

# **INFORME FINAL DE AUDITORÍA**

**Código del Proyecto: 3-06-01<sup>a</sup>**

**Nombre del Proyecto: Planeamiento estratégico de red – “RED  
DE PERINATOLOGIA”**

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

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

## **Presidente**

Lic. Matías Barroetaveña

## **Auditores Generales:**

Dra. Alicia M. J. Boero

Dr. Vicente Mario Brusca

Dr. Rubén A. Campos

Dr. Nicolás Corradini

Dr. José Luis Giusti

Lic. Josefa A. Prada

**CÓDIGO DEL PROYECTO: 3-06-01-a**

**NOMBRE DEL PROYECTO: Planeamiento estratégico de red- RED DE PERINATOLOGÍA**

**PERÍODO BAJO EXAMEN: Año 2005**

**EQUIPO DESIGNADO:**

**Coordinadores: Lic. Gámez, Mercedes**

**Prof. Aiscurri, Mario**

**Supervisión: Dr. Mario Eduardo Lef**

**OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos en términos de economía, eficiencia y eficacia de las redes de obstetricia y neonatología.**

## INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Setiembre de 2006		
Código del Proyecto	3.-06-01a		
Denominación del Proyecto	Planeamiento Estratégico de Red- Red de Perinatología		
Período examinado	Año 2005		
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos de los Servicios de Neonatología y Obstetricia aplicados a la red		
Presupuesto (expresado en pesos)	Presupuesto Vigente	Devengado	
	0	0	
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recopilación y análisis de la normativa aplicable.</li> <li>➤ Evaluación del funcionamiento de las redes de neonatología, obstetricia y pesquisa neonatal.</li> <li>➤ Valoración estadística y epidemiológica y de atención de los embarazos y partos producidos en el Sector Público de la Ciudad de Buenos Aires.</li> <li>➤ Entrevistas con el coordinador de redes, Jefa del Departamento Plan Materno Infante Juvenil, Directores de Hospitales, Jefes de los Departamentos Materno Infantil y responsables de los Departamentos de Obstetricia y Neonatología de los Hospitales Generales de Agudos y la Maternidad Sardá y con la Coordinadota de traslados Neonatales del SAME.</li> <li>➤ Evaluación del estado de los servicios de Obstetricia y Neonatología. Observación directa y confección de cuestionarios del recurso físico de los consultorios externos, centros obstétricos y salas de internación de los servicios de Obstetricia y Neonatología de los Hospitales Generales de Agudos y la Maternidad Sardá.</li> </ul>		
Limitación al Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dentro de la actividad presupuestaria 10 Planeamiento estratégico de Redes del programa 5 , no está desagregado el nivel Obra, lo que impide identificar el crédito asignado a Pesquisa Neonatal, Muestras de Sangre para Pesquisa Neonatal.,Fibrosis Quística y red de Neonatología</li> </ul>		

	<p>no cuentan con apertura presupuestaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El programa N° 28 de Obstetricia no discrimina la actividad de las maternidades de los servicios de Ginecología y el programa 19 Clínica Médica pediátrica, las actividades de neonatología. Ambas causas impiden realizar un análisis presupuestario</li> </ul>
<p>Período de desarrollo de tareas de auditoría</p>	<p>Las tareas de campo se llevaron a cabo entre el 13 de Marzo y el 28 de Septiembre de 2006</p>
<p>Aclaraciones previas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La perinatología es una disciplina integradora que se ocupa del embarazo, parto y atención del neonato hasta los 28 días de vida, participan médicos obstetras, y neonatólogos, obstétricas, enfermeras, psicólogos y genetistas entre otros.</li> <li>➤ Es relevante una red que integre todas las disciplinas mencionadas, la falta de integración entre los Jefes de los Servicios de Obstetricia y Neonatología, dificulta construir una Red de Perinatología.</li> <li>➤ La Red de Neonatología y la Red de Pesquisa Neonatal, dependen de la Coordinación General de Redes. La Red de Obstetricia depende de la Dirección General de Hospitales. La Red de Traslado Neonatal depende del SAME,</li> </ul>
<p>Observaciones principales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No existe red de perinatología, por la falta de articulación entre los servicios de obstetricia y neonatología.</li> <li>➤ La red de obstetricia no coordina los servicios entre sí, limitándose a recopilar y analizar datos estadísticos.</li> <li>➤ No existe categorización según niveles de complejidad de los servicios de neonatología, para adecuar la oferta a la demanda.</li> <li>➤ El Ministerio de Salud, no recibe la totalidad de los datos para las estadísticas propuestas por la Organización Panamericana de Salud (O.P.S.) Los Hospitales de la Ciudad cumplen parcialmente con los requerimientos del Sistema Informático Perinatal (SIP).</li> <li>➤ El número de controles de las embarazadas es menor a 5 durante la gesta, comenzando los</li> </ul>

	<p>mismos después del primer trimestre de embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las embarazadas no realizan todos los estudios correspondientes ni reciben toda la medicación preventiva.</li> <li>➤ El archivo de historias clínicas en los hospitales es inadecuado, solamente 3 efectores mantienen cifras aceptables en la falta de historias clínicas (menos del 5%) . En los otros 9 efectores, el porcentaje de historias clínicas faltantes varía en un rango de 86% a 15% .</li> <li>➤ No se cumple la Ley 1040/02 (acompañamiento de la mujer durante el parto) por deficiencias en la planta física.</li> <li>➤ La estructura física de los consultorios externos, salas de parto e internación no es óptima, según surge de las grillas que forman parte del Anexo del presente informe.</li> <li>➤ El equipamiento utilizado en los servicios de neonatología es insuficiente y obsoleto.</li> <li>➤ En el SAME no se dispone todos los días de médico neonatólogo de guardia para traslados.</li> <li>➤ Faltan enfermeras en los servicios de neonatología, y no se efectivizan los nombramientos.</li> </ul>
Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover la creación de la red de perinatología,</li> <li>➤ Coordinar la actividad de los servicios de obstetricia.</li> <li>➤ Categorizar los servicios de neonatología.</li> <li>➤ Reforzar los mecanismos existentes para recopilar los datos estadísticos propuestas por la Organización Panamericana de Salud (O.P.S, SIP) y las estadísticas propias de la Ciudad.</li> <li>➤ Facilitar estrategias para aumentar el control precoz y adecuado de los embarazos.</li> <li>➤ Promover un adecuado archivo de Historias Clínicas en los efectores.</li> <li>➤ Fortalecer la infraestructura hospitalaria que</li> </ul>

	<p>permita la adecuada atención de la mujer en el embarazo parto y puerperio y la presencia de familiares acompañándola en el parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mantener y actualizar adecuadamente el equipamiento de los servicios de neonatología.</li> <li>➤ Efectuar el nombramiento en el SAME de médicos neonatólogos.</li> <li>➤ Efectivizar los nombramientos de enfermería y nombrar la totalidad de personal necesario.</li> </ul>
Conclusiones	<p>El Programa de “Redes de Atención de la Salud”, dota de los instrumentos que posibilita operar con mayor eficiencia y celeridad.</p> <p>La Ciudad no adecua los mecanismos para fortalecer la atención integral del binomio madre hijo en una red de perinatología, funcionando en la actualidad una red de obstetricia dependiente de la Dirección General de Hospitales y una red de neonatología y de pesquisa neonatal dependiente de la Coordinación General de Redes.</p> <p>Se advierte un deficiente control de la mujer embarazada, e incumplimiento de la ley 1040/02 respecto al acompañamiento durante el parto.</p> <p>No se registran datos estadísticos suficientes para el Sistema Informático Perinatal.</p> <p>Incumplimiento de la Ley Básica de Salud en lo concerniente a la implementación de una historia clínica.única.</p> <p>Es insuficiente el recurso humano de enfermería.</p> <p>El recurso físico no está adecuadamente conservado.</p>

**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
PROYECTO N° 3.06.01a**

**DESTINATARIO**

**Señor  
Vicepresidente 1° de la Legislatura de la  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Dip. Santiago Manuel de Estrada  
S / D**

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

**I) OBJETO DE LA AUDITORÍA**

Redes y Servicios de Perinatología.

**II) ALCANCE DEL EXAMEN**

El examen fue realizado de conformidad con las normas de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por la Ley 325, y las normas básicas de auditoría externa de la AGCBA aprobadas por Resolución N° 161/00 AGC, habiéndose practicado los siguientes procedimientos:

- 1) Recopilación de información y antecedentes de la Red de Perinatología y análisis de la normativa aplicable a la misma.
- 2) Evaluación del funcionamiento de las redes de, neonatología, obstetricia, pesquisa neonatal y perinatología.
- 3) Valoración estadística y epidemiológica de los embarazos y partos producidos en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires.
- 4) Calidad y cantidad de prestaciones de Obstetricia y Neonatología ofrecida por el sector público.
- 5) Entrevistas con el Coordinador de Redes, Jefa del Departamento Plan Materno Infanto Juvenil, Directores de Hospitales, Jefes de los Departamentos Materno Infantil de los Hospitales Generales de Agudos y

de la Maternidad Sardá , y con la Coordinadora de Traslados Neonatales del SAME.

- 6) Evaluación del estado de los Servicios de Obstetricia y Neonatología que la Ciudad oferta. Observación directa y confección de cuestionarios del recurso físico de los consultorios externos, centros obstétricos y salas de internación de los servicios de obstetricia y neonatología de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad y de la Maternidad Sardá .

El trabajo de campo se realizó en los periodos: del 13 de Marzo de 2006 al 28 de septiembre de 2006.

