

INFORME FINAL DE AUDITORÍA Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.07.08

**Plan Hospital Neopsiquiátrico Dr. José T.
Borda
Seguimiento de Observaciones y
Recomendaciones efectuadas en el Proyecto N°
3.03.02**

Buenos Aires, Julio de 2008

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

PRESIDENTE

Dra. Sandra G. Bergenfeld

AUDITORES GENERALES

Dra. Paula M. Oliveto Lago

Dr. Santiago M. De Estrada

Dr. Juan C. Toso

Lic. Josefa A. Prada

Ing. Adriano E. Jaichenco

Dr. Alejandro G. Fernández

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.07.08

NOMBRE DEL PROYECTO: Plan Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Jose T Borda.
Seguimiento de observaciones y recomendaciones efectuadas en el proyecto
3.03.02

PERÍODO BAJO EXÁMEN: Año 2006

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 20 de Noviembre de 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 Dr. José T. Borda, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de auditoría Proyecto N° 3.03.02.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, 13 de noviembre de 2007																								
Código del Proyecto	3.07.08																								
Denominación del Proyecto	Plan Hospital Neuropsiquiátrico Dr. José T. Borda. Seguimiento de Observaciones y Recomendaciones efectuadas en el Proyecto 3.03.02.																								
Período examinado	2006-2007																								
Objetivo de la auditoría	Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. José T. Borda, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de auditoría Proyecto N° 3.03.02.																								
Ejecución Presupuestaria 2006	La ejecución presupuestaria para el ejercicio 2006 para la Unidad Ejecutora 413 Hospital Borda es la siguiente: <table><tr><td>PROGRAMA</td><td>VIGENTE</td><td>DEFINITIVO</td><td>DEVENGADO</td></tr><tr><td>23: Salud Mental</td><td>19.266.185,00</td><td>19.231.463,88</td><td>19.194.740,58</td></tr><tr><td>26: Serv.Auxiliar</td><td>14.403.759,00</td><td>14.365.751,27</td><td>14.365.751,27</td></tr><tr><td>27: Serv.Gr.y Adm</td><td>13.740.184,00</td><td>13.727.763,87</td><td>13.723.331,37</td></tr><tr><td></td><td>47.410.128,00</td><td>47.324.979,02</td><td></td></tr><tr><td>TOTAL</td><td></td><td></td><td>47.283.823,22</td></tr></table> Fuente SIGAF2006	PROGRAMA	VIGENTE	DEFINITIVO	DEVENGADO	23: Salud Mental	19.266.185,00	19.231.463,88	19.194.740,58	26: Serv.Auxiliar	14.403.759,00	14.365.751,27	14.365.751,27	27: Serv.Gr.y Adm	13.740.184,00	13.727.763,87	13.723.331,37		47.410.128,00	47.324.979,02		TOTAL			47.283.823,22
PROGRAMA	VIGENTE	DEFINITIVO	DEVENGADO																						
23: Salud Mental	19.266.185,00	19.231.463,88	19.194.740,58																						
26: Serv.Auxiliar	14.403.759,00	14.365.751,27	14.365.751,27																						
27: Serv.Gr.y Adm	13.740.184,00	13.727.763,87	13.723.331,37																						
	47.410.128,00	47.324.979,02																							
TOTAL			47.283.823,22																						
Alcance	Para la realización de la tarea se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de auditoría: Entrevistas con el Director del Hospital, y funcionarios a cargo de los sectores responsables de la gestión. Revisión de antecedentes de auditorias anteriores. Relevamiento de la documentación disponible relativa a las reformas, mejoras y modificaciones efectuadas. <i>Solicitud de informes sobre grado de avance de cambios implementados a partir de las observaciones y recomendaciones del informe de auditoria N 3.03.02.</i> Análisis de las notas aclaratorias que incluyan los informes mencionados.																								

	Recopilación y análisis de normativas y procedimientos relacionados al tema. Verificación de las modificaciones implementadas en la gestión. Inspección ocular de los sectores mencionados en el informe. <i>Evaluación de las acciones llevadas a cabo para cambiar los aspectos observados, estableciendo una escala de los avances logrados.</i>
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 7 de Mayo y el 31 de Octubre de 2007.
Aclaraciones previas	Con fecha 18 de mayo de 2007, el Director del Hospital José T. Borda envió a esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires la Nota N° 618/ HNJTB/07 conteniendo informes confeccionados por distintas áreas (Administración, Dirección General de Recursos Físicos en Salud) con comentarios acerca de las modificaciones 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 3.03.02, 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. <i>El nivel de avance no es satisfactorio: La entidad no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.</i> Bajo el sub-título "Comentario del organismo" nos referimos a los comentarios vertidos por las distintas áreas, mencionadas en el punto anterior.

Observaciones	A continuación se detallan las observaciones que a la fecha del presente informe se mantienen. OBSERVACIÓN N° 3: S.O.E. Y ADMISIÓN a) El nivel de la demanda y el tiempo de permanencia exceden la capacidad de camas y de recursos disponibles, no respondiendo a los criterios de internación para el que fuera creado. b) No coinciden los datos de los registros de Guardia, Censo Diario y Estadísticas del Hospital. c) Los registros de las Historias Clínicas son incompletos. OBSERVACIÓN N° 4: INTERNACIÓN a) De la conformación de la historia clínica: a.1. No existe una historia clínica unificada para la totalidad de los servicios del Hospital. a.2. En algunos casos el mismo paciente figura con números distintos de historia clínica. a.3. Historias clínicas sin foliar, no permite mantener un orden cronológico de los registros. a.4. Insuficientes datos de identificación. a.5. Registros ilegibles. a.6. Historias sin actualización de datos personales y/o familiares del paciente. Faltan fechas en los controles de: ingresos, egresos y reingresos. a.7. Firmas sin sello del profesional actuante. a.8. No existe constancia de que el alta por abandono haya sido notificada al juzgado y/o a estadística. a.9. Consentimiento Informado inexistente. a.10. Pacientes con períodos prolongados sin evolución consignados en la historia.
---------------	---

