



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

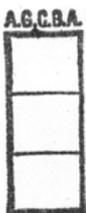
Proyecto N° 3.13.12

SALUD MATERNO INFANTIL

Auditoría de Gestión

Período 2012

Buenos Aires, Noviembre 2015



AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 6to. Piso -
Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta:

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales:

Dr. Santiago de Estrada

Ing. Facundo Del Gaizo

Lic. Eduardo Epszteyn

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. María Victoria Marcó

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.13.12

NOMBRE DEL PROYECTO: Salud Materno Infantil - Gestión

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2012

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: Julio de 2014

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Mg. María Luján Bertella

Supervisora a/c: Dra. Raquel Sussman

Objetivo: Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia válida y suficiente que permita evaluar la gestión.

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME FINAL: 26/11/2015

FORMA DE APROBACIÓN: POR UNANIMIDAD

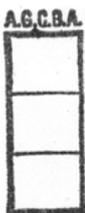
RESOLUCIÓN AGC N°: 340/2015

INFORME EJECUTIVO

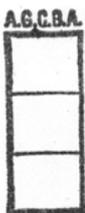
Lugar y fecha de emisión	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Noviembre de 2015
Código del Proyecto	3.13.12
Denominación del Proyecto	Salud Materno Infantil- Gestión
Período examinado	Año 2012
Objetivo de la auditoría	Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia válida y suficiente que permita evaluar la gestión de los departamentos materno infantil de los Hospitales Penna, Argerich, Santojanni, Piñero y sus respectivas Áreas Programáticas.
Alcance	<p>El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.</p> <p>En los programas y proyectos auditados correspondientes al sector público, se deberán contemplar los principios de ética y equidad, verificando la existencia de una adecuada protección y resguardo de las necesidades e intereses de la comunidad.</p> <p>Se realizó el relevamiento de la normativa, datos e información general y particular; recursos humanos, físicos y presupuestarios, organización, utilización y coordinación de dichos recursos y de los controles establecidos a fin de realizar un examen sistemático de evidencias con el objeto de fundar una opinión independiente acerca de la gestión y de proveer información para facilitar la toma de decisiones por parte de funcionarios con responsabilidad para supervisar o iniciar acciones correctivas.</p>
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de campo se desarrollarán entre el 30 de septiembre de 2013 y el 28 de agosto de 2014.
Limitaciones al Alcance	No hubo

<p>Aclaraciones previas</p>	<p>Las variaciones en la Mortalidad Materno-Infantil inciden considerablemente en la Esperanza de Vida al Nacer, que es el indicador de salud utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para elaborar el Índice de Desarrollo Humano, con el cual se determina el nivel de avance que tienen los países del mundo. El mismo fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida.</p> <p>La Salud Materno Infantil tiene por objetivo primario y prioritario asegurar el acceso del binomio madre-niño al conjunto de recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación y garantizar el acceso a los servicios de control de embarazo y del niño sano; así como de promoción de la lactancia materna.</p> <p>Las mujeres embarazadas y los niños durante el primer año de vida deben realizarse controles mensuales de salud. Los niños de 2 a 5 años deben asistir a control cada 4 meses, para comprobar si el crecimiento y el desarrollo son adecuados (sean estos de carácter público-estatal, no estatal o privados). El énfasis de las políticas dirigidas a este grupo poblacional se ve reflejado en su incorporación al Programa Médico Obligatorio (PMO).</p> <p>Las acciones de atención de la Madre y el Niño incluyen diversos Programas que cuentan con presupuestos de la Ciudad y de la Nación que proveen recursos financieros y/o materiales, por ejemplo: Plan Nacer, Programa de Pesquisa Neonatal, Programa de Inmunizaciones y Programa Nutricional.</p> <p>Las Estadísticas para la Salud muestran información relacionada con las actividades asistenciales que se desarrollan en los Hospitales y efectores de Atención Primaria de la Salud, dependientes del Ministerio de Salud del GCABA.</p> <p>Las definiciones de Estadísticas para la Salud ¹ integran el Anexo I. Los datos están agrupados en tres ejes temáticos que responden a programas estadísticos continuos: Diagnósticos de pacientes egresados, Movimiento hospitalario y Atención primaria</p>
------------------------------------	--

¹ Fuente: Pagina Web: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/?menu_id=35128



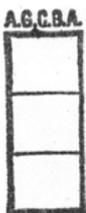
	<p>Los datos primarios se obtienen de los diferentes sectores donde ocurren los eventos. Posteriormente, se elevan sistemáticamente a la Dirección de Estadísticas para la Salud donde se completa el procedimiento estadístico de consistencia y elaboración de informes.</p> <p>El resumen del marco normativo es el siguiente:</p> <p>Legislación Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Constitución Nacional De la Nación Argentina.</i> -<i>Convención sobre los Derechos del Niño.</i> (Tratado Internacional con jerarquía constitucional. -<i>Ley N° 19.587/72. Higiene y Seguridad en el Trabajo</i> -<i>Ley N° 25.929/04: Protección del Embarazo y del Recién Nacido.</i> -<i>Decreto N° 1424/97: Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.</i> -<i>Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación que complementan el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención:</i> <ul style="list-style-type: none"> • N° 306/02: Aprueba las normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales. • N° 348/03: Aprueba las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad • N° 609/04: Aprueba las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Pediatría <p>Las mencionadas normas se utilizaron con carácter orientador, ya que no son de aplicación obligatoria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en virtud de que la misma no adhirió al Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica</p> <p>Legislación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Constitución de la Autónoma de Ciudad de Buenos Aires.</i> -<i>Ley 1040/03: Derecho de la mujer a estar acompañada en el momento del parto y la internación.</i> -<i>Ley N° 1808/05: Modifica la ley N° 534: Detección de fenilcetonuria e hipotiroidismo neonatal en los Recién Nacidos.</i>
--	---



	<p>-Ley Nº 3.968/11: Mortalidad Infantil. -Resolución Nº 361/GCABA/SS/96: Creación del programa de redes de atención de la salud, -Resolución Nº 1421/GCABA/SS/02: Programa de redes de atención de la salud. Modifica la resolución Nº 361/SS/96 -Resolución Nº 1006/GCABA/SS/03: Sistema de redes de diagnóstico de laboratorios bioquímico (pesquisa neonatal)</p> <p><u>-Resolución Nº 2060/GCABA/MSGC/07:</u> Programa Nutricional para atender a la Población Materno Infanto Juvenil con problemas Nutricionales y realizar promociones de alimentación saludable. -Resolución Nº 1137/GCABA/MSGC/11: establece la regionalización de la atención neonatológica en los hospitales públicos.</p>
<p>Procedimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas a las autoridades responsables en el Ministerio de Salud y los efectores • Relevamiento y análisis de la información estadística, comparando tres fuentes de información: la página web del sitio oficial de la CABA, la Dirección General de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud y los efectores objeto de esta auditoría. • Evaluación de los aspectos físicos y de equipamiento de los Departamentos Materno Infantil de los Hospitales objeto de auditoría y sus áreas Programáticas, utilizando con carácter orientados las Resoluciones Nº306/02, 348/03 y 609/04 . • Evaluación de la calidad de atención médica, auditando la estructura orgánica, sus protocolos de gestión, diagnóstico y tratamiento; la adecuación del recurso humano, profesional, técnico y administrativo. • Existencia y funcionamiento del Comité de Mortalidad Materno Infantil en los Hospitales. • Evaluación del cumplimiento de las trazadoras de la calidad de atención médica en el control de embarazo.



<p>Observaciones</p>	<p>VI.3 RELEVAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En el año 2012, la Página Web deja de publicar prestaciones y prácticas obstétricas individuales y grupales. De la comparación estadística de consultas realizadas en cobertura porteña en los cuatros hospitales objeto de auditoría, se observa una disminución de las mismas a partir de 2011. 2. Se observó falta de conciliación entre los datos suministrados por el Ministerio de Salud, la Página Web y las Direcciones de Estadísticas de los Hospitales para el mismo período, esto impide realizar comparaciones entre distintos períodos debido a la falta de certeza de los datos. Para evaluar indicadores de eficiencia respecto de recursos físicos, suministros y recursos humanos, es necesario contar con metas confiables. La falta de conciliación oscila entre 0.65% en la tasa de mortalidad del Hospital Piñero y el 944,55% de consultas en Cobertura Porteña del Hospital Santojanni. 3. Se observó la demora en la actualización de la publicación de Estadísticas de Salud para el año 2012 en la página web, siendo actualizada en mayo de 2014. <p>VI.4 APLICACIÓN DE LAS RESOLUCIONES N° 306/02, 348/03 Y 609/04 Y CUMPLIMIENTO A LA LEY N°1040/03</p> <p style="text-align: center;">Planta Física</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. En los Hospitales Penna, Argerich y Piñero las salidas de emergencia no existen o se encuentran clausuradas. 5. Los Planos de Evacuación en los Hospitales Penna y Santojanni no están aprobados por Defensa Civil, mientras que en el Hospital Piñero no se realizaron las tareas de entrenamiento y capacitación. 6. En los cuatro Hospitales se observaron cámaras de inspección (piletas de patio) no herméticas en sectores de neonatología y centro obstétrico, con los riesgos inherentes a las condiciones de asepsia.
-----------------------------	--



	<p style="text-align: center;"><i>Maternidad</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. En los Hospitales Penna y Piñero se adquirieron equipos de aire acondicionado para las salas con recursos del Plan nacer que no pudieron ser instalados debido a la sobrecarga eléctrica que generaría sobre el sistema. 8. Las condiciones edilicias de los centros obstétricos imposibilitan el cumplimiento de la Ley 1040/03: “Derecho de la mujer a estar acompañada en el momento del parto y la internación”. 9. Ninguno de los Hospitales objeto de esta auditoria cuentan con salas TPR (trabajo de parto, parto y recuperación). 10. No disponen de equipos UPS en los Hospitales Argerich, Piñero y Hospital Penna (este solo cuenta con ellos en la obra nueva de pediatría.) El Hospital Santojanni las instaló recientemente en lugares inadecuados. 11. En el Hospital Piñero, las salas de internación de obstetricia, no disponen de oxígeno a través de un sistema cerrado o tubos. 12. Los Hospitales Penna, Argerich y Piñero no cuentan con salas de recuperación o posparto inmediato. El Hospital Santojanni si cuenta con una sala de recuperación para partos normales pero no cuenta con un área separada para pacientes de alto riesgo equipada de manera similar a cualquier sala de recuperación quirúrgica como seria recomendable para una maternidad de nivel III. 13. Los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no cuentan con una cama de dilatantes cada 500 partos. 14. Las salas de partos de los Hospitales Penna y Santojanni son insuficientes para el número de partos anuales. 15. En el Hospital Piñero cada sala de partos no está destinada a la atención de una sola mujer. 16. En el hospital Piñero, la sala de partos no dispone de un área especial para el lavado y preparación del instrumental. 17. En los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no hay un quirófano cada mil quinientos partos, además en el Penna no cuentan con la superficie mínima establecida ni dispone de filtros de aire adecuados. En el Hospital Piñero hay un solo quirófano, no existe zona de transferencia
--	--



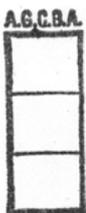
	<p>adecuada, respetando área restringida y semi-restringida. No hay office limpio y sucio separados, falta un área de depósito de equipamiento. El aire acondicionado no es el adecuado para un área quirúrgica. En el Hospital Argerich el aire acondicionado no posee regulación de temperatura y el desagüe genera filtraciones en los cielorrasos.</p> <p>18. Las salas de espera de los consultorios externos de los Hospitales Penna y Piñero, no cumplen con la superficie mínima establecida y los asientos no son suficientes para la demanda.</p> <p>19. En ninguna de las salas de internación de los cuatro Hospitales se respeta el espacio mínimo entre cada cama/cuna, ni existe elementos de separación fijos o móviles para respetar la privacidad de las pacientes.</p> <p>20. En los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no hay un baño completo cada cuatro camas de internación.</p> <p>21. En el Hospital Argerich, en el sector donde se encuentra la sala de espera del centro obstétrico y neonatología hay una estación intermedia de residuos.</p> <p>22. En el Hospital Argerich, la mesa de anestesia del quirófano no posee conexión al exterior para el venteo de gases.</p> <p>23. El Hospital Penna no tiene un ascensor camillero en el área materno neonatológica.</p> <p>24. El Hospital Santojanni no tiene residencia de madres. En los Hospitales Penna, Argerich y Piñero no cumplen con las necesidades básicas destinadas a ese lugar.</p> <p><i>Neonatología</i></p> <p>25. En el Hospital Piñero, el sector de reanimación del recién nacido y la internación neonatal no están en la misma planta, lo que dificulta el traslado de un recién nacido con complicaciones del centro obstétrico a la UTI. En ninguno de los Hospitales objeto, la sala de partos, el sector de atención del recién nacido y la internación neonatal tienen comunicación directa.</p> <p>26. El Hospital Piñero no dispone del equipo antincendios reglamentario en las tres zonas. El Santojanni no dispone de equipo adecuado para extinguir incendios eléctricos. Foja 45 del cuerpo del</p>
--	--

	<p>Informe.</p> <p>27. Los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no cuentan con antesala para recepción de padres, con lavatorios, recipientes para residuos, etc. Tampoco cuentan con comodidades para las madres ni sillas suficientes.</p> <p>28. En los Hospitales Piñero y Penna, el office de enfermería no tiene la superficie mínima establecida.</p> <p>29. En los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni, no se cumple con la superficie mínima para cada recién nacido internado.</p> <p>30. En los Hospitales Penna y Piñero, no hay sala de observación/aislamiento para sospechosos de infección.</p> <p>31. En el Hospital Piñero, los pisos de la UTI se encuentran deteriorados, los aires acondicionados no son los adecuados, no hay una diferenciación de temperatura en las diferentes áreas y falta una estación central de control (se utiliza una simple mesa como isla central).</p> <p>32. En los Hospitales Piñero y Santojanni, el equipo de rayos no cuenta con protecciones y biombos plomados.</p> <p><i>Pediatría</i></p> <p>33. Los hospitales Argerich; Piñero y Santojanni carecen de estación alimentaria periférica</p> <p>34. Las camas para internación carecen de privacidad y espacio para acompañantes, en los hospitales Argerich; Piñero y Santojanni</p> <p>35. Las habitaciones de aislamiento no tienen sistema de presión positiva-negativa en los Hospitales Argerich y Piñero.</p> <p>36. En los Hospitales Piñero y Santojanni no hay un baño completo cada cuatro camas de internación.</p> <p>37. Los consultorios externos de los Hospitales Argerich, Piñero y Santojanni carecen de privacidad. Además en el Piñero no tienen la superficie mínima establecida.</p> <p>38. En el Hospital Piñero, la sala de espera es común para pediatría y neonatología siendo el espacio insuficiente para el promedio de consultas diarias.</p> <p>39. En la sala de internación del Hospital Santojanni, los pisos de goma se encuentran despegados en varios sectores, se observaron humedades en las paredes,</p>
--	--

	<p>el cielorraso en el pasillo central es de chapas de aluminio desmontable y con poca iluminación.</p> <p>40. La guardia pediátrica del Hospital Piñero no tiene shock room.</p> <p>b) Equipamiento</p> <p><i>Maternidad</i></p> <p>41. No se cuenta con envases de jabones antisépticos y toallas descartables en los lavatorios de todas las áreas de maternidad de los hospitales Penna; Argerich y Piñero.</p> <p>42. Ninguno de los cuatro hospitales objeto de esta auditoría, cuenta con la cantidad suficiente de detectores electrónicos de latidos fetales, en relación al número de consultorios obstétricos.</p> <p>43. En el sector de internación, el mobiliario se encuentra en malas condiciones, camas muy antiguas (más de 20 años) con las patas metálicas carcomidas por el óxido generado por la limpieza de los pisos;</p> <p>44. En la sala de dilatantes, los hospitales Penna y Piñero, no tienen colchones con fundas lavables.</p> <p>45. En los hospitales Piñero y Argerich no disponen cardiotocografos en el centro obstétrico.</p> <p>46. En ninguno de los cuatro hospitales, la cama de partos le permite a la paciente variar de posición en el parto</p> <p>47. En el quirófano del hospital Penna no cuentan con recipiente de plástico con tapa con bolsas de polietileno de dos colores para residuos comunes y patogénicos.</p> <p><i>Neonatología</i></p> <p>48. Los hospitales Argerich y Santojanni no disponen de una incubadora de transporte intra/extra institucional cada doce plazas y/o 3000 partos por año, en el área de cuidados especiales neonatales.</p> <p>49. Ninguno de los cuatro hospitales tienen un monitor trans cutáneo de oxígeno o/y monitorización no invasiva de PCO2 cada cinco plazas de neonatología; los Hospitales Santojanni, Penna y Argerich no disponen de un tensiómetro oscilométrico cada dos incubadoras.</p> <p>50. El hospital Penna y el Santojanni no disponen de</p>
--	---

	<p>electrocardiógrafo en el área de cuidados intensivos.</p> <p>51. El hospital Argerich no cuentan con envase antiséptico de dosificación automática y toallas descartables para el lavado de manos en cada una de sus tres zonas.</p> <p>52. El Santojanni no tiene un oxímetro de pulso por cada plaza de cuidados intensivo o intermedio.</p> <p>53. El Santojanni y Argerich no cuentan con la cantidad suficiente de bombas de perfusión continua (dos por cada incubadora).</p> <p>54. El hospital Argerich no tiene un equipo completo de reanimación cada seis plazas.</p> <p>55. El hospital Penna no dispone de un stock de medicamentos completos que cubra la dosificación por 24 hs. de atención de las patologías ni existen recipientes lavables con tapa, con bolsas de polietileno (tres colores) para el depósito de residuos y cualquier otro material desechable en ninguna de las tres zonas.</p> <p>56. El Hospital Penna y Argerich no disponen de bombas para la extracción de leche de las madres.</p> <p>57. En el Hospital Argerich el equipo de rayos portátil es obsoleto y no cuenta con un ecógrafo Dópler color.</p> <p>58. En el Hospital Santojanni; en el área de recepción del recién nacido no se dispone de un equipo BLENDER para suministrar oxígeno calentado y humidificado. No cuenta con láminas de plástico y gorros para los recién nacidos de pretérmino. Tampoco dispone de un equipo de luminoterapia cada dos incubadoras, es decir, una cada 300 nacimientos por año</p> <p><i>Pediatría</i></p> <p>59. En el Hospital Penna los sillones de los acompañantes se encuentran en mal estado a pesar de ser de adquisición reciente.</p> <p>60. En el Hospital Argerich el mobiliario se encuentra en regulares condiciones (las camas y cunas). No disponen de otoscopio, electrocardiógrafo ni un tensiómetro con mangos pediátricos cada seis camas. Tampoco tiene un desfibrilador a disposición ni ningún tubo de oxígeno de transporte.</p> <p>61. En los servicios del Penna, Santojanni y Piñero no cuentan con la cantidad de bañeras acorde al</p>
--	---

	<p>número de camas.</p> <p>62. En los hospitales Santojanni; Argerich y Piñero las habitaciones de internación, no cuentan con sillón cama para el acompañante.</p> <p>c) Área Programática - Planta Física y Equipamiento</p> <p>63. En el CeSAC N° 8 los consultorios destinados a atención tocoginecológica no tienen baño propio, son de reducidas dimensiones y resultan insuficientes en relación al promedio de consultas diarias. El Centro no cuenta con circuitos alternativos de ingreso de corriente eléctrica. La central telefónica no funciona adecuadamente.</p> <p>64. En el Cesac N° 41 las salidas de emergencia no se encuentran señalizadas para permitir una fácil evacuación de todas las áreas. No cuenta con depósito para medicamentos e instrumental. La sala de espera es de reducidas dimensiones y resulta insuficiente en relación al flujo de pacientes diarios. No tiene espacio para educación sanitaria o actividades docentes tampoco para Servicio Social. El espacio destino a la recepción y archivo de documentación es insuficiente.</p> <p>65. En el CeSAC N° 14 no funcionan correctamente las redes cloacales y cámaras sépticas. No dispone de agua potable ni se controla periódicamente la higiene de los tanques de agua. Los pisos y paredes de todas las áreas se encuentran en mal estado de conservación; la iluminación natural y artificial son inadecuadas. No cuenta con ingresos alternativos de corriente eléctrica. Las áreas no se hayan adecuadamente señalizadas y las salidas de emergencia no están señalizadas para una fácil evacuación. No existe equipo reglamentario anti-incendio. No cuenta con disponibilidad de oxígeno en todas las áreas de atención. No tiene depósito para medicamentos e instrumental. La planta física es inadecuada para la circulación de usuarios discapacitados. No todas las áreas tienen lavatorios de manos.</p> <p>Los consultorios tienen una superficie insuficiente para la función que cumplen. Los sanitarios no cuentan con elementos básicos de higiene.</p> <p>Los consultorios para atención tocoginecológica no tienen baño.</p>
--	--



	<p>El consultorio separado para otros procedimientos (curaciones, patología cervical) no cumple con la superficie mínima establecida. No hay espacio propio para educación sanitaria o actividades docentes. El espacio para recepción y archivos de documentación es inadecuado. A todos los consultorios les falta mobiliario e instrumental. No son suficientes los guantes estériles y descartables. El equipo para esterilizar no funciona. No cuenta con archivos para Historias Clínicas. Tienen ecógrafo pero no ecografista.</p> <p>66. En el CeSAC N° 5 no existe sistema de intercomunicación entre las distintas áreas, la central telefónica se encuentra fuera de servicio creando también la dificultad de realizar llamados externos. Los consultorios no cuentan con insumos mínimos como espátulas de Ayre, baja lenguas, gasas, guantes estériles y descartables, al momento de esta auditoría. Tampoco disponen de escalerillas, sillas, tensiómetros y cinta métrica inextensible ni archivo de historias clínicas.</p> <p>VI.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA</p> <p>67. Se observa que los organigramas de los hospitales objeto de auditoría difieren en su estructura: En el Hospital Penna tienen una División de Tocoginecología, cuando es de esperar que el Servicio de Ginecología dependa del Departamento de Cirugía. Los servicios de Neonatología funcionan como Sección dependiente de Pediatría en los Hospitales Argerich y Piñero, situación que no corresponde a las metas físicas cumplidas.</p> <p>68. Las estadísticas de movimiento de internación según especialidades demostró las inexactitudes que respecto al servicio de Neonatología se expresan en los movimientos hospitalarios de 2012 y reiteran en los años anteriores (ver Pág. Web G.C.B.A.) Estas circunstancias imposibilitan hacer cálculos certeros para planificar, tanto recursos físico como humanos. Ver cuadros de movimiento</p>
--	--



de internación según especialidades fojas 10, 15, 18 y 22.

Recursos humanos

- 69. En el hospital Penna existen cargos concursados pendientes de nombramiento; cargos vacantes no concursados y pedidos de partidas en el Departamento Materno infantil y en el Área Programática. Existe déficit de enfermería en todas las áreas; pero su inexistencia en internación conjunta aumenta superfluamente la necesidad de recursos médicos y de enfermería en la Unidad de Cuidados Especiales. También existe carencia de personal administrativo y limpieza. Los Cesac N°8 y 32 disminuyeron las consultas de materno infancia por perdida de horas médicas.
- 70. En el Hospital Argerich existen cargos concursados pendientes de nombramiento en el área de Obstetricia y déficit en el Departamento de enfermería solicitado por nota fechada en el año 2012.
 Falta personal administrativo en todos los Cesac y existen cargos concursados no efectivizados.
- 71. En el Hospital Piñero existen cargos vacantes sin concursar y cargos concursados pendientes de nombramiento, uno para tocoginecólogo y otro para obstétrica.
- 72. Se observa en el Hospital Santojanni, la falta de personal y nombramientos de Jefaturas vacantes en el área de Archivo y en la División de Estadísticas.

VI.5.5 Comité de Mortalidad Materno Infantil

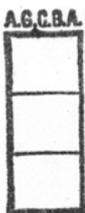
- 73. Se incumple con la reglamentación de la Ley N° 3968/11. No fue creada la autoridad de aplicación que debiera centralizar la información recogida en todos los subsectores de salud y decidir las políticas sanitarias adecuadas.
- 74. Se observó que los criterios de análisis de mortalidad son diferentes en los 4 Hospitales, lo cual imposibilita hacer análisis comparativos, profundizar en las causas, además de la dificultad de la conciliación de los datos estadísticos.



	<p>VI.5.6 Evaluación del cumplimiento de las trazadoras de calidad de atención médica en el control del embarazo.</p> <p>75. Si bien todos los servicios de maternidad cuentan con normas y protocolos actualizados para seguimiento, diagnóstico y tratamiento de los embarazos y partos normales y patológicos, los resultados de la muestra de historias clínicas reflejan, además de alto porcentaje de incumplimiento de los indicadores tomados en la muestra de historias clínicas, cifras muy dispares entre los Hospitales.</p>
<p>Recomendaciones</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires valide con precisión los datos suministrados por los efectores, de tal forma que los informes proporcionados permitan implementar políticas eficientes de salud, acordes a las necesidades de la población. Asimismo se actualice en tiempo y forma la página oficial del sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (Observación 1, 2 y 3) 2. En relación a las observaciones a la planta física y equipamiento de los efectores de la muestra, se recomienda el cumplimiento de las Resoluciones 306/02, 348/03, 609/04 y la Ley N° 1040/03, ya que esta normativa es la que nos fue suministrada como marco legal por el Ministerio de Salud de la CABA y la Dirección de Recursos Físicos en Salud. (Observaciones 4 a 66) 3. Definir, con criterios unificados de acuerdo a las necesidades asistenciales actuales, los organigramas de los Hospitales Generales de Agudos. (Observación 67) 4. Se recomienda el análisis pormenorizado de los datos estadísticos de los servicios de neonatología, para determinar con exactitud las necesidades reales de recursos humanos, físicos y equipamiento; haciendo una utilización óptima de los mismos. (Observación 68) 5. Se recomienda concursar cargos vacantes, nombrar los cargos pendientes y cubrir las necesidades de personal de enfermería, administrativos y de limpieza. (Observaciones 69 a 72)



	<p>6. Dar cumplimiento a la reglamentación de la Ley N°3968/11, creando el Comité de Mortalidad Materno Infantil. (Observaciones 73 y 74)</p> <p>7. Implementar acciones sanitarias en los efectores, a fin de garantizar la aplicación de los protocolos de atención médica en el control de embarazo. (Observación 75)</p>
<p>Conclusiones</p>	<p>La Salud Materno Infantil tiene por objetivo primario y prioritario asegurar el acceso del binomio madre-niño al conjunto de recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación y garantizar el acceso a los servicios de control de embarazo y del niño sano; así como de promoción de la lactancia materna, con la finalidad de reducir las muertes evitables, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención de la población.</p> <p>Las variaciones en la Mortalidad Materno-Infantil inciden considerablemente en la Esperanza de Vida al Nacer, que es el indicador de salud utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para elaborar el Índice de Desarrollo Humano, con el cual se determina el nivel de avance que tienen los países del mundo. El mismo fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto fue promulgada la Ley N° 3968/11 que da creación al Comité de Mortalidad Materno Infantil. A la conclusión de este informe este comité no estaba en funciones.</p> <p>Otro de los elementos puestos de manifiesto en este informe de auditoría, es que al momento de la sanción de las normas, no fueron tenidas en cuenta las características de los efectores y las asignaciones presupuestarias, para su cumplimiento.</p> <p>Se comprobó que la información estadística elaborada sobre datos recogidos de la práctica asistencial, no constituyen un instrumento confiable para la implementación de políticas de salud y para la utilización eficiente de los recursos. Con la lectura de las cifras informadas, se llegarían a ejecutar medidas erradas.</p> <p>La falta de convenios interjurisdiccionales acarrearán la pérdida de financiamiento por la ejecución del Plan Nacer/Sumar, de los pacientes que provienen de la Provincia de Buenos Aires u otras jurisdicciones.</p>



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
“SALUD MATERNO INFANTIL”
PROYECTO N° 3.13.12**

DESTINATARIO

Al Señor
Presidente de la
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
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 siguiente.

I) OBJETO

Departamento Materno Infantil de los Hospitales: Penna, Argerich, Santojanni, Piñero y sus respectivas Áreas Programáticas.

II) OBJETIVO

Efectuar un relevamiento preliminar y obtener evidencia válida y suficiente que permita evaluar la gestión.

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.

