



---

INFORME FINAL DE  
AUDITORIA  
Con Informe Ejecutivo

---

Proyecto N° 3.15.04

**ACUMAR**

**Auditoría de Gestión**

---

**Período 2014**

---

**Buenos Aires, Agosto 2017**



# AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

## Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

## Auditores Generales

Dra Mariela Coletta

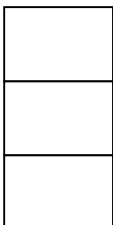
Dr. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. Raquel Herrero

Cdor. Vicente Rodriguez

Lic. Hugo Vásques



**CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.15.04**

**NOMBRE DEL PROYECTO: Acumar**

**PERÍODO BAJO EXAMEN: 2014**

**DIRECTOR DE PROYECTO: Sr. Lucas Coria**

**EQUIPO DESIGNADO:**

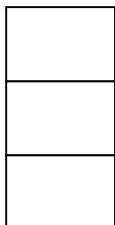
**Supervisor:** Bioq. E. Jazmín Laino

**OBJETIVO:** Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, de los hospitales objeto de esta auditoría en el marco de la Acumar.

**FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 02 DE AGOSTO DE 2017**

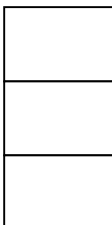
**APROBADO POR: DISIDENCIA PARCIAL**

**RESOLUCIÓN N°: 281/17 Y ACTA N° 724 – COLEGIO DE AUDITORES -**



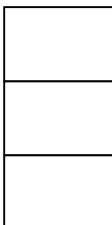
## INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, agosto de 2017
Código del Proyecto	3.15.04
Denominación del Proyecto	“ACUMAR”
Tipo de Auditoría	Gestión
Período examinado	2014
Objeto	Hospitales Generales de Agudos ubicados en el área geográfica de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR): Donación F. Santojanni (UE 434), Cosme Argerich (UE 412); José M. Penna (UE 425); Parmenio Piñero (UE 426).
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, de los hospitales objeto de esta auditoría en el marco de la Acumar.
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>Para evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales y/o de indicadores de gestión en áreas críticas vinculadas a la atención de los pacientes que residen en el CMR se procedió a realizar un relevamiento de las áreas intervinientes, recopilación de la normativa relacionada con el objeto de auditoría, análisis de registros estadísticos, relevamiento y cantidad de recursos disponibles.</p>
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoría se desarrollaron entre el 15 de Febrero de 2016 y el 20 de Diciembre de 2016.
Aclaraciones previas	<p><b>1. Antecedentes Históricos</b></p> <p>La Cuenca Hídrica Matanza Riachuelo es considerada una de las cuencas hídricas de mayor relevancia de la región metropolitana. Ocupa una superficie aproximada de 2.400 Km<sup>2</sup>, con un ancho medio de 35 Km<sup>2</sup> y una longitud media del cauce principal que se extiende a más de 75 km.</p> <p>Desde sus nacientes, en el partido de Cañuelas, provincia de Buenos Aires, hasta su desembocadura en el Río de la Plata, la cuenca atraviesa 10 barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 14 municipios de la provincia.</p> <p>La presencia de basurales a cielo abierto y el vertido de desechos cloacales e industriales, son las principales fuentes de sustancias contaminantes en el agua, suelo y aire de la cuenca, afectando a la población que vive en situación de extrema vulnerabilidad, con elevados niveles de necesidades básicas insatisfechas.</p> <p>La cuenca del Río de la Plata (la suma de los ríos Paraná, Uruguay y Paraguay que desembocan en el Río de la Plata) está considerada una de las 10 más contaminadas del</p>

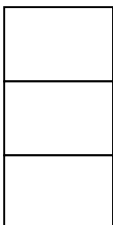


	<p>mundo.<sup>1</sup></p> <p>Entre los contaminantes reportados están los plaguicidas (como heptchloro, HCH (hexaclorociclohexano), Aldrin, DDT (diclorodifenildicloroetileno), Dicofol, Endosulfan), dioxinas, furanos, hidrocarburos, metales, etc.</p> <p>La presencia de residuos sólidos de diferente origen restringe el escurrimiento superficial del río.</p> <p>En la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Cuenca abarca las Comunas N° 4, 7, 8 y 9 donde se concentra una importante cantidad de villas y asentamientos.</p> <p>Estas comunas están representadas por los siguientes barrios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comuna N° 4: La Boca, Barracas, Parque Patricios y Pompeya.</li> <li>- Comuna N° 7: Flores y Parque Chacabuco.</li> <li>- Comuna N° 8: Villa Soldati, Villa Lugano y Villa Riachuelo.</li> <li>- Comuna N° 9: Liniers, Mataderos y Parque Avellaneda.</li> </ul> <p>La precariedad habitacional y el hacinamiento extremo sumados a la carencia de abastecimiento de agua por red, cloacas y regularidad en la recolección de la basura, incrementan aún más la exposición al riesgo de la población que vive sobre el curso de agua contaminada.</p> <p>La Ley N° 26.168 en el año 2006 a través de su Art.1° crea la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACuMaR) como ente de derecho público interjurisdiccional. La misma ejercerá su competencia en el área de la Cuenca Matanza Riachuelo en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los partidos de Lanús, Avellaneda, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, La Matanza, Ezeiza, Cañuelas, Almirante Brown, Morón, Merlo, Marcos Paz, Presidente Perón, San Vicente y General Las Heras, de la provincia de Buenos Aires.</p> <p>En el año 2008, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) intimó a la ACuMaR a implementar un plan de saneamiento en respuesta a la causa judicial conocida como “Causa Mendoza”, reclamo presentado en 2004 por un grupo de vecinos.</p> <p>En diciembre del año 2009 se elaboró el Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA) y fue actualizado en el 2010. Para ello, trabajaron en forma conjunta profesionales especializados en materia administrativa y técnica de las jurisdicciones que integran ACuMaR.</p> <p>Este plan tiene por objetivo definir la política ambiental de la autoridad de la cuenca y detallar los lineamientos a seguir en materia de gestión, prevención y control, destinados a recomponer y preservar la CMR.</p> <p>Los objetivos fundamentales del PISA son mejorar la</p>
--	--

<sup>1</sup> Advierten que el Río de la Plata cada vez está más contaminado. <http://iarh.org.ar> 27/09/2007.



	<p>calidad de vida de la población que habita la cuenca, recomponer el ambiente y prevenir futuros daños.</p> <p>Este plan contempla el desarrollo de 14 líneas de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de Indicadores: sistema de medición de la situación social, económica y ambiental de la CMR.</li> <li>- Sistema de Información: tiene como objetivo implementar las acciones de comunicación y difusión de ACuMaR.</li> <li>- Fortalecimiento Institucional: tiene como objetivo dotar a la ACuMaR de herramientas técnico-administrativas que fortalezcan sus capacidades institucionales.</li> <li>- Ordenamiento Ambiental del Territorio: redefinición del marco regulatorio para el ordenamiento territorial en el área.</li> <li>- Educación Ambiental: tiene como finalidad la construcción de valores, conocimientos y aptitudes orientada a la participación en la búsqueda de un modelo de desarrollo ambiental.</li> <li>- Plan Sanitario de Emergencia: tiene como objetivo mejorar la salud de los habitantes de la cuenca.</li> <li>- Monitoreo de la Calidad de Agua, Sedimentos y Aire: su finalidad es conocer el estado de la calidad del aire, el agua y los sedimentos en la cuenca a fin de determinar su nivel de contaminantes.</li> <li>- Urbanización de Villas y Asentamiento Urbanos: tiene como objetivo solucionar la precariedad habitacional de las familias residentes en villas y asentamientos de la cuenca.</li> <li>- Expansión de la Red de Agua Potable y Saneamiento Cloacal: busca promover la coordinación y el avance de las actuaciones planificadas por las jurisdicciones, municipios y organismos involucrados en los servicios de agua potable y saneamiento cloacal.</li> <li>- Desagües Pluviales: se orienta a la resolución de las principales problemáticas asociadas al agua en la Cuenca desde una perspectiva social, ambiental y económica que permita maximizar el bienestar social con equidad, sin comprometer la sostenibilidad de los ecosistemas vitales</li> <li>- Contaminación de Origen Industrial: apunta a lograr el desarrollo sostenible de la actividad industrial en la Cuenca.</li> <li>- Limpieza de márgenes y camino de Sirga: tiene como objetivo la recuperación de los márgenes de los cursos de agua superficial en la Cuenca.</li> <li>- Saneamiento de Basurales: aborda la gestión de los Residuos Sólidos Urbanos originados por los usos residenciales, comerciales, institucionales y por el</li> </ul>
--	---



	<p>barrido y demás operaciones de aseo del espacio público.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa Polo Petroquímico Dock Sud: tiene por finalidad contribuir a la mejora de la calidad de vida de los habitantes del área y convertir al Dock Sud en un área industrial sustentable.</li> </ul> <p>El Plan Sanitario de Emergencia (PSE) tiene como finalidad mejorar la salud de los habitantes de la CMR. Su propósito es protegerla minimizando el impacto sobre la salud de las diversas amenazas detectadas, poniendo énfasis en las poblaciones más vulnerables y generando acciones para la recuperación de la salud y la prevención.</p> <p>La Autoridad de la Cuenca cuenta dentro de su estructura con 6 Direcciones Generales: Administrativa Financiera, Relaciones Institucionales, Salud Ambiental, Técnica, Asuntos Jurídicos, Abordaje Territorial.</p> <p>La Dirección General de Salud Ambiental (DGSA) -en el marco del Plan Sanitario de Emergencia (PSE)- trabaja en la identificación de poblaciones vulnerables y del denominado “riesgo ambiental”, su asistencia y seguimiento; en la mejora del acceso a los sistemas de salud a través de acciones enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y en el reconocimiento de la salud como derecho de todos los habitantes.</p> <p>Trabaja activamente en la creación de redes y en el fortalecimiento de los servicios de salud locales, así como en la capacitación de los equipos interdisciplinarios.</p> <p><b>2. Contaminación con Plomo</b></p> <p>En la Conferencia de Ministros de Salud y Ambiente en Ottawa 2002 se reconoció la relación entre pobreza, salud, y ambiente y se instó a los líderes de la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible a dar alta prioridad a la protección de las poblaciones vulnerables, especialmente a los niños.</p> <p>En el 2005 se realizó una Cumbre de Ministros de Salud y Ambiente en la Ciudad de Mar del Plata considerando prioritario la Salud Ambiental Infantil.</p> <p>La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en su art. 20° establece el deber de garantizar el derecho a la salud integral, haciéndolo más específico aún en el art 26° donde reconoce que toda persona tiene derecho a gozar de un ambiente sano, así como el deber de preservarlo y defenderlo en provecho de las generaciones presentes y futuras.</p> <p>En la Ley Básica de Salud N° 153 en su art. 3° define que "la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios: el concepto de salud integral directamente vinculada con la satisfacción de necesidades y</p>
--	--