	b) De la gestión clínica: b1. Pacientes con conductas abusivas que están internados en salas con personas cuya estructura psicológica los expone a situación de riesgo. b.2 Pacientes con períodos de internación prolongados. Derivación escasa a Rehabilitación. b.3. No tienen derivación al Consultorio Externo en el egreso un porcentaje cercano al 80%. Importante nivel de reingresos. b.4 Patologías que no corresponden a los criterios de internación del Hospital y pacientes que deberían ser internados en geriátricos u otro tipo de instituciones según criterio médico y permanecen en el Hosp. Borda por orden del juez o por falta de la orden de externación judicial (Acordada 918 y art. 42 de la Ley 448). b.5. No se consignan adecuadamente el grado de vulnerabilidad o exposición al riesgo de los pacientes (riesgo: eventos inciertos en cuanto a su temporalidad o la magnitud en que pueden dañar el bienestar, <i>Ana Sojo, El Combate a la pobreza y la diversificación de riesgos: equidad y lógicas del aseguramiento en América Latina, Revista Socialis, 2001</i>) ni tampoco las condiciones de medio socioeconómico. b.6. Es insuficiente el registro de informes del Servicio Social, así como la cantidad de trabajadores sociales para atender a la población asistida. b.7. Falta de relación con otros sectores para permitir la inserción social cuando no existe la contención familiar y/o el recurso propio del paciente. b.8. Falta de camas para internación, se internan en servicios donde hay disponibilidad aunque no sean adecuados para su patología (porcentaje ocupacional de camas: 95,22 % Movimiento Hospitalario 2002- Secretaría Salud). b.9. No tienen Odontograma el 43 % de las H.C. y elevado número de paciente con falta de prótesis dentales. b.10. Comunicación insuficiente entre la institución responsable del paciente y la justicia, como también entre
--	--

	servicios. OBSERVACIÓN N° 5: RECURSOS HUMANOS a). No existe una distribución adecuada y suficiente de las distintas especialidades y disciplinas profesionales que favorezcan la reinserción y recuperación de los pacientes internados. b). Se demora 3 meses en llegar la información desde los Servicios al Departamento de Docencia e Investigación, quien es el que lleva el control de los Concurrentes. c). Es insuficiente el número de personal de seguridad y vigilancia a los efectos de preservar la integridad de los pacientes, su entorno y las instalaciones del Hospital. OBSERVACIÓN N° 6 CARPETAS LEGALES a) Se cumple parcialmente con lo normado por la ley nacional de internación N° 22.914 y la ley de Salud Mental de la Ciudad N° 448. b) Ausencia de una normativa interna sobre el sistema de archivo que genera deficiencias en el procedimiento de archivo, desarchivo y conservación de las carpetas legales. OBSERVACIÓN N° 7: PLANTA FÍSICA a) Crítico estado de mantenimiento en el Hospital por falta de personal especializado. Sanitarios, ascensores, central telefónica, equipamiento en dormitorios, estufas, máquinas lavadoras y secadoras, continúan en igual situación que al momento del relevamiento. b) Continúa funcionando la Guardería de Niños aledaña a la Unidad 14/22 en donde se encuentran internados pacientes psicópatas y con HIV careciendo de vigilancia y seguridad suficiente. c) Continúa funcionando en el ámbito del Hospital la Unidad Carcelaria 20 perteneciente al Servicio Penitenciario Federal, con contrato vencido.
--	---

Recomendaciones	RECOMENDACIÓN N° 3: S.O.E. Y ADMISIÓN a) Optimizar el porcentaje ocupacional dinamizando los egresos y adaptando los recursos. b) Mejorar el registro de datos para lograr la coincidencia y confiabilidad de los mismos c) Registrar y completar los datos requeridos en la admisión y examen clínico de los pacientes. RECOMENDACIÓN N° 4: INTERNACIÓN a) Implementar el Sistema de Historia Única. b) Mejorar la calidad de los registros c) Coordinar la notificación de las situaciones que ocurren en los distintos Servicios, especialmente a los Juzgados y al Departamento de Estadísticas. Establecer instancias de asesoramiento y evaluación de las condiciones y criterios de internación entre quienes detentan la responsabilidad judicial y del área de la salud d) Requerir consentimiento informado en todos las internaciones e) Optimizar el seguimiento y control clínico de los pacientes y su registro en la historia clínica. f) Identificar situaciones que incrementen el riesgo para determinar estrategias integradas de reinserción social g) Optimizar la interacción con el resto de los Servicios Clínico, Quirúrgico, Odontológico, y de Exámenes Complementarios para lograr eficacia y eficiencia en las interconsultas . RECOMENDACIÓN N° 5: RECURSOS HUMANOS a) Adecuar los recursos profesionales a efectos de cumplir con los objetivos de la Institución, en lo referente a la rehabilitación y a la reinserción social de los pacientes. b) Reducir el lapso de comunicación entre los diferentes Servicios y el Departamento de Docencia e Investigación, a fin de mejorar el control y la asignación de las tareas
-----------------	---

	llevadas a cargo por los concurrentes. c) Disponer de un mayor número de personal de seguridad y vigilancia a los efectos de preservar la integridad de los pacientes, su entorno y las instalaciones del Hospital. RECOMENDACIÓN N° 6: CARPETAS LEGALES a) Cumplir con lo normado en la Ley nacional de internación N° 22.914 b) Sancionar una norma interna que indique la forma de archivar, obligatoria para todos los servicios. c) Generar procedimientos administrativos en las tareas de archivo, desarchivo y conservación de las carpetas legales, que garanticen la existencia física y ubicación de las mismas RECOMENDACIÓN N° 7: PLANTA FÍSICA a) Disponer las medidas necesarias para el mejoramiento del mantenimiento en el Hospital, disponiendo de personal especializado, evitando el deterioro continuo de las instalaciones. b) Reparar los sanitarios, ascensores, instalar una central telefónica, mejorar el equipamiento en dormitorios, instalar las estufas necesarias, reparar las máquinas lavadoras y secadoras, para mejorar la calidad de atención del paciente y su entorno. c) Reinstalar la Guardería de Niños en un lugar más seguro y adaptado a los requerimientos y necesidades técnico-sociales de esa edad. d) Trasladar la Unidad Carcelaria 20 perteneciente al Servicio Penitenciario Federal.
--	--