En los programas y proyectos auditados correspondientes al sector público, se deberán contemplar los principios de ética y equidad, verificando la existencia de una adecuada protección y resguardo de las necesidades e intereses de la comunidad².

Se realizó el relevamiento de la normativa, datos e información general y particular; recursos humanos, físicos y presupuestarios, organización, utilización y coordinación de dichos recursos y de los controles establecidos a fin de realizar un examen sistemático de evidencias con el objeto de fundar una opinión independiente acerca de la gestión y de proveer información para

² http://www.agcba.gov.ar/docs/Norm-NORMAS_EXTERNA.doc

facilitar la toma de decisiones por parte de funcionarios con responsabilidad para supervisar o iniciar acciones correctivas.

Las tareas de campo se desarrollarán entre el 30 de septiembre de 2013 y el 28 de agosto de 2014.

IV LIMITACIONES AL ALCANCE

No hubo.

V) ACLARACIONES PREVIAS

Se definirá en este ítem, los conceptos de salud materno infantil y sus objetivos; la utilidad de las estadísticas para la salud, explicitando sus nociones y el marco jurídico que determina la ejecución de estas acciones de Salud.

V.1 La Salud Materno Infantil tiene por objetivo primario y prioritario asegurar el acceso del binomio madre-niño al conjunto de recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación y garantizar el acceso a los servicios de control de embarazo y del niño sano; así como de promoción de la lactancia materna.

Las mujeres embarazadas y los niños durante el primer año de vida deben realizarse controles mensuales de salud. Los niños de 2 a 5 años deben asistir a control cada 4 meses, para comprobar si el crecimiento y el desarrollo son adecuados (sean estos de carácter público- estatal, no estatal o privados). El énfasis de las políticas dirigidas a este grupo poblacional se ve reflejado en su incorporación al Programa Médico Obligatorio (PMO).

Las acciones de atención de la Madre y el Niño incluyen diversos Programas que cuentan con presupuestos de la Ciudad y de la Nación que proveen recursos financieros y/o materiales, por ejemplo: Plan Nacer, Programa de Pesquisa Neonatal, Programa de Inmunizaciones y Programa Nutricional.

El Plan Nacer es un seguro provincial de salud que lanzó el Ministerio de Salud de la Nación, en el marco del Plan Federal de Salud en el año 2005 y se fue implementando de manera progresiva en todo el país.

El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través del Ministerio de Salud, ha suscripto un Convenio con el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en Diciembre del 2008. El objetivo principal es disminuir el componente sanitario de la morbimortalidad materno infantil en la República Argentina, asegurar el acceso a la Salud a todas las mujeres embarazadas, a los niños y niñas hasta seis años de edad y sin obra social y fortalecer la red de servicios públicos de salud.

De esta manera se pretende reducir las muertes evitables, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención de la población. El mismo, cuenta con financiamiento externo del BIRF (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento).

La Ciudad de Buenos Aires, a través del Plan Nacer, recibe fondos provenientes del Ministerio de Salud de la Nación por cumplimentar las metas de inscripción de la población e informar datos e indicadores sanitarios.

Posteriormente estos fondos son re transferidos a cada efector (Hospitales y/o CeSACs) por medio de una facturación de las prestaciones que ellos brindaron. Para poder facturar prestaciones realizadas a pacientes domiciliadas en otras Jurisdicciones (Provincias) deben firmarse convenios entre EL Gobierno de la CABA y los diferentes Gobernadores. En la actualidad, debido a la caducidad del Plan Nacer, el Gobierno de la CABA debería firmar un convenio de adhesión al Plan SUMAR y posteriormente firmar convenios interjurisdiccionales.

El Programa de Pesquisa Neonatal (PPN) tiene como principal objetivo la prevención de patologías neonatales inaparentes mediante el diagnóstico y el tratamiento precoz de enfermedades metabólicas. El marco Regulatorio Nacional comienza con la Ley 23.413/87 y sus modificatorias y/o complementarias. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2000 establece su Ley N° 534/00.

El Programa de Inmunizaciones a través de la Ley N° 22.909/83 establece que la vacunación de los habitantes del país a efectos de su protección contra las enfermedades prevenibles por ese medio, se realizará en toda la República de acuerdo a las disposiciones de esta ley.

La autoridad sanitaria nacional determinará la nómina de las enfermedades a que alude el párrafo anterior y la mantendrá actualizada de acuerdo a la evolución del conocimiento científico sobre la materia y a las condiciones epidemiológicas de todo o parte del país.

El Programa de Inmunizaciones en la Ciudad de Buenos Aires, tiene como principal función, organizar y programar la gestión, distribución y provisión de insumos inmunobiológicos y de material descartable.

Por Resolución N° 2332/2008, dispone que los servicios de vacunación públicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no solicitarán orden médica para aplicar las vacunas que correspondan según el Calendario Nacional de Vacunación.

El Programa Nacional PROMIN, financiado con un préstamo del BIRF a través del acuerdo Decreto N° 960/1997, se propone desarrollar acciones para preservar y mejorar el estado nutricional de la población materno-infanto-juvenil. La Ley N° 105/98, creó el Programa de Estudio y Evaluación de los Servicios de Asistencia Alimentaria y Nutricional a la Población en situación vulnerable o Crítica, complementando la Ordenanza Municipal N° 52.117/CD/97 la cual implementó el Plan Diagnóstico y seguimiento de la situación nutricional de la Ciudad de Buenos Aires entre niños de 0 a 13 años y mujeres embarazadas.

Actualmente mediante la Resolución N° 269/GCABA/MDSGC/11 se crea el Programa de Desarrollo de Políticas Alimentarias y Nutricionales.

Las variaciones en la Mortalidad Materno-Infantil inciden considerablemente en la Esperanza de Vida al Nacer, que es el indicador de salud utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para elaborar el Índice de Desarrollo Humano, con el cual se determina el nivel de avance que tienen los países del mundo. El mismo fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para

evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida.

Las variaciones en la Mortalidad Materno-Infantil inciden considerablemente en la Esperanza de Vida al Nacer, que es el indicador de salud utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para elaborar el Índice de Desarrollo Humano, con el cual se determina el nivel de avance que tienen los países del mundo. El mismo fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida.

V.2 Estadísticas para la Salud

Las Estadísticas para la Salud muestran información relacionada con las actividades asistenciales que se desarrollan en los Hospitales y efectores de Atención Primaria de la Salud, dependientes del Ministerio de Salud del GCABA.

Las definiciones de Estadísticas para la Salud ³ integran el Anexo I

Los datos están agrupados en tres ejes temáticos que responden a programas estadísticos continuos:

- Diagnósticos de pacientes egresados
- Movimiento hospitalario
- Atención primaria

Los datos primarios se obtienen de los diferentes sectores donde ocurren los eventos. Posteriormente, se elevan sistemáticamente a la Dirección de Estadísticas para la Salud donde se completa el procedimiento estadístico de consistencia y elaboración de informes.

V.3 Marco Normativo

Se cotejó la situación de los Departamentos Materno Infantiles de los cuatro hospitales y de sus áreas programáticas en función de la legislación existente.

Legislación Nacional

-Constitución Nacional De la Nación Argentina.

-Convención sobre los Derechos del Niño. (Tratado Internacional con jerarquía constitucional.

-Ley N° 19.587/72. Higiene y Seguridad en el Trabajo

³ Fuente: Pagina Web: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/2011/?menu_id=35128

-Ley N° 25.929/04: *Protección del Embarazo y del Recién Nacido.*
-Decreto N° 1424/97: *Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.*

-Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación que complementan el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención:

- N° 306/02: Aprueba las normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales.
- N° 348/03: Aprueba las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad
- N° 609/04: Aprueba las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Pediatría.

Las mencionadas normas se utilizan con carácter orientador, ya que no son de aplicación obligatoria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en virtud de que la misma no adhirió al Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

Legislación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-Constitución de la Autónoma de Ciudad de Buenos Aires.

-Ley 1040/03: *Derecho de la mujer a estar acompañada en el momento del parto y la internación.*

-Ley N° 1808/05: *Modifica la ley N° 534: Detección de fenilcetonuria e hipotiroidismo neonatal en los Recién Nacidos.*

-Ley N° 3.968/11: *Mortalidad Infantil.*

-Resolución N° 361/GCABA/SS/96: *Creación del programa de redes de atención de la salud,*

-Resolución N° 1421/GCABA/SS/02: *Programa de redes de atención de la salud. Modifica la resolución N° 361/SS/96*

-Resolución N° 1006/GCABA/SS/03: *Sistema de redes de diagnóstico de laboratorios bioquímico (pesquisa neonatal)*

-Resolución N° 2060/GCABA/MSGC/07: *Programa Nutricional para atender a la Población Materno Infante Juvenil con problemas Nutricionales y realizar promociones de alimentación saludable*

-Resolución N° 1137/GCABA/MSGC/11: *establece la regionalización de la atención neonatológica en los hospitales públicos*

La descripción completa del marco normativo se encuentra explicitada en el Anexo II.

VI) TAREAS Y PROCEDIMIENTOS

VI.1 ENVÍO DE NOTAS:

Se enviaron notas al Ministerio de Salud, los Hospitales auditados y otros organismos, solicitando información estadística, recursos humanos, físicos y de equipamiento.

VI.2 ENTREVISTAS:

- ✓ Se realizó la entrevista protocolar con el Subsecretario de Atención Integrada de Salud, y los Directores de la Región Sanitaria I y II.
- ✓ Se realizaron las entrevistas con los Directores de Hospitales, Jefes de los Departamentos Materno Infantil; Área Programática, y otros Departamentos involucrados en el objeto de esta auditoría. En la misma fue presentado el equipo y se informó sobre el objetivo de esta auditoría.

VI.3 RELEVAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Se realizó el relevamiento y análisis de la información estadística solicitada al Ministerio de Salud y a los efectores objeto de la presente auditoría. Enumeramos a continuación sólo la falta de conciliación entre los datos aportados por las tres fuentes: estadísticas del Hospital, Página Web y datos entregados por estadísticas del Ministerio de Salud Pública. También se han analizado datos relacionados con calidad de atención médica en internación neonatológica y prácticas obstétricas.

VI.3.1 Hospital General de Agudos José María Penna

Movimiento de internación según especialidades:

Año 2011

Especialidades	Ing.	Pases	Ing. + Pases	Egresos			Pas es	Egr.+ Pases	Días Camas Disp.	Pac. Días
				Altas	D e f.	Total				
Tocoginecología										
TOTAL(S/Hosp.) Tocoginecología	5.393	155	5.648	5.359	4	5.363	281	5.644	25.458	22.261
TOTAL(S/Pág.Web) Tocoginecología	5.397	258	5.655	5.386	3	5.389	262	5.651	25.379	22.073
Diferencia	-4	-103	-7	-27	1	-26	19	-7	79	188

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/11/2013 y Pág. Web

Existe una diferencia entre lo informado por el Hospital Penna y lo publicado en la pág. Web del sitio oficial del GCBA respecto de los datos de tocoginecología. (Obs.2)

Año 2012

Especialidades	Ing.	Pases	Ing. + Pases	Egresos			Pases	Egr.+ Pases	Días Camas Disp.	Pac. Días
				Altas	Def.	Total				
Pediatría										
Pediatría 10	855	12	867	863	2	863	2	865	4.529	4.457
Neonatología	655	176	831	404	22	426	414	840	8.450	6.203
Recién Nacido Sano 07	1.304	238	1.542	1.446	0	1.446	94	1.540	8.784	6.062
Recién Nacido Sano 08	1.666	207	1.873	1.749	0	1.749	120	1.869	9.052	7.320
TOTAL Pediatría (S/Hosp, S/ Pág web)	4.480	633	5.113	4.462	24	4.484	630	5.114	30.815	24.042
Tocoginecología										
TOTAL (S/Hosp.-} Pág. Web /MS)	5.627	284	5.911	5.622	9	5.631	283	5.914	25.564	23.069

Los datos del año 2012 concilian entre las tres distintas fuentes.

Para el año 2012, se observó que el 22% de los recién nacidos ingresaron a Neonatología.

Se indaga sobre el particular a Jefa del Depto. Materno Infantil quien manifestó que no todos los RN que ingresaron a Neonatología requerían cuidados especiales pudiendo haber permanecido junto a su madre. La causa de su internación en terapia neonatal es la falta de enfermería para internación conjunta y la falta espacio físico en las salas de internación obstétrica. (Obs. 68)

Del libro de Actas del Comité de Mortalidad Materno-infantil se verifica que de las 9 defunciones en Tocoginecología, 3 corresponden a pacientes obstétricas.

Índices de internación según especialidades

Año 2011

Especialidades	Promedio Camas Disponible.	Promedio Pac. día	% Ocupado	Promedio Perm.	Giro	Tasa Mort. Hosp. %
Pediatría						
TOTAL Pediatría (S/Hosp.)	75.99	55.82	78.53	4.75	65.78	0.89
TOTAL Pediatría (S/Pág.Web)	75.99	55.81	73.45	4.38	61.14	0.54
Diferencia	0	0.01	5.08	0.37	4.64	0.35
Tocoginecología						
TOTAL(S/Hosp.) Tocoginecología	69.54	60.48	86.60	3.93	81.90	0.05
TOTAL(S/Pág.Web) Tocoginecología	69.53	60.47	86.97	3.91	81.27	0.05
Diferencia	0.01	0.01	-0.37	0.02	0.63	0.00

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/11/2013, Pág. Web.

Año 2012

Especialidades	Promedio Camas Disponible.	Promedio Pac. día	% Ocupado	Promedio Perm.	Giro	Tasa Mort. Hosp. %
Pediatría						
TOTAL Pediatría (S/Hosp.)	84.19	65.69	80.43	5.10	61.51	0.66
TOTAL Pediatría (S/M°S)	84.12	65.69	78.02	4.70	60.74	0.43
Diferencia	0.07	0.00	2.41	0.40	0.77	0.23
Tocoginecología						
TOTAL(S/Hosp.) Tocoginecología	69.85	63.04	89.99	4.01	85.70	0.14
TOTAL (S/M°S) Tocoginecología	69.85	63.03	90.24	3.90	84.67	0.15
Diferencia	0.00	0.01	-0.25	0.11	1.03	-0.01

Fuente: Nota HGAP S/N° del 13/11/2013 y M°S IF-2013-06325876- DGDYPS -fs. 31y 32

De los datos expuestos en los cuadros anteriores para el año 2011, se observó una diferencia del 5,8% en el porcentaje ocupacional en pediatría (datos aportados por el Hospital Penna y lo publicado en la Página Web Oficial del GCBA), y para el año 2012 una diferencia del 2,41% con lo informado por el Ministerio de Salud. (Obs. 2)

Movimiento de consultorios externos según especialidades

Año 2011

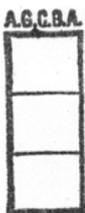
Especialidades	Consultas Externas			TOTAL
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	
Pediatría				
TOTAL Pediatría (S/Hosp.)	22.187	0	17.099	39.286
TOTAL Pediatría (S/Pág.Web)	22.763	144	21.679	44.586
Diferencia	-576	-144	-4.580	-5.300
Tocoginecología				
TOTAL(S/Hosp.) Tocoginecología	266	0	6.926	7.192
TOTAL(S/Pág.Web) Tocoginecología	6.545		18.622	25.167
Diferencia	-6.279	0	-11.696	-17.975

Fuente: Nota HGAP S/N° del 13/11/2013 y M°S y Pág. Web

Año 2012

Especialidades	Consultas Externas			TOTAL
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	
Pediatría				
TOTAL Pediatría (S/Hosp. /Pág. Web/ MS)	20.514	0	16.403	36.917
Tocoginecología				
TOTAL(S/Hosp./Pág. Web/MS) Tocoginecología	264	0	6.814	7.078

Fuente: Nota HGAP S/N° del 13/11/2013



De lo expuesto en los cuadros anteriores se observa que los datos informados para el año 2011 por el Hospital Penna no coinciden con los publicados en la página web oficial del GCBA e Informados por el Ministerio de Salud.

En consultas de Pediatría el Ministerio de Salud informó 5.300 consultas externas más que las informadas por el Hospital para el mismo período (2011). Representa un 13.49% más respecto a lo comunicado por el Hospital. (Obs. 2)
 En tocoginecología el Ministerio de Salud informó 17.975 consultas externas más que las informadas por el Hospital para el mismo período (2011). Representa un 249.93% más respecto a lo comunicado por Hospital. (Obs. 2)
 En el año 2012 los datos de las tres fuentes concilian

Partos Clasificados por Tipo

Año 2012

Hospital	PARTOS					% de Cesáreas
	Normal	Cesáreas	Forcéps	Otros	Total	
TOTAL (S/Hosp.)	2.732	776	23	0	3.531	22
TOTAL (S/Mº S)	2.730	786	23	2	3.541	22.2
Diferencia	2	-10	0	-2	-10	

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/11/2013,

De los datos expuestos en los cuadros surgió que para el año 2012 los informados por el Hospital Penna no concilian con los informados por el Ministerio de Salud. (Obs. 2)

Resumen de Prestaciones y Prácticas Obstétricas

Año 2012

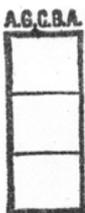
Hospital	PRESTACIONES (Individuales)					PRACTICAS	
	Nº de Pacientes					Nº de Practicas	
	1a. Vez	Ulterior	Puerperal	Lactancia	Procreación Responsable	Monitoreo sin Stress	Toma Muestra E.G.B. (*)
Penna	3.576	8.390	1.393	1.393	250	2.662	2.205
TOTAL (S/Hosp.)	3.576	8.390	1.393	1.393	250	2.662	2.205
TOTAL (S/Mº S)	3.550	8.287	1.365	1.365	253	2.709	2.212
Diferencia	26	103	28	28	-3	-47	-7

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/11/2013, IF-2013-06326355- DGDYPS –fs. 53, 54 y 55, Actuación Mº S: GD-2014-02436702-DGDYPS. Pág. Web no publica

Para el año 2012, de los datos informados por el Hospital y el Ministerio de Salud surgieron las siguientes diferencias:

En el cuadro de Prestaciones Individuales, el Ministerio informó 182 prestaciones menos que el Hospital, lo que representa una diferencia de 1.21%, y en horas una diferencia de 45.5hs/trabajadas. (Obs. 2)

En el cuadro de Prácticas el Ministerio informó que se realizaron 54 prácticas menos que lo informado por el Hospital, lo que representa un 1,11% menos. (Obs. 2)



Resumen de prestaciones grupales obstétricas
 Año 2011

Hospital	PRESTACIONES GRUPALES			
	Preparación Integral para la Maternidad		Procreación Responsable	
	Nº de Cursos	Nº Asistentes	Nº de Cursos	Nº Asistentes
TOTAL (S/Hosp.)		425		1.108
TOTAL (S/Pág.Web.)	91	877	164	2.848
Diferencia		-452		-1.668

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/11/2013, Pag. Web

Año 2012

Hospital	PRESTACIONES GRUPALES			
	Preparación Integral para la Maternidad		Procreación Responsable	
	Nº de Cursos	Nº Asistentes	Nº de Cursos	Nº Asistentes
TOTAL (S/Hosp.)		616		3.070

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/11/2013

Los datos informados por el Hospital Penna no concilian con los publicados en la Página Web oficial del GCBA correspondientes al año 2011.

En el cuadro de Preparación integral para la Maternidad en la Página Web oficial del GCBA informó 452 prestaciones más que el Hospital, un 48.46% y en Procreación Responsable 1.668 prestaciones más que el Hospital, un 38.90%. (Obs. 2)

La comparación entre las prestaciones del año 2011 y del 2012 no se realiza por la falta de certeza en los indicadores. (Obs. 2)

En el año 2012 se dejó de publicar en la Página Web oficial del GCBA prestaciones y prácticas obstétricas tanto individuales como grupales. (Obs. 1)

Área Programática

Cobertura Porteña (Mov. de Consultorios Externos s/especialidades)

Año 2011

Especialidades	Consultas Externas						
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL	Días Aten.	Rel. 1º-Ult.	Prom. Diario
TOTAL Pediatría	3.486	---	2.247	5.733			
TOTAL Tocoginecología	1.872	---	2.227	4.099			
TOTAL S/Hosp. – Pág. Web	5.358	---	4.474	9.832			

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/1/2013 Pag. Web.

Año 2012

Especialidades	Consultas Externas						
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL	Días Aten.	Rel. 1º-Ult.	Prom. Diario
TOTAL Pediatría	2.808	---	1.716	4.524			
TOTAL Tocoginecología	1.792	---	1.710	3.502			
TOTAL S/Hosp. - Pág. Web	4.600		3.426	8.026			

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/11/2013

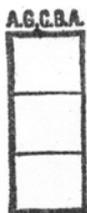
De la comparación de datos para los años 2011 y 2012, se observó una disminución en las consultas realizadas para ambas especialidades durante el año 2012 de un 26,72% para “Médico de Cabecera Pediatría” y 17,04% para “Médico de Cabecera Tocoginecología”. (Obs. 1)

De la lectura de los datos estadísticos surge la disminución de consultas en Cobertura Porteña.

Centros de Salud (Movimientos de Consultorios Externos s/Especialidades)

Año 2012

Centros de Salud Nº/Especialidad	Consultas Externas				Días Aten.	Rel. 1º-Ult.	Prom. Diario
	Internac.	1ra. Vez	Ulterior	TOTAL			
Cesac Nº 1		---					
Pediatría	0	779	1.928	2.707	0	2.47	0.00
Tocoginecología	0	473	1.045	1.518	0	2.21	0.00
Total Cesac Nº 1 s/Hosp.	0	1.252	2.973	4.225	0		
Cesac Nº 08		---					
Pediatría	0	2.213	3.338	5.551	0	1.51	0.00
Tocoginecología	0	404	278	682	0	0.69	0.00
Total Cesac Nº 8	0	2.617	3.616	6.233	0		
Cesac Nº 10		---					
Pediatría	0	2.387	2.842	5.229	0	1.19	0.00
Tocoginecología	0	1.187	816	2.003	0	0.69	0.00
Total Cesac Nº 10	0	3.574	3.658	7.232	0		
Cesac Nº 16		---					
Pediatría	0	1.741	2.027	3.768	0	1.16	0.00
Tocoginecología	0	775	709	1.484	0	0.91	0.00
Total Cesac Nº 16	0	2.516	2.736	5.252	0		
Cesac Nº 30 (zabaleta)		---					
Pediatría	0	2.443	2.325	4.768	0	0.95	0.00
Tocoginecología	0	668	996	1.664	0	1.49	0.00
Total Cesac Nº 30	0	3.111	3.321	6.432	0		
Cesac Nº 32 (charrúa)		---					
Pediatría	0	1.083	1.253	2.336	0	1.16	0.00
Tocoginecología	0	357	166	523	0	0.46	0.00
Total Cesac Nº 32	0	1.440	1.419	2.859	0		
Cesac Nº 35		---					
Pediatría	0	3.306	4.781	8.087	0	1.45	0.00
Tocoginecología	0	2.089	1.629	3.718	0	0.78	0.00
Total Cesac Nº 35		5.395	6.410	11.805	0		
Cesac Nº 39		---					
Pediatría	0	2.737	3.656	6.393	0	1.34	1.75



Centros de Salud Nº/Especialidad	Consultas Externas				Días Atenc.	Rel. 1º-Ult.	Prom. Diario
	Internac.	1ra. Vez	Ulterior	TOTAL			
Ginecología	0	114	151	265	0	1.32	1.75
Tocoginecología	0	1.398	1.080	2.478	0	2.00	1.50
Obstetricia	0	26	52	78	0	0.39	3.59
Total Cesac Nº 39	0	4.275	4.939	9.214	0		
TOTAL CESAC's S/Hosp. (1)	0	24.180	29.072	53.252			

Fuente: Nota HGAP S/Nº del 13/12/2013. El Mº de Salud no solicita las consultas con este nivel de discriminación

Se observa la baja productividad de consultas de tocoginecología en el CeSAC Nº 8 y en el Nº 32. (Obs. 69)

VI.3.2 Hospital General de Agudos Cosme Argerich

Movimiento de internación según especialidades

Año 2012

Especialidades	Ing.	Pases	Ing. + Pases	Egresos			Pases	Egr.+ Pases	Días Camas Disp.	Pac. Días
				Altas	Def.	Total				
Pediatría										
Recién Nacido Sano	2458	123	2581	2078		2078	511	2589	14542	6119
Neonatología	101	511	612	462	27	489	123	612	9.882	6.438
Pediatría	635	5	640	638		638	1	639	6.588	3.431
TOTAL Pediatría (S/Hosp.)	3194	639	3833	3178	27	3205	635	3840	30012	16248
TOTAL Pediatría (S/MºS) – Pág. Web	3.194	639	3.833	3.178	27	3.205	635	3.840	30.012	16.248
Diferencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Nota s/nº firmada por Jefe Dpto. Técnico HGAA, Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y y Pág. Web

Para el año 2012, de ingresos + pases, resultan 612 pacientes en neonatología. Esto representa un 23,91% sobre el total de recién nacidos vivos (2559). Este número es llamativamente alto respecto de los porcentajes esperables para un Departamento Materno Infantil. Se considera que un 10% de los recién nacidos necesitarán cuidados intermedios y entre un 3% y un 5% cuidados intensivos. También es observable que de los niños ingresados en neonatología el 83,49% son pases desde internación conjunta. (Obs.68)

Partos Clasificados por Tipo

Año 2012

Hospital	PARTOS					% de Cesáreas
	Normal	Cesáreas	Forcéps	Otros	Total	
Argerich	1.775	696	---	---	2.471	---
TOTAL (S/Hosp.)	1.775	696	---	---	2.471	---
TOTAL (S/Mº S) – Pág. Web	1.775	696	1		2.472	28.2
Diferencia	0	0	1	----	1	

Fuente: Información remitida por Mail por el HGAA, Mº S. IF-2013-06326228- DGDYPS – fs. 44, 45 y 46 y Pág. Web.

Se observa un índice de Cesáreas por encima de los estándares propuestos por OPS (15%), pero a criterio de esta auditoría los niveles observados tendrían que ser evaluados considerando nuevas tecnologías de diagnóstico.

Resumen de prestaciones y practicas obstétricas y resumen de prestaciones grupales obstétricas

Actividad	Año 2011	Año 2012
Preparación Integral para el parto	581	606
Talleres de Procreación responsable	631	721

Prestaciones totales de Obstet.	Año 2011	Año 2012
1 vez	3117	4499
Ulterior	11544	12529
Total	14661	17028

Prestaciones individuales Salud Reproductiva	Año 2011	Año 2012
1 vez	1728	1154
Ulterior	2569	3074
Total	4297	4228

Practicas Salud Reproductiva	Año 2011	Año 2012
Monitoreos	3332	4042
Muestras E.G.B	2450	2600

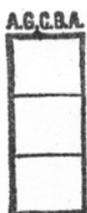
En el año 2012 se dejó de publicar en la Página Web oficial del GCBA prestaciones y prácticas obstétricas tanto individuales como grupales. (Obs. 1)

Área Programática

Cobertura Porteña (Mov. De Consultorios Externos s/Especialidad)

Año 2011

Especialidades	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
Cobertura Porteña (PEDIATRÍA)	1.701	---	626	2.327
TOTAL PEDIATRÍA (S/Hosp.) – Pág. Web	1.701	---	626	2.327



Especialidades	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
Cobertura Porteña (TOCOGINECOLOGÍA)	1.784	---	1.003	2.787
TOTAL(S/Hosp.) – Pág. Web Tocoginecología	1.784	---	1.003	2.787

Fuente: Nota s/nº firmada por Jefe Dpto. Técnico HGAA, Pág. Web
 Año 2012

Especialidades	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
Cobertura Porteña (PEDIATRÍA)	1.034	---	402	1.436
TOTAL Pediatría (S/Hosp.) – Pág. Web	1.034	---	402	1.436
Cobertura Porteña (TOCOGINECOLOGÍA)	1.296	---	637	1.933
TOTAL(S/Hosp.) – Pág. Web Tocoginecología	1.296	---	637	1.933

Fuente: Nota s/nº firmada por Jefe Dpto. Técnico HGAA y Pág. Web.

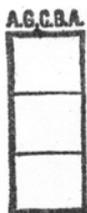
De comparar los totales de los datos informados por el Hospital para el año 2012, respecto al año 2011, en Cobertura Porteña (Mov. de Consultorios Externos s/Especialidad) surgió: (Obs. 1)

En Pediatría las consultas externas realizadas disminuyeron un 62,04%, a la vez que en Tocoginecología un 44,18%.