	<p>ambiente (inc. a); el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad (inc. b) y basada en la participación de la población (inc. c)".</p> <p>Que el Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la citada ley, garantiza los derechos enunciados previamente en el subsector estatal (art. 5°).</p> <p>Que el artículo 12 menciona las funciones de la autoridad de aplicación de la referida normativa; podemos enumerar las de promover medidas destinadas a la conservación y mejoramiento del medio ambiente (inc. n) y promover e impulsar la participación de la comunidad (inc. u), entre otras.</p> <p>A partir de esas normativas se implementó el Programa de Salud Ambiental creado por Resolución N° 631-SS/03 para los efectores de salud, con competencia en todos los temas referidos a medio ambiente y salud. Enuncia entre sus funciones identificar grupos poblacionales expuestos a mayores riesgos de enfermar y morir por causas ambientales relevando sus necesidades reales de salud, de manera de establecer medidas adecuadas para prevenir y educar.</p> <p>Entendiendo que la intoxicación crónica por plomo trae aparejado problemas en la salud sobre todo de los y las niños/as y las embarazadas (este tóxico atraviesa la placenta); y que a su vez se evidencia que las intoxicaciones por plomo más frecuentes son las crónicas y no las agudas siendo muchas veces estas asintomáticas, es un deber del estado generar capacitaciones al personal de salud para alertar su búsqueda en la población a la que asisten.</p> <p>En los casos en que esta intoxicación fuera sintomática se pueden presentar las siguientes manifestaciones con distintos niveles de plomo en sangre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>gastrointestinales</i>: anorexia, disgeusia (sabor metálico), dolor abdominal recurrente, vómitos y constipación.</li> <li>-<i>hematológicas</i>: anemia microcítica hipocrómica con o sin punteado basófilo.</li> <li>-<i>piel y mucosas</i>: palidez y lesiones en encías (líneas de plomo o ribete de Burton).</li> <li>-<i>renales</i>: trastorno tubular reversible, nefropatía intersticial irreversible.</li> <li>-<i>cardiovasculares</i>: hipertensión arterial.</li> <li>-<i>reproducción</i>: esterilidad masculina y retardo en la aparición de la pubertad.</li> <li>-<i>neurológicas</i>: escasa concentración, cefalea, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, retraso en la aparición del habla y desarrollo del lenguaje, problemas de conducta, hiperactividad, debilidad muscular y polineuropatía a predominio motor. A concentraciones muy elevadas de plomo puede existir encefalopatía plúmbica.</li> <li>-<i>otras</i>: baja talla, pérdida de peso, debilidad.</li> </ul>
--	---





Se evidencian factores de riesgo que pueden aumentar la intoxicación crónica por plomo en pacientes con deficiencias nutricionales como anemia y déficit de calcio, siendo estos más frecuentes en poblaciones vulnerables donde influyen las condiciones de vida además de la resolución por el sistema sanitario.

Si bien las guías internacionales y nacionales que protocolizan la atención de pacientes intoxicados por plomo de forma crónica establecen un punto de corte en los análisis de sangre de 5ug/dl, estas mismas también reflejan estudios científicos que plantean que no existe un umbral de neurotoxicidad, por lo que no se puede establecer un límite de seguridad preciso, no estableciéndose un valor de plumbemia sin efecto, habiendo registros de correlación negativa entre índices de rendimiento académico y plumbemias por debajo de 5 ug/dl

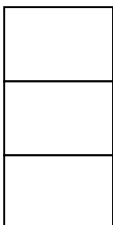
La *guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones ambientales infantiles con plomo* del Ministerio de Salud de la Nación, del año 2014, establece distintas recomendaciones de tratamiento en niños/as menores de 6 años según los valores de plumbemia establecidos:

Dentro de los objetivos primarios del tratamiento determina prevenir una futura exposición y absorción de plomo y la eliminación y/o control de la fuente de exposición, situación que excede al área de salud, poniendo en juego la participación de otras áreas de gobierno como trabajo, ambiente y espacio público y desarrollo humano y hábitat.

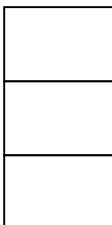
**Recomendaciones de acuerdo a los valores de plumbemia para niños menores de 6 años<sup>3</sup>**

Plumbemia µg/dl	Recomendación
<b>&lt; 5</b>	<p><u>Si presenta factores de riesgo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y control/eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Reevaluación en 1 año.</li> </ul>
<b>5 – 9,9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica completa y examen físico detallado. Evaluación neuroconductual y psicológica.</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y control/eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> <li>- Reevaluación en 6 meses con plumbemia y hemograma.</li> </ul>

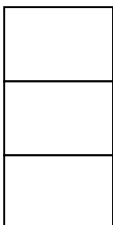
<sup>3</sup> Adaptado de las Recomendaciones 2005 de la Academia Americana de Pediatría y del Protocolo de Manejo y Seguimiento de Población Pediátrica Según Valores de Plumbemia. Ministerio de Salud Pública de la R.O. del Uruguay (2009).



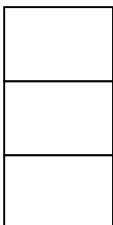
Plombemia µg/dl	Recomendación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria, si se mantiene en este estadio por más de 1 año.</li> </ul>
<b>10 - 19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación integral por equipo interdisciplinario con especial énfasis en el área neuroconductual y psicológica, para detección, tratamiento específico y rehabilitación si corresponde (ver <b>NOTA</b> al pie).</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria.</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> <li>- Reevaluación en 3 meses con plombemia y hemograma. Si se mantiene en este estadio por más de 6 meses o ha aumentado, siga las recomendaciones para plombemias de 20–44 µg/dl.</li> </ul>
<b>20 - 44</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación a 2do o 3er nivel de atención.</li> <li>- Evaluación integral por equipo interdisciplinario para detección, tratamiento específico y rehabilitación si corresponde (ver <b>NOTA</b> al pie).</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria. Investigación ambiental (personal entrenado).</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> <li>- Plombemia de control en 1 mes. Laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, ferremia.</li> <li>- Solicitar plombemia a los menores de 6 años y embarazadas que convivan con el niño.</li> </ul>
Plombemia µg/dl	Recomendación
<b>≥ 45</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación inmediata al 3er nivel de atención para Hospitalización y tratamiento quelante. Laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, ferremia, ZPP<sup>4</sup>.</li> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria. Investigación ambiental (personal entrenado).</li> <li>- Solicitar plombemia a los menores de 6 años y embarazadas que convivan con el niño.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> </ul>
<p>Se deberá realizar seguimiento clínico y de laboratorio hasta que el niño tenga dos (2) plombemias consecutivas <b>MENORES a 5 µg/dl</b>. Recién entonces el niño podrá ser dado de alta.</p>	
Limitación al alcance	Sin limitaciones
Principales Observaciones	<p>1. El Ministerio de Salud, a través del área encargada de velar por el cumplimiento de los objetivos del Plan Sanitario de Emergencia (PISA/PSE) en el ámbito de la</p>



	<p>CABA, no cuenta con información acerca de lo realizado por los efectores que atienden a la población perteneciente a la Cuenca Matanza Riachuelo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. El Ministerio de Salud no cuenta con un protocolo común de atención/abordaje de temas relacionados con la salud ambiental.</li> <li>3. El Ministerio de Salud carece de una base de datos unificada a nivel distrital sobre los pacientes que fueron dosados con plomo.</li> <li>4. Falta de un área responsable en temas de Salud Ambiental dentro de la estructura hospitalaria.</li> <li>5. Falta de horas técnico-profesionales en los Centros de salud para dar respuesta a la demanda en los temas relacionados con Salud Ambiental.</li> <li>6. Falta de insumos para la detección de plomo capilar en la población que habita la Cuenca Matanza Riachuelo (Año 2016).</li> <li>7. La Actividad 60 correspondiente a la asignación presupuestaria del Depto. Área Programática de los efectores que forman parte de la CMR, financia los mismos recursos e insumos que la Actividad 6 del resto de los efectores. No se observa un incremento presupuestario a los fines de dar cumplimiento al Plan Sanitario de Emergencia.</li> <li>8. Los CeSAC N°20 y N°44 no realizaron la carga de datos, careciendo de este modo la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud de la información correspondiente.</li> <li>9. Falta de uniformidad en la carga de datos estadísticos.</li> <li>10. Equipamiento informático:             <ol style="list-style-type: none"> <li>10.1. El 46 % del equipamiento informático con el que cuentan los CeSAC supera los 3 años de antigüedad.</li> <li>10.2. Sólo el 78% de los equipos fueron evaluados en buen estado por los usuarios.</li> <li>10.3. El 76% de las PC y los programas funcionaban acordes a las necesidades de las áreas.</li> <li>10.4. El 70% de las PC no tenían instalado el programa SICESAC para la carga de datos.</li> <li>10.5. No se informó el estado patrimonial del 60% de los equipos.</li> <li>10.6. El 67% de los equipos no se encontraban en red con el GCBA y el 78% no se hallaba en red con su hospital. Sólo el 85% contaba con conexión a internet.</li> <li>10.7. Sólo el 83% de los monitores fueron evaluados en buen estado por los usuarios.</li> <li>10.8. El 19% de las impresoras no se encontraba en uso y sólo el 72% fueron evaluadas en</li> </ol> </li> </ol>
--	--



