ SANSFIELD

VESTUARIO PERSONAL

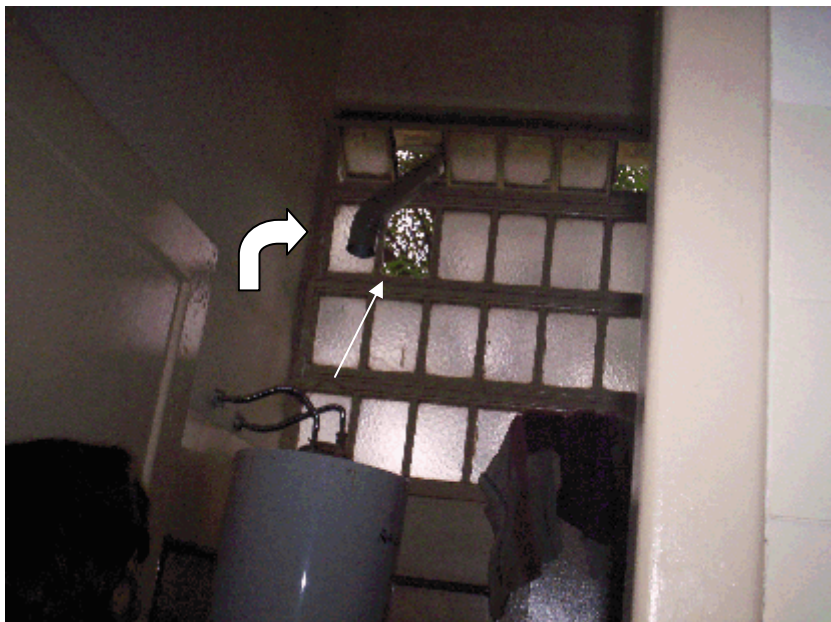


FOTO N ° D12

Faltante del conducto de ventilación en termotanque, rotura y/o faltante de vidrios en la carpintería (ventana).-

PAB. T. VELEZ SANSFIELD

SERVICIO SANITARIO



FOTO N° D13

En el baño de los pacientes de sala internación se observa el deterioro de: muros, revestimientos, artefactos e instalación de agua y cloacal .-

PABELLON CIRUGIA

ENTRADA

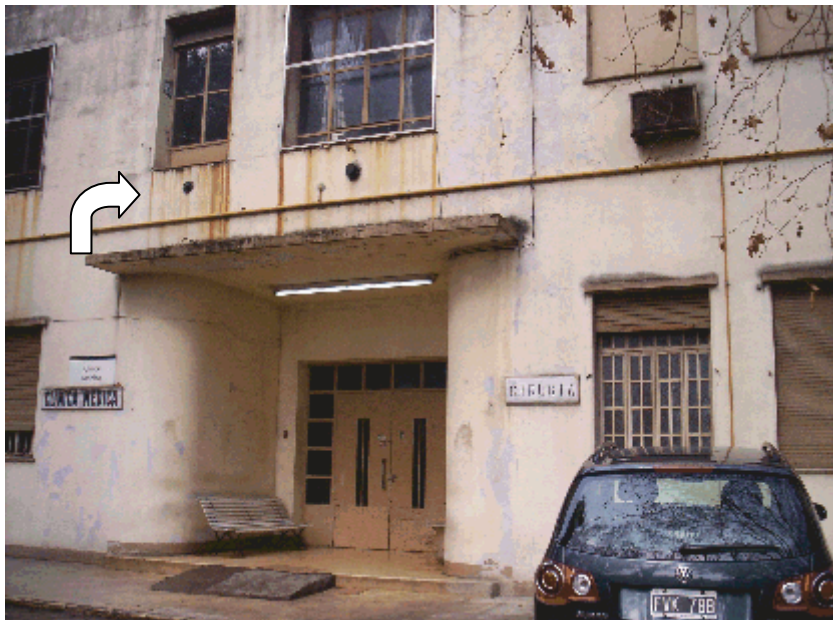


FOTO N° D14

Se observa el deterioro en muros, carpinterías, pisos, instalaciones, señálicas y pinturas en general. ** Falta de mantenimiento.-

PAB. CIRUGIA

QUIROFANO



FOTO N° D15

Se observa gran cantidad de elementos en el quirófano, las paredes sin revestimiento total (hasta altura cielorraso), además no cuenta con áreas de transferencias y preparación pacientes (ingresa directamente de la sala al quirófano, contaminándolo), no cuenta con área de recuperación pacientes. El área de lavado de cirujano no cumple con las normas de asepsia, griferías y piletón obsoletos, el office limpio y sucio están dentro del mismo local.-

