

**PROYECTO DE INFORME FINAL DE  
AUDITORIA**

**Código de Proyecto: 3.03.03**

**Proyecto: Hospital Neuropsiquiátrico  
“Dr. Braulio A. Moyano”**

**Auditoría de Gestión**

**Período bajo examen: año 2002- 2003**

**Buenos Aires, 11 de Noviembre de 2003**

**Corrientes 640, piso 5° - C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires.**

**Tel. y Fax 4321-3700**

**CÓDIGO DE PROYECTO: 3.03.03**

**NOMBRE DEL PROYECTO:**

Gestión del Programa de Salud Mental en el Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Braulio A. Moyano”.

**PERIODO BAJO EXÁMEN:** 2002-2003

**FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:** 11 de noviembre de 2003.

**EQUIPO DE DESIGNADO:**

**Supervisor:** Dr. (C.P.) Lef, Mario Eduardo

**Auditores de Campo:** Dr. Grieco, Alberto  
Dr.(C.P.)Becerra Ojeda, Mario W.  
Lic. Marcos, Adolfo  
Arq. Lutteral, Patricio

**OBJETIVO:** Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento operativo de la gestión.

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA**  
**CÓDIGO DE PROYECTO: 3.03.03**

Al Sr. Presidente de la Legislatura  
De la Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Lic. Jorge Telerman  
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 por 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 “Dr. Braulio A. Moyano” de acuerdo con el objeto que se detalla seguidamente.

**OBJETO DE LA AUDITORÍA**

Programa de Salud mental en el Hospital “Dr. Braulio Moyano”

**II - ALCANCE DEL EXAMEN**

El examen fue efectuado según las Normas de Auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las normas básicas de Auditoría, aprobadas por Resolución N° 161/00 de la AGCBA.

Se procedió a verificar el cumplimiento de aspectos normativos, administrativos, de funcionamiento y de planta física relacionados con la gestión del Hospital “Dr. Braulio A. Moyano”.

Como antecedente de la tarea, se llevó a cabo el proyecto de relevamiento N°3.06.0-00-02, el cual fuera aprobado con fecha 08 de Mayo de 2003.

Conforme al Plan Operativo de la Auditoría se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Análisis por muestreo estadístico de Historias Clínicas de pacientes del área de Internación, ingresadas al Nosocomio en el transcurso del año 2002.
2. Análisis del personal afectado al Hospital objeto de la presente Auditoría; en cuanto a su actividad (por especialidad, función y cantidad), respecto de las tareas asignadas, su adecuación con indicadores establecidos, situaciones críticas.

3. Análisis del funcionamiento de los CCEE; con relación a la demanda y a la disponibilidad horaria de los profesionales afectados a la tarea.
4. Cruce de la muestra de planillas de licencias médicas de la Dirección de Medicina del Trabajo con los registros hospitalarios. Examen de las licencias ordinarias y control interno. Examen de legajos.
5. Análisis del control de presentismo del personal de las distintas áreas del Hospital: Profesionales, Enfermería y Administración. Análisis de las planillas de firmas de ingreso y egreso en la Oficina de Personal y Dirección. Análisis del cumplimiento de las funciones del área de Recursos Humanos.
6. Examen de la adecuación de la planificación y/o ejecución de obras respecto a las debilidades edilicias del Hospital: con relación a la superficie de áreas de internación- cantidad de camas disponibles. Mantenimiento de pabellones: evaluación del Servicio.

Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 8 de mayo y el 31 de octubre del 2003

### III - ACLARACIONES PREVIAS.

Considerando la importancia de los servicios de Alimentación y Farmacia, en la evolución de las pacientes internadas, no incluidos en el presente informe, se sugiere una Auditoría Especial.

La forma de imputación del Inciso 1 por el Sistema Integrado de Servicios de Información (SISER), no permite identificar el gasto del personal para cada efector.

### IV - COMENTARIOS

La auditoría fue orientada en la etapa de planificación hacia el análisis crítico y sistemático de la atención integral brindada a las pacientes, en los tres niveles, prevención, asistencia y rehabilitación:

- 1- los recursos materiales y humanos existentes.
- 2- los procedimientos para diagnóstico y tratamiento aplicados en el hospital.
- 3- los resultados obtenidos por la institución.

### V - ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA

El Presupuesto anual correspondiente al ejercicio 2002, para el Hospital Moyano, Actividad 320 Programa 4374 de Salud Mental y 4380 Servicios Generales y Administrativos del Hospital – Jurisdicción 40, fue aprobado por un total de \$ 22.205.170,00; con un crédito vigente de \$ 15.012.440,76; y un total ejecutado al 31 de Diciembre del año 2002, de \$ 14.827.135,57; lo cual representa un 98,8% de ejecución con respecto al crédito vigente.

## HOSPITAL BRAULIO A. MOYANO

### DISTRIBUCION PRESUPUESTARIA POR INCISO AÑOS 2001-2002-2003

#### DISTRIBUCION PRESUPUESTARIA ORIGINAL AÑOS 2001-2002-2003 POR INCISO.

##### PRESUPUESTO ORIGINAL AÑO 2001

| PRESUPUESTO TOTAL | %       | INCISO 1        | %      | INCISO 2        | %     | INCISO 3        | %      | INCISO 4     | %     |
|-------------------|---------|-----------------|--------|-----------------|-------|-----------------|--------|--------------|-------|
| \$ 23.251.943,0   | 100,00% | \$ 17.363.833,0 | 74,68% | \$ 1.656.300,00 | 7,12% | \$ 4.221.810,00 | 18,16% | \$ 10.000,00 | 0,04% |

##### PRESUPUESTO ORIGINAL AÑO 2002

| PRESUPUESTO TOTAL | %       | INCISO 1        | %      | INCISO 2        | %     | INCISO 3        | %      |
|-------------------|---------|-----------------|--------|-----------------|-------|-----------------|--------|
| \$ 22.205.170,0   | 100,00% | \$ 17.606.350,0 | 79,29% | \$ 1.291.289,00 | 5,82% | \$ 3.307.531,00 | 14,90% |

##### PRESUPUESTO ORIGINAL AÑO 2003

| PRESUPUESTO TOTAL | %       | INCISO 1         | %      | INCISO 2        | %      | INCISO 3        | %      |
|-------------------|---------|------------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| \$ 25.139.866,00  | 100,00% | \$ 17.150.145,00 | 68,22% | \$ 2.795.223,00 | 11,12% | \$ 5.194.498,00 | 20,66% |

#### DISTRIBUCION CREDITO VIGENTE PRESUPUESTO AÑOS 2001-2002-2003 POR INCISO.

##### CREDITO VIGENTE 2001

| TOTAL            | %       | INCISO 1         | %      | INCISO 2     | %     | INCISO 3     | %      | INCISO 4   | %     |
|------------------|---------|------------------|--------|--------------|-------|--------------|--------|------------|-------|
| \$ 16.744.523,00 | 100,00% | \$ 11.314.842,72 | 67,57% | 1.211.459,52 | 7,23% | 3.998.220,76 | 23,88% | 220.000,00 | 1,31% |

##### CREDITO VIGENTE 2002

| TOTAL            | %       | INCISO 1         | %      | INCISO 2      | %     | INCISO 3        | %      |
|------------------|---------|------------------|--------|---------------|-------|-----------------|--------|
| \$ 15.012.440,76 | 100,00% | \$ 10.655.449,04 | 70,98% | \$ 978.349,00 | 6,52% | \$ 3.378.642,72 | 22,51% |

##### CREDITO VIGENTE 2003

| TOTAL            | %       | INCISO 1         | %      | INCISO 2        | %     | INCISO 3        | %      |
|------------------|---------|------------------|--------|-----------------|-------|-----------------|--------|
| \$ 23.311.896,00 | 100,00% | \$ 17.277.363,00 | 74,11% | \$ 1.727.444,00 | 7,41% | \$ 4.307.089,00 | 18,48% |

### EJECUCION PRESUPUESTARIA CLASIFICADA POR INCISO 2001-2003

|                      | PRES. TOTAL      | % EJEC. | INCISO 1         | % EJEC. | INCISO 2     | % EJEC. | INCISO 3        | % EJEC. | INCISO 4   | % EJEC. |
|----------------------|------------------|---------|------------------|---------|--------------|---------|-----------------|---------|------------|---------|
| CREDITO VIGENTE 2001 | \$ 16.744.523,00 | 100,00% | \$ 11.314.842,72 | 100,00% | 1.211.459,52 | 100,00% | 3.998.220,76    | 100,00% | 220.000,00 | 100,00% |
| PREVENTIVO 2001      | \$ 16.254.915,14 | 97,08%  | \$ 11.297.836,39 | 99,85%  | 872.071,48   | 72,0%   | \$ 3.998.220,76 | 100,00% | 86.786,51  | 39,45%  |
| DEFINITIVO 2001      | \$ 16.252.806,74 | 97,06%  | \$ 11.297.836,39 | 99,85%  | 869.963,08   | 71,8%   | \$ 3.998.220,76 | 100,00% | 86.786,51  | 39,45%  |
| DEVENGADO 2001       | \$ 16.222.384,18 | 96,88%  | \$ 11.297.836,39 | 99,85%  | 841.060,52   | 69,4%   | \$ 3.996.700,76 | 99,96%  | 86.786,51  | 39,45%  |

|                      | PRES. TOTAL      | % EJEC. | INCISO 1         | % EJEC. | INCISO 2      | % EJEC. | INCISO 3        | % EJEC. |
|----------------------|------------------|---------|------------------|---------|---------------|---------|-----------------|---------|
| CREDITO VIGENTE 2002 | \$ 15.012.440,76 | 100,00% | \$ 10.655.449,04 | 100,00% | \$ 978.349,00 | 100,00% | \$ 3.378.642,72 | 100,00% |
| PREVENTIVO 2002      | \$ 15.003.428,81 | 99,94%  | \$ 10.655.449,04 | 100,00% | \$ 978.344,14 | 100,00% | \$ 3.369.635,63 | 99,73%  |
| DEFINITIVO 2002      | \$ 15.003.428,81 | 99,94%  | \$ 10.655.449,04 | 100,00% | \$ 978.344,14 | 100,00% | \$ 3.369.635,63 | 99,73%  |
| DEVENGADO 2002       | \$ 14.827.135,57 | 98,77%  | \$ 10.655.449,04 | 100,00% | \$ 972.486,14 | 99,40%  | \$ 3.199.200,39 | 94,69%  |

FUENTE: CUENTA DE INVERSION AÑOS 2001-2002

#### VARIACION CREDITOS VIGENTES AL CIERRE - EJERCICIOS 2001 A 2003

|                      | CREDITO TOTAL    | VARIACION | INCISO 1         | VARIACION | INCISO 2        | VARIACION | INCISO 3     | VARIACION | INCISO 4   | VARIACION |
|----------------------|------------------|-----------|------------------|-----------|-----------------|-----------|--------------|-----------|------------|-----------|
| CREDITO VIGENTE 2001 | \$ 16.744.523,00 |           | \$ 11.314.842,72 |           | 1.211.459,52    |           | 3.998.220,76 |           | 220.000,00 |           |
| CREDITO VIGENTE 2002 | \$ 15.012.440,76 | -10,344%  | \$ 10.655.449,04 | -5,83%    | \$ 978.349,00   | -19,24%   | 3.378.642,72 | -15,50%   | 0,00       | -100,00%  |
| CREDITO VIGENTE 2003 | \$ 23.311.896,00 | 55,284%   | \$ 17.277.363,00 | 62,15%    | \$ 1.727.444,00 | 76,57%    | 4.307.089,00 | 27,48%    | 0,00       | 0,00%     |

El ejercicio 2003, tuvo un presupuesto original de \$25.139.866,00; con la siguiente distribución por inciso: Inciso 1 \$ 17.150.145,00 (68,22%); inciso 2 \$2.795.223,00 (11,12%); e inciso 3 \$ 5.194.498,00 (20,66%).