	<p>buen estado por los usuarios. El 68% tuvo problemas en el suministro de insumos.</p> <p>10.9. El 36% de las impresoras presentaba una antigüedad mayor a 3 años, y el 21% no informó el dato sobre la antigüedad.</p> <p>10.10. Los CeSAC N°4 y N° 13 carecían de impresora en condiciones de uso.</p> <p>10.11. El 79% de las áreas carecía de un sistema de protección ante cortes de energía eléctrica o UPS. El 57% no realizaba backup de la información contenida en las PC.</p> <p>10.12. Sólo el 86% de las PC recibía mantenimiento.</p> <p>10.13. El equipamiento fuera de uso en casi el 100% de los casos no fue repuesto.</p> <p>11. Cursos de Capacitación</p> <p>11.1. Los Departamentos Área Programática y CeSAC de los Hospitales Santojanni, Argerich y Penna no enviaron información sobre la capacitación realizada durante el año 2015.</p> <p>11.2. Del listado de cursos realizados durante los años 2014-2015, no se observó capacitación en toxicología ambiental.</p> <p>11.3. De los 17 cursos dirigidos a la población, el Hospital Piñero dictó el 82%, el Hospital Argerich el 12% y el Hospital el Penna el 6% restante. El Hospital Santojanni no dictó ningún curso a la comunidad sobre temas ambientales.</p> <p>12. Falta de llamado a concurso de cargos vacantes y efectivización de los nombramientos.</p> <p>13. La falta de personal Administrativo capacitado dificulta el registro adecuado de la información.</p>
<p>Recomendaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Ministerio de Salud deberá implementar un procedimiento que le permita monitorear el cumplimiento de lo establecido por el PISA/PSE en relación a la atención de la población perteneciente a la CMR.</li> <li>• El Ministerio de Salud debe contar con un protocolo para la atención y el abordaje de temas relacionados con la salud ambiental. Asimismo es de suma importancia contar con una base de datos unificada a nivel distrital sobre los pacientes que fueron dosados con plomo.</li> <li>• Incorporar dentro de la estructura hospitalaria un área responsable en temas de Salud Ambiental.</li> <li>• Asignar horas técnico-profesionales en los Centros de Salud a los efectos de dar respuesta a la demanda en temas relacionados con Salud Ambiental.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un aumento presupuestario en la Actividad 60 que permita desarrollar los componentes especificados dentro del PSE.</li> <li>• Contar con mecanismos que garanticen la provisión de insumos necesarios para el dosaje de tóxicos en la población de la CMR.</li> <li>• Generar mecanismos que permitan la carga en tiempo y forma de los datos estadísticos. Las áreas involucradas deberán contar con el recurso humano y tecnológico adecuado para dar respuesta a lo solicitado.</li> <li>• Actualizar y equipar a los servicios de computadoras, impresoras y programas unificados y conectados en redes que permita una adecuada carga de datos y el control de la gestión.</li> <li>• Implementar un plan de capacitación que brinde herramientas que permitan al personal que se desempeña en el área de influencia de la CMR desarrollar una mayor capacidad en la sospecha y detección de patologías ambientales.</li> </ul>
Conclusión	<p>El sitio donde un ser humano nace, crece, vive y trabaja influye en las probabilidades que tendrá de vivir una vida sana. La vulnerabilidad individual y grupal, determinarán el grado en que los riesgos ambientales afectarán la salud y el bienestar de la población.</p> <p>El objeto del presente proyecto se centró en analizar los componentes del Plan Sanitario de Emergencia en los efectores de salud de la CABA en el área geográfica de la Cuenca Matanza Riachuelo. Este plan tiene como finalidad mejorar la salud de los habitantes de la CMR. Su propósito es protegerla minimizando el impacto sobre la salud de las diversas amenazas detectadas, poniendo énfasis en las poblaciones más vulnerables y generando acciones para la recuperación de la salud y la prevención.</p> <p>A través de la Ley N° 3947 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires declaró la emergencia social, urbanística, ambiental y sanitaria de la Cuenca Matanza Riachuelo cuya finalidad era la de asegurar un ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano presente y de las generaciones futuras. Dentro de las acciones que debe realizar, destacó el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud; la formación de Centros de Salud Ambiental con la participación de profesionales expertos en la materia; llevar un registro específico que comprenda las consultas o atenciones médicas relacionadas con la problemática socio- ambiental. El mismo debe contener los datos generales del paciente, zona</p>



	<p>de residencia y las características o patologías de las afecciones atendidas.</p> <p>El art 3° de la mencionada ley establece como prioritarias las acciones tendientes a asegurar el cumplimiento de las obligaciones y metas contempladas en el Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA), acordado en el ámbito de la Autoridad de la Cuenca Matanza-Riachuelo.</p> <p>Dentro de este plan integral se encuentra el Plan Sanitario de Emergencia (PSE).</p> <p>Para ello, se planteó el cumplimiento de los siguientes objetivos estratégicos entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer la identificación de los posibles daños ocasionados en las personas y comunidades devenidos como consecuencia de la contaminación producida sobre la CMR.</li> <li>- Reforzar las redes sanitarias intervinientes en la recuperación de la salud, para aquellas personas o comunidades afectadas en el ámbito de la CMR.</li> </ul> <p>A pesar de contar con normativa específica en la materia, el Ministerio de Salud a través del área encargada de velar por el cumplimiento de los objetivos del Plan Sanitario de Emergencia carece de información acerca de lo realizado por los efectores que atienden a la población perteneciente a la Cuenca Matanza Riachuelo.</p> <p>Asimismo, la falta de un protocolo común de atención/abordaje de temas relacionados con la salud ambiental dificulta la identificación de posibles casos de contaminación de la población que habita la CMR.</p> <p>La capacitación en temas relacionados con la salud ambiental, como así también la formación en toxicología ambiental facilitarían el diagnóstico precoz de patologías relacionadas con la contaminación ambiental.</p> <p>La creación de un área de salud ambiental dentro de la estructura hospitalaria, como así también la asignación de horas técnico/profesionales permitiría trabajar con mayor profundidad en el tema.</p> <p>La insuficiente cantidad de recursos disponibles (profesionales, técnicos, administrativos, equipamiento informático, insumos para la detección de contaminantes) afecta el cumplimiento de los componentes establecidos en el PSE.</p> <p>No obstante haber declarado la emergencia ambiental en el ámbito de la CMR y haber suscripto al PSE, la jurisdicción 40 no cuenta con una asignación presupuestaria específica dado que la actividad 60 financia los mismos recursos que la actividad 6 correspondientes al resto de los CeSAC de la CABA.</p>
--	---



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA  
“ACUMAR”  
PROYECTO N° 3.15.04**

**DESTINATARIO**

Señor  
Presidente de la  
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Cdr. Diego Santilli  
S / D

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

**I) OBJETO**

Hospitales Generales de Agudos ubicados en el área geográfica de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR): Donación F. Santojanni (UE 434), Cosme Argerich (UE 412); José M. Penna (UE 425); Parmenio Piñero (UE 426).

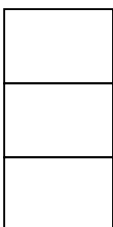
**II) OBJETIVO**

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, de los hospitales objeto de esta auditoría en el marco de la Acumar.

**III) ALCANCE**

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

Para evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales y/o de indicadores de gestión en áreas críticas vinculadas a la atención de los pacientes que residen en el CMR se procedió a realizar un relevamiento de las áreas intervinientes, recopilación de la normativa relacionada con el objeto de auditoría, análisis de registros estadísticos, relevamiento y cantidad de recursos disponibles.



## IV) ACLARACIONES PREVIAS

Cierre de las tareas de campo: Diciembre de 2016.

### 1. Antecedentes Históricos

La Cuenca Hídrica Matanza Riachuelo es considerada una de las cuencas hídricas de mayor relevancia de la región metropolitana. Ocupa una superficie aproximada de 2.400 Km<sup>2</sup>, con un ancho medio de 35 Km<sup>2</sup> y una longitud media del cauce principal que se extiende a más de 75 km.

Desde sus nacientes, en el partido de Cañuelas, provincia de Buenos Aires, hasta su desembocadura en el Río de la Plata, la cuenca atraviesa 10 barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 14 municipios de la provincia.

La presencia de basurales a cielo abierto y el vertido de desechos cloacales e industriales, son las principales fuentes de sustancias contaminantes en el agua, suelo y aire de la cuenca, afectando a la población que vive en situación de extrema vulnerabilidad, con elevados niveles de necesidades básicas insatisfechas.

La cuenca del Río de la Plata (la suma de los ríos Paraná, Uruguay y Paraguay que desembocan en el Río de la Plata) está considerada una de las 10 más contaminadas del mundo.<sup>2</sup>

Entre los contaminantes reportados están los plaguicidas (como heptchloro, HCH (hexaclorociclohexano), Aldrin, DDT (diclorodifenildicloroetileno), Dicofol, Endosulfan), dioxinas, furanos, hidrocarburos, metales, etc.

La presencia de residuos sólidos de diferente origen restringe el escurrimiento superficial del río.

En la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Cuenca abarca las Comunas N° 4, 7, 8 y 9 donde se concentra una importante cantidad de villas y asentamientos.

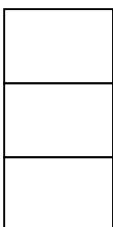
Estas comunas están representadas por los siguientes barrios:

- Comuna N° 4: La Boca, Barracas, Parque Patricios y Pompeya.
- Comuna N° 7: Flores y Parque Chacabuco.
- Comuna N° 8: Villa Soldati, Villa Lugano y Villa Riachuelo.
- Comuna N° 9: Liniers, Mataderos y Parque Avellaneda.

La precariedad habitacional y el hacinamiento extremo sumados a la carencia de abastecimiento de agua por red, cloacas y regularidad en la recolección de la basura, incrementan aún más la exposición al riesgo de la población que vive sobre el curso de agua contaminada.

La Ley N° 26.168 en el año 2006 a través de su Art.1° crea la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACuMaR) como ente de derecho público

<sup>2</sup> Advierten que el Río de la Plata cada vez está más contaminado. <http://iarh.org.ar> 27/09/2007.





interjurisdiccional. La misma ejercerá su competencia en el área de la Cuenca Matanza Riachuelo en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los partidos de Lanús, Avellaneda, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, La Matanza, Ezeiza, Cañuelas, Almirante Brown, Morón, Merlo, Marcos Paz, Presidente Perón, San Vicente y General Las Heras, de la provincia de Buenos Aires.

En el año 2008, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) intimó a la ACuMaR a implementar un plan de saneamiento en respuesta a la causa judicial conocida como “Causa Mendoza”, reclamo presentado en 2004 por un grupo de vecinos.

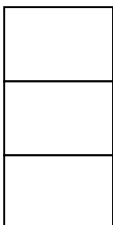
En diciembre del año 2009 se elaboró el Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA) y fue actualizado en el 2010. Para ello, trabajaron en forma conjunta profesionales especializados en materia administrativa y técnica de las jurisdicciones que integran ACuMaR.

Este plan tiene por objetivo definir la política ambiental de la autoridad de la cuenca y detallar los lineamientos a seguir en materia de gestión, prevención y control, destinados a recomponer y preservar la CMR.

Los objetivos fundamentales del PISA son mejorar la calidad de vida de la población que habita la cuenca, recomponer el ambiente y prevenir futuros daños.

Este plan contempla el desarrollo de 14 líneas de acción:

- Sistema de Indicadores: sistema de medición de la situación social, económica y ambiental de la CMR.
- Sistema de Información: tiene como objetivo implementar las acciones de comunicación y difusión de ACuMaR.
- Fortalecimiento Institucional: tiene como objetivo dotar a la ACuMaR de herramientas técnico-administrativas que fortalezcan sus capacidades institucionales.
- Ordenamiento Ambiental del Territorio: redefinición del marco regulatorio para el ordenamiento territorial en el área.
- Educación Ambiental: tiene como finalidad la construcción de valores, conocimientos y aptitudes orientada a la participación en la búsqueda de un modelo de desarrollo ambiental.
- Plan Sanitario de Emergencia: tiene como objetivo mejorar la salud de los habitantes de la cuenca.
- Monitoreo de la Calidad de Agua, Sedimentos y Aire: su finalidad es conocer el estado de la calidad del aire, el agua y los sedimentos en la cuenca a fin de determinar su nivel de contaminantes.
- Urbanización de Villas y Asentamiento Urbanos: tiene como objetivo solucionar la precariedad habitacional de las familias residentes en villas y asentamientos de la cuenca.
- Expansión de la Red de Agua Potable y Saneamiento Cloacal: busca promover la coordinación y el avance de las actuaciones planificadas por las jurisdicciones, municipios y organismos involucrados en los servicios de agua potable y saneamiento cloacal.