### **III) LIMITACIONES AL ALCANCE**

A la fecha de confección del informe, se encuentran en proceso de elaboración en las fuentes de origen datos del año 2005.

Dentro de la Actividad Presupuestaria 10 Planeamiento Estratégico de Redes, del programa 5, no está desagregado en el nivel Obra lo que impide identificar el crédito asignado a Pesquisa Neonatal, Muestras de sangre para Pesquisa Neonatal, Fibrosis Quística y Red de neonatología no cuentan con apertura presupuestaria.

A su vez el Programa N° 28 de Obstetricia no discrimina la actividad de las maternidades de los servicios de Ginecología, y el Programa 19 Clínica Médica Pediátrica, las actividades de Neonatología.

Ambas causas impiden realizar un análisis presupuestario.

### **IV) ACLARACIONES PREVIAS**

La perinatología es una disciplina integradora que se ocupa del proceso comprendido entre las etapas de embarazo, parto y atención del neonato hasta los 28 días posteriores al parto y que requiere de la participación de varias disciplinas: médicos obstetras, ginecólogos y neonatólogos, obstétricas, enfermeras, psicólogos y genetistas entre otros.

Por ello pasa a ser relevante la existencia de una red de perinatología que integre la obstetricia y la neonatología junto al resto de las disciplinas mencionadas.

El concepto perinatal se encuentra incorporado al cuerpo normativo de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social con fecha 29-10-1993, dentro del marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica, implementado por Resolución (MSS AS) N° 149 del 1-06-1993.

En el año 2001 la OMS (Organización Mundial de la Salud) recomendó principios para el cuidado perinatal, de difícil implementación en los servicios, siendo el común denominador de los mismos, el respeto por las diferencias, la integralidad de la atención, privacidad, dignidad y confidencialidad. El CLAP (Centro Latinoamericano de Atención Perinatal), dependiente de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS, durante el año 2003, describen las metas para lograr una atención perinatal humanizada de una maternidad centrada en la familia.

La falta de integración e interacción observada entre los Jefes de los Servicios de Obstetricia y Neonatología, dificulta acordar los objetivos que permitan construir una Red de Perinatología (Observación N° 1)

Funciona una Red de Neonatología coordinada por médicos de conducción de los Servicios de Neonatología en forma rotatoria, al momento de efectuar la auditoria los mismos son de la Maternidad Sardá, del Hospital Fernández y del Hospital Santojanni y una Red de Pesquisa Neonatal, coordinada por el Jefe de Laboratorio del Hospital General de Agudos "Dr. Carlos Durand".

Ambas redes son dependientes de la Coordinación General de Redes.

La Red de Obstetricia, que depende de la Dirección General de Hospitales tiene su centro de reuniones en el Hospital General de Agudos "Dr. José Penna", coordinada por la Jefa del Departamento Materno Infante Juvenil, no vincula los distintos servicios entre sí, limitando su función a la recolección de datos estadísticos. (Observación N° 2)

Existe una Red de Traslado Neonatal que depende del SAME, a cargo de una neonatóloga que se desempeña en la sede del mismo. También funciona el servicio 0800 mamá, las 24 horas del día, que brinda asesoramiento telefónico a las mujeres embarazadas y lactancia en caso necesario determina su derivación.

### Antecedentes de la Red de Perinatología

El Programa de Redes de Atención de la Salud, abarca aquellas que operan en el sistema de salud del Gobierno de la Ciudad. Las redes de atención son formas de organización que vinculan, coordinan, redistribuyen y ponen a disposición de la población, en forma equitativa, eficaz y eficiente, todos los recursos de una rama de atención de la salud dispersos en un área determinada, promoviendo una atención de calidad y el uso racional de la capacidad instalada, todo enmarcado bajo la Resolución 361/SS/96, modificada por la Resolución 1421/SS/02.

La Red de Neonatología está organizada en comités específicos por temas, que se reúnen mensualmente, los comités son los siguientes:

- A) Recomendaciones y grupos de trabajo.
- B) Prevención Primaria de Retinopatía del Prematuro.
- C) Prevención posnatal de la desnutrición del Recién Nacido Prematuro.
- D) Prevención del Daño Pulmonar en el R. N. Prematuro.
- E) Prevención de la Infección Intrahospitalaria.

F) Grupo de Alto Riesgo.

A efectos de mejorar la calidad de atención integral de los ciudadanos es importante la vinculación entre programas y redes.

El Programa de Pesquisa Neonatal, mediante diagnóstico precoz de patologías neonatales inaparentes y su tratamiento, evita el daño irreversible en los neonatos.

#### Antecedentes normativos

La evaluación de los recién nacidos comprendidos en el programa se realiza bajo el marco normativo: en el orden Nacional de la Ley 23.413 de 1986, que establece la obligatoriedad de realizar la pesquisa neonatal de fenilcetonuria en todas las maternidades y establecimientos asistenciales que tengan a su cargo el cuidado del recién nacido. Involucra establecimientos estatales, obras sociales y seguros médicos que cubren prestaciones de rutina.

La detección se realizará en todos los recién nacidos y nunca antes de las 24 hs. de iniciada la alimentación láctea.

La Resolución Ministerial 306/02 establece la organización y funcionamiento de los servicios de neonatología y la Resolución Ministerial 348/03 rige la organización y funcionamiento de servicios de maternidad.

La Ley 23.874 de 1990 agrega la detección precoz de hipotiroidismo congénito.

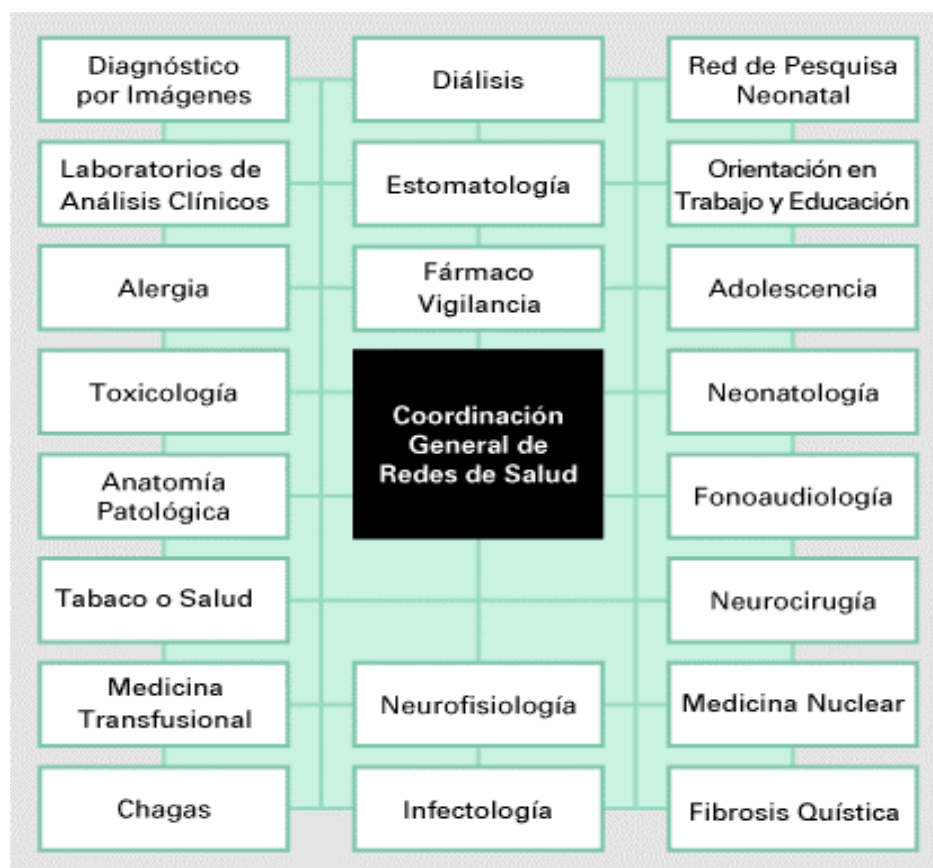
El decreto Reglamentario 1316/94. reglamenta las leyes 23.413 y 23.874. siendo el plazo de las determinaciones: no más de 7 días de nacido y no antes de las 24 hs. de comenzada la alimentación láctea, e informa sobre quiénes son los responsables de la pesquisa.

La ley 24.438 de 1994 agrega la detección de enfermedad fibroquística del páncreas.

La Ley N° 1040 del año 2003 (BOCBA 1729-del 10-07-03) Arts. 1 y 2: "Reconoce el derecho de la mujer a estar acompañada por la persona que ella designe durante el trabajo de parto en el momento del nacimiento y en la internación El personal de los establecimientos de salud debe informar a la embarazada del derecho que la asiste".

Dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son relevantes la Ley 534/00 y su Decreto Reglamentario 2711 que obligan a realizar la pesquisa neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria en todos los establecimientos públicos, de la seguridad social y privados, con el compromiso de adoptar las previsiones presupuestarias para garantizar la realización de la misma.

## Coordinación General de Redes de Salud



*Fuente coordinación general de redes CABA*

\*La Red de Obstetricia no depende de la Coordinación General de Redes (Página 5)

### **V) COMENTARIOS**

En la maternidad Sarda y en los 11 Servicios de maternidad de los Hospitales Generales de Agudos se realizaron 30.049 partos, en el año 2005.

Se implementó un sistema de recolección de datos estadísticos llamado Sistema Informático Perinatal 2000 (SIP), que unifica los registros epidemiológicos y estadísticos del embarazo, parto y neonato. Este sistema fue elaborado por la OPS, procesándose los datos en Montevideo (R. O. Uruguay).