El crédito vigente, al cierre del ejercicio; fue de \$ 23.311.896,00; es decir, se redujo el presupuesto original en \$ 1.827.970,00, lo cual implica una reducción sobre el presupuesto total aprobado de un 7,27%.

La distribución por inciso del crédito vigente del año 2003 fue la siguiente: inciso 1 \$17.277.363,00 (74,11%); inciso 2 \$ 1.727.444,00 (7,41%); e inciso 3 \$ 4.307.089,00 (18,48%).

Con respecto al presupuesto original aprobado, en tanto que los incisos 2, y 3 disminuyeron (inciso 2 - \$ 1.067.779,00 e inciso 3 - \$ 887.409,00); el inciso 1 fue incrementado en \$127.218,00.

Con dicho incremento se totalizó el crédito vigente del inciso 1 de \$ 17.277.363,00; el cual comparado con el presupuesto total ejecutado del inciso 1 en el ejercicio 2002 de \$ 10.655.449,00, representa un incremento de \$ 6.621.914,00; lo cual indica un incremento sobre las partidas destinadas a remuneraciones del personal de 62,14% con respecto a las remuneraciones efectivas del personal correspondientes al ejercicio 2002, de acuerdo a la cuenta de inversión de dicho año.

En el transcurso del año 2003, no se efectuaron incrementos remuneratorios, ni tuvieron lugar nuevas designaciones en la planta de personal, que justifiquen el incremento presupuestario efectuado.

| METAS FISICAS AÑO 2002                      |        | CANTIDAD (1) |  | CANTIDAD (2) |  | EJECUCION  |
|---------------------------------------------|--------|--------------|--|--------------|--|------------|
| SERVICIO PUBLICO PRIMARIO                   | UNIDAD | PROYECTADA   |  | INFORMADA    |  | PORCENTUAL |
| DAR PRESTACIONES DE ODONTOLOGIA             | PREST. | 10.266,0     |  | 7.409,0      |  | 72,17%     |
| ATENDER PACIENTES EN MEDICINA               |        |              |  |              |  |            |
| INTERNACION - PSICOPATOLOGIA Y SALUD MENTAL | EGRESO | 2.262,0      |  | 1.185,0      |  | 52,39%     |
| INTERNACION - OTROS                         | EGRESO | 144,0        |  | 144,0        |  | 100,00%    |
| AMBULATORIO - PSIQUIATRIA                   | CONS.  | 89.871,0     |  | 40.160,0     |  | 44,69%     |
| AMBULATORIO - OTROS                         | CONS.  | 30.579,0     |  | 9.116,0      |  | 29,81%     |
| ATENDER PACIENTES EN CIRUGIA                |        |              |  |              |  |            |
| INTERNACION - CIRUGIA GENERAL               | EGRESO | 130,0        |  | 126,0        |  | 96,92%     |
| INTERNACION - OTROS                         | EGRESO | 46,0         |  | 505,0        |  | 1097,83%   |
| AMBULATORIO CIRUGIA GENERAL                 | CONS.  | 21.568,0     |  | 4.307,0      |  | 19,97%     |

(1) FUENTE: PRESUPUESTO PLURIANUAL JURISDICCION 40 SECRETARIA DE SALUD - METAS FISICAS AÑOS 2000-2001-2002-2003

(2) FUENTE: INFORMACION SUMINISTRADA POR EL HOSPITAL - FECHA 18-12-2003

**INFORMACION METAS AÑO 2002 - MOVIMIENTO HOSPITALARIO (3)**

**PSICOPATOLOGIA:**

|                   |       |
|-------------------|-------|
| INGRESOS          | 1.218 |
| EGRESOS           | 1.195 |
| PASES             | 1.415 |
| EGRESOS MAS PASES | 2.610 |

**CIRUGIA**

|                         |    |
|-------------------------|----|
| CIRUGIA GENERAL         | 82 |
| CIRUGIA GENERAL EGRESOS | 77 |
| CIRUGIA OTROS           | 27 |

**CLINICA MEDICA**

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| INTERNACION INGRESOS + PASES | 134 |
| EGRESOS                      | 128 |

**AMBULATORIOS**

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| PSICOTERAPIA INDIVIDUAL | 40.994 |
| PSICOTERAPIA GRUPAL     | 583    |
| PSICOTERAPIA FAMILIAR   | 2.217  |

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| PSICOPROFILAXIS INDIVIDUAL | 1.352 |
| PSICOPROFILAXIS GRUPAL     | 4     |
| PSICOPROFILAXIS FAMILIAR   | 693   |

|                                |         |
|--------------------------------|---------|
| PSICODIAGNOSTICO               | 1.079   |
| CONSULTAS SALUD MENTAL         | 834     |
| CONSULTAS PSIQUIATRICAS        | 28.766  |
| TERAPIA OCUPACIONAL INDIVIDUAL | 9.467   |
| TERAPIA OCUPACIONAL GRUPAL     | 16.289  |
| MUSICOTERAPIA INDIVIDUAL       | 1.137   |
| MUSICOTERAPIA GRUPAL           | 1.938   |
| INTERCONSULTA                  | 7.139   |
| TOTAL OTROS AMBULATORIOS       | 112.492 |

LA COMPARACION DE LA PRODUCCION PRESUPUESTADA (1) E INFORMADA ( 2 y 3 ) SE VE DIFICULTADA POR RESULTAR DE METODOLOGIAS DIFERENTES DE REGISTRACION DE DATOS.

## VI – PROCEDIMIENTOS

### VI.1 - INTERNACION

Análisis de una muestra de historias clínicas de pacientes internadas ingresadas al establecimiento en el transcurso del año 2002.

Las pacientes internadas provienen de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un 63%, de la Provincia de Buenos Aires, en un 28%, de la Provincia de Córdoba en un 1% y no consigna lugar de origen un 8%.

Las pacientes internadas disponen de Obra Social, en un 26% de los casos, de ellos el 65% corresponde a PAMI, y el resto a otras Obras Sociales.

. Historias legales. Análisis de los diagnósticos, tratamientos, rehabilitación, terapias psicológicas. Evolución y trayectoria de las pacientes integrantes de la muestra seleccionada.

**Cuadro 1 Movimiento de Internación 2002**

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| <b>Ingresos</b>                   | <b>1218</b>    |
| <b>Ingresos + pases</b>           | <b>2633</b>    |
| <b>altas-defunciones</b>          | <b>1195</b>    |
| <b>Pases</b>                      | <b>1415</b>    |
| <b>Egresos + Pases</b>            | <b>2610</b>    |
| <b>Días cama disponible</b>       | <b>553.734</b> |
| <b>Pacientes días</b>             | <b>538.197</b> |
| <b>Promedio camas disponibles</b> | <b>1517.08</b> |
| <b>Promedio pacientes días</b>    | <b>1474.51</b> |
| <b>Porcentaje camas ocupadas</b>  | <b>97.19</b>   |
| <b>Promedio de Permanencia</b>    | <b>450.37</b>  |
| <b>Giro/cama</b>                  | <b>0.79</b>    |
| <b>Tasa de Mortalidad</b>         | <b>4.94</b>    |
|                                   |                |

Fuente: "Movimiento Hospitalario" Dirección General de Sistemas de Información en Salud.  
Secretaría de Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

#### Lectura y análisis de historias clínicas

El procedimiento fue efectuado a partir de la solicitud de 100 historias clínicas, sobre un total de 216 pacientes ingresadas al hospital en el transcurso del año 2002.

Su selección fue efectuada al azar, sobre la base de datos de las pacientes internadas, según los registros de la División Estadísticas.

La muestra total de 100 historias, se integró con pacientes de 20 de los 23 pabellones habitables. Las historias clínicas son generadas por numeración correlativa, conforme la fecha de ingreso al establecimiento. Se reconocen, con igual numeración, dos tipos de historias:

1- La historia clínica correspondiente a los datos personales de las pacientes, diagnóstico presuntivo al ingreso, diagnóstico definitivo, antecedentes de la enfermedad, exámenes psiquiátrico, físico y complementarios, tratamientos efectuados: farmacológicos, psicológicos, psiquiátricos, terapia grupal y familiar, rehabilitación, controles psiquiátricos, médicos y exámenes complementarios; direccionalidad del paciente desde su ingreso por guardia, egresos transitorios, tratamientos ambulatorios, derivaciones a otros establecimientos para internación, hospital de día, de noche, casas de medio camino. defunción, motivos del fallecimiento. Alta definitiva.

2- La historia legal de cada paciente internada, la cual es conservada en la División Estadísticas.

En la misma se consignan todos los antecedentes relativos al juzgado interviniente, comunicaciones del hospital al juzgado, y viceversa; permisos de salida, evaluación social y familiar, traslados, informe clínico, curador e informes de la curaduría.

De las 100 Historias clínicas fueron solicitadas 19, como muestra de sus características, su llenado, y conservación.

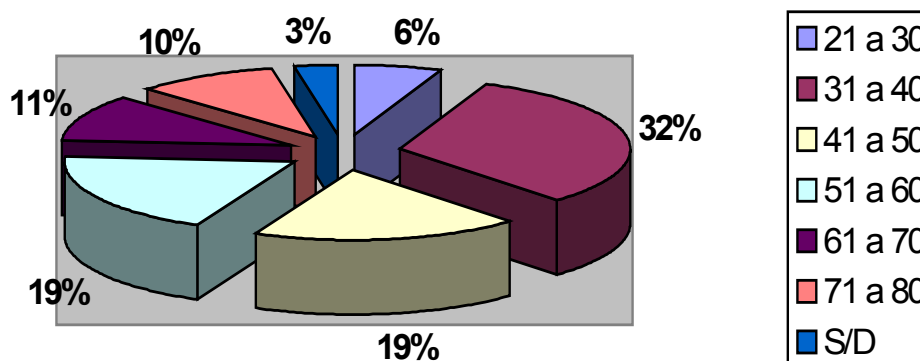
## CUADRO 2. RESUMEN DE LOS DATOS CONTENIDOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS

|                                           | consiga   | no consigna |
|-------------------------------------------|-----------|-------------|
| Fecha de Nacimiento                       | 97        | 3           |
| Fecha de Internación                      | 90        | 10          |
| Ultima Reinternación                      | 47        | 53          |
| Datos de identificación                   | 98        | 2           |
| Datos sobre su grupo familiar             | 87        | 13          |
| Motivo de internación                     | 97        | 3           |
| Consentimiento familiar                   | 85        | 15          |
| Firma y Sello (profesionales interv.)     | 95        | 5           |
| Firma y sello del representante legal     | 94        | 6           |
| Antecedentes /enfermedad actual           | 91        | 9           |
| Intervención del Servicio Social (2)      | 100       | 0           |
| Antecedentes familiares                   | 93        | 7           |
| Examen Psiquiatrico                       | 97        | 3           |
| Examen Fisico completo                    | 98        | 2           |
| Exámenes complementarios solicitados      | 97        | 3           |
| Exámenes complementarios efectuados       | 97        | 3           |
| Diagnostico Presuntivo                    | 99        | 1           |
| Diagnostico definitivo                    | 86        | 14          |
| Se cumple C/indicaciones farmacoterapeut. | 92        | 8           |
| Realiza ppsicoterapia individual          | 65        | 35          |
| Realiza psicoterapia grupal               | 9         | 91          |
| Realiza psicoterapia familiar             | 5         | 95          |
| Participa de talleres                     | 3         | 97          |
| Controles psiquiátricos diarios           | 33        | 67          |
| Controles psiquiatricos mensuales         | 5         | 95          |
| Controles médicos-clínicos s/periodicidad | 2         | 98          |
| Pases consultorios externos               | 1         | 99          |
| Pases guardia                             | 91        | 9           |
| Pases admisión                            | 60        | 40          |
| Control por Dirección                     | 13        | 87          |
| Pabellón                                  | 88        | 12          |
| Hospital de día                           | 2         | 98          |
| Hospital de noche                         | 1         | 99          |
| <b>Egresos definitivos</b>                | <b>2</b>  |             |
| <b>Egresos transitorios</b>               | <b>58</b> |             |
| <b>Consultorio ambulatorio</b>            | <b>2</b>  |             |
| <b>Hospital de día</b>                    | <b>2</b>  |             |
| <b>Hospital de noche</b>                  | <b>0</b>  |             |
| <b>Casa de medio camino</b>               | <b>0</b>  |             |
| <b>Defunción</b>                          | <b>2</b>  |             |
| <b>Figura el motivo</b>                   | <b>2</b>  |             |