De la lectura de los datos estadísticos surge la disminución de consultas en Cobertura Porteña.

Centros de Salud (Mov. de Consultorios Externos s/Especialidad)

Centros de Salud N°/Especialidad	Consultas			
	1a. Vez	Ulter.	Domic.	TOTAL
Cesac N° 41		---		
Pediatría	1.118	1.103	0	2.221
Obstetricia	142	1.719	0	1.861
Tocoginecología	663	562	0	1.225
Total Cesac N° 41	1.923	3.384	0	5.307
Cesac N° 09				
Pediatría	373	7.343	0	7.716
Obstetricia	346	2954	0	3300
Tocoginecología	141	2.813	0	2.954
Total Cesac N° 09	860	13.110	0	13.970
Cesac N° 15				
Pediatría	6.975	5.405	0	12.380
Obstetricia			0	2.650
Tocoginecología	1.422	1.831	0	3.253
Total Cesac N° 15	8.397	7.236	0	18.283



VI.3.3 Hospital General De Agudos P. Piñero

Movimiento de internación según especialidades

Año 2011

Especialidades	Ing.	Pas es	Ing. + Pases	Egresos			Pase s	Egr.+ Pase s	Días Cama s Disp.	Pac. Días
				Altas	D ef.	Total				
Pediatría										
Recién Nacido Sano	---	---	---	---	---	---	---	2.401	---	---
Neonatología	---	---	---	---	---	---	---	394	---	---
Pediatría	---	---	---	---	---	---	---	1.543	---	---
TOTAL Pediatría(S/Hosp.)	---	---	---	---	---	---	---	4.338	---	---
TOTAL Pediatría (S/ Mº S)	4.053	330	4.383	3.988	24	4.012	326	4.338	24.728	15.328
Tocoginecología										
Obstetricia	---	---	---	---	---	---	---	3.322	---	---
TOTAL Tocoginecología (S/Hosp.)	---	---	---	---	---	---	---	3.322	---	---
TOTAL Tocoginecología (S/Mº S.)	3.318	40	3.358	3.284	---	3.284	38	3.322	22.070	12.760

Fuentes: HGAPP Email del 23/10/2013, Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web

Año 2012

Especialidades	Ing.	Pases	Ing. + Pases	Egresos			Pases	Egr.+ Pases	Días Camas Disp.	Pac. Días
				Altas	Def.	Total				
Pediatría										
Recién Nacido Sano	2494		2.494	2.171		2.171	326	2.497	9.577	7.515
Neonatología	74	326	400	388	11	399	8	407	6.591	3.842
Pediatría	1452	12	1.464	1.460	2	1.462	2	1.464	8.784	3.548
TOTAL Pediatría (S/Hosp.)	4.020	328	4.358	4.019	13	4.032	336	4.368	24.952	15.912
TOTAL Pediatría (S/ Mº S)	4.020	338	4.358	4.019	13	4.032	336	4.368	24.952	15.912
Diferencia		-10								
Tocoginecología										
Obstetricia	3.445	41	3.486	3.442		3.442	47	3.489	22.331	12.629
TOTAL Tocoginecología (S/Hosp.)	3.445	41	3.486	3.442		3.442	47	3.489	22.331	12.629
TOTAL Tocoginecología (S/Mº S.)	3.445	41	3.486	3.442		3.442	47	3.489	22.331	12.629

Fuentes: HGAPP Email del 23/10/2013, IF-2013-06326010-DGDYPS –fs. 36 y 37 y Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.

Si bien el total de niños que ingresaron a neonatología es del 15,5%, porcentaje apenas superior al esperable, es llamativo el número que pasa del área de recién nacido sano (13%) al área de internación neonatológica. (Obs. 68)

Índices de internación según especialidades

Año 2012

Especialidades	Promedio Camas Disponible.	Promedio Pac. día	% Ocupado	Promedio Perm.	Giro	Tasa Mort. Hosp. %
Pediatría						
Recién Nacido Sano	26.17	20.53	78.47	3.01	95.43	0.00
Neonatología	18.01	10.52	58.40	9.46	22.60	2.70
Pediatría	24.00	12.43	51.78	3.11	61.00	0.14
TOTAL Pediatría (S/Hosp.)	68.18	43.48	62.88	3.64	59.68	0.95
TOTAL Pediatría (S/Mº S) – Pág. Web	68,17	43,48	63,77	3,64	64,07	0,30
Diferencia			-0.89	0	-4.38	0.65

Fuentes: HGAPP Email del 23/10/2013, y Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.

De los cuadros surgió que los datos remitidos para el año 2012 no concilian:
(Obs. 2)

% Ocupacional: 0.89%
Giro: 4.38
Tasa Mort. Hosp: 0.65%

Movimiento de consultorios externos según especialidades

Año 2012

Especialidades	Consultas Externas					
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL	Días de Atención	Promedio Diario
Pediatría						
Pediatría	12.777	0	12.033	24.810	240	103.38
Pediatría (vesp.)	9.339	0	9.225	18.564	240	77.35
TOTAL Pediatría (S/Hosp.)	22.116	0	21.258	43.374		
TOTAL Pediatría (S/ Mº S) – Pág. Web	22.290	0	21.989	44.279		
Diferencia	-174	0	-731	-905		

Fuentes: HGAPP Email del 23/10/2013 y Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.

De los datos expuestos anteriormente surgió para el año 2012, el Hospital informó en total de -905 consultas externas menos, 2.09%. (Obs. 2)

Partos Clasificados por Tipo

Año 2012

Hospital	PARTOS					% de Cesáreas
	Normal	Cesáreas	Forcéps	Otros	Total	
Piñero	1.940	504	52	8	2.504	20.1
TOTAL (S/Hosp.)	1.940	504	52	8	2.504	20.1
TOTAL (S/Mº S)	1.940	504	52	8	2.504	20.1

Fuentes: HGAPP Email del 23/10/2013, IF-2013-06326228- DGDYPS –fs.44, 45 y 46 y Pag. Web.

Se observa un índice de Cesáreas por encima de los estándares propuestos por OPS (15%), pero a criterio de esta auditoría los niveles observados tendrían que ser evaluados considerando nuevas tecnologías de diagnóstico.

Área Programática

Cobertura Porteña (Mov. de Consultorios Externos s/Especialidades)

Año 2011

Especialidades	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
Cobertura Porteña (PEDIATRÍA)	3.861	---	2.185	6.046
TOTAL Pediatría	3.861	---	2.185	6.046
Cobertura Porteña (TOCOGINECOLOGÍA)	1.998	---	1.317	3.315
TOTAL Tocoginecología	1.998	---	1.317	3.315

Fuente: Hospital y Pág. Web.

Año 2012

Especialidades	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
Cobertura Porteña (PEDIATRÍA)	3.473	---	1.599	5.072
TOTAL Pediatría	3.473	---	1.599	5.072
Cobertura Porteña (TOCOGINECOLOGÍA)	1.773	---	1.128	2.901
TOTAL Tocoginecología	1.773	---	1.128	2.901

Fuente: Hospital y Pág. Web.

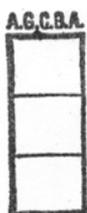
Se observa una disminución en el número de consultas tanto pediátricas como tocoginecológicas en el año 2012 respecto del año 2011. (Obs. 1)

De la lectura de los datos estadísticos surge la disminución de consultas en Cobertura Porteña.

Centros de Salud (Mov. de Consultorios Externos s/Especialidades)

Año 2012

Centros de Salud N°/Especialidad	Consultas			
	1a. Vez	Ulter.	Domic.	TOTAL
Cesac N° 14		---		
Pediatría	2.803	4.003	0	6.806
Obstetricia	0	0	0	0
Tocoginecología	0	0	0	0

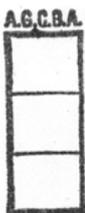


Centros de Salud N°/Especialidad	Consultas			
	1a. Vez	Ulter.	Domic.	TOTAL
Total Cesac N° 14	2.803	4.003	0	6.806
Cesac N° 06				
Pediatría	1.000	1.849	0	2.849
Obstetricia	56	180	0	236
Tocoginecología	567	1.354	0	1.921
Total Cesac N° 06	1.623	3.383	0	5.006
Cesac N° 13				
Pediatría	480	652	0	1.132
Obstetricia	0	0	0	0
Tocoginecología	174	343	0	517
Total Cesac N° 13	654	995	0	1.649
Cesac N° 18				
Pediatría	4.600	4.534	0	9.134
Obstetricia	0	0	0	0
Tocoginecología	0	0	0	0
Total Cesac N° 18	4.600	4.534	0	9.134
Cesac N° 19				
Pediatría	3.296	2.844	0	6.140
Obstetricia	0	0	0	0
Tocoginecología	746	243	0	989
Total Cesac N° 19	4.042	3.087	0	7.129
Cesac N° 20				
Pediatría	3.983	1.178	0	5.161
Obstetricia	0	0	0	0
Tocoginecología	1.039	611	0	1.650
Total Cesac N° 20	4.022	1.789	0	6.811
Cesac N° 24				
Pediatría	1.927	4.346	0	6.273
Obstetricia	250	819	0	1.069
Tocoginecología	76	218	0	294
Total Cesac N° 24	2.253	5.383	0	7.636
Cesac N° 31				
Pediatría	1.448	2.936	0	4.384
Obstetricia	80	475	0	555
Tocoginecología	403	402	0	805
Total Cesac N° 31	1.931	3.813	0	5.744
Cesac N° 40				
Pediatría	1.631	2.279	0	3.910
Obstetricia	0	0	0	0
Tocoginecología	1.384	2.285	0	3.669
Total Cesac N° 40	3.015	4.564	0	7.579

Fuente: HGAPP Email del 23/10/2013, Actuación N° S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web: No se tomó lo publicado, porque no se encuentra discriminado por especialidades.

Se observa la baja productividad del CeSAC N° 13 y la falta de consultas tocoginecológicas en el CeSAC N° 14 y en el N° 18.

VI.3.4 Hospital General De Agudos F. Santojanni



Movimiento de internación según especialidades

Año 2012

Especialidades	Ing.	Pases	Ing. + Pases	Egresos			Pases	Egr.+ Pases	Días Camas Disp.	Pac. Días
				Altas	Def.	Total				
Pediatría										
Recién Nacido Sano	3.648	232	3.880	3.849		3.849	37	3.886	21.960	15.282
Neonatología	465	183	648	248	33	281	361	642	10.670	6.207
Pediatría	1.121	4	1.125	1.123	1	1.124	3	1.127	9.326	5.435
Neonatología (T.I)	11	2	13	3		3	13	16	310	177
TOTAL Pediatría (S/Hosp.) – Pág. Web	5.245	421	5.666	5.223	34	5.257	414	5.671	42.266	27.101
Tocoginecología										
Obstetricia	4.634	6	4.640	4.652	1	4.653	4	4.657	23.542	20.427
TOTAL(S/Hosp.) – Pág. Web Tocoginecología	4.634	6	4.640	4.652	1	4.653	4	4.657	23.542	20.427

Fuente: Actuación N° 3907589/HGADS/14(fs. 35), Actuación: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web

El número de recién nacidos ingresados en neonatología corresponde a un 15,75%, porcentaje adecuado para los estándares internacionales. Lo que resulta inexplicable son los 37 niños de pases de egreso de recién nacido sano, que se transforman en 183 niños que ingresan por pase a neonatología. (Obs. 68)

Índices de internación según especialidades

Año 2012

Especialidades	Promedio Camas Disponible.	Promedio Pac. día	% Ocupado	Promedio Perm.	Giro	Tasa Mort. Hosp. %
Pediatría						
Recién Nacido Sano	60,00	41,75	69,59	3,93	64,77	
Neonatología	29,15	16,96	58,17	9,67	22,02	5,14
Pediatría	25,48	14,85	58,28	4,82	44,23	0,09
Neonatología (T.I.)	0,85	0,48	57,10	11,06	18,89	
TOTAL Pediatría (S/Hosp.) – Pág. Web	115,48	74,05	64,12	4,78	49,11	0,60
Tocoginecología						
Obstetricia	64,32	55,81	86,77	4,39	72,40	0,02
TOTAL(S/Hosp.) – Pág. Web – M° S Tocoginecología	64,32	55,81	86,77	4,39	72,40	0,02

Fuente: Actuación N° 3907589/HGADS/14(fs. 40) y Actuación M° S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y pág. Web.

Movimiento de consultorios externos según especialidades

Año 2011

Especialidades	Consultas Externas			TOTAL
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	
Pediatría				
Pediatría	8.739	217	11.278	20.234
Pediatría (vesp.)	1.782	---	1.900	3.682
Neonatología	4.024	---	1.353	5.377
Infectología	587	1.598	905	3.090
Genética	85	---	88	173
Endocrinología	75	---	88	163
Neurología	379	---	330	709
Gastroenterología	260	270	395	925
Cirugía	444	---	168	612
TOTAL Pediatría (S/Hosp.) – Pág. Web – M° S	16.375	2.085	16.505	34.965
Tocoginecología				
Obstetricia	2.295	15.568	8.186	26.049
Obstetricia (vesp.)	325	--	1.100	1.425
Obstetricia Alto Riesgo	1.783	---	5.705	7.488
TOTAL(S/Hosp.) – Pág. Web – M° S	4.403	15.568	14.991	34.962

Fuente: Actuación N° 3907589/HGADS/14(fs. 34), IF-2013-06326069- DGDYPS –fs. 38 y 39, Actuación M° S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.

Año 2012

Especialidades	Consultas Externas			TOTAL
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	
Pediatría				
Pediatría	8.815	21	9.562	18.398
Pediatría (vesp.)	1.790	---	1.275	3.065
Neonatología	2.694	---	1.693	4.387
Infectología	571	812	1.037	2.420
Genética	91	---	35	126
Endocrinología	1	---	1	2
Neurología	193	---	216	409
Gastroenterología	246	51	364	661
Cirugía	381	23	131	535
Cardiología Infantil	846	55	470	1.371
TOTAL Pediatría (S/Hosp.) – Pág. Web. – M° S	15.628	962	14.784	31.374
Tocoginecología				
Obstetricia	2.243	14.777	7.194	24.214
Obstetricia (vesp.)	309	---	929	1.238
Obstetricia Alto Riesgo	1.622	---	5.910	7.532
TOTAL(S/Hosp.) – Pág. Web	4.174	14.777	14.033	32.984

Fuente: Actuación N° 3907589/HGADS/14 (fs. 37), IF-2013-06326118-DGDYPS –fs. 40 y 41 y Actuación M° S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.

Se observa una disminución en el total de consultas pediátricas y obstétricas en el año 2012 respecto del 2011.

Partos Clasificados por Tipo

Año 2011

Hospital	PARTOS					% de Cesáreas
	Normal	Cesáreas	Forcéps	Otros	Total	
Santojanni	3.126	1.267	109	---	4.402	28.42
TOTAL (S/Hosp.)	3.126	1.267	109	---	4.402	28.42
TOTAL (S/MºS)	3.023	1.318	111	37	4.489	29.4
TOTAL (S/Pág.Web)	3.023	1.318	111	37	4.489	29.4
Diferencia	103	-51	-2	-37	-87	-0.98

Fuente: IF2014-08214271-HGADS (FS.15), IF-2013-06326184- DGDYPS –fs.42 y 43, Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.

Año 2012

Hospital	PARTOS					% de Cesáreas
	Normal	Cesáreas	Forcéps	Otros	Total	
Santojanni	2.967	1.237	78	---	4.282	28.83
TOTAL (S/Hosp.)	2.967	1.237	78	---	4.282	28.83
TOTAL (S/MºS)	2.822	1.196	79	26	4.123	29.0
TOTAL (S/Pág.Web)	2.822	1.196	79	26	4.123	29.0
Diferencia	145	41	-1	-26	159	-0.17

Fuente: IF2014-08214271-HGADS (FS.18), IF-2013-06326228- DGDYPS –fs.44,45 y 46 y Actuación: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.

Los datos remitidos por el Hospital no concilian con los aportados por el Ministerio de Salud y publicados en la Pág. Web. sitio oficial del GCBA.

El Hospital informó para el año 2011 un total de 87 partos menos (1.98%) y para el año 2012 un total de 159 partos más (3.71 %). (Obs. 2)

Se observa un índice de Cesáreas por encima de los estándares propuestos por OPS (15%), pero a criterio de esta auditoría los niveles observados tendrían que ser evaluados considerando nuevas tecnologías de diagnóstico.

Resumen de prestaciones y prácticas obstétricas

Año 2011

Hospital	PRESTACIONES (Individuales)					PRACTICAS	
	Nº de Pacientes					Nº de Practicas	
	1a. Vez	Ulterior	Puerperal	Lactancia	Procreación Responsable	Monitoreo sin Stress	Toma Muestra E.G.B.
Santojanni	5.349	--	1.832	987	1.537	4.330	2.384
TOTAL (S/Hosp.)	5.349	--	1.832	987	1.537	4.330	2.384
TOTAL (S/MºS)	5.645	3.408	1.941	1.081	1.675	4.000	556
TOTAL (S/Pág.Web)	5.645	7.003	8.439	7.335	6.727	4.000	556
Diferencia	-296	-3.408	-109	-94	-138	330	1.828

Fuente: IF2014-08214271-HGADS (FS.16), IF-2013-06326355- DGDYPS –fs. 53, 54 y 55, Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS y Pág. Web.



Año 2012

Hospital	PRESTACIONES (Individuales)					PRACTICAS	
	Nº de Pacientes					Nº de Practicas	
	1a. Vez	Ulterior	Puerperal	Lactancia	Procreación Responsable	Monitoreo sin Stress	Toma Muestra E.G.B.
Santojanni	4.226	---	1.544	1.059	1.080	4.785	1.219
TOTAL (S/Hosp.)	4.226	----	1.544	1.059	1.080	4.785	1.219
TOTAL (S/MºS)	4.172	2.215	1.472	1.072	1.043	7.508	1.190
Diferencia	54	-2.215	72	-13	37	-2.723	29

Fuente: IF2014-08214271-HGADS (FS.19), IF-2013-06326355- DGDYPS -fs. 53, 54 y 55 y Actuación Mº S.: GD-2014-02436702-DGDYPS

En el año 2012 se dejó de publicar en la Página Web oficial del GCBA prestaciones y prácticas obstétricas tanto individuales como grupales. (Obs. 1)

Cabe destacar, la diferencia que surgió al cruzar los datos remitidos por el Ministerio de Salud y la correspondiente publicación realizada en la Pág. Web sitio oficial del GCBA para el año 2011.

La misma se expone al solo efecto de dejar indicada la necesidad de establecer mayor control para los datos y/o información que el Ministerio de Salud recibe de los Hospitales Públicos de la C.A.B.A. a fin de elaborar las diferentes estadísticas anuales y su posterior publicación en la Pág. Web sitio oficial del GCBA.

Área Programática

Cobertura Porteña (Mov. De Consultorios Externos S/Especialidad)

Año 2011

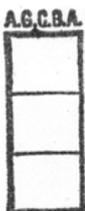
Especialidades	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
TOTAL Pediatría (S/Pág.Web)	3.414	---	1.778	5.192
TOTAL (S/Pág. Web) Tocoginec.	1.413	---	724	2.137

Fuente: Actuación N° 3907589/HGADS/14 (fs.12), Pág. Web

Año 2012

Especialidades	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
TOTAL Pediatría (S/Pág.Web)	3.486	---	677	4.163
TOTAL(S/Hosp.)Tocoginecología	---	---	---	101
TOTAL (S/Pág. Web) Tocoginec.	787	---	167	954
Diferencia				-853

Fuente: Actuación N° 3907589/HGADS/14 (fs. 12) y Pág. Web



En Cobertura Porteña, para el año 2012, no concilian los datos brindados por el Hospital con respecto a la Página Web. Esta última informa 944,55% más de consultas. (Obs. 2)

El número de consultas tanto pediátricas como tocoginecológicas han disminuido con respecto al período anterior. (Obs.1)

Entrevistado el Jefe de Área Programática, surgió como causante de la disminución de consultas en Cobertura Porteña la implementación de un solo número telefónico (147) para la obtención de turnos para todos los prestadores. Hasta el año 2011 los turnos se otorgaban en cada prestador.

Centros de Salud (Mov. de Consultorios Externos s/Especialidad)

Año 2012

Centros de Salud Nº	Consultas Externas			
	1ra. Vez	Interc.	Ulterior	TOTAL
Cesac Nº 3	---	---	---	4.223
Cesac Nº 4	---	---	---	6.952
Cesac Nº 5	---	---	---	23.922
Cesac Nº 7	---	---	---	7.851
Cesac Nº 29	---	---	---	5.735

Fuente: Actuación Nº 3907589/HGADS/14 (fs. 12), Actuación: GD-2014-02436702-DGDYPS

El Hospital no remitió información detallada por especialidad (pediatría, obstetricia y tocoginecología).

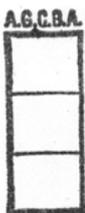
Se observa que el CeSAC (elegido como muestra por atender población NBI) tiene el número de consultas más alto.

VI.4 RELEVAMIENTO DE PLANTA FISICA Y EQUIPAMIENTO

Se realizó la evaluación de los aspectos físicos y de equipamiento de los Departamentos Materno-Infantiles de los Hospitales y de un Centro de Salud de su Área Programática (seleccionado en función de la vulnerabilidad de la población asistida). Se utilizaron con carácter orientador, no obligatorio las Resoluciones Nacionales Nº 306/02, 348/03 y 609/04. Se utilizarán los Anexos de las Resoluciones mencionadas, de acuerdo a la Nota de respuesta enviada por la Dirección de Recursos Físicos en Salud ante el requerimiento de la Normativa utilizada por el Organismo en temas de infraestructura.

Para llevar adelante este procedimiento se realizarán, inspecciones oculares, análisis documental; muestreos, documentación fotográfica, evaluación de recursos tecnológicos disponibles, características organizativas de las áreas de maternidad, pediatría y neonatología; evaluación de la dotación de personal médico, técnico, administrativo y de enfermería según IADE; evaluación de las estadísticas de calidad de atención médica.

En el texto del informe se describirán los desvíos respecto de los estándares esperados para el nivel de complejidad de cada servicio.



Estas Resoluciones clasifican los Departamentos Materno-Infantil según niveles de riesgo.

Neonatología

Nivel 1 – a) Menos de 1.500 partos anuales.

Nivel 1 - b) Menos de 1.500 partos anuales pero pertenecientes a zonas geográficas aisladas con grandes distancias a centros de mayor complejidad.

Nivel 2 - Mayor a 1.500 partos. Estos servicios deben brindar los servicios presentados para el nivel 1 y deben además resolver la patología quirúrgica y los casos complejos que requieran de especialización pediátrica (ej. oftalmológica, retinopatía del prematuro diagnóstico de cardiopatía congénita).

Nivel 3 - Corresponde a los servicios de mayor complejidad que practican todos los servicios neonatales. Estos servicios funcionan en hospitales pediátricos de alta complejidad y sería deseable que hubieran por lo menos uno en ciertas regiones del país (Sur, Noreste, Noroeste, Cuyo y cuatro en la zona Central), de acuerdo al número de partos y a la demanda potencial por estas patologías complejas.

Los servicios de neonatología tienen tres grandes zonas en su planta física:

- Zona de atención del recién nacido en sala de partos
- Zona de internación conjunta madre e hijo
- Zona de cuidados especiales o de internación neonatal

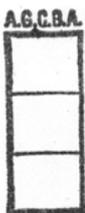
Área de Cuidados Especiales Neonatales (Terapia Intensiva Neonatal):

- Terapia Intermedia Neonatal.
- Aislamiento para Terapia Intensiva e Intermedia.
- Área de baja complejidad y crecimiento de prematuro.

Maternidad

Para clasificar por nivel de riesgo las maternidades, se utiliza el siguiente cuadro:

Nivel de Riesgo		Tipo de cuidados	
Bajo		Básico	
Alto		Especializado	
Nivel de Atención	Primer Nivel	Segundo Nivel Servicios de Bajo Riesgo	Tercer Nivel Servicios de Alto Riesgo



Tipo de Atención	Centro de Salud, Unidades Sanitarias, Postas Sanitarias, Consultorios	Hospitales locales, Maternidades	Hospitales Regionales, Maternidades
Ambulatoria	Atención prenatal y posnatal para el bajo riesgo	Atención Prenatal y postnatal para el bajo riesgo y especializada	Consultas para el alto riesgo y alta complejidad
Internación	No corresponde	Atención del embarazo de bajo riesgo, el parto y el puerperio	Atención del embarazo, parto y puerperio de alto riesgo

Pediatría

NIVEL I: Bajo Riesgo

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de salud de la población e internación para la hospitalización de pacientes de bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia.

NIVEL II: Mediano Riesgo

Puede constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.

NIVEL III: Alto Riesgo

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también en el recurso tecnológico disponible.

VI.4.1 Hospital General de Agudos J. M. Penna

a) Planta Física

Todos los sectores del Departamento Materno Infantil se encuentran ubicados en el primer piso del edificio principal del hospital. Se accede por una escalera de aprox. 1.40 de ancho y un ascensor no camillero.

Las condiciones de seguridad del pabellón son deficientes. Ante la necesidad de realizar una evacuación, la misma sería imposible debido a que solamente

existe una vía de escape donde se concentra la evacuación de toda la planta del primer piso. (Obs. 4)

Los planos de evacuación instalados en las paredes de los diferentes sectores, señalan 3 salidas de emergencia, 2 de las cuales se encuentran clausuradas.

Surge de la copia del “Plan de Evacuación” entregado por el Director del hospital, que el mismo ha sido rechazado por la autoridad competente (Dirección General de Defensa Civil) debido a que se encuentra incompleto.

La falta de asignación de roles dentro del personal de planta, la falta de entrenamiento y capacitación de los mismos, son unos de los motivos por los cuales fue rechazado el Plan de Evacuación presentado.

El mismo peligro se corre en la UTI de Neonatología, donde se encuentran los recién nacidos de alto riesgo conectados a equipos necesarios para la supervivencia, que requieren de más de una persona para bajarlos por escalera. (Obs. 5)

La única salida de los servicios ubicada en el hall del primer piso se encuentra vigilada por personal de seguridad privada, quienes controlan los egresos de recién nacidos y sus acompañantes.

Sólo cuentan con centrales UPS en el pabellón nuevo de pediatría (Obs.10).⁴

Se observaron algunos aparatos de iluminación de emergencia y de señalización. No se pudo comprobar su correcto funcionamiento ya que se hubiese requerido el corte de luz del pabellón.

Se constató la presencia de matafuegos portátiles aptos en el sector.

El servicio de Ginecología dispone de 21 camas, el Servicio de Obstetricia dispone de 48 camas y el de Neonatología de 23 camas.

No se da cumplimiento a la Ley 1040/03 referida a la presencia del padre en el parto; la falta de espacio y la precariedad de las instalaciones no permiten el acompañamiento de la parturienta durante el período dilatante. (Obs. 8)

En el momento de realizar esta auditoría se encontró en ejecución una obra nueva, realizada con fondos provenientes de la donación de la fundación S.A.N.D, con un plazo estimado de finalización para el año 2015. Será destinada al servicio de maternidad (dando cumplimiento a las normas existentes). Y el servicio de neonatología será ampliado utilizando el espacio liberado por maternidad.

El equipamiento de esta nueva obra será efectivizado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires según consta en el Contrato de aceptación de la donación.

Maternidad

En el área ambulatoria, la sala de espera (común para partos, EGB, monitoreos y ecografías) no cuenta con una superficie de 1 m² por promedio diario de

⁴ Las centrales llamados UPS, cuentan con baterías de gel en su interior y un sistema electrónico ventilado que, en caso de falta del suministro normal, se activan de forma inmediata hasta la puesta en marcha de los equipos generadores propios de energía.

consultas. La cantidad de asientos es insuficiente para el número de embarazadas que esperan ser atendidas.⁵ (Obs. 18)

No existen baños adecuados (con inodoro, lavamanos y elementos de higiene) para hombres y mujeres.

En internación, las salas son compartidas y no cuentan con elementos de separación (fijos o móviles) entre las camas con el objeto de respetar la privacidad de las pacientes. Tampoco, cumplen con el promedio de 9 m² considerados necesarios para alojar al recién nacido junto a la cama de su madre y permitir funciones médicas y de enfermería.⁶ (Obs. 19)

No cuenta con salas TPR.

No cuentan con área de acopio de ropa sucia, ni área para limpieza de instrumental.

No disponen de un baño completo con ducha cada cuatro camas de internación.⁷ (Obs. 20)

El servicio de Maternidad utiliza camas del sector de ginecología cuando las propias resultan insuficientes.