- Desagües Pluviales: se orienta a la resolución de las principales problemáticas asociadas al agua en la Cuenca desde una perspectiva social, ambiental y económica que permita maximizar el bienestar social con equidad, sin comprometer la sostenibilidad de los ecosistemas vitales
- Contaminación de Origen Industrial: apunta a lograr el desarrollo sostenible de la actividad industrial en la Cuenca.
- Limpieza de márgenes y camino de Sirga: tiene como objetivo la recuperación de las márgenes de los cursos de agua superficial en la Cuenca.
- Saneamiento de Basurales: aborda la gestión de los Residuos Sólidos Urbanos originados por los usos residenciales, comerciales, institucionales y por el barrido y demás operaciones de aseo del espacio público.
- Programa Polo Petroquímico Dock Sud: tiene por finalidad contribuir a la mejora de la calidad de vida de los habitantes del área y convertir al Dock Sud en un área industrial sustentable.

El Plan Sanitario de Emergencia (PSE) tiene como finalidad mejorar la salud de los habitantes de la CMR. Su propósito es protegerla minimizando el impacto sobre la salud de las diversas amenazas detectadas, poniendo énfasis en las poblaciones más vulnerables y generando acciones para la recuperación de la salud y la prevención.

La Autoridad de la Cuenca cuenta dentro de su estructura con 6 Direcciones Generales: Administrativa Financiera, Relaciones Institucionales, Salud Ambiental, Técnica, Asuntos Jurídicos, Abordaje Territorial.

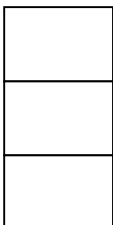
La Dirección General de Salud Ambiental (DGSA) -en el marco del Plan Sanitario de Emergencia (PSE)- trabaja en la identificación de poblaciones vulnerables y del denominado “riesgo ambiental”, su asistencia y seguimiento; en la mejora del acceso a los sistemas de salud a través de acciones enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y en el reconocimiento de la salud como derecho de todos los habitantes.

Trabaja activamente en la creación de redes y en el fortalecimiento de los servicios de salud locales, así como en la capacitación de los equipos interdisciplinarios.

## 2. Contaminación con Plomo

En la Conferencia de Ministros de Salud y Ambiente en Ottawa 2002 se reconoció la relación entre pobreza, salud, y ambiente y se instó a los líderes de la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible a dar alta prioridad a la protección de las poblaciones vulnerables, especialmente a los niños.

En el 2005 se realizó una Cumbre de Ministros de Salud y Ambiente en la Ciudad de Mar del Plata considerando prioritario la Salud Ambiental Infantil.



La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en su art. 20° establece el deber de garantizar el derecho a la salud integral, haciéndolo más específico aún en el art 26° donde reconoce que toda persona tiene derecho a gozar de un ambiente sano, así como el deber de preservarlo y defenderlo en provecho de las generaciones presentes y futuras.

En la Ley Básica de Salud N° 153 en su art. 3° define que "la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios: el concepto de salud integral directamente vinculada con la satisfacción de necesidades y ambiente (inc. a); el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad (inc. b) y basada en la participación de la población (inc. c)".

Que el Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la citada ley, garantiza los derechos enunciados previamente en el subsector estatal (art. 5°).

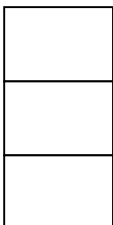
Que el artículo 12 menciona las funciones de la autoridad de aplicación de la referida normativa; podemos enumerar las de promover medidas destinadas a la conservación y mejoramiento del medio ambiente (inc. n) y promover e impulsar la participación de la comunidad (inc. u), entre otras.

A partir de esas normativas se implementó el Programa de Salud Ambiental creado por Resolución N° 631-SS/03 para los efectores de salud, con competencia en todos los temas referidos a medio ambiente y salud. Enuncia entre sus funciones identificar grupos poblacionales expuestos a mayores riesgos de enfermar y morir por causas ambientales relevando sus necesidades reales de salud, de manera de establecer medidas adecuadas para prevenir y educar.

Entendiendo que la intoxicación crónica por plomo trae aparejado problemas en la salud sobre todo de los y las niños/as y las embarazadas (este tóxico atraviesa la placenta); y que a su vez se evidencia que las intoxicaciones por plomo más frecuentes son las crónicas y no las agudas siendo muchas veces estas asintomáticas, es un deber del estado generar capacitaciones al personal de salud para alertar su búsqueda en la población a la que asisten.

En los casos en que esta intoxicación fuera sintomática se pueden presentar las siguientes manifestaciones con distintos niveles de plomo en sangre:

- gastrointestinales*: anorexia, disgeusia (sabor metálico), dolor abdominal recurrente, vómitos y constipación.
- hematológicas*: anemia microcítica hipocrómica con o sin punteado basófilo.
- piel y mucosas*: palidez y lesiones en encías (líneas de plomo o ribete de Burton).
- renales*: trastorno tubular reversible, nefropatía intersticial irreversible.
- cardiovasculares*: hipertensión arterial.
- reproducción*: esterilidad masculina y retardo en la aparición de la pubertad.
- neurológicas*: escasa concentración, cefalea, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, retraso en la aparición del habla y desarrollo del lenguaje, problemas de conducta, hiperactividad, debilidad muscular y polineuropatía a



predominio motor. A concentraciones muy elevadas de plomo puede existir encefalopatía plúmbica.

-*otras*: baja talla, pérdida de peso, debilidad.

Se evidencian factores de riesgo que pueden aumentar la intoxicación crónica por plomo en pacientes con deficiencias nutricionales como anemia y déficit de calcio, siendo estos más frecuentes en poblaciones vulnerables donde influyen las condiciones de vida además de la resolución por el sistema sanitario.

Si bien las guías internacionales y nacionales que protocolizan la atención de pacientes intoxicados por plomo de forma crónica establecen un punto de corte en los análisis de sangre de 5ug/dl, estas mismas también reflejan estudios científicos que plantean que no existe un umbral de neurotoxicidad, por lo que no se puede establecer un límite de seguridad preciso, no estableciéndose un valor de plumbemia sin efecto, habiendo registros de correlación negativa entre índices de rendimiento académico y plumbemias por debajo de 5 ug/dl

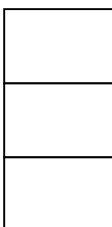
La *guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones ambientales infantiles con plomo* del Ministerio de Salud de la Nación, del año 2014, establece distintas recomendaciones de tratamiento en niños/as menores de 6 años según los valores de plumbemia establecidos:

Dentro de los objetivos primarios del tratamiento determina prevenir una futura exposición y absorción de plomo y la eliminación y/o control de la fuente de exposición, situación que excede al área de salud, poniendo en juego la participación de otras áreas de gobierno como trabajo, ambiente y espacio público y desarrollo humano y hábitat.

**Recomendaciones de acuerdo a los valores de plumbemia para niños menores de 6 años<sup>3</sup>**

Plumbemia µg/dl	Recomendación
<b>&lt; 5</b>	<p><u>Si presenta factores de riesgo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y control/eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Reevaluación en 1 año.</li> </ul>
<b>5 – 9,9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica completa y examen físico detallado. Evaluación neuroconductual y psicológica.</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y control/eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> <li>- Reevaluación en 6 meses con plumbemia y hemograma.</li> </ul>

<sup>3</sup> Adaptado de las Recomendaciones 2005 de la Academia Americana de Pediatría y del Protocolo de Manejo y Seguimiento de Población Pediátrica Según Valores de Plumbemia. Ministerio de Salud Pública de la R.O. del Uruguay (2009).



Plombemia µg/dl	Recomendación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria, si se mantiene en este estadio por más de 1 año.</li> </ul>
10 - 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación integral por equipo interdisciplinario con especial énfasis en el área neuroconductual y psicológica, para detección, tratamiento específico y rehabilitación si corresponde (ver <b>NOTA</b> al pie).</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria.</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> <li>- Reevaluación en 3 meses con plombemia y hemograma. Si se mantiene en este estadio por más de 6 meses o ha aumentado, siga las recomendaciones para plombemias de 20–44 ug/dl.</li> </ul>
20 - 44	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación a 2do o 3er nivel de atención.</li> <li>- Evaluación integral por equipo interdisciplinario para detección, tratamiento específico y rehabilitación si corresponde (ver <b>NOTA</b> al pie).</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria. Investigación ambiental (personal entrenado).</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> <li>- Plombemia de control en 1 mes. Laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, ferremia.</li> <li>- Solicitar plombemia a los menores de 6 años y embarazadas que convivan con el niño.</li> </ul>

Plombemia µg/dl	Recomendación
≥ 45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación inmediata al 3er nivel de atención para Hospitalización y tratamiento quelante. Laboratorio: Hemoglobina, hematocrito, ferremia, ZPP<sup>4</sup>.</li> <li>- Referencia a personal de servicio social para visita domiciliaria. Investigación ambiental (personal entrenado).</li> <li>- Solicitar plombemia a los menores de 6 años y embarazadas que convivan con el niño.</li> <li>- Prevención de riesgos ambientales y eliminación de la fuente de exposición.</li> <li>- Educación sobre toxicidad del plomo y promoción de hábitos saludables. Pautas dietarias y de higiene.</li> <li>- Notificación a las autoridades competentes.</li> </ul>

Se deberá realizar seguimiento clínico y de laboratorio hasta que el niño tenga dos (2) plombemias consecutivas **MENORES a 5 µg/dl**. Recién entonces el niño podrá ser dado de alta.


## V) RELEVAMIENTO

### A) Normativa

#### A<sub>1</sub>) Normativa del ámbito Nacional

- Ley N° 26.168 -Ley de la Cuenca Matanza Riachuelo – Creación de la ACUMAR

Esta ley surge como consecuencia del fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) recaída en autos *“Mendoza, Beatriz Silvia y otros c/Estado Nacional y otros s/daños y perjuicios (daños derivados de la contaminación ambiental del Río Matanza Riachuelo)”* de fecha 8 de julio de 2008 donde se determinó quiénes son los responsables de llevar adelante las acciones y las obras de saneamiento, el plazo en que deben ser ejecutadas, dejando abierta la posibilidad de imponer multas para el caso de incumplimiento. Por otra parte, el máximo Tribunal encomendó al Defensor del Pueblo de la Nación y a las ONG's la conformación de un Cuerpo Colegiado para el control del Plan de Saneamiento.

Sin embargo, el Alto Tribunal resolvió declararse competente -de modo originario- en el RECLAMO DE TUTELA, invocado por los actores como legitimados extraordinarios, de un bien colectivo, el que por su naturaleza jurídica es de uso común, indivisible.

Esto significa que, la Corte se declaró competente para estudiar el *daño colectivo*, es decir, la parte del reclamo que solicita que se *recomponga el medio ambiente y se realicen obras de saneamiento*. Dice el alto Tribunal: *“...Tiene una prioridad absoluta la prevención del daño futuro, ya que se trata de actos que seguirán produciendo contaminación. En segundo lugar, debe perseguirse la recomposición de la polución ambiental y, finalmente, para el supuesto de daños irreversibles, el resarcimiento”*.

En septiembre de 2006 se realizó la primera Audiencia Pública ante la Corte, en la que el Gobierno Nacional y los gobiernos de la Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentaron un Plan de Saneamiento del Riachuelo y la creación de un Comité de Cuenca interjurisdiccional.