### Resultados de la evaluación de las historias clínicas (ver Anexo 1 cuadro A)

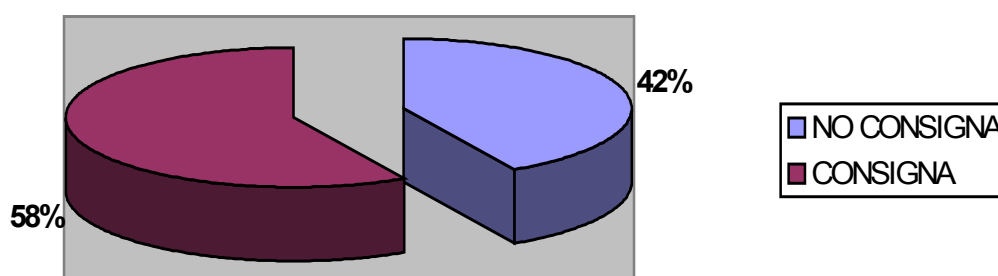
- Las historias clínicas son legibles en el 100% de los casos
- De la lectura se comprobó que las historias cumplen con la estructura requerida, y se encuentran actualizadas a la fecha del procedimiento.
- Se verifican re-internaciones sucesivas en un 47% de las historias analizadas.
- La edad promedio de la muestra es de 48 años y 8 meses.

**GRAFICO 1**  
**DISTRIBUCION ETAREA**



- Están consignados los diagnósticos clínicos presuntivos en el 99% de los casos y los diagnósticos definitivos en el 86%.
- Existen varias nomenclaturas para una misma patología. Cada servicio utiliza la clasificación que le dicta su formación, criterio y experiencia. No existe una directiva que unifique los criterios clínicos psiquiátricos de los jefes de Servicio.
- Están consignados los tratamientos farmacológicos, en el 92% de la muestra.
- Los tratamientos psicoterapéuticos están consignados en el 65% de los casos en la Psicoterapia individual y un 5% en la Psicoterapia Grupal.
- Se consignan egresos transitorios en un 58% de los casos.

**GRAFICO 2**  
**EGRESOS TRANSITORIOS**



- En dos casos el alta es definitiva, ambas corresponden al fallecimiento de las pacientes.

Las pacientes con alta transitoria, continúan su tratamiento ambulatorio en el pabellón de origen, el que actúa como consultorio externo, efectuando un seguimiento de la paciente (tratamiento psiquiátrico, psicológico, y farmacológico).

Las correspondientes a pacientes con alta definitiva, o fallecidas, fueron solicitadas a la División Estadísticas.

## VI.2 - PERSONAL DE INTERNACIÓN

La evaluación del personal de internación se realizó a través de indicadores estadísticos y estándares asistenciales vigentes.

- Ver Anexo 1, cuadro B

Las normas emitidas por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Dirección de Control del Ejercicio Profesional y de Establecimientos Sanitarios para "Salud Mental".

*Resolución Ministerial N° 1121- 12-11-86 . B. Int: N°. 296 29-12-86 Año 6 - Tomo 6*

- Ver Anexo 1

Dicha norma establece con respecto al porcentaje de horas PROFESIONALES que: "no menos del 50 % de sus horas deberán estar a cargo de aquellos vinculados con la salud mental"

De acuerdo a los indicadores tomados como base, faltan horas asignadas a psicología enfermería, asistencia social, terapia ocupacional y musicoterapia. ver Anexo 1.

Las horas profesionales incluyen aquellas dedicadas a la docencia, investigación y asistencia a congresos.

No existen Grupos de Reflexión, grupos Ballint, u otras instancias preventivas para detectar procesos de desgaste psicológico del personal (Síndrome Burnout). No es posible hacer una evaluación de las probables limitaciones progresivas o existentes en la capacidad prestacional del personal médico y de enfermería.

Se verifica que, del total de la planta de personal del Hospital, sólo el 3.31% corresponde a Psicólogos, el 2.31% a profesionales del Servicio Social, y el 1.44% a profesionales afectados a tareas de rehabilitación.

Considerando sus características etáreas, capacitación y funciones efectivamente cumplidas, el personal de enfermería es insuficiente.

Las enfermeras cumplen con tareas que no son parte de su función específica, como tareas de mucama, debido a la falta de personal de esa categoría.

El Hospital, ante la falta de personal de enfermería, utiliza el sistema de módulos. Si bien este mecanismo debiera ser un paliativo ante situaciones de emergencia, su utilización es generalizada,

produciendo un severo desgaste psicofísico del personal, incremento del ausentismo y del estrés por las características prestacionales de la función.

**CUADRO 3. HORAS PROFESIONALES – CANTIDAD DE CAMAS X PABELLÓN (19-5- 2003)**

|    | PABELLONES       | Cant. Camas según Hosp. | Cant. Camas s-auditoria | Hs.(1) Médicas | Hs.(1) Psicol. | Hs. Asist. Social (1) | Otros prof.(1) |
|----|------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|----------------|-----------------------|----------------|
| 1  | BOSCH 1 P        | 70                      | 62                      | 40             | 24             | 12                    | -              |
| 2  | BOSCH 2 P        | 83                      | 83                      | -              | 24             | 16                    | -              |
| 3  | CIRUGÍA          | 16                      | 16                      |                | -              | -                     | -              |
| 4  | ESQUIROL         | 52                      | 61                      | 40             | 40             | 24                    | 6              |
| 5  | GRIESSINGER      | 93                      | 95                      | 40             | 40             | 12                    | -              |
| 6  | MAGNAN           | 50                      | 48                      | 36             | 76             | -                     | -              |
| 7  | PINEL A          | 49                      | 56                      | 40             | 40             | 10                    | -              |
| 8  | PINEL B          | 65                      | 63                      | 40             | 24             | 40                    | -              |
| 9  | RIGLOS 1º P      | 48                      | 53                      | 40             | 40             | -                     | -              |
| 10 | RIGLOS 2º P      | 86                      | 87                      | 52             | -              | 15                    | -              |
| 11 | RIGLOS P. B      | 42                      | 51                      | 40             | -              | -                     | -              |
| 12 | SAN JUAN         | 44                      | 48                      | -              | -              | -                     | -              |
| 13 | SANTA ISABEL     | 70                      | 39                      | 52             | -              | 16                    | -              |
| 14 | SANTA ROSA       | 54                      | 84                      | 40             | 40             | 12                    | -              |
| 15 | SANTA MARIA      | 51                      | 40                      | -              | 24             | -                     | -              |
| 16 | T. V. S. 1º PISO | 108                     | 118                     | 80             | 15             | 20                    | -              |
| 17 | T. V. S. 2 PISO  | 107                     | 109                     | 64             | -              | 20                    | -              |
| 18 | T. V. S. P. B    | 95                      | 91                      | 52             | -              | 20                    | -              |
| 19 | T.C.Plazo        | 30                      | 30                      | 88             | 40             | 24                    | 72             |
| 20 | T. V. S 3 PISO   | 59                      | 60                      | 40             | 40             | 20                    | -              |
| 21 | CLINIC. MEDIC    | 22                      | 21                      |                |                |                       |                |
| 22 | GINECOLOGIA      | 16                      | 15                      |                |                |                       |                |
| 23 | GUARDIA          | 8                       | 8                       |                |                |                       |                |
| 24 | ADMISIÓN         | 16                      | 16                      |                |                |                       |                |
| 25 | EMERGENCIA       | 14                      | 14                      |                |                |                       |                |
| 26 | GERONTO PSIQ     | 20                      | 27                      |                |                |                       |                |
| 27 | HOSP. NOCHE      | 24                      | 24                      |                |                |                       |                |
|    | TOTALES          | 1392                    | 1419                    | 784            | 467            | 261                   | 78             |

Fuente: Camas: proporcionada por la Sub-Dirección del Hospital (Planilla Resumen Diario del Censo), Corte realizado el día 19-05-03.

Horas médicas según datos aportados por los jefes de servicio de cada pabellón.

(2) No se computan los servicios correspondientes a especialidades no psiquiátricos, toda vez que los mismos exceden el marco de los parámetros definidos en los indicadores utilizados.

(3) No se han computado las horas de conducción.

**CUADRO 4. CAMAS X PABELLÓN-HORAS DE ENFERMERÍA**

|    | PABELLONES       | Recuento de camas auditoría | Hs. Estándar s/indicadores | Hs. Enfer. Inf. S/hospital | distribución | Faltante horas enfermer |
|----|------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|-------------------------|
| 1  | BOSCH 1 PISO     | 62                          | 336                        | 270                        | Inadecuada   | 66                      |
| 2  | BOSCH 2 PISO     | 83                          | 504                        | 234                        | Inadecuada   | 270                     |
| 3  | CIRUGÍA          | 16                          |                            |                            |              |                         |
| 4  | ESQUIROL         | 61                          | 336                        | 222                        | Inadecuada   | 114                     |
| 5  | GRIESSINGER      | 95                          | 504                        | 276                        | Inadecuada   | 228                     |
| 6  | MAGNAN           | 48                          | 336                        | 234                        | Inadecuada   | 102                     |
| 7  | PINEL A          | 56                          | 336                        | 234                        | Inadecuada   | 102                     |
| 8  | PINEL B          | 63                          | 336                        | 192                        | Inadecuada   | 144                     |
| 9  | RIGLOS 1º PISO   | 53                          | 336                        | 252                        | Inadecuada   | 84                      |
| 10 | RIGLOS 2º PISO   | 87                          | 504                        | 264                        | Inadecuada   | 240                     |
| 11 | RIGLOS P. BAJA   | 51                          | 336                        | 204                        | Inadecuada   | 132                     |
| 12 | SAN JUAN         | 48                          | 336                        | 174                        | Inadecuada   | 162                     |
| 13 | SANTA ISABEL     | 39                          | 168                        | 264                        | adecuada     | -96                     |
| 14 | SANTA ROSA       | 84                          | 504                        | 264                        | Inadecuada   | 240                     |
| 15 | SANTA MARIA      | 40                          | 168                        | 204                        | adecuada     | -36                     |
| 16 | T. V. S. 1º PISO | 118                         | 504                        | 300                        | Inadecuada   | 204                     |
| 17 | T. V. S. 2 PISO  | 109                         | 504                        | 234                        | Inadecuada   | 270                     |
| 18 | T. V. S. P. B    | 91                          | 504                        | 318                        | Inadecuada   | 186                     |
| 19 | T. C. PLAZO      | 30                          | 168                        | 204                        | adecuada     | -36                     |
| 20 | T. V. S 3 PISO   | 60                          | 336                        | 222                        | Inadecuada   | 114                     |
| 21 | CLINICA MEDICA   | 21                          |                            |                            |              |                         |
| 22 | GINECOLOGÍA      | 15                          |                            |                            |              |                         |
| 23 | GERONTO-PSIQ     | 27                          |                            |                            |              |                         |
| 24 | Guardia          | 8                           |                            |                            |              |                         |
| 25 | ADMISIÓN         | 16                          |                            |                            |              |                         |
| 26 | EMERGENCIA       | 14                          |                            |                            |              |                         |
| 27 | HOSOP. NOCHE     | 24                          |                            |                            |              |                         |
|    | TOTALES          | 1419                        | 7056                       | 4.566                      |              | 2490                    |

(indicador 1 enf. c- 40 camas)

1) No se computan los servicios correspondientes a especialidades no psiquiátricas, toda vez que los mismos exceden el marco de los parámetros definidos en los indicadores utilizados.