Fueron comprados equipos de aire acondicionado (frío/calor) para todas las habitaciones. Los mismos no pudieron ser instalados ya que el sistema eléctrico no soportaría esta sobrecarga. (Obs.7)

En el Centro Obstétrico, el quirófano es de acceso restringido. El sector de parto o dilatante no provee privacidad a las pacientes ni permite su acompañamiento por un familiar. Tampoco dispone de espacio suficiente para que las parturientas puedan deambular.

No hay una cama de dilatante por cada 500 partos anuales.⁸ (Obs. 13)

El área de dilatantes no tiene un acceso contiguo ni directo a la sala de partos.

La sala de partos no dispone de una superficie de 16 m² y 3 m de altura, según disposiciones vigentes.⁹ (Obs. 17)

Dispone de dos salas de parto para 3500 nacimientos, mientras que la norma exige una cada mil quinientos partos anuales.¹⁰ (Obs.14)

No hay un área especial para el lavado y preparación del instrumental.

Hay un solo quirófano, lo cual es insuficiente para el número de partos anuales, y sus dimensiones son inferiores a lo establecido (20 m²).¹¹ (Obs. 17)

El sistema de ventilación y los filtros de aire son inadecuados.

No existe un área específica para el control de pacientes de postparto. (Obs.12)

⁵ Hay 17 asientos (en el momento del relevamiento se encontraban 50 personas).

La superficie actual del área destinada a espera es de 59 m², cuando en función del número de partos, las consultas obstétricas anuales, los monitores, monitoreos por estrés, toma de muestras de EGB y ecografías debería ser mínimamente de 71 m².

⁶ Las salas tienen 30,8 m² y hay alojadas 6 pacientes con sus correspondientes cunas.

Promedio de superficie por cama de 5,13 m².

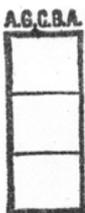
⁷ Cuentan con un baño para 12 camas. El baño esta compuesto por 1 lavatorio, 2 inodoros, 1 ducha.

⁸ Hay 6 camas de dilatantes para 4.000 partos anuales, esto da un promedio de 1 cama cada 666 partos.

⁹ La sala de partos es de 20,16 m² para dos camillas de partos, esto da 10.08 m² por camilla. La altura de 3 m es correcta.

¹⁰ Para atender 3500 partos se requieren tres salas.

¹¹ La superficie del quirófano es de 16 m².



Neonatología

En la neonatología actual, la sala de partos, el sector de atención del recién nacido y la internación neonatal están en la misma planta, pero no tienen comunicación directa. (Obs. 25)

En el sector de internación neonatológica, se observaron dos rejillas de las cajas de patio abiertas, cuando deberían ser ciegas con el objeto de mantener la asepsia. (Obs.6)

En ninguno de los sectores de neonatología se cuenta con comodidades y sillas suficientes para la estadía de las madres, ni espacios reservados para que los profesionales informen y conversen con los padres.

Si bien existe la residencia para madres, éste es un espacio de hacinamiento que no cuenta con ventanas ni otro sistema de ventilación, baño para su higiene personal, espacio para que preparen sus alimentos o laven su ropa. Dispone sólo de tres camas cucheta. (Obs. 24)

No existe la cantidad de baños suficientes para el personal, padres y familiares. Los tres sectores de neonatología se comunican a través del pequeño office de enfermería, transformándolo en un pasillo.

Tampoco dispone de una sala de observación/aislamiento para sospechosos de infección. (Obs. 30)

Con respecto a la instalación de oxígeno, aire comprimido y aspiración, cuenta con compresores a pistón seco con ciclo refrigerante, toma de aire exterior, drenaje de agua condensada y filtros bacterianos. Tiene una boca de oxígeno y una boca de aspiración cada tres plazas en los sectores de crecimiento de prematuros y cuidados transicionales.

Pediatría

El sector de Pediatría se encuentra en un pabellón nuevo, separado del edificio principal, realizado por una donación, con todos los requerimientos de seguridad exigibles.

Cuenta con una amplia planta baja y tres pisos, un ascensor camillero y una escalera contra incendio que cumple todas las normas vigentes de seguridad.

En la planta baja se encuentran los consultorios externos, guardia, shock room, puestos de observación, sala de procedimientos, archivo y recepción.

Las salas de espera cuentan con superficie adecuada y equipada para un uso normal. La sala de espera de guardia nocturna queda aislada de la diurna e internación.

Cuenta con 11 consultorios para el niño sano que se encuentran en muy buen estado y bien equipados.

La guardia dispone de dos puestos de shock room, tres camas de observación y una sala de procedimientos.

El sector internación cuenta con 23 camas disponibles (24 de dotación). Se encuentran dispuestas dos por habitación con un baño por cada dos camas son amplias y bien equipadas.

Cuentan con una habitación de aislamiento con presión positiva o negativa de acuerdo a la necesidad.

La estación alimentaria periférica es de reducidas dimensiones y no se ajusta a la Norma.

Disponen de 4 equipos UPS (suministro alternativo para equipos de sostén de vida) uno de los cuales no funciona.

b) Equipamiento

Maternidad

No se cuenta con envases de jabones antisépticos y toallas descartables en los lavatorios de todas las áreas.

En consultorios externos no disponen de detector de latidos fetales electrónicos. (Obs.42)

En el sector de internación conjunta, debido al incumplimiento de la superficie mínima requerida para cada cama-cuna, no es posible utilizar biombos para dar privacidad a las mujeres examinadas. (Obs. 19)

En la sala de partos del Centro Obstétrico, el sillón de partos es obsoleto y no permite variar la posición de la mujer en el parto. (Obs. 46)

Las camas del dilatante no cuentan con colchones con fundas lavables.

Neonatología

No disponen de un stock de medicamentos completos que cubra la dosificación por 24 hs. de atención de las patologías. (Obs. 55)

Para el mantenimiento y reparación de equipamiento hay un Bioingeniero que diagnostica la falla, pero luego no hay operatividad para la reparación por la falta de presupuesto.

No existen recipientes lavables con tapa, con bolsas de polietileno (tres colores) para el depósito de residuos y cualquier otro material desechable en ninguna de las tres zonas. (Obs. 55)

No disponen de bombas para la extracción de leche de las madres ni electrocardiógrafo en el área. (Obs. 56 y 50)

En la zona de internación conjunta las cunas no tienen colchón con funda íntegra y lavable.

Para la zona de cuidados especiales no se dispone de una balanza y pediómetro por cada cinco plazas. Tampoco cuentan con monitor transcutáneo de oxígeno (PtcO2), y/o monitorización no invasiva de PCO2 (PtcCO2), un tensiómetro oscilométrico cada dos incubadoras, un osciloscopio desfibrilador ni un oxímetro cada seis incubadoras. (Obs. 49)

Pediatría

En sala de internación los sillones cama para el acompañante se encuentran en mal estado y no cuentan con una bañera cada cuatro camas. (Obs. 59 y 61)

c) Área Programática: CeSAC Nº8

Se halla físicamente en las calles Luna y Osvaldo Cruz del Barrio de Barracas, dentro de la denominada villa 24 o Virgen de Caacupé.

Planta Física

Dispone de 3 consultorios médicos, los mismos se encuentran en buen estado de conservación, pero los destinados a atención tocoginecológica no tienen baño propio. (Obs. 63)

Ninguno cumple con la superficie mínima establecida por normativa y no son suficientes para el flujo de atención diaria que requiere.¹² (Obs. 63)

El Centro no cuenta con circuitos alternativos de ingreso de corriente eléctrica. La central telefónica no funciona adecuadamente, lo cual complica el sistema de referencia y contrareferencia. (Obs. 63)

Equipamiento

Al igual que en el Hospital, los equipos no tienen garantizada la provisión de insumos por cinco años y no se prioriza en la adquisición marcas o líneas únicas para evitar la diversificación en repuestos y service.

Los baños presentan las mismas dificultades que los del Hospital, tales como ausencia de toallas descartables y dosificador de jabones antisépticos.

VI.4.2 Hospital General De Agudos Cosme Argerich

a) Planta Física

Todos los Servicios del Departamento Materno Infantil se encuentran ubicados en el quinto piso.

No tienen equipos para alimentar los equipos electrónicos en caso de corte de energía (UPS). (Obs. 10)

Se accede por una escalera principal y dos secundarias laterales de aprox. 2mts de ancho, tres ascensores públicos disponibles en el hall principal y dos camilleros en el núcleo lateral.

Los servicios de Neonatología y Centro Obstétrico no tienen salida de emergencia. (Obs. 4)

El ingreso al área del centro obstétrico y neonatología es semi-restringido, hay personal de seguridad controlando entradas y salidas de los pacientes y familiares.

La sala de espera del centro obstétrico y neonatología es de reducidas dimensiones, en el sector donde se encuentra hay una estación intermedia de residuos.

La iluminación general de las áreas comunes es muy baja.

No cuentan con sanitarios para el público hombres en ese nivel (sólo los generales en PB).

Los servicios se encuentran divididos en cuatro áreas: Centro Obstétrico, Neonatología, e Internación maternidad y ginecología.

¹² La superficie mínima de consultorios, según normativa, es de 7,5 m². Disponen de 6 consultorios cuyas superficies varían entre un mínimo de 5m² y un máximo de 6m².

Maternidad

Las salas destinadas a parto, dilatantes, y posparto se encuentran en buenas condiciones, pero carecen de privacidad y espacio suficiente para el acompañamiento de un familiar y la posibilidad de la deambulaci3n de la parturienta, incumpliendo as3 la Ley 1040 referida a la presencia del padre en el parto. (Obs. 8)

Cuentan con cuatro salas con dos camas cada una, 8 camas en total (adecuado para la cantidad de partos anuales que asisten)

No dispone de sala de recuperaci3n o postparto inmediato. (Obs. 12)

La mesa de anestesia del quir3fano, no posee conexi3n al exterior para el venteo de gases, existe una transferencia adecuada, disponen de un 3rea de dep3sito de equipamiento.

Se observaron rejillas de patio abiertas en el 3rea quir3rgica, convirti3ndose las mismas en focos s3pticos, f3ciles de solucionar. (Obs. 6)

El aire acondicionado es el adecuado para un 3rea quir3rgica, es aire filtrado con filtros HEPA, no posee regulaci3n de temperatura y el desag3e genera filtraciones en los cielorrasos. (Obs. 17)

En apariencia el piso del quir3fano posee maya de puesta a tierra, pero no se observaron los flejes conductores de superficie, seg3n personal de mantenimiento la mesa de cirug3a se encuentra puesta a tierra.

Existe un 3rea de lavado y vestuario del equipo quir3rgico en relaci3n directa con el quir3fano que cumple con la superficie m3nima.

No cuentan con salas TPR (trabajo de parto, parto y recuperaci3n).

Falta un 3rea de vestuarios adecuada, se utiliza un pasillo para ubicar los roperos del personal.

El servicio de maternidad cuenta con 25 camas en el sector propio y 12 camas en el sector de ginecolog3a que tambi3n se utilizan para internaci3n conjunta. No hay espacio suficiente entre camas/cunas, la normativa de maternidad exige un m3nimo de 9 mts cuadrados por cada cama con cuna; no disponen de la privacidad necesaria. (Obs. 19)

No cuenta con salida de emergencia (Obs. 4)

Neonatolog3a

Este servicio se encuentra en buen estado de mantenimiento.

Falta un sector intermedio de ingreso donde los padres dejan sus pertenencias y se equipan para entrar a las salas.

Cuenta con cuatro sectores diferenciados y un total de 29 plazas

- Terapia intensiva 7/10 plazas
- Terapia intermedia 12/14 plazas
- Bajo riesgo 10/12 plazas

No todos los sectores del área tienen zócalo sanitario, no hay una diferenciación de temperatura en las diferentes áreas, falta una estación central de control para enfermería, el office de enfermería es chico.

El sector de terapia intensiva neonatal, no se encuentra directamente comunicado con la zona de atención del recién nacido en sala de partos. (Obs. 25)

En la zona de cuidados especiales neonatales, no existe una cocina de leche con sector limpio y sucio para esterilización terminal.

No tienen área de depósito de equipamiento.

Las rejillas de las cajas de patio se encuentran abiertas o con las tapas sueltas, cuando deberían ser ciegas con el objeto de mantener la asepsia. (Obs. 6)

El área destinada a residencia de madres es de reducidas dimensiones, dispone de cuatro camas.

Pediatría

El sector de Pediatría se encuentra en el primer piso.

Se encuentra en buen estado de mantenimiento, con zócalos sanitarios, pisos y paredes en buen estado, cielorrasos de aluminio desmontable.

No cuentan con sistema de aire acondicionado, siendo muy caluroso en verano.

Cuentan con 18 camas para internación con una de aislamiento, distribuidas en 6 habitaciones con 2 camas y 1 cuna cada una. Carecen de privacidad y espacio para acompañantes. (Obs. 34)

Los baños se encuentran en buenas condiciones. Las habitaciones cuentan con un amplio ventanal para observación, estos se están reemplazando por vidrios de seguridad debido a las patologías de la población adolescente que se interna.

Tienen una sala para servicio social y a su vez cumple la función de sala de juegos y reuniones para padres.

No existe la estación alimentaria periférica. (Obs. 33)

El servicio no posee salida de emergencia. (Obs. 4)

El aislamiento no tiene presión negativa / positiva. (Obs. 35)

En la planta baja se encuentran los consultorios externos. Son cuatro consultorios con 2 camillas cada uno, careciendo de privacidad. (Obs. 37)

b) Equipamiento

Maternidad

En el sector de internación, el mobiliario se encuentra en malas condiciones, camas muy antiguas (más de 20 años) con las patas metálicas carcomidas por el óxido generado por la limpieza de los pisos; no disponen de aire acondicionado ni ventiladores de techo; no funcionan los sistemas de oscurecimiento en habitaciones (parasoles); no hay instalación fija de gases medicinales.

En el Centro Obstétrico no hay un cardiotocógrafo. (Obs. 45)

Las camas de partos son obsoletas no permitiendo a la parturienta colocarse en diferentes posiciones. (Obs. 46)

Los consultorios externos no se encuentran equipados con todos los elementos necesarios según la normativa. Cada consultorio no dispone de un detector electrónico de latidos propio. (Obs. 42)

Las salas generales, en época de verano, son muy calurosas ya que no disponen de ventiladores de techo ni aire acondicionado.

Neonatología

El equipamiento se encuentra en buenas condiciones, salvo el equipo de rayos portátil que es obsoleto. (Obs. 57)

No cuentan con envase antiséptico de dosificación automática y toallas descartables para el lavado de manos en cada una de sus tres zonas. (Obs. 51)

No cumplen con todos los requerimientos de equipamiento necesario para una neonatología de este nivel de atención; como se describe a continuación:

En la zona de cuidados especiales no existe una bandeja individual con estetoscopio, termómetro, etc para cada plaza. No hay una incubadora de transporte intra/extrahospitalaria cada 12 plazas y/o cada 3000 partos por año.

No tienen balanza de 10000 grs. y pediómetro cada 5 plazas ni monitoreo transcutáneo de oxígeno y/o monitoreo no invasivo de PCO2 cada 5 plazas; tampoco bombas de perfusión continua cada 2 incubadoras, ni equipo completo de reanimación cada seis plazas, ni equipo sanguíneo cada seis plazas. El servicio no cuenta con un ecógrafo Dópler color. No tiene una bomba de extracción de leche humana. (Obs. 57 y 56)

Pediatría

El mobiliario se encuentra en regulares condiciones, las camas y cunas son muy antiguas. (Obs. 60)

El sistema de oscurecimiento de las habitaciones (parasoles) se encuentran muy deteriorados y no funcionan.

Las habitaciones de internación, no cuentan con sillón cama para el acompañante. (Obs. 62)

No disponen de otoscopio, tensiómetros con mangos pediátricos uno cada seis camas ni electrocardiógrafo. Tampoco tiene un desfibrilador a disposición ni ningún tubo de oxígeno de transporte. (Obs. 60)

c) Área Programática: CeSAC N° 41

Se encuentra emplazado en la calle Ministro Brin 843 del Barrio de La Boca.

Planta Física

No existen salidas de emergencia señalizadas que permitan una fácil evacuación de todas las áreas.

No cuenta con depósito para medicamentos e instrumental.

La sala de espera no cumple con la superficie mínima establecida por promedio de consultas diarias.

No tiene espacio para educación sanitaria o actividades docentes tampoco para Servicio Social. El espacio destino a la recepción y archivo de documentación es insuficiente. (Obs. 64)

Equipamiento

El equipamiento se encuentra en buenas condiciones

VI.4.3 Hospital General De Agudos P. Piñero

a) Planta Física

Las condiciones de seguridad de este pabellón respecto a las posibilidades de un siniestro por incendio son inadecuadas. Carecen de salidas de emergencia externas. Si bien cuentan con planos de evacuación instalados en los diferentes sectores del pabellón, no se podría ejecutar la evacuación debido a la falta de asignación de roles dentro del personal de planta, quienes carecen de entrenamiento y capacitación. (Obs. 5)

Las ventanas del pabellón se encuentran enrejadas, impidiendo de esta forma utilizarla ante una necesaria evacuación.

La falta de salidas de emergencia genera un riesgo elevado en la UTI de Neonatología debido a que los pacientes allí internados se encuentran conectados a respiradores y otros equipos necesarios para la supervivencia y requeriría de más de una persona para poder bajarlos por escalera. (Obs. 4)

Existe personal de seguridad en la Planta Baja controlando la única salida del pabellón de la maternidad.

Se observó algunos aparatos de iluminación de emergencia instalados pero no se pudo comprobar su correcto funcionamiento.

Disponen de un equipo de rayos en la UTI, el cual no cuenta con protecciones y biombos plomados para no afectar a los otros recién nacidos y al personal que se encuentra atendiendo. (Obs. 32)

Disponen de equipos de aire acondicionado para maternidad que no se los puede instalar debido a que la red eléctrica no se encuentra dimensionada para el consumo de los mismos. (Obs. 7)

No tienen equipos para alimentar los equipos electrónicos en caso de corte de energía (UPS). (Obs. 10)

En la Planta Baja se encuentra el sector de Sala de Espera de la Guardia de Pediatría y Neonatología que, si bien, realiza un triage apartando a aquellos niños que pueden contagiar, el sector es insuficiente en relación a la demanda de consulta. (Obs. 38)

Algunos sectores del Pabellón carecen de sanitarios diferenciados.

En la Planta Baja se encuentra la Guardia y los Consultorios Externos.

En el Primer piso se encuentran los servicios de Pediatría, Neonatología nueva, Residencia de madres nueva, Hospital de Día Pediátrico: La neonatología nueva aún no está en funcionamiento. También está la Sala de Estar de médicos, la Sala de Partos, Quirófanos y Dilatantes.

En el Segundo piso se encuentran la Sala de estar Residentes, una Sala de Estar de Médicos, la Secretaría, una Neonatología provisoria, el Depósito de Enfermería, la Internación de Obstetricia y la Internación de Ginecología.

Maternidad

El centro obstétrico se encuentra en el primer piso, en general se encuentra en regulares condiciones de mantenimiento.

Los espacios destinados a parto y dilatantes, son de reducidas dimensiones y carecen de privacidad, no dando cumplimiento a la Ley 1040 referida a la presencia del padre en el parto. (Obs. 8)

En el área de dilatantes solamente hay dos camas, número insuficiente para la cantidad de partos que se asisten en esta maternidad. Falta privacidad. Tampoco tiene un lugar apropiado para el guardado de pertenencias de pacientes y familiares. El espacio existente impide la deambulacion de las pacientes durante el trabajo de parto.

La misma tiene una superficie menor a 16 m², no cumpliendo con la Normativa.¹³ Cada sala de partos no está destinada a la atención de una sola mujer, como puede observarse en el Anexo Fotos. (Obs. 15)

La sala de partos no dispone de un área especial para el lavado y preparación del instrumental. (Obs. 16)

Hay un solo quirófano, no existe zona de transferencia adecuada, respetando área restringida y semi-restringida. No hay office limpio y sucio separados, falta un área de depósito de equipamiento. El aire acondicionado no es el adecuado para un área quirúrgica. (Obs. 17)

El área de recepción y reanimación del recién nacido se encuentra en buenas condiciones.

No cuentan con salas TPR ni sala de recuperación postparto.

La sala de internación se encuentra en el segundo piso, cuenta con una pequeña sala de espera. Tienen 30 camas, distribuidas en salas de 6 camas y una con 8 camas. Con la ampliación del servicio de neonatología se perdieron 34 camas de maternidad por falta de espacio físico. En Ginecología tienen 24 camas, parte de estas se utilizan para maternidad.

Los baños en estos dos servicios son insuficientes, dos baños completos para maternidad y un baño completo para ginecología, se encuentran en regular estado de mantenimiento. (Obs. 20)

No hay espacio suficiente entre camas-cunas para que tengan la privacidad necesaria, y espacio necesario para un acompañante.¹⁴ (Obs. 19)

¹³ La superficie del área de dilatantes es de 13.2 m² para dos camas, esto da 6.56 m² por cama.

¹⁴ Tienen varias salas.

5 salas de 6 camas de 36 m² (x norma 54 m²), promedio por cama 6 m²
 1 sala de 8 camas de 48 m² (por norma 72 m²), promedio por cama 5.30 m²
 1 sala de 6 camas de 30 m² (por norma 54m²), promedio por cama 5 m²
 La norma pide 9 m² por cama

Las salas en general se encuentran en regulares condiciones de mantenimiento, tienen buena ventilación e iluminación natural. No cuenta con oxígeno y aspiración fijo o portátil. (Obs. 11)

En época de verano son muy calurosas, el servicio tiene todos los equipos de aire acondicionado, pero no pueden ser instalados ya que la red eléctrica no está dimensionada para soportar el alto consumo (Obs. 7).

La calefacción es insuficiente, tienen estufas en malas condiciones.

El office de enfermería es de reducidas dimensiones, no dispone de área sucia y área limpia diferenciadas.

El área destinada a residencia de madres es muy chica y no cumple con las necesidades básicas.¹⁵ (Obs. 24)

Neonatología

El actual servicio de Neonatología se encuentra en el segundo piso, en un sector provisorio desde agosto del 2012, ya que se están terminando las obras de la nueva Neonatología. Al momento de la tarea de campo, realizada con las Autoridades de esta AGCBA en junio de 2014, aún no estaba inaugurada.

El área destinada actualmente es pequeña, carece de un área de acceso diferenciada para el lavado de manos y lugar para dejar las pertenencias de los padres que ingresan.

Cuenta con dos salas de Internación, una Intermedia con 13/14 plazas y una Intensiva con 2 plazas. En general se encuentra en regular condición de mantenimiento, los pisos se encuentran deteriorados, los aires acondicionados no son los adecuados, no hay una diferenciación de temperatura en las diferentes áreas, falta una estación central de control (se utiliza una simple mesa como isla central). No hay un office de enfermería adecuado. (Obs. 28)

Disponen de un equipo de rayos para tomar placas, el cual no cuenta con protecciones y biombos plomados para no afectar a los otros recién nacidos y al personal que se encuentra atendiendo. (Obs. 32)

No tienen área de depósito de equipamiento.

El lactario es de reducidas dimensiones.

Pediatría

El servicio de pediatría tiene el sector de Internación en el primer piso, consultorios externos y guardia en planta baja.

Al momento de la inspección la internación cuenta con tres salas, con un total de 20 camas más una de aislamiento. El aislamiento no tiene sistema de presión positiva-negativa. (Obs.35)

En general las salas se encuentran en buen estado de mantenimiento, la iluminación y ventilación natural es correcta.

¹⁵ Al momento del relevamiento de las tareas de campo, la sala de madres no disponía de un sector de higiene personal completo, espacios individuales para dejar las pertenencias, espacio para el preparado de su alimentación y el lavado de ropa y utensilios. Para agosto de 2014 ya se encontró habilitada una nueva residencia en buen estado y con 7 camas.

Las camas – cunas están separadas por papelería divisoria, agrupándolas de a dos. Falta privacidad para los pacientes y el espacio para los acompañantes es escaso. (Obs. 34)

La calefacción se realiza con estufas de tiro balanceado, todas las salas cuentan con aire acondicionado tipo split.

Hay un solo baño completo para todas las camas, se encuentra en regular estado de mantenimiento, tiene dos inodoros, una ducha y un lavatorio. (Obs. 36)

No tiene salida de emergencia. (Obs. 4)

El office de guardia es de reducidas dimensiones.

Los consultorios externos y guardia se encuentran en planta baja. La sala de espera es común para ambos servicios y es escasa, hay un solo baño para público. Los consultorios se ubican en un gran ambiente separado sólo por tabiques y paños vidriados de baja altura, carecen de privacidad.; tampoco cumplen con una superficie mínima de 7.5 m2 como establece la norma (Obs. 37 y 38)

La guardia está ubicada en lo que originalmente era parte del hall de acceso, divida por panelería liviana. Se encuentra en regular estado, es un ambiente donde se realizan los procedimientos y control sin ninguna privacidad. No tiene shock room. (Obs. 40)

b) Equipamiento

Maternidad

Los baños no cuentan con envases antisépticos de dosificación automática y toallas descartables. Tampoco cuentan con recipientes lavables con tapa para el depósito de ropa sucia. (Obs. 41)

En internación no disponen de biombos para dar privacidad de las pacientes cuando se las examina ni tensiómetros, estetoscopios, estetoscopios de Pinar o detectores de latidos fetales. Los colchones se encuentran en regulares condiciones. (Obs. 19 y 42)

El office de cocina no cuenta con anafe.

En las salas de parto o dilatante cada cama no cuenta con mesitas, taburetes o silla propia. Tampoco hay cardiotocógrafo en el área. (Obs. 45)

La sala de partos carece de reloj de pared con segundero.

La sala de dilatantes no dispone de camas con colchones ni fundas lavables; recipientes de plástico con tapa y bolsas de polietileno de dos colores; camillas de traslado y sillas de ruedas. La cama de partos no le permite a la paciente colocarse en posiciones más cómodas ni está dotada de ruedas para un posible traslado al quirófano si la situación lo requiere. (Obs. 44 y 46)

Neonatología

En internación conjunta no cuentan con balanza, pediómetro ni cinta métrica inextensible.

No hay saturómetro de pulso con tecnología que evite la pérdida del registro por movimiento en el sector de recepción-reanimación y crecimiento de prematuros. Tampoco existe provisión suficiente de sensores para el funcionamiento continuo y simultáneo de todos los equipos. No cuentan con bombas mecánicas de vacío negativo graduable e intermitente de extracción de leche humana, bombas de extracción manual reesterilizables o descartables. Faltan balanza de pañales y oxímetros (1 cada 6 incubadoras).

Pediatría

El servicio no dispone de oftalmoscopio ni una bañera cada cuatro camas de internación. (Obs. 61)

c) Área Programática: CeSAC Nº 14

El Centro se encuentra en la calle Horacio Casco 1551 del Barrio de Bajo Flores. La zona es denominada como Villa Cildañez.

Planta Física

No funcionan correctamente las redes cloacales y cámaras sépticas. No dispone de agua potable ni se controla periódicamente la higiene de los tanques de agua. (Obs. 65)

Los pisos y paredes de todas las áreas se encuentran en mal estado de conservación; la iluminación natural y artificial, son inadecuadas.

No cuenta con ingresos alternativos de corriente eléctrica. Las áreas no se hayan adecuadamente señalizadas y las salidas de emergencia no están señalizadas para una fácil evacuación. No existe equipo reglamentario anti-incendio. (Obs. 65)

No cuenta con disponibilidad de oxígeno en todas las áreas de atención.

No tiene depósito para medicamentos e instrumental. La planta física es inadecuada para la circulación de usuarios o familiares discapacitados. No todas las áreas tienen lavatorios de manos.

En el área de atención ambulatoria, los consultorios no cumplen con la superficie mínima establecida por normativa. Los sanitarios no cuentan con elementos básicos de higiene. Los consultorios para atención individual no tienen baño. El consultorio separado para otros procedimientos (curaciones, patología cervical) no cumple con la superficie mínima establecida. (Obs. 65)

No hay espacio propio para educación sanitaria o actividades docentes. El espacio para recepción y archivos de documentación es inadecuado.