Conclusión	La salud mental se puede definir como la expresión constructiva y concreta de la forma de identidad, de sentir, de pensar, de comunicar, y de la relación que podemos establecer los seres humanos entre nosotros, con los otros, con los objetos, los ambientes y otros seres; como también, con las instituciones y con las dimensiones de la vida: corpórea, física, emocional, cognitiva, social y espiritual. La Ley N° 448 de Salud Mental de la CABA, al sostener los ejes de la interdisciplina y la intersectorialidad en salud mental, adquiere un criterio democrático y participativo. Garantiza diferentes modalidades de atención y variabilidad de abordajes terapéuticos. Se registran: a) Recaídas periódicas con reingresos, fenómeno de puerta giratoria. b) Tendencia a internaciones y tratamientos prolongados, más de lo necesario, desde lo clínico, por razones psicosociales. c) Tendencia a la superpoblación y saturación de los servicios Basados en recomendaciones OPS. y en criterios terapéuticos actuales que recomienda el fortalecimiento de la integración sociocomunitaria de los pacientes tratados en los servicios de salud mental, es necesaria una real transformación del actual modelo de atención en salud mental que evite en tanto sea posible la cronificación de la internación en instituciones monovalentes. De las 34 observaciones 3 se levantaron, 31 se mantienen, en las cuales, en 8 se realizaron avances incipientes.
-------------------	---

**INFORME FINAL DE AUDITORIA
PROYECTO N° 3.06.04**

DESTINATARIO

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

En uso de las facultades conferidas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (artículo 135) y la Ley 70 (artículos 131, 132 y 136), y en cumplimiento de la Resolución 186/02 de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, esta Auditoría ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I) OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Relevar y analizar las acciones implementadas por la Dirección del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. José T. Borda, sobre los aspectos de gestión observados en el Informe Final de auditoría Proyecto N° 3.03.02.

II) ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoria 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:

- Entrevistas con el Director del Hospital, y funcionarios a cargo de los sectores responsables de la gestión.
- Revisión de antecedentes de auditorias anteriores.
- Relevamiento de la documentación disponible relativa a las reformas, mejoras y modificaciones efectuadas.

- Solicitud de informes sobre grado de avance de cambios implementados a partir de las observaciones y recomendaciones del informe de auditoría N° 3.03.02
- Análisis de las notas aclaratorias que incluyan los informes mencionados.
- Recopilación y análisis de normativas y procedimientos relacionados al tema.
- Verificación de las modificaciones implementadas en la gestión.
Inspección ocular de los sectores mencionados en el informe.
- Evaluación de las acciones llevadas a cabo para cambiar los aspectos observados, estableciendo una escala de los avances

III) ACLARACIONES PREVIAS

1. Con fecha 18 de mayo de 2007, el Director del Hospital José T. Borda, envió a esta Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires la Nota N° 618/HNJTB/07 conteniendo informes confeccionados por distintas áreas (Administración, Dirección General de Recursos Físicos en Salud) con comentarios acerca de las modificaciones implementadas en el Hospital a posteriori de nuestro anterior informe de gestión.

2. 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 3-03-02, 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.

Bajo el sub-título “Comentario del organismo” nos referimos a lo informado por las distintas áreas del hospital.

Bajo el sub-título “Comentario de la auditoría” nos referimos a nuestra evaluación.

Entre el período que va desde el Informe de Auditoría de Gestión y la actualidad, han comenzado obras de remodelación de diferentes pabellones cuya ejecución no depende de la programación del hospital, en lo concerniente a nuevas modificaciones técnicas, vicios ocultos en los edificios existentes, retrasos en gestiones administrativas por cambio de autoridades, esto dificulta el traslado de los pacientes. La finalización de las obras de acuerdo al nuevo cronograma prevé nuevas fechas para entregar los pabellones. (Ver Anexo)

Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 7 de mayo y el 31 de Octubre de 2007.

IV) SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN N° 1: Estructura Presupuestaria

La forma de imputación del inciso 1 no permite determinar el gasto en personal del Hospital. La modalidad de procesamiento del SISER (Sistema de Servicios) no permite atribuir a cada efector las sumas que realmente le corresponde en concepto de inciso 1.

Recomendación:

Implementar un sistema que contemple la posibilidad de poder determinar el gasto efectivo realizado en cada uno de los programas por el efector.

Comentario del organismo:

La forma de imputación del Inciso I no permite determinar el Gasto de Personal del establecimiento, porque si bien se tenía acceso al SISER, en ese período, las imputaciones eran realizadas a Nivel Central, así como la distribución de partidas en los distintos Programas.

Comentario de la Auditoría:

La forma de imputación del Inciso I con el SISER era efectuada por Contaduría, 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.

OBSERVACIÓN N° 2. FARMACIA

a) Los espacios en donde se almacenan los medicamentos e insumos biomédicos en la Jefatura del Departamento, no reúnen los requisitos de seguridad para su mantenimiento.

b) La falta de numeración, rúbricas en ficha estante, y actualización del saldo de la ficha kardex, genera fallas en los dispositivos de control de stock.

Recomendación:

a) Mantener los medicamentos e insumos biomédicos en lugares apropiados

b) Registrar y controlar todos los movimientos relacionados con las fichas de existencia a fin de tener actualizado el stock de la farmacia.

Comentario del organismo:

a) No se almacenan los medicamentos e insumos biomédicos en la Jefatura de Departamento.

b) El actual sistema contempla la normalización de los desvíos y un adecuado movimiento en Farmacia.

Comentario de la Auditoría:

a) No se almacenan medicamentos e insumos biomédicos en la Jefatura de Departamento.

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

b) Se verifica que con el procedimiento actual coinciden las cifras de las fichas estante y kardex con el control de stock.

El nivel de avance es satisfactorio. Se levanta la observación

OBSERVACIÓN N° 3: S.O.E. Y ADMISIÓN

- a) El nivel de la demanda y el tiempo de permanencia exceden la capacidad de camas y de recursos disponibles, no respondiendo a los criterios de internación para el que fuera creado.
- b) No coinciden los datos de los registros de Guardia, Censo Diario y Estadísticas del Hospital.
- c) Los registros de las Historias Clínicas son incompletos.

Recomendación:

- a) Optimizar el porcentaje ocupacional dinamizando los egresos y adaptando los recursos.
- b) Mejorar el registro de datos para lograr la coincidencia y confiabilidad de los mismos
- c) Registrar y completar los datos requeridos en la admisión y examen clínico de los pacientes.