2) Se tomó como parámetro el indicador OPS (CUADRO F), en razón de ser sus requerimientos menores a los establecidos por la Resolución 1121/86 MSAS (Nación).

El personal de enfermería, sin considerar sus características étareas, capacitación y funciones efectivamente cumplidas, es insuficiente; parte de la dotación se encuentra fuera de la atención de pacientes, por tareas de conducción, por prestar servicio en áreas de administración, por tener asignadas tareas livianas por la Dir. de Medicina del Trabajo; personal en comisión, horas de enfermería asignadas a labores de docencia y capacitación, y aquellas que cumplen funciones gremiales

Con relación a los tratamientos psicoterapéuticos farmacológicos determinados para cada paciente, no existen garantías que a las pacientes se les suministren correctamente los tratamientos

prescriptos, ya que es insuficiente el control efectuado además del escaso personal asignado a tal efecto.

**CUADRO 5. INDICADORES para mediano y largo plazo**  
COMPARATIVO ENTRE LAS HORAS EXISTENTES Y LOS INDICADORES

| <b>Recursos Humanos<br/>(RR:HH)</b> | <b>Cantidad horas<br/>existentes<br/>(cuadros 7 y 8)</b> | <b>Indicadores<br/>Ministerio de<br/>Salud Nación</b> | <b>Cantidad<br/>Faltante</b> | <b>Indicadore<br/>s<br/>O.P.S</b> | <b>Cantida<br/>d<br/>faltante</b> |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Médicos Psiq.</b>                | <b>784</b>                                               | <b>122</b>                                            | <b>662+</b>                  | <b>586</b>                        | <b>198+</b>                       |
| <b>Psicólogos</b>                   | <b>467</b>                                               | <b>122</b>                                            | <b>345+</b>                  | <b>878</b>                        | <b>411-</b>                       |
| <b>Enfermeras</b>                   | <b>4.566</b>                                             | <b>10.248</b>                                         | <b>5.682-</b>                | <b>6.149</b>                      | <b>1.583-</b>                     |
| <b>Asistentes Soc.</b>              | <b>261</b>                                               | <b>732</b>                                            | <b>471-</b>                  | <b>878</b>                        | <b>617-</b>                       |
| <b>Terapistas Oc.</b>               | <b>216</b>                                               | <b>732</b>                                            | <b>516-</b>                  | <b>878</b>                        | <b>662-</b>                       |
| <b>Musicoterapistas</b>             | <b>78</b>                                                | <b>732</b>                                            | <b>654-</b>                  | <b>878</b>                        | <b>800-</b>                       |

Fuente: Indicadores del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y de la Organización Panamericana de la Salud, con relación al número de horas del hospital

Si bien pueden asistirse a los pacientes adecuadamente en su aspecto psiquiátrico-terapéutico farmacológico, no así en lo referente a su rehabilitación y recuperación social, ya que es imposible realizarla con tan pocas horas profesionales de asistentes sociales, terapistas ocupacionales y musicoterapistas, respecto a la cantidad de pacientes.

Los egresos se realizan a través de altas transitorias, a efectos de dar lugar a nuevos ingresos con orden judicial, no pudiendo negar el Hospital su internación, por riesgo de incurrir en desacato, o en la figura de abandono de paciente.

Están a cargo del servicio social todas aquellas diligencias, trámites en los juzgados, caja de jubilación, obra social, seguimiento de la paciente internada por cuadros agudos que requieran de tratamientos, intervenciones, o prácticas en otros hospitales; gestiones racionadas con la atención clínica especializada que motiva traslados a dichos establecimientos; documentación respaldatoria para agregar en la historia clínica de la paciente.

Se brinda al paciente externado la continuidad de su medicación que acompaña el tratamiento y el control terapéutico y psicológico por consultorios externos

.No así el seguimiento domiciliario del paciente por un profesional, a efectos de intentar evitar su reinternación. Esto genera un ciclo repetitivo con alto costo social para las pacientes y sus familias; con significativas consecuencias económicas para el hospital, considerando la diferencia de costo existente entre un paciente internado, o externado.

### VI.3 - CONSULTORIO EXTERNO DE PACIENTES AGUDOS

#### ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN, DISTRIBUCIÓN Y CONCENTRACIÓN HORARIA

Concentración Horaria y producción, de acuerdo a las horas profesionales disponibles.

Se analiza una muestra, correspondiente a la semana del 03-03-03 al 08-03-03 (inclusive).

#### CUADRO 6

##### ANALISIS PRODUCCION SEMANAL

|                                            | LUNES     | MARTES    | MIÉRCOLES | JUEVES    | VIERNES   | SABADO   | TOTAL     |
|--------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| TOTAL PACIENTES ATENDIDOS                  | 153       | 117       | 142       | 98        | 149       | 17       | 676       |
| TOTAL HORAS MEDICAS REALES                 | 120:00:00 | 111:00:00 | 135:00:00 | 78:00:00  | 101:00:00 | 32:00:00 | 577:00:00 |
| TOTAL HORAS MEDICAS PROGRAMADAS            | 146:00:00 | 154:00:00 | 151:00:00 | 147:00:00 | 157:00:00 | 32:00:00 | 755:00:00 |
| NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES PRESENTES    | 17        | 15        | 18        | 10        | 13        | 4        | 77        |
| NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL SERVICIO |           |           |           |           |           |          | 29        |

Se analizaron planillas de Informe Diario de Consultas Psiquiátricas del Consultorio Externo de pacientes agudos del Servicio de Psicopatología y Salud Mental.

Se registran los pacientes en una planilla única, que circula por cada uno de los consultorios, una vez finalizadas las consultas del día, lo que origina un sub-registro, debido a que los profesionales no siempre asientan la información de los pacientes atendidos.

La División Estadística con el resumen de las planillas diarias confecciona un registro mensual de Consultorio Externo de Agudos.

Estos datos, se transcriben en una planilla mensual que incluye todos los servicios del Hospital, y es remitida a la Secretaría de Salud.

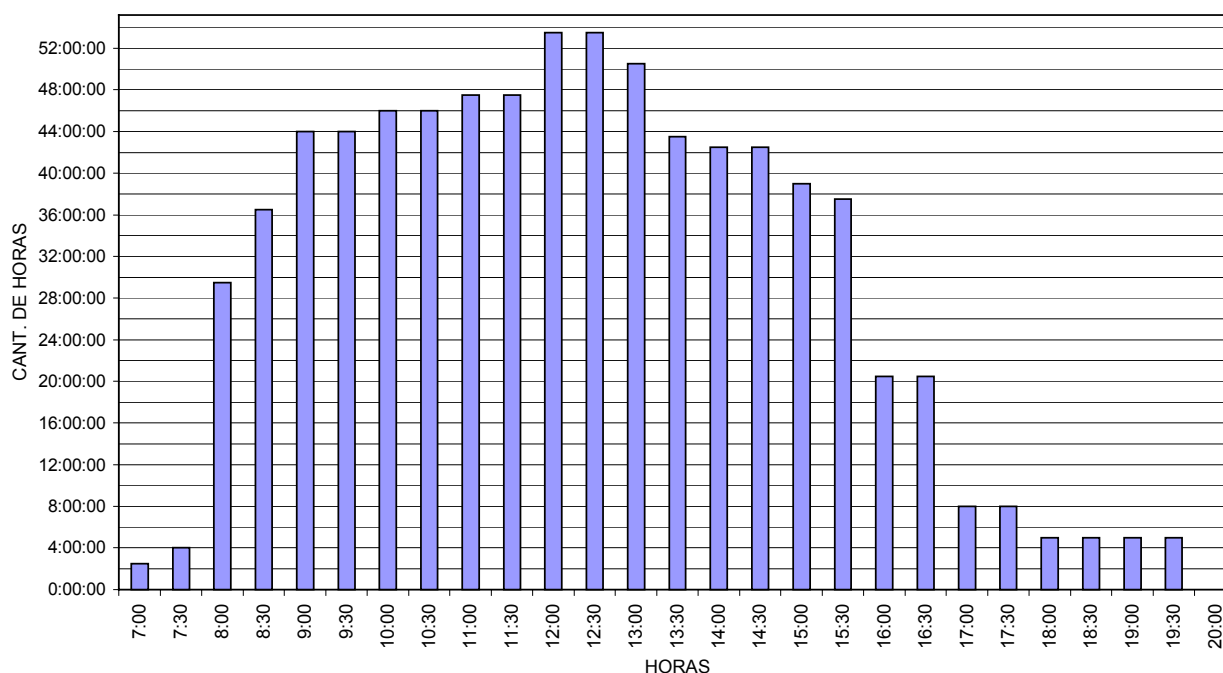
Del análisis de la información de la planilla única, no hay coincidencia con el contenido de la planilla resumen diario registrado por la División Estadística.

De la información registrada en el Movimiento Hospitalario, se desprende que las consultas de consultorio externo de pacientes agudos y crónicas se acumulan en un mismo registro, no pudiéndose diferenciar cual corresponde a cada uno de los servicios.

Esta unificación de registros genera imposibilidad de efectuar estadísticas precisas con relación a cada uno de los servicios, no pudiéndose tomar decisiones respecto a la distribución horaria del personal profesional, y la concentración de pacientes.

**GRAFICO 3**

**DISTRIBUCION Y CONCENTRACION  
HORARIA SEMANAL**



El gráfico 1 indica la concentración de horas semanales en el rango de 07 hs. a 20 hs. pudiendo observarse la mayor concentración entre las 11 hs. y las 13 hs.

**VI.4 - RECONOCIMIENTOS MÉDICOS, Y LICENCIAS.**

El registro de las inasistencias del personal por enfermedad, licencia ordinaria, licencia anual (vacaciones), francos compensatorios, por examen, congresos, u otros motivos, se efectúa en una ficha confeccionada por agente, donde constan los días, y las causas de las ausencias, de acuerdo al detalle preimpreso en las mismas.

Los formularios de solicitud y autorización son archivados en diferentes biblioratos.