Este sistema surge como una herramienta para mejorar la calidad de atención y establecer un control permanente del proceso y los resultados.

Los efectores de la Ciudad recibieron una computadora y el programa correspondiente para registrar los datos.

En cada hospital una obstétrica se encarga de registrar todos los acontecimientos producidos durante el embarazo, parto y nacimiento producidos.

Estos datos son relevados semanalmente por personal dependiente de la Jefa del Departamento Plan Materno Infante Juvenil, informando que de los hospitales envían solamente el 50 % de los datos. (Observación N<sup>o</sup> 4)

Los Servicios de Neonatología no se encuentran categorizados, es decir que no están organizados por niveles de complejidad que permitan programar derivaciones acorde al problema que presenta el neonato. (Observación N<sup>o</sup> 3)

La complejidad de las neonatologías, no está relacionada con la complejidad de obstetricia.

Hospitales con neonatología de alta complejidad pueden tener camas ocupadas con post partos y neonatos normales, mientras que los embarazos con riesgo para el neonato ocupan camas en efectores cuya neonatología es de baja complejidad, teniendo luego que ser trasladado el recién nacido, hecho que conlleva mayor riesgo.

Hay personal de enfermería cuyo nombramiento no está efectivizado. Las enfermeras que ocupan cargos en neonatología ingresan a los servicios sin ninguna especialización, la formación necesaria para la atención de neonatos sanos y críticos la reciben en el servicio al que ingresan.

## INDICADORES:

### 1.1- De Producción

#### CUADRO I Partos realizados en la Ciudad de Buenos Aires

Hospital	Total
SARDA	7084
SANTOJANNI	4186
PENNA	2864
ARGERICH	2609
PIÑERO	2495
FERNANDEZ	2175
DURAND	1752
RIVADAVIA	1531
PIROVANO	1460
RAMOS MEJIA	1445
ALVAREZ	1249
VELEZ SANSFIELD	1199
Total	30049

*Fuente Dirección General de Estadística y censo año 2005*

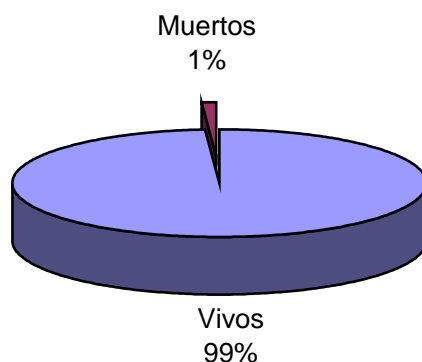
El Hospital Abel Zubizarreta y el Hospital Enrique Tornú no tiene Servicios de Obstetricia ni de Neonatología.

**Cuadro II Nacimientos registrados en el año 2005**

Hospital	Nac.Tot.	Vivos	Muertos
Alvarez	1249	1239	10
Santojanni	4214	4181	33
Velez S.	1238	1233	5
Sarda	7185	7101	84
Argerich	2598	2536	62
Durand	1759	1750	9
Fernandez	2182	2148	34
Penna	2890	2862	28
Piñero	2505	2480	25
Pirovano	1468	1459	9
R. Mejía	1462	1446	16
Rivadavia	1553	1535	18
<b>TOTALES</b>	<b>30303</b>	<b>29970</b>	<b>333</b>

*Fuente: obtenidos en los hospitales de la ciudad*

**Gráfico I Porcentaje de nacidos vivos en el año 2005**



CUADRO III Archivo de Historias Clínicas:

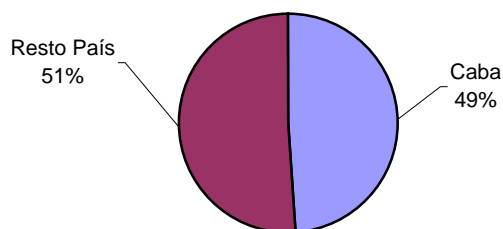
HOSPITAL	HISTORIAS INGRESADAS	NACIMIENTOS 2004	HISTORIAS FALTANTES	H.C. FALTANTES
ARGERICH	381	2682	2301	86%
PIROVANO	209	1426	1217	85%
PIÑERO	472	2375	1903	80%
RIVADAVIA	583	1698	1115	65%
SANTOJANNI	1663	4405	2742	62%
VELEZ	711	1534	823	53%
DURAND	981	2000	1019	51%
SARDA	5447	7000	1553	22%
ALVAREZ	1162	1369	207	15%
R. MEJIA	1471	1543	72	4.6%
PENNA	2526	2594	68	2.6%
FERNÁNDEZ	2182	2198	16	0.7%
<b>TOTALES</b>	<b>17788</b>	<b>30824</b>	<b>13036</b>	<b>42.29%</b>

*INFORME CONSOLIDADO DEL SISTEMA INFORMATICO PERINATAL 2004.*

Se considera aceptable, la falta del 5 % de las historias clínicas. (Observación N<sup>a</sup> 7).

**1.2-Demográfico**

Gráfico II Partos según residencia de la madre



*Fuente Dirección General de Estadística y Censos año 2005*

## 2 – DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA MADRE

### 2-1 Atención de la embarazada.

Es indicación médica el suplemento de hierro a toda mujer a partir de las 20 semanas de embarazo, al igual que el realizar análisis de laboratorio como VDRL (test para determinar si la paciente padece o padeció sífilis) y bacteriuria (presencia de bacterias en orina) y en caso de ser positivos comenzar el tratamiento inmediatamente. Los corticoides antes del parto de embarazos de menos de 35 semanas están indicados para prevenir problemas respiratorios en el neonato.

#### CUADRO IV Control de la embarazada

Indicador	Cantidad	%
No trae carnet perinatal	2180	14
Sin suplemento hierro	5851	38
Sin VDRL en embarazo	6467	42,3
Sin Bacteriuria en embarazo	3652	24
Sin corticoides a pacientes de menos de 35 sem	422	2,7

*INFORME CONSOLIDADO DEL SISTEMA INFORMATICO PERINATAL 2004. Sobre muestreo.*

Si bien el indicador marca que el 86 % de las mujeres tienen carnet perinatal, en las entrevistas realizadas a los Jefes del Servicio de Obstetricia se observó que solamente el 20 % realizan al menos 5 controles durante el embarazo, (cantidad mínima para considerar el embarazo adecuadamente controlado), y el comienzo de estos controles es tardío siendo menor la cantidad cuando la mujer es muy joven. (Observación N° 5 y 6)

### 2-2 Calidad de Atención del Parto

#### CUADRO V Indicadores de Calidad de Atención de la Madre en el Parto

INDICADOR	cantidad	%
Supina en parto	8381	55
Episiotomía en primíparas	3592	23,5
RN sano sin alojamiento conjunto	363	2,3

*INFORME CONSOLIDADO DEL SISTEMA INFORMATICO PERINATAL 2004. Sobre un muestreo.*

Según recomendaciones de la OPS se debe limitar la realización de episiotomías, determinando que solamente el 10 % de las mujeres necesitan de esta practica.

La posición de supina durante el parto es un concepto reciente, que se está implementando paulatinamente en la ciudad.

CUADRO VI Presencia de acompañante en el trabajo de parto y parto.

acompañante	total de casos	%
pareja	1557	10.3
familiar	333	2.2
otro	1038	6.9
ninguno	10969	72.5
sin dato	1219	8.1

Fuente Sip-Clap 2003 sobre ; 15116 embarazos; 15.147nacimientos

La ley N ° 1040 del año 2003 indica el acompañamiento de la mujer durante el parto, en la evaluación hecha " in situ" se observa: 1) falta de compartimentación y privacidad en la sala dilatante y parto 2) falta de vestuarios para padres y/o acompañantes. 3) falta de vestimenta para los acompañantes. No es posible cumplimentar con la normativa, siendo las salas de pre parto compartidas, Los Jefes de Servicio de Obstetricia informan que cuando es posible (hay una sola mujer en sala de pre partos) se permite el acompañamiento, en cambio si la sala está completa no se permite el ingreso del familiar o acompañante. (Observación N° 8).

CUADRO VII Movimiento de internación de Obstetricia

	Pr.Cam.disp	Pr.Pac.Día	% Ocupación	Giro cama
SARDA	108.45	100.72	92.88	81.09
SANTOJANNI	67.82	58.57	86.36	76.05
PENNA	68.98	56.27	81.58	74.45
ARGERICH	37.77	34.35	90.93	100.87
PIÑERO	59.69	42.35	70.94	63.43
FERNANDEZ	30.40	26.21	86.23	91.85
DURAND	51.87	39.75	76.65	65.09
RIVADAVIA	56.81	38.19	67.23	35.66
PIROVANO	33	22.43	67.98	68.33
RAMOS MEJIA	24.45	20.42	83.51	90.99
ALVAREZ	23.95	17.37	72.53	78.71
VELEZ SANSFIELD	22.32	15.35	68.77	70.03

Fuente Movimiento Hospitalario año 2005. Ministerio de Salud Pública de la CABA

Existen hospitales con un promedio de camas disponibles elevados como es el caso de la Maternidad Sardá, el Hospital Santojanni y el Hospital Rivadavia, y

un bajo promedio de camas disponibles en los Hospitales Ramos Mejía, Alvarez y Velez Sarsfield.

Un porcentaje elevado de ocupación en el caso de la Maternidad Sardá y el Hospital Argerich, Fernandez y Ramos Mejía, y por el contrario un bajo porcentaje de ocupación en los Hospitales Rivadavia, Pirovano y Velez Sarsfield.