Equipamiento

A todos los consultorios les falta mobiliario e instrumental. No son suficientes los guantes estériles y descartables. (Obs. 65)

El equipo para esterilizar no funciona. (Obs. 65)

No cuenta con archivos para Historias Clínicas. Tampoco tiene equipo audiovisual para proyecciones ni material didáctico para la maternidad. Tienen ecógrafo pero no ecografista. (Obs. 65)

VI.4.4 Hospital General De Agudos F. Santojanni

a) Planta Física

Se encuentra en obra de refacciones desde marzo.

El plan de evacuación se encuentra aprobado por defensa civil con una prórroga hasta el mes 7 de 2013, pero de acuerdo con el comentario del personal hace cinco años que no se realizan simulacros de incendio. (Obs. 5)

A los tanques de reserva de agua se les realiza el mantenimiento correspondiente.

De acuerdo con la entrevista realizada con personal de mantenimiento del Hospital Santojanni, se obtuvo una explicación detallada del objeto del contrato realizado para la readecuación de la infraestructura de electricidad existente en el servicio de neonatología y en el centro obstétrico del hospital.

A partir de la decisión de la DGRFISS de dar comienzo a esta contratación, es que la empresa adjudicataria (misma empresa que posee el contrato de mantenimiento correctivo y preventivo en este hospital) decide realizar conjuntamente el mantenimiento de pintura en los sectores afectados.

Este sistema tiene como objeto el cuidado de los pacientes que se encuentran con una baja en su resistencia eléctrica natural de 25 miliamperios. (Cuando un organismo se encuentra alterado por la conexión de sondas y vías de pasaje de soluciones medicinales en sangre, se ve alterada su resistencia natural al paso de la energía eléctrica. Un organismo normalmente soporta hasta 25 miliamperios, cuando esta condición se ve alterada por las causas anteriormente citadas la misma resistencia puede descender a 4 miliamperios y el corazón de ese individuo, comienza a fibrilar).

Las instalaciones eléctricas estándar poseen un sistema de protección llamado disyuntor eléctrico, este dispositivo se activa cuando este equipo detecta una resistencia en el circuito; pero el mismo es inútil en condiciones especiales tales como las descritas precedentemente, para tal menester es necesario contar con un equipo que disponga de un sistema aislado; estos equipos son de descripción muy compleja desde un punto de vista técnico, entendemos que alcanza con explicar que en un circuito común los elementos conectados al mismo son los que cierran el circuito eléctrico; si una persona cerrase el circuito, nos encontraríamos en condiciones de una electrocución; estos sistemas aislados suministran energía desde un transformador y el retorno proviene desde otro transformador, de tal manera que nunca se cierra el circuito en si mismo.

De acuerdo con lo explicado por el personal técnico, este Hospital dispone de tres ingresos de suministro eléctrico posibles; dos son provenientes de las compañías de distribución existentes en la CABA; el tercero proveniente de los equipos propios de generación eléctrica para casos en que el suministro de red se haya cortado y en particular, estas áreas donde se han estado realizando

obras de reestructuración eléctrica, se han instalado unos dispositivos llamados UPS. Es observable que habiendo sido recién instaladas se encuentre dentro de la Neonatología, cuando deberían estar ubicadas en espacios públicos o en el exterior del edificio. (Obs. 10)

Cualquiera de las posibilidades de suministro eléctrico descriptas se encuentran conectadas al sistema aislado con el objeto de proveer seguridad en las áreas donde más se la necesita.

Maternidad

El centro obstétrico se encuentra en planta baja, en el momento del relevamiento se encontraba con tareas de mantenimiento, pintura general, cambios en el sistema de provisión eléctrica, renovación del equipamiento. Se encuentra separada del área de internación que está en el primer piso. El nuevo sistema de distribución eléctrica es un sistema aislado.

En este momento y debido a las obras de mantenimiento se está utilizando una habitación como sala de partos improvisada, con dos sillones de partos y dos equipos para recepción del recién nacido. Se observó la falta de privacidad en este sector.

Una vez terminado el centro obstétrico se va a encontrar en buenas condiciones. Contará con dos quirófanos bien equipados, dos salas de partos insuficiente por el número de partos (necesitaría 5 salas según norma), un quirófano sucio, el número de camas de dilatantes son insuficientes para el número de partos anuales, según normativa debería existir una cada 500 partos=9 (cuentan con tres habitaciones de parto/dilatantes con dos camas cada una y cinco camas de post parto), están ubicadas en una sala común. (Obs. 17 y 13). En quirófanos falta un área de vestuarios acorde a las necesidades del personal¹⁶.

Los espacios destinados a parto y dilatantes son de reducidas dimensiones, y carecen de privacidad, no dando cumplimiento a la Ley 1040 referida a la presencia del padre en el parto. (Obs. 8)

El área de recepción y reanimación del recién nacido se encuentra en buenas condiciones, dispone de aire acondicionado central.

No cuentan con salas TPR.

Las cajas de patio en quirófano se encuentran cerradas procurando las condiciones de asepsia necesarias para dicha área, salvo un desagüe improvisado ubicado en el sector de lavado de manos, donde una tapa ciega de caja de patio está perforada para el ingreso de una manguera (ver foto). (Obs. 6)

La atención ambulatoria se realiza en el sector de consultorios externos en PB. La sala de espera se encuentra en buenas condiciones, y está separada del sector de atención por puertas de seguridad.

¹⁶ Cuenta con seis camas de dilatantes siendo necesarias, para el número de partos anuales, ocho camas.

El servicio de maternidad cuenta con 70 camas para internación conjunta (madre e hijo) dispuestas en 12 salas, no disponiendo de un baño completo cada 4 camas en 8 salas¹⁷. (Obs. 20)

No hay espacio suficiente entre camas/cunas para que tengan la privacidad necesaria, y espacio para un acompañante. (Obs. 19)

Cabe aclarar que independientemente de la exigencia normativa del Ministerio de Salud de la Nación, referido a una superficie de 9 metros cuadrados por cama con cuna para internación de maternidad, dicha superficie es exigible desde el Código de Edificación, que en su capítulo referido a seguridad contra incendios, establece de acuerdo al tipo de uso de los locales, un coeficiente relacionando cantidad de personas y unidades de superficie; en particular para las “clínicas” dicho factor es 8 metros cuadrados por persona; de esta forma teórica se planifica y se calculan las vías de evacuación y la capacidad máxima que soporta dicha estructura desde un punto de vista funcional; de tal forma que en los hospitales públicos encontramos que dicha capacidad se encuentra superada.

Las salas en general se encuentran en regulares condiciones de mantenimiento, tienen buena ventilación e iluminación natural, buena calefacción. En época de verano son muy calurosas ya que sólo cuentan con ventiladores de techo.

El office de enfermería es de reducidas dimensiones.

No cuentan con un área destinada a residencia de madres. (Obs. 24)

Neonatología

Este servicio se encuentra dividido en dos pisos, en planta baja terapia intensiva y en primer piso terapia intermedia. (Obs. 25)

La calefacción es central, no pudiendo regularse adecuadamente la temperatura. El aire acondicionado es escaso por lo cual tuvieron que agregar equipos individuales tipo Split, que no cumplen con los requisitos para estas áreas.

Se realizó una nueva instalación eléctrica con sistema aislado. Existen equipos de matafuegos reglamentarios en las tres zonas pero no son los adecuados para áreas con equipamiento electrónico (Obs. 26). Faltan áreas de depósito para equipamiento que no es utilizado y materiales.

No hay biombos plomados para protección cuando se realizan placas de rayos (Obs. 32)

La iluminación general es buena, pero la puntual para procedimientos es escasa.

Terapia Intensiva:

Se encuentra en relación directa con el centro obstétrico. Cuenta con instalaciones para 10 cunas pero por falta de espacio solo se utilizan 6 y dos aislamientos con presión negativa/positiva. En general se encuentra en buen estado de mantenimiento y equipamiento.

¹⁷ Cuenta con siete salas de cinco camas, una sala de cuatro, una sala de tres, dos salas de dos y una sala de ocho.

Los aires acondicionados no tienen los filtros correspondientes por norma. (Filtros absolutos) (Obs. 17)

Este servicio cuenta con dos accesos pudiendo utilizarse uno de ellos como salida de emergencia.

Uno de los aislamientos debe utilizarse como depósito.

Terapia Intermedia:

Se encuentra en el primer piso. Cuenta con una capacidad para 20 cunas con 2 aislamientos sin presión negativa/positiva.

Este servicio cuenta con dos salidas de emergencias, una a una terraza lindante.

Los puestos para las servo cunas carecen de espacio suficiente de apoyo. (Obs. 29)

El área de ingreso para padres no dispone de las comodidades necesarias para depositar las pertenencias que no pueden ingresar a terapia. (Obs. 27)

Existe una puerta para el retiro de elementos sucios la cual no se puede cerrar, generando esto un punto de inseguridad para el servicio.

Pediatría

El sector de Pediatría se encuentra en planta baja.

No existe salida de emergencia señalizada que permita una fácil evacuación (Obs. 4)

Cuenta con 23 camas distribuidas en tres salas de 5 camas, y una de 8 camas, más 1 aislamiento.

En general se encuentra en regular estado de mantenimiento, los pisos de goma se encuentran despegados en varios sectores, se observaron humedades en las paredes, el cielorraso en el pasillo central es de chapas de aluminio desmontable y se encuentra muy sucio y con poca iluminación. (Obs. 39)

Las salas no tienen la privacidad necesaria entre los pacientes ni el equipamiento necesario para la estadía de los padres. El mobiliario se encuentra en muy malas condiciones. (Obs. 34)

Tienen un baño completo por sala, esto no cumple con los requerimientos mínimos, se encuentran en regular estado de mantenimiento. (Obs. 36)

La calefacción es central y no tiene los filtros correspondientes, la ventilación en verano es poca, las persianas no funcionan correctamente y faltan mosquiteros.

La sala de procedimientos se encuentra en buen estado y es la única con bacha exterior para el lavado de manos, en las demás salas se utiliza un dispenser de alcohol en gel.

En época de bronquiolitis se anexan aprox 15 camas del servicio de clínica médica.

Los consultorios externos están en el área específica de consultorios, tienen 2 consultorios con tres camillas cada uno y 2 consultorios individuales, no existiendo privacidad en la consulta. (Obs. 37)

b) Equipamiento

Maternidad

Los consultorios tienen 2 equipos de detector electrónicos de latidos fetales, siendo necesarios por lo menos 5 debido al número de consultas diarias. (Obs. 42)

En el área de internación las camas tienen mas de 30 años encontrándose con el deterioro del tiempo agravado por hipoclorito de sodio que se utiliza en la limpieza y las oxida; además el 20% del mecanismo no funciona. (Obs. 43)

En las salas de parto no disponen del mobiliario necesario para cada cama. En el quirófano no se dispone de ropa suficiente (ambos) para el equipo quirúrgico.

La cama de partos no está dotada de ruedas para el traslado de la parturienta al quirófano en caso de cesárea.

Neonatología

En el área de recepción del recién nacido no se dispone del equipo para suministrar oxígeno calentado y humidificado. (Obs. 58)

No cuenta con láminas de plástico y gorros para los recién nacidos de pretérmino. (Obs. 58)

En el área de cuidados especiales no tienen una incubadora de transporte intra/extrainstitucional cada 12 plazas y/o 3000 partos por año.¹⁸ (Obs. 48)

Tampoco dispone de un equipo de luminoterapia cada dos incubadoras, es decir, una cada 300 nacimientos por año.¹⁹ (Obs. 58)

No cuentan con: un oxímetro de pulso por cada plaza de cuidados intensivos y 3 por cada plaza de crecimiento de prematuro. Una bomba de perfusión continua cada 2 incubadoras ni un equipo para presión venosa central cada 6 plazas. No hay balanza para pañales ni un respirador neonatal por cada plaza de cuidados intensivos. (Obs. 52 y 53)

Pediatría

El servicio no dispone de una bañera cada cuatro camas de internación. (Obs. 61)

c) Área Programática: CeSAC Nº 5

Se halla emplazado en un espacio de 80 metros de largo por 50 de fondo en la calle Piedrabuena 3200, entre la Avenida Eva Perón y la calle Hubac del barrio de Villa Lugano, zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

¹⁸ Tiene una sola incubadora para 4500 partos y 30 plazas.

¹⁹ Tiene 5 equipos de luminoterapia cada 4500 nacimientos, o sea 1 cada 900.

Planta Física

Si bien es un edificio nuevo, hay un deterioro visible de la fachada. Los consultorios y la sala de espera no tienen aire acondicionado. No existe sistema de intercomunicación entre las distintas áreas, la central telefónica se encuentra fuera de servicio creando también la dificultad de realizar llamados externos. (Obs. 66)

Equipamiento

Los consultorios no cuentan con insumos mínimos como espátulas de Ayre, baja lenguas, gasas, guantes estériles y descartables, al momento de esta auditoría. (Obs. 66)
 Tampoco disponen de escalerillas, sillas, tensiómetros y cinta métrica inextensible ni archivo de historias clínicas. (Obs. 66)

VI.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

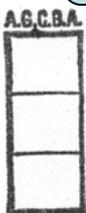
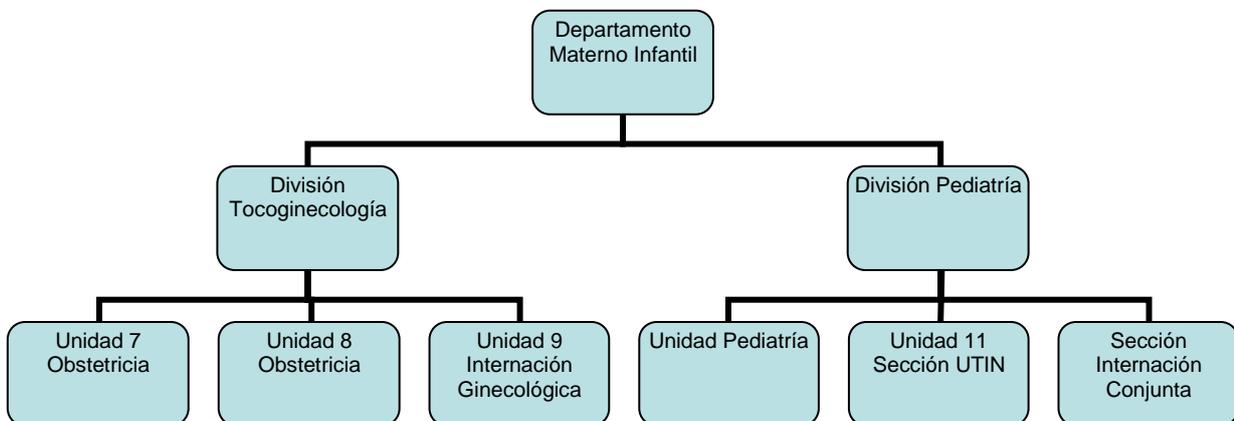
Para valorar la gestión asistencial, se verificará la existencia de Normas de diagnóstico y tratamiento como así también las de gestión; la adecuación de los recursos físicos a las demandas y necesidades del Departamento Materno Infantil; se ponderará el cumplimiento de indicadores de atención propuesto en las normas utilizadas por los servicios y corroboraremos el funcionamiento de los comités hospitalarios de seguimiento de la mortalidad materno infantil.

**VI.5.1 Hospital General de Agudos J. M. Penna
 Recursos Humanos, Normas de organización y funcionamiento**

Esta maternidad está categorizada correspondiente a un Nivel III, según Resolución 348/03, debido a la capacidad de resolver a las patologías inherentes al embarazo o concomitantes al mismo.

Organigrama

El Departamento Materno Infantil del Hospital Penna se encuentra organizado de la siguiente manera: (Obs. 67)



a) Normativa utilizada²⁰

Tocoginecología:

- ✓ Manual de Obstetricia Asistencial, elaborado por la Asociación de Médicos Municipales.
- ✓ Normas elaboradas por el Servicio, que surgen de los ateneos que se realizan semanalmente, tales como:
 - ✓ Protocolo de seguimiento y atención de RCIU asimétrico.
 - ✓ Nuevos criterios DX de DBT en el embarazo.
 - ✓ Indicaciones del sulfato de magnesio en la Eclampsia.
 - ✓ Protocolo de screening para Estreptococo Grupo B (EGB).
 - ✓ Protocolo de tratamiento profiláctico para EGB.
 - ✓ Manejo de la preclampsia grave-eclampsia (consenso F.A.S.C.O).
 - ✓ Embarazo de bajo riesgo monitoreos.
 - ✓ Instrucciones para la correcta toma de Papanicolao.
 - ✓ Manejo de las citologías anormales.
 - ✓ Manejo de la neoplasia intraepitelial cervical y del adenocarcinoma.
 - ✓ Sífilis: diagnóstico y tratamiento en el embarazo.
 - ✓ Hemorragias post-parto, guías de procedimiento.
 - ✓ Colestasis intrahepática del embarazo (CIE). Criterios de internación. Conductas.
 - ✓ CIE. Conductas en consultorios externos. Seguimiento.
 - ✓ Amenorrea grvídica prolongada.
 - ✓ Guía de manejo neonatal de sífilis congénita.
 - ✓ Manejo, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la ETG.
 - ✓ Aborto.
 - ✓ EPI. Criterios de internación.

Pediatría:

- ✓ Normas establecidas por el Gobierno de la Ciudad para el Programa de Vacunación con Antihepatitis B y BCG.
- ✓ Programa de Lactancia Materna Exclusiva.
- ✓ Programa de Pesquisa Neonatal.
- ✓ Programa de Sífilis.
- ✓ Chagas y HIV.
- ✓ Normativas para Control Oflamológico del Recién Nacido.
- ✓ Registro Nacional de Malformaciones Congénitas y Registro de todos los Recién Nacidos que egresan de Internación Conjunta.

²⁰ Memorias anuales de los servicios de Tocoginecología, Neonatología y Pediatría 2012

- ✓ Normas del Hospital Garrahan y las propias elaboradas por el servicio.

Neonatología:

Cuentan con el Manual de estructura del Servicio de Neonatología del Hospital Penna, en el que se describe la estructura del Servicio, las funciones médicas y la dinámica del mismo. Incluye los 10 pasos para una lactancia feliz (Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño) y las siguientes Leyes:

- ✓ Ley N° 24.540 - Régimen de Identificación del RN.
- ✓ Ley N° 25.929 - Parto Humanizado
- ✓ Ley N° 534 - Obligatoriedad e las determinaciones para la detección de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo neonatal en RN.
- ✓ Ley N° 25.415 – Programa Nacional de Detección temprana y atención de la Hipoacusia.
- ✓ Ley N° 26.279 de Pesquisa Neonatal.

En el mismo se encuentran desarrollados los siguientes ítems:

- ✓ Criterios de admisión de RN en la Unidad de Cuidados Neonatales.
- ✓ Confección de: HCL, Hoja de identificación hospitalaria y del RN, de evolución diaria, de antecedentes maternos del parto y RN, de Enfermería e Indicaciones Médicas, Epicrisis para la Obra Social y Epicrisis en RN patológicos, Cierre y entrega de la HC neonatal.
- ✓ Manejo de los RN internados.
- ✓ Medidas de Bioseguridad
- ✓ Control y Evolución del RN internado
- ✓ Solicitud de Exámenes complementarios, Interconsultas y Derivaciones.
- ✓ Mecanismo de pase de sala.
- ✓ Información a los padres.
- ✓ Consulta a la asistente social.
- ✓ Régimen de visitas.
- ✓ Criterios de alta para el egreso del RN.
- ✓ Citación de pacientes para consultorio de seguimiento.
- ✓ Atención del paciente por Guardia.
- ✓ Actividad docente- Posgrado.

Otros Manuales y Normas de procedimientos utilizados por el Servicio:

- ✓ Cuidados neonatales - Augusto Sola/Tomos I y II.
- ✓ Neonatología Práctica - Ceriani Cernadas.
- ✓ Manual de normas y procedimientos para el control de Infecciones Nosocomiales- Sanatorio de la Trinidad Mitre.

- ✓ Neofax. Manual de Drogas Neonatológicas.
- ✓ Manual Operativo del Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina (RENAC-AR)
- ✓ Altas de Síndromes Neonatales y Pediátricos.

Normativas del GCABA para los siguientes programas y actividades: Vacunación con antihepatitis B y BCG; lactancia materna exclusiva; Sífilis; Chagas, HIV; Control oftalmológico del RN; Registro nacional de malformaciones congénitas y Registro de todos los RN que egresan de internación conjunta.

b) Recursos humanos

Tocoginecología

La actividad de planta y guardia está afectada por la falta de anestesistas. Se requiere de un Técnico en Anestesia y un Anestesiólogo, en el área de partos en forma exclusiva. (Obs. 69)

En internación, el plantel de personal Médico y Obstétricas posee carga horaria adecuada. Existen cargos concursados pendientes de nombramiento (un médico de guardia de 30 hs. Semanales) y cargo vacante a concursar (médico de planta 30 hs. semanales en Tocoginecología). (Obs. 69)

El personal administrativo y de informática es insuficiente, existe una sola secretaria que realiza tareas para todo el Departamento. (Obs. 69)

No se cuenta con soporte técnico ni personal administrativo para la inscripción al padrón del Plan Nacer. Esto afecta a la facturación de las prácticas realizadas e impide el cobro de subsidios de los pacientes atendidos en este Hospital, ante el ANSES. Es frecuente el desabastecimiento de planillas para la inscripción al Plan.

No disponen de servicio de voluntariado que colabore en el área de madres, internación conjunta, etc.²¹

Neonatología²²

Se estima que un 10% de los embarazos puede acarrear riesgo importante y que 3 a 5 % de los embarazos terminarán con la extracción de un niño que necesita cuidado intensivo. El riesgo y las necesidades aumentan en relación inversa con el peso y la edad gestacional de los nacimientos.

En la actualidad se atienden los pacientes de más alto riesgo perinatal, por ejemplo, los que requieren ventilación asistida convencional y alta frecuencia, bajo peso al nacer que incluye prematuros muy pequeños y retardo del crecimiento intrauterino, RN con Hipertensión pulmonar severa, cirugías cardíacas como cierre quirúrgico de Ductus Arterioso etc.

²¹ Entrevista Jefa Dpto. Materno Infantil

²² Memorias del Servicio de Neonatología 2012

El aumento en la complejidad del servicio y la posibilidad de brindar una atención altamente especializada a RN críticamente enfermos, ha determinado que se deban considerar urgentes cambios en lo referente a la estructura edilicia, dotación de personal anteriormente prevista y equipamiento e instrumental.

Número de plazas de internación actuales y requeridas para una maternidad con 4000 partos anuales:

	Plazas actuales	Mat /4000 partos	Incremento del nº de plazas
UTI	6	7	1
UCIN	3	9	6
Crecimiento	7	12	5
Transicionales	7	12	5
Total	23	40	17

Tabla comparativa entre hs. médicas de guardia requeridas y hs médicas disponibles en el Servicio de Neonatología

Hs. Médicas de guardia requeridas para Htal Penna	Hs médicas de guardia disponibles Htal Penna	Deficit
504	240	264

Tabla comparativa entre hs. médicas de planta requeridas y hs médicas disponibles en el Servicio de Neonatología

Hs. Médicas de planta requeridas Htal Penna	Hs médicas disponibles Htal Penna	Deficit
160	68	92

Para corregir el déficit descrito sería necesario completar la cobertura de médicos neonatólogos de guardia para los días sábados (2 médicos), domingo (3 médicos-cargos vacantes) y a designar 4 médicos con función en planta de 30 hs semanales cada uno. (Obs. 69)

Departamento de Enfermería²³

Los servicios se encuentran dirigidos por una Enfermera diplomada designada por selección interna, con convalidante por falta de estructura de enfermería desde el año 1994. Cuenta con capacitación especial en medicina materno infantil y neonatología.

Existe una enfermera designada para reanimación, capacitada en RCP y en transporte intra institucional, pero ante imprevistos y ausentismos, esta función no cuenta con reemplazante.

Teniendo en cuenta que alrededor del 10% de los RN requieren algún grado de reanimación activa al nacer (American Academy of Pediatrics - American Herat

²³ Gerencia operativa de Enfermería /Entrevista Servicio de Enfermería

Association 2002) se debería en forma urgente designar un plantel estable de enfermeras para brindar cobertura al sector de Recepción y Reanimación del Recién Nacido.

No cuentan con personal de enfermería para Internación Conjunta. (Obs. 69)
Para calcular el déficit en las áreas generales se utiliza la fórmula tomada de la Resolución Ministerial 194/95.

Para el caso de Neonatología se utilizan las normas de organización y Funcionamiento de Servicios de neonatología cuidados intensivos neonatales aprobado por Resolución Ministerial N° 306/02.

MATERNIDAD/Sección 7 y 8	
Nro de camas	48
Enfermera Jefe	2
Personal ejecutivo	20
Total de Enfermería	22
IADE otorgado	1,17
IADE esperable	2,7
Déficit de Personal	22

GINECOLOGÍA/Sección 9	
Nro de camas	24
Lic. Enfermera Jefe	1
Personal ejecutivo	20
Total de Enfermería	21
IADE otorgado	2,38
IADE esperable	4
Déficit de Personal	7

Extramuros (CESAC, CMB)	
Lic. Jefe + 1 Enfermero Jefe	2
Personal ejecutivo	16
Total de Enfermería	18
Déficit de Personal	11

CONSULTORIOS	
Lic. Jefe	1
Enfermera Jefe	1
Personal ejecutivo	23
Total de Enfermería	25
Déficit de Personal	8

PEDIATRÍA/Sección 10	
Nro de camas	29
Lic. Jefe + 1 Enfermero Jefe	2

PEDIATRÍA/Sección 10	
Personal ejecutivo	36
Total de Enfermería	38
IADE otorgado	3,56
IADE esperable	4
Déficit de Personal	12
NEONATOLOGÍA/Sección 11	
Nro de camas	24
Enf. Jefe 2	2
Personal ejecutivo	53
Total de Enfermería	55
IADE otorgado	5,19
IADE esperable	7
Déficit de Personal	13

Personal de Limpieza

Debe contarse con una mucama exclusiva cada diez pacientes internados en todos los turnos (PNP Personal no profesional).

Tabla comparativa entre el N° de Mucamas requeridas para el Sector Internación Neonatológica (PNP) y el N° existente

	N° de Mucamas requeridas (PNP) por día	N° de Mucamas existentes Htal Penna por día
Internación neonatológica	6	2

El déficit de mucamas en el Sector Internación Neonatológica es de cuatro. (Obs. 69)

Pediatría

Los turnos para control de niños mayores de 6 meses son otorgados por sistema y tienen una demora de 2 meses aproximadamente.

Se solicitaron 4 partidas de médicos de 30 hs. semanales de las cuales se otorgaron solamente 2. (Obs. 69)

Área Programática

CeSAC N° 8

Dispone de 100 hs. semanales para la atención de niños y adolescentes que se expresan en una productividad anual de 5551 consultas y 28 hs. semanales para salud materna con un total de 682 consultas. (Obs. 69)

El Centro tiene un equipo de ecografía que no está siendo utilizado por encontrarse vacante el cargo de ecografista por jubilación. No se dictan cursos de preparación integral para la maternidad. (Obs. 69)

CeSAC N° 32

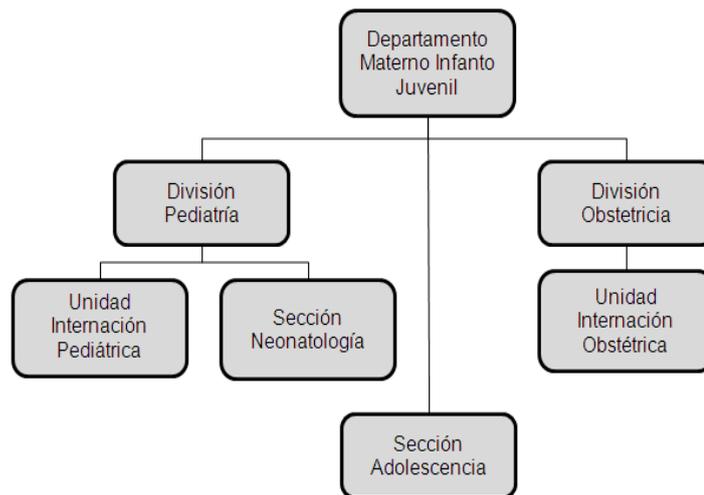
Refieren licencias de personal no contando con reemplazantes. (Obs. 69)

VI.5.2 Hospital General de Agudos Cosme Argerich Recursos Humanos, Normas de organización y funcionamiento

Esta maternidad está categorizada correspondiente a un Nivel III. Asimismo, el servicio de neonatología y pediatría pertenecen al Nivel II.