Comentario del organismo:

Ha mejorado el nivel de funcionamiento, el 70% de los pacientes ingresados son dados de alta dentro de las 72 horas promedio. El 30% que requiere internación psiquiátrica breve, ha ingresado al hospital. SOE y Admisión están funcionando con personal "Ad honorem". El nombramiento del personal ha sido solicitado desde hace 4 años. Del personal que trabaja actualmente, sólo un médico de planta tiene nombramiento. Sería necesario incorporar un médico Jefe de Sección, tres médicos de planta, tres psicólogos de planta, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, asistentes sociales, administrativos, refuerzo de enfermería, camilleros, mucamas, recursos informáticos, línea telefónica y mobiliario.

Comentario de la Auditoría:

- a) Ha mejorado el nivel de funcionamiento, se realizan las tareas con personal ad honorem, carecen de recursos de apoyo técnico administrativo.

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

- b) No se ha modificado el sistema registros estadísticos.

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

- c) Continúa sin registrarse los datos de admisión y examen clínico de los pacientes adecuadamente.

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

OBSERVACIÓN N° 4: INTERNACIÓN

- a) De la conformación de la historia clínica:
 - a.1. No existe una historia clínica unificada para la totalidad de los servicios del Hospital.
 - a.2. En algunos casos el mismo paciente figura con números distintos de historia clínica.
 - a.3. Historias clínicas sin foliar, no permite mantener un orden cronológico de los registros.
 - a.4. Insuficientes datos de identificación.
 - a.5. Registros ilegibles.
 - a.6. Historias sin actualización de datos personales y/o familiares del paciente. Faltan fechas en los controles de: ingresos, egresos y reingresos.

- a.7. Firmas sin sello del profesional actuante.
- a.8. No existe constancia de que el alta por abandono haya sido notificada al juzgado y/o a estadística.
- a.9. Consentimiento Informado inexistente.
- a.10. Pacientes con períodos prolongados sin evolución consignados en la historia.

b) De la gestión clínica:

- b.1. Pacientes con conductas abusivas que están internados en salas con personas cuya estructura psicológica los expone a situación de riesgo.
- b.2. Pacientes con períodos de internación prolongados. Derivación escasa a Rehabilitación.
- b.3. No tienen derivación al Consultorio Externo en el egreso un porcentaje cercano al 80%. Importante nivel de reingresos.
- b.4. Patologías que no corresponden a los criterios de internación del Hospital y pacientes que deberían ser internados en geriátricos u otro tipo de instituciones según criterio médico y permanecen en el Hosp. Borda por orden del juez o por falta de la orden de externación judicial (Acordada 918 y art. 42 de la Ley 448).
- b.5. No se consignan adecuadamente el grado de vulnerabilidad o exposición al riesgo de los pacientes (riesgo: eventos inciertos en cuanto a su temporalidad o la magnitud en que pueden dañar el bienestar, *Ana Sojo, El Combate a la pobreza y la diversificación de riesgos: equidad y lógicas del aseguramiento en América Latina, Revista Socialis, 2001*) ni tampoco las condiciones de medio socioeconómico.
- b.6. Es insuficiente el registro de informes del Servicio Social, así como la cantidad de trabajadores sociales para atender a la población asistida.
- b.7. Falta de relación con otros sectores para permitir la inserción social cuando no existe la contención familiar y/o el recurso propio del paciente.
- b.8. Falta de camas para internación, se internan en servicios donde hay disponibilidad aunque no sean adecuados para su patología (porcentaje ocupacional de camas: 95,22 % Movimiento Hospitalario 2002- Secretaría Salud).
- b.9. No tienen Odontograma el 43 % de las H.C. y elevado número de paciente con falta de prótesis dentales.
- b.10. Comunicación insuficiente entre la institución responsable del paciente y la justicia, como también entre servicios.

Recomendación:

- a) Implementar el Sistema de Historia Única.
- b) Mejorar la calidad de los registros
- c) Coordinar la notificación de las situaciones que ocurren en los distintos Servicios, especialmente a los Juzgados y al Departamento de Estadísticas. Establecer instancias de asesoramiento y evaluación de las condiciones y criterios de internación entre quienes detentan la responsabilidad judicial y del área de la salud
- d) Requerir consentimiento informado en todas las internaciones
- e) Optimizar el seguimiento y control clínico de los pacientes y su registro en la historia clínica.
- f) Identificar situaciones que incrementen el riesgo para determinar estrategias integradas de reinserción social

g) Optimizar la interacción con el resto de los Servicios Clínico, Quirúrgico, Odontológico, y de Exámenes Complementarios para lograr eficacia y eficiencia en las interconsultas

Comentario del organismo:

De la conformación de la Historia Clínica:

a)1. Se formó una Comisión de Control de Calidad que funciona hace más de un año.

Se implementó en 6 Servicios del Pabellón Central un modelo de historia clínica habiéndose analizado 120 hasta el 31 de Agosto. Se encuentran en revisión 30 historias clínicas más hasta el 30 de Setiembre de 2007.

a) 2 .La División de Estadística no está computarizada, falta de personal y funciona con criterios diferentes.

a) 3. La Comisión de Control de Calidad, mediante la tarea llevada a cabo en las 120 historias clínicas analizadas por el hospital, folió las mismas y procedió a su ordenamiento.

a) 4. No hay pacientes sin registro.

a) 5. Depende del profesional.

a) 6. Se mejoró parcialmente, al actualizar las historias clínicas del Pabellón Central

a) 7. Todos con firmas, aun el trabajo de pasantes.

a) 8. Parcialmente. Al completar las historias clínicas del pabellón central se mejora la información a los distintos sectores.

a) 9. Continúa sin incluirse en el legajo el consentimiento informado.

a) 10. Se ha mejorado al haber un menor número de pacientes en esas condiciones.

b) Gestión Clínica

b) 1. Modificado notablemente, (el Servicio 14-22 juntó estas patologías). En el Departamento 4 se han efectivizado las Asambleas de Pacientes, al principio muy resistidas, pero llevadas adelante incluyendo a psiquiatras y enfermeras.

b)2. Modificado parcialmente. Rehabilitación: incorporación en el Pabellón N° 4 con 80 pacientes, con los que se trabaja intensamente.