El giro cama es mayor en el Hospital Argerich y Fernandez y menor en el Hospital Rivadavia.

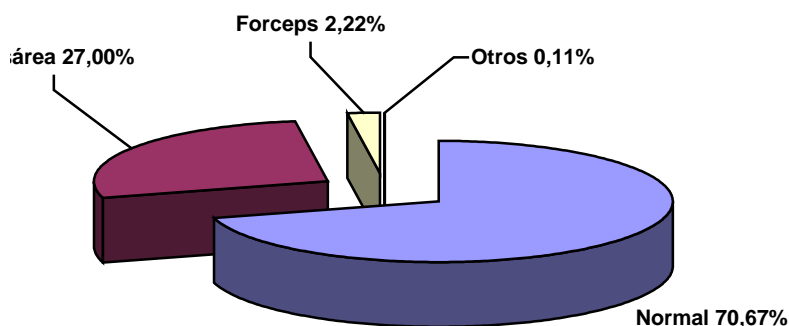
Estos resultados demuestran la necesidad de categorizar los servicios.

#### CUADRO VIII Procedimientos realizados en el parto:

HOSPITAL	Normal	Cesáreas	Fórceps	otros	total	% cesáreas
RIVADAVIA	871	598	62		1531	39,1
SANTOJANNI	2850	1267	69		4186	30,3
<b>SARDA</b>	<b>4823</b>	<b>2078</b>	<b>160</b>	<b>23</b>	<b>7084</b>	<b>29,3</b>
FERNANDEZ	1497	621	53	4	2175	28,6
DURAND	1210	493	49		1752	28,1
PIROVANO	1029	385	46		1460	26,4
RAMOS MEJIA	1051	377	17		1445	26,1
ARGERICH	1924	649	36		2609	24,9
VELEZ SARSFIELD	854	298	47		1199	24,9
ALVAREZ	937	287	23	2	1249	23,0
PENNA	2177	634	49	4	2864	22,1
PIÑERO	2012	426	57		2495	17,1
<b>TOTAL</b>	<b>21235</b>	<b>8113</b>	<b>668</b>	<b>33</b>	<b>30049</b>	<b>27,0</b>

*Dirección General de Estadística y Censos año 2005*

#### Gráfico III Procedimientos Realizados en el Parto



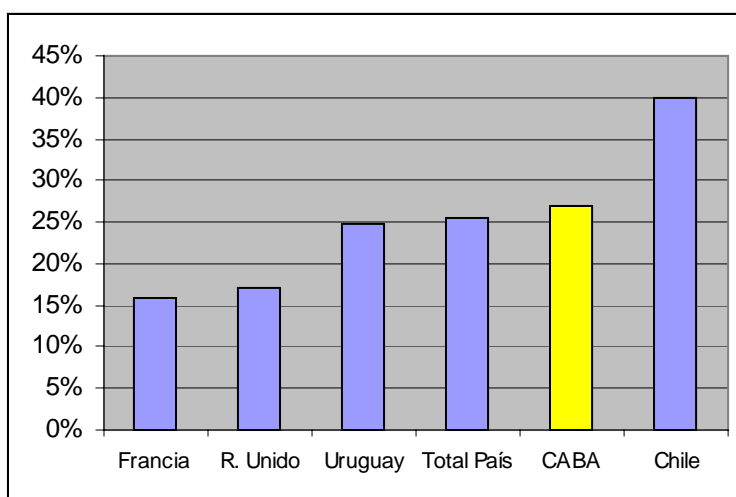
### Comparación de porcentajes de cesáreas

Lugar	CABA	Total País	Uruguay	Chile	R. Unido	Francia
Porcentaje	27	25.4%	24.7%	40%	17%	16%

*Año 2005 Fuente elaboración propia, datos OPS/OMS 2005 y fuentes hospitalarias*

El porcentaje promedio de la Ciudad es del 27.%, considerando que todos los efectores cuentan con recursos y población similar, es llamativa la variación entre los distintos efectores con variación entre el 17.02%, similares al Reino Unido o Francia hasta el 39.08 %, cifra similar a Chile, que es el país que realiza más cesáreas en América Latina. (Observación N° 9)

Gráfico IV Comparación de porcentajes de cesáreas.



### Cuadro IX Mortalidad materna

HOSPITAL	Mortalidad Materna
T. ALVAREZ	0
C. ARGERICH	0
C. DURAND	0
J. FERNÁNDEZ	1
B. RIVADAVIA	1
J. RAMOS MEJÍA	0
J. PENNA	2
P. PIÑERO	1
I. PIROVANO	0

HOSPITAL	Mortalidad Materna
MATERNIDAD SARDA	0
VELEZ SARFIELD	1
F. SANTOJANNI	0

Elaboración propia con datos de los servicios de obstetricia Año 2005

### CUADRO X Tasa de mortalidad materna (Cada 100.000 nacidos vivos)

Lugar de Residencia	TASA
REPÚBLICA ARGENTINA	44
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12
Buenos Aires	25
Córdoba	14
Santa Fe	35

Ministerio de Salud de la Nación. – Atención Básica 2003

Un análisis efectuado por OPS/OMS muestra al aborto y sus complicaciones como la causa principal de muerte materna en Argentina. El número real de abortos es desconocido por las características de clandestinidad, ilegalidad y penalización que lo rodea.

El Centro De Estudios de Estado y Sociedad\*, realizó un estudio de causas de mortalidad materna en Argentina mencionando que entre las mujeres que interrumpieron su embarazo, la búsqueda de atención médica ante las señales de alarma percibidas estuvo demorada, a diferencia de aquellas que fallecieron por otras causas.

La prevención de las muertes maternas se reconoce como una prioridad internacional, y su reducción en  $\frac{3}{4}$  para el 2015 es un compromiso asumido por Argentina en las metas del milenio.

En el año 2005 el Departamento Materno Infante Juvenil del GCABA, informa que el dato de mortalidad materna hospitalaria no es válido, dado que el número de eventos ingresados no representa el número total de nacidos vivos del sistema. (Observación N° 10)

\*en colaboración con OPS/OMS y Ministerio de Salud y ambiente de Nación.

## 3 – CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL NEONATO

### 3-1 CUADRO XI Mortalidad perinatal ( x 1000 nacidos vivos ):

CABA	Argentina	Chile	Uruguay	R. Unido
13,97	16.3	8.8	16.5	8.4

Año 2005 Fuente elaboración propia, datos OPS/OMS 2005 ,Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Rh. U.K.

En la Ciudad de Buenos Aires, la mortalidad perinatal es de 13,97 por mil, en comparación con el resto del país es menor a la media de la Argentina, pero es mayor a la de otros países.

En un informe de la OPS se advierte que en los últimos 25 años aumentó la brecha de las muertes perinatales entre Argentina, Estados Unidos y Canadá..

Cuadro XII Recién nacidos vivos según peso al nacer

Hospital	R N vivos y Mortalidad según Peso								
	<1.500			1500-2500			> 2.500		
	Nac.	Mort.	%	Nac.	Mort.	%	Nac.	Mort.	%
Alvarez	10	5	50,0%	43	3	7,0%	1186	2	0,2%
Santojanni	65	25	38,5%	238	3	1,3%	3878	5	0,1%
Velez S.	5	3	60,0%	49	2	4,1%	1179	0	0,0%
Sarda	93	32	34,4%	502	25	5,0%	6506	13	0,2%
Argerich	42	13	31,0%	204	10	4,9%	2290	1	0,0%
Durand	33	9	27,3%	100	1	1,0%	1617	2	0,1%
Fernandez	54	31	57,4%	103	27	26,2%	1991	7	0,4%
Penna	29	8	27,6%	151	5	3,3%	2682	2	0,1%
Piñero	24	6	25,0%	79	2	2,5%	2377	1	0,0%
Pirovano	17	7	41,2%	68	2	2,9%	1374	2	0,1%
R. Mejía	24	7	29,2%	102	5	4,9%	1320	1	0,1%
Rivadavia	25	9	36,0%	128	2	1,6%	1382	0	0,0%
<b>TOTALES</b>	<b>421</b>	<b>155</b>	<b>36,8%</b>	<b>1767</b>	<b>87</b>	<b>4,9%</b>	<b>27782</b>	<b>36</b>	<b>0,1%</b>

Fuente: Hospitales de la Ciudad Año 2005

Gráfico V Nacidos por peso

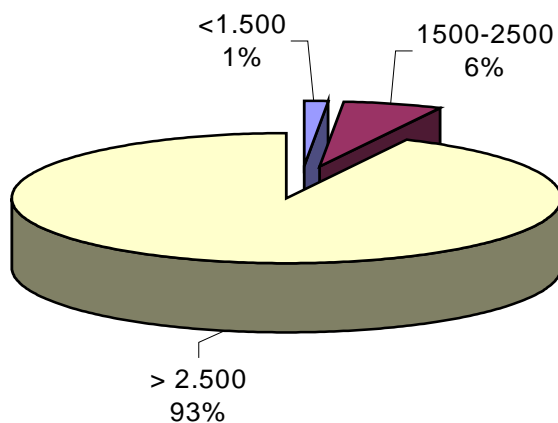
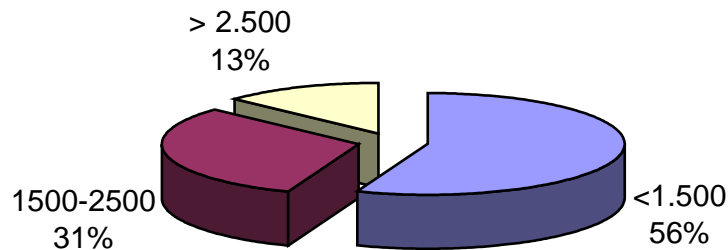


Gráfico VI Neonatos fallecidos por peso



Los datos fueron obtenidos en cada uno de los efectores en la tarea de relevamiento.