CONSULTORIOS EXTERNOS HALL (PABELLÓN RIGLOS)



FOTO N° D16

Se observa la falta de señalización del matafuego, plano de evacuación y el

deterioro de la pintura, además el servicio no cuenta con gas natural.-

CONSULTORIOS EXTERNOS ENFERMERIA (PAB. RIGLOS)



FOTO N° D17

Deterioro en cielorraso por filtraciones de agua.** Falta de mantenimiento.-

ANATOMIA PATOLOGICA

LABORATORIO



FOTO N° D18

Se observa la falta de mantenimiento, deterioro en muros, cielorrasos y carpinterías,

ANATOMIA PATOLOGICA

MORGUE



FOTO N° D19

Deterioro en muros, cielorrasos y pisos.* Se observa la falta de mantenimiento.-

PAB. ADMINISTRACION

HALL INGRESO AL HOSPITAL



FOTO N° D20

La placa del cielorraso suspendido en peligro de desprendimiento.-

FACHADA PAB. ADMINISTRACIÓN (a patio hospital)



FOTO N° D21

Deterioro de muros exteriores, molduras y pinturas. ** Falta de mantenimiento preventivo y correctivo.-

PAB. ADMINISTRACION ENTRADA A SERVICIO SANITARIO



FOTO N° D22

Se observa el deterioro de los muros interiores, cómo desprendimientos de revoques y humedad por filtraciones de agua.

CONSULTORIO EXTERNO EN SALIDA DE EMERGENCIA



FOTO N° D23

Construcción de consultorios externos en salida de emergencia del pabellón Bosch (sobre escalera como puede verse en la foto).-

CIRCULACION EXTERIOR



FOTO N° D24

Roturas de baldosones en circulación pública y circulación paciente (peatonal).

INSTALACION DE GAS



FOTO N° D25

Rotura y faltante de baldosas, protección (reja) en muro y deterioro de los mismos en túnel instalaciones (bajo circulación exterior).-

TANQUE DE AGUA



FOTO N° D26

Deterioro de muros y desprendimientos de revoques exteriores y pinturas.

COCINA

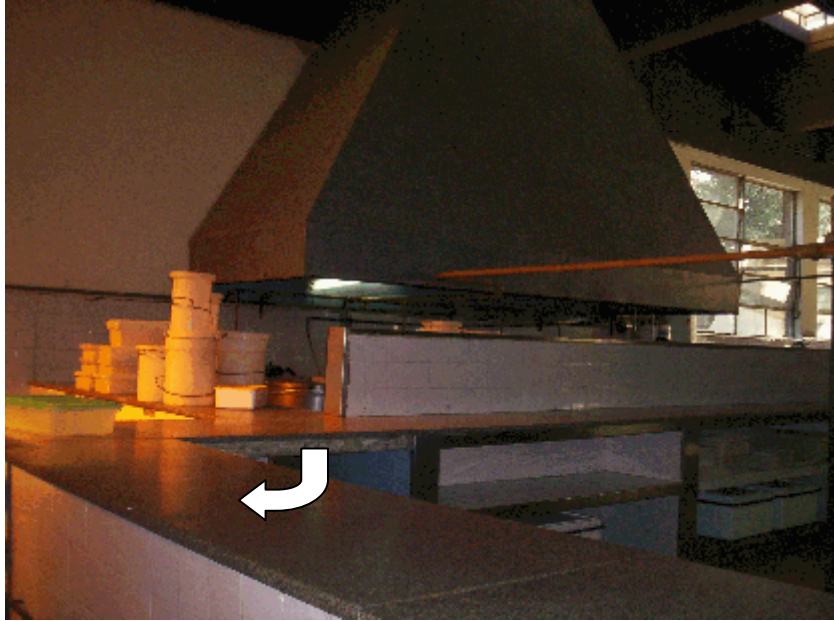


FOTO N° D27

Deterioro de muros, cielorrasos, pisos, carpinterías e instalaciones, las distintas áreas dentro de la cocina requiere una refuncionalización para su mejor funcionamiento ; los sanitarios del personal fueron remodelados a nuevo.-
La cocina del hospital se encuentra tercerizada.