La planilla certificante emitida con el informe de la Dirección Medicina del Trabajo, debería ser el instrumento de control con los registros de la solicitud de licencias médicas del Hospital, procediéndose luego a su archivo.

Desde el mes de Septiembre del año 2002, no se reciben en el Hospital dichas planillas, lo cual no permite la realización de controles, habilitando la posibilidad de errores u omisiones.

- No se registran las inasistencias no justificadas.

- Falta de correlación de la numeración de los memorandos médicos entregados al personal por el Hospital para el otorgamiento de las licencias médicas, la cual consta en el formulario 7-3007 Imprenta de la Ciudad, con numeración preimpresa.
- Falta de un libro rubricado y foliado, en el que se consigne diariamente los memorandos médicos remitidos o enviados por fax desde el hospital a reconocimientos médicos
- Falta de control de los días de licencia por largo tratamiento.

#### **VI.5 - CONTROL DE PRESENTISMO. ASISTENCIA, PUNTUALIDAD Y PERMANENCIA**

##### **OBJETO DEL CONTROL:**

Este procedimiento fue incluido como consecuencia de las inconsistencias observadas en la Oficina de Personal, tal como fuere descripto en el informe de relevamiento.

En forma concordante, el procedimiento de control de las licencias médicas incluido en el presente informe, confirmó las debilidades observadas.

Este procedimiento se funda, no sólo en el control del personal, sino de quien es responsable de dicha función: la Oficina de Personal. Ver Anexo 1, CONTROL DE PRESENTISMO

De los 469 agentes afectados a tareas en el Hospital (65,59% del total) en el momento del procedimiento, se tomó una muestra de 75 planillas individuales de firmas.

Control de presentismo y del control interno de la oficina de personal.

fecha de realización: 20 de octubre de 2003 - horario DE INICIO 07:00 HORAS.

A efectos del cómputo de observaciones, se asignaron los siguientes códigos:

CÓDIGO 1: falta firma del día

CÓDIGO 2: falta firma de otros días

CÓDIGO 3: falta justificación de ausencias

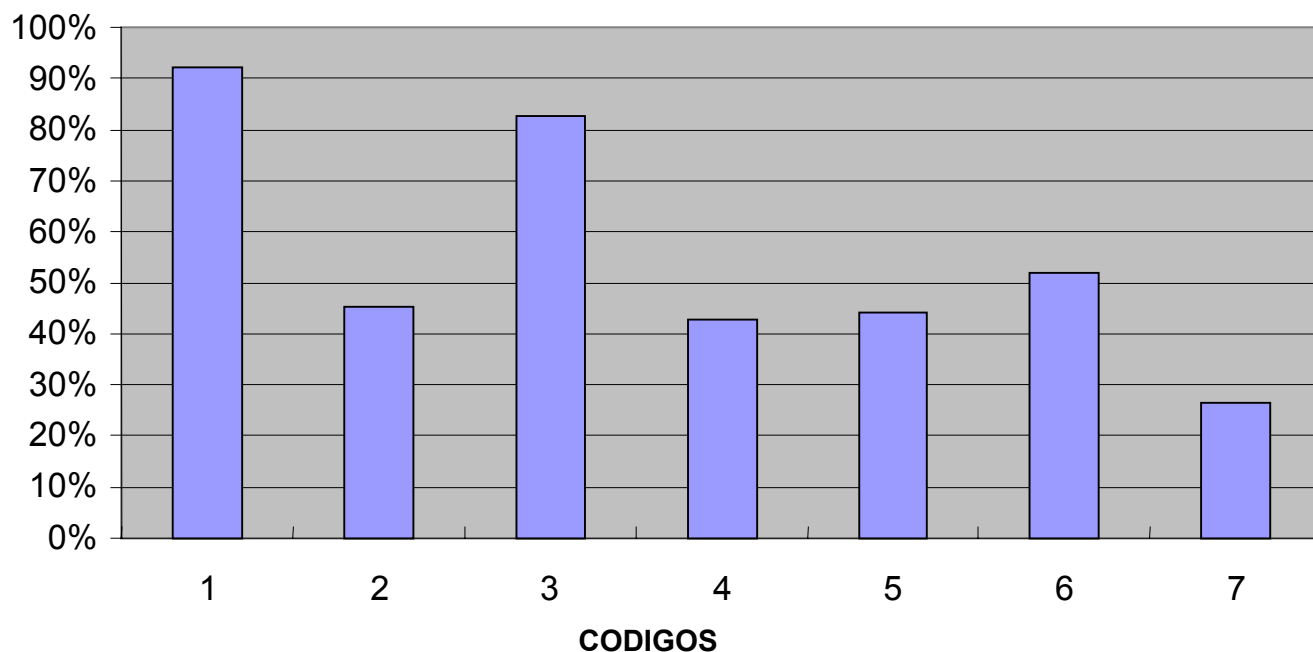
CÓDIGO 4: falta anulación de renglones sin firma

CÓDIGO 5: divergencias horarias de firma y horarios determinados según el hospital.

CÓDIGO 6: datos incompletos de los agentes: lugar de desempeño horario profesión

CÓDIGO 7: falta de llenado de recuadro con horarios profesionales semanales.

**GRAFICO 4**



- No se registra la firma del día del control en las carpetas respectivas, en 69 casos, que representan un 92,00% de las fichas de personal seleccionadas por tal motivo.
- No se registra la firma de los agentes en días previos al control, en 34 casos, que representan un 45,33% de las fichas de personal seleccionadas.
- No se justifican las ausencias en el día del control, en 62 casos, que representan un 82,67% de las fichas de personal seleccionadas.
- Falta anulación de los renglones sin firma en 32 casos, que representan un 42,67% de las fichas de personal seleccionadas.
- No existe coincidencias de horarios entre los registrados en la ficha por el Hospital, y los efectivamente cumplimentados por el agente, en 33 casos, que representan un 44,00% de las fichas de personal seleccionadas.
- No existen datos completos en las fichas de personal seleccionadas en 39 casos, que representan un 52,00%.
- No se completa en las fichas de personal seleccionadas, los datos de los horarios de los profesionales, al pie de la ficha en 20 casos, que representan un 26,67% de los casos.

## VI.6 - PLANTA FÍSICA (ver ANEXO 2)

Este procedimiento fue definido a efectos de actualizar la información en lo atinente a obras y modificaciones sobre la planta física, con respecto al informe de relevamiento.

Meritar el estado del mantenimiento de los pabellones, y determinar el cumplimiento de las normas e indicadores referidos a la disposición de la cantidad de camas, con relación a las superficies de los mismos.

Como consecuencia de la evolución de los diferentes enfoques terapéuticos, y modalidades de atención, se readaptaron las distintas estructuras existentes. Ello, sumado a la falta de mantenimiento adecuado, condujo a un deterioro edilicio progresivo, causando contradicciones arquitectónicas en la planta física, que generan dificultades en el desarrollo en la atención, estadía y rehabilitación de las pacientes.

Cada servicio funciona de acuerdo a los criterios de su jefatura y a la posibilidad de colaboraciones de que dispongan para la realización de mejoras, generando la contradicción que algunos servicios se encuentren en óptimas condiciones de infraestructura edilicias y de equipamiento, en tanto que otros en un total estado de abandono.

Esto verifica desigualdad e inequidad entre las pacientes dentro del mismo hospital y al aprovechamiento de mayores comodidades para algunas pacientes de acuerdo a la capacidad individual de cada jefe de servicio para obtener los recursos necesarios, en tanto otras carecen de las mínimas condiciones de confort y habitabilidad exigibles en defensa de los derechos humanos de las pacientes sometidas al cuidado del Hospital para su rehabilitación en situaciones dignas.

En general las mayores debilidades detectadas en el relevamiento, eran causadas por la falta de cumplimiento del plan de obras presentado por Mantenimiento, la obsolescencia edilicia, y del equipamiento; incoherencias en los aspectos funcionales, constructivos y de infraestructura, derivadas de la falta de mantenimiento y puesta a cero de las instalaciones, encuadradas en un plan global que contemple al hospital en su integralidad, estableciendo las prioridades que correspondan de acuerdo a la gravedad de las distintas situaciones, y procurando una distribución equitativa de los recursos presupuestarios asignados entre los distintos pabellones.

En este contexto se han verificado desde goteras y filtraciones de los techos, humedades de cimientos, cañerías rotas, falta de vidrios en los ventanales, falta de sistemas de calefacción adecuados y de ventilación, alto grado de hacinamiento en las salas dormitorios, ciellorrasos a punto de colapsar, lozas con estructuras vencidas, ascensores inutilizados por falta de mantenimiento, falta de rampas para acceso de camillas y/o sillas de rueda en los pabellones, falta de prevención y salidas de emergencia por incendios, instalaciones eléctricas obsoletas, cañerías de gas y de agua altamente deterioradas, entre las debilidades más significativas.

Las principales necesidades de los distintos servicios y pabellones son la urgente reparación y puesta a cero de los baños de los pacientes, los que se encuentran con un alto grado de deterioro o que los existentes en cada servicio son insuficientes, ya que se encuentran clausurados gran parte de los mismos.

No obstante lo detallado, el personal afectado a mantenimiento y servicios generales son 110 agentes que representan el 15,85% del total de la planta.

El equipamiento mobiliario se encuentra en malas condiciones, mesas, sillas, escritorios, camas, armarios y todo lo atiniente a ropa blanca, sábanas, colchas, colchones etc.

Es fácilmente detectable la falta de limpieza profunda adecuada para la habitabilidad de las distintas salas, como así también la falta de fumigación con productos de calidad, que permitan erradicar definitivamente insectos que llegan a infectar los colchones, y almohadas generando la necesidad de su cambio por otros nuevos, en un ciclo repetitivo de alto costo económico.

La estructura circulatoria dentro del establecimiento es deficiente debido a las largas distancias existentes entre los pabellones, con falta de caminos peatonales definidos, sin ninguna protección para los días de lluvia, lo cual se ve agravado en las épocas invernales; como así también en las épocas estivales, por la alta incidencia de los rayos solares, sin protección alguna.

No existen ascensores en los pabellones con más de una planta (salvo en el TVS, en el cual solo funciona uno de ellos)

La falta de circulaciones verticales (ascensores), en la mayoría de los pabellones genera serias dificultades para el traslado de los pacientes discapacitados, no existiendo además rampas adecuadas para el traslado de camillas o sillas de rueda.

Existen servicios en los cuales se han debido clausurar salas, incluso pabellones y salas habilitadas con alto riesgo tanto para pacientes como para el personal debido a posibles desprendimientos de revoques, caídas de cielorrasos suspendidos, instalaciones eléctricas, de gas y desagües cloacales en alto grado de deterioro.

La limpieza la realiza una empresa privada, las áreas exteriores se encuentran en un alto grado de abandono y falta de mantenimiento, y en las áreas interiores es insuficiente existe gran cantidad de insectos, chinches, cucarachas etc. en los pabellones.

## OBRAS

Se están realizando las siguientes obras:

Refacción general de la planta baja de pabellón Charcot (foto N° 1, anexo 2)

Reparación de terrazas, cambio de tejas y chapas, zinguerías en los siguientes pabellones (fotos N° 2 a 6, anexo 2):

- RIGLOS

- SAN JUAN
- GRIESSINGER
- PINEL
- TOMASA VELEZ SARSFIELD
- ESQUIROL
- BOSCH

Nuevas baterías de sanitarios en los pabellones

- RIGLOS
- SAN JUAN

Se está reciclando el pabellón Riglos con un crédito BID-GCBA N° 1107/OC-AR

Dirección General de Recursos Físicos en Salud – Secretaría de Salud.