La CSJN dictó sentencia definitiva en el caso Mendoza, en relación a *“la específica pretensión sobre recomposición y prevención de daños al ambiente”*, que obliga al dictado de decisiones urgentes, definitivas y eficaces. Se trata de una sentencia colectiva atípica, de carácter declarativa y de ejecución, ya que contiene una condena general, que recae sobre la ACuMaR, el Estado Nacional, la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, *“igualmente responsables en modo concurrente”*, por el cumplimiento del Programa establecido en la Resolución, *“que debe perseguir tres objetivos simultáneos”*:



- a) La mejora de la calidad de vida de los habitantes de la Cuenca.
- b) La recomposición del ambiente en la Cuenca en todos sus componentes (agua, aire y suelo).
- c) La prevención de daños con suficiente grado de predicción.

A través de esta ley se procede a la creación de la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACuMaR), como ente de Derecho Público interjurisdiccional en el ámbito de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

La misma ejerce competencia en el ámbito de la CMR, conformado por: C.A.B.A. y 14 municipios de la Pcia. de Buenos Aires.

El Capítulo I de esta ley trata sobre la creación de la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo, su integración, reglamento y Consejo Municipal.

El Capítulo II de la presente ley trata sobre: Competencia, Facultades, Prevalencia Normativa y Medidas Preventivas.

La Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo, tiene facultades de regulación, control y fomento de las actividades industriales, prestación de servicios públicos y cualquier otra actividad con incidencia ambiental en la cuenca, pudiendo intervenir administrativamente en materia de prevención, saneamiento, recomposición y utilización racional de los recursos naturales.

En cuanto a la prevalencia normativa, cabe señalar que las facultades, poderes y competencias en materia ambiental prevalecen sobre cualquier otra concurrente en el ámbito de la cuenca.

El Capítulo III trata acerca del Financiamiento, para lo cual se procede a la creación de un Fondo de Compensación Ambiental destinado a la protección de los derechos humanos y a la prevención, mitigación y recomposición de los daños ambientales.

El Fondo de Compensación estará compuesto por:

- a) Asignaciones presupuestarias incluidas en el Presupuesto Nacional.
- b) Lo recaudado en concepto de multas, tasas y tributos.
- c) Indemnizaciones fijadas en sede judicial.
- d) Subsidios, donaciones o legados.
- e) Otros recursos que le asigne el Estado Nacional, Provincial o el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- f) Créditos Internacionales.

El Capítulo IV trata acerca del Régimen de Compras y Contrataciones. Se regirá por lo dispuesto en el Decreto N° 1023/2001 y sus modificatorios.

Por último, el Capítulo V de la ley trata como otras disposiciones la Transferencia de Patrimonio, *“Transfiérense a la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo las partidas presupuestarias, bienes muebles y demás patrimonio perteneciente al Comité Ejecutor del Plan de Gestión Ambiental y de manejo de la cuenca Hídrica Matanza Riachuelo creado por Art.1º Decreto N° 482/1995. Deberá observarse lo establecido en la Ley General del Ambiente N° 25.675”.*



Se firma la ratificación del Acuerdo Compromiso “Cuenca Hídrica Matanza Riachuelo” en la Ciudad de Buenos Aires el 28 de agosto de 2006, que forma parte integrante como Anexo 1 de la esta ley.

- Decreto N° 92/2007. Integración de la ACUMAR.

Este Decreto trata la integración de esta Autoridad, la creación del Consejo Municipal y la integración de una Comisión de Participación Social (art. 1°, 2°, 3°, 4° y 5° del mismo).

El art. 6° establece las facultades del Presidente de la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo, que son las enunciadas en los art. 5°, 7° y 8° de la Ley N° 26.168.

Asimismo, tendrá a su cargo la coordinación de las actividades inherentes al Comité Ejecutor del Plan de Gestión Ambiental y de manejo de la Cuenca Hídrica Matanza Riachuelo, creado por el art. 1° del Decreto N° 482/95, en calidad de Miembro Coordinador del mismo.

Por último, este Decreto establece en su art. 10° que, la fiscalización de la correcta aplicación de los fondos que financien el programa de saneamiento estará a cargo de la Sindicatura General de la Nación.

A través de la Leyes N° 13.642/07 y 2.217/06 se produce respectivamente la adhesión de la Provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a la Ley N° 26.168/2006 que crea la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo como ente de Derecho Público interjurisdiccional en el ámbito de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

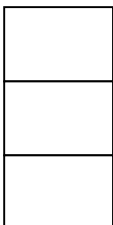
#### A2) Normativa del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Constitución de la Ciudad en su art 27° inc 6 establece: “...*La protección, saneamiento, control de la contaminación y mantenimiento de las áreas costeras del Río de la Plata y de la cuenca Matanza-Riachuelo, de las subcuencas hídricas y de los acuíferos...*”.

La Ley N° 2.057/06- *Declaración de Emergencia Ambiental de la Cuenca Matanza-Riachuelo* fue sancionada en el año 2006. Esta ley fue derogada por el art 10° de la Ley N° 3.947, la cual fue sancionada el 06/10/2011 y promulgada el 21/11/2011.

- Ley N° 3947. Declara la Emergencia Social Urbanística Ambiental y Sanitaria - Sector Caba.

En su art. 1° declara por el término de cinco (5) años la emergencia social, urbanística, ambiental y sanitaria de la CMR en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los fines de asegurar un ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano presente y de las generaciones futuras de acuerdo





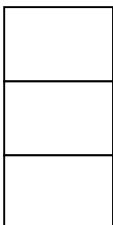
con lo establecido en los art. 41° y 75°, Inc. 22 de la Constitución Nacional y art. 26°, 27°, 28° y 31° de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En su art. 2° se establecen los límites de la Cuenca Matanza-Riachuelo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El ámbito geográfico de la misma fue establecido por el Anexo I de la Ley N° 1.777 para las Comunas 4, 7, 8 y 9.

El art. 3° establece como prioritarias las acciones tendientes a asegurar el cumplimiento de las obligaciones y metas contempladas en el Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA), acordado en el ámbito de la Autoridad de la Cuenca Matanza-Riachuelo (ACuMaR), o el programa que en el futuro lo reemplace.

En el art. 4° se definen las acciones que deberá realizar el Poder Ejecutivo y, cuando corresponda, en forma coordinada con la ACuMaR, dentro del ámbito geográfico delimitado por el art 2°. Las acciones son las siguientes:

- 1) Realizar el censo habitacional de las familias residentes en el camino de sirga del Riachuelo identificándose claramente las características ambientales y socioeconómicas.
- 2) Arbitrar los medios necesarios para relocalizar a todas las familias que vivan en villas y asentamientos precarios sobre el camino de sirga del Riachuelo correspondiente a la Ciudad, asegurando la información y participación de las familias involucradas.
- 3) Realizar todas las acciones tendientes a lograr la liberación del camino de sirga para su uso público, teniendo en consideración lo dispuesto en el inciso anterior.
- 4) Desarrollar un Plan de saneamiento integral en villas y asentamientos precarios.
- 5) Brindar una inmediata y adecuada asistencia y atención médica integral de la población afectada, garantizando el acceso a los servicios de salud y medicamentos que correspondan a la problemática.
- 6) Desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud.
- 7) Formar "Centros de Salud Ambiental", garantizando una infraestructura apropiada y la participación de profesionales expertos en la materia.
- 8) Llevar un registro específico que comprenda todas las consultas o atenciones médicas relacionadas con la problemática socio-ambiental. Dicho registro debe contener los datos generales del paciente, zona de residencia y las características o patologías de las afecciones atendidas.
- 9) Realizar el empadronamiento de las empresas y establecimientos, detallando el domicilio, la actividad, modo de producción, cantidad de empleados, forma de tratamiento y eliminación de los residuos.
- 10) Realizar estudios en el agua, suelo y aire con el objeto de determinar el cumplimiento de los límites establecidos por la normativa vigente y tomar medidas preventivas y correctivas.
- 11) Arbitrar las medidas necesarias para garantizar la recolección de los residuos domiciliarios de acuerdo con lo normado en la Ley N° 1.854.



12) Desarrollar campañas de concientización y de prevención de enfermedades relacionadas con la problemática socio-ambiental, en consonancia con la Ley N° 1687.

13) Proponer, conforme los lineamientos de la Ley N° 2.930, Plan Urbano Ambiental y la Ley N° 449 o normativa urbanística que la reemplace, la formulación de planes y/o programas de recuperación y desarrollo urbano específicos para el área de la Cuenca Matanza-Riachuelo tendientes a mejorar las condiciones urbano-ambientales.

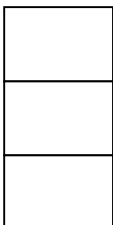
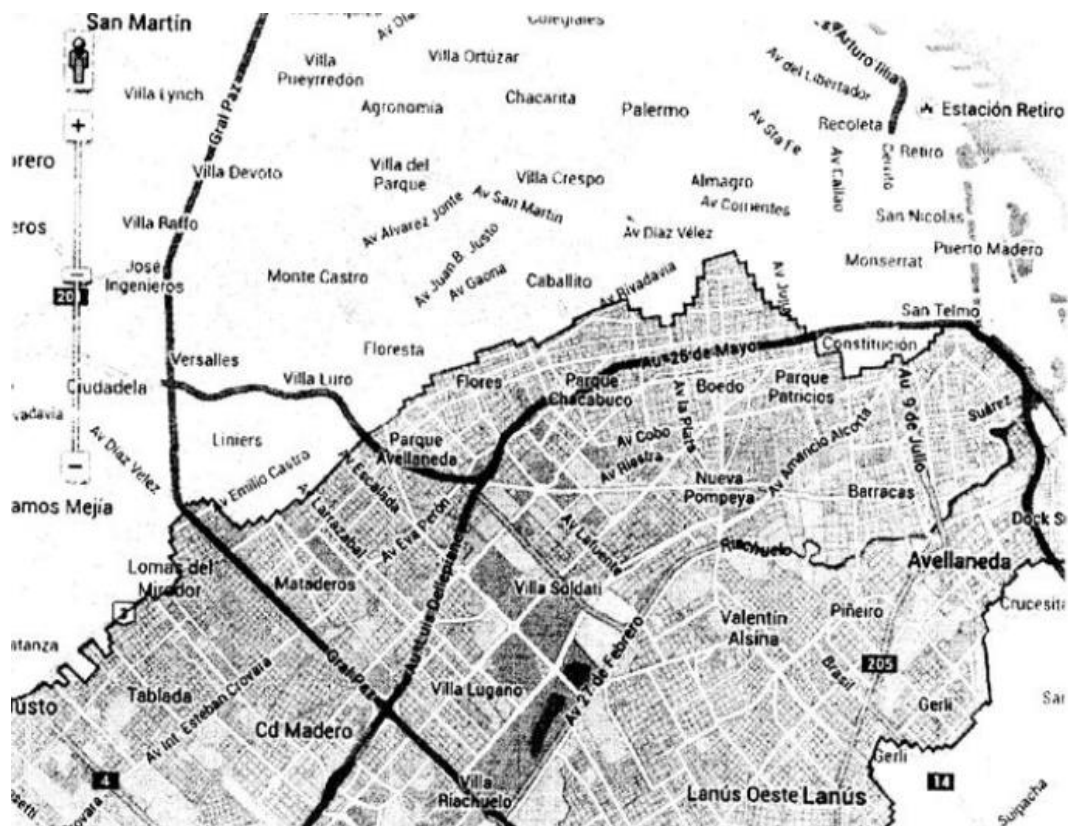
En su art. 6° y de conformidad con el Código Civil se establece el espacio de uso público y de libre acceso y circulación que debe quedar sobre la margen del río (camino de sirga).