ANEXO II RESIDUOS PATOGENICOS HOSPITALARIO

Los residuos patogénicos son depositados juntamente con los residuos comunes (bolsas rojas y bolsas negras) en los patios y circulaciones peatonales del hospital, para luego ser trasladados en el mismo contenedor hasta el recinto final. También se observó que el personal de limpieza de la empresa contratada no utiliza los elementos reglamentarios (guantes, barbijos, botas y delantales impermeables) para proceder al manipuleo de los residuos patogénicos y residuos comunes. No se observó la utilización de precintos y rotulados de las bolsas (debiendo figurar el nombre del pabellón y la fecha). El llenado de las bolsas supera 2/3 de su capacidad.

Al momento de realizar el procedimiento no se encontraron residuos líquidos peligrosos almacenados en los distintos servicios. También se observó la ausencia de un depósito final adecuado para este tipo de residuos líquidos peligrosos dentro del hospital.

No se observan guardias de limpieza (rondines) en los pabellones.

VER FOTOS N° 1P, 2P, 3P, 4P, 5P, 6P, 7P.-

RECINTO FINAL DE RESIDUOS PATOGENICOS



FOTO N° 1P

Los recipientes para residuos patogénicos carecen de tapas

PABELLON T. VELEZ SANSFIELD



FOTO N°2P

Residuos patogénicos y residuos comunes, el personal de limpieza de la empresa tercerizada no utiliza los elementos reglamentarios como puede verse en la foto: guantes, barbijos, delantales impermeables y otros para el manipuleo de los mismos también se observa que no utilizan contenedores diferentes para el traslado de los residuos patogénicos y/o para el traslado de residuos comunes.-

AREA EXTERIOR

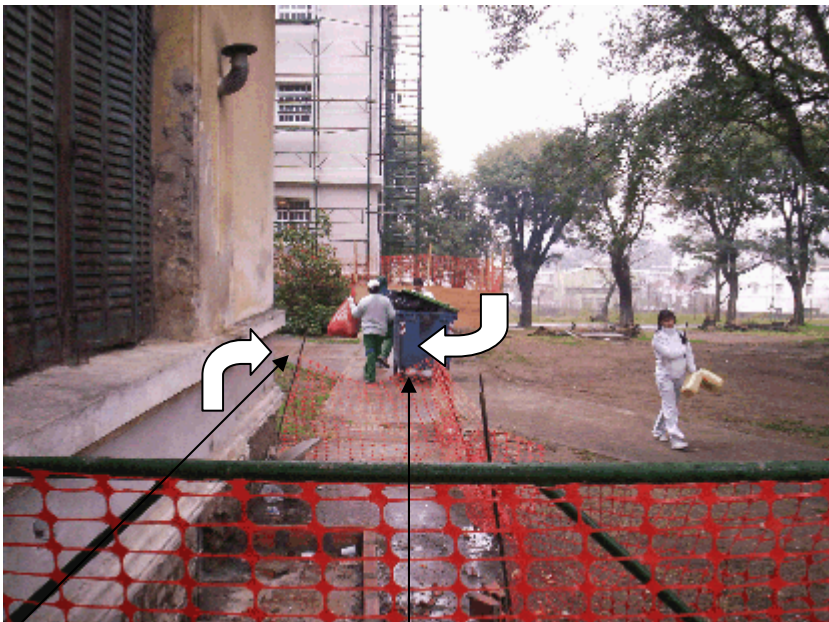


FOTO N°3P

Traslados de residuos patogénicos y traslados de residuos comunes por el personal de limpieza hasta el recinto final.-

CIRCULACION PEATONAL AL PAB. T. VELEZ SANSFIELD



FOTO N°4P

Se observa con frecuencia la mala utilización de los elementos de higiene y seguridad y el manipuleo de los residuos comunes y los residuos patogénicos.

CIRCULACION PEATONAL



FOTO N° 5P

Residuos comunes y patogénicos: no utilizan contenedores para el depósito Intermedio de residuos comunes y residuos patogénicos.-

CONSULTORIOS EXTERNOS

EN PAB. RIGLOS



FOTO N° 6P

El personal de limpieza deposita los residuos comunes y residuos patogénicos en el piso del hall en salida de emergencia, no son depositados en contenedores para cada uno diferente, como puede verse en la foto.-

PABELLON CIRUGIA

ESTERILIZACION



FOTO N° 7P

Se observa la mala utilización de los elementos de higiene: en recipiente rojo utilizan la bolsa negra y en el recipiente negro la bolsa roja, ambos sin tapas –