## **INTERNACION**

Algunas salas se encuentran en buen estado de mantenimiento, con una distribución correcta de las camas y con sus correspondientes lugares de guardado individual (foto N° 11 y 12, anexo 2)

El estado de las salas depende del modo particular de cada jefe de gestionar donaciones ya que carecen del aporte de medios por parte del hospital.

En el 80% de las salas se constata exceso de camas no respetando separaciones mínimas entre ellas (fotos N° 13 a 21), los indicadores con respecto a los m<sup>2</sup> correspondientes a las cantidades de camas en su mayoría dan correcto debido a los amplios pasillos centrales (ver procedimiento), pero en la práctica se puede observar la falta de comodidades.

Con la reparación de salas clausuradas se podrían re-acomodar las camas.

Existen pacientes alojados en lugares no adecuados como bajo escalera (foto N° 22, anexo 2).

Algunas salas se encuentran compartidas con comedores o son utilizadas para tender la ropa (foto N° 23 y 24, anexo 2)

## **GENERAL**

Las instalaciones no están preparadas para alojar pacientes discapacitados, falta de sanitarios, rampas, ascensores etc.

No existen rampas de acceso a los pabellones (foto N° 25, anexo 2)

Los pacientes discapacitados que se encuentran en plantas altas no tienen posibilidad de desplazarse por el hospital dependiendo de ser trasladados por camilleros (foto N° 26, anexo 2)

Falta de prevención contra incendios y de salidas de escape en todos los pabellones.

## SALAS DE INTERNACION

Se realizó el relevamiento de las salas tanto de camas en existencia y de los sanitarios.

El recuento sala por sala de las camas en todos los pabellones mostró que existen diferencias entre el parte diario elevado por estadística y el recuento proporcionado por patrimonio.

- Ver Anexo 2, cuadros D y E.

Se pudo observar que las camas se encuentran distribuidas sin las condiciones mínimas requeridas por los indicadores, principalmente no se mantienen las separaciones entre ellas, ni tienen el equipamiento necesario.

Parte del problema de hacinamiento detectado es producto de salas cerradas por no estar en condiciones de ser utilizadas por falta de mantenimiento.

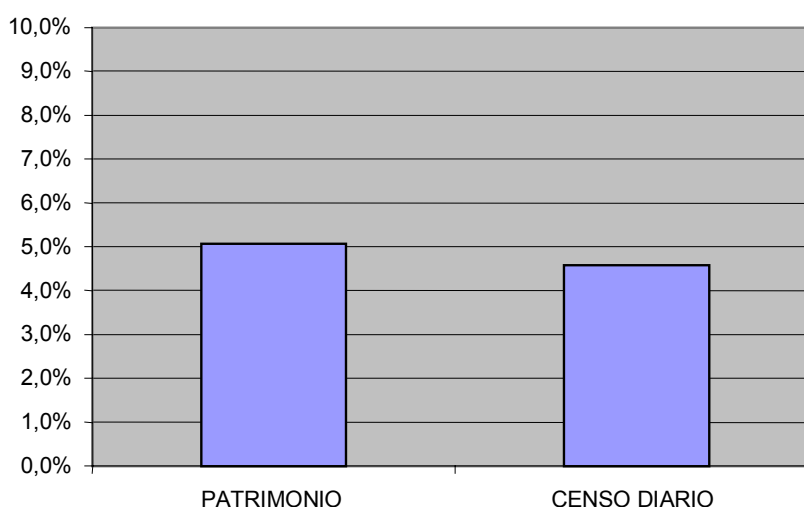
Los sanitarios se encuentran en muy malas condiciones, debido a la falta de mantenimiento durante décadas, con artefactos obsoletos y deteriorados, cañerías obstruidas y falta de agua caliente (ver Informe de Relevamiento)., generando constantes clausuras, provocando grandes dificultades tanto para pacientes como para el personal de enfermería que carece de las instalaciones indispensables.

En el momento de realizar el procedimiento se observó la realización de algunos sanitarios nuevos debiendo reciclarse la totalidad de los mismos.

**GRAFICO 5**

DIFERENCIA EN RECuento DE CAMAS

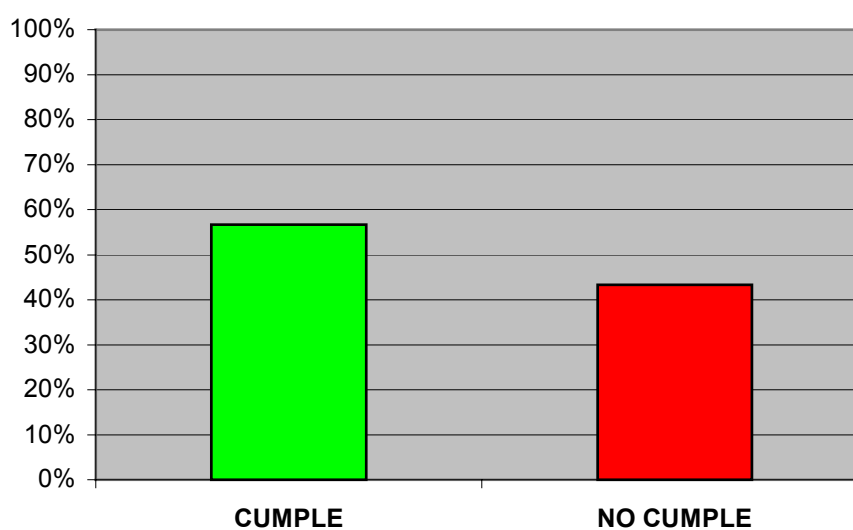
| AUDITOR | PATRIMONIO | CENSO DIARIO |
|---------|------------|--------------|
| 1419    | 1491       | 1484         |
|         | 72         | 65           |
|         | 5,1%       | 4,6%         |



### GRAFICO 6

#### INDICADOR M2

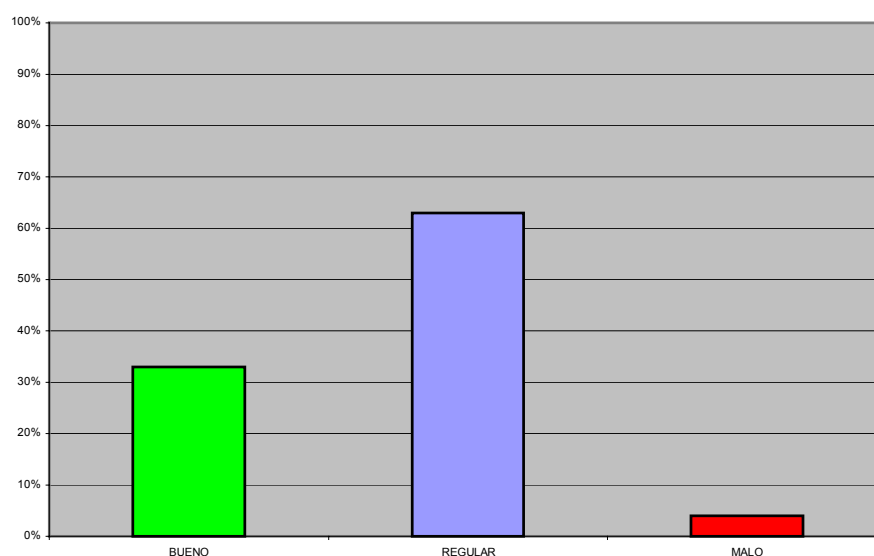
| CANT SALAS | RELEVADO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|------------|----------|--------|-----------|
|            | 30       | 17     | 13        |
|            | 100%     | 57%    | 43%       |



### GRAFICO 7

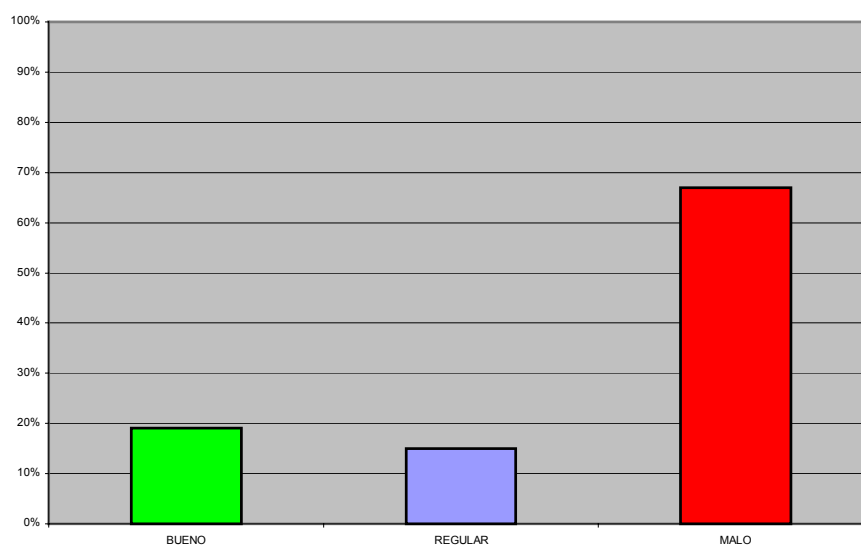
#### MANTENIMIENTO DE SALAS

| BUENO | REGULAR | MALO |
|-------|---------|------|
| 33%   | 63%     | 4%   |



**GRAFICO 8**  
**ESTADO DE SANITARIOS**

| BUENO | REGULAR | MALO |
|-------|---------|------|
| 19%   | 15%     | 67%  |



## VII - OBSERVACIONES

### 1. GENERAL.

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

### 2. INTERNACION.

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

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

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

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

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

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

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

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.

### **3 CONSULTORIOS EXTERNOS**

3.1 No existe una planilla de registro de pacientes por cada uno de los profesionales en consultorio externo de agudos.

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

3.3 Existen diferencias entre los datos registrados en la Planilla única de Consultorio Externo de Agudos y la Planilla resumen mensual de la División Estadística.

3.4 Es inadecuada la unificación del registro en el Movimiento Hospitalario de las consultas de pacientes agudos y crónicas.

3.5 No existe personal administrativo en los Pabellones de pacientes crónicas.

### **4. RECURSOS HUMANOS**

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: (Cuadro 5).

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.

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

- 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.
- 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.
- 4.14. Falta de control de los días acumulados por licencia por largo tratamiento.
- 4.15. Diferencias entre los porcentajes de descuento correspondientes a licencias por largo tratamiento informados a Liquidación de Haberes.
- 4.16. Registro de licencias ordinarias en las fichas del personal, con tachaduras, correcciones o enmiendas.
- 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.
- 4.18. Falta de control en la oficina de personal en los procedimientos internos de registro de inasistencias.
- 4.19. Los legajos del personal del hospital se encuentran a la fecha desactualizado
- 4.20. La Jefatura de Personal se encuentra vacante desde el año 1994, encontrándose a cargo del Jefe de Dpto. Tesorería
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 4.25. La oficina de personal no efectúa controles de puntualidad, asistencia, ingreso, egreso y permanencia del personal que firma las planillas de asistencia

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.

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.

## **5 PLANTA FISICA**

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

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

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

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

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.