Los factores de riesgo que tuvieron relevancia estadística en el análisis sobre criterios de valoración fueron la presencia de:

- 1- Peso de nacimiento inferior a 1.500 gramos (> en los de muy bajo peso)
- 2- Gravedad de la enfermedad al ingreso
- 3- Presencia de malformaciones congénitas
- 4- Complicaciones evitables en el proceso de atención de la internación (infecciosas y quirúrgicas)
- 5- Edad materna: < de 17 años y > de 35 años.
- 6- Fallas en el transporte neonatal.

En el Hospital Garrahan<sup>1</sup> en un estudio efectuado se determinó que dentro de las variables sociales el 49,6% de las familias tenían necesidades básicas insatisfechas (NBI).

### 3-2 Traslados Neonatales:

Los traslados del recién nacido se realizan en un móvil coordinado desde el SAME.

Existe una coordinadora de traslados neonatales, cuando la misma no está se encarga el médico coordinador general del SAME.

Al momento de efectuar la auditoría, se observó que hay días sin neonatólogo de guardia, realizando el traslado los neonatólogos de guardia de los hospitales: Ramos Mejía, Vélez Sarsfield y Álvarez.

Estos traslados se tramitan a través de una red formal en el SAME y a través de una red informal entre los distintos neonatólogos de los Hospitales de Agudos y la Maternidad Sarda. (Observación N° 15)

<sup>1</sup> “Factores de riesgo de mortalidad neonatal, internación prolongada y predictores de discapacidad futura en una unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad”. Area de cuidados intensivos del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. J.P.Garrahan”. Arch. Argent. Pediatr. Vol 102 no3. Bs As. Junio 2005.

### 3- 3- Red de Pesquisa Neonatal:

Fue creada por la Coordinación de Redes de Salud, para detectar y prevenir en forma temprana patologías en los recién nacidos cumplimentando la Ley 534./00 de la CABA y su decreto reglamentario 2711.

Este Programa se lleva a cabo en el 100 % de los recién nacidos en las 12 maternidades de la ciudad y en los 3 hospitales pediátricos.

De todos los hospitales envían a 5 laboratorios (Hospital Durand, Garrahan, Ramos Mejía, Álvarez y Gutiérrez), sangre de la madre y del recién nacido.

Se realizan estudios en la sangre materna para detectar enfermedad de Chagas y Sífilis. Se detecta una enfermedad cada 25 madres.

En la sangre del neonato se realizan determinaciones para fibrosis quística, hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, enfermedad de Chagas, sífilis congénita e hiperplasia suprarrenal congénita. Se detecta una enfermedad cada 240 recién nacidos.

Mediante este programa los profesionales de fonoaudiología detectan hipoacusia.

El coordinador a cargo del Programa informa que cuando se detecta por laboratorio alguna enfermedad, se espera dos días a que el familiar retire el resultado, si este no lo hace se le envía un telefonograma, de no obtener respuesta se informa al Consejo de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio, para que ubiquen al recién nacido e instrumente el tratamiento necesario.

### 3-4 CUADRO XIII Movimiento de internación de neonatología

	Pr.Cam.disp	Pr.Pac.Día	% Ocupación	P. Perman.	Giro cama	Tasa Mort.
SARDA	83,03	60,68	74,89	7,04	38,8	2,23
SANTOJANNI	32,58	21,44	65,8	9,87	24,34	3,66
PENNA	23,05	14,95	64,88	4,26	55,62	1,09
ARGERICH	28,34	22,42	79,13	10,06	28,72	3,32
PIÑERO	18,14	13,08	72,08	9,32	28,22	1,76
FERNANDEZ	28,05	21,81	77,73	13,05	21,75	5,9
DURAND	29,07	15,47	53,22	6,9	28,14	1,47
RIVADAVIA	20,13	14,3	71,07	9,42	27,53	2,53
PIROVANO	9,19	6,99	76,03	6,31	43,97	2,72
RAMOS MEJIA	12	8,21	68,4	12,97	19,25	4,33
ALVAREZ	8,29	5,78	69,75	5,89	43,2	3,63
VELEZ SANSFIELD	8,03	3,93	48,94	2,89	61,87	1,01

Fuente Movimiento Hospitalario año 2005. Ministerio de Salud Pública de la CABA

En el movimiento hospitalario se toma una información general donde no se discriminan patologías por nivel de complejidad, ya que no todos los hospitales son iguales.

La Maternidad Sardá tiene un porcentaje más elevado de prematuros y tiempos de internación más prolongados.

Hospitales como el Durand, Argerich y Fernández tienen una patología más compleja y con mortalidades más elevadas.

En cambio Hospitales como el Vélez Sarsfield, Pirovano y Álvarez cuentan con servicios de baja complejidad.

El Promedio de Camas disponibles varia en los hospitales desde un 83,03% caso de la Maternidad Sardá, a los Hospitales como el Álvarez y el Vélez Sarfield, que tienen un promedio de 8,29 a 8,03.

Cada efector es diferente y tiene características estructurales y de RR.HH diferentes.

#### 4 INDICADORES DE ESTRUCTURA

##### a) Servicio de Obstetricia:

El trabajo de los obstetras se realiza en tres áreas:

- 1) Consultorios Externos.
- 2) Centro Obstétrico (parto, parto y alumbramiento)
- 3) Internación

Teniendo en cuenta las tres áreas de atención del servicio, se confeccionaron grillas de evaluación de la estructura física y equipamiento de las 12 maternidades, dando puntaje 0, cuando la institución no cumple los requisitos consultados y puntaje 1 cuando cumple los mismos, llegando así a un puntaje final.

Puntaje Ideal : (Anexo)

C. Externo	Centro obstétrico	Internación
31	48	20

Los Servicios de Obstetricia evidenciaron el siguiente puntaje:

CUADRO XIV Síntesis de grillas de evaluación de estructura:

	C. Externo	C. Obstétrico	Internación
T. ALVAREZ	17	32	12
C.ARGERICH	17	28	12
C.DURAND	27	45	20
J. FERNÁNDEZ	19	40	18
J. RAMOS MEJÍA	15	13	9
B. RIVADAVIA	30	36	18
J. PENNA	18	10	10
P. PIÑERO	21	20	12
I. PIROVANO	25	31	12
<b>MATERNIDAD SARDA</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>15</b>
VELEZ SANSFIELD	12	22	9
F. SANTOJANNI	28	41	18

Año 2005 Elaboración propia con datos de los Servicios de Obstetricia

Del análisis de las grillas surge que la estructura física de los Consultorios Externos, Salas de Parto e Internación no es la adecuada. (Observación N° 11).

En el Hospital Vélez Sarsfield se construyeron consultorios externos nuevos, a la fecha de efectuar la auditoria no se inauguraron por falta de personal administrativo y de enfermería. En este Hospital los consultorios externos funcionan de manera precaria en una sala de internación. (Observación N° 12).

La concepción clásica es la asistencia de cada uno de los períodos del parto en lugares diferentes, la Resolución Ministerial N° 348/03 del Ministerio de Salud y Acción Social de Nación manifiesta “para maximizar la economía y flexibilidad del recurso humano y el espacio, muchos hospitales tienen áreas con funciones combinadas llamadas salas de trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio (TPR o TPRP)”.

El concepto de TPR pretende adecuar un lugar físico que responda a conceptos de humanización del parto.

El único hospital en la Ciudad que cuenta con salas de TPR es el Hospital Fernández, otros hospitales que ya fueron reacondicionados a través del PRESSAL no contemplaron esta estructura. (Observación N° 13)

b) Servicios de Neonatología:

1- CUADRO XV Cantidad de Monitores de Signos Vitales

	Número actual	Número ideal*	Déficit
Hospital Durand	2	12	-10
Hospital Rivadavia	0	9	-9
Maternidad Sardá	11	19	-8
Hospital Pirovano	0	6	-6
Hospital Santojani	9	15	-6
Hospital Penna	2	8	-6
Hospital Álvarez	1	6	-5
Hospital Ramos Mejía	0	5	-5
Hospital Piñero	3	7	-4
Hospital Velez Sarsfield	1	4	-3
Hospital Argerich	11	12	-1
Hospital Fernández	16	15	+1

\* 1 por cada plaza de UTI - 1 cada 2 plazas de UCI

Fuente Guía de Servicios de Neonatología de la Ciudad de Buenos Aires 2003

El déficit total de monitores de Signos Vitales en los efectores es de 62 observándose que en 3 efectores el déficit es absoluto.