Es una derivación real y existe un plan para el traslado de más pacientes a este sector.

Trabajan con terapias de rehabilitación. Funciona la fabrica de pastas, donde desarrollan actividad alrededor de 20 pacientes orientados por técnicos. Además laborterapistas junto a Talleres Protegidos, reciclado de papel, funciona una fábrica de bolsas y una huerta. Grupos de musicoterapia, radio "La Colifata", Cooperanza y Centro Cultural.

b)3. Casi todos los servicios disponen de consultorios externos que atienden a pacientes ambulatorios.

Los pacientes con cuadros de psicosis que reciben altas transitorias, reingresan generalmente con patologías más complejas debido a no haber tomado la medicación y la no contención socio-familiar entre otras causas, siendo re-internados en otros pabellones por su mayor gravedad. (puerta giratoria).

b)4. Sólo un reducido número de pacientes (alrededor de 40) deberían estar internados en Institutos Geriátricos.

Los jóvenes que son internados por orden del Poder Judicial, cuya patología son las adicciones no corresponden a la posibilidad de atención.

Las patologías delincuenciales o antisociales en general se acompañan de adicciones.

El fuero penal envía estos pacientes a la unidad 20, desaparecida su peligrosidad, en lugar de ser derivados a una institución específica para la atención de sus patologías, deambulan por el hospital, que al ser de puertas abiertas facilita el ingreso de otras personas con sustancias adictivas que se las proveen a estos pacientes, circulando en forma intensiva el “paco”.

b)5. Se modificó parcialmente, al paciente lo pueden evaluar, diagnosticar pero no se dispone de recursos humanos ni elementos técnico asistenciales para su tratamiento. (patologías delincuenciales, adicciones).

b)6. Se modificó parcialmente. Se realizó un concurso para incorporar trabajadores sociales, uno por guardia, aun no están completos los nombramientos.

b)7. Se modificó parcialmente la relación con Desarrollo Social, a través del PLAN PREASIS que consiste en casas de medio camino con 8 pacientes cada una. (una sola funcionando)

b)8. Actualmente el número de camas es suficiente. Al aumentar la atención ambulatoria bajan las internaciones, lo cual es recomendable con ciertas condiciones pues el paciente no pierde su inserción familiar y social, pero esta premisa no es considerada por la totalidad de los profesionales del hospital.

Existen diferencias en el procedimiento de recuento del número de camas, producto de los diferentes criterios implementados para tal fin.

Desde la Subdirección Asistencial se organiza que enfermería realice durante 3 semanas el control de pacientes internados cama por cama.

(unos cuentan camas y otros pacientes)

Estadística utiliza datos almacenados donde no está contemplado que los Departamentos N° 4 y 5 están cerrados a nuevos ingresos por las obras en el hospital.

En la nueva estructura los servicios son más pequeños (10 camas menos promedio cada uno).

Estadística no cuenta con elementos técnicos ni con personal. Se necesitarían 10 personas pero solo hay 2,

b)9. Continúan sin disponer de odontogramas las historias clínicas, es elevado el número de pacientes con falta de prótesis dental.

b) 10. Modificado parcialmente por los contactos realizados con la Cámara Civil y con los Jueces Penales, de estos contactos surge el proyecto de hospital judicial. No es así entre los servicios por diferentes criterios de la salud mental.

Comentario de la Auditoría:

De la conformación de la Historia Clínica:

a.1). Las Historias Clínicas no están sistematizadas en su confección. Si bien la Comisión de Control de Calidad que funciona informalmente desde hace más de un año permitió la unificación de criterios de la historia clínica.

Con fecha 9 de Octubre de 2007, la Dirección del Hospital constituyó el Comité de Historias Clínicas (Disposición N° 458)

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

a.2). Las diferentes formas de registro del ingreso de pacientes ocasiona la reiteración del número de Historia Clínica, agravándose la situación al no estar el sistema computarizado.

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

a.3). La función de la Comisión de Control de Calidad permitiría, foliar y mantener un orden en las historias clínicas.

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

a.4). No obstante estar todos los pacientes registrados los datos de identificación son insuficientes.

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

a.5). La falta de control en la claridad de los registros impide la corrección de la legibilidad de las historias clínicas. La informatización de la misma facilitaría su lectura.

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

a.6). El registro producido a través de la creación de la Comisión de Control de Calidad, ayudaría a mejorar el nivel de información.

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

a.7). Los registros tienen en todos los casos la firma, faltando en algunos el sello.

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

a.8). No hay constancia, en todos los casos, de la comunicación a los distintos sectores judiciales y de estadística, pero a partir de la función de la Comisión de Control de Calidad, se mejoró la comunicación en las historias clínicas del Pabellón Central.

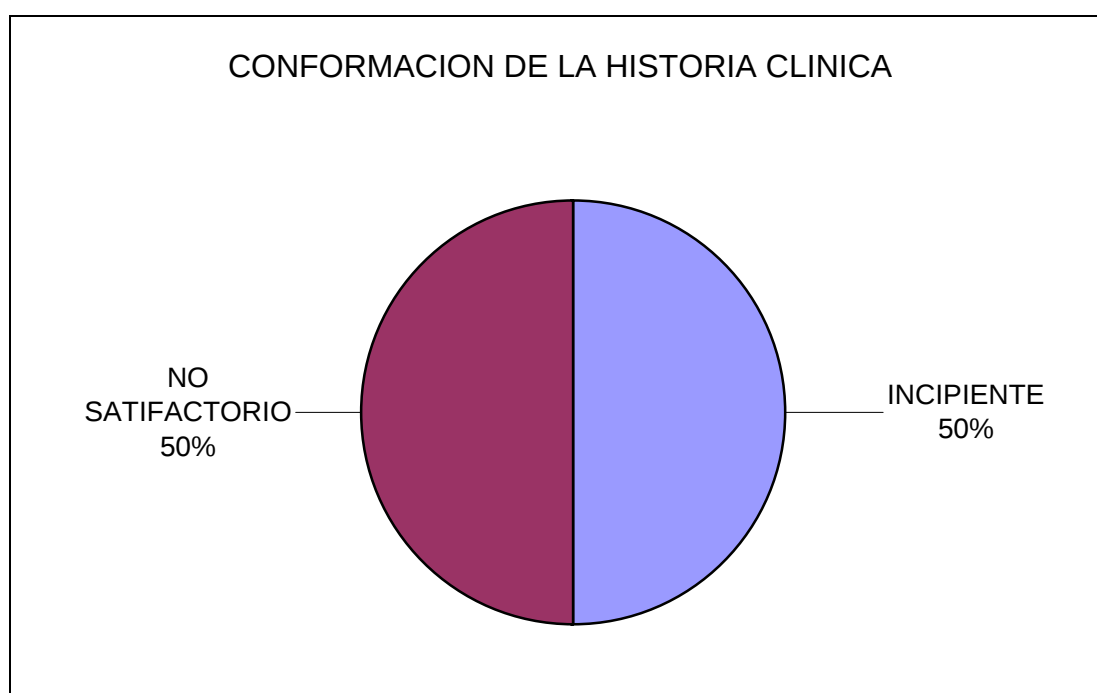
El nivel de avance es incipiente. Se mantiene la observación.