Organigrama (Obs. 67)

El Departamento Materno Infanto juvenil esta organizado de la siguiente manera:



a) Normativa utilizada

Obstetricia

Normas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Neonatología

1. Normas de elaboración propia según bibliografía actualizada
2. Guías del Ministerio de salud:
 - Actualizaciones permanentes de las distintas patologías
 - Comunicación con otros hospitales para interconsultas y/o resultados de estudios

Pediatría

Se implementan las normas de la S.A.P. (Sociedad Argentina de Pediatría) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En obstetricia aplican las Normas Nacionales de la Mujer Embarazada. Guía para el trabajo en equipos de salud interdisciplinarios, elaborada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: Preparación Integral para la Maternidad

Las normas que se utilizan en los Centros de Salud son las mismas que se describen anteriormente del Ministerio de Salud de la Nación.

b) Recursos Humanos

Obstetricia

La División Obstetricia, que a su vez abarca la Unidad 1 y la Unidad 2 y la Guardia Obstétrica, se encuentran ubicadas en el 5°Piso.

Cada Guardia cuenta con dos médicos especialistas en Tocoginecología, ya que también resuelven las urgencias ginecológicas. Dos obstétricas, dos residentes médicos y una residente de obstetricia.

Existe en la guardia dos cargos para médico interno, ganados por concurso, para los días sábados y domingos (agosto y diciembre de 2012) que al momento de esta auditoría no se habían producido los nombramientos. (Obs. 70)

En internación, el cargo de Jefe de Unidad fue ganado por concurso en abril de 2013 y aún no llegó su nombramiento. Esta situación se repite con una médica de planta, habiendo concursado en septiembre de 2012. (Obs. 70)

Neonatología

- a) *Área de Cuidados Especiales Neonatales (Terapia Intensiva Neonatal):*
- b) *Área de internación conjunta*
- c) *Consultorios externos con seguimiento: Recién nacidos sanos y patológicos.*

Al intentar evaluar la adecuación del recurso humano del servicio, nos vimos imposibilitados de realizar un cálculo certero debido a la incertidumbre que nos generan los datos estadísticos. Fue consultado el Hospital y la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud quienes nos confirmaron sobre el error en la confección de estas cifras es una falta que se ha estado produciendo desde hace varios periodos.

Pediatría

El Servicio de Pediatría comprende las siguientes áreas:

- Salas de Internación, en el primer piso

- Cuatro Consultorios Externos Pediátricos y Neonatales
- Unidad de Neonatología
- Internación Madre/Hijo.

No existe requerimiento por parte del Hospital de Profesionales para este Servicio.

Departamento de Enfermería

Existe déficit de recurso humano en este Departamento.

A continuación se mencionan las notas referentes al tema:

- Con fecha 24 de enero de 2012. Por carencia de personal de enfermería para el centro obstétrico. Hace mención que con el tiempo de 24 personas atendiendo pasaron a 16, 8 menos.
- Con fecha 27 de septiembre de 2012. Solicitando personal de enfermería para el fin de semana, solo se cuenta con 2 enfermeros por turno.
- Con fecha 15 de octubre de 2012. Se reitera el pedido anterior por no tener respuesta.

Al momento de esta Auditoría no habían sido resultas estas carencias. (Obs. 70)

Área Programática

Falta personal administrativo en todos los CeSACs. (Obs. 70)

CeSAC N° 41

Atienden una población altamente vulnerable, según Censo de 2006. El 53% de la población reside en viviendas precarias, el 43% padece situación de hacinamiento, el 57% es beneficiario de Planes Sociales. Según el nivel de ingreso, el 22% de la población está por encima de la línea de pobreza, el 41% por debajo de la línea y el 37% es indigente. Sólo el 29% de la población de esta área dispone de cobertura de salud. Se ha detectado en la consulta pediátrica 37 casos de plumbemia en el año 2012, las principales fuentes de contaminación son el Polo Dock Sud y la Cuenca Matanza Riachuelo. El Centro de Salud realiza tratamientos médicos e indicaciones medioambientales pero estos últimos exceden su tarea. Tiene un cargo concursado para farmacéutica no efectivizado y la necesidad de un extraccionista, un terapeuta ocupacional y un psiquiatra de adultos. (Obs. 70)

CeSAC N° 9

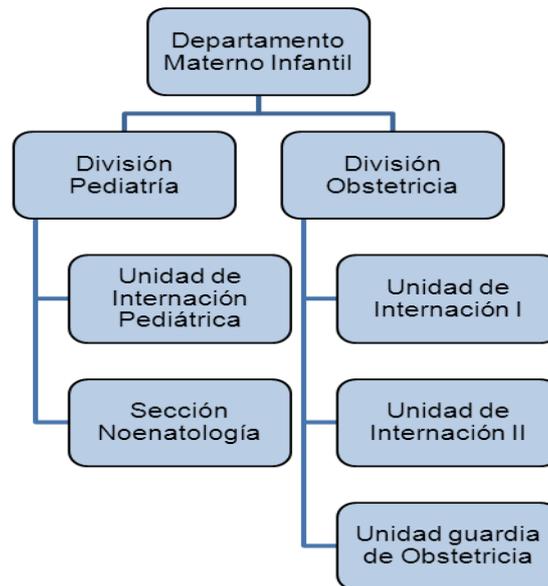
Tiene cinco cargos concursados y no efectivizados: un Jefe de Unidad, un terapeuta ocupacional, un psiquiatra infantil y dos trabajadoras sociales. (Obs. 70)

Otro recurso humano faltante es el administrativo.

VI.5.3 Hospital General de Agudos P. Piñero Recursos Humanos, Normas de organización y funcionamiento

Esta maternidad está categorizada correspondiente a un Nivel III. Asimismo, el servicio de neonatología y pediatría pertenecen al Nivel II.

Organigrama (Obs. 67)



a) Normativa utilizada

Obstetricia

Son elaboradas en el Servicio, con base en las Normas de la Nación y las guías de procedimientos de SOGBA, SOGIBA y FASGO.

Neonatología

Guías de diagnóstico y tratamiento del servicio.

Utilizan las Normas elaboradas por el Dr. Larguía (Ministerio de Salud), actualizadas por bibliografía vigente.

Pediatría

La internación utiliza las normas publicadas por el Hospital Garrahan y los consensos de enfermedades prevalentes de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Con relación al consultorio externo se utiliza el consenso de pacientes ambulatorios de la Sociedad Argentina de Pediatría.

b) Recursos Humanos

Obstetricia

En consultorios externos el circuito de otorgamiento de turnos es:

- Consultorio de Obstetricia normal funciona a demanda y los horarios son turno mañana y tarde.
- Alto riesgo funciona a demanda para los pacientes enviadas por los CESAC y con turno concertado en la consulta anterior para aquellas que ya se controlaron en alto riesgo.
- Patología cervical turno programado
- Procreación responsable por demanda espontánea.

No hay demoras. La demanda se satisface en tiempos adecuados. No hay reporte escrito de la demanda insatisfecha.

Por guardia se atiende la demanda espontánea las 24 hs del día, los 7 días de la semana.

Existen dos cargos vacantes, uno para tocoginecólogo y otro para obstétrica.

También hay cargos concursados, pendientes de nombramiento, un médico de planta especialista en obstetricia interino con 30 hs, y un médico de guardia para obstetricia interina. (Obs. 71)

Neonatología

Existe tres cargos vacantes, dos neonatólogos de guardia y uno de planta. (Obs. 71)

Pediatría

La división pediatría esta compuesta por la Unidad de Internación pediatría y la Sección Neonatología, depende del departamento materno infanto-juvenil.

Formalmente el consultorio externo de pediatría depende de consultorios externos y la guardia, de la jefatura de Urgencias. Sin embargo en la práctica ambas áreas están coordinadas por el Departamento Materno infantil.

Existe hospital de día pediátrico, se asiste a recién nacidos de alto riesgo en el control post alta hasta los 6 años por un grupo de trabajo específico.

En el área de Consultorios externos se asiste control de niño sano con turno programado para el control, cobertura porteña y asignación por hijo; o demanda espontánea por el pediatra que lo asiste. El consultorio de mediano riesgo asiste a pacientes enfermos que no disponen de turno previo. Es por demanda espontánea.

No se utilizan turnos telefónicos. Los turnos programados para control tienen una demora de 15 días.

La demanda insatisfecha en época invernal se asiste por mediano riesgo y guardia de pediatría, promedia las 60 consultas. Por este motivo se solicitaron dos nuevas partidas que se otorgaron pero se retienen en el Ministerio (desfinanciadas).

Existe en el Servicio cuatro cargos concursados pendientes de nombramiento, todos para médicos pediatras interinos con 30 hs.

Departamento de Enfermería

Se realizó un análisis en relación a la dotación real y necesaria de recurso humano de enfermería en las diferentes áreas y turnos. Se concluye de la siguiente manera:

	Turno mañana	Turno tarde	Turno vespertino	Turno 00-06 hs.	Turno 00-12 hs.	Turno 12-24 hs.
Dotación real	16	8	10	8	10	8
Dotación necesaria	7	11	11	13	13	14
Diferencia	+9	-3	-1	-5	-3	-6

Si bien hay una deficiencia de 9 enfermeros en el total de los turnos, lo que se destaca es la necesidad de redistribuirlos por turnos, según la necesidad real del área. (Obs. 71)

Esta información fue suministrada por la jefa a/c de enfermería
 Áreas abiertas

	Total dotación real (todos los turnos)*	Total dotación necesaria (todos los turnos)*	Diferencia
Unidad 13 Obstetricia	12	9	+3
Unidad 15 Gineco/Obstetricia	11	6	+5
Unidad 17 Pediatría	12	13	-1
Cons. Externos/Hosp. de día Pediatría	6	3	+3
TOTAL	41	31	+10

Todos los datos incluidos en las tablas, incluso las formulas fueron suministrados por el auditado.

Área Programática

CeSAC N° 14

El déficit de recurso humano para este Centro de Salud, según Nota remitida por la Jefa del CeSAC al Jefe del Área Programática del Hospital, sería los nombramientos de un odontopediatra, dos fonoaudiólogos, un nutricionista, un médico pediatra, un profesional de farmacia, dos administrativos y una obstétrica. (Obs. 71)

CeSAC N° 31

Durante el año 2012 como consecuencia de la disminución de horas de pediatría se atendió de lunes a viernes de 8 a 13.30 hs. reduciendo así 12,5 hs. semanales.

Existe a la fecha un cargo de médico pediatra concursado y no efectivizado. (Obs. 71)

CeSAC N° 40

Existe a la fecha un cargo de médico/a generalista concursado y no efectivizado.

Hay un cargo vacante en tocoginecología. (Obs. 71)

CeSAC N° 6

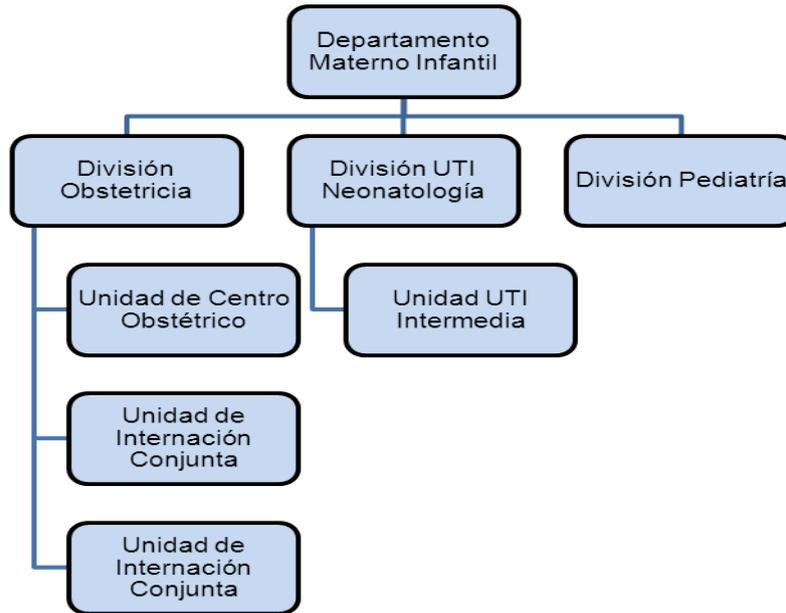
Requiere aumentar la dotación de enfermeros, según las actividades del centro. Adjunta notas de pedido. Requiere principalmente aumentar personal administrativo. (Obs. 71)

VI.5.4 Hospital General de Agudos F. Santojanni Recursos Humanos, Normas de organización y funcionamiento

Esta maternidad está categorizada correspondiente a un Nivel III. Asimismo, el servicio de neonatología y pediatría pertenecen al Nivel II.

En el año 1997 el Hospital Santojanni fue acreditado como Amigo de la madre y el niño (OMS/UNICEF).

Organigrama (Obs. 67)



a) Normativa utilizada

Obstetricia

Son elaboradas en el Servicio, con base en las Normas de la Nación y las guías de procedimientos de SOGBA, SOGIBA y FASGO

Neonatología

Guías de diagnóstico y tratamiento del servicio de Neonatología

1. Normas de elaboración propia según bibliografía actualizada
2. Normas de la Asociación española de Neonatología
3. Guías del Ministerio de salud:
 - Actualizaciones permanentes de las distintas patologías
 - Comunicación con otros hospitales para interconsultas y/o resultados de estudios
 - Uso para dar clases a los residentes.

Pediatría

Se revisan y actualizan permanentemente. Son las que implementa la S.A.P. (Sociedad Argentina de Pediatría) y en obstetricia y ginecología normas del Departamento Materno Infantil del Hospital y GCBA.

- Admisión y egreso
- Atención ambulatoria e internación

- Bioseguridad (residuos patológicos, circulación de material limpio y sucio)
- Cuidado del bebe y el niño hospitalizado.
- Horario de visitas
- Seguridad
- Evacuación

b) Recursos Humanos

Obstetricia

No existe demanda de personal en este Servicio.

Neonatología

En el sector recepción reanimación, cuentan con un neonatólogo de guardia y una enfermera por turno en el sector neonatal. No hay médicos de planta.

Teniendo en cuenta que el Hospital es nivel III y que cada 2000 partos se requiere un neonatólogo, estarían necesitando incorporar uno más, ya que realizan casi 4000 partos anuales (11 partos diarios).

En el sector internación conjunta madre-hijo, según el recurso humano disponible no podrían utilizar la totalidad de las plazas (60). El requerimiento de horas médicas se deduce por la cantidad de RN. Cuentan con 12 horas médicas diarias distribuidas en tres médicos de planta. Sería suficiente para 48 RN internados. Desde septiembre de 2013 no se autorizo el pedido de concurso para cubrir la jefatura.

En el sector de cuidados especiales el recurso también es insuficiente. Se internan promedio de 60 RN por mes. Según la guía de Servicios de Neonatología se requiere 1 medico de no menos de 24 hs semanales, por cada 4 plazas de cuidados intensivos e intermedios. De ser así, se requerirían 15 médicos de 24 hs semanales, siempre teniendo en cuenta la complejidad del sector. Actualmente cuentan con 6, más 2 con licencia prolongada.

En total, por la complejidad del servicio se necesitarían 5 médicos más de guardia.

Están autorizados 3 médicos interinos de guardia y la posibilidad de cubrir un puesto más por día con un médico suplente.

Se llamó a concurso para cubrir 10 puestos de suplentes (con lo que quedaría cubierta la guardia), pero quedo completamente desierto. (Obs. 72)

Actualmente cuentan con 17 médicos interinos para cubrir 21 puestos. Está pedido el llamado a concurso.

No se dio, en tiempo y forma, las extensiones horarias solicitadas de acuerdo al Acta Paritarias N 56 inciso 1B (1) firmada entre la Asociación de Médicos Municipales y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Con fecha 12/08/2014 el Director del Hospital informa que se ha firmado el Decreto de extensión horaria para diez Profesionales

Existe una residencia propia posbásica que actualmente se encuentra desierta por falta postulantes.

Pediatría

Actualmente la dotación se encuentra notablemente reducida por diversos motivos:

- Renuncia a prolongación Horaria de una Profesional (10 hs semanales)
- Cambio de Servicio de un Profesional (40 hs semanales)
- Fallecimiento (30 hs semanales)
- Cambio de función (30 hs semanales)

Restando de esta forma un total de 110 hs semanales.

Cuentan con:

- 1 jefe de División (40 hs semanales)
- 2 jefes de Unidad (80 hs semanales)
- 4 pediatras de internación (91 hs semanales)
- 8 para consultorios externos (250 hs semanales)
- 5 para hospital de día (170 hs semanales)
- 1 para gastroenterología (30 hs semanales)
- 1 para cardiología (30 hs semanales)

Departamento de Enfermería

En el año 2012, sobre un total de 500 agentes, el Director del Hospital informa un déficit del 25%. En el año 2014, sobre un total de 510 agentes, refiere que el déficit alcanza a un 35% (178 enfermeros). Las causas enumeradas son: jubilación, parte médico por enfermedades crónicas, renunciadas y cesantías. Se están por incorporar 25 enfermeros que se encuentran en las instancias finales de designación. (Obs. 72)

División Estadística - Archivo de Historias Clínicas

Las Jefaturas de la División Estadística y del Archivo de Historias Clínicas se encuentran vacantes. (Obs. 72)

Según referencia del Director del Hospital, con fecha 12/08/2014, se está realizando el reordenamiento del sector Archivo.

Por Disposición Interna se designó una Jefa a cargo y se reincorporará un quinto administrativo.

Existen Notas reiteradas del Archivo a División Estadística, con fechas 18/09/2007, 29/04/2008, 15/08/2008, 18/09/2008, 18/02/2009 y 12/08/2013, donde se manifiesta el colapso de la Sección.

Área Programática

Existen cargos concursados pendientes de nombramiento:

- *Cargo pediatría (CeSAC N° 28) (Obs. 72)
- *Cargo pediatría (CeSAC N° 37) (Obs. 72)

CeSAC N° 5

La Jefatura del Área Programática refiere no tener datos documentados sobre las necesidades de recursos humanos de este Centro de Salud.

VI.5.5 Comité de Mortalidad Materno Infantil

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad postneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año. Para su análisis, es necesario tener presente la influencia de la calidad de los datos en el valor de estos indicadores, particularmente en la mortalidad neonatal. Esto obedece a que, además del posible subregistro, podrían sumarse inconvenientes por la aplicación incorrecta de las definiciones de nacido vivo y de defunción fetal. En el estudio de la mortalidad infantil se debe tener en cuenta un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos.

La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos vinculados con las condiciones congénitas como con la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida). En la mortalidad postneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño.

Estudiar las causas de muerte según "Criterios de Reducibilidad" tiene como objeto detectar problemas, sustentar la toma de decisiones y guiar las actividades, de forma tal que faciliten la instrumentación de medidas correctivas adecuadas.

Se definen diferentes causas de muerte para el período neonatal (0 a 27 días de vida) y para el período post-neonatal (28 a 365 días). Dos grandes grupos de causas integran esta clasificación: reducibles (que incluye las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud) y difícilmente reducibles (que incluye las defunciones que en la actualidad no son reducibles).²⁴

La Ley N° 3968/11, que incluye entre sus objetivos contribuir con la reducción de la mortalidad infantil, generar información sobre muertes infantiles, favorecer el establecimiento de medidas para revertir situaciones emergentes y contribuir

²⁴ Fuente: DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud). Ministerio de Salud de Nación

con el cumplimiento de los derechos de los integrantes del grupo familiar afectado, aún no ha sido reglamentada; por lo cual no fue creada la autoridad de aplicación que debiera centralizar la información recogida en todos los subsectores de salud y decidir las políticas sanitarias adecuadas. (Obs. 73)

Esta auditoría comprueba que en los Hospitales objeto funcionan los Comités de Mortalidad Materna Infantil.

Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por comunas en la Ciudad de Buenos Aires:

Comuna	2009	2010	2011	2012
Total	8.3	6.7	8.5	8.1
4	10.6	9.9	11.1	11.8
8	12.4	7.9	9.7	10.8
9	11.6	8.1	10.4	8.8

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda de la CABA

En la comuna 4 hay una leve tendencia en descenso, marcándolo en el año 2011, pero recuperando en el 2012.

En la comuna 8 se ve un descenso importante en el año 2010, pero en los años sucesivos muestra aumento progresivo.

En la comuna 8 si se ve un descenso importante desde el 2009.

En el total de reducibilidad de las comunas se mantiene prácticamente la misma tasa excepto en el año 2010 con un descenso importante.

Mortalidad Materno-Infantil hospitalaria (por 100 egresos):

Año	Argerich					Penna					Santojanni					Piñero					
	08	09	10	11	12	08	09	10	11	12	08	09	10	11	12	08	09	10	11	12	
R. N. Sano												0.05									
Neo	4.81	2.36	3.26	3.53	4.41	3.59	2.68	3.17	2.76	2.62	4.21	4.03	3.76	3.73	5.14	3.89	4.85	4.41	5.33	2.70	
Pediatría	0.10		0.12						0.79		0.09	0.09			0.09	0.36		0.06	0.19	0.14	
Materna	0.03	0.03	0.06	0.03	0.03	0.07	0.35	0.17	0.05	0.15	0.02	0.07	0	0	0.02	0.03	0.03	0.03	0	0	

Fuente: Movimiento Hospitalario

Debido a que la mortalidad infantil como dato demográfico o como dato hospitalario difiere en la calidad de su numerador y su denominador, no son datos comparables.

VI.5.5.a) Hospital General de Agudos J. M. Penna

En este Hospital funciona el Comité de Seguimiento de casos de óbitos materno infantiles a través del análisis de las historias clínicas. El mismo fue creado en el 2008 y depende de la Dirección del Hospital.

En el año 2012, se reunieron tres veces.

Según datos del Hospital, la mortalidad neonatal para el año 2012 fue de 22 casos que representan un 6.5 por mil, de los cuales 6 pacientes fueron mayores de 28 semanas y más de 1500 grs sin malformaciones congénitas. La mortalidad materna para el año 2012 fueron tres casos, dos de los cuales tienen domicilio fuera de la Ciudad de Buenos Aires. Los datos de la página web no concilian con los datos hospitalarios.

VI.5.5.b) Hospital General de Agudos Cosme Argerich

El comité de Mortalidad Materno-Infantil se reúne una vez por mes. Según datos del Hospital, se registran un total de 21 defunciones de RN para el año 2011 y 27 para el 2012, mientras que la mortalidad materna para el 2012 es de 0 casos. Cuenta con un Libro de Actas foliado en donde consta que en el año 2012 se ha reunido 4 veces. Respecto de la mortalidad neonatal, se registraron para un total de 2468 nacimientos, 26 RN fallecidos equivalente a una tasa de mortalidad del 10.5 (0/00) de los cuales 4 pacientes fueron mayores de 28 semanas y más de 1500 grs sin malformaciones congénitas. De los 26 RN fallecidos, 12 embarazos no fueron controlados en la CABA. Los datos de la página web no concilian con los datos hospitalarios. El Criterio de recolección de datos de este Hospital se detalla a continuación RN fallecidos según peso y diagnóstico:

Fecha de Nacimiento	Óbito	Apgar 1/5	Peso al nacer	Edad Gestacional	Patología	Control
---------------------	-------	-----------	---------------	------------------	-----------	---------

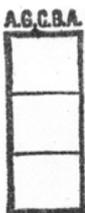
VI.5.5.c) Hospital General de Agudos P. Piñero

Este Comité se ha conformado en año 2000, durante el 2012 se han reunido en 29 oportunidades. Según datos del Hospital, no registra mortalidad materna, 11 casos de mortalidad neonatal y 2 pediátricos para ese período. No se pueden estimar los casos reductibles debido a la falta de datos en los registros. Los datos de la página web no concilian con los datos hospitalarios. El Criterio de recolección de datos de este Hospital se detalla a continuación

Servicio de Neonatología/ Unidad 18			
Fecha de Ingreso	Óbito	Días	Diagnósticos

VI.5.5.d) Hospital General de Agudos F. Santojanni

Este Comité se ha conformado en el año 2014 ante las recomendaciones de esta auditoría. Según datos del Hospital, para el año 2012 hubo 3 casos de mortalidad materna, 1 muerte pediátrica y 32 de mortalidad neonatal de los cuales 13



fueron no prevenibles e incompatibles con la vida y 19 prevenibles. De estos últimos, 9 eran RN de más de 1500 grs. sin malformaciones congénitas. El Criterio de recolección de datos de este Hospital se detalla a continuación:

Servicio de Neonatología				
Peso al nacer	Malformac. letales	Diagnósticos	Fallecido sala partos	Prevenible a nivel perinatal con control embarazo/parto correcto

Los Criterios de muerte evitable incluyen muertes evitables a través de un adecuado control del embarazo y parto. (Obs. 74)

VI.5.6 Evaluación del cumplimiento de las trazadoras de calidad de atención médica en el control del embarazo

Para realizar este procedimiento se tomó una muestra de 100 historias clínicas de partos realizados durante el año 2012 cuyo domicilio perteneciera a la CABA. Se evaluaron indicadores de seguimiento, atención temprana, salud sexual y prevención del cáncer cervical. En el siguiente cuadro se evidencia el porcentaje de incumplimiento de cada Hospital para los indicadores seleccionados.

	CONTROL Y PORCENTAJE DE INCUMPLIMIENTO															
	5 o más controles	Peso y Tensión Arterial	Ex. Mamario	Altura uterina	Latidos fetales	Ex. Odontológico	Ex. Laboratorio al inicio	Ex. Laboratorio 3º trimestre	Serología Chagas	Serología Sífilis	Serología HIV	Serología Toxoplasmosis	Serología Rubéola	Serología Hepatitis B	Tétanos 2 dosis	Ecografías (2)
Penna	64%	15%	48%	23%	16%	57%	34%	13%	13%	34%	3%	16%	64%	27%	11%	49%
Argerich	35%	11%	97%	12%	12%	1%	37%	15%	20%	21%	15%	24%	74%	30%	29%	47%
Piñero	28%	8%	30%	15%	20%	67%	48%	14%	17%	16%	8%	14%	79%	26%	38%	26%
Santojanni	20%	4%	95%	4%	3%	97%	62%	7%	5%	27%	0%	5%	76%	28%	36%	91%

	Salud Sexual y Reproductiva
Penna	2%
Argerich	2%
Piñero	0%
Santojanni	100%

	Lactancia Materna
Penna	3%
Argerich	90%

	Lactancia Materna
Piñero	0%
Santojanni	100%

	PAP
Penna	57%
Argerich	63%
Piñero	74%
Santojanni	67%

Es observable el alto porcentaje de incumplimiento en la serología para rubéola, que en si mismo sería un indicador de éxito o fracaso de las campañas de vacunación. (Obs. 75)

Si bien todos los servicios de maternidad cuentan con normas y protocolos actualizados para seguimiento, diagnóstico y tratamiento de los embarazos y partos normales y patológicos, los resultados de la muestra de historias clínicas reflejan, además de alto porcentaje de incumplimiento, cifras muy dispares entre los Hospitales. (Obs. 75)

VI.6 Redes y Programas – Relevamiento Presupuestario

Se solicitó documentación a la Dirección General de Redes y Programas de Salud por medio de Notas AGCBA N° 717/14 y su Reiteración Nota AGCBA N° 1.223/14. En respuesta a las mismas, la Dirección remitió Nota sin número ni folio, fechada el 13/06/2014 y firmada por su Directora, adjuntando información sobre las partidas del Presupuesto referidas a Planes y/o Programas Materno Infantil.

A partir de la lectura y análisis de la documentación remitida surge que:

- a) Las partidas del Presupuesto que registran los importes correspondientes a Planes y/o Programas destinados a la atención de la Madre y su Niño (hasta los 5 años de edad) son:
 - Partida 2.1.1.: Alimentos para Personas.
Dentro de esta partida se encuentra lo destinado a la compra de leche para la dación de la misma.
 - Partida 2.5.2.: Productos farmacéuticos y medicinales.
Esta incluye la compra de vacunas.
- b) Informó que esa Dirección General realiza distribución de insumos y que los mismos son destinados a la población infantil que se asiste en el sector público de la Ciudad a fin de optimizar el uso racional de los mismos a través del monitoreo permanente.

- c) Adjuntó Presupuesto parametrizado establecido para los años 2011 y 2012, así como las daciones de leche y medicación que esa Dirección General distribuye a los hospitales y CESACs.

A continuación se transcriben los Presupuestos referidos en el punto c) como lo informó la DGRyPS.

“Salud Materno- Infantil:

Estos datos corresponden a las Partidas del Presupuesto correspondientes a Programa Materno Infantil. Existen otros Programas y acciones que se desarrollan para la Salud Materno Infantil.”