2- CUADRO XVI Cantidad de respiradores:

	Número actual	Número ideal*	Déficit
Maternidad Sardá	10	15	- 5
Hospital Fernández	7	11	- 4
Hospital Álvarez	1	5	- 4
Hospital Santojani	9	12	- 3
Hospital Durand	6	9	-3
Hospital Rivadavia	4	6	-2
Hospital Ramos Mejía	2	4	- 2
Hospital Velez Sarsfield	1	3	- 2
Hospital Penna	4	5	- 1
Hospital Pirovano	3	4	- 1
Hospital Piñero	4	5	- 1
Hospital Argerich	9	9	0

1 por cada plaza de UTI - 1 por cada 5 plazas de UCI

Fuente Guía de Servicios de Neonatología de la Ciudad de Buenos Aires 2003

3- CUADRO XVII Cantidad de Servocunas:

	Número actual	Número ideal*	Déficit
Maternidad Sardá	7	9	- 2
Hospital Pirovano	1	2	- 1
Hospital Velez Sarsfield	1	2	- 1
Hospital Alvarez	1	2	- 1
Hospital Penna	3	4	- 1
Hospital Ramos Mejía	3	2	+1

	Número actual	Número ideal*	Déficit
Hospital Rivadavia	4	2	+2
Hospital Piñero	6	3	+3
Hospital Argerich	7	4	+3
Hospital Durand	9	3	+6
Hospital Fernández	12	3	+9
Hospital Santojani	16	6	+10

\*1 por cada 700 partos al año  
 Fuente Guía de Servicios de Neonatología de la Ciudad de Buenos Aires 2003

#### 4- CUADRO XVIII Cantidad de Saturómetros:

	Número actual	Número ideal*	Déficit
Maternidad Sardá	26	42	-16
Hospital Pirovano	6	13	- 7
Hospital Velez Sarsfield	2	7	- 5
Hospital Alvarez	2	10	- 8
Hospital Penna	14	17	- 3
Hospital Ramos Mejía	4	9	- 5
Hospital Rivadavia	10	18	- 8
Hospital Piñero	6	15	- 9
Hospital Argerich	25	21	+ 4
Hospital Durand	6	20	- 14
Hospital Fernández	20	26	- 6
Hospital Santojani	8	24	-16

\* 1 por cada plaza de UTI - UCI 1 en sala de partos 1 cada 3 de bajo riesgo  
 Fuente Guía de Servicios de Neonatología de la Ciudad de Buenos Aires 2003

Actualmente se están renovando las incubadoras y servocunas de todos los hospitales, conforme a una distribución programada por la Red de Neonatología, que renueva el 20 % de las mismas a cada hospital mensualmente, de manera que a fin de año serán renovadas la totalidad de las unidades.

En esta compra no se tuvo en cuenta la falta de saturómetros, humidificadores, respiradores ni otro tipo de instrumental.

Los Jefes de Servicio de Neonatología, manifiestan que al déficit que ilustran los cuadros hay que agregar aparatología obsoleta o que no funciona. (Observación N° 14).

El Ministerio de Salud en la Resolución 306/02 en el anexo III menciona la iniciativa del “ Hospital Amigo de la Madre y el Niño” que indica 10 pasos para la lactancia natural, elaborados por UNICEF Y OMS.

## 5 INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS

En los efectores de la Ciudad hay 99 plazas de UTIN (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal ), 90 de las cuales pueden ser usadas con respirador. Las normas sobre la cantidad de enfermeras necesarias para el correcto funcionamiento, según las Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Neonatología. Cuidados Intensivos Neonatales, aprobada por Resolución Ministerial 306/02 indican :

- 1 enfermera por cada respirador.
- 1 enfermera por cada 2 plazas de UTIN sin respirador.
- 1 enfermera por cada 4 plazas de Terapia Intermedia.
- 1 enfermera por cada 8 plazas de bajo riesgo.

CUADRO XIX Cálculo de necesidad de enfermeras.

Plazas de U.T.I.N Sin respirador	Plazas de U.T.I.N con respirador	Plazas T. Intermedia	Interna. de bajo riesgo	Enfermeras necesarias por turno
Plazas: 9 Enfer. Nec*: 5	Plazas: 90 Enfer. Nec*: 90	Plazas: 92 Enfer. Nec*: 23	Plazas: 144 Enfer. Nec*: 18	136

\*Enfermeras Necesarias  
Fuente elaboración propia

Enfermeras necesarias en el día en neonatología	Enfermeras reales por nombramiento
(136 x 4) 544	380

Fuente elaboración propia

La falta de personal de enfermería es crítico en los servicios de obstetricia y neonatología al igual que en todo el sistema.

En neonatología faltan 164 enfermeras, (alrededor del 30 %), no está considerado en el cálculo el personal necesario para cubrir los francos y las vacaciones por lo que el déficit es mayor al que reflejan los cuadros. Este déficit de enfermería es solucionado parcialmente en los servicios aumentando la carga horaria, mediante la utilización del sistema de módulos. Esto conlleva a que el personal de enfermería no guarde las horas de descanso recomendadas.

Los Jefes de neonatología informan que ocasionalmente se dispone de plaza y de respirador pero el mismo no puede ser habilitado por falta de enfermera.

Cuando la emergencia lo amerita y no habiendo posibilidad de derivar a los pacientes, los servicios funcionan con menor cantidad de personal (ejemplo: 2 neonatos con respirador a cargo de una enfermera), quedando entonces expuesta la salud del neonato y el jefe del servicio y el hospital sujetos a posibles demandas de los familiares por la atención del recién nacido. (Observación N° 16)

## **VI) OBSERVACIONES**

- 1) No existe red de perinatología, por la falta de articulación entre los servicios de obstetricia y neonatología.
- 2) La red de obstetricia no coordina los servicios entre sí, limitándose a recopilar y analizar datos estadísticos.
- 3) No existe categorización según niveles de complejidad de los servicios de neonatología, para adecuar la oferta a la demanda.
- 4) El Ministerio de Salud, no recibe la totalidad de los datos para las estadísticas propuestas por la Organización Panamericana de Salud (O.P.S.) Los Hospitales de la Ciudad cumplen parcialmente con los requerimientos del Sistema Informático Perinatal (SIP).
- 5) El número de controles de las embarazadas es menor a 5 durante la gesta, comenzando los mismos después del primer trimestre de embarazo.
- 6) Las embarazadas no realizan todos los estudios correspondientes ni reciben toda la medicación preventiva.
- 7) El archivo de historias clínicas en los hospitales es inadecuado, solamente 3 efectores mantienen cifras aceptables en la falta de historias clínicas( menos del 5%) . En los otros 9 efectores, el porcentaje de historias clínicas faltantes varía en un rango de 86% a 15% .
- 8) No se cumple la Ley 1040/02 (acompañamiento de la mujer durante el parto) por deficiencias en la planta física.
- 9) El número de partos por cesárea que se registra en la Ciudad es alto.
- 10) La Ciudad no tiene la tasa de mortalidad materna del año 2005, debido a que no recibe la totalidad de los datos estadísticos de los efectores.
- 11) La estructura física de los consultorios externos, salas de parto e internación no es óptima, según surge de las grillas que forman parte del Anexo del presente informe.

- 12) En el hospital Vélez Sarsfield no están habilitados los consultorios externos, debido a la falta de recursos humanos.
- 13) No se tuvo en cuenta el concepto de TPR en hospitales que ya fueron reacondicionados a través del PRESSAL.
- 14) El equipamiento utilizado en los servicios de neonatología es insuficiente y obsoleto.
- 15) En el SAME no se dispone todos los días de médico neonatólogo de guardia para traslados.
- 16) Faltan enfermeras en los servicios de neonatología, y no se efectivizan los nombramientos.

## **VII) RECOMENDACIONES**

- 1) Promover la articulación entre los servicios de obstetricia y neonatología, para formar la red de perinatología,
- 2) Formalizar la coordinación la actividad de los servicios de obstetricia.
- 3) Categorizar de los servicios de neonatología.
- 4) y 10) Reforzar los mecanismos existentes para recopilar la totalidad de los datos para completar en tiempo y forma las estadísticas propuestas por la Organización Panamericana de Salud (O.P.S, SIP) y las estadísticas propias de la Ciudad.
- 5) y 6) Promover la estrategia de atención primaria de la salud para aumentar el control precoz y adecuado de los embarazos.
- 7) Promover un adecuado archivo de Historias Clínicas en los distintos efectores.
- 8) y 11) Fortalecer la infraestructura hospitalaria que permita la adecuada atención de la mujer en el embarazo parto y puerperio y la presencia de familiares acompañándola en el parto.
- 9) Realizar jornadas e instructivos sobre la realización de partos por cesárea.
- 12) Implementar los medios para la habilitación de los consultorios externos del Hospital Vélez Sarfield.
- 13) Adecuar la estructura de los hospitales a los conceptos de TPR.

- 14) Mantener y actualizar adecuadamente el equipamiento de los servicios de neonatología.
- 15) Efectuar el nombramiento en el SAME de médicos neonatólogos.
- 16) Efectivizar los nombramientos de enfermería y nombrar la totalidad de personal necesario.

## VIII) CONCLUSIONES

El Programa de “Redes de Atención de la Salud”, dota de los instrumentos que posibilita operar con mayor eficiencia y celeridad, en el marco de las pautas de la Ley de Salud y principios establecidos en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Ciudad no adecua los mecanismos para fortalecer la atención integral del binomio madre hijo en una red de perinatología, funcionando en la actualidad una red de obstetricia dependiente de la Dirección General de Hospitales. y una red de neonatología y de pesquisa neonatal dependiente de la Coordinación General de Redes.

Se advierte un deficiente control de la mujer embarazada, e incumplimiento de la ley 1040 respecto al acompañamiento de la mujer durante el parto.

La finalización de partos por cesárea es variable entre los efectores, siendo alto el promedio de la ciudad y en especial en algunos hospitales..

No se registran datos estadísticos suficientes para el Sistema Informático Perinatal.

El cumplimiento de la Ley Básica de Salud en lo concerniente a la implementación de una historia clínica única permitiría el adecuado registro de los controles prenatales y de neonatología que se realizaran en cualquier efector.

No existe en los hospitales auditados el recurso humano de enfermería que asegure el adecuado control de los neonatos en condiciones críticas. El recurso físico no está adecuadamente conservado.