a.9). No existe consentimiento informado en la mayoría de las Historias Clínicas.

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

a.10). La mejora de los registros permitiría el seguimiento de la evolución de los pacientes.

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



Fuente: Elaboración propia

Gestión Clínica:

b.1). La integración en el Departamento N° 4 de las Asambleas de pacientes, psiquiatras y enfermeras modifica parcialmente la situación de riesgo.

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

b.2). La integración mencionada en el punto anterior además de las diferentes terapias de rehabilitación acortan los períodos de internación de pacientes.

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

b.3). Todos los servicios disponen de consultorios externos para los pacientes ambulatorios, en especial cuando salen con alta transitoria, pero al no contar con casas de medio camino, y no disponer de contención socio-familiar no toman la medicación, reingresan al hospital con patologías más graves. Esta situación, en lugar de permitir que el paciente se atienda por consultorios externos donde hay disponibilidad, pasan a internarse nuevamente.

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

b.4). El hospital no es el ámbito adecuado tanto para internaciones de pacientes geriátricos y con patologías delincuenciales y/o adicciones. Para evitar estas situaciones habría que derivar a este tipo de pacientes a instituciones más adecuadas a su patología.

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

b.5). Se debería evaluar y diagnosticar en su totalidad a los pacientes internados teniendo en cuenta su vulnerabilidad y exposición al riesgo de otras patologías.

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

b.6). Al no llegar en tiempo y forma los nombramientos el Servicio Social continúa adoleciendo la falta de recurso humano correspondiente.

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

b.7). De acuerdo al PLAN PREASIS (creación de 5 “casas de medio camino”) se tendrían que haber habilitado más numero de estas instituciones para la recuperación y la reinserción social de los pacientes. Hasta la fecha solamente funciona una casa desde el año 2002.

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

b.8). Se debería implementar una distribución racional de los pacientes a internar de su patología y con un criterio para toda la institución.

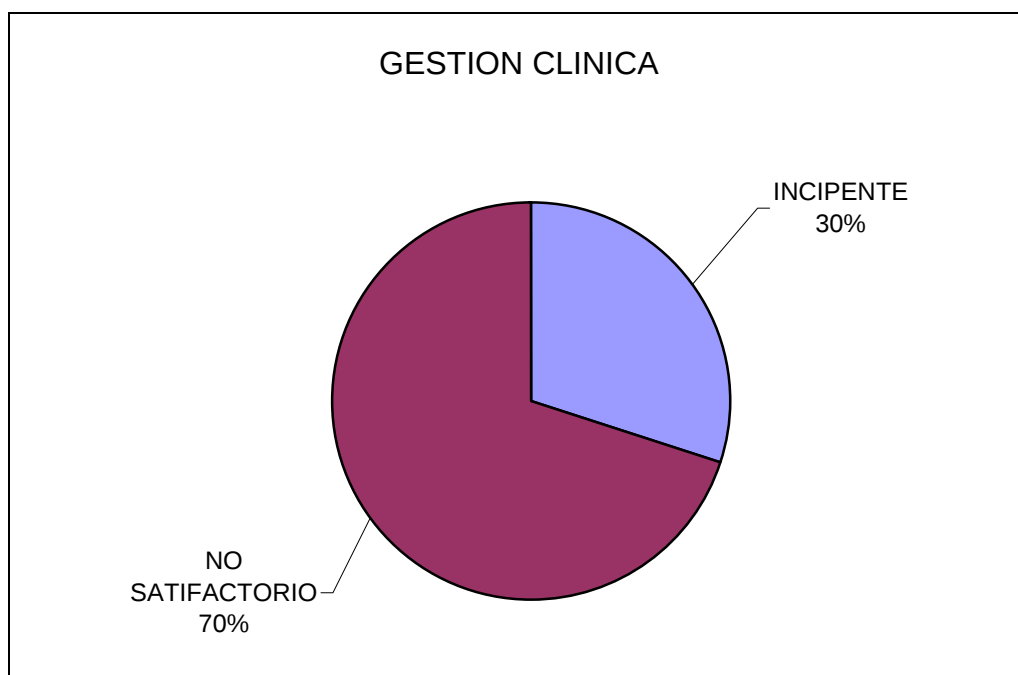
El nivel de avance no es satisfactorio. Se mantiene la observación.

b.9). Continúan los pacientes sin la atención odontológica correspondiente.

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

b.10). Al no existir una comunicación adecuada entre los distintos Servicios del Hospital, por diferentes formas de la atención de los pacientes, esta situación agrava la relación con el Poder Judicial.

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



Fuente: Elaboración propia

OBSERVACIÓN Nº 5 RECURSOS HUMANOS

- a). No existe una distribución adecuada y suficiente de las distintas especialidades y disciplinas profesionales que favorezcan la reinserción y recuperación de los pacientes internados.
- b). Se demora 3 meses en llegar la información desde los Servicios al Departamento de Docencia e Investigación, quien es el que lleva el control de los Concurrentes.
- c). Es insuficiente el número de personal de seguridad y vigilancia a los efectos de preservar la integridad de los pacientes, su entorno y las instalaciones del Hospital.