Su art. 7° establece que el Poder Ejecutivo concurrirá a la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires antes del mes de octubre de cada año, para informar sobre las acciones realizadas en el marco de lo dispuesto por esta ley.

El art. 11° modifica el art. 1° de la Ley N° 2.217, en el cual establece que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adhiere a la Ley Nacional N° 26.168.

➤ Ley N° 5129. Declara la Emergencia

El art. 1° sustituye al art. 2° de la Ley N° 3.947 en lo referente al ámbito geográfico establecido para la Cuenca Matanza Riachuelo quedando establecido un nuevo mapa.



## B) Plan Sanitario de Emergencia (PSE)

En el año 2009 el Juzgado Federal de Quilmes por Resolución N°01/10/09 solicitó la reformulación del Plan Sanitario de Emergencia. Dictaminó que se debían arbitrar los medios que se estimasen necesarios *para desarrollar una política sanitaria integral y única para toda la Cuenca hídrica, a los fines de garantizar la adecuada prevención y atención sanitaria de sus habitantes, como así también los recursos humanos y materiales necesarios para los centros hospitalarios disponibles a tales fines, teniendo en cuenta las particularidades especiales que reviste en materia sanitaria, los municipios de la Cuenca Alta y Media; ....”.*

La Encuesta de Factores Ambientales de Riesgo para la Salud realizada a finales del año 2008 (EFARS 2008), dio cuenta que los problemas existentes en la CMR eran de tipo estructural y altamente complejos, vinculados no sólo con la alta incidencia de contaminantes en la región, sino también con todas aquellas situaciones emergentes de las precarias condiciones de vida en una gran parte de los habitantes de la Cuenca.

Se concluyó que, de una población estimada de 3.556.928 habitantes, 374.717 eran niños menores de 6 años de los cuales alrededor del 40 % de la población no tenía otra cobertura de salud que la del Subsector Público.

Por otra parte los factores ambientales referidos que más afectaban a los hogares de la Cuenca eran la calidad del aire exterior, la disposición de residuos y el abastecimiento de agua. El resto de los indicadores presentaban proporciones menos elevadas aunque claramente insatisfactorias. La falta del tratamiento de excretas, que se supone como uno de los factores de riesgo determinantes a la hora de definir estrategias de intervención, sólo era percibida como una amenaza por un bajo porcentaje de la población encontrada.

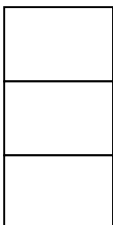
Otros de los aspectos ponderados y expresados en el mapa sociodemográfico fue la determinación de la vulnerabilidad de la población en el territorio de la CMR, a través de 2 indicadores específicos: población de menores de 5 años y población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

La EFARS 2008 aportó claridad en cuanto a las distintas amenazas percibidas por parte de la población encuestada, permitiendo además estimar el porcentaje de población vulnerable en la CMR y de esta forma graficar diferentes gradientes de Riesgo, herramientas necesarias para la elaboración de los programas de salud imprescindibles en esta población.

El PSE tiene como finalidad mejorar la salud de los habitantes de la CMR.

Su propósito es el de generar procesos protectivos en toda la población de la CMR que tiendan a minimizar el impacto sobre la salud de las diversas amenazas detectadas, poniendo el énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad; y establecer acciones que tiendan a la recuperación de la salud.

Para ello, es necesario el cumplimiento de los siguientes objetivos estratégicos:



- 1. Fortalecer la identificación de los posibles daños ocasionados en las personas y comunidades devenidos como consecuencia de la contaminación producida sobre la CMR.
- 2. Realizar intervenciones oportunas, eficaces y que tiendan a reducir el impacto de los riesgos ambientales sobre la salud de la población.
- 3. Fortalecer en los grupos identificados como vulnerables aquellos aspectos que tienden a mejorar su condición.
- 4. Reforzar las redes sanitarias intervinientes en la recuperación de la salud, para aquellas personas o comunidades afectadas en el ámbito de la CMR.

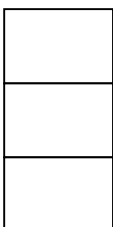
Para el cumplimiento de estos Objetivos se diseñaron 4 componentes:

- 1. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental de eventos que afectan a la salud en el ámbito la CMR (VigEA).
- 2. Red de servicios de salud para la población de la CMR.
- 3. Equipos de salud vinculados al cuidado y atención de las diferentes patologías prevalentes en esta jurisdicción.
- 4. Mecanismos de concientización en la población de la CMR, que permitan la creación de ambientes saludables y sustentables.

#### Componente I:

Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental (VigEA) en el ámbito la CMR. Dentro de las actividades propuestas por el PSE se destacan:

- Puesta en funcionamiento, en una primera etapa y en función de los datos derivados de la EFARS 2008, de ocho Nodos para la Vigilancia Epidemiológica Ambiental en los distritos de CMR que detentan mayor concentración de factores ambientales de riesgo, y que en un futuro serían referentes para el resto de los municipios de la CMR. Para llevar adelante esta actividad se procedería a la contratación de los recursos humanos necesarios; desarrollo de los diferentes indicadores de gestión y de impacto, vinculados con los Nodos implementados en esta etapa del Plan; puesta en marcha de los protocolos de diagnóstico y tratamiento de patologías relacionadas a contaminantes; preparación del material de capacitación en prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías, vinculadas a contaminantes, dirigido a los equipos locales de salud de los nodos referidos.
- Puesta en funcionamiento de los nodos restantes de Vigilancia Epidemiológica Ambiental en las demás jurisdicciones de la CMR.
- Investigación de tóxicos en líquidos biológicos en menores de seis (6) años de la CMR.
- Investigación del estado nutricional en menores de seis (6) años de la CMR.
- Investigación del estado de desarrollo cognitivo y psicomotriz en menores de seis (6) años.



- Investigación de la prevalencia de malformaciones congénitas en el territorio de la CMR.
- Investigación de la prevalencia de enfermedades respiratorias baja en el territorio de la CMR.

### Componente II

#### Red de Servicios de Salud para la CMR

Dentro de las actividades propuestas se pueden mencionar:

- La implementación del Programa de Médicos Comunitarios en los municipios y comunas de la CMR, reforzando la formación de sus efectores en Salud Ambiental.
- Puesta en funcionamiento de Unidades de Salud Ambiental con la participación de un toxicólogo en cada una de ellas.
- Organización de capacidades de respuesta de equipos locales para el abordaje de emergencias ambientales mediante la conformación de Equipos de Respuesta Rápida.
- Construcción y equipamiento de la red de Laboratorios Análisis Clínicos Toxicológicos (LACTs) de la CMR con tecnología apropiada para determinaciones específicas.
- Convenio con la Federación Bioquímica de la Provincia de Bs. As. (FABA) para la realización de análisis clínicos toxicológicos.
- Construcción del Hospital de Cuenca Alta en Cañuelas.
- Entrega de Unidades de Traslado de pacientes para los municipios de Cuenca Alta.
- Fortalecimiento del estado nutricional de la población vulnerable de la CMR mediante aportes de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.

### Componente III

Equipos de Salud en prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes y vinculadas a contaminantes ambientales en la CMR.

Dentro de las actividades propuestas se pueden mencionar:

- Capacitación de equipos locales de salud en prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías vinculadas a contaminantes ambientales, a cargo de los toxicólogos de Unidades de Salud Ambiental en los municipios de la CMR.

### Componente IV

Mecanismos de concientización en la población de la CMR que permitan la creación de ambientes saludables y sustentables.

Dentro de las actividades propuestas se pueden mencionar:

- Articulación con el Componente de Educación de la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR), para el desarrollo del “Programa de



Capacitación de Promotores Ambientales Comunitarios para la Cuenca Matanza Riachuelo (PAC-CMR)”.

### **Unidad Sanitaria Ambiental (USAm)**

La Dirección General de Salud Ambiental de ACUMAR identificó primariamente aquellos Centros de Atención Primaria (CAPS), en cada uno de los municipios que conformaban la CMR. Ello permitiría dotarlos de una mayor capacidad resolutoria en el diagnóstico y tratamiento de las patologías vinculadas a la problemática ambiental.

Se realizó un diagnóstico con los Secretarios de Salud de los municipios y comunas de la Cuenca Baja y La Matanza, además de la participación de las autoridades de la Provincia de Buenos Aires y CABA. Se elaboró una propuesta operativa que se enmarcó en la estrategia de Atención Primaria de la Salud desde un enfoque de salud integral, promocional y participativa.

Las USAm se pusieron en funcionamiento según el Mapa de Riesgo Ambiental de la DGSA. Estas Unidades Sanitarias constituyen un espacio físico dividido en dos ámbitos.

El primero de ellos es un Primer Nivel de Referencia Especializado, cuya gestión es de dependencia municipal. Los profesionales atienden la demanda espontánea y el ingreso al circuito especializado de Salud Ambiental.

El segundo es un Centro de Gestión de Información Local u Observatorio cuya gestión y dependencia está a cargo de ACUMAR. Lleva adelante la implementación de Salas de Situación de Salud locales y el seguimiento de las personas derivadas por las EISAR (evaluaciones de salud) y por los servicios de salud locales.

En cada una de las USAm que están distribuidas por la CMR, los Centros de Gestión de Información Local realizan una vigilancia integrada mediante un equipo interdisciplinario que incluye profesionales de vigilancia epidemiológica, nutricional, toxicológica, del desarrollo infantil, de redes y resiliencia, y de referencia y contrareferencia. Todos ellos coordinados por el Observatorio Central de ACUMAR.

Dentro de los objetivos de estas Unidades se destacan el diseño e implementación de estrategias de prevención, promoción y capacitación que colaborarían en la concientización de la comunidad sobre la importancia de crear ambientes saludables y sustentables. Se intenta favorecer el involucramiento y empoderamiento de la población en temas relacionados al ambiente y la salud como concepto integral.

Los Observatorio dependen de ACUMAR, y son los encargados de llevar adelante la implementación de Salas de Situación de Salud locales y el seguimiento de las personas derivadas por las Evaluaciones Integrales de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) y por los servicios de salud locales.

El objetivo de estos observatorios es generar información epidemiológica, toxicológica, nutricional, de desarrollo psicomotor y de las redes sociales.



Las USAM cuentan con Observatorios: Epidemiológico, Toxicológico, Nutricional, de Desarrollo Psicomotor, y de Redes Sociales y Resiliencia.

La USAm CABA se encuentra ubicada en Osvaldo Cruz 2045-2055, en el predio del CeSAC N° 16. De las jurisdicciones que conforman la Cuenca Matanza Riachuelo, esta Unidad es la única que cuenta con referente técnico jurisdiccional. Su funcionamiento data de junio de 2014.