## **ANEXO**

**Auditoría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Dirección General de Control de Desarrollo Social y Salud**

		IDEAL	SARDA	SANTOJANI	PENNA	ALVAREZ	ARGERICH	PIROVANO	VELEZ S.	RIVADAVIA	PIÑERO	RAMOS	FERNANDEZ	DURAND
	<b>CONSULTORIOS EXTERNOS DE OBSTETRICIA</b>													
1	Se atiende en horarios matutinos y vespertinos	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
2	Posee un número suficiente de consultorios de control prenatal de acuerdo a la demanda	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0
3	Posee un número suficiente de consultorios de control de puerperio de acuerdo a la demanda	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
4	Se encuentran ubicados en la planta baja	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
5	Posee consultorio especializado para control de embarazo de alto riesgo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Posee consultorio especializado para control de embarazo adolescente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	Cuentan con un aula para curso de Preparación Integral para la Maternidad (PIM)	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
8	Tiene dimensiones adecuadas del aula al PIM (Preparación Integral para la Maternidad)	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1
9	Posee equipamiento adecuado al PIM	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1
10	Áreas de diagnóstico fetal: monitoreo-amniocentesis-ecografía	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1
11	Existencia de doble circulación- para pacientes y para profesionales	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
12	Posee Sala de Espera confortable, con asientos suficientes para la demanda y sup. mínima/4m2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
13	Tiene Sanitarios adecuados para hombres y mujeres en Sala de Espera	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
14	Poseen los consultorios dimensiones adecuadas ( 7,5 m2, con un lado mínimo de 2,5 m)	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1
15	Posee una distribución adecuada p/ permitir la privacidad de la consulta y el examen obstétrico	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1
16	Tiene lugar suficiente que permita la presencia del padre o acompañante	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1
17	Los consultorios cuentan con sanitario en su interior	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
18	Tienen un consultorio separado para procedimientos (curaciones, vacunaciones, etc.)	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
19	Mesa de instrumental completa (termómetro, tensiometro, estetoscopio biauricular, Pinard.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
20	Cinta obstétrica inextensible, tambor c/ guantes esteriles/descartables, soporte/pie/sueros	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1

**Auditoría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Dirección General de Control de Desarrollo Social y Salud**

		IDEAL	SARDA	SANTOJANI	PENNA	ALVAREZ	ARGERICH	PIROVANO	VELEZ S.	RIVADAVIA	PIÑERO	RAMOS	FERNANDEZ	DURAND
21	Caja para la colocación de DIU, material para hisopado vaginal y rectal. Fcos estériles para urocultivo	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Espéculos vaginales de tamaños variados, espátulas de ayre, bajalenguas, jeringas y agujas	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
23	Posee monitor detector de latidos fetales.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
24	Posee balanza de pie para adultos con tallímetro	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
25	Tienen camilla para examen gineco-obstétrico con escalerilla y taburete	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
26	Escritorio para cada uno de los consultorios	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
27	Sillas en N° de 3 (tres) o más para cada uno de los consultorios	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0
28	Intercomunicador con sala de partos, con estación de enfermería y sala de profesionales	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
29	Gestograma, Historia Clínica Prenatal, Carnet Perinatal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	Posee camilla para traslado y sillas de ruedas	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
31	Recipiente discriminado para residuos patológicos y no patológicos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>CENTRO OBSTETRICO</b>														
1	El Centro Obstétrico constituye una unidad funcional independiente	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
2	Se encuentra físicamente relacionado con el Centro de Preparación de Materiales, de Anestesia y la Unidad de Recuperación Postanestésica y de U.T.I	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1
3	Tienen conexión rápida, por circulación vertical u horizontal con el servicio de emergencias y el sector de internación	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1
4	Si la circulación es vertical, los ascensores son exclusivos.	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
5	Están en buen estado de conservación	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
6	Tienen salas TPR (trabajo de partos, parto y recuperación)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7	Cantidad de salas TPR (para mas de 2700 partos anuales = 5 salas TPR)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

**Auditoría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Dirección General de Control de Desarrollo Social y Salud**

		IDEAL	SARDA	SANTOJANI	PENNA	ALVAREZ	ARGERICH	PIROVANO	VELEZ S.	RIVADAVIA	PIÑERO	RAMOS	FERNANDEZ	DURAND
8	Posee de Sala de dilatantes	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
9	Más de dos salas de partos de 16 m2 cada una, con obsoleta privacidad	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0
10	Posee Sala de Recuperación Post-parto	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
11	Capacidad de transformación en quirófano	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1
12	Área de enfermería	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
13	Gabinetes para instrumental	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
14	Gabinetes para ropa estéril	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
15	Gabinetes para material de farmacia	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
16	Sistemas de telefonía interna	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1
17	Sistema de recolección discriminado de residuos-circuito	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Silla, sillón o cama de partos transformable	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0
19	Hay un quirófano cada 1.500 partos (mínimo uno)	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
20	Hay zona de transferencia para los pacientes con cambio de ropa y camilla de transporte	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
21	La sala de operaciones para cirugía mediana tiene como mínimo de 30 m2	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1
22	El sector pre-anestesia está en el área restringida con acceso al Centro Obstétrico	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Los lavabos tienen acceso directo a los quirófanos por medio de puertas vaivén con mirador o puertas corredizas con riel superior	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
24	El instrumental usado pasa a la central de materiales por el circuito sucio	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
25	Hay un vestuario para los cirujanos (ambos sexos)	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1
26	Hay baños para los cirujanos, con duchas de aire	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
27	Hay vestuarios para padres y/o acompañantes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Están dadas las condiciones para el ingreso de acompañantes a las Salas de Partos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

**Auditoría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Dirección General de Control de Desarrollo Social y Salud**

	IDEAL	SARDA	SANTOJANI	PENNA	ALVAREZ	ARGERICH	PIROVANO	VELEZ S.	RIVADAVIA	PIÑERO	RAMOS	FERNANDEZ	DURAND
29 Hay vestuario para enfermeras e instrumentadoras	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
30 Cuenta con sala de estar para los profesionales fuera del área restringida o semi rest.	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
31 Los pisos son conductores, antiestáticos de material antideslizante plano impermeable, inalterable, duro, con resistencia mínima de 500 kg x m2	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0
32 Los cielorrasos son azulejados o de yeso, lisos, de material no friable	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0
33 Altura útil, mínima de cielorraso. 3 m.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
34 Paredes y puertas son antifiama y están totalmente revestidas c/ material impermeable inalterable, de superficie lisa, sin solución de continuidad hasta mas de 2 metros	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
35 Las juntas con el piso son redondeadas, con 5 mm de radio (zócalos sanitarios)	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1
36 El sector para circulación de camillas tienen amplitud suficiente para los deslizamientos y maniobras de 2 de ellas simultáneamente	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
37 Con puertas de una hoja no menos de 1,20 m de ancho o dos hojas de 0,78 c/ una	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1
38 Hay demarcación de las áreas de circulación restringida, semirestringida y libre, aislamiento físico adecuado contra los peligros de la infección hospitalaria y clara separación del área de int.	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1
39 Hay extinguidores o algún otro sistema contra incendio	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
40 Las perforaciones de las paredes de los quirófanos, las canalizaciones y conductos de distrib. son sólo para transporte de fluido "estanco", con guarnición de material aislante	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0
41 Para los equipos y aparatos fijos, los tomas corrientes estan ubicados sobre columnas suspendidas a una altura igual o superior a 1,60 m ne cantidad suficiente	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
42 Los cables eléctricos y tuberías de aspiración están embudidos en las paredes o corren por el entrepiso técnico y columnas suspendidas del techo, sobre el lugar de la mesa de cirugía	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1
43 La alimentación de energía del block operatorio proviene de dos fuentes independientes:													

**Auditoría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Dirección General de Control de Desarrollo Social y Salud**