Recomendación:

- a) Adecuar los recursos profesionales a efectos de cumplir con los objetivos de la Institución, en lo referente a la rehabilitación y a la reinserción social de los pacientes.
- b) Reducir el lapso de comunicación entre los diferentes Servicios y el Departamento de Docencia e Investigación, a fin de mejorar el control y la asignación de las tareas llevadas a cargo por los concurrentes.
- c) Disponer de un mayor número de personal de seguridad y vigilancia a los efectos de preservar la integridad de los pacientes, su entorno y las instalaciones del Hospital

Comentario del organismo:

c.1) Al jubilarse un importante número de personal, y al no ser reemplazado se sobrecarga al resto.

Se realizó hace un año un concurso para el ingreso de 10 médicos de planta, pero aun no se efectivizó el mismo.

Es imposible una adecuada distribución cuando no existe el recurso humano.

c.2) Se organizó un grupo de reflexión institucional formado por profesionales de la institución (incluyendo los concurrentes) coordinado por un especialista de la Universidad de Lanús dirigido al mejoramiento de la comunicación.

c.3) Se agravó la situación, hay más riesgos y menos personal de seguridad. Existen 3 entradas, una de ellas para ingreso de camiones con material para la obra del hospital, queda casi siempre abierta sin personal de seguridad. La internación de pacientes con patologías adictivas y/o trastornos antisociales de personalidad, que levantada su peligrosidad deambulan por el hospital, no teniendo la asistencia adecuada a su patología por no corresponder a la especificidad de su trastorno. Pueden repetir sus crisis y tornarse peligrosos durante la espera de una adecuada derivación. En seguridad es necesario contar con 18 personas por turno, se disponía de 7 que acaban de reducir a 5 por turno, de los cuales 3 efectivos por turno corresponden a Policía Federal. Y para las 17 hectáreas del hospital, a la fecha, se dispone de solo 8 personas por turno.

Comentario de la Auditoría:

c.1). No se efectivizan los nombramientos en tiempo y forma. Se pierde recurso humano al quedar vacantes cargos en caso de jubilación fallecimientos, enfermedades crónicas y renuncias. Profesionales que no cumplen el horario de trabajo y otros que prestan servicio ad-honoren no pudiendo exigírseles las condiciones habituales de trabajo. Todo ello contribuye a la no recuperación y reinserción de los pacientes.

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

c.2). No existe comunicación entre el Departamento de Docencia e Investigación, los distintos servicios del Hospital y el Ministerio de Salud.

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

c.3). Disponiendo de 3 entradas y 17 hectáreas de superficie se cuenta en la actualidad con 8 personas por turno (5 de Seguridad privada y 3 de la Policía Federal), siendo necesarias 18 personas por turno.

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

OBSERVACIÓN N° 6 CARPETAS LEGALES

a) Se cumple parcialmente con lo normado por la ley nacional de internación N° 22.914 y la ley de Salud Mental de la Ciudad N° 448.

b) Ausencia de una normativa interna sobre el sistema de archivo que genera deficiencias en el procedimiento de archivo, desarchivo y conservación de las carpetas legales.

Recomendación:

a) Cumplir con lo normado en la Ley nacional de internación N° 22.914

b) Sancionar una norma interna que indique la forma de archivar, obligatoria para todos los servicios.

c) Generar procedimientos administrativos en las tareas de archivo, desarchivo y conservación de las carpetas legales, que garanticen la existencia física y ubicación de las mismas

Comentario del organismo:

a) La aplicación de la Ley de Salud Mental es declarativa siendo dificultosa su implementación.

b) Está en proceso de cambio a medida que ingresan elementos que permitan su revisión.

Comentario de la Auditoría:

a) Del análisis de las Historias Legales surge una mayor fluidez en la comunicación entre la institución y los respectivos juzgados, no obstante el mismo no es suficiente

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

b) No se han generado procedimientos administrativos adecuados para el archivo, desarchivo y conservación de las carpetas legales.

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

OBSERVACIÓN N° 7: PLANTA FÍSICA

a) Crítico estado de mantenimiento en el Hospital por falta de personal especializado. Sanitarios, ascensores, central telefónica, equipamiento en dormitorios, estufas, máquinas lavadoras y secadoras, continúan en igual situación que al momento del relevamiento.

b) Continúa funcionando la Guardería de Niños aladaña a la Unidad 14/22 en donde se encuentran internados pacientes psicópatas y con HIV careciendo de vigilancia y seguridad suficiente.

c) Continúa funcionando en el ámbito del Hospital la Unidad Carcelaria 20 perteneciente al Servicio Penitenciario Federal, con contrato vencido.

Recomendación:

a) Disponer las medidas necesarias para el mejoramiento del mantenimiento en el Hospital, disponiendo de personal especializado, evitando el deterioro continuo de las instalaciones.

b) Reparar los sanitarios, ascensores, instalar una central telefónica, mejorar el equipamiento en dormitorios, instalar las estufas necesarias, reparar las máquinas lavadoras y secadoras, para mejorar la calidad de atención del paciente y su entorno.

c) Reinstalar la Guardería de Niños en un lugar más seguro y adaptado a los requerimientos y necesidades técnico-sociales de esa edad.

d) Trasladar la Unidad Carcelaria 20 perteneciente al Servicio Penitenciario Federal.

Comentario del organismo:

Las obras de remodelación de los distintos pabellones que conforman sólo una parte del conjunto Hospital Borda tienen por característica la dependencia de factores ajenos a su propia programación.

Modificaciones al proyecto aprobado, nuevas modificaciones técnicas por distintos requerimientos, coordinación para el traslado de pacientes, vicios ocultos en los edificios existentes, retrasos en las gestiones administrativas por cambio de autoridades han sido y son algunas de las interferencias a superar mes a mes.

El nuevo plan de obras prevé las siguientes fechas de finalización de las obras:

Pabellón 25 "B", primera quincena de julio 2007.

Pabellón 25 "A", primera quincena de octubre de 2007.

Pabellón "Amable Jones", segunda quincena noviembre 2007.

Pabellón Central; inicio de la primera etapa sin afectación por traslado de pacientes, primera quincena mayo con un plazo de obra estimado en 180 días.

Reparación y habilitación de dos ascensores en el Pabellón Central en Preadjudicación.

Redes de agua para consumo, agua para incendio, desagües cloacales y gas en proyecto y preparación de pliegos para licitar.