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

## **VIII - RECOMENDACIONES**

### **1. GENERAL**

1.1. Implementar un sistema que permita determinar el gasto en personal por cada efector en particular.

### **2. INTERNACION**

2.1. Adoptar medidas conducentes para registrar los tratamientos psicoterapéuticos.

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

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

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

### **3. CONSULTORIOS EXTERNOS**

3.1. Confeccionar una planilla de registro de pacientes por cada uno de los profesionales en Consultorio Externo de Agudos

- 3.2. Implementar el uso de una planilla para el registro diario de las pacientes atendidas en los Pabellones de crónicas ambulatorias.
- 3.3. Registrar correctamente las consultas, tanto por los profesionales de Consultorio Externo de Agudos como por la División de Estadística.
- 3.4. Separar las consultas de pacientes agudos y crónicas en el registro del Movimiento Hospitalario.
- 3.5. Incorporar personal administrativo capacitado en los Pabellones de pacientes crónicas.

#### **4. RECURSOS HUMANOS.**

- 4.1. 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. (Obs. 4.1 y 4.2)
- 4.2. Implementar mecanismos de registración, seguimiento y control en la Oficina de Personal que permitan el cumplimiento adecuado de la normativa.(Obs.4.5 a 4.10,4.12 a 4.19, 4.22 a 4.27)
- 4.3. Evitar la utilización indiscriminada del sistema de francos compensatorios en función de necesidades específicas del Hospital.(Obs. 4.11)
- 4.4. 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.( Obs. 4.21)
- 4.5. Debe designarse un jefe de departamento Personal en forma definitiva, con perfil adecuado; a efectos de ejecutar las funciones establecidas por la normativa vigente.(Obs.4.20)

#### **5 PLANTA FÍSICA**

- 5.1 Adecuar los procedimientos de limpieza a las necesidades reales del hospital.(Obs. 5.1)
- 5.2 Implementar un plan de desinsectación periódico de las instalaciones que cumpla con los niveles de eficacia necesarios.(Obs.5.2)
- 5.3 Hacer cumplir los planes de obra solicitados por el Departamento de Mantenimiento del Hospital.(Obs 5.3 y 5.4)
- 5.4 Preservar las estructuras edilicias del hospital, a efectos de conservar el patrimonio arquitectónico de la Ciudad. (Obs. 5.3 y 5.4)
- 5.5 Incrementar los niveles de eficiencia y productividad de los recursos humanos de la planta de personal designada para el mantenimiento del hospital.(Obs. 5.3 y 5.4)
- 5.6 Planificar adecuadamente las necesidades de aprovisionamiento de insumos indispensables para el cumplimiento de las labores del Dpto. de Mantenimiento. (Obs. 5.3 y 5.4)
- 5.7 Asignar los recursos presupuestarios necesarios para ejecutar el plan de obras requerido por el hospital (Obs. 5.3 y 5.4).

5.8 Arbitrar las medidas conducentes a la recuperación por parte del hospital, del Pabellón actualmente en uso por el Servicio Penitenciario Federal. (Obs 5.5)

## IX - CONCLUSION:

El hospital neuropsiquiátrico “Dr. Braulio A. Moyano” ha desnaturalizado su objetivo primario, al mutar de hospital de tratamiento integrado y de rehabilitación y resocialización, hacia un funcionamiento asilar por ausencia de políticas activas adecuadas.

Se perpetúa la internación de pacientes, que deberían derivarse a otro tipo de instituciones: casas de medio camino, asilos, hospitales de día y establecimientos geriátricos.

No existe un trabajo interdisciplinario y de coordinación entre las diferentes áreas y servicios a efectos de impulsar en forma conjunta una política unificada de criterios de asistencia para la continuidad de las labores de rehabilitación y resocialización.

Las pacientes realizan gradualmente una adaptación pasiva al ámbito hospitalario que las inhabilita para una reinserción social, adoptando a la institución como su “habitat natural”.

Como consecuencia de los límites en la capacidad cuantitativa del hospital para dar respuesta a las necesidades de internación, no se respeta la distribución y ubicación de las pacientes; ni por grupo etáreo, ni por patología; encontrándose alojadas pacientes con cuadros agudos en salas de pacientes crónicas y viceversa.

El número de camas es inferior al número de pacientes internadas en los pabellones, lo que obliga a permanentes y continuos egresos transitorios, a efectos de dar lugar a nuevas pacientes que son remitidas con orden judicial, no pudiendo negar el Hospital su internación por riesgo a incurrir en desacato por incumplimiento de un mandato judicial, o en la figura de “abandono de paciente”.

Dada la especialidad el porcentaje ocupacional es del 100%. La elevada permanencia, genera un giro cama igual o menor a la unidad, característico de este Hospital, y de magnitudes insignificantes que corresponden al modelo asilar con escasos egresos.

# **ANEXO 1**

## vi.1 INTERNACION

Las pacientes se encontraban a la fecha del procedimiento internadas conforme la siguiente distribución:

**CUADRO A. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR PABELLONES**

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| BOSCH 1 PISO              | 9%          |
| BOSCH 2 PISO              | 4%          |
| CLINICA MEDICA            | 2%          |
| ESQUIROL                  | 6%          |
| GRIESSINGER               | 3%          |
| MAGNAN                    | 6%          |
| PINEL A                   | 1%          |
| PINEL B                   | 2%          |
| RIGLOS 1º PISO            | 6%          |
| RIGLOS 2º PISO            | 1%          |
| RIGLOS P. BAJA            | 8%          |
| SAN JUAN                  | 4%          |
| SANTA ISABEL              | 7%          |
| SANTA ROSA                | 6%          |
| SANTA MARIA               | 3%          |
| T. V. S. 1º PISO          | 7%          |
| T. V. S. 2 PISO           | 11%         |
| T. V. S. P. B             | 6%          |
| TERAPIA DE CORTO PLAZO    | 3%          |
| TOMASA V. SARFIELD 3 PISO | 5%          |
|                           | <b>100%</b> |

Aclaración: se consigna en valores absolutos toda vez que al tratarse de una muestra de 100 casos, dichos valores son iguales a los respectivos porcentuales.

(\*) Se cruzó esta información con datos solicitados al Servicio Social del Hospital.

(\*) Los tratamientos son coincidentes con las planillas de enfermería, pero esto no da certeza que a las pacientes se les suministre la medicación.

## vi. 2 PERSONAL DE INTERNACION

Los valores establecen cuantificaciones de tipo epidemiológico que determinan relaciones adecuadas de calidad de prestación en los servicios psiquiátricos.

A los efectos de permitir dicha ponderación, los profesionales de cada uno de los pabellones completaron una planilla confeccionada por el equipo de auditoría para obtener la información necesaria para cotejar con los indicadores utilizados.

**CUADRO B. RELACIÓN PROFESIONALES-CAMAS (M. S. P. N)**

|                      | Corto Plazo   | Mediano Plazo | Largo Plazo   |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|
|                      | C- 12 camas   | c- 24 camas   | c- 24 camas   |
| Médico psiquiatra    | 2 hs-semana   | 2hs- semana   | 2 hs- semana  |
| Psicólogo Clínico    | 2 hs-semana   | 2 hs- semana  | 2 hs-semana   |
| Terapia Ocupacional  | 12 hs.-semana | 12 hs.-semana | 12 hs.-semana |
| Asistentes Sociales  | 12 hs.-       | 12 hs.        | 12 hs.        |
| Técnico en Exp. Corp | 12 hs.        | 12 hs.        | 12 hs.        |
| Musico terapeuta     | 12 hs.        | 12 hs.        | 12 hs.        |

Fuente: Ministerio de Salud Pública de la Nación

**CUADRO C. RELACIÓN DE PROFESIONALES-PACIENTES INTERNADOS**

| Pacientes     | camas | Profesión                | cantidad        |
|---------------|-------|--------------------------|-----------------|
| Agudos        | 20    | Psiquiatras              | 1 (uno)         |
| mediano plazo | 60    | Psiquiatras              | 1 (uno)         |
| largo plazo   | 60    | Psiquiatras              | 1 (uno)         |
|               | 40    | Enfermeras               | 1 (una) x turno |
|               | 40    | terapistas ocupacionales | 1 (uno)         |
|               | 40    | psicólogo clínico        | 1 (uno)         |
|               | 40    | trabajador social        | 1 (uno)         |
|               | 60    | medico clínico           | 1 (uno)         |

Fuente: (\*) Organización Panamericana de la Salud

Razón paciente/cantidad de personal: 1 prestador cada 5 pacientes.

Como mínimo un miembro del personal de la categoría profesional debe estar presente en el servicio todo el tiempo. (Esta pauta no es cumplida en el Hospital.)

**vi. 4 RECONOCIMIENTOS MEDICOS Y LICENCIAS**

De acuerdo a una muestra seleccionada al azar de 97 casos, sobre 708 agentes pertenecientes al hospital, según la base considerada por el Hospital al mes de agosto de 2002, lo que representa un 13.70% (trece con setenta por ciento) del total.

El objeto del procedimiento es verificar la aplicación de mecanismos de control interno existentes en el circuito de otorgamiento de licencias médicas al personal, teniendo en cuenta los registros del hospital, la intervención de la Dirección de Medicina del Trabajo (sita en el Ex Hospital Rawson), y el control posterior, días de licencia otorgados, y gozados; días no justificados; registro y procedimiento de descuento, y aplicación de porcentuales de deducción por licencias de largo tratamiento.

A los efectos del procedimiento, solo se consideraron las inasistencias (justificadas o no) correspondientes al año 2002 y las registradas hasta la fecha de emisión de los listados por la Dir. De Medicina del trabajo, 21 de Mayo de 2003.-

La oficina de personal no lleva registro manual, ni computarizado de los días y tipo de licencia otorgada ni número de Memorando médico (comprobante de solicitud)

No fueron localizadas en el hospital las planillas correspondientes a la muestra seleccionada con la descripción sobre la base de datos de la Dir. de Medicina del Trabajo que tendrían que ser remitidas todos los meses al hospital, los días 20 de cada mes. La Oficina de Personal manifiesta por escrito, que dicho plazo no es cumplido. El hospital no presenta documentación que permita acreditar la formulación del correspondiente reclamo ante la Dirección de Medicina del Trabajo, con el objeto de poder concretar el control de las licencias en plazos razonables. Indica que tales reclamos han sido efectuados en forma telefónica. Como se indicara precedentemente, desde el mes de Septiembre de 2002, no se reciben en el Hospital las planillas de reconocimientos médicos.

El cruzamiento de los datos obrantes en la Dirección de Medicina del Trabajo, con los registros hospitalarios, permite la detección de diversas inconsistencias en el control de las inasistencias del personal.

Informa la Sub-Directora Administrativa, sobre la falta de envío por memorando médico de Reconocimientos Médicos de los Planillones generados por la Dirección de Medicina del Trabajo, Dir. Gral. de RRHH., en razón de que estarían aplicando un nuevo sistema.

La Dirección de Medicina del Trabajo no hace entrega de dicha documentación a los Hospitales, aduciendo falta de papel; excepto ante requerimiento por Nota del Hospital.

El mecanismo de entrega a la Dirección de Medicina del Trabajo de los Memorandos Médicos, es por medio de faxes diarios. Se destaca la existencia de problemas con el envío y recepción de los mismos. El sistema utilizado concentra la demanda de todos los hospitales al mismo número telefónico a iguales horarios. Cuando no funciona el fax, se autoriza la entrega en mano. En tal caso, está habilitado un registro manual (cuaderno) en el que se consigna el nombre del agente, su número de ficha municipal, y el número de memorando médico. Dicho listado, entregado por el hospital, es sellado por reconocimientos médicos.