## C) Ministerio de Salud

A los efectos de conocer las actividades realizadas por los hospitales objeto de esta auditoría se solicitó información a la Subsecretaría de Atención Hospitalaria. Esta Subsecretaria derivó el pedido de información a la Subsecretaria de Planificación Sanitaria quien fue la encargada de brindar la información que a continuación se detalla.

### C.1) Subsecretaria de Planificación Sanitaria Dirección General de Planificación Operativa

La Dirección General de Planificación (ex Dirección General de Redes y Programas) durante el período auditado (año 2014) dependía de la Subsecretaría de Atención Integrada de Salud. Los Decretos N° 363/2015 y 315/2016 modificaron la estructura del Ministerio de Salud, pasando esta Dirección a depender de la Subsecretaria de Planificación Sanitaria.

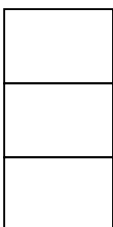
De esta Dirección General dependen la Coordinación de la USAm y el Departamento de Salud Ambiental, entre otras áreas.

Ante la solicitud de información con la finalidad de tomar conocimiento en relación con las acciones y actividades desarrolladas en el marco de la problemática de salud de la población que habita la zona de la CMR- CABA, la Dirección General de Planificación Operativa brindó la siguiente información.

Para el desarrollo de las actividades relacionadas con ACUMAR se rigen por lo establecido en el Plan Sanitario de Emergencia elaborado por la Dirección General de Salud Ambiental - ACUMAR<sup>3</sup>. A partir de las directivas generales impartidas por la ACUMAR y consensuadas bajo los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud CABA se planifican las actividades a ser realizadas. **Observación N° 1**

En mayo del año 2014 se inauguró la USAm CABA, la cual incluía un ámbito asistencial y un Centro de Gestión de la Información. En una primera etapa el ámbito asistencial estuvo a cargo exclusivamente del CeSAC N° 16 y el Centro de Gestión representado por profesionales contratados por ACUMAR (Toxicología, Epidemiología, Nutrición, Desarrollo Infantil y, Redes y Resiliencia).

<sup>3</sup> Organismo dependiente del Poder Ejecutivo Nacional.



El Ministerio de Salud de la CABA designó una Coordinadora de USAm con funciones de articulación interjurisdiccional CABA - USAm en lineamientos sanitarios y aspectos operativos.

La USAm CABA se localizó estratégicamente por cercanía geográfica a la realización de las EISARs. Se ofrecieron los servicios asistenciales en la propia USAm y, se articuló con los CeSACs cercanos a fin de priorizar aquellos pacientes derivados y garantizar así la continuidad del tratamiento.

Inicialmente, la población objetivo de las actividades asistenciales de la USAm fueron las personas evaluadas y derivadas desde las EISAR y sus convivientes. Luego, se amplió la asistencia también a la demanda espontánea.

Las misiones y funciones básicas son las de liderar las estrategias de abordaje relacionadas con salud articulando las políticas propuestas por la ACUMAR con las de la Jurisdicción.

El funcionamiento de la USAm se dio de manera paulatina. Una primer etapa, de junio del 2014 a abril del 2015, constó de un período de observación y análisis de situación basados en 2 objetivos: consolidación del equipo técnico (en esta etapa eran todos profesionales) y productividad.

Dentro de los productos del primer semestre de funcionamiento, se puede mencionar: el ASIS (Análisis de la Situación de la CMR de CABA); la elaboración de estrategias de abordaje relacionadas con la captación de casos en la Villa 26 junto al equipo de Salud Ambiental del CeSAC N°16. Para ello se partió de la información generada por las EISAR.

Se articuló con Instituciones del Barrio, como el CPI (Centro de Primera Infancia), Jardín Caacupé, Juegoteca de Herrera, Defensoría de Alcorta y Roca. Participaron también de la Red Intersectorial *Todos por Barracas*.

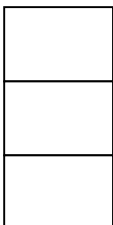
Participaron en la gestión de casos junto con la Defensoría del Niño, Niña y Adolescente.

Con los datos consolidados generaron una base de datos en formato access que utilizaron para construir la categorización de riesgo, en función de la cantidad de componentes y la plumbemia en sangre y registrar a modo de historia clínica los datos de las consultas de seguimiento y contactos personales y/o telefónicos con las familias.

La responsable de la Unidad informó que se habían logrado buenos resultados que a la finalización de esta primera etapa se vieron comprometidos, entre otras cosas, por las modificaciones de plantel.

La segunda etapa (abril de 2015 a junio de 2016) marcó el ingreso de nuevo personal, profesionales (psiquiatra, psicólogo, nutricionistas) y Promotores de Salud. Este recurso previo al ingreso a la USAM, no tuvo capacitaciones específicas en temas de salud; habían realizado recorridas barriales en las zonas seleccionadas para las EISARs pero su entrenamiento estaba acotado a la comunicación con vecinos y sensibilización para la adherencia a las encuestas

Realizaron actividades de Promoción y Prevención de la Salud y búsqueda activa de las personas entrevistadas en la EISAR.





El logro más importante de esta etapa fue la activación del Laboratorio de Toxicología en mayo de 2015. Con este nuevo recurso se abocaron a la búsqueda activa de derivados y el Laboratorio permitió la determinación de plomo venenoso en los niños recaptados, con procesamiento y entrega de resultados en el día de la consulta. Asimismo se captaron y evaluaron niños con alteraciones del desarrollo y alteraciones nutricionales.

En el año 2014 había una doble coordinación entre los Observatorios y Acumar.

La Coordinadora de la USAm manifestó que en la etapa posterior se pasó de 10 a 35% de captaciones en la población relocalizada.

En el Complejo Luzuriaga, cerca del Centro N° 1 se realizó un relevamiento puerta a puerta en búsqueda de casos a ser tratados.

En los Barrios Carrillo y Mugica se trabajó asimismo sobre la población relocalizada haciendo hincapié en 3 ejes:

- Análisis de la situación de salud
- Consolidación de datos de los derivados (Niños derivados EISAR: Pb, hemoglobina, estado nutricional)
- Búsqueda activa de los derivados

Se categorizaron los criterios de riesgo (niños con plomo mayor a  $10\mu\text{g}/\text{dl}$  y/o con 3 componentes alterados) y articulando con comedores, desde el casa por casa y con el auxilio de un tráiler de la CABA, antes de la relocalización de los pobladores, se optimizó la recaptación.

Se trabajó con casos puntuales considerados prioritarios para la relocalización, como por ej. niños con malformaciones congénitas.

Los casos de pacientes derivados por Pb presentaron mayor adherencia a la convocatoria que los niños con problemas de aprendizaje y alimentación. La Coordinadora de USAm manifestó que tal vez esta situación se diera por desconocimiento de la relación existente entre ambas cosas o porque la difusión de las intervenciones territoriales para las EISARs hicieron hincapié en el resultado del dosaje de Pb.

La responsable de la Unidad indicó que era frecuente que la captación de los casos se complicara por las características de la población, que migra constantemente, dentro del mismo barrio o fuera del mismo. En muchos casos la complicación está dada porque los niños no concurren a escuelas cercanas a sus viviendas, sino a aquellas localizadas en la vecindad de los lugares de trabajo de las madres.

La USAm informó que de los estudios realizados, no se habían hallado niños con valores de Pb en sangre con valores altos que ameritaran otro tratamiento que la prescripción de hierro o las medidas higiénico dietéticas. El valor de referencia era de  $5\mu\text{g}/\text{dl}$ .

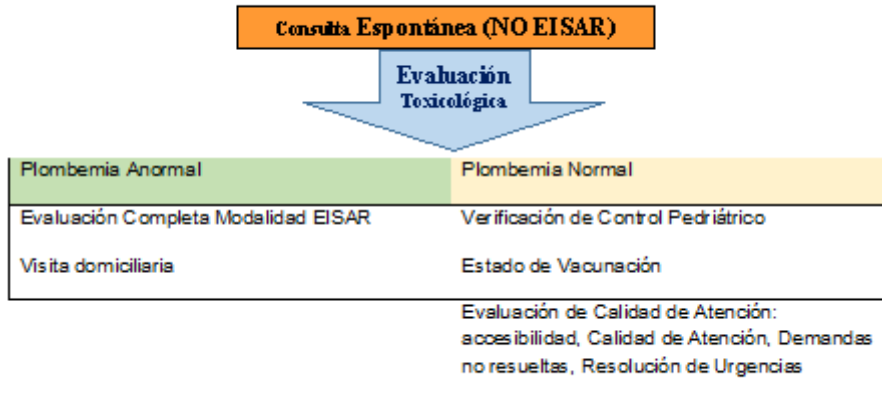
En una etapa se generaron reuniones con los CeSACs N°35 y 16, generándose circuitos de derivación. Contaban solamente con un Pediatra, careciendo de Psicopedagogos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapistas Ocupacionales, entre otras especialidades.



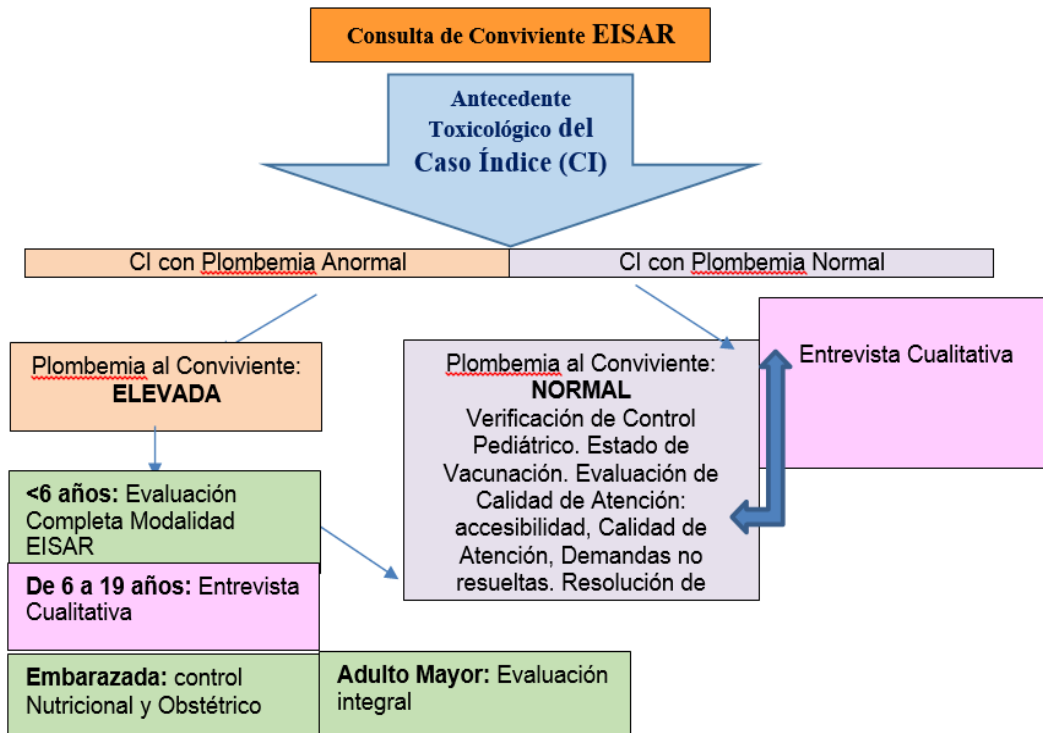
La población objetivo de las actividades de la USAm fueron las personas evaluadas y derivadas desde las Encuestas Integrales de Salud en Áreas de Riesgo y sus convivientes. Luego se amplió la asistencia también a la demanda espontánea.

### FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN LA USAM-CABA

#### SITUACIÓN A:



#### SITUACIÓN B:



La población que se asiste de forma espontánea en la propia USAm y en las actividades territoriales presenta condiciones iguales o similares a las evaluadas en las EISAR. Corresponden principalmente a niños pequeños (menores de 6 años) y embarazadas, residentes de zonas vulnerables (villas y asentamientos) de las comunas 4, y en menor medida comunas 8 y 9.

En relación a los registros, en la USAm se abre una historia clínica para cada paciente que allí se evalúa. Se archivan en ficheros; en caso de que el paciente tenga historia clínica en un Centro de Salud, se toma nota del número correspondiente. Asimismo, desde el componente epidemiológico se ha desarrollado una base en Access para agilizar el procesamiento de la información de los pacientes nominalizados. Allí se incluyen todos los pacientes derivados por la EISAR por cualquier componente y los atendidos posteriormente de manera espontánea.

La mayoría de las consultas son por intoxicados con plomo, con alteraciones del desarrollo y alteraciones nutricionales, en ese orden.

**Niños/as, embarazadas, adultos mayores y convivientes derivados según categorías de seguimiento, Villa 21-24 y Villa 26, Magaldi y Luján - CABA. Enero - Febrero 2016. n= 904.**

Cuadro N°1

Derivaciones				
Categorías	Subcategorías	Definición subcategorías	n	%
No contactados/as	En búsqueda	Actualmente se encuentra en búsqueda a través de llamados telefónicos y/o visitas domiciliarias	497	55%
	Intentos de contacto fallido	Se intentó contactar a la persona a través de llamados telefónicos y visitas domiciliarias sin obtener respuesta en más de 3 oportunidades	74	8%
Contactados/as	Mudanza	A otro municipio/provincia/país	0	0%
	Ausentes	Contactados pero no concurieron a la cita establecida	9	1%
	Negativa de atención	Rechazo de tratamiento con firma de nota de negativa	0	0%
En seguimiento	Actualmente se encuentra incluido en alguno de los siguientes dispositivos: tratamiento por especialidad, intervenciones sociosanitarias, articulación intersectorial, derivación municipal		137	15%
Alta USAm	Alta de todos los componentes por los que la persona fue derivada		187	21%
Baja USAm	Abandono/Negativa	Tratamiento iniciado donde el paciente o el adulto a cargo decide abandonar o negarse a continuar con el tratamiento	0	0%
	Mudanza	Luego de iniciado el tratamiento se muda a otro municipio/provincia/país	0	0%
TOTAL			904	100

Fuente: USAm



**Niños/as, embarazadas, adultos mayores y convivientes derivados según categorías de seguimiento, Villa 21-24 y Villa 26, Magaldi y Luján - CABA. Enero- Febrero n= 266**

Cuadro N°2

En seguimiento		
Categorías	Definición	n
Tratamiento en la USAm	Nutricional	8
	Toxicológico	69
	Desarrollo psicomotor / cognitivo	16
	Hemoglobina baja	13
	Pediatría	0
Intervenciones sociosanitarias	Inclusión en estrategias de salud comunitarias	71
Articulación intersectorial	Articulación con entidades gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil	4
Derivación municipal	Continúa tratamiento en otro efector de salud del municipio	85
<b>TOTAL</b>		<b>266</b>

Fuente: USAm

**Derivaciones de alta prioridad**

*Criterios de inclusión:*

**Criterio 1:** Niños/as derivados por 3 o más motivos

**Criterio 2:** Niños/as derivados por plumbemia superior a 10 ug/ dl

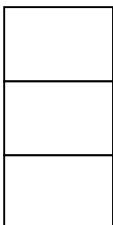
**Criterio 3:** Niños/as derivados por criterio de resolución urgente de cualquier tipo de intervención.

Cuadro N°3

Motivo de priorización	N°	No contactados	Contactados	En seguimiento	Alta USAm	Baja USAm
		N	N	N	N	N
Criterio 1	35	26	1	6	1	1
Criterio 2	38	13	1	16	6	2
Criterio 3	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

Fuente: USAm

El criterio de Baja en el cuadro 3 corresponde a niños contactados y/o citados que no concurren o 3 o más intentos de contactos efectivos (llamados a varios teléfonos celulares y visitas/avisos a través de Centros de Salud y/o convocatoria de jornadas de captación, sin concurrencia del niño). La responsable de la USAm informó que este criterio no era coincidente con el criterio de Baja aplicado por ACUMAR en el cuadro N° 1. El Criterio utilizado en



el cuadro N° 3, correspondía una adaptación realizada por ACUMAR-CABA considerando su trabajo en terreno.

En las actividades de recaptación se realizaron estudios y evaluaciones nutricionales y de desarrollo a convivientes y niños no encuestados en la EISAR (porque aún no habían nacido<sup>4</sup>) y niños de demanda espontáneas que no formaban parte de la muestra EISAR, pero que concurrieron a las convocatorias realizadas

Se asistieron 198 Personas que no están incluidas en los “listado de derivados de EISAR”.

De los 198 pacientes, 127 eran niños; 10 embarazadas y 61 convivientes.

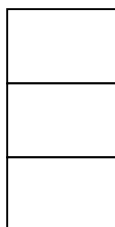
### Población asistida en la USAM- CABA no incluidas en listado de derivados EISAR

Componente Evaluado	Categoría	Grupo Biológico		
		Niños	Convivientes	Embarazadas
Nutrición	<i>Seguimiento</i>	15	5	0
	<i>Resuelto</i>	16	5	1
	<i>No derivado</i>	96	51	9
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>61</b>	<b>10</b>
Desarrollo	<i>Seguimiento</i>	12	1	-
	<i>Resuelto</i>	6	1	-
	<i>No derivado</i>	109	59	-
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>61</b>	<b>10</b>
Tóxico	<i>Seguimiento</i>	19	10	0
	<i>Resuelto</i>	95	49	10
	<i>No derivado</i>	13	2	0
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>61</b>	<b>10</b>
Anemia	<i>Seguimiento</i>	21	3	4
	<i>Resuelto</i>	83	26	4
	<i>No derivado</i>	23	32	2
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>61</b>	<b>10</b>
Orina	<i>Seguimiento</i>	0	0	0
	<i>Resuelto</i>	1	0	0
	<i>No derivado</i>	126	61	10
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>61</b>	<b>10</b>

Fuente: USAm

Con respecto a la articulación entre la USAm y los CeSACs N° 8, 35 y 16, la responsable del área manifestó tener contacto directo con los jefes de cada centro y con algunos profesionales, particularmente con el equipo de Salud Ambiental, Pediatría y Nutrición. Realizan reuniones periódicas para la

<sup>4</sup> Se refiere a niños nacidos con posterioridad a la realización de las EISAR del año 2011.



búsqueda y seguimiento de pacientes, y para la organización de jornadas territoriales.

También interconsultas y derivaciones vía email y telefónico, y solicitud de informes de pacientes en seguimiento en los centros.

Con el Área Programática del Htal. Penna se ha articulado específicamente la gestión del móvil para el transporte de las muestras para el dosaje de plomo.

Con el Departamento de Salud Ambiental, participaron en las capacitaciones “online” y presenciales dictadas por el Departamento. Mantuvieron reuniones periódicas para compartir la información acerca de los derivados EISAR y lo correspondiente a la población relocalizada o en vías de hacerlo, y para la organización de actividades territoriales en la Cuenca Matanza-Riachuelo-CABA.

Con el IVC realizaron consultas sobre solicitudes de relocalizaciones de casos especiales (Defensoría, Asesoría Tutelar) de personas censadas y no censadas para relocalizaciones, según Mandas de la CSJN.

Trabajan en Mesas Interministeriales, en conjunto con el DSA en las evaluaciones de salud pre y post relocalización y búsqueda de derivados de EISARs.

Con el Htal. Elizalde trabajan en la derivación protegida por necesidad de atención específica (cardiología, ginecología infanto juvenil, neurología).

Para la derivación para toma de muestra para el dosaje de plomo cuando aún no estaba funcionando el laboratorio en la propia USAm (año 2014).

Durante el año 2014 se realizaron búsquedas puerta-puerta de derivados de EISAR en Villa 26-Magaldi-Luján. Ante convocatoria de ACUMAR, se participó en la EISAR de Villa Fiorito (CMR-Lanús).

Con los CeSAC que se encuentran en la CMR, la USAM realiza reuniones de coordinación, capacitación, consenso de normas y procedimientos, revisión de Historias de Clínicas.

En casos particulares, contacto telefónico, por correo electrónico o personal para obtener información acerca de pacientes que se sigan en esos efectores.

Para las actividades territoriales, y en conjunto con el DSA, se convoca a reuniones con los jefes de los centros según cercanía al lugar de desarrollo de actividades. Principalmente para hacer el enlace con profesionales que puedan hacer el seguimiento de individuos que lo requieran, según las alteraciones que surjan de la evaluación.

El grado de articulación con los CeSACs ha variado cualitativa y cuantitativamente en función de varios factores, entre ellos, eventos epidemiológicos y modificaciones de la estructura orgánica del Ministerio de Salud de CABA.

Cabe destacar que por decisión de la Dirección de Salud Ambiental de ACUMAR, desde el mes de mayo (2016) no se cuenta con suministro de reactivos de laboratorio para determinación de plomo; esta situación limita la



eficiencia de la recaptación de derivados, dado que las muestras se extraen en la USAm, pero deben trasladarse al Laboratorio de Referencia en Toxicología del Htal. Garrahan; esta logística se resuelve a través del Área Programática del Htal. J.M. Penna, con traslado una vez a la semana, generalmente los días jueves. **Observación N° 6**

Durante el primer semestre del año 2016 se articularon múltiples actividades de prevención en Dengue, junto a los centros de salud de la Comuna 4 a través de la Dirección General de Planificación Operativa y la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud y sus respectivas DG (Salud Comunitaria y Atención Primaria)

El Equipo de la USAm se sumó y en áreas de la Villa 21-24 coordinó las visitas domiciliarias en casos de Dengue (una de las zonas con mayor cantidad de casos). Se realizaron charlas preventivas en el área del CeSAC N° 1, con participación de profesionales del centro.

Asimismo, en conjunto con el Departamento de Salud Ambiental se articularon, con los Centros de Salud N° 7, 24 y 29 relevamientos sanitarios de poblaciones relocalizadas en Barrio Mugica, Bo. San Francisco y Avda. