

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Con informe ejecutivo

Proyecto N° 3.11.08

**Hospital
Carolina Tobar García**

Período 2010

Buenos Aires, Marzo de 2012

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Dr. Santiago De Estrada

Lic. Eduardo Ezequiel Epsteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marco

Dra. Paula Oliveto Lago

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.11.08

NOMBRE DEL PROYECTO: Hospital Carolina Tobar García

PERÍODO BAJO EXÁMEN: 2010

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto
Dr. C.P. Pedro Cottone

Auditor a cargo del equipo de auditoria
Dra. C.P. Patricia Campana

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

Aprobado por Unanimidad en sesión de Colegio de Auditores Generales de fecha 12 de marzo de 2012.

RESOLUCION AGC N° 65/12

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Marzo de 2012.				
Código del Proyecto	3.11.08				
Denominación del Proyecto	Hospital Carolina Tobar García				
Período examinado	Año 2010				
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital Tobar García.				
Presupuesto Distributivo 2010 (expresado en pesos)	Jur	UE	Pro	Descripción	Importe
	40	437		HTAL. CAROLINA TOBAR GARCIA	33.237.172
	40	437	53	SALUD MENTAL	33.237.172
Limitaciones al alcance	No es posible evaluar el acceso y el proceso de atención de los Servicios que brindan rehabilitación a los pacientes internados en el hospital, dado que durante el período 2010, los profesionales que intervinieron en tal proceso, no registraron diariamente en la historia clínica, las prestaciones brindadas. Motivo por el cual no es posible obtener la información de las consultas a las que accedieron los pacientes de internación, dando cumplimiento al Tratamiento. Actualmente, esta limitación ha sido modificada. Tampoco existe en la historia clínica de internación un formulario que indique el Tratamiento Diario del paciente (actividades psicoterapéuticas y de rehabilitación), con indicación de días, horarios, profesionales que intervienen, personal que acompaña al paciente de la sala de internación hasta el lugar del tratamiento, entre otros datos. Si bien cada Servicio dependiente del Departamento de Rehabilitación, cuenta con un libro interno de registro de pacientes, el mismo no diferencia si el paciente atendido es ambulatorio o de internación, ni tampoco está rubricado y foliado por la máxima autoridad del organismo (período 2010).				
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 7 de Febrero y el 30 de Abril de 2011.				
Aclaraciones previas	En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la Constitución de la Ciudad, especialmente en su art. 20, proclama el derecho de todos los individuos a la salud integral, enlazando con los arts. 23 y 42 de dicho cuerpo normativo, referidos a los derechos de las personas con necesidades especiales, en virtud de lo dispuesto en el art. 39 y en la Ley Nº 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que proclaman los derechos del niño. La Ley Básica de Salud Nº 153, estableció las directrices que deben nutrir a todo el Sistema de Salud en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, organizándolo y fijando los principios para cada				

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

	subsector, consagrando además los derechos de los pacientes. El art. 48, establece, la promoción de la desinstitucionalización progresiva, valiéndose de modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día. Por su parte, la Ley N° 448 de Salud Mental, regula todos los aspectos vinculados al Sistema de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires, recogiendo todos aquellos principios desarrollados años atrás por los diferentes organismos internacionales, con sustento en el catálogo de derechos del paciente y la concepción de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social. Así en su art. 2 se establece entre otros, la necesidad de articulación entre las instituciones, ONG y otros recursos de la comunidad a fin de facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario (inc.e) y que la internación se materialice solo para el caso en que no exista la posibilidad de llevar adelante un tratamiento ambulatorio (inc. f en consonancia con los arts. 13 y 19). En igual sentido el art. 3, al delimitar los derechos del paciente psiquiátrico, establece que deberá aplicarse la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad, debiendo velar por su efectiva rehabilitación y reinserción familiar, laboral y comunitaria (incs. i y j). La ley impone la organización en redes (Art. 2 inc. c), el trabajo intersectorial e interdisciplinario (Art. 2 inc. d), la articulación del sistema con los recursos de la sociedad (Art. 2 inc. e), con los municipios del Conurbano Bonaerense y con los gobiernos, provincial y nacional (Art. 5 incs. h e i). En relación a los efectores del sistema, en su art. 14 menciona expresamente, cuales son los diferentes efectores con que debería contar la red de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Entre ellos se encuentran, los vinculados con la atención ambulatoria y los hogares terapéuticos como las Casas de Medio Camino.
Principales Observaciones	1. No se han implementado nuevos dispositivos para facilitar la externación de pacientes. Ello va en contra de lo enunciado en la Ley N° 448 art.14¹ y 15², y en la Ley Básica de Salud N° 153 art. 48³. Si bien existe un fallo de Cámara en firme, que dispone la elaboración de un dispositivo que respete el estándar normativo vigente -a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección

¹ (...) incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades (Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche; Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas; Casas de Medio Camino; Centros de capacitación sociolaboral promocionales; Emprendimientos sociales; Granjas Terapéuticas; Hogares y familias sustitutas; entre otros.

² Las personas que en el momento de la externación no cuentan con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

³ (...) La desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

	General de Salud Mental-, a la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, el cumplimiento de la obligación lleva 56 días de mora. 2. No hay una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica. Los recursos disponibles no alcanzan a cubrir las necesidades terapéuticas actuales. Por su parte los hogares contratados no cumplen con todos los requerimientos legales necesarios para la atención de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales (falta de habilitación, etc.). 3. No existen los dispositivos genuinos y aptos que se requieren para la externación en tiempo y forma de los pacientes, que garanticen la efectiva reinserción social, lo cual se contrapone con el marco legal vigente, que pone énfasis en la asistencia ambulatoria, en la internación breve, en la atención domiciliaria que preserve los vínculos sociales y familiares, y en la reinserción social y laboral. En tal sentido, el tiempo promedio de internación de pacientes con alta hospitalaria, fue de 78 días, con un mínimo de 28 días y un máximo de 199 días. Ello también implica, el incremento del gasto en salud. 4. La falta de articulación de los efectores -indispensable para la recuperación, rehabilitación y reinserción social de los niños/as y adolescentes-, vulnera el principio de trabajo en redes establecido en la Ley N° 448 art. 13 y 14. 5. No se realiza un seguimiento de los pacientes externados del hospital que fueron derivados a un dispositivo de albergue, a fin de garantizar la continuidad de atención y evaluar la evolución del tratamiento para evitar reinternaciones (Ley N° 448 art.16). 6. No existe en la historia clínica de internación un formulario que indique el Tratamiento Diario del paciente (actividades psicoterapéuticas y de rehabilitación), con indicación de días, horarios, profesionales que intervienen, personal que acompaña al paciente de la sala de internación hasta el lugar del tratamiento, entre otros datos. Ello impide la evaluación del cumplimiento efectivo del tratamiento del paciente. 7. El Hospital de Día que existe en la institución, responde a un perfil diagnóstico, que no está en condiciones de incorporar las derivaciones del servicio de internación; cuando el espacio físico, esté destinado únicamente a Hospital de Día, es posible la inclusión de pacientes con otras patologías. La ampliación de esta modalidad de atención, resultaría una alternativa válida como instancia intermedia hasta el alta definitiva del paciente. 8. Se constataron 29 comunicaciones a organismos afines (Sistema Nacional de Farmacovigilancia, UPE-UOAC y Red de Farmacia) y 8 Historias Clínicas de pacientes internados en el año 2010, con intervención de profesionales médicos por descompensación del paciente, dada la falta de respuesta de la medicación suministrada o los efectos adversos. La intervención médica requirió el aumento de la dosis del medicamento utilizado
--	--

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

	y/o la incorporación de una medicación complementaria, incrementado ello, el margen de error en la dosificación de la medicación e interfiriendo con un adecuado tratamiento, lo que favorece las reinternaciones o la prolongación de las mismas. 9. El incumplimiento en la finalización de las obras previstas, limita la atención de la consulta ambulatoria, de Guardia, de Laboratorio y de Servicio Social del hospital. Las obras de refuncionalización integral, que estaban planificadas para realizarse en 18 meses, llevan ya cinco años. Si bien, existe un fallo en firme de la justicia de la Ciudad, que ordena la finalización de las mismas, aún están sin concluir.
Principales Recomendaciones	1. Arbitrar los medios necesarios para la implementación de los dispositivos de atención, en cumplimiento de la Ley N° 448 y del fallo en firme dictado por la justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Primera Instancia y Cámara), bajo apercibimiento de sanciones y multas a los responsables de su incumplimiento. 2. Procurar una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica, como así también, el trabajo en Red. La transferencia de competencias de un Ministerio a otro (Decreto N° 647/2010), no garantiza una mejor aplicación de recursos y/o mejores controles en el cumplimiento de requisitos legales de los hogares contratados. 3. Implementar un mecanismo que permita el seguimiento de los pacientes externados y derivados a un dispositivo de albergue, a fin de garantizar la continuidad del tratamiento, como así también, evaluar la evolución del mismo para evitar reinternaciones. 4. Re-implementar el mecanismo de Hoja de Día del Paciente Internado a fin de garantizar el cumplimiento de la actividad prevista en el Tratamiento del Paciente, admitiendo controles sobre su cumplimiento por parte de autoridad jerárquica. 5. Ampliar el alcance de las prestaciones del Hospital de Días a otras categorías diagnósticas que permitan y favorezcan la reinserción de un mayor número de pacientes en etapas previas a la externación, evitando reinternaciones, tal como lo establecen las normas vigentes. 6. Incentivar las comunicaciones por ineficacia de medicamentos, al Sistema Nacional de Farmacovigilancia y a la Red de Farmacia, en el resto de los efectores de Salud Mental de la Ciudad, a fin de procurar las evidencias científicas que permitan esclarecer las diferencias en las respuestas terapéuticas. 7. Exigir el cumplimiento del fallo de la justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que indica la finalización de la Obra de Refuncionalización Integral del Hospital, e implementar sanciones disciplinarias a través del sistema de multas a los responsables del incumplimiento.
Conclusión	Los niños/as y adolescentes atendidos en el Hospital Dra. Carolina Tobar García, proceden en su mayoría, de un medio socioeconómico carente. Este grupo etáreo padece, además de

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

	sus cuadros psiquiátricos, adicciones, violencias, abandonos y maltratos, entre otros, imponiéndose en ellos la patología dual. La complejidad de estos casos, nos lleva a plantear la necesidad de políticas en salud, que tengan como eje central, la prevención, la asistencia y la rehabilitación, además, de la capacitación continua de los recursos humanos, la actividad de investigación y la tarea ética-moral de incluir a estos niños y adolescentes en la comunidad. No obstante, la evolución psiquiátrica del paciente que posibilita el alta hospitalaria, se ve limitada por la imposibilidad de externación, dada la ausencia de dispositivos establecidos por Ley N° 448. La vuelta a la comunidad sin un soporte adecuado, repite el ciclo de internación hospitalaria. Asimismo, la implementación de Hospitales de Día y Hospitales de Noche, de Residencias Protegidas de hasta veinte camas, de Casas de Medio Camino, de Centros de Capacitación Sociolaboral Promocionales, de Emprendimientos Sociales, de Granjas Terapéuticas, de Hogares y Familias Sustitutas, y demás modalidades que favorezcan la reinserción social de los pacientes, deberían ser acompañadas, por un dispositivo progresivo de fortalecimiento familiar, a fin de poder resolver la problemática del paciente junto con su núcleo familiar, fundamentado en la importancia del funcionamiento de las Redes del Sistema de Salud Mental, establecido en el Art. 13 y 14 de la Ley N° 448. Actualmente, existe una contradicción entre lo que obliga la Ley N° 2881 a los hogares que albergan niños, contratados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: cumplimiento de habilitación, condiciones edilicias, sanitarias, de seguridad y funcionamiento, entre otros, y la acción implementada ante la necesidad de derivación de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales, por el mismo GCBA: prórroga para cumplir los requisitos exigidos por Ley, mientras que los niños permanecen internados en esos hogares. Es necesario, recordar la existencia de diversos elementos del derecho, que consagran el Derecho a la Salud de las personas, y en especial de los niños, depositando en el Estado el deber de promover el disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Este extenso plexo normativo, conlleva exigir su cumplimiento y la aplicación de sanciones y multas afines. Existen diversas concepciones teóricas sobre el tratamiento de la salud mental, que se reflejan en distintos Servicios asistenciales del hospital. Esta diversidad de concepciones, si bien no desacredita la actividad asistencial, requiere de un mayor esfuerzo para alcanzar una articulación tendiente a una mejor calidad de atención. Es imprescindible la elaboración de normas que regulen la actividad del personal de Enfermería, dedicados a la atención de
--	--

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

	pacientes con padecimientos mentales Infanto Juveniles. Hasta tanto ello ocurra, se sugiere que toda incorporación del personal de Enfermería, esté acreditada mediante una evaluación de actividades por los Supervisores y la Jefatura de Enfermería, como así también, por los profesionales responsables de cada área de internación. Esta evaluación debería trasladarse a todo el personal de Enfermería y efectuarse periódicamente. Asimismo, podría darse intervención a la Dirección General de Enfermería. Por último, dada la demora de la obra en curso y visto los adicionales de obra que debieron incluirse, se recomienda realizar una auditoria de obra pública, a fin de asegurar el cumplimiento de las condiciones técnicas especificadas en el Pliego de Bases y Condiciones Particulares.
--	--

Informe Final de Auditoría
Proyecto N° 3.11.08
Hospital Carolina Tobar García

DESTINATARIO

Sra. Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Maria Eugenia Vidal
S _____ / _____ D _____

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

I) OBJETO

Hospital Dra. Carolina Tobar García.

II) OBJETIVO

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

III) ALCANCE

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

Para el análisis global de estructura, presupuesto, planificación, circuitos, gestión patrimonial y de recursos humanos, y para evaluar el cumplimiento del presupuesto físico aprobado y de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión, en áreas críticas del Hospital Dra. Carolina Tobar García, se practicaron los siguientes procedimientos:

- Analizar la normativa aplicable al objeto de auditoria.
- Evaluar el acceso y el proceso de atención en los Servicios que brindan rehabilitación a los pacientes internados, como así también, las actividades para lograr la reinserción sociofamiliar.
- Evaluar la externación de los pacientes internados en el hospital, y la intervención de los distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales. Incluye el análisis de irregularidades detectadas en dispositivos de albergue y fallos judiciales relacionados con la temática.
- Analizar y evaluar la provisión de insumos médicos, como así también, las comunicaciones efectuadas por el hospital, por falta de eficacia clínica de medicamentos suministrados a pacientes internados.
- Evaluar la dotación del recurso humano de Enfermería y la utilización racional de horas módulos.
- Analizar y evaluar el avance de la obra de Refuncionalización Integral del Hospital, con financiamiento del BID.
- Identificar Indicadores cualitativos y cuantitativos de la Gestión.

Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 7 de Febrero y el 30 de Abril de 2011.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No fue posible evaluar el acceso y el proceso de atención de los Servicios que brindaron rehabilitación a los pacientes internados en el hospital (Dpto. Rehabilitación), dado que durante el período 2010, los profesionales que intervinieron en tal proceso, no registraron diariamente en la historia clínica, las prestaciones brindadas. Motivo por el cual no fue posible obtener la información de las consultas a las que accedieron los pacientes de internación, dando cumplimiento al Tratamiento. Actualmente, esta limitación ha sido modificada. **(Observación 8)**

Tampoco existe en la historia clínica una hoja que indique el Tratamiento del paciente (actividades diarias psicoterapéuticas y de rehabilitación), con indicación de días, horarios, profesionales que intervienen, personal que acompaña al paciente de la sala de internación hasta el lugar del tratamiento, entre otros datos. **(Observación 6)**

Si bien cada Servicio dependiente del Departamento de Rehabilitación, cuenta con un libro interno de registro de pacientes, el mismo no diferencia si el paciente atendido es ambulatorio o de internación, ni tampoco está rubricado y foliado por la máxima autoridad del organismo (período 2010)⁴.

⁴ Este incumplimiento ya fue observado en el Informe de Auditoria N°11-UAIMS/10, Auditoria integral de gestión, Junio de 2010.

V) ACLARACIONES PREVIAS

1. Generalidades

1.1 Aspectos relativos al Sistema de Salud Mental

En el año 1990, se plasmaron en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), celebrada en Venezuela, normas éticas sobre la materia, emitiéndose su internacionalmente conocida “Declaración de Caracas”.

En ese documento, se instó a los diferentes Ministerios de Salud, Parlamentos o prestadores de servicios locales a que promuevan el cambio en el sistema de salud mental vigente hasta el momento, a fin de salvaguardar invariablemente la dignidad personal y los derechos del enfermo (art. 3.a), propendiendo a la permanencia del mismo en su medio comunitario, creando servicios de salud mental al efecto (art. 3.c y 4.b) y apuntando a un modelo cuyo eje pase por el servicio de salud comunitaria, propiciando la internación psiquiátrica en los hospitales generales (art. 5).

Conforme el instrumento mencionado y de acuerdo a lo dispuesto en diversos tratados de derecho internacional, en 1991 la Asamblea General de la ONU, dio a conocer su Resolución N° 46/119, a través de la cual estableció los principios que deben regir para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la salud mental.

En ella, además de sentar las directivas básicas referentes a las libertades fundamentales y derechos básicos de las personas con patologías psiquiátricas, se insistió en la necesidad de ajustar los esfuerzos por evitar la internación del paciente, cuando exista otro tratamiento que resulte menos restrictivo a su libertad personal.

Así lo confirman los Principios N° 7 y 9 del documento, al afirmar respectivamente que, “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible en la comunidad en la que vive” y “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros”.

En efecto, la comunidad internacional comenzó a tomar conciencia de la necesidad de buscar nuevos mecanismos orientados al tratamiento ambulatorio

de los enfermos psiquiátricos, en los cuales se persiga la desaparición de la patología del paciente, sin recluirlo ni aislarlo del mundo en el que vive.

El hospital psiquiátrico, así como las políticas de internación, dejaron de concebirse como el nervio central del sistema de salud mental, estimulándose la creación de redes que logren dar contención general al enfermo, sin apartarlo de su medio social.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Sistema de Salud Mental, se organiza e implementa conforme a los principios rectores derivados de la Constitución de la Ciudad, de la Ley Básica de Salud y de la Ley de Salud Mental de la Ciudad.

1.2 Aspectos Normativos de la Salud Mental

A. Normativa que regula la materia en la Ciudad de Buenos Aires

Existen diversos tratados y documentos internacionales -con jerarquía constitucional en la Nación Argentina desde el año 1994 (Art. 75, inc. 22 CN)-, que consagran el Derecho a la Salud de las personas, y en especial de los niños y de las personas con padecimientos mentales, depositando en el Estado el deber de promover el disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Bajo esta concepción se encuentran: la Convención Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. 11); la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25.1), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) y la Convención de los Derechos del Niño (arts. 3.1, 23.2 y 23.3).

Los tratados internacionales, incorporados por la normativa citada, consagran la moderna concepción de la internación psiquiátrica como el último recurso al cual acudir ante la ineficacia de otro tratamiento, cuya duración debe limitarse, sin excepción, al tiempo estrictamente necesario.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la Constitución de la Ciudad, especialmente en su art. 20, proclama el derecho de todos los individuos a la salud integral, enlazando con los arts. 23 y 42 de dicho cuerpo normativo, referidos a los derechos de las personas con necesidades especiales, en virtud de lo dispuesto en el art. 39 y en la Ley N° 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que proclaman los derechos del niño.

La Ley Básica de Salud N° 153, estableció las directrices que deben nutrir a todo el Sistema de Salud en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, organizándolo y

fijando los principios para cada subsector, consagrando además los derechos de los pacientes. El art. 48, establece, la promoción de la desinstitutionalización progresiva, valiéndose de modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

Por su parte, la Ley Nº 448 de Salud Mental, regula todos los aspectos vinculados al Sistema de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires, recogiendo todos aquellos principios desarrollados años atrás por los diferentes organismos internacionales, con sustento en el catálogo de derechos del paciente y la concepción de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social.

Así en su art. 2 se establece entre otros, la necesidad de articulación entre las instituciones, ONG y otros recursos de la comunidad a fin de facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario (inc.e) y que la internación se materialice solo para el caso en que no exista la posibilidad de llevar adelante un tratamiento ambulatorio (inc. f en consonancia con los arts. 13 y 19). En igual sentido el art. 3, al delimitar los derechos del paciente psiquiátrico, establece que deberá aplicarse la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad, debiendo velar por su efectiva rehabilitación y reinserción familiar, laboral y comunitaria (incs. i y j).

La ley impone la organización en redes (Art. 2 inc. c), el trabajo intersectorial e interdisciplinario (Art. 2 inc. d), la articulación del sistema con los recursos de la sociedad (Art. 2 inc. e), con los municipios del Conurbano Bonaerense y con los gobiernos, provincial y nacional (Art. 5 incs. h e i).

En relación a los efectores del sistema, en su art. 14⁵ menciona expresamente, cuales son los diferentes efectores con que debería contar la red de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Entre ellos se encuentran, los vinculados

⁵ Para ello se establecen los siguientes efectores: Centros de Salud Mental; Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria; Dispositivos de atención e intervención domiciliaria respetando la especificidad en Salud Mental; Consultorios Externos; Equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica; Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche; Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos; Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva; Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector; Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas; Hospitales monovalentes de salud mental; Casas de Medio Camino; Centros de capacitación sociolaboral promocionales; Talleres protegidos; Emprendimientos sociales; Atención especializada en salud mental infanto-juvenil; Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría; Hogares y familias sustitutas; Granjas terapéuticas.

con la atención ambulatoria y los hogares terapéuticos como las Casas de Medio Camino.

En el ámbito Nacional, la Ley N° 26.061, de protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, viene a dar cumplimiento legislativo con la Convención de los Derechos del Niño y reglamenta un conjunto de deberes y obligaciones en cabeza del Poder Ejecutivo, con la intención de que cada ejecutivo local asuma su responsabilidad en materia de gestión de la política social. En este sentido, la ley establece un Sistema de Protección Integral con un procedimiento que regula el accionar público respecto de la infancia y la adolescencia.

Esta ley, junto con la Ley N° 114 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, formula un diseño institucional en virtud del cual, se reconoce a los organismos administrativos de la Ciudad, dependientes del Poder Ejecutivo local, responsabilidad directa y principal para entender en aquellas situaciones de amenaza o vulneración de derecho, que sean consecuencia de necesidades básicas insatisfechas, carencias, dificultades materiales, económicas o de vivienda.

La Ley N° 114 creó el “Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, dependiente de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad, de acuerdo con el Art. 39 de la Constitución, como el organismo especializado que promueve y articula las políticas para el sector, que cuenta con unidades descentralizadas (Defensorías Zonales) que ejecutan acciones con criterios interdisciplinarios y participación de los involucrados. Interviene necesariamente en las causas asistenciales. En tal sentido, frente a la mera constatación de un derecho vulnerado o amenazado, éste es el encargado de adoptar las medidas individuales de protección de derechos establecidas en la legislación vigente, por sí o a través de las defensorías zonales, que son oficinas descentralizadas geográficamente.

Con el fin dar cumplimiento al mandato legislativo contenido en la Ley Nacional N° 26.061, en jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en Septiembre de 2006 el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, suscriben el “Acta Acuerdo para la Transferencia de Servicios de Atención Directa de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en los términos del art. 70 de la Ley N° 26.061. El Acuerdo sobre Competencias para la Adopción de Medidas de Protección Integral de Derechos y las Medidas Excepcionales dispuestas por la Ley N° 26.061, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue aprobado por Ley 2.339. Posteriormente, en febrero de 2007, se firma el Acta Complementaria.

En virtud de dicha Acta Acuerdo, la Ciudad designa al Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, como el organismo que debe adoptar las medidas

individuales de protección establecidas en la legislación vigente, por sí o a través de las defensorías zonales; e identifica al Ex Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, hoy Ministerio de Desarrollo Social, como la autoridad de ejecución programática de las políticas públicas sociales de infancia y adolescencia, y en consecuencia el área de gobierno responsable de organizar y brindar las prestaciones necesarias para dar respuesta a los derechos sociales demandados (cláusulas sexta y séptima).

Cabe aclarar aquí, que en virtud de esta misma legislación, en el ámbito de la Ciudad todo ingreso de un niño/a, a una institución de albergue, se define mediante una medida de protección de derechos, emanada por el órgano competente (Consejo) con la correspondiente asignación del recurso por parte del efector que controla y organiza las vacantes en los lugares de internación (Dirección General de Niñez y Adolescencia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social). Esta Dirección aloja o interna a los niños en instituciones propias y en instituciones tercerizadas, a las que se accede por convenios con organizaciones no gubernamentales. La institucionalización es notificada a la Asesoría General Tutelar -conforme lo establece el Decreto del Poder Ejecutivo 1.527 y el art.73 de la Ley N°114-, quien vela por la debida legalidad de las medidas y de los procedimientos que le dieron origen.

En el caso de tratarse de internaciones en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes, en efectores de salud pública, conforme la Resolución N° 1.956/06/SSS (Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) deberá comunicarse dicha internación a la Asesoría General Tutelar dependiente del Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Frente a esta notificación, la Asesoría en forma inmediata requiere al Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que tome la debida intervención que le concierne y ponga en marcha los mecanismos de exigibilidad de derechos correspondientes a cada caso concreto.

Una vez dispuesta el alta respecto de la internación psiquiátrica, y en caso de requerirse un recurso de albergue convivencial para el egreso social del joven, o un acompañante terapéutico, o un albergue terapéutico o una casa de medio camino para continuar con el tratamiento, la responsabilidad institucional del caso ingresa de lleno en los efectores de niñez: la Dirección General de Niñez y Adolescencia quien es responsable de brindar el recurso en tiempo y forma oportuna y el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes encargado del seguimiento y evaluación del caso, y de arbitrar los mecanismos necesarios para que cesen los obstáculos que impiden el acceso al recurso adecuado.

El 2/12/2010 se promulga la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. En el marco de esta ley, se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales,

biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Dicha ley establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la mencionada ley, con relación a los servicios de salud (art. 4).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionó el 3 de mayo de 2007, la Ley Nº 2.318 de Prevención y Asistencia al Consumo de Sustancia Psicoactivas y de otras Prácticas de Riesgo Adictivo.

La ley se inserta en el marco de la Constitución de la Ciudad, la Ley Básica de Salud Nº 153, la Ley de Salud Mental Nº 448 y la Ley Nº 114 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, y establece importantes lineamientos en materia de prevención y asistencia no sólo del consumo de sustancias sino de otras prácticas de riesgo adictivo.

De acuerdo con lo establecido por la norma, el propósito general es garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de una ley marco de carácter general que contempla una multiplicidad de enfoques asociados a esta problemática.

La ley define al Jefe de Gobierno como autoridad de aplicación y menciona la participación interministerial de acuerdo a sus competencias, especialmente del Ministerio de Educación, del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Gestión Participación y Descentralización, del Ministerio de Gobierno, del Ministerio de Producción y el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

A.1 Internación del paciente

Evolución normativa

El artículo 482 del Código Civil expresaba: el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer, que usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá, tampoco, ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial.

En 1968, por la Ley 17.711, se reforma el Código Civil, y se agregan a dicho artículo los siguientes párrafos: las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al Juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos, pudieran

dañar su salud o la de terceros o afectaran la tranquilidad pública. Dicha internación solo podrá ordenarse previo dictamen de médico oficial.

A pedido de las personas enumeradas en el art. 144 C.C., el Juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos.

En este caso, se contempla la internación de otras patologías no necesariamente psicóticas y se autoriza la internación policial con previo dictamen del médico oficial.

A partir del año 1983, surge la Ley 22.914 de internación de pacientes afectados de enfermedades mentales, creándose un marco jurídico regulador del ingreso y egreso de pacientes de los establecimientos de salud mental y control de su evolución.

Dicha Ley establece en el art. 1 la modalidad de ingreso la cual podrá ser:

- a) Por orden judicial;
- b) A pedido del propio interesado o su representante legal;
- c) Por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el segundo párrafo del artículo 482 del Código Civil;
- d) En caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incisos 1) al 4) del artículo 144 del Código Civil.

En aquellos casos cuya internación no es por orden judicial, la misma debe ser comunicada inmediatamente a la Justicia (Asesor de Menores e Incapaces o Juzgado interviniente en el caso de una reinternación).

Por su parte, el art. 32 de la Ley N° 448 de la CABA, establece que la internación involuntaria de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley N° 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de Menores e Incapaces.

De tratarse de pacientes cuya internación se disponga por orden judicial (independientemente del fuero judicial) el director del establecimiento debe elevar al juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica (art. 37 de la citada ley).

Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un mes (art. 24 Ley N° 448).

La nueva Ley Nacional de Salud Mental, indica que la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y social (art. 14).

La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (art. 15).

A.2 Externación del paciente

Evolución normativa

El art. 15 de la Ley N° 448 establece que las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

En relación a las altas médicas de niños, niñas y adolescentes el art. 44 menciona que los niños, niñas y adolescentes internados que no registren la presencia de un grupo familiar de pertenencia, en caso de alta, dentro de las 72 horas serán derivados a la institución intermedia que corresponda, en los términos del art. 15 de la presente y de la Ley N° 114, previa comunicación al Asesor de Menores e Incapaces.

La Resolución N° 1175/GCABA/MSGC/07 crea el Programa de Atención Comunitaria de Niños/as y Adolescentes de hasta 15 años, con Trastornos Mentales Severos, clasificados según el CIE 10 como psicosis, autismo infantil y patologías mentales derivadas, que reciben atención y/o consultan en los efectores dependientes del Ministerio de Salud.

La Norma establece, que el Programa dependerá de la Dirección General de Salud Mental, y tendrá su sede funcional en el Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N° 1. Entre otros objetivos, establece la creación de un sistema de atención altamente especializado en la atención comunitaria del trastorno mental severo en la infancia, integrado a la Red de Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales y Pediátricos, y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs).

Con fecha 12/8/10, La Dirección General de Salud Mental, emite el Memorando N° 880765-DGASM-2010, que informa el Instructivo sobre procedimiento a seguir en los casos de externación de niños, niñas y adolescentes internados.

Asimismo, dicha Dirección, emitió con fecha 1/9/10 el Informe N° 978-DGASM-2010 donde explicita la necesidad de conformación de una Comisión intersectorial, interministerial e interdisciplinaria, integrad por el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Dirección General de Niñez y Adolescencia, y la Dirección General de Salud Mental, a fin de revisar los diagnósticos de alta médica de los equipos tratantes.

Con fecha 18 de Agosto de 2010, se sanciona el Decreto 647/2010, el que establece que a partir del 1/9/10, se transfiere a la órbita de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las competencias relativas a la atención de los niños, niñas y adolescentes, con problemáticas de salud mental y discapacidad, que hasta el momento correspondían al Ministerio de Desarrollo Social.

A tal efecto, se transfiere al Ministerio de Salud los créditos correspondientes a la Partida Presupuestaria 45475663517, por la suma de pesos cuatro millones seiscientos seis mil ciento veintidós con dieciséis centavos (\$ 4.606.122,16.-). Asimismo, se transfieren los convenios celebrados con instituciones de salud mental y discapacidad.

El 23/11/2010, el juez que atiende la causa N° 20.384/10, caratulada “Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre Hábeas Corpus” a la que se le acumuló la causa N° 39.506/09 caratulada “Asesor General Tutelar s/ Habeas Corpus”, resuelve declarar la ilegalidad del Memorando N° 880765-DGASM-2010, explicando que también resultaría ilegal que una Comisión intersectorial, interministerial e interdisciplinaria, integrad por el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Dirección General de Niñez y Adolescencia, y la Dirección General de Salud Mental, revisara los diagnósticos de alta médica de los equipos tratantes y opinara sobre las características que deberían reunir los dispositivos de derivación.

Dicha resolución fue ratificada por el juez de Cámara de apelaciones en lo Penal, Contravencional y de Faltas, en la causa N° 20.384-00/CC/2010, denominada “Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires s/ hábeas corpus – apelación”, al que agrega en su punto V de la resolución: *“Disponer que a efectos de evitar situaciones susceptibles de afectar derechos constitucionales como las aquí ventiladas, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Mental, con la mayor urgencia elabore un dispositivo que respete el estándar normativo (...)”*.

La nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, establece que el alta, externación o permisos de salida, son facultad del equipo de salud no requiriendo autorización del juez. Sólo se informa al juez si la internación fue involuntaria (art. 23).

B. De la Institucionalización de los pacientes

La institucionalización como mecanismo de acción utilizados con niños/as y adolescentes que padecen problemas mentales y además presentan condiciones de vulnerabilidad social, se contraponen a los principios normativos que cuestionan la institucionalización de la pobreza (Ley N° 26.061 art. 33 y 35; Ley N° 114 art. 25 y 26) y promueven la excepcionalidad y brevedad de las internaciones (Ley N° 26.061 art. 39; Ley N° 114 art. 44).

Asimismo, la internación de dichos pacientes, debería ser acompañada por un dispositivo progresivo de fortalecimiento familiar, a fin de poder resolver la problemática del paciente junto con su núcleo familiar.

1.3 El presupuesto de Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el 10% del presupuesto de salud sea asignado a la salud mental⁶.

En la misma línea, la nueva Ley Nacional de Salud Mental, establece en su art. 32, que en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres (3) años a partir de la sanción de la ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del diez por ciento (10 %) del presupuesto total de salud. Asimismo, se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

En la Ciudad de Buenos Aires, para el año 2010, se asignó el 7,85% del presupuesto en salud, a la salud mental.

Cuadro N° 1: Presupuesto distributivo 2009-2010 Salud Mental y Total Salud

Denominación	Año	
	2009	2010
H. Tobar García	26.455.945	33.237.172
Otros Subprogramas	221.784.013	273.852.495
Total Programa 53 Salud Mental	248.239.958	307.089.667
% Salud Mental del Total de Salud	7,36	7,85
Total Ministerio de Salud	3.374.832.119	3.912.883.705

Fuente: Ministerio de Hacienda

⁶ Organización Mundial de la Salud, Mental Health Atlas-2005: Country Profile, Argentina (2005) disponible en: www.who.int/mental-health/evidence/atlas/profiles-countries-a-b.pdf

1.4 Perfil epidemiológico de la población de salud mental asistida en los hospitales de la CABA

Cuadro N° 2: Admisiones consultorios externos de salud mental según grupos de edad por efector

Hospital	0 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 y +	Total
Álvarez	875	677	1049	1052	406	14	4073
Argerich	31	98	165	118	37	5	454
Durand	153	149	875	777	205	6	2165
Fernández	129	253	713	718	233	13	2059
Penna	201	363	416	332	179	116	1607
Piñero	222	586	750	796	198		2552
Pirovano	63	57	177	272	105		674
Ramos Mejía	20	131	328	282	132	2	895
Rivadavia	123	412	2013	2642	1407	291	6888
Santojanni	124	165	203	251	77	6	826
Tornú	76	133	234	202	61	2	708
Vélez Sarsfield	139	93	135	132	52	6	557
Zubizarreta	162	166	202	227	107		864
Subtotal	2318	3283	7260	7801	3199	461	24322
Elizalde	747	468					1215
Gutiérrez	500	2158					2658
Subtotal	1247	2626					3873
Sardá	52	151	14				217
Muñiz	16	89	270	250	61		686
Oncología M. Curie	7	145	452	303	16	923	
Quemados	326	104	216	263	74	21	1004
Udaondo			25	38	15		78
Lagleyze	18	69	142	271	306	46	852
Santa Lucía	104	75	125	153	88		545
Borda	2	348	2737	3043	522	2	6654
Moyano		46	345	433	35		859
Tobar García	368	722					1090
Alvear		332	1815	1185	163	5	3500
Rocca	564	289	189	151	120	2	1315
R. Psicofísica	138	47	123	138	93	8	547
María Ferrer	9	22	10	42	13	1	97
Centro SM N° 1	420	549	1229	1094	237	5	3534
Ameghino	246	511	1548	947	260	13	3525
Subtotal	2211	3262	9070	8474	2290	119	25426
TOTAL	5776	9171	16330	16275	5489	580	53621

Fuente: Movimiento Hospitalario 2009- Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud- GCABA

Del total de admisiones de consultorio externo correspondientes al Sistema de Salud (53.621), el 28% (14.947 admisiones) corresponde al grupo etáreo de 0 a 19 años.

Cuadro N° 3: Admisiones consultorios externos de salud mental según sexo por grupos de edad por efector

Hospital	Varones							Mujeres						
	0 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 y +	total	0 a 9	10 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 y +	total
Álvarez	417	326	583	487	140		1953	458	351	466	565	266	14	2120
Argerich	12	31	61	38	16	1	159	19	67	104	80	21	4	295
Durand	89	65	316	257	70	2	799	64	84	559	520	135	4	1366
Fernández	80	108	259	224	91	9	771	49	145	454	494	142	4	1288
Penna	93	207	223	174	79	54	830	108	156	193	158	100	62	777
Piñero	124	284	370	382	90		1250	98	302	380	414	108		1302
Pirovano	29	24	62	90	41		246	34	33	115	182	64		428
Ramos Mejía	14	41	164	105	46	1	371	6	90	164	177	86	1	524
Rivadavia	70	138	744	1030	721	185	2888	53	274	1269	1612	686	106	4000
Santojanni	75	74	87	95	36	2	369	49	91	116	156	41	4	457
Tornú	45	65	99	71	23		303	31	68	135	131	38	2	405
Vélez Sarsfield	69	58	74	78	24	4	307	70	35	61	54	28	2	250
Zubizarreta	94	76	73	64	30		451	68	90	129	163	77		527
Subtotal	1211	1497	3115	3095	1407	258	10583	1107	1786	4145	4706	1792	203	13739
Elizalde	447	270					717	300	198					498
Gutiérrez	292	961					1253	208	1197					1405
Subtotal	739	1231					1970	508	1395					1903
Sardá									52	151	14			217
Muñiz	12	29	128	126	43		338	4	60	142	124	18		348
Oncología			25	95	80	3	203		7	120	357	223	13	720
Quemados	203	56	119	147	41	12	578	123	48	97	116	33	9	426
Udaondo			8	17	6		31			17	21	9		47
Lagleyze	10	55	84	150	157	12	468	8	14	58	121	149	34	384
Santa Lucía	52	32	72	83	40		279	52	43	53	70	48		266
Borda	2	172	1775	2317	450	1	4717		176	962	726	72	1	1937
Moyano				5	1		6		46	345	428	34		853
Tobar García	287	615					902	81	107					188
Alvear		193	896	407	68	1	1565		139	919	778	95	4	1935
Rocca	355	150	97	74	58		734	209	139	92	77	62	2	581
R.Psicofísica	51	23	63	42	35	5	219	87	24	60	96	58	3	328
María Ferrer	3	8	1	13	8		33	6	14	9	29	5	1	64
Centro SM N°1	246	292	627	424	74		1663	174	257	602	670	163	5	1871
Ameghino	150	236	732	396	88	4	1606	96	275	816	551	172	9	1919
Subtotal	1371	1861	4627	4296	1149	38	13342	840	1401	4443	4178	1141	81	12084
Total	3321	4589	7742	7391	2556	296	25895	2455	4582	8588	8884	2933	284	27726

Fuente: Movimiento Hospitalario 2009- Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud- GCABA

Analizadas las admisiones a consultorio externo del Sistema de Salud, en el grupo etáreo de 0 a 19 años (14.947), se observa que el 53% de las admisiones (7.910) corresponden a varones, mientras que el 47% restante (7.037) corresponden a mujeres.

Del total de admisiones del Sistema de Salud, del grupo etéreo de 0 a 19 años, el 7% (1.090) corresponde a admisiones de consultorio externo realizadas por el Hospital Carolina Tobar García.

Las admisiones de este grupo etéreo, en el Hospital Carolina Tobar García, son predominantemente de varones (902 pacientes varones contra 188 pacientes mujeres).

Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Pivesam)

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Resolución N° 1044/SS/2004), dependiente de la Dirección General de Salud Mental, del Ministerio de Salud.

Este programa tiene como objetivo general realizar un diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento entre la población atendida en forma ambulatoria a partir de un relevamiento en centros y servicios de salud mental con el objetivo de brindar elementos para la toma de decisiones y el diseño de estrategias para la promoción, prevención y atención de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.

El programa enuncia en su fundamentación:

“El Banco Mundial estima que el 8% de los años de vida perdidos, ajustados en función de la discapacidad, son atribuibles a las enfermedades mentales, proporción mayor que la asignada al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%). Por otra parte, según la Organización Panamericana de la Salud, se prevé un aumento en el siglo XXI de este tipo de patologías por lo que el capítulo de los llamados trastornos mentales ha pasado a ser una prioridad sanitaria.”

Pese a carecer de información a nivel poblacional, hay datos que permiten inferir el aumento de los trastornos mentales y del comportamiento a lo largo de las últimas 2 décadas, especialmente en lo que se refiere a los trastornos de la ansiedad y las depresiones así como a las llamadas nuevas patologías, como los trastornos de la alimentación, la violencia en todas sus formas - familiar, social, abuso de menores - y las adicciones a drogas y alcohol, cada vez de comienzo más temprano, sin dejar de mencionar los accidentes y el suicidio.”

El análisis del Hospital Carolina Tobar García, realizado por éste Programa, para el año 2009⁷ según las fichas epidemiológicas, arroja los siguientes datos.

⁷ Se exponen los datos del año 2009, dado que es el último año que está procesado y publicado. Si bien los datos que publica este Programa, difiere de los datos publicados en el movimiento hospitalario, dado que el Programa sólo considera datos de fichas epidemiológicas completadas por los profesionales médicos, la tendencia de los datos no varía la información final.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Cuadro N° 4: Total de admisiones en consultorio externo según sexo (datos de las fichas epidemiológicas)

Sexo	Número	%
Varones	280	73
Mujeres	106	27
Total	386	100

Fuente: Programa PIVESAM año 2009

El 73% de las admisiones en consultorio externo, son varones.

Cuadro N° 5: Total de admisiones en consultorio externo según residencia (datos de las fichas epidemiológicas)

Residencia	Número	%
Capital	125	32
Conurbano	250	65
Interior	11	3
Total	386	100

Fuente: Programa PIVESAM año 2009

El 65% de los pacientes admitidos por consultorio externo, provienen del conurbano bonaerense.

Cuadro N° 6: Total de admisiones en consultorio externo según obra social (datos de las fichas epidemiológicas)

Cobertura	N°	%
Obra Social	136	35
Prepaga	14	4
Ninguna	236	61
Sin datos	0	0
Total	386	100

Fuente: Programa PIVESAM año 2009

El 61% de las admisiones a consultorio externo no poseen obra social.

Cuadro N°7: Total de admisiones en consultorio externo según escolaridad (datos de las fichas epidemiológicas)

Educación	N°	%
Sin escolaridad	20	5
Pre-escolar	56	15
Primaria Comp.	3	1
Primaria Incompleta	243	63
Secundaria Comp.	0	0
Secundaria Inc.	64	17
Terciaria Comp.	0	0
Terciaria Inc.	0	0
Universitaria Comp.	0	0
Universitaria Inc.	0	0
Sin datos	0	0
TOTAL	386	100

Fuente: Programa PIVESAM año 2009

El 63 % de las admisiones a consultorio externo son pacientes con escolaridad primaria incompleta.

Cuadro N°8: Total de admisiones en consultorio externo según escolaridad del Padre (datos de las fichas epidemiológicas)

Nivel Educativo	Nº	%
Sin escolaridad	0	0
Primaria Comp.	103	27
Primaria Inc.	18	5
Secundaria Completa	69	18
Secundaria Inc.	41	11
Terciaria Comp.	10	3
Terciaria Inc.	9	2
Universitaria Completa	8	2
Universitaria Inc.	7	2
Sin datos	121	31
TOTAL	386	100

Fuente: Programa PIVESAM año 2009

Sólo el 2% de los padres de pacientes admitidos en consultorio externo, tienen estudio Universitario Completo. El 18% de los padres, tienen estudio secundario completo.

Cuadro N°9: Total de admisiones en consultorio externo según diagnóstico (datos de las fichas epidemiológicas)

Diagnóstico	Nº	%
Trastornos Mentales Orgánicos	0	0
Trastornos debidos al consumo de sustancias	2	1
Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos	11	3
Trastornos del Humor o del estado de ánimo	5	1
Retraso Mental	19	5
Trastornos de Ansiedad o Neuróticos	1	0
Trast. Comport. asociados a disfunción fisiológica y factores somáticos	1	0
Trastornos de la Personalidad y Control de los Impulsos	9	2
Retraso Mental	34	9
Trastornos del Desarrollo Psicológico	68	18
Trast. comport. y emociones de comienzo en infancia, niñez, adolescencia	153	40
Trastorno Mental sin especificación	2	1
Factores que influyen en el estado de salud...(Z00-Z99)	47	12
Abuso físico y/o sexual del niño	12	3
Otros	0	0
Sin diagnóstico	23	6
TOTAL	386	100

Fuente: Programa PIVESAM año 2009

El 40% de los pacientes admitidos por consultorio externo, tienen como diagnóstico, Trastorno del comportamiento y emociones de comienzo en infancia, niñez, adolescencia. Le sigue el Trastorno del Desarrollo Psicológico con el 18% de las admisiones.

1.5 Recursos del Sistema

La Guía de recursos y derivación, Red de servicios de Salud Mental 2010/2011, creada por la Dirección General de Salud Mental, detalla los siguientes recursos para la asistencia de la salud mental:

- **Atención de las emergencias:** el sistema brinda cobertura las 24 horas, los 365 días del año. Para ello, cuenta con el servicio de ambulancias del SAME y el Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”.

Existen equipos de guardia interdisciplinaria de Salud Mental en todos los hospitales generales de agudos para la atención de la urgencia sumándose a las ya existentes en los Hospitales Monovalentes.

- **Red de Guardias Toxicológicas:** integrada por tres hospitales generales, uno de agudos y dos de niños, se especializa en la atención de cuadros de intoxicación accidental, laboral, suicida o por uso indebido de drogas (sobredosis o síndrome de abstinencia).

- **Primer Nivel de Atención:**

Los **Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)** están situados en los barrios de la ciudad y desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud, deben ser puerta de entrada al sistema público sanitario, ejerciendo las acciones de salud en el lugar donde viven las personas.

En todos los Centros existen equipos de salud mental trabajando prioritariamente en actividades de prevención y promoción de la salud mental dentro de un concepto de prevención integral, y en la detección precoz de los padecimientos mentales. A través de las Áreas Programáticas de los hospitales y los Centros articulan sus acciones con el segundo nivel de atención hospitalaria.

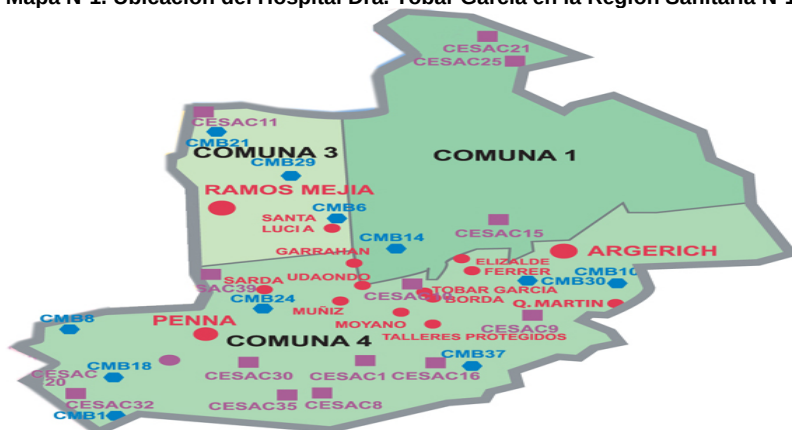
- El **segundo y tercer nivel de salud mental** se compone de:
 - 4 cuatro Hospitales Monovalentes
 - 13 Hospitales Generales de Agudos con Servicios de Salud Mental, 2 de ellos con internación.
 - 2 Hospitales Generales de Niños con Servicios de Salud Mental
 - 11 Hospitales Especializados en otras patologías con Servicios de Salud Mental (atienden solo la demanda interna del hospital).
 - 2 Centros de Salud Mental.
 - 11 Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental.

2. Caracterización del Hospital Dra. Carolina Tobar García

2.1 Ubicación Geográfica

Se encuentra ubicado en la Comuna 4, al sur de la ciudad, vecino al límite con la provincia de Buenos Aires. En el marco de la organización regional definida por el Ministerio de Salud, pertenece a la Región Sanitaria N° I, cuyo hospital de referencia es el Hospital General de Agudos Cosme Argerich.

Mapa N°1. Ubicación del Hospital Dra. Tobar García en la Región Sanitaria N°1



Fuente: Pagina web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Área Salud (www.buenosaires.gov.ar)

Siendo el único hospital en el país con sus características, el alcance de su cobertura excede los límites geográficos de esta Región Sanitaria, recibiendo derivaciones de todo el país y de países limítrofes. Por lo tanto, si bien el hospital se ubica en los límites de la Región Sanitaria mencionada, no depende funcionalmente de ésta, sino de la Dirección General de Salud Mental.

Cuadro N°10. Efectores de la Región Sanitaria N°1

Efectores de la Región Sanitaria I	
Hospitales Generales de Agudos	Argerich *
	Penna*
	Ramos Mejía*
Especializados	Salud Mental: José T.Borda Braulio Moyano Tobar García
	Elizalde (niños)*
	María Ferrer (respiratorias)
	Quinquela Martín (odontológico)
	Muñiz (infecciosas)
	Santa Lucía (oftalmología)
	Udaondo (gastroenterología)
Efectores de Atención Primaria	Sardá (maternidad)
	CSM N° 3 - CESAC: 1,8,9,10,11,15,16,30,32,35,39
	CMB: 6,10,14,18,24,29,30,37

Fuente: Pagina web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Área Salud (www.buenosaires.gov.ar)

* Efectores que cuentan con Servicios de Salud Mental para atención de pacientes de la comunidad. El resto de los nosocomios que cuenta con Servicios de Salud Mental, atienden solo a pacientes internados.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Por fuera de la Región Sanitaria y dentro de Sistema de Salud Mental, se encuentra el Hospital de Emergencia Psiquiátrica Torcuato de Alvear.

2.2 Presupuesto

Cuadro N°11. Presupuesto Distributivo 2010 - Hospital C. Tobar García

<i>Inciso Principal</i>	<i>Importe</i>	<i>%</i>
Gastos en personal	30.089.127	90,53
Bienes de consumo	1.000.000	3,01
Servicios no personales	2.115.045	6,36
Bienes de uso	33.000	0,10
Total	33.237.172	100,00

Fuente: Página Web GCBA – Ministerio de Hacienda

El 90,53% del presupuesto se encuentra asignado a gastos de personal.

Cuadro N°12. Evolución presupuestaria distributivo 2008-2010 - Hospital C. Tobar García

<i>Año</i>	<i>Presupuesto</i>
2008	18.988.414
2009	26.455.945
2010	33.237.172

Fuente: Página Web GCBA – Ministerio de Hacienda

La evolución presupuestaria del trienio 2008-2010, muestra un incremento del 42,87%.

Cuadro N°13. Presupuesto Físico Ejecutado año 2009 –2010. Hospital C. Tobar García

<i>Jur</i>	<i>UE 2010</i>	<i>Unidad Ejecutora</i>	<i>Prog. 2010</i>	<i>Programa 2010</i>	<i>Metas Físicas 2009</i>	<i>Metas Físicas 2010</i>	<i>Diferencia entre años</i>
40	437	Htal. Carolina Tobar García	53	Atención De Salud Mental	48.156	53.441	5.285

Fuente: Información suministrada por el Hospital. División Planificación Presupuestaria.

En relación al presupuesto físico ejecutado del año 2010, se presenta una diferencia en más, de 5.285 consultas respecto del año 2009.

2.3 Recurso Humano

Cuadro N°14. Evolución del Recurso Humano del Hospital período 2008-2010

<i>Función</i>	<i>Nº Agentes</i>		
	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
Administrativos	48	22	64
Enfermería	55	66	66
Mantenimiento	26	34	28
Médicos	48	81	78
Otros profesionales (*)	39	44	96
Psicólogos	46	35	79
Técnicos	27	27	20
Total	289	309	431

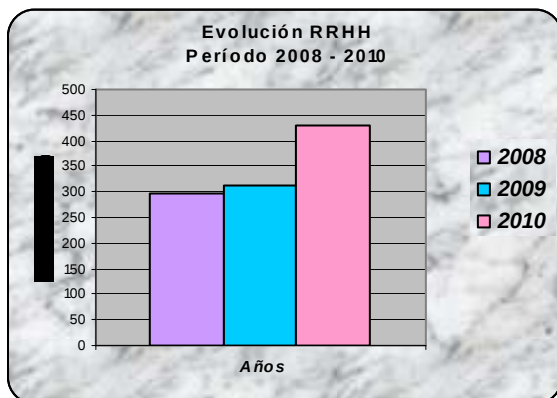
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información suministrada por el Departamento de Personal

(*) Incluye Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Odontólogo, Farmacéutico, Bioquímico, Prof. Ed. Física, Asistente Social, Terapeuta ocupacional.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

La cantidad de personal de planta, se incrementó en un 49% en el año 2010 respecto al año 2008.

Grafico N°1. Evolución del Recurso Humano del Hospital período 2008-2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información suministrada por el Departamento de Personal

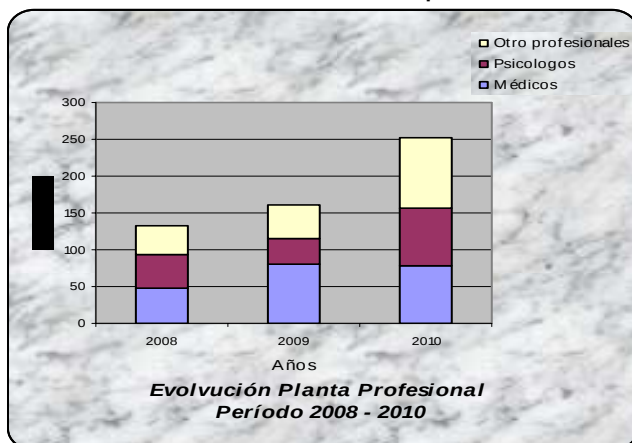
El incremento del personal médico en el trienio 2008-2010 fue del 62,5% y del personal de psicología del 71,7%.

Cuadro N°15. Evolución Planta Profesional período 2008-2010

Planta profesional	2008	2009	2010
Médicos	48	81	78
Psicólogos	46	35	79
Otro profesionales	39	44	96
Total	133	160	253

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información suministrada por el Departamento de Personal

Grafico N°2. Evolución Planta Profesional período 2008-2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información suministrada por el Departamento de Personal

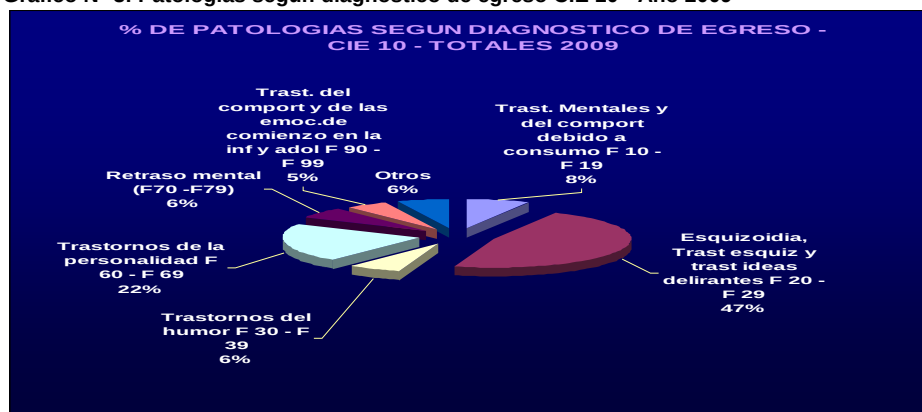
2.4 Población asistida

El Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García, es un hospital monovalente, dedicado a la atención de niños/as y adolescentes con padecimientos mentales, hasta los 17 años.

Ejecuta acciones de atención integral, con el propósito de promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud mental de la población infanto-juvenil.

El Hospital funciona como un Hospital de Agudos. Se internan pacientes descompensados psiquiátricamente, con riesgo para sí o para terceros.

Gráfico N° 3: Patologías según diagnóstico de egreso CIE 10 - Año 2009



Fuente: Departamento Estadística del Hospital C. Tobar García

Durante el año 2009, la patología predominante según diagnósticos de egresos por clasificación CIE 10, corresponde a diagnósticos F20 y F29 (esquizoidia, trastornos esquizofrenia y trastornos ideas delirantes).

Cuadro N°16. Indicadores de Internación 2007 - 2010

CONCEPTOS ⁸	Períodos			
	2007	2008	2009	2010
INGRESOS	299	367	324	310
EGRESOS	314	355	332	321
GIRO CAMA	5,7	6,6	5,6	5,3
% OCUPAC NETO	81	81	77	79
% OCUPAC. BRUTO	130	121	106	108
% PAC. DIA NETO	44	44	46	48
% PAC. DIA BRUTO	71	65	63	66
% PERMANENCIA NETO	52	45	50	55
% PERMANENCIA BRUTO	83	67	69	75
% DIAS ESTADA	94	72	68	75

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital C. Tobar García

⁸ Tasa Neta: referido a camas disponibles. Tasa Bruta: referido a la capacidad potencial de uso del recurso cama.

Los egresos y el porcentaje ocupacional, se mantienen constantes a lo largo del período 2007-2010.

Cuadro N°17. Prestaciones de Consultorios Externos 2007 - 2010

CONSULTORIOS EXTERNOS	Períodos			
	2007	2008	2009	2010
TOTAL DE PRESTACIONES CCEE	31784	23646	22877	26060

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital C. Tobar García

Las prestaciones en consultorios externos disminuyeron en el período 2008-2010, respecto del año 2007. Ello refiere al cierre del área donde atendía Consultorio Externo, por inicio de obra de refuncionalización. Actualmente, se atiende en el área de Hospital de Día, donde los profesionales deben compartir el consultorio asignado.

Cuadro N°18. Admisiones y Prestaciones de Hospital de Día 2007 - 2010

HOSPITAL DE DIA	Períodos			
	2007	2008	2009	2010
ADMISIONES	26	33	26	36
PRESTACIONES	24815	25144	36609	37385

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital C. Tobar García

Las prestaciones de Hospital de Día, se incrementaron durante el período 2009-2010, respecto del período 2007-2008. Ello obedece principalmente, a la finalización de la etapa de obra, que contenía esta área en particular, y permitió una mejor dinámica de la actividad del Servicio.

Cuadro N°19. Actividades de Prevención 2007 - 2010

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN	Períodos			
	2007	2008	2009	2010
PSIQUIATRIA SOCIAL	10412	9822	9639	10893
ORIENTACION VOCACIONAL	982	946	871	966
BIBLIOTECA INFANTIL	0	169	845	1173

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital C. Tobar García

Las actividades de prevención se mantienen casi constantes. Existe una mínima variación entre los distintos años analizados. Para el año 2010, la diferencia porcentual respecto del año anterior es del 20,69%, respondiendo ello a la incorporación de personal durante este último año.

Cuadro N°20. Prestaciones de Rehabilitación 2007 - 2010

REHABILITACIÓN	Períodos			
	2007	2008	2009	2010
PRESTACIONES	10529	13269	21406	32607

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital C. Tobar García

Las prestaciones de rehabilitación aumentaron en el 61,32 % en el 2009, respecto del año anterior, y en el 52,32 % en el 2010, respecto del año anterior.

Ello obedece a la finalización de la etapa de la obra correspondiente, y a la incorporación de personal durante el año 2010.

2.5 Admisión del Paciente⁹

2.5.1 Consultorios Externos

Se dan turnos telefónicos, atendidos por personal del área Estadística. Para ello cuentan con una única línea. Los pacientes llaman al hospital por demanda espontánea (algunos derivados de otras instituciones, por Defensorías, por Juzgados, entre otros).

Actualmente (abril de 2011) se está realizando una prueba piloto en el turno mañana, de atención telefónica a través de una profesional psicóloga, que realiza una orientación en cada caso. Si el paciente requiere asistencia en Consultorio Externo, se le da un turno para Admisión de Consultorios. Caso contrario se lo deriva al Servicio que corresponda dentro del hospital o afuera del mismo según el caso. El turno tarde es atendido por personal de Estadística.

Existe una demora de entre un mes y medio a dos meses, para turno de admisión. Se dan entre 4 a 8 turnos por día, porque no hay recepción inmediata en Terapia Individual. Se le indica al paciente o familiar que debe concurrir con DNI y de corresponder, con carnet de obra social.

Cuando el paciente concurre a la consulta, se presenta en Estadística, quienes le abren un carnet y una hoja de ruta. El personal de Estadística, entrega la hoja de ruta en el mesón de atención de consultorio externo, de donde la recogen los profesionales que atienden en el consultorio de admisión.

El consultorio de admisión es atendido por profesionales residentes, concurrentes y profesionales de planta. El paciente que llega por la noche es atendido por la Guardia del hospital; si no se trata de un caso que requiera internación, la Guardia lo deriva al consultorio de admisión para el día siguiente. Se puede realizar una o varias entrevistas hasta llegar al diagnóstico. De la entrevista surge:

- Si corresponde que el paciente no sea atendido en este hospital, se deriva a otra institución.
- Si corresponde que el paciente sea atendido, se realiza un diagnóstico presuntivo y se deriva: a la Sección de Consultorios Externos que corresponda, al Hospital de Día o a Internación.

Cada Sección tiene un tiempo de espera variable. Sería ideal que la atención en las distintas Secciones, inicien al mismo tiempo. Ello no ocurre, dado lo antes dicho. Solo la Sección de Terapia Familiar articula su actividad con Internación.

⁹ Información que surge de las entrevistas realizadas a los Jefes de Departamento y de Secciones.

Se entrega medicación, a todo paciente ambulatorio sin obra social.

Los Consultorios Externos, funcionan en el área de Hospital de Día, hasta tanto se finalice la obra de remodelación. Las distintas Secciones deben compartir los consultorios. **(Observación 12)**

Las Secciones que dependen de Consultorio Externo son: Admisión y Consulta, Terapia Individual, Terapia Grupal y Talleres, Terapia de Familia, Psiquiatría y Psicofármacos.

2.5.2 Hospital de Día

El Hospital de Día es un dispositivo posible para el tratamiento de niños y adolescentes de 0 a 17 años con trastornos emocionales severos.

El objetivo es rescatar la subjetividad en cada uno de los pacientes y posibilitar la circulación de los mismos por diferentes espacios terapéuticos, favoreciendo la entrada de los niños al mundo sociocultural.

Se trabaja en la mayoría de los casos con una orientación psicoanalítica e interdisciplinariamente.

Los pacientes ingresan derivados por la Sección Admisión y Consulta (Consultorios Externos). La lista de espera es de 9 o 10 pacientes. Se realiza una admisión por Hospital de Día y se le designa el equipo tratante que lo evaluará una vez en la semana. Se firma un contrato con un adulto a cargo del niño por 3 años, pero de renovación trimestral, semestral o anual, según el cumplimiento con el dispositivo.

El Hospital de Día recibe a todo paciente que tenga lazo social, es decir, un adulto que pueda concurrir al Hospital. Por lo tanto, es condición necesaria que el paciente cuente con un adulto responsable que pueda traerlo, llevarlo y trabajar con él en ciertas actividades, tres veces por semana como mínimo.

Los pacientes que se admiten son los que padecen:

- Neurosis graves
- Perturbaciones severas de conducta
- Autismo
- Psicosis
- Trastornos Generalizados del Desarrollo

No se admiten:

- Trastornos neurológicos puros
- Débiles mentales severos y profundos
- Adictos
- Pacientes en estado agudo o de crisis

(Observación 7)

Actualmente, en el mismo espacio físico de Hospital de Día, también trabajan los profesionales de Consultorios Externos. Cuando dicho espacio, esté destinado únicamente a Hospital de Día, es posible la inclusión de pacientes con otras patologías. **(Observación 12)**

El Servicio cuenta con los siguientes profesionales según su turno de atención:

- Turno Mañana:
Cuenta con 7 psiquiatras (3 son de planta, 3 residentes y 1 concurrente), 21 psicólogas (8 son del planta, 2 residentes y 11 concurrentes).
- Turno tarde:
Cuenta con 6 psiquiatras (5 son de planta -1 se jubila próximamente- y 1 concurrente), 14 psicólogas (7 son del planta y 7 concurrentes).

Los pacientes que hay en este momento son: Turno Mañana 49 y Turno Tarde 39.

2.5.3 Internación

El ingreso del paciente a internación se realiza por:

- Guardia: el paciente puede llegar a través de sus familiares; derivado por organismos externos (Juzgados, Policía), por otros efectores del sistema público (CESAC) o por profesionales. En el caso que se detecte cobertura de la seguridad social, se gestiona su derivación. En la mayoría de los casos, cuando se requiere compensar al paciente, la Guardia no cuenta con un lugar de internación transitoria hasta que se obtenga la derivación. **(Observación 12)** En este caso se interna hasta tanto se obtenga un lugar para su traslado; son pocas las Obras Sociales que cuentan con lugar para internación de jóvenes con patología psiquiátrica. Intervienen trabajadoras sociales y no cuentan con médico toxicólogo.
- Servicios del Hospital: pacientes tratados en otros servicios que sufren descompensación y requieren la internación.

Prevalecen las siguientes patologías: psicosis y esquizofrenias, aunque se destaca que el perfil epidemiológico fue variando, verificándose actualmente un aumento en los trastornos de los impulsos del control.

Se presentan muchos casos con patologías duales, con adicciones que requieren primero un tratamiento de desintoxicación por lo que son derivados al Hospital Elizalde o Fernández y una vez que tienen el alta toxicológica, se internan. La derivación se canaliza a través del SAME psiquiátrico (ambulancia con médico especialista).

El equipo tratante ve a cada paciente tres o cuatro veces a la semana, según lo que se determine. Los pacientes son levantados a las 7,30hs, se higienizan, van a desayunar, toman la medicación y quedan en la sala o van a alguna actividad de rehabilitación. No existe un formulario Hoja Día del paciente con indicación del Tratamiento (días, horarios y profesionales que intervienen); si bien se trató

de implementar desde el sector internación de niños, no fue posible, ya que no lograron ponerse de acuerdo los distintos Departamentos que tratan a los pacientes. **(Observación 6)**

El no contar con una Hoja Día del paciente -que deberían ser responsabilidad del personal de enfermería-, hace que no se sepa cuales son las actividades diarias (psicoterapéuticas y de rehabilitación). Las dificultades que esto genera son:

- falta de cumplimiento con los tratamientos indicados.
- falta de organización en el servicio y para el paciente que no sabe con exactitud cuales son sus tratamientos diarios.

(Observación 6)

No existe una instancia intermedia de tratamiento ambulatorio entre la internación y el alta; los pacientes gradualmente y según cada caso, comienzan con salidas progresivas hasta su incorporación a la familia, en caso de tenerla.

(Observación 7)

El Hospital de Día que existe en la institución, responde a otro perfil diagnóstico y no está en condiciones de incorporar las derivaciones del servicio de internación, pero se considera una alternativa válida contar con una instancia intermedia hasta el alta definitiva; en algunos casos se gestiona la incorporación a otro Hospital de Día dentro del sistema público. **(Observación 7)**

El Servicio Social del hospital, elabora un diagnóstico presuntivo de la situación social del paciente, tanto dentro de su grupo familiar como en su comunidad, permitiendo conocer las posibilidades y recursos con que cuenta el grupo familiar para poder afrontar el tratamiento del paciente. También se relevan las instituciones y organismos intervinientes en cada caso, para intentar articular las mejores alternativas de solución a la problemática que presentan los niños y adolescentes que consultan en el hospital.

Desde hace unos años han aumentado las consultas de niños pequeños; se estima que la detección parte, no tan solo de docentes sino de los médicos pediatras que escuchan y están más atentos a los síntomas que presentan los niños atinentes a la Salud Mental y por otro lado a un mayor deterioro en las configuraciones familiares.

Cada vez resulta más difícil contar con lugares adecuados a las necesidades que presentan los pacientes, por lo cual, permanecen internados más tiempo de lo previsto pese a haber realizado toda las gestiones necesarias para su externación. **(Observación 3)**

Asimismo, cada vez son más los organismos que intervienen, dando lugar a problemas en la articulación entre ellos. Se generan demoras en las respuestas y contradicciones en las mismas, siendo el paciente el más afectado.

Los pacientes internados reciben medicación gratuita. Las compras se realizan a nivel central. Los profesionales del área de internación detectaron casos de pacientes donde se daba la falta de respuesta a la medicación, por lo que efectuaron la correspondiente comunicación al ANMAT.

2.5.4 Rehabilitación

Se atienden pacientes derivados por los distintos servicios del Hospital, Internación, Hospital de Día, Consultorios Externos y de la Red de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad.

La derivación al Servicio de Rehabilitación, se realiza a través de una ficha de derivación, donde constan los datos del paciente, diagnóstico, motivo de derivación, datos del servicio que deriva, terapeuta tratante y la actividad a la cual se deriva.

Si bien el área Internación realiza la derivación a una Sección de Rehabilitación, a su vez ésta realiza una evaluación y devolución, si corresponde o no que el paciente vaya a ese sector o a más de uno.

Los pacientes son derivados a las Secciones de Musicoterapia, Educación Física y Recreación, Psicomotricidad, Orientación y Entrenamiento Laboral (mayores de 13 años) y a Terapia Ocupacional (menores de 13 años). Los profesionales de cada sector deben ir a buscar a los pacientes a la Sala de Internación para el tratamiento. Los enfermeros universitarios manifiestan que no es tarea que les corresponda.

Antiguamente, el Servicio de Internación confeccionaba una planilla referida al Día del Paciente, donde figuraban los horarios de las actividades que el Servicio de Internación implementaba con los pacientes, como también los horarios de los tratamientos de Rehabilitación. Actualmente ese registro no se realiza. **(Observación 6)**

Durante el año 2010, los registros de prestaciones no se registraron diariamente¹⁰ en la Historia Clínica. Actualmente, se realiza un registro diario de la prestación de cada Sección¹¹. **(Observación 8)**

2.5.5 Prevención

Dependen de esta área:

- Orientación Vocacional:

¹⁰ La denominación diariamente, responde a la registración del día de la prestación, según el Tratamiento indicado por el equipo o profesional que interviene.

¹¹ Este incumplimiento ya fue observado en el Informe de Auditoría N°11-UAIMS/10, Auditoría integral de gestión, Junio de 2010.

Es un proceso de esclarecimiento, que consta de una serie de entrevistas; se acompaña al paciente hasta que elija un proyecto que lo oriente a qué hacer en el futuro. Se trabaja por demanda espontánea (en general los pacientes llegan por recomendación; también por derivación de las escuelas o los servicios internos del hospital).

Se trabaja con distintos grupos etáreos:

- 1) Chicos que concurren a fin de lograr su inserción en la escuela secundaria.
- 2) Chicos que concurren a fin de elegir un estudio terciario o universitario.
- 3) Taller “Mirando al Futuro”. Son talleres con adolescentes internados en el hospital, a fin de lograr su inserción social al producirse el alta hospitalaria.
- 4) Talleres en escuelas de la zona, con población de alta vulnerabilidad psicosocial, a fin de ayudar a esta población a establecer lazo social e insertarse en el mundo laboral y/o educacional.

- Psiquiatría Social: se trabaja con los siguientes dispositivos:

-Grupo de Adopción

La derivación es espontánea desde la comunidad y desde los juzgados de familia.

Se trabaja sobre los procesos psíquicos de adoptivos y adoptantes, y sobre aspectos sociales y jurídicos.

Los aspectos del trabajo son:

- con los candidatos a adopción (grupos de preadoptantes).
- con los que provisoriamente se ocupen de esas criaturas por períodos más o menos extensos.
- Orientación y acompañamiento de los períodos de guarda.
- Orientación de las familias conformadas por vínculo de adopción en momentos críticos de la evolución familiar.

-Emprendimientos Sociales (trabaja con pacientes del sistema público)

Su objetivo es dar respuesta a las dificultades de reinserción laboral de los adolescentes y jóvenes que presentan diversos trastornos mentales. La meta final, es que se inserten en el mercado laboral.

Su implementación obedece a lo establecido en la Ley N° 448, en lo referido a emprendimiento social.

Se desarrollan los siguientes emprendimientos:

El PECO HUE (Programa de emprendimientos en Compost y huerta), producción de lombricompost y producción de hortalizas a través de una huerta orgánica, que se desarrolla en la Cátedra de Horticultura de la Facultad de Agronomía de la UBA y en el Zoo. Los productos elaborados por este emprendimiento se comercializan en un Centro de Productos Naturales sin agrotóxicos (EL GALPÓN).

Se establecen relaciones (a través de convenios) con organizaciones públicas y sin fines de lucro, que subsidian a los beneficiarios y a los emprendimientos.

Se realizan 2 grupos, uno en el Zoo y otro en Agronomía que funcionan de 8hs a 13hs. Durante el año 2010, funcionaron ambos grupos, en los cuales participaron 100 adolescentes y jóvenes, de los cuales alrededor de 20 fueron derivados desde Hospital de Día e Internación del hospital.

-Taller de Radio (trabaja con pacientes internados, mientras dure su internación)

Se trata de desarrollar potencialidades sociales e individuales. Se considera la producción radiofónica como posibilitadora del lazo social. El espacio está pensado como un dispositivo psicoterapéutico y de prevención.

Cuentan con un Taller de Prensa, Taller de Locución, Taller de Audiencia y Programación y el Programa al Aire.

Los pacientes son derivados por el equipo tratante (terapeuta) a través de una ficha de derivación. Se realizan grupos de pacientes internados (externados y de la comunidad de Barracas y la Boca, es una instancia no cumplida hasta el momento).

-Post Alta

La implementación de este dispositivo surgió desde internación en el año 1997. Desde el 2003 no se realiza más en el Servicio de Internación, dado que se decidió no continuarlo, pasando a depender del Departamento de Prevención.

Se propone favorecer y agilizar el pasaje de los pacientes y sus padres de la internación a otros servicios y/o instituciones.

La modalidad de trabajo es:

1. Grupo de pacientes: se trabaja con un grupo de 10 pacientes, todos dados de alta, es decir, habiendo cortado su vínculo con el Servicio de Internación. La frecuencia es semanal y su duración es de tres meses.
2. Grupo de orientación de padres: se trabaja con hasta 10 pares de padres, la frecuencia es semanal.
3. Control psicofármaco lógico: se realiza control de medicación con una frecuencia semanal.
4. Seguimiento individual si fuere necesario.
5. Control de seguimiento: se realiza una evaluación al mes y medio y a los tres meses de derivado.

Los aspectos que se trabajan es este dispositivos son:

1. La repercusión de la internación psiquiátrica en la subjetividad del adolescente.
2. La reinserción social del paciente.
3. El punto de quiebre que motivó la internación.
4. Temores a nuevas crisis.

La derivación al dispositivo proviene desde el Servicio de Internación, de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Tener de 14 a 17 años.
2. Tener posibilidades de trabajar en grupo.
3. Tener posibilidad de asistir 2 veces por semana padres y pacientes.

El dispositivo cuenta con 5 profesionales (2 médicos psiquiatras y 3 psicólogos) para todas las actividades descriptas.

3. Aplicación de Procedimientos de Auditoría

3.1 Análisis Normativo

El análisis normativo se expuso en el apartado 1.2.

3.2 Evaluar el acceso y el proceso de atención en los Servicios que brindan rehabilitación a los pacientes internados, como así también, las actividades para lograr la reinserción sociofamiliar

A fin de evaluar el acceso y el proceso de atención en los Servicios que brindan rehabilitación, y las actividades para lograr la reinserción sociofamiliar del paciente, se realizaron entrevistas con los Jefes de Departamento dependiente de la Subdirección de Atención Médica, Prevención y Rehabilitación: Dpto. Rehabilitación, Dpto. Prevención y Acción Comunitaria y Dpto. Servicio Social.

Asimismo, se diagramaron los indicadores: Cumplimiento del Tratamiento de Rehabilitación y Cumplimiento de las Actividades para lograr la Reinserción sociofamiliar. La fuente de datos utilizada fue la historia clínica.

▪ Cumplimiento del Tratamiento de Rehabilitación:

Total de pacientes que cumplieron el Tratamiento de Rehabilitación en un período

Total de pacientes derivados al Dpto. de Rehabilitación para iniciar el Tratamiento en el mismo período

No fue posible evaluar el acceso y el proceso de atención de los Servicios que brindaron rehabilitación a los pacientes internados en el hospital (Dpto. Rehabilitación), dado que durante el período 2010, los profesionales que intervinieron en tal proceso, no registraron diariamente en la historia clínica, las prestaciones brindadas. Motivo por el cual no fue posible obtener la información de las consultas a las que accedieron los pacientes de internación, dando cumplimiento al Tratamiento. **(Observación 8)**

Tampoco existe en la historia clínica una hoja que indique el Tratamiento del paciente (actividades diarias psicoterapéuticas y de rehabilitación), con indicación de días, horarios, profesionales que intervienen, personal que acompaña al paciente de la sala de internación hasta el lugar del tratamiento, entre otros datos.

(Observación 6)

Si bien cada Servicio dependiente del Departamento de Rehabilitación, tienen un libro interno de registro de pacientes, el mismo no diferencia si el paciente

atendido es ambulatorio o de internación, ni tampoco está rubricado y foliado por la máxima autoridad del organismo (período 2010)¹².

A fin de valorar las actividades para lograr la reinserción sociofamiliar, de los pacientes que permanecieron internados, se realizó una entrevista con el Departamento de Prevención y Acción Comunitaria, desprendiéndose de la misma que el sector que se ocupa de dicha actividad es el de Post Alta.

El Servicio tiene como objetivo favorecer y agilizar el pasaje de los pacientes y sus padres de la internación a otros servicios y/o instituciones, mediante la siguiente modalidad de trabajo:

1. Grupo de pacientes: se trabaja con un grupo de 10 pacientes, todos dados de alta, es decir, habiendo cortado su vínculo con el Servicio de Internación. La frecuencia es semanal y su duración es de tres meses.
2. Grupo de orientación de padres: se trabaja con hasta 10 pares de padres, la frecuencia es semanal.
3. Control psicofarmacológico: se realiza control de medicación con una frecuencia semanal.
4. Seguimiento individual si fuere necesario.
5. Control de seguimiento: se realiza una evaluación al mes y medio y a los tres meses de derivado.

El equipo de Post Alta continua con el tratamiento y seguimiento del paciente hasta que se logre la reinserción en un dispositivo terapéutico (psicofarmacológico y psicológico) cercano a su domicilio.

Durante el año 2010 se realizaron 2 grupos de pacientes, participando del mismo 17 adolescentes y sus familiares.

A tal efecto, se analizaron las historias clínicas correspondientes a los pacientes que participaron del dispositivo durante el año 2010, focalizando el análisis en aquellos ítems que informan a cerca de las acciones realizadas por el dispositivo en cada paciente.

Cuadro N° 21. Pacientes que participaron del dispositivo Post Alta período 2010

Caso N°	Diagnostico	Fecha de alta de internación	Consulta de Admisión	Frecuencia Semanal			Derivación a Servicio y/o Institución	Fecha 1er. Consulta (A)	Fecha Ultima Consulta (B)	Tiempo de Tratamiento en días (B – A)
				Ind.	Grupal	Padres				
1	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	19/08/2010	si	1	1	1	Htal. de la Vega-Moreno	23/08/2010	01/02/2011	162
2	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	24/08/2010	si	1	1	1	Htal. San Isidro	04/05/2010	21/10/2010	170

¹² Este incumplimiento ya fue observado en el Informe de Auditoría N°11-UAIMS/10, Auditoría integral de gestión, Junio de 2010.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

3	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	22/01/2010	si	1	1	1	Cesac N° 15	13/04/2010	22/06/2010	70
4	F.20.6 Esquizofrenia Simple	19/11/2009	si	1	1	1	Htal. V. Lopez	04/03/2010	22/06/2010	110
5	F.29 Psicosis no orgánica	17/07/2009	si	1	1	1	Htal. Morón	09/03/2010	05/05/2010	57
6	F.43.22 Trast.adap.mixto/ Probl.rela.pater-inf.	20/04/2010	si	1	1	1	Alta por deserción	01/06/2010	09/08/2010	69
7	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	08/07/2010	si	1	1	1	Htal Oscar Alende	06/08/2010	18/01/2011	165
8	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	29/03/2010	si	1	1	1	Centro S. M. N°3	27/04/2010	21/10/2010	177
9	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	11/08/2010	si	1	1	1	Centro S. M. San Justo	30/08/2010	20/09/2010	21
10	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	31/05/2009	si	1	1	1	Centro Don Bosco	02/06/2009	18/04/2011	685
11	F.29 Trastorno Psicótico no especificado	26/05/2009	si	1	1	1	Continua en Post Alta	02/06/2009	18/04/2011	685
12	Trast.Psiquiatrico agudo poliformo	19/11/2009	si	1	1	1	Centro de Ramos Mejía	17/12/2009	25/05/2010	159
13	F.29 y F.63.9 Tras. Hábitos e impulsos	Cont. Internado	si	1	1	1	Reinternación por descompensación. Se suspende tratamiento en Post Alta.	19/10/2010	17/03/2011	149
14	Esquizofrenia Indiferenciada	14/09/2010	si	1	0	0	El paciente y flia. no acepto el tratamiento en dispositivo	21/09/2010	21/09/2010	0
15	Trast. hábitos y control impulsos	02/09/2009	si	1	1	1	Centro N°10	21/04/2010	27/12/2011	615
16	Trast. psicótico breve retraso mental moderado	25/08/2010	si	1	1	1	Htal. Penna	26/08/2010	18/11/2010	84
17	Esquizofrenia residual	03/01/2011	si	1	0	0	Abandonó	19/03/2010	19/03/2010	0

Fuente: Historias clínicas relevadas

De los 17 casos, 3 abandonaron o no aceptaron el tratamiento de este dispositivo, 8 fueron derivados a instituciones de la Provincia de Buenos Aires, 4 fueron derivados a efectores de la Ciudad de Buenos Aires (Centro de Salud y Hospital), 1 continua tratamiento en Post Alta y 1 suspende tratamiento por reinternación.

De los casos que realizaron tratamiento (14 casos), a todos se le efectuó la consulta de admisión, el tratamiento y seguimiento psicofarmacológico y/o psicológico individual, y el tratamiento grupal de adolescentes y familiares.

▪ **Cumplimiento de Actividades para lograr la Reinserción sociofamiliar:**

$$\frac{\text{Total de pacientes que completaron las actividades en un período}}{\text{Total de pacientes derivados al dispositivo Post Alta (y admitidos) para iniciar actividades en el mismo período}} \times 100$$

$$\frac{14}{17} \times 100 = 82\%$$

Del total de pacientes derivados al dispositivo Post Alta (17 casos), el 82% (14 casos) completaron las actividades pautadas por el dispositivo.

Asimismo, analizado el tiempo de permanencia en el dispositivo, se observa que 9 pacientes estuvieron, entre 5 y 22 meses. Cabe señalar, que el tiempo de tratamiento que supera los tres meses establecidos por el dispositivo, obedece a las dificultades para encontrar dispositivos adecuados que atiendan este tipo de problemática.

De acuerdo a las historias clínicas verificadas, se cumple con el objetivo del dispositivo. Se observa además que existe un acompañamiento real del paciente y de sus padres, notándose un trabajo sostenido respecto de la reinserción social del paciente, el impacto de la internación y los temores a nuevas crisis.

En este sentido, dado que la actividad resulta beneficiosa para este tipo de pacientes y su familia, sería conveniente evaluar la posibilidad de que más pacientes puedan incluirse en este dispositivo, flexibilizando el ingreso a los grupos y articulando más activamente con el área de internación.

3.3 Evaluar la externación de los pacientes internados en el hospital y la intervención de los distintos organismos gubernamentales y no gubernamentales

A fin de evaluar la externación de los pacientes, se realizaron entrevistas al Dpto. de Internación y al Dpto. Servicio Social. Se diseñó el indicador Tiempo promedio de internación prolongada, que mide los días que los pacientes debieron permanecer internados, teniendo el alta de externación, en un período determinado. La utilización de este indicador obedece, a que se trata de un indicador que mide la eficiencia en la gestión de internación. La fuente de datos utilizada fue la historia clínica.

Del total de pacientes internados durante el año 2010 (323 casos), se verificaron la totalidad de las historias clínicas correspondientes a los pacientes que se encontraron en la situación descripta (40 pacientes).

▪ **Tiempo promedio de internación prolongada:**

$$\frac{\text{Total de días de internación prolongada de pacientes egresados con alta hospitalaria}^{13}}{\text{Total de pacientes con internación prolongada y alta hospitalaria egresados en el mismo período}}$$

$$\frac{3.114}{40} = 77,85 \text{ (Se considera número redondo 78 días)}$$

El tiempo promedio de internación prolongada de pacientes con alta hospitalaria fue de 78 días, con un mínimo de 28 días y un máximo de 199 días¹⁴.
(Observación 3)

Asimismo, se adicionaron otros indicadores de gestión, que permitieron explorar información valiosa para la decisión de políticas públicas.

Este análisis permitió examinar la relación que existe entre la salud y los padecimientos sociales inherentes al ser humano (dado que se pone de manifiesto la falta de vacantes en instituciones afines para alojar y asistir a los pacientes, motivo por el cual, el hospital pasa a tomar ese lugar) y la necesidad de pensar en una actividad intersectorial coordinada, para el tratamiento y resolución de la problemática que conlleva el paciente.

▪ **Cantidad de egresos de pacientes con internación prolongada por motivo de egreso:**

Cantidad de egresos de cada categoría del motivo de egreso en un período determinado

Cuadro Nº 22. Motivo de Egreso pacientes con internación prolongada

Motivo de Egreso	Casos	%
Traslado a Instituciones de Salud Mental	25	62,5
Traslado a Instituciones de Adicciones	14	35
Otros (*)	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas analizadas

(*) El paciente se fugó

La internación prolongada obedeció en el 62,5% de los casos, a la demora en la concreción del traslado del paciente a una institución de salud mental acorde, en el 35%, a la demora en el traslado a una institución para el tratamiento de las adicciones y en un 2,5% a otros motivos¹⁵. **(Observación 1)**

▪ **Promedio de organismos que intervienen en la externación de pacientes con internación prolongada:**

$$\frac{\text{Organismos que intervinieron en cada paciente con internación prolongada egresado en un período}}{\text{Total de pacientes con internación prolongada egresados en el mismo período}}$$

$$\frac{207}{40} = 5,18 \text{ (se considera número redondo 5 organismos)}$$

¹³ Se denomina alta hospitalaria, al alta de internación del paciente, que a partir del tratamiento instituido se encuentra compensado del cuadro psiquiátrico agudo que motivó su internación, encontrándose en condiciones de ser externado y derivado a otro dispositivo de tratamiento.

¹⁴ Ver detalle de datos en Anexo I.

¹⁵ Ver detalle de datos en Anexo I.

El promedio de organismos que intervinieron para la externación de cada paciente con internación prolongada fue de 5 instituciones. Ello da cuenta de la multiplicidad de notas, informes y atención a representantes de los organismos afines, que el equipo de profesionales debe conceder, en pos de lograr la externación del niño/a o adolescente, dado que no se cuenta de manera inmediata con la institución que albergue al paciente¹⁶. **(Observación 1)**

▪ **Porcentaje de reinternación de pacientes con internación prolongada:**

Pacientes reinternados con internación prolongada y alta hospitalaria egresados en un período x 100
Total de pacientes con internación prolongada y alta hospitalaria egresados en el mismo período

Cuadro N° 23. Reinternaciones de pacientes con internación prolongada

<i>Internaciones prolongadas</i>	<i>N° de casos</i>	<i>%</i>
Única internación	28	70
Reinternación	12	30
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas analizadas

El porcentaje de reinternación de pacientes con internación prolongada en el hospital fue del 30%¹⁷. Cabe señalar, que si bien las causas de las reinternaciones, pueden tener relación directa con las patologías crónicas tratadas, no existe un seguimiento de los pacientes externados y derivados a dispositivos de albergue, que permita garantizar la continuidad del tratamiento y evaluar la evolución del mismo. **(Observación 5)**

Esto se reafirma, con lo comunicado por el Asesor Tutelar de Primera Instancia en lo Contencioso Administrativo y Tributario N°2, al informar que: *“las principales trabas que se presentan para lograr una solución favorable en la externación de los pacientes internados con alta hospitalaria, cuyos casos se notifican a ese organismo, obedece en primer lugar, a la falta de recurso adecuado para cada caso, por lo que el niño/a o adolescente es derivado a una institución inapropiada para el tratamiento de su condición y finalmente en la mayoría de los casos reingresan al hospital del que fueron externados; y en segundo lugar, a la deficiente comunicación entre los distintos organismos del GCBA que tienen responsabilidad sobre la evolución y externación de los pacientes con alta médica”*. De este modo, no se cumple con el trabajo en Red que establece la normativa vigente. **(Observación 2 y 4)**

▪ **Factores de riesgo en pacientes ingresados con internación prolongada:**

Cantidad de egresos de cada categoría de factores de riesgo en un período determinado

¹⁶ Ver detalle de los datos en Anexo I.

¹⁷ Ver detalle de los datos en Anexo I.

Cuadro N° 24. Factores de Riesgo

Factores (*)	Casos	% total de casos
Incontinencia familiar	34	85
Adicciones	19	47,5
Agresividad / impulsividad	17	42,5
Situación de calle	12	30
Deserción escolar	11	27,5
Fugas del hogar o institución	9	22,5
Intento de suicidio	4	10
Violencia familiar	3	7,5

Fuente: Historias Clínicas analizadas

(*) Cada uno de estos factores debe considerarse sobre el 100% de la totalidad de los casos (40)

El 85% de los pacientes egresados con internación prolongada presentaron como factor de riesgo la incontinencia familiar, el 47,5% adicciones a sustancias psicoactivas, el 42,5% presenta agresividad e impulsividad, 30% situación de calle, el 27,5% deserción escolar, el 22,5% fugas de su hogar o institución de albergue, el 10% intento de suicidio y el 7,5% violencia familiar.

Se refleja en este análisis, la tendencia de la patología dual, por consumo de sustancias psicoactivas.

▪ **Costo promedio de días de internación prolongada:**

Costo diario de internación prolongada¹⁸ x Días promedio de internación prolongada en el mismo período

$$\$ 95 \times 77,85 = 7.395,75 \text{ (Se considera número redondo \$ 7.396)}$$

El costo promedio de los días promedio de internación prolongada de pacientes con alta hospitalaria fue de \$ 7.396¹⁹ por paciente.

Hasta aquí se evidencia que existen organismos, que las normas vigentes contemplan ante la vulneración de un derecho de un niño/a o adolescente y los establecidos por el Poder Ejecutivo para dar respuesta a los derechos sociales²⁰ demandados, como el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y el Ministerio de Desarrollo Social a través de la Dirección General de Niñez y Adolescencia, sin embargo en la práctica no siempre se accede al recurso adecuado (institución) en tiempo y forma.

¹⁸ Valor obtenido del Nomenclador de la CABA - 2010. Modulo Salud Mental Internación: Código 24.09 Internación Prolongada.

¹⁹ Este valor representa un valor aproximado al valor real del costo total, dado que solo se cuenta con datos del Nomenclador para facturar a las obras sociales en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, pero no se dispone de otros datos que conforman el valor del costo total (costos variables + costos fijos).

²⁰ Reconocidos por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el que establece además, mecanismos para su protección y garantía. Garantizan universalmente, el acceso a los medios necesarios para tener las condiciones de una vida digna.

Asimismo, se incrementa el gasto en salud, al destinar recursos en días de internación innecesarios. **(Observación 3)**

Se examinaron además, las irregularidades detectadas durante las inspecciones efectuadas en el año 2010 a todas las instituciones donde el GCBA, dispone la internación de personas menores de edad o abona el costo mensual de alojamiento, conforme la información suministrada por la Asesoría General Tutelar (AGT) en línea a lo establecido por el art. 49 inc. 9 de la Ley N° 1.903 y de otros organismos afines -Dirección General de Fiscalización y Control (DGFyC) y el Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNNyA)-.

Cabe señalar, que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley N° 2881²¹, regula las condiciones de habilitación y funcionamiento de los establecimientos u organismos de atención para el cuidado de niñas, niños y adolescentes.

La Ley considera Hogares de Niñas, Niños y Adolescentes, a aquellos establecimientos en los cuales se brindan servicios de alojamiento transitorio, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva, a título oneroso o gratuito, a niñas, niños y adolescentes en un espacio convivencial, acorde a los fines propuestos en el proyecto socioeducativo elaborado por el establecimiento. Los mismos tendrán las siguientes modalidades de funcionamiento:

- a) Convivencial para Niños, Niñas y Adolescentes: establecimiento no sanatorial destinado al alojamiento de carácter transitorio de niños, niñas y adolescentes con autonomía psicofísica acorde a su edad.
- b) Parador para Niños, Niñas y Adolescentes: Establecimiento con idénticas características que las definidas en el Inc. a), con estadía dentro de una o varias franjas horarias, con asistencia de carácter transitorio, de acuerdo a lo establecido por la Ley 445.
- c) Convivencial para Adolescentes embarazadas y/o Madres y sus Hijos: establecimiento destinado al alojamiento transitorio de adolescentes embarazadas y adolescentes madres y sus hijos/as, con autonomía psicofísica, que se encuentren en situación de vulnerabilidad o desvinculadas de su núcleo familiar, o circunstancialmente no pueda cubrir sus necesidades básicas en forma autónoma.
- d) Convivencial de atención especializada (tratamiento de situaciones o patologías complejas): establecimiento destinado al alojamiento transitorio de

²¹ La presente ley tiene por objeto regular en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires las condiciones de habilitación y funcionamiento de los establecimientos u organismos de atención para el cuidado de niñas, niños y adolescentes. Todos estos establecimientos deben desarrollar sus actividades de acuerdo a los principios enmarcados en la Ley N° 114 (protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes) y en la Ley N° 445 (Crea el programa El Parador, casas abiertas para el chicos de y en la calle dentro del ámbito de la Secretaría de Promoción Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Ley N° 114 de protección integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

niñas, niños y adolescentes que requieran mayor contención y seguimiento profesional en el espacio institucional convivencial que contemple un tratamiento específico, pero que no requiera internación en un establecimiento de salud, de acuerdo a lo establecido por el art. 14 y 15 de la Ley 448.

Asimismo, la Dirección General de Niñez y Adolescencia de la CABA, promueve la siguiente clasificación, en el marco de los convenios que suscribe:

- a) Hogar Convivencial
- b) Hogar Convivencial Materno
- c) Hogar de Atención Especializada
- d) Comunidad Terapéutica
- e) Paradores
- f) Salud Mental
- g) Discapacidad / Necesidades especiales

En el marco de la Ley N° 2881, se analizaron las irregularidades detectadas en los dispositivos de Albergue Convivencial de Atención especializada. A tal efecto, se diseñó el siguiente indicador:

- $\text{Porcentaje de irregularidades detectadas por institución de albergue convivencial de atención especializada}^{22} = \frac{\text{Cantidad de irregularidades detectadas por tipo a las instituciones en un período}}{\text{Cantidad de Instituciones en el mismo período}} \times 100$

Cuadro N° 25. Instituciones de Atención especializada según irregularidades detectadas

Total de Instituciones	Criterio de los incumplimientos								Cantidad de Irregularidades por Inst.
	Habilitación	Higiene	Riesgo actual	Seguridad Preventiva	Factor de ocupación	Documentación	Privacidad	Otros	
14	10	3	7	10	2	5	0	3	40
%	71,43	21,43	50,00	71,43	14,29	35,71	0,00	21,43	100,00

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por la Asesoría General Tutelar recolectada por inspecciones de AGT- DGNyA – DGFyC 2° Semestre 2009 – 1° Semestre 2010

El mayor porcentaje de incumplimientos, 71, 3% (10 instituciones), se presenta en Habilitación y Seguridad preventiva (Plan y Plano de evacuación visado ante la Dirección General de Defensa Civil del G.C.A.B.A.; Plano conforme a obra de condiciones contra incendio; Instalación recarga y mantenimiento de matafuegos; Instalación de carteles indicadores de medios de salida, luces de emergencia y detectores de humo; Material combustibles y tratamiento ignífugo; Plano de instalaciones termotécnicas; Dispositivo diferencial en tablero eléctrico). **(Observación 2)**

²² Ver información completa en Anexo 2.

En 7 instituciones (50%), se observaron incumplimientos en Riesgo actual, relacionado a la detección de vidrios rotos y/o cables expuestos, hueco de estufa sin rellenar, irregularidad en la instalación de gas, entre otros. **(Observación 2)**

El 35,71% de las instituciones de atención especializada (5 instituciones), no contaban con la Documentación solicitada por los organismos de control (constancia de derivación de los/as niños/as alojados/as; libro de alojados/as; legajo del personal). **(Observación 2)**

Se detectaron también incumplimientos relacionados a la falta de Higiene en 3 instituciones (21,73%), y carencia de personal de apoyo y/o de profesionales idóneos, en 3 instituciones (21,73%). **(Observación 2)**

Cabe señalar que el Informe de Gestión de la Asesoría General Tutelar del período 2009²³, denominado Niñez, Adolescencia y Salud Mental en la CABA, establece que el 90% de las instituciones de albergue son conveniadas, siendo la asistencia económica provista por el GCBA, la fuente de financiamiento principal.

En relación al financiamiento, señala que a Octubre de 2009, el monto mensual por beneficiario según tipo de dispositivo era el siguiente: Paradores \$1.071, Materno Infantil \$1.306, Convivencial \$1.330, Comunidad Terapéutica \$2.025, Atención especializada \$2.099, Atención de necesidades especiales / discapacidad \$4.717 y Salud Mental \$5.988.

Entre las observaciones que la AGT encuentra, se resaltan:

1. Las estrategias de externación de las instituciones son muy limitadas, en virtud de los recursos con que cuenta para trabajar el fortalecimiento familiar, la revinculación y la generación de oportunidades de vida autónoma.
2. El abordaje vincular queda liberado a las acciones que desarrollen las instituciones de albergue, abandonando la autoridad de aplicación uno de sus roles fundamentales.
3. Se obstaculizan posibilidades de revinculación y/o rearmado de lazos sociales debido a las distancias geográficas entre instituciones conveniadas (que en un alto porcentaje se ubican en la Provincia de Buenos Aires) y referentes familiares o sociales.

Se analizaron también, las sentencias dictadas por el Juez de Primera Instancia en lo Penal, Contravencional y de Faltas N° 11 de la Ciudad de fecha 23 de Noviembre de 2010, y los Jueces de la Sala II de la Cámara de Apelaciones en lo Penal, Contravencional y de Faltas de fecha 21 de Diciembre de 2010, por la

²³ El Informe del año 2010, se encuentra en estado de procesamiento de datos; por tal motivo se considera la información publicada por la AGT del año 2009.

acción de habeas corpus preventivo y colectivo presentado por el Asesor Tutelar de Primera Instancia ante ese Fuero.

El Juez de Primera Instancia en lo Penal, Contravencional y de Faltas Nº 11 de la Ciudad, declaró ilegítima la práctica de mantener la internación de niños, niñas y adolescentes con alta médica en los hospitales psiquiátricos Tobar García y Torcuato de Alvear. Se hizo lugar a la acción de habeas corpus iniciada por el Asesor Tutelar de Primera Instancia ante ese Fuero y proscribió esa práctica, ordenándole al Jefe de Gobierno porteño que disponga lo necesario para hacerla cesar de inmediato.

En septiembre de 2009, los representantes del Ministerio Público Tutelar iniciaron una acción de habeas corpus colectivo con el objetivo de que se ponga fin a la privación de libertad de las personas internadas en hospitales del Gobierno de la Ciudad en condiciones de alta de internación médica.

Asimismo, a través de la acción se denunció la omisión del Estado local de proveer el dispositivo adecuado para su alojamiento y continuación de tratamiento ambulatorio al llevar a cabo una práctica sistemática que consiste en mantener innecesariamente internadas a las personas menores de edad que carecen de un grupo familiar que pueda asumir su cuidado, a pesar de que cuentan con alta de internación.

En la sentencia el juez señaló que, al seguir esa práctica, el Estado local prolonga las internaciones involuntarias que configuran una privación de libertad, sin razón médica alguna. Y agregó, que la falta de profesionales formados para trabajar en los dispositivos de salud y la inexistencia de establecimientos, invocada por el Gobierno de la Ciudad, no justifica el atropello a la libertad ambulatoria que esa práctica provoca.

El fallo da cumplimiento a los tratados internacionales y los mandatos constitucionales, avanzando en la efectividad de los derechos de las personas menores de edad con padecimientos en su salud mental.

Los Jueces de la Sala II de la Cámara de Apelaciones en lo Penal, Contravencional y de Faltas, dictaron un nuevo fallo, el 21 de diciembre de 2010, convalidando la sentencia de Primera Instancia, en que hacen lugar al habeas corpus preventivo y colectivo presentado por el Asesor Tutelar.

La Cámara confirmó lo solicitado y declaró ilegítima la práctica de mantener la internación de niñas, niños y adolescentes que cuentan con alta médica en los hospitales psiquiátricos Tobar García y Torcuato de Alvear. Esta práctica declarada ilegal, ocurre en los casos de pacientes pobres que una vez externados no cuentan con recursos propios para llevar adelante un tratamiento adecuado, como ser hospital de día, casa de medio camino, acompañantes terapéuticos o tratamiento ambulatorio, entre otros; los cuales deben ser provistos por el Estado.

El dictamen había sido apelado por el Fiscal de Cámara, pero los jueces rechazaron sus planteos de incompetencia y de nulidad, y el dictado de la medida de no innovar.

Además, los magistrados establecieron que el instructivo sobre el procedimiento a seguir en los casos de externación de niños, niñas y adolescentes internados, emitido por la Dirección General de Salud Mental -del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA-, y la eventual creación de una Comisión Interdisciplinaria resultan incompatibles con las disposiciones legales mencionadas en el fallo, en tanto disponen que las personas menores de edad que cuentan con alta médica de internación y que no puedan ser externados con sus familias, permanecen internados en el hospital.

En consecuencia, la Cámara dispuso la elaboración, a cargo del Ministerio de Salud (a través de la Dirección General de Salud Mental), de un dispositivo que respete el estándar normativo detallado en la sentencia. Para ello, el organismo deberá requerir la participación de las demás dependencias públicas involucradas, específicamente, el Ministerio de Desarrollo Social, los directores del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García y del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear y el Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, para que en el ámbito de sus propias competencias colaboren en su implementación, bajo el debido contralor del Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La documentación que acredite el cumplimiento de lo establecido, deberá ser presentada al juez de primera instancia interviniente, en un plazo de treinta días hábiles. Dicho plazo venció el 3/02/2011. A la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, el cumplimiento de la obligación lleva 56 días de mora. **(Observación 1)**

A fin de realizar un seguimiento de la sentencia en firme, se solicitó información a la Dirección General de Salud Mental (DGSM), en lo que respecta a su competencia.

La DGSM informó que cuenta con una Red de dispositivos existentes tendientes a contener a Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social y/ que puedan requerir asistencia psicológica o psiquiátrica continente y otros dispositivos que están en proceso de creación.

a) Dispositivos existentes:

Dependientes del Ministerio de Desarrollo Social

- Decreto 923/2010 Mi Lugar, para la externación de jóvenes institucionalizados.
- Subsidio Habitacional Decreto 690/06 – Modif. Decreto 960/08

- Subsidio para la externación de pacientes institucionalizados en Neuropsiquiátrico del GCBA para la su vuelta. Decreto 608/10 – Preasis.
- Programa Estudiar es trabajar, beca para la comunidad educativa.
- Programa Lazos, pasantías laborales rentadas.
- Programa Adolescentes, beca para la realización de actividades extraescolares para jóvenes de extrema vulnerabilidad.
- Acompañantes terapéuticos para la contención personalizada de niños, niñas y a adolescentes en situación de vulnerabilidad que requieran este tipo de asistencia en su medio sociocomunitario.

Dependientes del Ministerio de Salud

- Programa de Emprendimiento social - Resolución 893/MSGC/07
- ADOP – ADOPI – Atención Domiciliaria Psiquiátrica psicológica programada en situaciones de Crisis – Resolución 2200/MSGC/06
- Programa de Atención Comunitaria para niños, niñas y a adolescentes con Trastornos Mentales Severos – Resolución 1175/MSGC/07
- Red Infanto – Juvenil de los efectores públicos
- Hogares (de atención especializada – salud mental)

b) Dispositivos a crear:

1. Fortalecimiento del sistema de atención primaria y secundaria o segundo nivel de atención

En el marco de los dispositivos existentes, se hace referencia al “Programa Atención Comunitaria para niños/as y adolescentes con Trastornos Mentales Severos. Resolución 1175/MSGC/07 y a la Red Infanto Juvenil de los efectores públicos, se designarán 10 profesionales que reforzarán el sistema de atención y abordaje de los trastornos severos en centros de atención primaria. Estos profesionales, se integrarán al precitado programa y a la mencionada Red Infanto Juvenil de los efectores públicos.

Plazo de implementación: 120 días.

2. Fortalecimiento del tercer nivel de atención:

En relación con el tercer nivel de atención, se desarrollará el “Centro de Día” en el predio del Parque Roca. Este dispositivo, pretende atender las necesidades esenciales de los niños, niñas y adolescentes y, fundamentalmente, de los que cuenten con plazos establecidos de externación. De esta manera, se prevé la implementación de una huerta, terapia asistida por animales y recreación y actividades deportivas. Además, estas acciones se articularán con los acompañantes terapéuticos que en Ministerio de Desarrollo Social pondrá a Disposición.

Plazo de implementación: 180 días.

3. Residencias protegidas para adolescentes

La Residencia protegida es un dispositivo para aquellos adolescentes que no cuentan con familias o referentes adultos que puedan ofrecerles el soporte adecuado y que les faciliten las herramientas necesarias para su inserción social y comunitaria. Es una modalidad que la legislación vigente permite utilizar para dar respuesta e incluir en los programas de atención comunitaria, a los adolescentes que transitaron por una o varias internaciones psiquiátricas y no disponen de una trama sociofamiliar que los contenga de manera transitoria.

La DGSM, señala que desde el 1° de diciembre del 2010 funciona un dispositivo, para adultos (Residencia Protegida Gorriti), con buenos indicadores a niveles de reinserción comunitaria. Este dispositivo, contempla diferentes etapas respetando a cada sujeto en su tiempo tanto en relación a su etapa evolutiva como a su constitución subjetiva.

Objetivos genéricos y específicos

- a. Crear y poner en funcionamiento dos residencias protegidas en un plazo de 1 año.
- b. Desarrollar espacios de alojamiento que favorezcan la articulación y acompañamiento de las actividades de la vida cotidiana de cada adolescente: escuela, talleres, emprendimientos sociales, club, amigos, familia.
- c. Construir espacios de red social, entendiendo como tal la capacidad de circular y generar espacios productivos y placenteros por fuera del lugar que los alberga y que posibiliten el lazo social.
- d. Desarrollar niveles de autonomía que impliquen la posibilidad de generar sus propios intereses y de asumir las dificultades que lo cotidiano presente acorde a las condiciones de posibilidad de cada uno.
- e. Desarrollar las potencialidades creadoras y la capacitación en relación a un proyecto vital.

Población destinataria

En todos los casos, los Criterios de inclusión serán:

- Adolescentes de ambos sexos de 14 a 18 años.
- Adolescentes con Padecimientos Mentales en período de estabilidad.
- Adolescentes sin redes de contención familiar y recursos sociales provenientes de internaciones psiquiátricas.
- Sin criterios para su inclusión en otros programas (hogares convivenciales, de atención especializada, subsidios de revinculación familiar, Programas de fortalecimiento familiar.

Asimismo, para todos los casos los Criterios de exclusión serán:

- Menores de 14 años y mayores de 18 años.
- Adolescentes que cursen cuadros agudos.
- Adolescentes que se encuentren en el momento de la evaluación con abuso o dependencia de alcohol y/o sustancias psicoactivas.
- Adolescentes con Retrasos Mentales Moderados o Profundos.

Programa de Rehabilitación

Los dispositivos estarán destinados, en primera instancia, a garantizar la calidad de vida de los jóvenes y al recupero progresivo de derechos y capacidades.

Por lo tanto el equipo interdisciplinario a cargo deberá considerar como mínimo:

- Área ocupacional: evaluación y rehabilitación en el desempeño del AVD, evaluación ocupacional/vocacional y articulación con otros efectores de rehabilitación de la red (Emprendimientos Sociales), y con sectores de educación y cultura.
- Área social: revinculación familiar, recursos sociales, ampliación de redes sociales, asambleas de convivencia, etc.

El Hospital del cual se externaron en un primer tiempo, garantizará el tratamiento psiquiátrico y psicológico, y posteriormente derivados al efector de salud cercano al domicilio de la residencia, o de su domicilio luego de egresar de la residencia, quedando a cargo de la coordinación general el seguimiento y articulación entre efectores.

Este dispositivo, desarrollará las estrategias organizacionales y operativas desde una perspectiva interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial, de acuerdo a las necesidades de cada usuario del sistema.

Los dispositivos aquí planteados contarán como mínimo con un equipo interdisciplinario especializado en rehabilitación, conformado de la siguiente manera:

- Un coordinador general profesional
- 1 psicólogo
- 2 terapistas ocupacionales
- 2 trabajadores sociales
- 3 operadores socio – comunitarios por turno (Capacitadores, Auxiliares de Rehabilitación)

Recursos físicos

La residencia deberá contar con:

- La cantidad suficiente de habitaciones cuya superficie permita, de acuerdo a las normas de habilitación del GCBA, la ubicación de 2 y 3 camas cada una y para la cantidad total de 15 camas.
- 3 baños completos y un toilette
- Cocina completa
- Comedor y Salón de usos múltiples (SUM)
- Espacio destinado a office para guardar legajos y medicación.

Emergencia Infanto Juvenil

Se pretende desarrollar un dispositivo necesario para abordar la situación de emergencia en el ámbito comunitario, en el lugar donde se encuentra alojado el niño, niña y adolescente evitando muchas veces la internación, pudiendo requerir en un segundo tiempo de los otros dispositivos de salud ambulatorio (ADOP – ADOPI, Servicios de la Red Infanto – Juvenil de los efectores públicos, PAC, CeSAC y otros).

Recursos humanos

- Equipo Interdisciplinario con modalidad de guardia acorde a reglamento de SAME
- 7 Psiquiatras infantiles
- 7 Psicólogos o Trabajadores sociales
- 7 Choferes

Recursos materiales

- Una ambulancia con sede en hospital especializad de niños

Plazo de implementación: 6 meses

Conforme el Decreto 647/2010²⁴, el Ministerio de Desarrollo Social, transfirió el 1 de Septiembre de 2010 el crédito presupuestario de \$ 4.606.122,16, a la Dirección General de Salud Mental, correspondiente a los convenios celebrados con instituciones de salud mental y discapacidad.

²⁴ Artículo 5º.- Transfiérese, al Ministerio de Salud los créditos correspondientes a la Partida Presupuestaria 45475663517, por la suma de pesos cuatro millones seiscientos seis mil ciento veintidós con dieciséis centavos (\$ 4.606.122,16.-).

De este modo, se transfieren las competencias relativas a la atención de los niños, niñas y adolescentes, con problemáticas de salud mental y discapacidad.

Los detalles presupuestarios remitidos por la Dirección General de Salud Mental respecto al ejercicio 2010, por las tres entidades de salud mental, fueron:

Cuadro N°26. Presupuesto ejecutado en Instituciones de Salud Mental. Año 2010.

INSTITUCIÓN - SALUD MENTAL	CUIT	IMPORTE
C.E.P.R.E.A.P. SRL (Ex Casa Púrpura)	30-70977144-9	560.257,10
FUNDACION BASSO -Prevención y Tratamiento de Disfunciones Sociales	30-70888007-4	43.231,65
Ntra. Sra. de LUJAN (Varones)	33-62519795-9	146.209,68
Ntra. Sra. de LUJAN (Mujeres)	33-62519795-9	194.946,24
TOTALES		944.644,67

Fuente: Dirección General de Salud Mental

El monto para el presupuesto del ejercicio 2011, no fue solicitado desde la Dirección General de Salud Mental en el Anteproyecto de Presupuesto, por no estar a la fecha de confección del mismo, transferidas las competencias relativas a la atención de los niños, niñas y adolescentes.

En marzo de 2011 la Dirección General de Salud Mental solicitó, se ajuste la partida presupuestaria destinada a tales fines, que según los registros corresponden a la Unidad Ejecutora 551 Programa 51 Actividad 38, por la suma de \$ 18.000.000.

3.4 Analizar y evaluar la provisión de insumos médicos, como así también, las comunicaciones efectuadas por el hospital, por falta de eficacia clínica de medicamentos suministrados a pacientes internados

Se analizaron las comunicaciones efectuadas por la responsable de Farmacia, a la Droguería PROGEN, adjudicatario de la compra centralizada y a la Unidad de Proyectos Especiales - Unidad Operativa de Adquisiciones Central (UPE-UOAC).

Cuadro N°27. Comunicaciones efectuadas por incumplimientos en compras centralizadas

N°	Fecha	Síntesis contenido
1	23/03/10	Informe del 8 al 23 de marzo: imposibilidad de verificación concordancia insumos entregados a la Guardia. Lote y vencimiento: en forma manuscrita sin firma responsable. Pedido solicitado con urgencia y entregado 8 días después, con marca diferente de la ofertada.
2	07/05/10	Lote y vencimiento: en forma manuscrita sin firma del responsable. Discrepancia entre el lote escrito y lo real entregado. Parte de los insumos de marca diferente a la ofertada. Falta olanzapina 5 mg. Falta Biperideno (solicitado 300 comprimidos y se entregaron 10). Hubo un mayor consumo del medicamento en internación.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

		Incremento de la actividad administrativa (control de errores en los remitos, comprobación de precios entre lo entregado y lo ofertado, falla en los sistemas informáticos para solicitud de pedidos programados, reclamos de los insumos al proveedor por falta de stock). Aumento del número de pacientes que solicitan medicación dado que la falta de acumulación de insumos obliga a incrementar la frecuencia de la distribución.
3	05/08/10	Reclamo urgente para completar pedido olanzapina 5mg y otros faltantes. Cambio de marca ofertada.
4	09/08/10	Pedidos entregados con cajas abiertas y la cantidad modificada en forma manuscrita.
5	09/08/10	Medicación psicotrópica que debe ser enviada con vale original, se entrega fotocopia por lo que se exige el formulario que establece la ley.
6	08/09/10	Rechazo de pedido por inclusión de principio activo adicional no requerido. Falta de cumplimiento de los tiempos de entregas. Incumplimiento de las normas en los insumos de compra con vale oficial. Incumplimiento de las marcas ofertadas. Imposibilidad de mantener stocks mínimos que permitan un normal desenvolvimiento del Servicio. La necesidad de asegurar la distribución de medicamentos a pacientes internados afecta la continuidad de los tratamientos ambulatorios. Solicitud de arbitrar mecanismos que permitan agilizar la entrega para evitar reclamos y optimizar la labor profesional de los farmacéuticos.
7	29/09/10	Reclamo urgente por Olanzapina 5mg, reemplazada por comprimidos de 10 mg, no ranurados con pérdida de actividad de la droga e imposibilidad de asegurar la dosis. Incumplimiento del pliego de marcas ofertadas.
8	19/10/10	Reclamo por envío incorrecto. Falta olanzapina.
9	07/12/10	Falta de cumplimiento entregas, con reiteración de pedidos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por el área de Farmacia

La información analizada, evidencia las dificultades que se presentaron en la provisión de medicamentos (particularmente con olanzapina, insumo esencial en el tratamiento de las patologías que se asisten), o el suministro de marcas que no responden a la ofertada en el pliego, lo que incrementa la actividad de los profesionales en el control y comparación de precios. **(Observación 9)**

Se efectuaron entregas con número de lote y fecha de vencimiento, en forma manuscrita sin firma del responsable, o medicación entregada con fotocopia que debe ser entregada con documentación original. **(Observación 9)**

También se registraron reclamos por: falta de insumos requeridos con urgencia, suministro de cantidades inferiores a las solicitadas y el incumplimiento en los plazos de entrega, que obligan a reiterar pedidos -imposibilitando contar con un stock mínimo- o a disminuir la cantidad en cada entrega de medicación a pacientes ambulatorios, para asegurar el suministro a los pacientes internados. **(Observación 9)**

Asimismo, se analizaron las comunicaciones enviadas y respuestas recibidas por el Hospital, respecto a la falta de eficacia clínica y aumento de efectos adversos con las drogas adquiridas por el GCBA, mediante el sistema de compras centralizadas, desde mediados de 2008 en que se detectaron las primeras manifestaciones hasta julio de 2010.

Cuadro N°28. Comunicaciones efectuadas por falta de eficacia clínica y efectos adversos de medicamentos

N°	Fecha	Identificación formulario	Destinatario	Origen	Síntesis contenido
1	04/06/08	Nota Int. N° 151-HIJCTG	Coordinador Gestión Económico-Financiero	Coordinación Docencia Investigación	Modificación caracteres organolépticos, imposibilidad de identificación de los nuevos fármacos enviados. Solicitud de participación en el asesoramiento de las compras.
2	13/04/09	Nota Int. N° 106-HIJCTG	Coordinador Gestión Económico-Financiero	Comité de Farmacia	Evaluación adquisición nuevas marcas, desconocimiento de estudios sobre biodisponibilidad de las mismas, consideración de probabilidad de ocurrencia efectos adversos graves. Solicitud de farmacovigilancia con personal idóneo. Efectuar estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad en niños. Deslindar responsabilidades profesionales respecto de “eventuales inconvenientes clínicos y éticos”.
3	Sin dato	Sin dato	Coordinadora Equipo Farmacéutico	Farmacéutica asesora del Ministerio de Salud	Recomienda en el caso de compras centralizadas la formulación de pliegos especiales, separados del resto, en base al asesoramiento de los profesionales que los prescriben y administran.
4	26/04/09	Nota Int. N° 147-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Sección Farmacia HIJCTG	Comunicación entrevista por el Coordinador Gral. UPE-UOAC.
5	18/05/09	Nota Int. N° 131-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Comité de Farmacia	Comunicación de efectos adversos y colaterales de medicamentos por compra centralizada. Deslinde de responsabilidad

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

					profesional, traslado al Comité de Ética.
6	21/05/09	Nota N° /895-HIJCTG	Directora Gral. Adjunta Salud Mental	Subdirectora Médica HIJCTG	Notificación decisión Comité de Farmacia.
7	05/06/09	Nota N° 1013-HIJCTG	Ministerio público Tutelar	Subdirectora Médica HIJCTG	Informe compras centralizadas. Recomendación del Comité de Farmacia de no innovar.
8	18/06/09	Nota Int.N° 157-HIJCTG	Coordinación de Gestión Económico-Financiera	Coordinación Hospital de Día e Internación	Comunicación descompensación paciente ambulatorio por cambio de medicación que requirió internación.
9	23/06/09	Nota Int.N° 158-HIJCTG	Coordinación de Gestión Económico-Financiera	Coordinación Hospital de Día e Internación	Comunicación descompensación paciente internado crisis de heteroagresividad. Atribuida a falta de eficacia de nuevas drogas. Lesiones a profesionales intervinientes. Principio incendio que obligó al traslado de los pacientes.
10	24/06/09	Nota Int.N° 161-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Coordinación Hospital de Día e Internación	Comunicación falta eficacia y efectos adversos.
11	24/06/09	Nota Int.N° 162-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Coordinación Hospital de Día e Internación	Detalle de la situación generada por la descompensación de uno de los pacientes que derivó en agresiones a los profesionales e incendio. Recomendación del traslado del paciente.
12	25/06/09	No corresponde	Director HIJCTG	Familiar del paciente	Cambios en el comportamiento a partir de la incorporación de nueva medicación.
13	02/07/09	Nota Int.N° 177-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Coordinación Hospital de Día e Internación	Conclusiones y recomendaciones respecto Nota Int.N° 162-HIJCTG.
14	31/07/09	Nota Int.N° 233-HIJCTG	Director HIJCTG y Asesoría Tutelar N° 1	Coordinación Hospital de Día e Internación	Falta de respuesta terapéutica medicaciones suministradas por compras centralizadas.
15	07/08/09	Nota Int.N° 250-HIJCTG	Director HIJCTG	Comité de Farmacia	Notificación efectos adversos y falta de eficacia, necesidad de incremento medicación. Comunicación respuesta ANMAT/Farmacovigilancia sobre estudios in Vitro con concentración y disolución adecuadas del principio

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

					activo. No realización estudios in vivo. Deslinde de responsabilidades de los profesionales por riesgo de consecuencias para los pacientes.
16	11/08/09	Sin dato	UPE-UOAC	Comité de Farmacia	Solicitud para acceder a medicamentos de uso habitual y eficacia demostrada.
17	29/09/09	Nota Int. Nº 336-HIJCTG	Director HIJCTG	Departamento Internación- Sección Farmacia	Reiteración comunicación falta de respuesta terapéutica, necesidad de incremento de las dosis, aumento de efectos adversos, riesgos para los pacientes. Falta de respuesta a los reiterados reclamos. Necesidad de impulsar acciones en conjunto con UPE-UOAC.
18	08/04/10	Nota Int. Nº 115/2010	Director Del Hospital	Jefa Servicio Internación	Solicita compra de haloperidol de eficacia probada para el sector mujeres.
19	18/04/10	Nota Int. Nº 136-HIJCTG	Coordinador Gestión Económico-Financiero	Coordinación Hospital de Día e Internación	Riesgo de continuar utilización de medicación de eficacia no comprobada. Reiteración información.
20	21/04/10	Nota Int. Nº 143-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Coordinación Hospital de Día e Internación	Falta eficacia medicamentos copias.
21	26/04/10	Nota Nº 408298-HIJCTG	Dirección Gral. Adjunta Salud Mental	Director HIJCTG	Falta eficacia medicamentos copias.
22	28/04/10	Nota Int. Nº 149-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Coordinación Hospital de Día e Internación	Cambios en el comportamiento a partir de la incorporación de nueva medicación por familiar paciente.
23	30/04/10	Informe Nº 527	Dirección Gral. Redes y Programas de Salud	Dirección Gral. Adjunta Salud Mental	Notificación del HIJCTG sobre falta eficacia medicamentos copias.
24	04/05/10	Informe Nº 1026	Dirección Gral. Adjunta Salud Mental	Dirección Gral. Redes y Programas de Salud	Solicitud precisiones respecto la falta de eficacia.
25	06/05/10	Informe Nº 554	Director HIJCTG	Dirección Gral. Adjunta Salud Mental	Solicitud precisiones respecto la falta de eficacia.
26	13/05/10	Nota Int. Nº 171-HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG/ Coordinador Gestión Económico-	Coordinación Hospital de Día e Internación	Comunicación situación resultante de la sustitución medicación. Falta de compensación pacientes e incremento del riesgo por efectos

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

			Financiero/ Comité de Farmacia/ Asesoría Tutelar		adversos.
27	26/05/10	Nota Int.Nº 181- HIJCTG	Director HIJCTG	Comité de Farmacia	Respuesta a lo solicitado por la Dirección General de Redes.
28	11/06/10	Informe N º 130/DGARSS/10	UPE-UOAC	Director Gral. Redes de Salud c/ Comité de Farmacia	Respuesta aclaratoria sobre la falta de evidencias contrastables, falta de información de otros hospitales que utilizan los mismos fármacos, adecuación a los criterios de la ANMAT.
29	22/07/10	Nota Int.Nº 181- HIJCTG	Subdirectora Médica HIJCTG	Coordinación Hospital de Día e Internación	Sobre el caso de una paciente de difícil manejo, utilización de medicación probada obtenida por donaciones.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las copias de notas entregadas por el área de Internación y de Farmacia.

La verificación efectuada por ANMAT sobre la falta de eficacia de los medicamentos denominados copia, se efectuó in vitro y demostró que cumplen con la composición declarada de acuerdo a los ensayos realizados. Cabe aclarar que los medicamentos incluidos en las pruebas no están incluidos en el listado de fármacos que requieran estudios de biodisponibilidad, reservados para aquellos de rango terapéutico estrecho o de liberación prolongada; efectuarlos en otros medicamentos no resulta costo-efectivo.

No obstante, existe preocupación de los profesionales ante la aparición de efectos adversos por el aumento de las dosis requeridas ante la falta de respuesta clínica, o la necesidad de utilizar fármacos complementarios, dado que ello incrementa el margen de error en la dosificación e interfiere con un adecuado plan de tratamiento, favoreciendo las reinternaciones o la prolongación de las mismas. **(Observación 10)**

Asimismo, dado el análisis de las comunicaciones referidas a la falta de eficacia clínica de ciertos medicamentos, se verificaron los efectos observados por los profesionales tratantes, contemplados en las historias clínicas de los pacientes vinculados a la situación descripta. El análisis corresponde a 8 historias clínicas relevadas.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Cuadro N° 29. Verificación del efecto observado dado la medicación suministrada

N° de Casos	Fecha del efecto	Principio activo involucrado	Efecto observado	Medicación complementaria requerida
1	6/9/2010	Risperidona 1mg	Falta de respuesta. Efectos adversos	Clorpromazina 25mg. Biperideno
	9/9/2010	Mejora del cuadro, se disminuyen las dosis administradas y se incorpora Levomepromazina.		
	Mes de octubre de 2010	El paciente continua estable; sólo recibe ésta última medicación y control ambulatorio.		
2	28/11/2010	Risperidona 4mg, Clonazepam 1mg., Carbamazepina.	Descompensación psicótica	Lorazepam 2,5 mg
3	7/3/2010	Lorazepam 3,5 mg, y Olanzapina 5mg	Descompensación psicótica	Prometazina y Levomepromazina
	11/3/2010	Las dosis los medicamentos incorporados se aumentan en los días posteriores por falta de control de los síntomas. Se ajusta plan de medicación incorporándose el haloperidol y biperideno.		
	3/4/2010	El paciente continúa inquieto excitado, se autoagrede; se indica levomepromazina inyectable y control de signos por riesgo de efectos adversos.		
4	8/4/2010	Haloperidol 10mg, Valproato 250mg. Prometazina 25 mg. Clonazepam 1mg.	Cambio de marca comercial haloperidol; con falta de respuesta.	Sin dato.
5	24/6/2010	Tratado con Haloperidol 25mg, Prometazina inyectable, Trapax inyectable, Valproato 250mg.	Cambio de marca comercial haloperidol	Se cambia Haloperidol por marca habitual que logra controlar el cuadro hasta su derivación el 30 de junio.
6	3/3/2010	Haloperidol 10mg., Carbamazepina 200mg., Diazepam 10mg.	Cambio de marca habitual haloperidol.	Levomepromazina 25 mg.
	22/3/2010	Se agrega Biperideno.		
7	29/4/2010	Haloperidol 5 mg, levomepromazina 25 mg, atenolol 50mg	Cambio de marca habitual haloperidol.	Se ajusta plan de medicación incrementándose el haloperidol a 10mg, y se agrega prometazina 25 mg y lorazepam 2.5 mg.
8	29/04/10	Risperidona 1mg.	Comenzó a desorganizarse	Se incrementa Risperidona a 2 mg.
	6/08/10	Manifestaciones persecutorias.		
	24/09/10	Se agrega Levomepromazina en situaciones especiales.		

Fuente: Elaboración propia en base a los datos recolectados de las historias clínicas analizadas.

Se constata en las historias clínicas analizadas, la registración del aumento en la medicación para lograr el control de los síntomas con aparición de efectos colaterales o adversos, que los profesionales tratantes atribuyen al cambio de marca comercial utilizada²⁵. **(Observación 10)**

En algunos pacientes con trastornos severos, que fueron tratados con medicamentos de la marca comercial suministrada a través de la compra centralizada por el GCBA y que no lograban mejoría, se reemplazó la droga por la marca habitual, permitiendo ello la reversión del cuadro. No obstante, estos hallazgos no constituyen una prueba incontestable de la falta de eficacia de los fármacos provistos. Cuestión esta, que se deberá abordar mas profundamente, en futuras auditorias. **(Observación 10)**

²⁵ Lo expuesto se debe tener en cuenta para futuras auditorias.

3.5 Evaluar la dotación del recurso humano de Enfermería y la utilización racional de horas módulos

A fin de evaluar la dotación de enfermería, se realizó el cálculo de personal necesario para la asistencia en Salas de Internación.

a) Cálculo horas anuales de trabajo de cada enfermera.

Para calcular las horas anuales de trabajo de una enfermera se procedió a descontar a los 365 días del año, el total de días no trabajados.

Francos semanales ²⁶	104 días
Licencia anual ordinaria (promedio)	20 días
Enfermedad ²⁷ (promedio)	90 días
Feriados	10 días
Total	224 días

$$365 - 224 = 141 \text{ días}^{28} \text{ laborales}$$

Multiplicando días trabajados por horas diarias²⁹ de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

$$141 \times 6 = 846 \text{ hs anuales laborales}$$

Considerando los días anuales no trabajados, se puede ajustar las horas anuales de enfermería necesarias para cubrir todos los días del año.

$$110 \times 6 = 660 \text{ hs anuales por licencias}$$

$$114 \times 12 = 1.368 \text{ hs anuales por francos (incluye sábados, domingos y feriados)}$$

$$846 + 660 + 1.368 = 2.874 \text{ hs anuales}$$

b) Determinación de camas reales.

Para establecer camas reales, se puede multiplicar las camas de dotación por el porcentaje ocupacional.

²⁶ Ajustado según Acta de Paritaria Dr. J. Rezzonico año 2003.

²⁷ Conforme lo informado por el Departamento de Enfermería.

²⁸ Metodología de trabajo según, Dr. Rezzonico R. y Aranguren, E., “Auditoria Médica”, capítulo 21 pag.1109, Ed. CEFF, Buenos Aires 1998.

²⁹ Se considera un promedio de 6 hs diarias (Área Crítica).

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Cuadro 30. Camas disponibles.

Servicio	Camas disponibles	% Ocupacional Bruto ³⁰	Camas reales
Pediatría y Adolescencia	64	108	69
Guardia (*)	6	---	6
Total	70		75

Fuente: Dpto. Internación y Dpto. Enfermería

(*) Hay 6 camas para Guardia que se habilitaran cuando finalice la obra
Según Nota Interna N° 404 del Dpto. de Enfermería a la Subdirección Médica.

c) Índice de calidad (que se quiere brindar) según la especialidad.

El índice que se desea brindar estará con relación a la calidad de atención que se dará a los pacientes.

Cuadro 31. Índice por Especialidad³¹

Especialidades	Hs/paciente s/Res.194/95		Hs/paciente s/Depto. Enfermería	
Pediatría por Sala de Internación ³² (hay 3 salas)	4	Hs.	6	Hs.
Total de las 3 Salas	12	Hs.	18	Hs.

Fuente: Resolución Ministerial N° 194/95 Anexo y Dpto. de Enfermería

Total de horas promedio de atención de enfermera por paciente día / cantidad de especialidades/salas = índice promedio

- Según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$12 / 3 = 4$$

- Según Departamento de Enfermería:

$$18 / 3 = 6$$

d) Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo (40%)³³ se obtiene el índice ajustado por ausentismo.

- Índice según Resolución Ministerial N° 194/95:

$$4 \times 40\% = 1,6$$

$$4 + 1,6 = 5,6$$

³⁰ Tasa Bruta: referido a la capacidad potencial de uso del recurso cama.

³¹ Índice ajustado según la Resolución Ministerial 194/95 Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

³² Se considera el índice de pediatría dado que no especifica Salud Mental Pediátrica. Estas horas coinciden con las estimadas en: Rezzonico y Aranguren, Auditoria Medica, Tomo II pag. 1109.

³³ Dato extraído de la Resolución Ministerial 194/95, Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

- Índice según Departamento de Enfermería:

$$6 \times 40\% = 2,4$$

$$6 + 2,4 = 8,4$$

e) Multiplicando el número de camas reales, por el índice que se quiere brindar, se obtiene la cantidad de horas de enfermería que se necesita en un día.

- Tomando un ausentismo del 40%, según índice de la Resolución Ministerial N° 194/95.

$$75 \times 5,6 = 420 \text{ hs de enfermería}$$

- Tomando un ausentismo del 40%, según índice del Departamento de Enfermería.

$$75 \times 8,4 = 630 \text{ hs de enfermería}$$

f) Multiplicando el resultado obtenido por 365 días, se obtiene la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año.

- Según Resolución Ministerial N°194/95

$$420 \times 365 = 153.300 \text{ hs anuales de enfermería}$$

- Según Departamento Enfermería

$$630 \times 365 = 229.950 \text{ hs anuales de enfermería}$$

g) Dividiendo la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año por las horas reales de trabajo de una enfermera, determinamos el total de enfermeras.

- Según Resolución Ministerial N°194/95

$$153.300 / 2.874 = 53 \text{ enfermeros}$$

- Según Departamento Enfermería

$$229.950 / 2.874 = 80 \text{ enfermeros}$$

Si se compara la dotación necesaria con la dotación existente, se obtiene que:

- Según Resolución Ministerial N°194/95

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Dotación enfermería según el servicio	66
Personal con tareas livianas, administrativa y con licencia por largo tratamiento	-8
Personal de conducción	- 6
Total de enfermeros con tareas asistenciales	52
Total de enfermeras con tareas asistenciales	52
Total de enfermeras necesarias s/Res.194/95	- 53
Diferencia resultante	1

▪ Según Departamento Enfermería

Total de enfermeras con tareas asistenciales	52
Total de enfermeras necesarias s/Depto. Enf.	- 80
Diferencia resultante	-28

Según los valores de referencia el personal de enfermería necesario mediante la metodología de cálculo de la Resolución Ministerial N° 194/95 es de 53 agentes y mediante la información aportada por el Departamento de Enfermería es de 80 agentes, mientras que la dotación real que realiza tareas asistenciales es de 52 agentes; quedando así, un déficit de 28 agentes (por esta última modalidad de cálculo) sólo para el área de internación. **(Observación 11)**

Si a ello le sumamos la cantidad de enfermeros necesarios para otras áreas -Hospital de Día 4 enfermeros, Pediatría 2 enfermeros, Consultorios Externos 2 enfermeros- la diferencia se incrementa a 36 agentes. **(Observación 11)**

Durante el año 2010, se realizaron 11.077 módulos, siendo el promedio mensual de 923 módulos.

Cuadro N° 32. Módulos de Enfermería Año 2010

Módulos de Enfermería Año 2010	
MES	Módulos
Enero	1.009
Febrero	931
Marzo	1.162
Abril	688
Mayo	922
Junio	874
Julio	856
Agosto	899
Septiembre	843
Octubre	813
Noviembre	1.307
Diciembre	773
Totales	11.077
Módulos Promedio mensual	923

Fuente: Jefatura de Enfermería.

Si multiplicamos el promedio mensual de módulos por las horas diarias, se obtiene el total de horas mensuales de enfermería utilizadas.

$$923 \text{ módulos} \times 6 \text{ horas} = 5.538$$

Si al total de horas mensuales, las dividimos por el máximo de horas módulos permitidas por ley a cada profesional (20 módulos x 6 hs = 120 hs mensuales), obtenemos el total de enfermeros que representa esas horas módulos.

$$5.538 \text{ horas módulos mensuales} / 120 \text{ hs modulo por profesional} = 46 \text{ enfermeros}$$

El déficit de enfermería en internación se suple con módulos de enfermería. No obstante, durante el período 2010 se realizaron módulos equivalentes a 10 enfermeros más que la dotación necesaria. **(Observación 11)**

También se analizaron otros indicadores de gestión:

- Relación enfermeros³⁴/camas censables: $52 / 64 = 0,81$
- Relación enfermeros/médicos: $52 / 78 = 0,66$

Asimismo, se solicitó al Departamento Recursos Humanos, información relativa a expedientes disciplinarios del personal de Enfermería y estado de los mismos. A partir de la Información recibida, se tomó vista de los expedientes.

- Expediente N° 1065912/2010. Sumario Administrativo – Incumplimiento de las obligaciones (3/09/10). El expediente comprende:
 - Nota dirigida a la Dirección General de Salud Mental (DGSM) con copia de nota interna que detalla el incumplimiento de obligaciones del agente (03-09-10).
 - Nota expedida por Jefe de Dpto. Enfermería dirigida a Subdirectora médica, donde se relata las conductas impropias del agente con el fin de que se tomen medidas y separación preventiva del sector de Internación, área dónde se desempeñaba el agente.
 - Nota expedida por enfermero encargado de turno del servicio explicando los hechos sucedidos (25-06-10). Según la información expuesta, un enfermero fue encontrado durmiendo con la madre de un paciente internado, tapados ambos completamente, con una frazada en un colchón en el piso en una de las habitaciones del área de Internación. Cuando se intentó llamar la atención del agente, el mismo trató de ocultarse.
 - Nota expedida por Subdirectora Médica exhibiendo que, dada la situación se incumple gravemente las obligaciones y prohibiciones

³⁴ Enfermeros que realizan tareas asistenciales.

establecidas en art. 11 y 12 de la Ley 471. Solicita descargo de agente implicado (29-06-10).

- Descargo de agente que niega todo lo sucedido y solicita que se dejen sin efecto las imputaciones.
- Nota expedida por Dpto. de Enfermería dirigida a la Subdirección Médica, donde se informa que el agente fue citado para que diera explicaciones del caso en presencia de la supervisora. En consecuencia el agente aceptó los hechos mencionados y prometió que no volvería a suceder tal situación. El agente es separado de su turno, pasando a trabajar en el horario de 7 a 13 hs., de lunes a viernes (17/09/10).
- Nota expedida por la DGSM a la Dirección Operativa de Asuntos Judiciales y Sanciones de Empleo Público (DOAJSEP) donde se solicita el inicio de sumario administrativo (22/09/10).
- Nota expedida por DOAJSEP, donde se remite actuación para que se dé curso a una sanción disciplinaria, sin sumario previo (24/01/11).
- Disposición Interna 13/2011, donde se sanciona con 5 días de suspensión por quebrantar obligaciones art. 10 y 11 de la Ley 471 (11/01/11).
- Se remite Disposición a DGSM, que toma conocimiento y avala lo actuado.
- El Dpto. de Recursos Humanos, notifica al agente de la Disposición N°13/2011 (18/04/11).

De lo actuado se desprende, que el plazo desde que se detectó el incumplimiento hasta la sanción del agente, fue de 212 días hábiles.

- Expediente N° 67436/04. Expediente disciplinario observado por la AGCBA en el Informe N° 3.05.05 B “Hospital Tobar García – Auditoría de Gestión”. Este actuado se encuentra actualmente en la Procuración General. No obstante, se tomó vista de la documentación que consta en el hospital.
 - La Resolución N° 2144-SS/04, dispone la instrucción del sumario administrativo a fin de investigar hechos y atribuir o deslindar responsabilidades con relación a hechos descriptos en el libro de Guardia del Hospital Tobar García y de las actuaciones sumariales caratuladas “Averiguación de abuso deshonesto” con intervención del Juzgado Nacional en lo Criminal de Instrucción N°5 (26/11/04).
 - El damnificado fue un menor de 10 años internado en la institución.
 - El tribunal Oral en lo Criminal N°27, condenó al sumariado a la pena de 3 años de prisión de ejecución condicional en la Causa N°2715 Caratulada “R.O.A. s/abuso sexual” agravado por haber sido cometido por un encargado de la guardia, en su condición de enfermero, y contra un menor de 13 años (art. 45 y 119, primer y último párrafo del inciso b del Código Penal, siendo su conducta violatoria de la

obligación establecida en el art. 10 inciso c Ley N° 471, en los términos del art. 49 de la misma Ley).

- La Resolución N°1581-MSGC, dispone la exoneración del sumariado con relación a los cargos formulados, por no haber observado el 08/09/04 una conducta digna y decorosa acorde a su jerarquía y función con un paciente internado (11/05/09).

De lo actuado se desprende, que el plazo desde que se detectó el incumplimiento hasta la sanción del agente, fue de 1319 días hábiles.

3.6 Analizar y evaluar el avance de la obra de Refuncionalización Integral del Hospital con financiamiento del BID

A fin de evaluar el avance de la obra de Refuncionalización Integral, se solicitó al hospital, información referida a la ejecución de las etapas de la obra y se analizó el Expediente N° 27.592/0 que tramita por ante el Juzgado de 1ra. Instancia en lo Contencioso, Administrativo y Tributario, CABA.

Por Decreto N° 102/06 se aprobó la Licitación Pública Nacional N° 053/04, de la Obra: “Refuncionalización Integral del Hospital Infante Juvenil C. Tobar García”, sito en la calle Ramón Carrillo 315 y se adjudicó la obra a la Empresa RIVA S.A. por un monto de PESOS ONCE MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL (\$11.184.000). El plazo de obra inicial se fijó en quinientos cuarenta (540) días corridos.

La obra comprende la refuncionalización integral del Hospital Tobar García, con la provisión de materiales, equipos y mano de obra especializada. Las renovaciones que trata el pliego afectan una superficie total estimada en 9.438 m², correspondiente a la suma de las superficies de todos los edificios.

Esta superficie involucra remodelación y obra nueva. Las obras a ejecutar tanto interiores como exteriores tienen por objeto la finalidad de poner el edificio en condiciones adecuadas de funcionamiento, involucrando la totalidad de su superficie, y todas sus instalaciones. Se ejecutarán demoliciones, obras de albañilería integral, estructural, provisión de equipamientos, provisión y montaje de ascensores y montacargas. Se ejecutarán además las instalaciones sanitarias, eléctricas y termomecánicas integrales que se indican, de manera tal que garanticen la aptitud para la correcta operación del edificio, y acorde al destino asignado al mismo. Se procederá a la provisión de carpinterías nuevas y reparación de existentes a conservar. Se realizarán los trabajos de pintura integral.

La obra objeto de la licitación se realizaría en tres etapas. La primera etapa correspondería al sector de internación con todos sus servicios y sus distintas áreas. Este sector comprende Planta baja y primer piso. La segunda etapa comprende los pisos 3º, 4º, 5º, 6º y azotea del cuerpo principal de la edificación existente destinada a laboratorio, área gremial, docencia, residentes, dirección,

conducción y administración. La tercera etapa comprende las plantas de: subsuelo; planta baja; plantas de 1º piso (existente y nueva) y planta de 2º piso. Dicha obra sería financiada, a través de un crédito otorgado por el BID y su plazo de ejecución original era de 18 meses, los que se computarían a partir de su inicio el 17 de abril de 2006.

De las constancias del expediente, la primera etapa de la obra fue concluida e inaugurada el 7 de mayo del año 2008; ésta correspondía a los sectores de internación y servicios complementarios. Asimismo, el 8 de julio de 2008, fueron finalizadas las obras del Hospital de Día, en la planta baja del nuevo edificio. Además, se efectuaron diversas modificaciones al proyecto de obra de los servicios complementarios que comprenden neurología, odontología, psicopedagogía, musicoterapia y farmacia. **(Observación 12)**

La obra cuenta con modificaciones al proyecto original aprobadas como Adicionales.

Adicionales N° 1 y N° 2: aprobados por Decreto N° 144/08; monto \$1.784.626,93; certificado el 100% del adicional N°1 y el 75,64% del adicional N°2. Comprende el portón de comunicación vehicular con el Hospital Borda, la bomba de agua, distintas áreas del área de Rehabilitación, de Psiquiatría Social, de Hospital de Día, la Cámara Gesell del área de internación, la rampa de servicios complementarios, entre otros.

Adicional N° 3: aprobado por Resolución N° 2849/MSGC/08; monto \$270.418,51; certificado el 88,43% de la obra. Comprende la rampa de internación, rejas, cambio de duchas, llaves eléctricas, consultorio de Neurología, escalera, rejas y protección del Gimnasio, entre otros.

Adicional N° 4: aprobado por Decreto N° 310/10; monto \$525.499,28; certificado el 100%; última certificación en Noviembre de 2010. Comprende el área nueva de la cocina, vestuarios, rampa, depósito de residuos patogénicos, patio inglés y todo anexo necesario que haga a su fin.

Adicional N° 5: aprobado por Decreto N° 158/11; monto \$ 2.926.281,46; aún no hay certificación alguna. Comprende obras en el edificio de la torre: ventilación de los sanitarios, la instalación eléctrica e iluminación, modificación de la carpintería, modificaciones en los sanitarios y arreglos en el sector de ascensores; obras en el subsuelo: mesada en el sector comedor, rampa de acceso al ascensor, ventilación en el sector archivo y en el taller de mantenimiento; obras en el primer y segundo piso: mesadas y revestimiento cerámico en el sector terapia, colocación de una ventana y mostrador en el sector turnos, tabique divisorio en la sala de espera; obra en el tercer piso: colocación de placares; en el cuarto piso: colocación de un tabique divisorio en los sectores de Tesorería, sala de reunión y estar de la dirección; en el quinto

piso: demolición de tabiques frente a ascensores; en el sexto piso: instalación sanitaria, placares, tabiques divisorios, entre otros.

Actualmente (abril de 2011), faltan terminar las siguientes áreas:

- Guardia, con camas de observación que permitan acotar internaciones innecesarias.
- Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia (Consultorios Externos – prestaciones ambulatorias) con sus cinco Secciones; actualmente utiliza espacios de otros servicios del hospital.
- Departamento Servicio Social, actualmente sin espacio propio.
- Dirección, Legales y Administración, esta última sin espacio adecuado para su trabajo.
- Docencia, actualmente con carencia de aulas.
- Laboratorio, Informática, Cooperadora y oficinas gremiales.
- Anfiteatro o aula central.

(Observación 12)

En síntesis, a fines de 2008 la justicia de la Ciudad, ordenó una reforma edilicia integral, condiciones de seguridad y nombramiento de profesionales en un plazo razonable. En junio de 2009 la Cámara advirtió que, la vulnerabilidad social en la que se encuentran los pacientes del Tobar García no admite más demoras, y que no se puede depender de los tiempos de la administración. En abril de 2010, el titular de Recursos Físicos en Salud, dijo que estaba previsto terminar la segunda etapa de las obras, pero no dio un cronograma. La tercera etapa estaba prevista para el plan de obra 2011-2012. **(Observación 12)**

VI) OBSERVACIONES

Referidas a la externación del paciente

1. No se han implementado nuevos dispositivos para facilitar la externación de pacientes. Ello va en contra de lo enunciado en la Ley N° 448 art.14³⁵ y 15³⁶, y la Ley Básica de Salud N° 153 art. 48³⁷. Si bien existe un fallo de Cámara en firme, que dispone la elaboración de un dispositivo que respete el estándar normativo vigente -a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de

³⁵ (...) incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades (Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche; Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas; Casas de Medio Camino; Centros de capacitación sociolaboral promocionales; Emprendimientos sociales; Granjas Terapéuticas; Hogares y familias sustitutas; entre otros.

³⁶ Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

³⁷ (...) La desinstitutionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la infraestructura existente. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

Salud Mental-, a la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, el cumplimiento de la obligación lleva 56 días de mora.

2. No hay una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica. Los recursos disponibles no alcanzan a cubrir las necesidades terapéuticas actuales. Por su parte los hogares contratados no cumplen con todos los requerimientos legales necesarios para la atención de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales (falta de habilitación, etc.).

3. No existen los dispositivos genuinos y aptos que se requieren para la externación en tiempo y forma de los pacientes, que garanticen la efectiva reinserción social, lo cual se contrapone con el marco legal vigente, que pone énfasis en la asistencia ambulatoria, en la internación breve, en la atención domiciliaria que preserve los vínculos sociales y familiares, y en la reinserción social y laboral. En tal sentido, el tiempo promedio de internación de pacientes con alta hospitalaria, fue de 78 días, con un mínimo de 28 días y un máximo de 199 días. Ello también implica, el incremento del gasto en salud.

4. La falta de articulación de los efectores -indispensable para la recuperación, rehabilitación y reinserción social de los niños/as y adolescentes-, vulnera el principio de trabajo en redes establecido en la Ley N° 448 art. 13 y 14.

5. No se realiza un seguimiento de los pacientes externados del hospital que fueron derivados a un dispositivo de albergue, a fin de garantizar la continuidad de atención y evaluar la evolución del tratamiento para evitar reinternaciones (Ley N° 448 art.16).

Referidas a la internación del paciente

6. No existe en la historia clínica de internación un formulario que indique el Tratamiento Diario del paciente (actividades psicoterapéuticas y de rehabilitación), con indicación de días, horarios, profesionales que intervienen, personal que acompaña al paciente de la sala de internación hasta el lugar del tratamiento, entre otros datos. Ello impide la evaluación del cumplimiento efectivo de tratamiento del paciente.

7. El Hospital de Día que existe en la institución, responde a un perfil diagnóstico, que no está en condiciones de incorporar las derivaciones del servicio de internación; cuando el espacio físico, esté destinado únicamente a Hospital de Día, es posible la inclusión de pacientes con otras patologías. La ampliación de esta modalidad de atención, resultaría una alternativa válida como instancia intermedia hasta el alta definitiva del paciente.

Referidas a la Rehabilitación del paciente

8. No es posible evaluar el acceso y el proceso de atención de los Servicios que brindan rehabilitación a los pacientes internados en el hospital, dado que durante el período 2010, los profesionales que intervinieron en tal proceso, no registraron diariamente en la historia clínica, las prestaciones brindadas. Actualmente, esta limitación ha sido modificada. No obstante, la información contenida en la historia clínica resulta insuficiente para evaluar el proceso de atención, a la vez que incumple con la normativa vigente toda vez que el profesional interviniente no asienta en la historia clínica todos los actos realizados o indicados³⁸ (Ley Nacional N° 26.529 sobre Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado art.15 inc. d y f, Ley Básica de Salud N° 153 art. 4 apartado h, Decreto N° 208/01 reglamentación artículo 4 de la Ley y Decreto N° 2316/03).

Referidas a la provisión y calidad de la medicación suministrada a los pacientes

9. En las comunicaciones efectuadas desde el hospital a PROGEN (adjudicatario de la compra centralizada) y a la Unidad de Proyectos Especiales - Unidad Operativa de Adquisiciones Central (UPE-UOAC) referidas a los medicamentos provenientes de la compra por licitación pública con orden de compra abierta, se consigna: incumplimiento en las entregas, provisión de marcas que no responden a la ofertada en el pliego, entregas con número de lote y fecha de vencimiento escritos en forma manual en los remitos de entrega, entre otras dificultades. Esto a su vez implicó trabajar con una provisión por debajo del stock mínimo, incrementar la frecuencia de distribución de comprimidos en pacientes ambulatorios para preservar las entregas a los pacientes internados y aumentar la actividad de control.

10. Se constataron 29 comunicaciones a organismos afines (Sistema Nacional de Farmacovigilancia, UPE-UOAC y Red de Farmacia) y 8 Historias Clínicas de pacientes internados en el año 2010, con intervención de profesionales médicos por descompensación del paciente, dada la falta de respuesta de la medicación suministrada o los efectos adversos. La intervención médica requirió el aumento de la dosis del medicamento utilizado y/o la incorporación de una medicación complementaria, incrementado ello, el margen de error en la dosificación de la medicación e interfiriendo con un adecuado tratamiento, lo que favorece las reinternaciones o la prolongación de las mismas.

Referidas al Recurso Humano de Enfermería del Hospital

11. Existe un déficit de enfermería para internación que se suple con la utilización de módulos de enfermería. De este modo, el uso de esta modalidad

³⁸ Es un acto realizado o indicado, la prescripción o suministro de medicamentos, la realización de tratamientos, prácticas, estudios, estudios con diagnóstico presuntivo, intervención de un especialista, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente.

de trabajo ha pasado a ser corriente cuando debería ser esporádica, a la vez que permite su utilización en más. Asimismo, la existencia de enfermeros que habitualmente cumplen jornadas dobles de trabajo, redundan en un déficit de calidad en la tarea realizada.

Referidas a la Obra de Refuncionalización del Hospital

12. El incumplimiento en la finalización de las obras previstas, limita la atención de la consulta ambulatoria, de Hospital de Día, de Guardia, de Laboratorio y del Servicio Social del hospital. Las obras de refuncionalización integral, que estaban planificadas para realizarse en 18 meses, llevan ya cinco años. Si bien, existe un fallo en firme de la justicia de la Ciudad, que ordena la finalización de las mismas, aún están sin concluir.

VII) RECOMENDACIONES

Referidas a la externación del paciente

1. Arbitrar los medios necesarios para la implementación de los dispositivos de atención, en cumplimiento de la Ley N° 448 y del fallo en firme dictado por la justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Primera Instancia y Cámara), bajo apercibimiento de sanciones y multas a los responsables de su incumplimiento. (Observación 1 y 3)

2. Procurar una efectiva articulación entre los Ministerios de Salud y Desarrollo Social en cuanto a los recursos y cooperación técnica, como así también, el trabajo en Red. La transferencia de competencias de un Ministerio a otro (Decreto N° 647/2010), no garantiza una mejor aplicación de recursos y/o mejores controles en el cumplimiento de requisitos legales de los hogares contratados. (Observación 2 y 4)

3. Implementar un mecanismo que permita el seguimiento de los pacientes externados y derivados a un dispositivo de albergue, a fin de garantizar la continuidad del tratamiento, como así también, evaluar la evolución del mismo para evitar reinternaciones. (Observación 5)

Referidas a la internación del paciente

4. Re-implementar el mecanismo de Hoja de Día del Paciente Internado a fin de garantizar el cumplimiento de la actividad prevista en el Plan de Tratamiento del Paciente, admitiendo controles sobre su cumplimiento por parte de autoridad jerárquica. (Observación 6)

5. Ampliar el alcance de las prestaciones del Hospital de Días a otras categorías diagnósticas que permitan y favorezcan la reinserción de un mayor número de pacientes en etapas previas a la externación, evitando reinternaciones, tal como lo establecen las normas vigentes. (Observación 7)

Referidas a la Rehabilitación del paciente

6. Procurar medidas de control por parte de autoridad jerárquica, relativas al llenado de la historia clínica conforme la normativa vigente. (Observación 8)

Referidas a la provisión y calidad de la medicación suministrada a los pacientes

7. Arbitrar las medidas conducentes para la eliminación de dificultades detectadas en la provisión de compras de medicamentos desde el Nivel Central, y determinar las sanciones correspondientes a las condiciones y/o características contrarias a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones Generales y/o Particulares. (Observación 9)

8. Incentivar las comunicaciones por ineficacia de medicamentos, al Sistema Nacional de Farmacovigilancia y a la Red de Farmacia, en el resto de los efectores de Salud Mental de la Ciudad, a fin de procurar las evidencias científicas que permitan esclarecer las diferencias en las respuestas terapéuticas. (Observación 10)

Referidas al Recurso Humano de Enfermería del Hospital

9. Arbitrar las medidas conducentes para la incorporación de personal de enfermería, necesario para el normal funcionamiento del hospital. (Observación 11)

Referidas a la Obra de Refuncionalización del Hospital

10. Exigir el cumplimiento del fallo de la justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que indica la finalización de la Obra de Refuncionalización Integral del Hospital, e implementar sanciones disciplinarias a través del sistema de multas a los responsables del incumplimiento. (Observación 12)

VIII) CONCLUSIÓN

Los niños/as y adolescentes atendidos en el Hospital Dra. Carolina Tobar García, proceden en su mayoría, de un medio socioeconómico carente. Este grupo etáreo padece, además de sus cuadros psiquiátricos, adicciones, violencias, abandonos y maltratos, entre otros, imponiéndose en ellos la patología dual.

La complejidad de estos casos, nos lleva a plantear la necesidad de políticas en salud, que tengan como eje central, la prevención, la asistencia y la rehabilitación, además, de la capacitación continua de los recursos humanos, la actividad de investigación y la tarea ética-moral de incluir a estos niños y adolescentes en la comunidad.

No obstante, la evolución psiquiátrica del paciente que posibilita el alta hospitalaria, se ve limitada por la imposibilidad de externación, dada la ausencia de dispositivos establecidos por Ley N° 448. La vuelta a la comunidad sin un soporte adecuado, repite el ciclo de internación hospitalaria.

Asimismo, la implementación de Hospitales de Día y Hospitales de Noche, de Residencias Protegidas de hasta veinte camas, de Casas de Medio Camino, de Centros de Capacitación Sociolaboral Promocionales, de Emprendimientos Sociales, de Granjas Terapéuticas, de Hogares y Familias Sustitutas, y demás modalidades que favorezcan la reinserción social de los pacientes, deberían ser acompañadas, por un dispositivo progresivo de fortalecimiento familiar, a fin de poder resolver la problemática del paciente junto con su núcleo familiar, fundamentado en la importancia del funcionamiento de las Redes del Sistema de Salud Mental, establecido en el Art. 13 y 14 de la Ley N° 448.

Actualmente, existe una contradicción entre lo que obliga la Ley N° 2881³⁹ a los hogares que albergan niños, contratados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: cumplimiento de habilitación, condiciones edilicias, sanitarias, de seguridad y funcionamiento, entre otros, y la acción implementada ante la necesidad de derivación de pacientes con padecimientos mentales y/o con patologías duales, por el mismo GCBA: prórroga para cumplir los requisitos exigidos por Ley, mientras que los niños permanecen internados en esos hogares.

Es necesario, recordar la existencia de diversos elementos del derecho, que consagran el Derecho a la Salud de las personas, y en especial de los niños, depositando en el Estado el deber de promover el disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Este extenso plexo normativo, conlleva exigir su cumplimiento y la aplicación de sanciones y multas afines.

Existen diversas concepciones teóricas sobre el tratamiento de la salud mental, que se reflejan en distintos Servicios asistenciales del hospital. Esta diversidad de concepciones, si bien no desacredita la actividad asistencial, requiere de un mayor esfuerzo para alcanzar una articulación tendiente a una mejor calidad de atención.

³⁹ Regula en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires las condiciones de habilitación y funcionamiento de los establecimientos u organismos de atención para el cuidado de niñas, niños y adolescentes.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Es imprescindible la elaboración de normas que regulen la actividad del personal de Enfermería, dedicados a la atención de pacientes con padecimientos mentales Infanto Juveniles. Hasta tanto ello ocurra, se sugiere que toda incorporación del personal de Enfermería, esté acreditada mediante una evaluación de actividades por los Supervisores y la Jefatura de Enfermería, como así también, por los profesionales responsables de cada área de internación. Esta evaluación debería trasladarse a todo el personal de Enfermería y efectuarse periódicamente. Asimismo, podría darse intervención a la Dirección General de Enfermería.

Por último, dada la demora de la obra en curso (3 años y medio) y visto los adicionales de obra que debieron incluirse, se recomienda realizar una auditoria de obra pública, a fin de asegurar el cumplimiento de las condiciones técnicas especificadas en el Pliego de Bases y Condiciones Particulares.

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Anexo 1. Pacientes con internación prolongada y alta hospitalaria egresados en el año 2010

Cuadro N° 33. Análisis de Historias Clínicas de pacientes con internación prolongada

Nro de Caso	Edad	Diagnóstico	Factores de Riesgo	Internación por Oficio Judicial	Fecha ingreso (A)	Fecha egreso (B)	Días Internación Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta Hospitalaria (D)	Días de Internación en condición de Alta Hosp.. (E) (B-D=E)	Costo de internación prolongada \$95
1	17	Esquizofrenia sin Especificación (F20.9)	Institucionalizado en el IMMR por 3ra. Vez. Adicción a Cocaína, Pasta Base y Marihuana. Deserción Escolar. Incontinencia Familiar.	Si	03/08/2009	29/04/2010	269	11/01/2010	108	10260
2	11	Trastorno en el control de los impulsos no especificado (F 63.9)	Padres adictos a sustancias psicoactivas. Incontinencia Familiar. No alfabetizado. Problemas de inserción escolar. Fugas del hogar. Tercera internación en este hospital.	Si	08/09/2009	17/02/2010	162	09/11/2009	100	9500
3	16	Esquizofrenia (F20) Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (F19)	Incontinencia Familiar. Adicción a sustancias psicoactivas.	Si	29/10/2009	12/05/2010	195	22/02/2010	79	7505
4	17	Suicida (79.9) Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (F19)	Incontinencia Familiar. Adicción a sustancias psicoactivas. Intento de suicidio previos. Agresividad. Impulsividad.	Si	02/01/2010	16/06/2010	165	29/04/2010	48	4560
5	15	Descompensación psicótica (F29 y F79).	Internación previa en hospital zonal de Ezeiza. Vive en casa tomada, sin baño ni cocina. Carece de luz y agua. Abandonada por la madre. Reinternación.	Si	13/01/2010	06/09/2010	236	11/03/2010	179	17005

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Edad	Diagnóstico	Factores de Riesgo	Internación por Oficio Judicial	Fecha ingreso (A)	Fecha egreso (B)	Días Internación Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta Hospitalaria (D)	Días de Internación en condición de Alta Hosp.. (E) (B-D=E)	Costo de internación prolongada \$95
6	17	Psicosis no especificado (F29) Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de drogas u otras sustancias (F19)	En situación de calle. Antecedentes de consumo. Incontinencia familiar. Madre cartonera e internada en el Hospital Moyano. Fuga previa de Hogar CEPRAD. 5ta reinternación.	No	30/08/2010	12/11/2010	74	09/09/2010	64	6080
7	14	Excitación psicomotriz. Retraso mental moderado (F29 y F71)	Separado de sus padres a los 3 años por maltrato. Alojado en Hogar. 3ra reinternación.	Si	08/07/2010	18/11/2010	133	20/09/2010	59	5605
8	13	Retraso Mental leve. Trastorno de hábitos e impulsos no especificados. Psicosis de origen no Psicótica no especificada (F70. F 63.9 F29)	Padre fallecido. Madre que pierde la tenencia. Incontinencia familiar. Intento de suicidio previo. 2da reinternación.	Si	11/06/2010	24/08/2010	74	08/07/2010	47	4465
9	17	Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de drogas u otras sustancias (F19)	Agresividad e impulsividad. Consumo de Paco. Deserción escolar. (Familia Presente).	Si	29/11/2009	08/03/2010	99	18/12/2009	80	7600
10	14	Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de drogas u otras sustancias (F19)	Antecedentes de consumo de sustancias (Pasta Base) y conducta delictiva. Fugas reiteradas de su casa.	Si	30/12/2009	04/03/2010	64	01/02/2010	31	2945
11	10	Psicosis infantil (F84) Retraso Mental no especificado	Incontinencia familiar. Agresividad impulsividad. Intento de escolaridad infructuoso.	Si	03/11/2009	21/05/2010	199	14/01/2010	127	12065

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Edad	Diagnóstico	Factores de Riesgo	Internación por Oficio Judicial	Fecha ingreso (A)	Fecha egreso (B)	Días Internación Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta Hospitalaria (D)	Días de Internación en condición de Alta Hosp.. (E) (B-D=E)	Costo de internación prolongada \$95
12	6	Trastorno en el control de los impulsos no especificado (F 63.8)	Maltrato familiar, madre débil mental, intento de suicidio.	Si	30/10/2009	26/04/2010	178	09/02/2010	76	7220
13	16	Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y uso de otras sustancias psicóticas (F19) Esquizofrenia (F20)	Consumo de sustancias psicoactivas. En situación de calle. 4ta reinternación.	Si	01/02/2010	19/05/2010	107	23/03/2010	57	5415
14	16	Descompensación psicótica (F29 y F79).	Incontinencia familiar. Situación de calle.	Si	29/10/2009	16/06/2010	230	18/02/2010	118	11210
15	17	Psicosis de origen no especificado (F29)	Insomnio. Angustia. Episodios autoagresivos. Intoxicado con alprazolam. Internado hace tres años en hogar. Incontinencia familiar.	Si	29/06/2010	19/10/2010	112	06/08/2010	74	7030
16	17	Retraso mental leve. Psicosis de origen no Psicótica no especificada (F70. F29)	Situación de calle. Vivió en varios hogares. Se fuga de hogar CETTAD. Deserción escolar.	Si	14/05/2010	27/07/2010	74	31/05/2010	57	5415
17	11	Problemas paterno-familiares (Z 63.8)	Incontinencia Familiar. Fugas reiteradas. Situación de calle.	Si	04/08/2009	27/01/2010	176	26/08/2009	154	14630
18	12	Problemas paterno-familiares (Z 63.8)	Incontinencia Familiar. Fugas reiteradas. Situación de calle.	Si	04/08/2009	27/01/2010	176	12/11/2009	76	7220
19	17	Trastorno Psicótico no especificado (F.29). Trastorno de comportamiento por uso indebido de drogas (F.19)	Incontinencia Familiar. Fugas reiteradas. Agresividad, impulsividad. Adicciones. Deserción escolar. 3ra. reinternación	Si	07/01/2010	20/04/2010	103	18/02/2010	61	5795

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Edad	Diagnóstico	Factores de Riesgo	Internación por Oficio Judicial	Fecha ingreso (A)	Fecha egreso (B)	Días Internación Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta Hospitalaria (D)	Días de Internación en condición de Alta Hosp.. (E) (B-D=E)	Costo de internación prolongada \$95
20	15	Trastorno de comportamiento por uso indebido de drogas (F.19). Conflicto sociofamiliar. Peligroso para si y para terceros.	Incontinencia familiar. Adicciones. Deserción escolar. Deterioro físico. Situación de calle.	Si	29/05/2010	26/08/2010	89	02/07/2010	55	5225
21	16	Trastorno Psicótico no especificado (F.29). Trastorno de comportamiento por uso indebido de drogas (F.19)	Incontinencia familiar. Madre fallecida. Adicciones	Si	28/07/2010	16/11/2010	111	01/09/2010	76	7220
22	17	Trastorno Psicótico no especificado (F.29).	Agresividad e impulsividad. 3ra Reinternación.	No	25/06/2010	18/11/2010	146	21/10/2010	28	2660
23	14	Trastorno de comportamiento por uso indebido de drogas (F.19)	Adicción. Consumo de Paco. Padres sordomudos. Derivado del CDNNyA. Se fugó de comunidad terapéutica.	No	31/10/2010	27/12/2010	57	03/11/2010	54	5130
24	15	Retraso mental leve (F70) y trastorno de control de los impulsos (F63.9). Riesgo para si y para terceros. Tendencia a la fuga.	Incontinencia familiar. Extrema precarización social. Permaneció en situación de calle. Vivió con familias sustitutas y en hogares. Antecedentes de abuso sexual. Problemas de conducta	si	08/07/2009	12/11/2010	492	27/04/2010	199	18905
25	12	Descompensación psicótica, crisis de excitación psicomotriz (F43,2 y F79).	5ta. Internación. Madre fallecida. Vive en hogar. Incontinencia familiar. Agresividad.	Si	16/06/2010	18/11/2010	155	07/07/2010	134	12730