No existen instrucciones escritas en las que se pauten el procedimiento a cumplir. Todas las instrucciones recibidas acerca de los mecanismos relativos al procedimiento son efectuadas por la Dir. De Medicina del Trabajo en forma verbal, por vía telefónica.

Desde hace un año, Reconocimientos Médicos envía por Internet el planillón a C. Pellegrini 211 - 4º piso. a la Oficina de Liquidación de Haberes, a los efectos del descuento de las inasistencias injustificadas.

El personal que concurre a reconocimientos médicos, manifiesta que se le informa que el talón del memorando médico, con los días que se le ha justificado, es constancia y no debe entregarlo al hospital. Generalmente lo exhibe, y se le saca una fotocopia.

#### **Licencias Ordinarias:**

La registración del crédito de días correspondientes a los días de vacaciones (licencia anual ordinaria) se efectúa sólo en un apartado dentro de la ficha de los agentes, destinado a tal fin. Los comprobantes de respaldo de los días gozados son archivados en bibliotecas.

Falta de un registro rubricado foliado, donde se consignen los días de vacaciones tomados por cada agente.

#### **LEGAJOS**

Los legajos del personal del Hospital, son llevados en archivos individuales, numerados secuencialmente en forma correlativa.

Se incorpora a los mismos toda documentación relativa al agente desde su ingreso, hasta su egreso por jubilación, exoneración, renuncia, o fallecimiento.

El sector está a cargo de una agente, quien tiene los legajos actualizados hasta el año 1998.

#### **DEPTO. DE PERSONAL**

##### **ASPECTOS GENERALES.**

##### **1. La Jefatura del Departamento de Personal está a cargo del Jefe del Dpto. Tesorería:**

por falta de designación formal de dicha Jefatura desde el año 1994. Al momento de los procedimientos, la atención del área se encuentra a cargo de la Sub-Directora Administrativa.

##### **2. Acerca del cumplimiento horario del personal perteneciente al Escalafón General,**

cabe formular lo siguiente: Por memorando Nro. 2898/ HNBM, de fecha 10/07/1998, dirigido a todos los Departamentos Administrativos, se notifica que "Por reordenamiento Administrativo, el personal de los distintos Departamentos cumplirán sus tareas en el único horario de 8:00 a 14:00 horas, a partir del 20 de Julio de 1998."

Por memorando 064/HNBM, de fecha 10/07/2000, "se reiteran los términos del memorando Nro. 28-HNBM-98.

Con relación a ambas decisiones administrativas emanadas del Hospital, se efectuó una consulta al área de Legales de la Dirección General de Desarrollo Social y Salud, acerca de la legitimidad de la reducción horaria aplicada a los sectores dependientes de la Sección Administrativa, fundada en la vigencia de jornada reducida de 6 horas diarias de lunes a viernes, bajo el amparo de la normativa relativa a tareas riesgosas y/o insalubres.

El dictamen solicitado acerca de la existencia de Tareas Riesgosas y/o Tareas Insalubres en el Hospital “ Dr. Braulio Moyano fue formulado en la Dirección de Desarrollo Social y Salud, a solicitud del Equipo de Auditores actuantes, partiendo de la existencia de normas nacionales y municipales relativas a la cuestión sujeta a consulta, indicadas en el presente informe

El análisis efectuado por los abogados de la Dirección da como resultado que, si bien es procedente la reducción horaria para “el, personal que cumple tareas en lugares declarados insalubres” “para todas las secretarías” con una jornada de “ 06 horas diarias, de lunes a viernes”; de acuerdo a lo establecido por la Ordenanza 40402, de fecha 08 de marzo de 1985 (B.M. 17489 – página 64537); debe considerarse que a los efectos de la utilización del beneficio emanado de la precitada norma, es necesario que por autoridad competente, de rango superior a la Dirección del Hospital, sea emanada una disposición de carácter normativo, y de rango suficiente para la aplicación de la reducción horaria, determinando los lugares y tareas consideradas como tales. De acuerdo a las constancias dispuestas por el Hospital a requerimiento de la Auditoría, no se verifica la existencia de norma alguna que habilite la reducción horaria dispuesta internamente por las autoridades del Hospital.

El aludido Dictamen confeccionado por los letrados pertenecientes a la Dirección General de Desarrollo Social y Salud, establece lo siguiente:

“De todo lo expuesto, se verifica que: Las Tareas consideradas Riesgosas e insalubres, y los lugares considerados insalubre, lo fueron porque existió un Acto Administrativo, que así lo determinó”.

En el caso específico de los empleados administrativos del Hospital Braulio Moyano, no existe Acto Administrativo (ley o decreto), que fundamente y califique las tareas y los lugares, mediante informe de la autoridad administrativa que corresponda (tal como se hizo en el Decreto 8.908/78), dejando así normalizado definitivamente el tema.”.

La insalubridad de las labores, funciones o del lugar o del establecimiento en general, repercuten al momento de la jubilación de los agentes, quedando habilitados regímenes diferenciales para dicho supuesto. (Decreto Nacional N° 4257. Art. 1, 5 9 y concordantes)

### **3. Régimen de compensaciones horarias del hospital:**

El Gobierno de la Ciudad no reconoce el pago de horas extras, con la salvedad de la aplicación del régimen de “Módulos” aplicados en la Secretaría de Salud para el personal de Enfermería.

El Hospital, ante la falta de personal suficiente, estableció un régimen interno de compensación horaria por horas laboradas en exceso a la jornada normal del personal, por necesidades del hospital.

El régimen precitado se sustenta en disposiciones internas, cuyas copias fueron entregadas al equipo de Auditoría a su requerimiento.

El formulario utilizado para este fin, es el C-0120 Imprenta de la Ciudad, el que se adjunta como papel de trabajo.

La normativa interna se sustenta en los siguientes memorandos:

Nro. 30-97 de fecha 8-7-1997 del Dpto. Personal despacho y liq. de haberes: en el se establece la validez de las horas a compensarse, podrán tomarse únicamente hasta el año posterior a la fecha de su realización.

10-3-1998 Se establece la obligatoriedad de registración, y autorización de los jefes para poder ser consideradas como tales.

13-8-98 Nro. 30/98 HNBM Reitera términos del nro. 30/97 acerca del vencimiento de las horas. Agrega que para ser válidas las horas trabajadas como complementarias, deberán ser previamente convalidadas y justificadas las necesidades operativas por parte del Jefe de cada área. Cada Dpto. debe abrir “un cuaderno donde el agente volcará las horas trabajadas y el respectivo Jefe las avalará sin excepción”.

07-01-99 Nro. 001/99 las horas de más realizadas con anterioridad o posterioridad a su horario habitual de trabajo deben estar autorizadas con anticipación y por escrito por el jefe respectivo, de lo contrario no podrán ser usufructuadas como francos compensatorios sin excepción alguna.

27-5-99 Nro. 31/99 Ningún agente podrá permanecer dentro del Establecimiento fuera de su horario habitual de trabajo, a excepción que sea autorizado por su respectivo jefe. El jefe del área deberá informar con anterioridad al Dpto. de personal por medio de un listado donde conste nombre y apellido, horario a cumplir y lugar donde desempeñe sus funciones, a todos aquellos agentes que realicen horas de más, módulos o cualquier otra causa que justifique estar fuera del horario. El no cumplimiento de lo expuesto anteriormente lo hará pasible de las sanciones que correspondieren.

Firmado por la Dirección del Hospital

Del análisis de los elementos documentales dispuestos por el Hospital, no se constata el efectivo cumplimiento de los requisitos normados:

Los cuadernos llevados en los servicios no permiten identificar en forma fehaciente el flujo horario, su utilización como compensación, y el saldo de horas remanentes disponibles para ser compensadas.

No se ha recibido de la oficina de personal ningún listado informando con anterioridad al Dpto. de personal, con la nómina, lugar y causa de las horas trabajadas en exceso.

## vi.5 CONTROL DE PRESENTISMO

---

## DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO EFECTUADO. SECUENCIA.

El procedimiento se efectuó el día lunes 20 de Octubre de 2003, teniendo inicio a las 07:00 hs, oportunidad en la que se retiraron las carpetas de firmas existentes en Dirección y Oficina de Personal, a efectos de su intervención, excluida la carpeta de los agentes ingresantes a esa hora, para permitir el registro de su firma.

El resto del personal que ingresó fuera de su horario, debía concurrir a la oficina de los Auditores, para poder firmar su planilla de ingreso.

Se solicitó en la Oficina de Personal, todos los pedidos de médico, comprobantes de licencias ordinarias, por enfermedad, examen, congresos, permisos de salida, y todo aquel que justifique la ausencia de algún agente en el transcurso del procedimiento.

La muestra elegida, a criterio de los auditores participantes en el procedimiento, correspondió al personal administrativo que presta servicios en la Oficina de Personal, y los Pabellones, Tomasa Velez Sarsfield, Planta Baja, Primero, Segundo y Tercer Piso, Pabellón Riglos, Planta Baja, Primero, y Segundo, Pabellón San Juan y Consultorios Externos.

La primer etapa del procedimiento, efectuada sobre los registros de firmas correspondientes a todo el personal, excluyéndose las carpetas de residentes, concurrentes, franqueros, personal de guardia y admisión, y personal con ingreso a partir de las 12, 18 y 24 horas, y antes de las 06:00 horas; totalizando 469 planillas de agentes, con relación a los 715 agentes existentes en la base de personal del Hospital, lo cual representa un 65,59% del total considerado. (ver cuadro detalle analítico de la muestra seleccionada)

Sobre el universo considerado, de 469 planillas, se analizaron 75 planillas, lo cual representa un 16% de ese total.

Este procedimiento tuvo por objeto dar mérito acerca del estado de los controles efectuados sobre las carpetas de firmas de ingreso y egreso de los agentes, por parte de la oficina de personal, y verificar el registro en las mismas de las novedades existentes; interviniendo los renglones correspondientes a días de ausencia, incluido el día del procedimiento, a efectos de evitar la posibilidad de firmas posteriores, o justificaciones de inasistencias.

En las carpetas de firma analizadas, se verificaron los siguientes aspectos:

- Existencia de firma de ingreso en el día del procedimiento.
- Falta de firma en los renglones de días precedentes.
- Verificación de los comprobantes de justificación de ausencias.
- Anulación de renglones sin la correspondiente firma.
- Horario real de los agentes, según firma, y su comparación con el registro de horarios en la base de datos provista por el Hospital.
- Datos completos de los agentes en las planillas de firma del personal.

-Llenado del detalle horario semanal del personal profesional.

-Existencia de firma simultánea de entrada y salida.

Los integrantes del Equipo, se constituyeron en los lugares y servicios determinados precedentemente, efectuando el control de los agentes presentes en cada uno de ellos, quienes suscribieron la correspondiente planilla de control. Finalizado el procedimiento, la planilla se cerró con la intervención del Jefe del Servicio y la firma del auditor.

El equipo de Auditoría se constituye a las 13,05 hs. en la Dirección del Hospital, procediendo a la intervención de la planilla con las firmas de los profesionales salientes.

En dicho listado, con 24 profesionales firmantes al momento de intervenir la misma a las 13:05 horas; se observó lo siguiente:

Dos profesionales, no consignaron horario de salida.

Tres consignaron como horario de salida, las 13 horas.

Dos, consignaron las 14 horas.

Quince, consignaron las 15 horas.

Dos, consignaron 16 horas.

El siguiente día martes 21 de Octubre, a las 7:00 horas, se retiraron y fotocopiaron las hojas de firma observadas el día anterior.