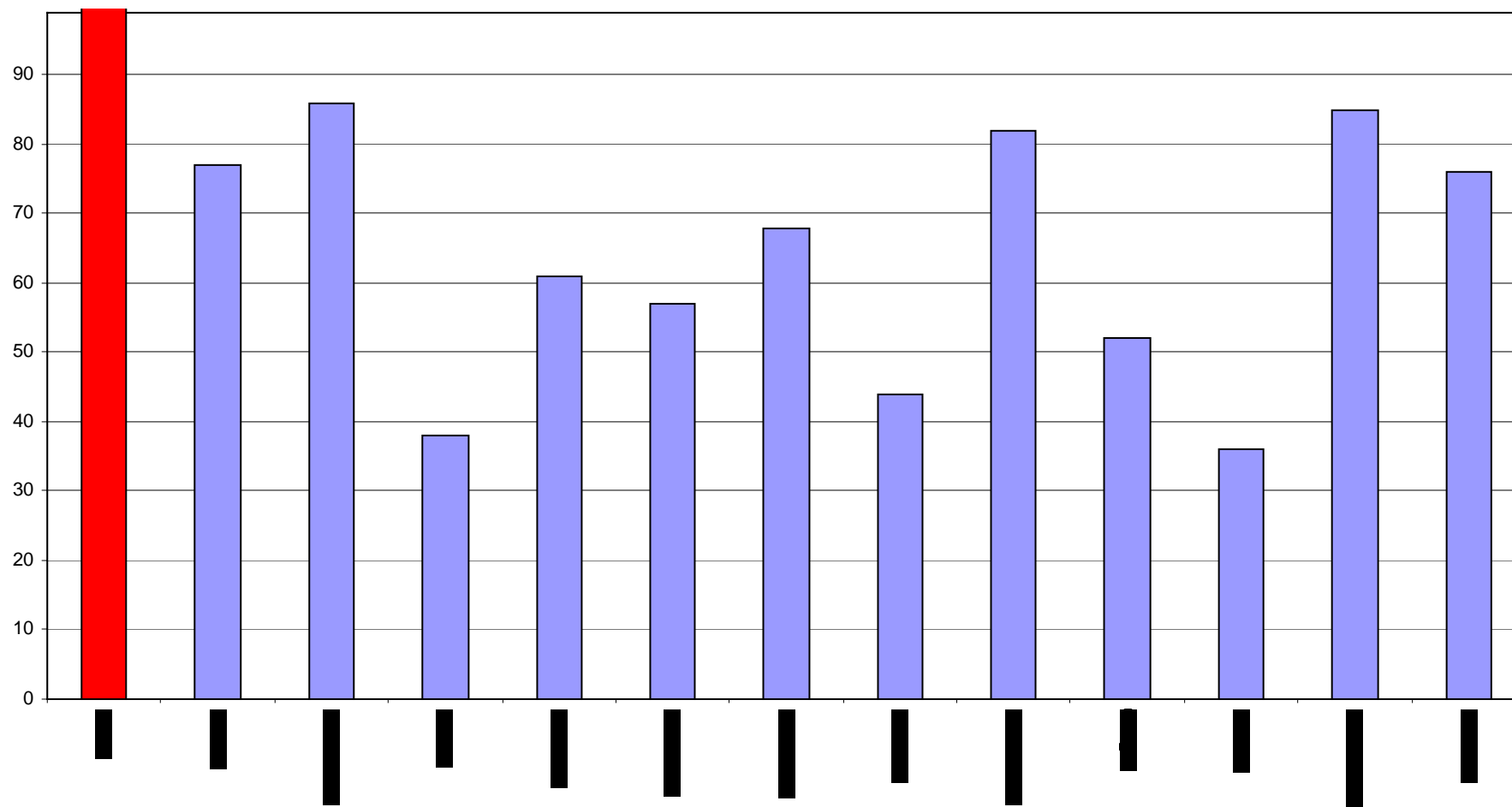
	IDEAL	SARDA	SANTOJANI	PENNA	ALVAREZ	ARGERICH	PIROVANO	VELEZ S.	RIVADAVIA	PIÑERO	RAMOS	FERNANDEZ	DURAND
red central y grupo electrógeno o batería de 200 voltios, comando automático y al segundo	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0
<b>44</b> Los quirófanos tienen aire acondicionado (humedad 55% a 24 grados) con 6 renovamientos													
horarios de 50 m2 por persona dentro del quirófano	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0
<b>45</b> Entre las áreas restringidas y semirestringidas has un sistema de gradientes de presiones													
y de ventilación unidireccional. Flujo laminar	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>46</b> La fuente de iluminación del quirófano responde a 4 condiciones esenciales:													
a) asegura el reflejo de los colores	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
b) asegura el confort visual del cirujano	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
c) asegura en forma absoluta la continuidad de la iluminación del campo operatorio	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
d) asegura el desplazamiento de la "playa luminosa" sobre el campo a voluntad													
del cirujano y sin sombras	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
	<b>49</b>	<b>34</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>22</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>41</b>	<b>29</b>
<	<b>SALA DE INTERNACION OBSTETRICA</b>												
<b>1</b> Número de camas en relación al número de partos (1 cama c/ 100 partos anuales)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>2</b> Sala de internación para embarazos patológicos con no menos de 2 camas (1 cama c/500 partos)	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1
<b>3</b> Sala de internación para puerperio en número suficiente	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
<b>4</b> Posee sala de espera para familiares	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
<b>5</b> Consultorio para exámenes y terapéuticas	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1
<b>6</b> Servicios sanitarios en relación al nº de camas (1 baño completo c/4 camas de internación)	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1
<b>7</b> Consultorio para exámenes físicos y tocoginecológicos	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1
<b>8</b> Mesas de luz - iluminación individual	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1
<b>9</b> Placares	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1

**Auditoría General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Dirección General de Control de Desarrollo Social y Salud**

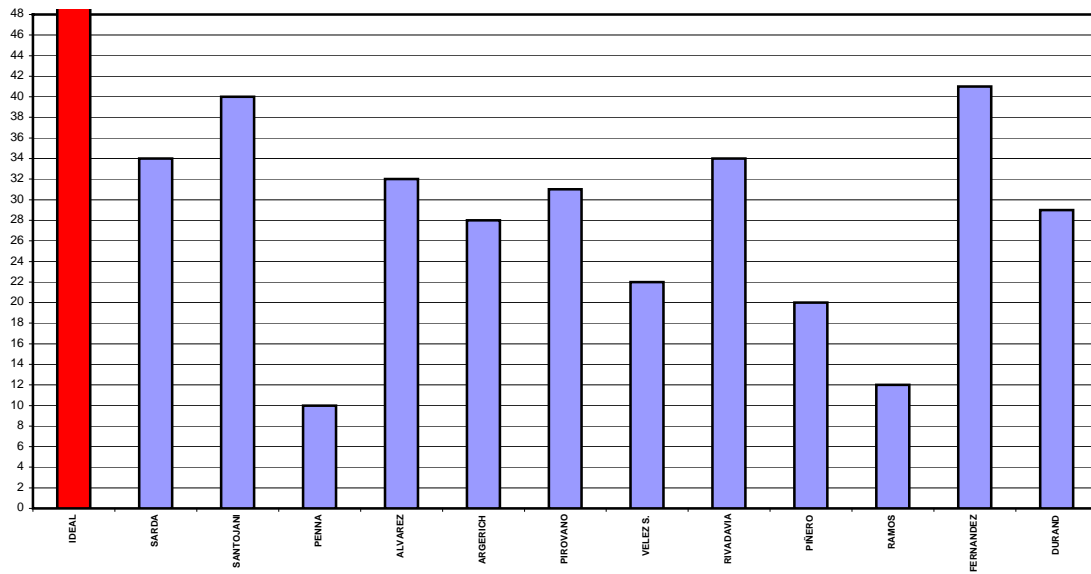
	IDEAL	SARDA	SANTOJANI	PENNA	ALVAREZ	ARGERICH	PIROVANO	VELEZ S.	RIVADAVIA	PIÑERO	RAMOS	FERNANDEZ	DURAND
10 Cunas de acrílico, con colchones con fundas lavables	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
11 Carro de curaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12 Balanzas, pies de suero, chatas, tensiometros, etc	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13 Office de enfermería	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14 Sistema de recolección discriminado de residuos-circuito	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15 Boca de oxígeno y aspiración central	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
16 Un baño completo con ducha cada cuatro camas	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1
17 Área de elementos para limpieza de instrumental	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1
18 Historias Clínicas completas con sus respectivas epicrisis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
19 Vestuarios para el personal con armarios	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
20 Camilla de traslado	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
	20	15	18	10	12	12	12	9	18	11	9	18	20
<b>PUNTAJE TOTAL</b>													
<b>CONSULTORIOS EXTERNOS DE OBSTETRICIA</b>													
	31	28	28	18	17	17	25	13	30	21	15	26	27
<b>CENTRO OBSTETRICO</b>													
	49	34	40	10	32	28	31	22	34	20	12	41	29
<b>SALA DE INTERNACION OBSTETRICA</b>													
	20	15	18	10	12	12	9	18	11	9	18	20	
<b>TOTALES</b>													
	100	77	86	38	61	57	68	44	82	52	36	85	76

### RESUMEN GENERAL

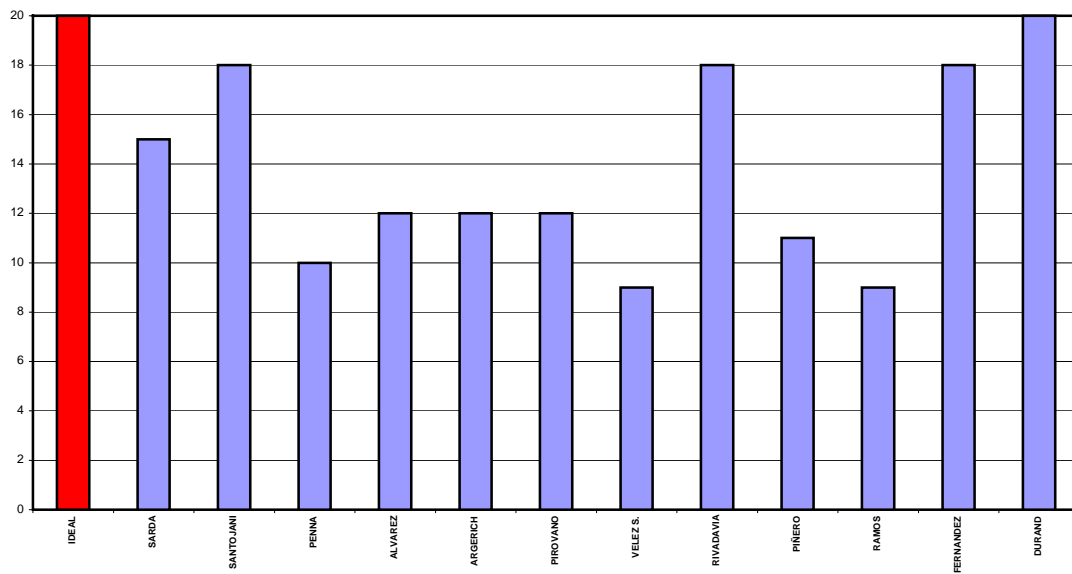




**CENTRO OBSTETRICO**



**INTERNACION**





CONSULTORIOS EXTERNOS