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Edad	Diagnóstico	Factores de Riesgo	Internación por Oficio Judicial	Fecha ingreso (A)	Fecha egreso (B)	Días Internación Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta Hospitalaria (D)	Días de Internación en condición de Alta Hosp.. (E) (B-D=E)	Costo de internación prolongada \$95
26	14	Retraso mental (F70) Trastorno Psicótico no identificado (F29)	Incontinencia familiar. Madre violenta. Vivió hogares y familia sustituta. Heteroagresividad con compañeras del hogar.	Si	17/09/2009	10/03/2010	174	29/11/2009	101	9595
27	17	Trastornos por consumo de drogas (F19) Trastorno del control de los impulsos (F63.9)	Incontinencia familiar. Intento de suicidio. Agresividad, impulsividad.. Adicciones.	Si	05/07/2010	24/08/2010	50	15/07/2010	40	3800
28	16	Retraso mental (F70.9) Trastorno del control de impulsos (F63.9)	Incontinencia familiar. Agresividad, impulsividad. Reinternación.	si	02/09/2010	23/11/2010	82	26/10/2010	28	2660
29	16	Trastorno de personalidad por consumo de drogas (F19)	Agresividad, impulsividad. Adicciones, consumo de pasta base. Deserción escolar.	Si	16/06/2010	09/08/2010	54	24/06/2010	46	4370
30	16	Trastornos mentales y del comportamiento por el uso de múltiples drogas (F19) Trastorno Disocial no especific.	Incontinencia familiar. Agresividad, impulsividad. Adicciones. Deserción escolar.	Si	23/08/2010	15/11/2010	84	21/09/2010	55	5225
31	15	Excitación psicomotriz. Retraso mental moderado (F29 y F71)	Incontinencia familiar. Agresividad, impulsividad.	Si	26/12/2009	18/11/2010	327	30/07/2010	111	10545
32	15	Trastorno consumo de sustancias psicoactivas (F19)	Incontinencia familiar. Adicciones. Agresividad, impulsividad. Deserción escolar.	Si	25/02/2010	16/06/2010	111	30/03/2010	78	7410
33	16	Trastorno mental por consumo cocaína (F14)	Incontinencia familiar. Adicciones. Agresividad, impulsividad. Deserción escolar.	Si	22/03/2010	30/06/2010	100	09/04/2010	82	7790

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Edad	Diagnóstico	Factores de Riesgo	Internación por Oficio Judicial	Fecha ingreso (A)	Fecha egreso (B)	Días Internación Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta Hospitalaria (D)	Días de Internación en condición de Alta Hosp.. (E) (B-D=E)	Costo de internación prolongada \$95
34	16	Trastorno afectivo bipolar (F31.9) Problemas de relación paterno filial (Z63.8)	Incontinencia familiar. Agresividad, impulsividad. Deserción escolar.	No	11/03/2010	11/06/2010	92	13/05/2010	29	2755
35	14	Trastorno psicótico no especificado (F29) Retraso Mental (F79)	Situación de calle.	Si	13/10/2009	20/01/2010	99	17/11/2009	64	6080
36	15	Trastorno psiquiátrico crónico (F84.3)	Incontinencia familiar. Reingreso.	No	12/12/2009	06/04/2010	115	21/01/2010	75	7125
37	16	Trastorno de control de los impulsos no especificado (69.9) Trastorno psicótico agudo no especificado (23.9)	Incontinencia familiar. Adicciones. Agresividad.	Si	06/03/2010	11/11/2010	250	08/07/2010	126	11970
38	15	Trastorno psicótico no especificado (F29) Retraso Mental (F79)	Situación de calle. Incontinencia familiar. Se fugó de varios hogares.	No	12/03/2010	03/06/2010	83	21/04/2010	43	4085
39	17	Trastorno consumo de sustancias psicoactivas (F19)	Incontinencia familiar. Adicciones. Agresividad. Adicciones. Situación de calle	Si	12/02/2010	20/05/2010	97	19/03/2010	62	5890
40	12	Trastorno de la conducta no especificado (F 91.9) Retraso mental (F 79)	Situación de calle. Incontinencia familiar. Reinternación	Si	30/09/2010	10/11/2010	41	08/10/2010	33	3135
Total de días de internación y costo							5635		3114	295830
Promedio de días de internación y costo							140,88		77,85	7396

Fuente: Historias Clínicas analizadas

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Cuadro N° 34. Organismos que intervienen en la externación del paciente con internación prolongada

Nro de Caso	Organismos Intervinientes y comunicaciones	Motivo de egreso	Cantidad de organismos intervinientes
1	TM: traslado a Instituto de Menores; actuación trasladada a Juzgado Nacional en lo Civil de 1ra Instancia; autoriza traslado. IMMR:: derivación a hospital y profundizar con los profesionales acciones de intervención. CDNN yA: Situación del Joven. DMI: Comunicación de Internación y alta. MPT: Comunicación de Internación y alta. DGSM: Gestión de vacante para alojamiento acorde. Hospital Borda: Derivación por cumplir mayoría de edad.	Alta hospitalaria. Compensación psiquiátrica. Traslado a institución de adultos (Hospital Borda).	6
2	JNC 1ra Instancia: derivación al hospital; situación del paciente; alta (externación); autoriza traslado. DMI: comunicación de internación y alta. MPT: comunicación internación, situación del paciente y alta (externación). DGSM: para derivación a un dispositivo de carácter definitivo. DGNyA: para adaptación a un hogar especializado. CDNNyA: posibilidad de derivación a hogar; autorización del traslado. Hogar IMAY: evaluación y derivación.	Alta hospitalaria. Compensación psiquiátrica. Traslado a Hogar.	6
3	JNC 1ra Instancia: derivación al hospital; situación del paciente; alta; autoriza traslado. CP: representación legal; reunión con equipo tratante; alta. DMI: internación, alta. Asesoría General Tutelar: internación; informe sobre situación del paciente; alta. CDNNyA: internación; alta; acompañamiento a la Comunidad Terapéutica Minerva. MDS - CPSA: solicitud de derivación para tratamiento de adicción y patología comórbida. DGNyA: solicitud de derivación para tratamiento de adicción y patología comórbida.	Alta hospitalaria. Traslado a Comunidad Minerva.	6
4	JNM: derivación al hospital; pedido de custodia policial; pedido y autorización de derivación a institución acorde. DMI: comunicación de internación, informe y alta. JNC 1ra Instancia (por feria): situación del paciente; alta y traslado. CDNNyA: comunicación de internación. MPT: comunicación de internación, alta y traslado. CP: representación legal. MDS - DPPPND: información para reubicar en institución en provincia de Buenos Aires.	Alta hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica.	7
5	JNC 1ra Instancia: derivación al hospital; situación del paciente; alta (externación); autoriza traslado. DMI: internación, alta. CDNNyA: comunicación de internación. MPT: internación; informe sobre situación del paciente; alta. DGNyA: informe por posibilidad de traslado a Hogar La Quinta.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar.	5
6	JNC 1ra Instancia: situación del paciente; alta (externación); ordena el traslado a institución Nuestra Señora de Lujan. CP: representación legal. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta. MPT: internación; informe sobre situación del paciente; alta. Asimismo, solicita a la DGNyA y a la DGSM disponga de los recursos adecuados a la patología del paciente (institución acorde).	Alta hospitalaria. Traslado a Instituto de Salud Mental Nuestra Señora de Lujan.	4
7	JNC 1ra Instancia: comunicación de internación; situación del paciente; alta (externación); autoriza traslado a institución acorde. DMI: internación, alta. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde. MPT: internación; informe sobre situación del paciente; alta.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar terapéutico Nuestra Señora de Lujan.	4
8	JNC 1ra Instancia: comunicación de internación; situación del paciente; alta (externación); autoriza traslado a institución acorde. DMI: internación, alta. MDS - DPPPND: informa que no cuentan con vacante en instituciones acordes en la Provincia de Buenos Aires. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde. MPT: internación; informe sobre situación del paciente; alta.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar San Patricio.	5
9	JNM: dispone internación; autoriza permisos de salida; pedido y autorización de derivación a institución acorde. DMI: internación, alta. MPT: internación; informe sobre situación del paciente; alta. MDS - CPSA: evaluación (concretada el 24/2/10); gestiona derivación para tratamiento por hospital de día en Centro de Día El Almendro.	Alta hospitalaria. Continua tratamiento (por adicciones) en Hospital de Día del Centro El Almendro .	4

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Organismos Intervinientes y comunicaciones	Motivo de egreso	Cantidad de organismos intervinientes
10	JNC 1ra Instancia: dispone internación; autoriza permisos de salida; se comunica la fuga de su casa durante un permiso de salida. DMI: internación. MPT: internación. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta hospitalaria. Se fuga de su casa durante un permiso de salida del hospital.	4
11	JNC 1ra Instancia: dispone internación; informe situación del paciente. DMI: internación; informe situación del paciente; alta. MPT: internación; informe situación del paciente. Asimismo, solicita a la DGNyA y la DGSMA, la disposición de recursos adecuados a la patología del paciente (institución acorde). CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta hospitalaria. Traslado a hogar Santa Clara de Asis.	4
12	JNC 1ra Instancia: dispone internación; informe situación del paciente. DMI: internación; informe situación del paciente; alta. MDS - DPPPND: informa que no cuentan con vacante en instituciones acordes en la Provincia de Buenos Aires. MPT: internación; informe situación del paciente. Asimismo, solicita a la DGNyA y la DGSMA, la disposición de recursos adecuados a la patología del paciente (institución acorde). CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta hospitalaria. Traslado a hogar IMAI.	5
13	JNC 1ra Instancia: dispone internación; informe situación del paciente; se informa la fuga. DMI: internación; informe situación del paciente; se informa la fuga. MPT: internación; informe situación del paciente, se informa la fuga. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; se informa la fuga. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta hospitalaria. Fuga del paciente del hospital (a través de reja lindera al hospital Rawson).	5
14	JNC 1ra Instancia: dispone internación; informe situación del paciente; alta. TF - DJ Lomas de Zamora: informe situación del paciente; alta. CP: representación legal. DMI: internación; informe situación del paciente; alta. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar Isondú.	5
15	JNC 1ra Instancia: dispone internación; informe situación del paciente; alta. DMI: internación; informe situación del paciente; alta. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar Pronat.	4
16	JPJ - Dpto Quilmes: dispone internación; informe situación del paciente; alta. DMI: internación; informe situación del paciente; alta. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar CEPREAP.	4
17	TF - DJ San Isidro: dispone internación; informe situación del paciente; alta. DMI: internación; informe situación del paciente; alta. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. MDS - DPPPND: se solicita gestión de vacante en organismo acorde; no dan respuesta. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar San Pablo.	5
18	TF - DJ San Isidro: dispone internación; informe situación del paciente; alta. DMI: internación; informe situación del paciente; alta. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. MDS - DPPPND: se solicita gestión de vacante en organismo acorde; no dan respuesta. CDNNyA: comunicación de internación; informe sobre situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta hospitalaria. Traslado a Hogar San Pablo.	5

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Organismos Intervinientes y comunicaciones	Motivo de egreso	Cantidad de organismos intervinientes
19	JNC 1ra Instancia: internación; informe situación del paciente; alta. DMI: internación; informe situación del paciente. MPT: internación; informe situación del paciente; Alta. Ministerio de Desarrollo Social - Dirección Provincial de Promoción y Protección de los derechos de los niños - Subsecretaría de Niñez y Adolescencia: se solicita gestión de vacante en organismo acorde; no disponene de vacante para hogar. CDNNyA: internación; informe sobre situación de paciente; Alta. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Minerva.	6
20	JNC 1ra. Instancia: internación; informe situación del paciente. JGJ - DJ Quilmes: informe situación del paciente, alta DMI: internación; traslado. MPT: internación; informe situación del paciente; Alta. CDNNyA: internación; informe sobre situación de paciente; Alta. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica "Casa Puerto".	6
21	JNC 1ra. Instancia: internación; informe situación del paciente, alta. MPT: internación; informe situación del paciente; alta, traslado. JGJ - DJ Quilmes: Internación, informe situación del paciente , alta. Defensoría Nva. Pompeya: alta. DMI: internación; traslado. CDNNyA: internación; informe sobre situación de paciente; Alta.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico CEPREAP	6
22	DMI: internación; situación del paciente; alta. JNC: situación del paciente. MPT: internación; situación del paciente, alta. C: representación legal, alta. CDNNyA: internación; situación de paciente; alta; gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar. DGNyA: alta.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico New Life.	6
23	CDNNyA: internación; situación de paciente. DMI: internación; situación del paciente; alta. TF- DJ San Isidro: situación del paciente; alta. MPT: internación; situación del paciente, alta. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico Los Naranjos.	5
24	Curaduría Pública: internación, informe de situación. . Defensoría de Menores e Incapaces: comunicación de internación y alta. Defensoría Zonal: Informe de paciente, alta. Ministerio Publico Tutelar: comunicación internación, situación del paciente y alta . Juzgado Nacional en lo Civil de 1ra Instancia: derivación al hospital; situación del paciente; alta; autoriza traslado. Dirección General Adjunta de Salud Mental: para derivación a un dispositivo de carácter definitivo. Dirección General de Niñez y Adolescencia: para adaptación a un hogar especializado. Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes: posibilidad de derivación a hogar; autorización del traslado. Hogar CEPREAP: evaluación y derivación.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico Fundación CEPREAP.	8
25	ASI: Informe condición de externación. Defensoría zonal: Informe. Curaduría Pública: internación, informe de situación. Juzgado Nacional en lo Civil de 1ra Instancia: derivación al hospital; situación del paciente; condición de alta. Ministerio Publico Tutelar: comunicación internación, situación del paciente y alta. Defensoría de Menores e Incapaces: comunicación de internación y alta. CDNNyA: internación; situación de paciente; alta;	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico y Educativo New Life	7
26	Municipalidad de San Fernando: Declara madre incapaz. Solicitud de Hogar. Juzgado Penal: Solicitud Hogar y tratamiento. Juzgado Nac. 1ra. Instancia: Autoriza tratamiento. CDNNyA: internación; situación de paciente; alta. MPT: Solicita Hogar, informe reinserción del paciente.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico "La Quinta", en La Plata.	5
27	JNC 1ra. Instancia: Informe situación, alta y derivación. CDNNyA: internación; situación de paciente. DMI: internación; situación del paciente; alta. MPT: internación; situación del paciente, alta. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde. DGSM: Alta y derivación a comunidad terapéutica.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica "El Palomar"	6
28	JNC 1ra. Instancia: Informe situación, internación, alta y derivación. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. DMI: internación; .CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta Hospitalaria. Traslado a Centro de Estudios Psiquiátricos.	4

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Organismos Intervinientes y comunicaciones	Motivo de egreso	Cantidad de organismos intervinientes
29	JNC 1ra. Instancia: Derivación al hospital. Informe situación, internación, alta. MPT: Internación, Informe situación del paciente, alta, solicitud de derivación. DMI: Internación, Informe situación del paciente, alta, solicitud de derivación. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Centro Terapéutico "Por un nuevo mundo"	5
30	JNM: Derivación al hospital. Informe situación, internación, alta. MPT: Internación, Informe situación del paciente, alta. DMI: Internación, Informe situación del paciente. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta. SENAF: Derivación al hospital. Informe situación, internación, alta. MDS -CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica Tekove Roga - Isla Silvia	6
31	TF- DJ Lomas de Zamora: Derivación al hospital. JNC 1ra. Instancia: Informe situación, internación, alta y derivación. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. DMI: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico Medio Camino "New Life"	5
32	JNM: Derivación al hospital. Informe situación, internación, alta. MPT: Internación, Informe situación del paciente, alta. DMI: Internación, Informe situación del paciente. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta. SENAF: Derivación al hospital. Informe situación, internación, alta. MDS -CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica "Por un mundo nuevo"	6
33	JNC 1ra. Instancia: Derivación al hospital, Informe situación, internación, alta y derivación. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. DMI: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta. MDS -CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica Crecer es Crear	5
34	JNC 1ra. Instancia: Informe situación, internación, alta y derivación. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. DMI: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica ISONDU	4
35	JPJ: Derivación al hospital. Informe situación, internación, alta. MPT: Internación, Informe situación del paciente, alta. DMI: Internación, Informe situación del paciente. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, acompaña a paciente a hogar. MDS - DPPPND: gestión derivación a un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar Terapéutico La Quinta	5
36	JNC 1ra. Instancia: Informe situación, internación, alta y derivación. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. CP: representación legal. DMI: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar.	Alta Hospitalaria. Traslado a hogar San Patricio	5
37	JNC 1ra. Instancia: Derivación al hospital. Informe situación, internación, alta. MPT: Internación, Informe situación del paciente, alta. DMI: Internación, Informe situación del paciente, alta. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, gestión de vacante a institución acorde; acompaña a paciente a hogar. MDS - CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado Comunidad Terapéutica El Candil	5
38	CDNNyA: Derivación al Hospital, internación; situación de paciente, alta, acompaña a paciente a hogar. JNC 1ra Instancia: Internación, Informe situación del paciente, traslado a hogar. MDS - DPPPND: gestión de vacante a institución acorde. MPT: Internación, Informe situación del paciente, alta. DMI: Internación, Informe situación del paciente, alta.	Alta Hospitalaria. Traslado a hogar San Patricio	5
39	JNC 1ra. Instancia: Derivación al hospital, Informe situación, internación, alta y derivación. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. DMI: internación; informe situación del paciente, alta. CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, acompaña a paciente a hogar. MDS -CPSA: se solicita evaluación y gestionar derivación para tratamiento en un Centro acorde.	Alta Hospitalaria. Traslado a Comunidad Terapéutica "Por decir"	5

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Nro de Caso	Organismos Intervinientes y comunicaciones	Motivo de egreso	Cantidad de organismos intervinientes
40	JNC 1ra. Instancia: Derivación al hospital, Informe situación, internación, alta. MPT: internación; informe situación del paciente, alta. DMI: internación; informe situación del paciente, alta .CDNNyA: internación; situación de paciente, alta, gestión derivación para tratamiento en un Centro acorde, acompaña a paciente a hogar.	Alta Hospitalaria. Traslado a Hogar CETTAD	4
Total de organismos			207
Promedio de organismos			5,18

Fuente: Historias Clínicas analizadas

Referencias:

MPT: Ministerio Público Tutelar

DMI: Defensoría de Menores e Incapaces

JNC: Juzgado Nacional Civil

TM: Tribunal Oral de Menores

CDNNyA: Consejo Niños, Niñas y Adolescentes

DGNyA: Dirección General de Niñez y Adolescencia

Nación: MDS –CPSA: : Ministerio Desarrollo Social - Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones

Nación: MDS - DPPPDN: Ministerio de Desarrollo Social - Dirección Provincial de Promoción y Protección de los derechos de los niños - Subsecretaría de Niñez y Adolescencia

IMMR: Instituto de Menores Manuel Roca

CP: Curaduría Pública

JCI: Juzgado Criminal Instrucción

JPJ: Juzgado Penal Juvenil

JGJ - DJ: Juzgado de Garantías del Joven - Departamento Judicial

JNM: Juzgado Nacional de Menores

SENAF: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

TF - DJ: Tribunal de Familia - Departamento Judicial

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

Anexo 2. Instituciones de Atención Especializada

Cuadro N° 35. Incumplimientos detectados por DGFyC, MPT y CNNyA

N°	Institución	Criterio de los incumplimientos								Cantidad de Irregularidades por Inst.
		Habilitación (1)	Higiene (2)	Riesgo actual (3)	Seguridad Preventiva (4)	Factor de ocupación(5)	Documentación (6)	Privacidad (7)	Otros (8)	
1	Centro San Pablo	X	X	X	X		X		X	6
2	Instituto Modelo de Adaptación Integral (S.R.L.)	X	X				X			3
3	Hogar Nueva Vida				x				x	2
4	Hogar San Benito Labre (Asoc. Civil San Benito Labre)	x	x	x	x					4
5	Fundación Vivencia	X		X	X		X		X	5
6	PRONAT´ S (Asoc. Civil Pro Niños y Adolescentes). Adolescentes Mujeres	X		X	X	X				4
7	PRONAT´ S (Asoc. Civil Pro Niños y Adolescentes). Adolescentes Varones	X			X					2
8	PRONAT´ S (Asoc. Civil Pro Niños y Adolescentes)			X	X	X				3
9	La Casona de los Barriletes	X		X	X					3

“Año 2012, Año del Bicentenario de la creación de la Bandera Argentina”

N°	Institución	Criterio de los incumplimientos								Cantidad de Irregularidades por Inst.
		Habilitación (1)	Higiene (2)	Riesgo actual (3)	Seguridad Preventiva (4)	Factor de ocupación(5)	Documentación (6)	Privacidad (7)	Otros (8)	
10	Isondú (Fundación ayudemos a crecer)	X					X			2
11	Tupa Rape	X		X						2
12	María del Rosario San Nicolás				X					1
13	Centro de Atención Integral de Evaluación y derivación (CETTAD)	X			X					2
14	Ieladeinu (Asoc. Israelita Argentina TZEIRE Agudaht) - 4 sedes conveniadas						x			1
Total		10	3	7	10	2	5	0	3	40
%		71,43	21,43	50,00	71,43	14,29	35,71	0,00	21,43	100,00

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por la Asesoría General Tutelar recolectada por inspecciones de AGT- DGNyA – DGFyC 2° Semestre 2009 – 1° Semestre 2010

Referencias:

- (1) Contempla también el plano aprobado (trámite ante la Dirección General de Habilitaciones y Permisos de la A.G.C. del G.C.A.B.A.).
- (2) Contempla uno o más de los siguientes ítems: Limpieza de tanques de agua; Análisis bacteriológico del agua; Fumigación; Limpieza.
- (3) Contempla uno o más de los siguientes ítems: Vidrios rotos; Canalización de cables expuestos; Tapar tableros eléctricos; Ventilación de artefactos de gas; Mantenimiento de termotanques especiales; Azoteas sin baranda perimetral con altura suficiente.
- (4) Contempla uno o más de los siguientes ítems: Plan y Plano de evacuación visado ante la Dirección General de Defensa Civil del G.C.A.B.A. (incluye simulacro de evacuación semestral); Plano conforme a obra de condiciones contra incendio (con cert.); Instalación recarga y mantenimiento de matafuegos; Instalación de carteles indicadores de medios de salida, luces de emergencia y detectores de humo; Material combustibles y tratamiento ignífugo; Plano de instalaciones termotécnicas; Dispositivo diferencial en tablero eléctrico (disyuntor).
- (5) Contempla la cantidad de habitaciones habilitadas en relación con las que se encuentran en uso.
- (6) Contempla uno o más de los siguientes ítems: Constancia de derivación de los/as niños/as alojados/as; Libro de alojados/as; Legajo del personal.
- (7) Consiste en eliminar pasos entre habitaciones y/o otros inmuebles.
- (8) Falta de personal