Instalación eléctrica de baja a media tensión con sub-estación transformadora a concluir.

Con respecto al Lavadero del establecimiento se han adquirido dos lavadoras y dos centrífugas que actualmente se encuentran en funcionamiento.

Comentario de la auditoría:

a) El estado de mantenimiento en el Hospital por falta de personal especializado continúa siendo crítico. La planta física se mantiene con el mismo estado de deterioro observado en el relevamiento en cuanto a sanitarios, ascensores, falta de central telefónica, calefacción, equipamientos de los dormitorios en general y falta de agua caliente por rotura de las calderas

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

b) Continúa funcionando la Guardería de Niños aledaña a la Unidad 14/22.

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

c) Continúa funcionando en el ámbito del Hospital la Unidad Carcelaria 20.

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

V) CONCLUSIONES:

La salud mental se puede definir como la expresión constructiva y concreta de la forma de identidad, de sentir, de pensar, de comunicar, y de la relación que podemos establecer los seres humanos entre nosotros, con los otros, con los objetos, los ambientes y otros seres; como también, con las instituciones y con las dimensiones de la vida: corpórea, física, emocional, cognitiva, social y espiritual.

La Ley N° 448 de Salud Mental de la CABA, al sostener los ejes de la interdisciplina y la intersectorialidad en salud mental, adquiere un criterio democrático y participativo. Garantiza diferentes modalidades de atención y variabilidad de abordajes terapéuticos.

Se registran:

- a) Recaídas periódicas con reingresos, fenómeno de puerta giratoria.
- b) Tendencia a internaciones y tratamientos prolongados, más de lo necesario desde lo clínico por razones psicosociales.
- c) Tendencia a la superpoblación y saturación de los servicios

Basados en recomendaciones OPS. y en criterios terapéuticos actuales que recomienda el fortalecimiento de la integración sociocomunitaria de los pacientes tratados en los servicios de salud mental, es necesaria una real transformación del actual modelo de atención en salud mental que evite en tanto sea posible la cronificación de la internación en instituciones monovalentes.

De las 34 observaciones, 3 se levantaron 31 se mantienen en las cuales en 8 se realizaron avances incipientes.

ANEXO FOTOGRAFICO HOSPITAL BORDA

Entre el período que va desde el Informe de Auditoría de Gestión y la actualidad, han comenzado obras de remodelación de diferentes pabellones, cuya ejecución depende entre otros factores ajenos a su propia programación, como ser nuevas modificaciones técnicas, coordinación para el traslado parcial de los pacientes, vicios ocultos en los edificios existentes, retrasos en gestiones administrativas por cambio de autoridades. La finalización de las obras de acuerdo al nuevo cronograma prevé entregar los pabellones dentro del año 2007.

- El estado de mantenimiento en el Hospital por falta de personal especializado sigue siendo crítico.
- Los sanitarios siguen en mal estado salvo los del pabellón central ala norte que están siendo refaccionados la finalización de estas obras están previstas para febrero del 2009.
- Los ascensores se encuentran en regular estado de mantenimiento, ya salió la licitación.
- La central telefónica sigue sin funcionar, el personal cuenta ahora con comunicación portátil tipo handys.
- La calefacción sigue siendo por estufas salvo en los pabellones reciclados que es por aire.
- El equipamiento en dormitorios sigue siendo precario salvo en los pabellones reciclados.
- El lavadero adquirió nuevas lavadoras, centrifugadoras y secadoras, la ropa de color se lava en el hospital y el lavado de la ropa blanca se realiza afuera del hospital.
- Continúa funcionando la Guardería de Niños aledaña a la Unidad 14/22.
- Continúa funcionando en el ámbito del Hospital la Unidad Carcelaria 20.
- Los pabellones A y B se encuentran en obra (foto 4) ya se ha entregado el 100% del pabellón A y el 50% del pabellón B que se prevee finalizar para mayo del 2008.
- Las escaleras de incendio no pueden ser habilitadas ya que no tienen la debida protección exterior y las puertas no tienen un sistema de control adecuado para el tipo de paciente internado. (fotos 1 a 3). Las nuevas habitaciones se encuentran en muy buen estado, con buen equipamiento, del mismo modo que los nuevos sanitarios. (fotos 5 a 8).

- Se construyó una nueva central con grupos electrógenos (foto 9), con los tendidos correspondientes de cables hasta cada pabellón, que aun no se han conectado.
- El pabellón AMABLE JONES se encuentra en reparaciones (fotos 10 y 11) están previstas la finalización de las obras para abril del 2008
- Los pavimentos interiores se encuentran en muy mal estado (foto 12)



FOTO N°1



FOTO N°2



FOTO N°3



FOTO N°4



FOTO N°5



FOTO N°6

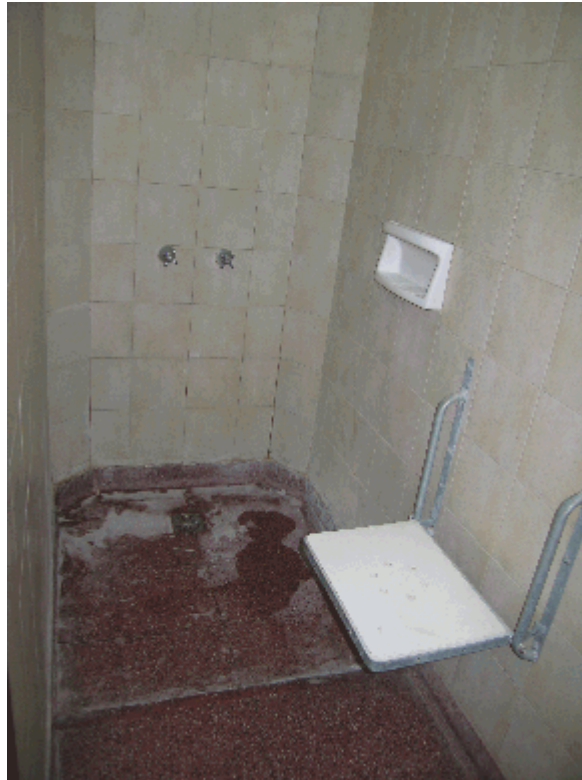


FOTO N°7



FOTO N°8



FOTO N°9



FOTO N°10



FOTO N°11



FOTO N°12