Parametrizado Año 2011

Programa	SubPrograma	Actividad	Fuente Fin.	Inciso	Partida Principal	Descripción	Vigente	Definitivo	Devengado	Saldo no Utilizado
51	03	21	12	1	1	Productos Alimenticios, Agropecuarios Y Forestales	4.913.768	4.913.767	4.913.767	1
51	03	21	12	9	9	Otros Bienes De Consumo	131	131	131	1

Fuente: Nota de fecha 13/06/14 s/Nº ni folio (firmada por la Directora General de Redes y Programas de Salud y CD.

Parametrizado Año 2012

Programa	SubPrograma	Actividad	Fuente Fin.	Inciso	Partida Principal	Descripción	Vigente	Definitivo	Devengado	Saldo no utilizado
61	03	21	12	5	5	Productos Químicos, Combustibles Y Lubricantes	329.309	249.380	249.380	79.929
61	03	21	12	9	9	Otros Bienes De Consumo	210.447	210.447	210.447	-
61	03	21	13	5	5	Servicios Especializados, Comerciales Y Financieros	-	-	-	-
61	03	21	13	9	9	Otros Servicios	-	-	-	-
61	03	21	14	3	3	Maquinaria Y Equipo	21.982	-	-	21.982

Fuente: Nota de fecha 13/06/14 s/Nº ni folio, (firmada por la Directora General de Redes y Programas de Salud y CD

Se observó que la distribución del crédito que se afectó para Planes y/o Programas destinados a la atención de la Madre y su Niño (hasta los 5 años de edad) esta incluido dentro de partidas que abarcan otros conceptos. Esto dificultaría determinar/individualizar dentro de las partidas involucradas, los importes afectados a los conceptos correspondientes a Planes y/o Programas de referencia y su respectiva documentación respaldatoria.

Los recursos provenientes de estos planes, excluyendo Plan Nacer, integran las Partida Presupuestaria 2.2.1- Alimentos para Personas y 2.5.2 Productos farmacéuticos y medicinales.

Normativa vigente: Resolución N° 386/GCABA/MHGC/2012 (BOCBA N° 3873-15/03/2012) y sus modificatorias.

NORMATIVA	Síntesis
Resolución N° 386/GCABA/MHGC/12	Se aprueba Actualización de Clasificaciones de Recursos y de Gastos – Clasificador de Recursos y de Gastos – Delegación de Facultades – Dirección General de la Oficina de Gestión Pública y Presupuesto – Modificaciones Presupuestarias – Apertura de Subconceptos – Derogación Genérica – Presupuesto.
Modificatorias	Normativa
Reglamenta	Ley N° 4041/11
Modifica	Decreto N° 2128/MCBA/94
Deroga	Resolución N° 1280/GCABA/MHGC/09
	Resolución N° 1107/GCABA/MHGC/10
	Resolución N° 2573/GCABA/MHGC/10

De acuerdo a la normativa citada, las partidas que informó el Ministerio de Salud DGRyPS donde se registran los importes correspondientes a Planes y/o Programas destinados a la atención de la Madre y su Niño (hasta los 5 años de edad) comprenden además, lo siguiente:

Definición:

- Partida 2.1.1-Alimentos para personas: apartado “IV- Clasificación de los Gastos Públicos” – “A- Clasificación por Objeto del Gasto”, en el marco del Inciso 2.- Bienes de Consumo (Resol. N° 386/GCABA/MHGC/2012 y modificatorias)

Inciso 2.- Bienes de Consumo: Materiales y suministros consumibles para el funcionamiento de los entes estatales, incluidos los que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital. Incluye la adquisición de bienes para su transformación y/o enajenación ulterior por aquellas entidades que desarrollan actividades de carácter comercial, industrial y/o servicios, o por dependencias u organismos que vendan o distribuyan elementos adquiridos con fines promocionales luego de su exhibición en exposiciones, ferias, etc.



Este grupo abarca la compra de artículos, materiales y bienes en general, que se consumen para cumplir las metas y objetivos de los programas presupuestarios.

Los insumos incluidos bajo este acápite deben reunir alguna de las siguientes condiciones: a) desaparición por su primer uso, b) rápido desgaste o deterioro, c) pérdida posterior, frecuente o inevitable, d) durabilidad no mayor de un año o e) costo unitario relativamente bajo.

Partida Principal 1.- Productos alimenticios agropecuarios y forestales: Bebidas y productos alimenticios, manufacturados o no, incluidos los animales vivos para consumo y para experimentación, aceites y grasas animales y vegetales; forrajes y otros alimentos para animales; productos agrícolas, ganaderos y de silvicultura, caza y pesca.

Incluye el pago de gastos de comida, almuerzos o cenas de trabajo y el reintegro de erogaciones en concepto de suministros, liquidado de acuerdo con las normas vigentes.

Partida Parcial 1.- Alimentos para Personas: Productos alimenticios, manufacturados o no, aceites y grasas animales y vegetales, agua potable, agua mineral, jugos, bebidas en sus diversas formas. Carnes y sus derivados, azúcar, edulcorantes, cereales, dulces, conservas, productos leudantes, harinas, lácteos, huevos, sal, salsas, condimentos, especias y todo otro producto apto para el consumo humano. Comprende productos alimenticios farmacéuticos y biológicos. Incluye el pago de gastos de comidas, almuerzos o cenas de trabajo y el reintegro de erogaciones en concepto de suministros.

- Partida 2.5.2 –Productos farmacéuticos y medicinales: apartado “IV- Clasificación de los Gastos Públicos” – “A- Clasificación por Objeto del Gasto”, en el marco del Inciso 2.- Bienes de Consumo (Resol. N° 386/GCABA/MHGC/2012 y modificatorias)

Inciso 2.- Bienes de Consumo: Idem anterior.

Partida Principal 5.- Productos químicos, combustibles y lubricantes: Drogas, abonos, fertilizantes, plaguicidas y demás productos químicos y medicinales y productos de ramas industriales conexas (pinturas, barnices, fósforos, etc.). Combustibles en general (excepto petróleo crudo y gas natural) y aceites y grasas lubricantes.

Partida Parcial 2.- Productos farmacéuticos y medicinales: Preparados farmacéuticos para uso médico; preparados genéricos y de marcas registradas, ampollas, cápsulas, tabletas, ungüentos, productos botánicos pulverizados o molidos o preparados de otra forma; sustancias químicas utilizadas en la preparación de productos farmacéuticos; preparados para la higiene bucal y dental. Incluye medicamentos, productos farmacéuticos y demás artículos para uso veterinario.

VII) OBSERVACIONES

VI.3 RELEVAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

1. En el año 2012, la Página Web deja de publicar prestaciones y prácticas obstétricas individuales y grupales.
 De la comparación estadística de consultas realizadas en cobertura porteña en los cuatros hospitales objeto de auditoría, se observa una disminución de las mismas a partir de 2011.
2. Se observó falta de conciliación entre los datos suministrados por el Ministerio de Salud, la Página Web y las Direcciones de Estadísticas de los Hospitales para el mismo período, esto impide realizar comparaciones entre distintos períodos debido a la falta de certeza de los datos. Para evaluar indicadores de eficiencia respecto de recursos físicos, suministros y recursos humanos, es necesario contar con metas confiables. La falta de conciliación oscila entre 0.65% en la tasa de mortalidad del Hospital Piñero y el 944,55% de consultas en Cobertura Porteña del Hospital Santojanni.
3. Se observó la demora en la actualización de la publicación de Estadísticas de Salud para el año 2012 en la página web, siendo actualizada en mayo de 2014.

VI.4 RELEVAMIENTO DE PLANTA FISICA Y EQUIPAMIENTO

Lo detectado en este apartado, a partir del Relevamiento de la Planta Física y del Equipamiento, y que deriva de la utilización con carácter orientador de las Resoluciones Nacionales N° 306/02, 348/03 y 609/04, no constituyen un incumplimiento por parte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ya que no adhirió a las mismas.

Planta Física

4. En los Hospitales Penna, Argerich y Piñero las salidas de emergencia no existen o se encuentran clausuradas.
5. Los Planos de Evacuación en los Hospitales Penna y Santojanni no están aprobados por Defensa Civil, mientras que en el Hospital Piñero no se realizaron las tareas de entrenamiento y capacitación.
6. En los cuatro Hospitales se observaron cámaras de inspección (piletas de patio) no herméticas en sectores de neonatología y centro obstétrico, con los riesgos inherentes a las condiciones de asepsia.

Maternidad

7. En los Hospitales Penna y Piñero se adquirieron equipos de aire acondicionado para las salas que no pudieron ser instalados debido a la sobrecarga eléctrica que generaría sobre el sistema.

8. Las condiciones edilicias de los centros obstétricos imposibilitan el cumplimiento de la Ley 1040/03: “Derecho de la mujer a estar acompañada en el momento del parto y la internación”.
9. No disponen de equipos UPS en los Hospitales Argerich, Piñero y Hospital Penna (este solo cuenta con ellos en la obra nueva de pediatría.) El Hospital Santojanni las instaló recientemente en lugares inadecuados.
10. En el Hospital Piñero, las salas de internación de obstetricia, no disponen de oxígeno a través de un sistema cerrado o tubos.
11. Los Hospitales Penna, Argerich y Piñero no cuentan con salas de recuperación o posparto inmediato.
12. Los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no cuentan con una cama de dilatantes cada 500 partos.
13. Las salas de partos de los Hospitales Penna y Santojanni son insuficientes para el número de partos anuales.
14. En el Hospital Piñero cada sala de partos no está destinada a la atención de una sola mujer.
15. En el hospital Piñero, la sala de partos no dispone de un área especial para el lavado y preparación del instrumental.
16. En los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no hay un quirófano cada mil quinientos partos, además en el Penna no cuentan con la superficie mínima establecida ni dispone de filtros de aire adecuados. En el Hospital Piñero hay un solo quirófano, no existe zona de transferencia adecuada, respetando área restringida y semi-restringida. No hay office limpio y sucio separados, falta un área de depósito de equipamiento. El aire acondicionado no es el adecuado para un área quirúrgica. En el Hospital Argerich el aire acondicionado no posee regulación de temperatura y el desagüe genera filtraciones en los cielorrasos.
17. Las salas de espera de los consultorios externos de los Hospitales Penna y Piñero, no cumplen con la superficie mínima establecida y los asientos no son suficientes para la demanda.
18. En ninguna de las salas de internación de los cuatro Hospitales se respeta el espacio mínimo entre cada cama/cuna, ni existe elementos de separación fijos o móviles para respetar la privacidad de las pacientes.
19. En los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no hay un baño completo cada cuatro camas de internación.
20. En el Hospital Argerich, en el sector donde se encuentra la sala de espera del centro obstétrico y neonatología hay una estación intermedia de residuos.
21. En el Hospital Argerich, la mesa de anestesia del quirófano no posee conexión al exterior para el venteo de gases.
22. El Hospital Penna no tiene un ascensor camillero en el área materno neonatológica.
23. El Hospital Santojanni no tiene residencia de madres. En los Hospitales Penna, Argerich y Piñero no cumplen con las necesidades básicas destinadas a ese lugar.

Neonatología

24. En el Hospital Piñero, el sector de reanimación del recién nacido y la internación neonatal no están en la misma planta, lo que dificulta el traslado de un recién nacido con complicaciones del centro obstétrico a la UTI. En ninguno de los Hospitales objeto, la sala de partos, el sector de atención del recién nacido y la internación neonatal tienen comunicación directa.
25. El Hospital Piñero no dispone del equipo antincendios reglamentario en las tres zonas. El Santojanni no dispone de equipo adecuado para extinguir incendios eléctricos. Foja 45 del cuerpo del Informe.
26. Los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni no cuentan con antesala para recepción de padres, con lavatorios, recipientes para residuos, etc. Tampoco cuentan con comodidades para las madres ni sillas suficientes.
27. En los Hospitales Piñero y Penna, el office de enfermería no tiene la superficie mínima establecida.
28. En los Hospitales Penna, Piñero y Santojanni, no se cumple con la superficie mínima para cada recién nacido internado.
29. En los Hospitales Penna y Piñero, no hay sala de observación/aislamiento para sospechosos de infección.
30. En el Hospital Piñero, los pisos de la UTI se encuentran deteriorados, los aires acondicionados no son los adecuados, no hay una diferenciación de temperatura en las diferentes áreas y falta una estación central de control (se utiliza una simple mesa como isla central).
31. En los Hospitales Piñero y Santojanni, el equipo de rayos no cuenta con protecciones y biombos plomados.

Pediatría

32. Los hospitales Argerich; Piñero y Santojanni carecen de estación alimentaria periférica
33. Las camas para internación carecen de privacidad y espacio para acompañantes, en los hospitales Argerich; Piñero y Santojanni
34. Las habitaciones de aislamiento no tienen sistema de presión positiva-negativa en los Hospitales Argerich y Piñero.
35. En los Hospitales Piñero y Santojanni no hay un baño completo cada cuatro camas de internación.
36. Los consultorios externos de los Hospitales Argerich, Piñero y Santojanni carecen de privacidad. Además en el Piñero no tienen la superficie mínima establecida.
37. En el Hospital Piñero, la sala de espera es común para pediatría y neonatología siendo el espacio insuficiente para el promedio de consultas diarias.
38. En la sala de internación del Hospital Santojanni, los pisos de goma se encuentran despegados en varios sectores, se observaron humedades en las paredes, el cielorraso en el pasillo central es de chapas de aluminio desmontable y con poca iluminación.

39. La guardia pediátrica del Hospital Piñero no tiene shock room.

b) Equipamiento

Maternidad

40. No se cuenta con envases de jabones antisépticos y toallas descartables en los lavatorios de todas las áreas de maternidad de los hospitales Penna; Argerich y Piñero.
41. Ninguno de los cuatro hospitales objeto de esta auditoría, cuenta con la cantidad suficiente de detectores electrónicos de latidos fetales, en relación al número de consultorios obstétricos.
42. En el sector de internación, el mobiliario se encuentra en malas condiciones, camas muy antiguas (más de 20 años) con las patas metálicas carcomidas por el óxido generado por la limpieza de los pisos;
43. En la sala de dilatantes, los hospitales Penna y Piñero, no tienen colchones con fundas lavables.
44. En los hospitales Piñero y Argerich no disponen cardiocógrafos en el centro obstétrico.
45. En ninguno de los cuatro hospitales, la cama de partos le permite a la paciente variar de posición en el parto
46. En el quirófano del hospital Penna no cuentan con recipiente de plástico con tapa con bolsas de polietileno de dos colores para residuos comunes y patogénicos.

Neonatología

47. Los hospitales Argerich y Santojanni no disponen de una incubadora de transporte intra/extra institucional cada doce plazas y/o 3000 partos por año, en el área de cuidados especiales neonatales.
48. Ninguno de los cuatro hospitales tienen un monitor trans cutáneo de oxígeno o/y monitorización no invasiva de PCO2 cada cinco plazas de neonatología; los Hospitales Santojanni, Penna y Argerich no disponen de un tensiómetro oscilométrico cada dos incubadoras.
49. El hospital Penna y el Santojanni no disponen de electrocardiógrafo en el área de cuidados intensivos.
50. El hospital Argerich no cuentan con envase antiséptico de dosificación automática y toallas descartables para el lavado de manos en cada una de sus tres zonas.
51. El Santojanni no tiene un oxímetro de pulso por cada plaza de cuidados intensivo o intermedio.
52. El Santojanni y Argerich no cuentan con la cantidad suficiente de bombas de perfusión continua (dos por cada incubadora).
53. El hospital Argerich no tiene un equipo completo de reanimación cada seis plazas.
54. El hospital Penna no dispone de un stock de medicamentos completos que cubra la dosificación por 24 hs. de atención de las patologías ni

existen recipientes lavables con tapa, con bolsas de polietileno (tres colores) para el depósito de residuos y cualquier otro material desechable en ninguna de las tres zonas.

55. El Hospital Penna y Argerich no disponen de bombas para la extracción de leche de las madres.
56. En el Hospital Argerich el equipo de rayos portátil es obsoleto y no cuenta con un ecógrafo Dópler color.
57. En el Hospital Santojanni; en el área de recepción del recién nacido no se dispone de un equipo BLENDER para suministrar oxígeno calentado y humidificado. No cuenta con láminas de plástico y gorros para los recién nacidos de pretérmino. Tampoco dispone de un equipo de luminoterapia cada dos incubadoras, es decir, una cada 300 nacimientos por año

Pediatría

58. En el Hospital Penna los sillones de los acompañantes se encuentran en mal estado a pesar de ser de adquisición reciente.
59. En el Hospital Argerich el mobiliario se encuentra en regulares condiciones (las camas y cunas). No disponen de otoscopio, electrocardiógrafo ni un tensiómetro con mangos pediátricos cada seis camas. Tampoco tiene un desfibrilador a disposición ni ningún tubo de oxígeno de transporte.
60. En los servicios del Penna, Santojanni y Piñero no cuentan con la cantidad de bañeras acorde al número de camas.
61. En los hospitales Santojanni; Argerich y Piñero las habitaciones de internación, no cuentan con sillón cama para el acompañante.

c) Área Programática - Planta Física y Equipamiento

62. En el CeSAC N° 8 los consultorios destinados a atención tocoginecológica no tienen baño propio, son de reducidas dimensiones y resultan insuficientes en relación al promedio de consultas diarias. El Centro no cuenta con circuitos alternativos de ingreso de corriente eléctrica. La central telefónica no funciona adecuadamente.
63. En el Cesac N° 41 las salidas de emergencia no se encuentran señalizadas para permitir una fácil evacuación de todas las áreas. No cuenta con depósito para medicamentos e instrumental. La sala de espera es de reducidas dimensiones y resulta insuficiente en relación al flujo de pacientes diarios. No tiene espacio para educación sanitaria o actividades docentes tampoco para Servicio Social. El espacio destinado a la recepción y archivo de documentación es insuficiente.
64. En el CeSAC N° 14 no funcionan correctamente las redes cloacales y cámaras sépticas. No dispone de agua potable ni se controla periódicamente la higiene de los tanques de agua. Los pisos y paredes de todas las áreas se encuentran en mal estado de conservación; la iluminación natural y artificial son inadecuadas. No cuenta con ingresos alternativos de corriente eléctrica. Las áreas no se hayan

adecuadamente señalizadas y las salidas de emergencia no están señalizadas para una fácil evacuación. No existe equipo reglamentario anti-incendio. No cuenta con disponibilidad de oxígeno en todas las áreas de atención. No tiene depósito para medicamentos e instrumental. La planta física es inadecuada para la circulación de usuarios discapacitados. No todas las áreas tienen lavatorios de manos.

Los consultorios tienen una superficie insuficiente para la función que cumplen. Los sanitarios no cuentan con elementos básicos de higiene.

Los consultorios para atención tocoginecológica no tienen baño.

El consultorio separado para otros procedimientos (curaciones, patología cervical) no cumple con la superficie mínima establecida.

No hay espacio propio para educación sanitaria o actividades docentes.

El espacio para recepción y archivos de documentación es inadecuado.

A todos los consultorios les falta mobiliario e instrumental.

No son suficientes los guantes estériles y descartables. El equipo para esterilizar no funciona.

No cuenta con archivos para Historias Clínicas.

Tienen ecógrafo pero no ecografista.

65. En el CeSAC N° 5 no existe sistema de intercomunicación entre las distintas áreas, la central telefónica se encuentra fuera de servicio creando también la dificultad de realizar llamados externos.

Los consultorios no cuentan con insumos mínimos como espátulas de Ayre, baja lenguas, gasas, guantes estériles y descartables, al momento de esta auditoría.

Tampoco disponen de escalerillas, sillas, tensiómetros y cinta métrica inextensible ni archivo de historias clínicas.

VI.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

66. Se observa que los organigramas de los hospitales objeto de auditoría difieren en su estructura:

En el Hospital Penna tienen una División de Tocoginecología, cuando es de esperar que el Servicio de Ginecología dependa del Departamento de Cirugía.

Los servicios de Neonatología funcionan como Sección dependiente de Pediatría en los Hospitales Argerich y Piñero, situación que no corresponde a las metas físicas cumplidas.

67. Las estadísticas de movimiento de internación según especialidades demostró las inexactitudes que respecto al servicio de Neonatología se expresan en los movimientos hospitalarios de 2012 y reiteran en los años anteriores (ver Pág. Web G.C.B.A.) Estas circunstancias imposibilitan hacer cálculos certeros para planificar, tanto recursos físico como humanos. Ver cuadros de movimiento de internación según especialidades fojas 10, 15, 18 y 22.

Recursos humanos

68. En el hospital Penna existen cargos concursados pendientes de nombramiento; cargos vacantes no concursados y pedidos de partidas en el Departamento Materno infantil y en el Área Programática. Existe déficit de enfermería en todas las áreas; pero su inexistencia en internación conjunta aumenta superflamente la necesidad de recursos médicos y de enfermería en la Unidad de Cuidados Especiales. También existe carencia de personal administrativo y limpieza. Los Cesac N°8 y 32 disminuyeron las consultas de materno infancia por pérdida de horas médicas.
69. En el Hospital Argerich existen cargos concursados pendientes de nombramiento en el área de Obstetricia y déficit en el Departamento de enfermería solicitado por nota fechada en el año 2012.
Falta personal administrativo en todos los Cesac y existen cargos concursados no efectivizados.
70. En el Hospital Piñero existen cargos vacantes sin concursar y cargos concursados pendientes de nombramiento, uno para tocoginecólogo y otro para obstétrica.
71. Se observa en el Hospital Santojanni, la falta de personal y nombramientos de Jefaturas vacantes en el área de Archivo y en la División de Estadísticas.

VI.5.5 Comité de Mortalidad Materno Infantil

72. Se incumple con la reglamentación de la Ley N° 3968/11. No fue creada la autoridad de aplicación que debiera centralizar la información recogida en todos los subsectores de salud y decidir las políticas sanitarias adecuadas.
73. Se observó que los criterios de análisis de mortalidad son diferentes en los 4 Hospitales, lo cual imposibilita hacer análisis comparativos, profundizar en las causas, además de la dificultad de la conciliación de los datos estadísticos.

VI.5.6 Evaluación del cumplimiento de las trazadoras de calidad de atención médica en el control del embarazo.

74. Si bien todos los servicios de maternidad cuentan con normas y protocolos actualizados para seguimiento, diagnóstico y tratamiento de los embarazos y partos normales y patológicos, los resultados de la muestra de historias clínicas reflejan, además de alto porcentaje de incumplimiento de los indicadores tomados en la muestra de historias clínicas, cifras muy dispares entre los Hospitales.

VIII) RECOMENDACIONES

1. La Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires valide con precisión los datos suministrados por los efectores, de tal forma que los informes proporcionados permitan implementar políticas eficientes de salud, acordes a las necesidades de la población. Asimismo se actualice en tiempo y forma la página oficial del sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (Observación 1, 2 y 3)
2. En relación a las observaciones a la planta física y equipamiento de los efectores de la muestra, se recomienda el cumplimiento de las Resoluciones 306/02, 348/03, 609/04 y la Ley N° 1040/03, ya que esta normativa es la que nos fue suministrada como marco legal por el Ministerio de Salud de la CABA y la Dirección de Recursos Físicos en Salud. (Observaciones 4 a 66)
3. Definir, con criterios unificados de acuerdo a las necesidades asistenciales actuales, los organigramas de los Hospitales Generales de Agudos. (Observación 67)
4. Se recomienda el análisis pormenorizado de los datos estadísticos de los servicios de neonatología, para determinar con exactitud las necesidades reales de recursos humanos, físicos y equipamiento; haciendo una utilización óptima de los mismos. (Observación 68)
5. Se recomienda concursar cargos vacantes, nombrar los cargos pendientes y cubrir las necesidades de personal de enfermería, administrativos y de limpieza. (Observaciones 69 a 72)
6. Dar cumplimiento a la reglamentación de la Ley N°3968/11, creando el Comité de Mortalidad Materno Infantil. (Observaciones 73 y 74)
7. Implementar acciones sanitarias en los efectores, a fin de garantizar la aplicación de los protocolos de atención médica en el control de embarazo. (Observación 75)

IX) CONCLUSIONES

La Salud Materno Infantil tiene por objetivo primario y prioritario asegurar el acceso del binomio madre-niño al conjunto de recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación y garantizar el acceso a los servicios de control de embarazo y del niño sano; así como de promoción de la lactancia materna, con la finalidad de reducir las muertes evitables, aumentar la inclusión social y mejorar la calidad de atención de la población.

Las variaciones en la Mortalidad Materno-Infantil inciden considerablemente en la Esperanza de Vida al Nacer, que es el indicador de salud utilizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para elaborar el Índice de Desarrollo Humano, con el cual se determina el nivel de avance que tienen los países del mundo. El mismo fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para

evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto fue promulgada la Ley N° 3968/11 que da creación al Comité de Mortalidad Materno Infantil. A la conclusión de este informe este comité no estaba en funciones.

Otro de los elementos puestos de manifiesto en este informe de auditoría, es que al momento de la sanción de las normas, no fueron tenidas en cuenta las características de los efectores y las asignaciones presupuestarias, para su cumplimiento.

Se comprobó que la información estadística elaborada sobre datos recogidos de la práctica asistencial, no constituyen un instrumento confiable para la implementación de políticas de salud y para la utilización eficiente de los recursos. Con la lectura de las cifras informadas, se llegarían a ejecutar medidas erradas.

La falta de convenios interjurisdiccionales acarrear la pérdida de financiamiento por la ejecución del Plan Nacer/Sumar, de los pacientes que provienen de la Provincia de Buenos Aires u otras jurisdicciones.

X) ANEXO I DEFINICIONES – ESTADISTICAS VITALES

1) Internación.

La fuente primaria es el “Censo Diario” relevado diariamente en el hospital por el sector de Estadística del establecimiento y que consolidan por especialidades en el sistema de Movimiento Hospitalario Computarizado (MH) para elevarlo mensualmente al nivel central.

Se elabora con periodicidad mensual el área de Estadísticas de Salud, efectúa la elaboración generando la consolidación anual que conforma el movimiento de internación por hospital y especialidades y obteniendo los índices de internación a través del mismo criterio.

Se presentan las definiciones de las variables que participan en el cálculo de los indicadores. Las mismas corresponden al Programa Nacional de Estadísticas para la Salud (PNES). Sistema estadístico de salud-subsistema de servicios de salud.

- “Egreso”: Es la salida del establecimiento de un paciente internado, y las categorías pueden ser:

-

❖ Egreso de paciente vivo: es la finalización del período de internación por cura, mejoría o inalteración de su estado. Se incluye alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, otra situación que no sea defunción.

❖ Egreso de paciente fallecido: es la finalización del período de internación por el fallecimiento del paciente. No se considera egreso de paciente fallecido cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o de guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama).

- “Pases”: Es el traslado de un paciente internado de un sector de internación a otro dentro del mismo establecimiento.

- “Camas Disponibles”: Son aquellas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a:

❖ Que se agreguen camas por demanda estacional, emergencia.

❖ Que se retiren camas para reparación, desinfección, clausura temporaria del servicio.

- **“Paciente día”**: Es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante un período comprendido entre las 0 y 24 horas de un mismo día.
 Se calculan sumando los pacientes que han permanecido internados en una fecha determinada correspondiente a un día censal. A la existencia a las 24 horas hay que sumar los pacientes que ingresaron y egresaron del establecimiento en el mismo día.

Fórmulas utilizadas.

“Promedio de Pacientes día”: Indica el número de pacientes que en promedio estuvieron hospitalizados diariamente.

$$\frac{\text{Total de pacientes día del período}}{\text{Número de días del período}^{25(**)}}$$

“Promedio de Camas disponibles” Es el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente.

$$\frac{\text{Total de días camas disponibles del período}}{\text{Número de camas del período (**)}}$$

“Porcentaje ocupacional”: Es el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el año.

$$\frac{\text{Total de pacientes día del período}}{\text{Total de días cama disponibles del período}} \times 100$$

“Promedio de Permanencia”: Representa la permanencia de los pacientes en un período de tiempo.

$$\frac{\text{Total de pacientes día del período}}{\text{Total de egresos del período}^{26(*)}}$$

“Giro”: Es una medida de utilización de camas que indica el número de pacientes egresados por cama durante el año.

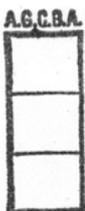
$$\frac{\text{Total de egresos del período} (*)}{\text{Promedio de camas disponibles}}$$

“Tasa de Mortalidad Hospitalaria” Indica la proporción de defunciones sobre el total de los egresos.

$$\frac{\text{Defunciones del período}}{\text{Egresos (altas + defunciones) del período} (*)}$$

²⁵ (*) Para el cálculo por especialidad y grupos de especialidades debe tomarse “egresos+pases” en lugar de egresos.

²⁶ (**) Días del período 365.



2) Consultorios Externos

La fuente primaria es el registro “Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias”.

Las elaboran, a nivel establecimiento, los integrantes del Sector de Estadística que contabilizan las consultas por tipo y especialidades y las ingresan al Movimiento Hospitalario Computarizado (MH) para elevarlo mensualmente al nivel central.

En el Sector de Estadísticas del nivel central, se integran electrónicamente los datos recibidos, se efectúa la elaboración mensual conformando la consolidación anual por hospital y especialidades.

- “Definición Operativa”:

- ❖ Consulta Médica: es la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo o en una unidad de emergencia para pacientes externos. Incluye las atenciones a consultantes sanos.
Si varios médicos examinan en un mismo momento a un paciente, éste recibe una sola consulta.

3) Resumen Mensual de Prestaciones Obstétricas

- “Definiciones Operativas”:

- ❖ Entrevista de Admisión: Es el ingreso que realiza el profesional obstétrico la primera vez que la embarazada concurre al hospital. En esta entrevista se realiza la anamnesis, en la cual se consignan los antecedentes personales, familiares y gineco-obstétricos. Se efectúa el examen físico que comprende: control del peso y talla, presión arterial, examen de mamas y altura uterina y control de frecuencia cardiaca fetal según corresponda.
Luego se solicitan los análisis de rutina.
- ❖ Unidad de Medida: Entrevista de admisión realizada por profesional obstétrico. Para ser computada como tal deberá tener una duración mínima de 20 minutos para adultas y 30 minutos para adolescentes.

- “Prestaciones Individuales”:

- ❖ Ulterior: Es el control que brinda el profesional obstétrico en las siguientes visitas de la embarazada.
Unidad de Medida: Control obstétrico de rutina a la embarazada. Para ser computada como tal deberá tener una duración mínima de 15 minutos para adultas y 20 minutos para adolescentes.

Puerperal: Es el control que brinda el profesional obstétrico a la mujer, luego de haber expulsado el fruto de la concepción, a fin de controlar las pérdidas serohemáticas, retracción uterina, control de cicatriz (en caso de episiotomía o cesárea), examen mamario, control de signos vitales (pulso, tensión arterial, temperatura).

Unidad de Medida: Control Puerperal. Para ser computada como tal deberá tener una duración mínima de 20 minutos.

- ❖ Lactancia: Es la prestación que brinda el profesional obstétrico, a la embarazada y/o puérpera sobre temas de lactancia materna. Asesoramiento sobre técnicas de amamantamiento, control y estado de los pezones, evolución de la secreción láctea, etc.

Unidad de Medida: Prestación Obstétrica por lactancia. Para ser computada como tal deberá tener una duración mínima de 20 minutos.

- ❖ Procreación Responsable: Es el asesoramiento que brinda el profesional obstétrico a las mujeres y familias a fin de orientarlas en lo relativo a su salud reproductiva, ejerciendo el derecho humano básico de decidir responsablemente respecto a su reproducción. El objetivo fundamental es fomentar edades adecuadas de reproducción, favorecer períodos intergenésicos mayores de 2 años y evitar los embarazos no deseados. Estas pautas se transmiten a través de un Programa de Educación para la Salud Reproductiva.

Unidad de Medida: Consejería por paciente. Para ser computada como tal deberá tener una duración de 20 minutos.

- “Prácticas”:

- ❖ Monitoreo sin stress: Es la práctica que realiza el profesional obstétrico por derivación, como control de la vitalidad fetal anteparto.

Unidad de Medida: Monitoreo anteparto. Para ser computada como tal deberá tener una duración mínima de 30 minutos a 40 minutos.

- ❖ Toma de muestra para EGB: Es la práctica que efectúa el profesional obstétrico de toma de muestra para detectar el Estreptococo Beta Hemolítico Grupo B.

Unidad de Medida: Toma de muestra. Para ser computada como tal deberá tener una duración de 15 minutos.

- “Prestaciones Grupales”:

- ❖ Preparación integral para la maternidad (PIM): Es una actividad grupal que brinda el profesional obstétrico a la embarazada y su familia, a fin de que conozcan en forma integral los aspectos anatómicos, fisiológicos y preparación física y psíquica para su mejor desempeño durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del hijo.

Unidad de Medida: Consejería para asesoramiento en Procreación Responsable. Para ser computada como tal deberá tener una duración aproximada de 3 horas por clase.

-“Definiciones y Conceptos en Estadísticas Vitales”

Recién Nacido Vivo:

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo. (1)

Defunción:

Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Por tanto, esta definición excluye las defunciones fetales.

Defunción Fetal:

Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios.

Lugar de residencia habitual:

Es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. Éste no necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho o su residencia legal. A los efectos de la tabulación, el lugar de residencia debe determinarse de la siguiente manera:

- para nacidos vivos: lugar de residencia de la madre en el momento del alumbramiento del nacido vivo;
- para defunciones fetales: lugar de residencia de la madre en el momento de la expulsión del feto muerto;
- para defunciones de menores de un año: lugar de residencia de la madre en el momento de la muerte del niño (o la del niño si la madre ha muerto) y

- para defunciones: lugar de residencia del fallecido al morir. (1)

Mortalidad Materna:

La mortalidad materna constituye un importante problema de investigación, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socio-económicas generales. Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

Defunciones obstétricas directas:

son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas;

Defunciones obstétricas indirectas:

son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Clasificación de la interrupción de un embarazo según semanas de gestación

Aborto: es la interrupción de la gestación antes de las 20 semanas

Parto inmaduro: es la interrupción de la gestación entre las 20 y 27 semanas o un peso menor a los 500 gr. (inviabilidad fetal).

Parto Prematuro: es la interrupción de la gestación entre las 28 y las 36.9 semanas o un peso entre los 501 y 2500 gr.

Parto de Término: es la interrupción de la gestación entre las 38 y las 42 semanas o un peso mayor a 2500 gr.

Parto Post-maduro o Serotino: es la interrupción de la gestación después de las 42 semanas.

X) ANEXO II MARCO NORMATIVO

1)- Legislación Nacional

-Constitución Nacional De la Nación Argentina.

-Convención sobre los Derechos del Niño. Tratado Internacional con Jerarquía Constitucional.

Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, Estados Unidos de América, el 20 de noviembre de 1989. Aprobada por la República Argentina mediante la Ley 23.849.

-Ley N° 19.587/72. Higiene y Seguridad en el Trabajo

Fecha de sanción: 21/04/1972

Fecha de Publicación: 28/04/1972 (B.O. 22.412)

Decreto Reglamentario: N°351/79. Fecha de Sanción: 05/02/79. Fecha de Publicación 22/05/79 B.O. N° 24170.

-Ley N° 25.929/04: Protección del Embarazo y del Recién Nacido.

Fecha de Sanción: 25/08/2004

Fecha de Publicación: 21/09/04 B.O. N° 30.489.

Promulgada por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1.231/04.

-Decreto N° 1424/97: Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

Fecha de Sanción: 23/12/97

Fecha de Publicación: 30/12/97 B.O. 28.804.

-Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación que complementan el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención:

- **N° 306/02:** Publicada en el B.O. N° 29.909 (30/05/2002), Aprueba las normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales, incorporándola al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Actualmente, se encuentra derogada por la Resolución Ministerial N° 641/2012 (B.O. 32.405, Publicada el 28/05/2012), la cual aprobó la nueva directriz de organización y funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales.
- **N° 348/03:** Publicada en el B.O. N° 30.159 (28/05/2003) Aprueba las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad como Anexo I. Las cuales se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Modificada mediante la Resolución N° 495/2014, B.O. N° 32870, (23/04/2014) Que incorpora su Anexo I con carácter de Directriz



Caracterización de los Servicios según su nivel de Resolución, como Anexo II de la Resolución N° 348/03.

(Aclaración: Luego del Anexo I de la Resolución N° 348/03, se copia Anexo I de la Resolución N° 495/14, que será el Anexo II de la Resolución N° 348/03).

- **N° 609/04:** Publicada en el B. O. N° 30.436 (6/07/04). Aprueba las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Pediatría e Incorpora a las mismas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en su Anexo I.

Programas referidos en el Informe- Marco Jurídico Nacional

Plan Nacer Nacional

-Resolución N° 198/03: Crea el Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales modificado por Resolución Ministerial N° 1195/12 la cual modifica la denominación del "Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia provinciales" por la de "Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud".

Resolución Ministerio de Salud y Ambiente N° 1173/04. Denominó Plan Nacer Argentina al Proyecto de inversión en salud materno infantil.

-Resolución Ministerio de Salud N° 1976/2006. Sustituyó la denominación Plan Nacer Argentina por Plan Nacer.

-Resolución N° 1460/2012. Programa Sumar y/o Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud. Sustitúyase Anexo I de la Resolución N° 1195/2012. Lineamientos.

Programa de Pesquisa Neonatal Nacional

Ley 22.360. Declaración de Interés Nacional a la Prevención y Lucha contra la enfermedad de Chagas Mazza. Abrogada (Derogada por la Ley N° 26.281/07).

Ley 23.413/87: Establece la obligatoriedad de realizar la pesquisa neonatal de fenilcetonuria. Modificada por la Ley N° 23.874.

Ley 23.874/ 90: Agrega la detección precoz de hipotiroidismo congénito.

Decreto reglamentario N° 1316/94, reglamenta las leyes a 23413 y 23874.

Ley 24.438/94: Agrega la detección de fibrosis quística.

Resolución N° 508/96, establece normas de procedimiento para la toma de muestras y análisis de las mismas.

Ley N° 26.279/07 Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido. Alcances. Prestaciones obligatorias. Constitución de una Comisión Interdisciplinaria de Especialistas en Pesquisa Neonatal. Propósito. Funciones del Ministerio de Salud.

Programa de Inmunizaciones Nacional

-Ley N° 22.909/83: Régimen de vacunación contra las enfermedades prevenibles por este medio, a fin de consolidar el más adecuado nivel de protección de la salud de los habitantes de todo el país. Con sus modificaciones y actualizaciones.

- Ley Nº 26.796/12. Vacuna Bacilo de Calmette y Guercin. Incorpórese al Plan Materno Infantil.
- Resolución Nº 107/97. Secretaría de Programas de Salud: Aplícase la vacuna Triple Viral a partir del 1º de octubre de 1997, en todo el país.
- Resolución Nº 108/98. Secretaría de Programas de Salud. Incorporase la Vacuna Cuádruple Bacteriana (DPTHib) para todos los niños del país de dos, cuatro, seis y dieciocho meses de edad, con carácter gratuito y obligatorio.
- Resolución Nº 940/00. Calendario Nacional de Vacunación. Hepatitis "B". Modificación por Resolución Nº 52/14. (Incorpora al Programa Nacional de Control de Enfermedades inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna para hepatitis B a todos los ciudadanos no vacunados).
- Resolución Nº 174/03. Ministerio de Salud. Incorpórense al Programa Nacional de Inmunizaciones las vacunas doble viral y triple viral, con carácter gratuito y obligatorio, e integrase las mismas al Calendario Nacional de Vacunación. Modificada por la Resolución Nº 498/08. (Actualización de normas Nacionales de Vacunación).
- Resolución Nº 175/03. Ministerio de Salud. Incorpórese al Programa Nacional de Inmunizaciones de vacunación contra la hepatitis B en pre adolescentes con carácter gratuito y obligatorio e intégrese la misma al calendario nacional de vacunación.
- Resolución Nº 653/05. Ministerio de Salud. Incorpórese al Programa Nacional de Inmunizaciones de vacunación contra la hepatitis A en una dosis con carácter gratuito y obligatorio e intégrese la misma al calendario nacional de vacunación. Modificada por Resolución Nº 498/08.
- Resolución Nº 857/2007. Definición de áreas de alto riesgo para fiebre amarilla. Establece la obligatoriedad de aplicación de la vacuna antiamarílica a toda persona que habite en áreas de alto riesgo para fiebre amarilla y a los viajeros que ingresan o salen de zonas endémicas o epidémicas. Modificada por la Resolución Nº 498/08.
- Resolución Nº 506/2009. Incorpora al Programa Ampliado de Inmunizaciones con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna triple bacteriana acelular a todos los adolescentes de once años de edad y al personal de salud, e intégrase la misma al Calendario Nacional de Vacunación
- Resolución Nº 35/2011. Incorpórase al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna antigripal al personal de salud e intégrase Calendario Nacional de Vacunación. Modificada por la Resolución Nº 2162/2012.
- Resolución Nº 502/2011. Incorpórase al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna conjugada para neumococo a todos los niños y niñas hasta el año de edad. Modificada por la Resolución Nº 2162/2012.

Programa Nutricional Nacional

-Ley 25.724/02: Programa de Nutrición y Alimentación Nacional. Creación del citado Programa, destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, embarazadas, discapacitados y ancianos desde los 70 años en situación de pobreza. Decreto Reglamentario N° 1018/03.

2)-Legislación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

-Constitución de la Autónoma de Ciudad de Buenos Aires.

-Ley 1040/03: Derecho de la mujer a estar acompañada en el momento del parto y la internación.

Fecha de Sanción: 12/06/03

Fecha de Promulgación: 07/07/03 (Por Decreto N° 945/GCABA/03).

Fecha de Publicación: 10/07/03. (B.O. N° 1.729)

Reglamentada por el Decreto N° 258/GCABA/07

Fecha de Sanción: 12/02/2007

Fecha de Publicación: 16/02/2007 (B.O. N° 2.628)

-Ley N° 1808/05: Modifica la ley N° 534: Detección de fenilcetonuria e hipotiroidismo neonatal en los Recién Nacidos.

Fecha de Sanción: 06/10/2005

Fecha de Promulgación: 15/11/2005

Fecha de Publicación: 23/11/2005. (B.O. N° 2.324)

-Ley N° 3.968/11: Mortalidad Infantil.

Fecha de Sanción: 03/11/2011

Fecha de Promulgación: 01/12/2011

Fecha de Publicación: 12/01/2012 (B.O. N° 3831)

A la fecha: Mayo 2014, no se encuentra reglamentada.

-Resolución N° 361/GCABA/SS/96: Creación del Programa de Redes de Atención de la salud. Creación del programa redes de atención de la salud, reorganización de los recursos de salud, articulación de los recursos de salud, salud pública, acceso a los servicios de salud, comisión ejecutiva de redes.

Fecha de Sanción: 10/12/1996. Y sus modificatorias y complementarias.

Fecha de Publicación: (B.O. N° 128)

-Resolución N° 1421/GCABA/SS/02: Programa de redes de atención de la salud. Modifica la resolución N° 361/SS/96, B.O. N° 128.

Fecha de Sanción: 24/09/2002

Fecha de Publicación: 08/10/2002 (B.O. N° 1542).

Reglamentada por Resolución N° 222/GCABA/SS/05 y por Resolución N° 1006/GCABA/SS/03.

Integrada por el Decreto N° 316/GCABA/06: Aprueba el área programática de Hospitales y de los CESAC de la DG. Atención Integral de Serv. de Salud - conforme los SUS aprobados por Res. 1421-SS-02.

Integra la Ley N° 153/99, modificando el Programa de Redes de Atención de la Salud creado por la Res. 361-SS-96, para adaptarlo a los lineamientos de la Ley 153.

Modificada por la Resolución N° 1955/GCABA/SS/04: Modifica parcialmente el artículo 1° de la Resolución N° 1.421/SS/02, en relación al artículo 8° de la Resolución N° 361/SS/96.

Modifica la Resolución N° 361/GCABA/SS/96: EL Art. 1° de la Res. 1.421-SS-02 modifica los Arts. 1° a 6°; 8° y 9° de la Res. 361-SS-96.

Y deroga la Resolución N° 433/GCABA/SS/97.

-Resolución N° 1006/GCABA/SS/03: Sistema de redes de diagnóstico de laboratorios bioquímico; impleméntase: el manual de toma de muestras normatizado para laboratorios generales; el sistema de registros según factores de ponderación de las prácticas y el programa de pesquisa neonatal.

Fecha de Sanción: 23/05/2003

Fecha de Publicación: 27/06/2003 (B.O. N° 1721).

Reglamenta la Resolución N° 1421/GCABA/SS/02. Implementando el Programa de Pesquisa Neonatal.

-Resolución N° 2060/GCABA/MSGC/07: Programa Nutricional para atender a la Población Materno Infanto Juvenil con problemas Nutricionales y realizar promociones de alimentación saludable.

Fecha de Sanción: 21/09/2007

Fecha de Publicación: 19/10/2007. (B.O. N° 2.792)

Complementa el **Decreto N° 431/03:** Crea la Unidad de Proyectos Especiales de Políticas Intersectoriales sobre riesgo nutricional. Salud Pública. Desnutrición.

Modificada por la **Resolución N° 2024/GCABA/MSGC/08:** Establece que el Programa nutricional depende de la Dirección General Adjunta de Programas Centrales.

Integrada por la **Resolución N° 848/GCABA/MSGC/11:** Adopta nuevas referencias para evaluar el crecimiento de niños niñas adolescentes y embarazadas desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de la Nación en el marco de la Resolución N° 2060-MSGC-07.

-Resolución N° 1137/GCABA/MSGC/11: Ministerio de Salud - atención neonatológica - establece la regionalización de la atención neonatológica en los hospitales públicos - hospitales referentes "Cosme Argerich", "Carlos Durand", "Juan A. Fernández", Hospital General de Agudos "Donación Santojanni" y el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" - aprueba procedimiento de derivación de partos con gesta probable menor a 32 semanas

Fecha de Sanción: 14/07/2001

Fecha de Publicación: 19/07/2011 (B.O. N° 3708).

Programas Referidos en el Informe- Marco Jurídico Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Plan Nacer

- Convenio Marco de Participación N° 67/08. El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través del Ministerio de Salud, ha suscripto un Convenio con el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Ley N° 3095/09. Formalizada la adhesión al Plan Nacer.
- Convenio N° 22/GCABA/?/10. Addenda (Adicional) al Convenio Marco de Participación en el Proyecto de Inversiones en Salud Materno Infantil de la Ciudad. Adhesión al Plan Nacer. Incorporación al nomenclador. Módulos integrales de atención. Cardiopatías Congénitas. Cirugías. Entre otros, aprobado por la Ley N° 3786/11.
- Ley N° 3786/11. Aprueba la Addenda (Adicional) al Convenio Marco de Participación en el Proyecto de Inversiones en Salud Materno Infantil de la Ciudad.
- Resolución N° 336/GCABA/MSGC/12: Convenio Marco de Participación. Proyecto Plan Nacer. Aprueba procedimiento de utilización y rendición de fondos. Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Programa de Pesquisa Neonatal

- La Ley N° 534/00, establece la obligación de realizar la pesquisa neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria en todos los establecimientos públicos de la seguridad social y privados en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires en que se atiendan partos y/o recién nacido. Reglamentada por la Resolución N° 1170/GCABA/SS/05. Modificada por las siguientes leyes:
- La Ley N° 1808/05 (Ley del Talón). Modifica la ley N° 534/00 promulgando: "las determinaciones para la detección y tratamiento en recién nacidos de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis-quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del recién nacido, hipoacusia del recién nacido, chagas, sífilis y otras anomalías metabólicas genéticas y/o congénitas."
- Ley N° 4.328/12, incorpora el artículo 1 Bis de la Ley N° 534/00 "Ley de recién nacidos" Estudios que detenten problemas celíacos. Controles.

Programa de Inmunizaciones

- Resolución N° 2332/GCABA/MSGC/08
Dispone que los servicios de vacunación públicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no solicitarán orden médica para aplicar las vacunas que correspondan según el Calendario Nacional de Vacunación.
- Resolución N° 1660/GCABA/MSGC/08
Dispone que en el Sistema Público de la Ciudad de Buenos Aires todos los recién nacidos recibirán la vacuna BCG antes del egreso de la maternidad.

Programa Nutricional

-Ley N° 105/98. Crea el Programa de Estudio y Evaluación de los Servicios de Asistencia Alimentaria y Nutricional a la población en situación vulnerable o crítica. Complementada por el Decreto N° 431/03, el cual creó la Unidad de Proyectos Especiales de Políticas Intersectoriales sobre Riesgo Nutricional.

La creación del Programa Nutricional se enmarca en el Decreto N° 431/03, por el cual se constituye la Unidad de Proyectos especiales de Políticas Intersectoriales sobre Riesgo Nutricional (UPE-RN), y se formaliza a través de - Resolución N° 2060/07 del Ministerio de Salud, la cual crea el Programa Nutricional dependiente de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria con el propósito de atender a la población materno infante juvenil con problemas nutricionales y realizar acciones de promoción de alimentación saludable, favoreciendo la programación de intervenciones y la evaluación de su impacto, en el marco de la estrategia de atención primaria, a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad en estos grupos poblacionales.

-Integrada por la Resolución N° 269/GCABA/MDSGC/11. Crea el Programa de Desarrollo de Políticas Alimentarias y Nutricionales.

X) ANEXO III - FOTOS

Hospital Penna

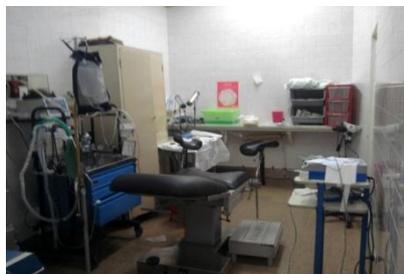
Centro Obstétrico



Falta de privacidad en sala de dilatantes

Recepción del recién nacido

Recuperación post parto en pasillos



Camilla/sillón de partos antiguos

Falta privacidad / espacio para acompañante

Quirófano

Maternidad



Sala de espera de reducidas dimensiones

Mobiliario en regulares condiciones

Espera en malas condiciones de mantenimiento



Consultorio de admisión en regulares condiciones

Salas comunes de internación conjunta

Falta de privacidad



Baños en regulares condiciones



Falta de espacio para vestuarios del personal



Sala de madres



Falta de espacio para administrativos



Equipos de aire acondicionados

Neonatología



Terapia (falta de espacio)



Crecimiento y desarrollo (falta de espacio)



Falta de espacio par deposito



Office de enfermería en regulares condiciones



Terapia intermedia (falta de espacio)



Pisos en malas condiciones



Transición (falta depósito para equipamiento)



Rejillas de piso abierta



Rejillas de piso abierta



Rejillas de piso abierta



Lactario de reducidas dimensiones



Rejillas de piso abierta



Salida de emergencia clausurada



Salida de emergencia clausurada

Pediatría



Mesón de recepción



Consultorios en buen estado



Shock room



Observación



Habitación compartida



Habitación compartida



Baño cada dos habitaciones



Sala de juegos



Sala de procedimientos



Equipamiento de guardia



Escalera



Salidas de emergencia



Equipamiento de guardia



Equipamiento de guardia



Bachas en pasillos



Office de enfermería

Hospital Argerich

Centro Obstétrico



Falta de privacidad en salas de pre y post parto



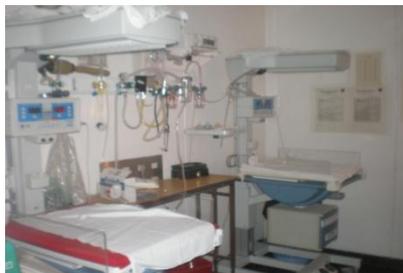
Equipamiento en regulares condiciones



Equipamiento en regulares condiciones



Sector de lavado



Área recepción del RN en buenas condiciones



Quirófano



Tapas de rejillas en mal estado



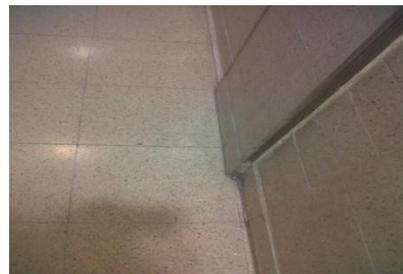
Rejillas abiertas en área quirúrgica



Rejillas abiertas en área quirúrgica



Quirófanos



No hay zócalo sanitario en área quirúrgica



Sillón de partos obsoletos

Maternidad



Internación maternidad



Mobiliario en regulares condiciones



Mobiliario en regulares condiciones



Mobiliario deteriorado



Falta privacidad en habitaciones



Parasoles no funcionan



Mobiliario en regulares condiciones



Sala de madres pequeña



Humedades en cielorrasos



Consultorio de admisión en buenas condiciones

Neonatología



Falta de un lugar seguro para dejar las pertenencias de familiares



Salas en buen estado



Salas en buen estado



Falta depósito



Falta de un lugar seguro para dejar las pertenencias de familiares



Rejillas abiertas



Office de enfermería chico



Office de enfermería chico



Falta depósito para equipamiento



Equipo de rayos obsoleto



Tapas sueltas



Humedades en cielorrasos



Sistema neumático para envío de muestras



Piletas para lavado de manos en cada sector



Puerta de salida clausurada



Puerta de salida clausurada

Pediatría



Internación



Parasoles rotos, mobiliario en malas condiciones



Falta de privacidad en habitaciones



Falta de privacidad en habitaciones



Habitaciones en buen estado general



Office y sala de procedimientos



Falta área de depósito



Office



Sólo una luz de emergencia



Espera de consultorios externos



Falta de depósito



Falta de privacidad en consultorios externos

Hospital Piñero

Pabellón Materno Infantil



Escalera y ascensor de acceso público



Escalera de acceso

Centro Obstétrico



Recuperación postparto



Falta de privacidad en sala de parto



Office

Maternidad



Falta de privacidad y espacio



Falta de privacidad y espacio



Equipamiento en regulares condiciones



Estufa no apta para calefaccionamiento



Equipamiento en regulares condiciones



Colchones en mal estado



Falta de zócalo sanitario



Humedades en cielorrasos



Humedades en cielorrasos



Baños en malas condiciones



Baños en malas condiciones



Falta de espacio para vestuarios



Falta espacio para vestuarios

Neonatología



Falta espacio



Equipamiento que no corresponde



Equipamiento que no corresponde



Office de reducidas dimensiones



Sala de Incubadoras. Poco espacio



Poco espacio en office

Neonatología Nueva



Falta de mobiliarios
 Falta de camas

Pediatría



Falta de espacio para dos pacientes



Falta de cuna en esta sala



Falta de espacio para dos pacientes



Falta de privacidad – paneleria divisoria



Paneleria divisoria



Aislamiento



Baño regulares condiciones



Baño regulares condiciones



Baño regulares condiciones



Baño regulares condiciones



Office de enfermería



Office de enfermería



Falta de espacio en hall de espera



Recepción consultorios y guardia



Consultorios externos falta de privacidad



Consultorios externos falta de privacidad



Guardia falta de privacidad y equipamiento correspondiente

CeSAC N° 14



Fachada Cesac 14



Movimiento en entrada



Movimiento en fachada



Techos sin protección



Sin reparar



Sin cerámicas en pasillos



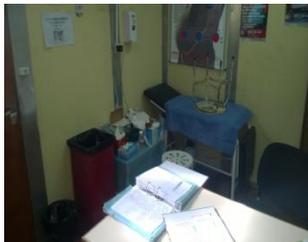
Faltan ceramicos



Piso en deterioro



Pisos rotos



Poco espacio en consultorios



Fallas en techo



Techos sin repara



Baños en malas condiciones



Consultorio

CeSAC Nº 41



Pasillos de consultorios



Alarma de incendio



Entrada a consultorios



Panel eléctrico



Alarma y manguera interna

CeSAC Nº 8



Poco espacio en consultorio



Baño público



Fachada



Archivo de H.C pequeño



Sala de espera



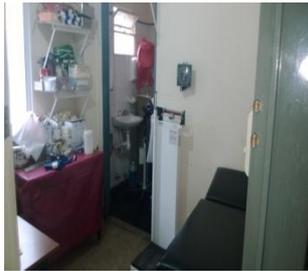
Baño de discapacitado



Entradas a consultorios



Consultorio sin espacio



Consultorio



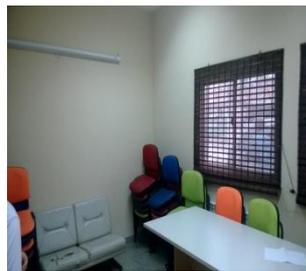
Baño sin uso



Sillas apiladas en zoom



Consultorio sin espacio



Zoom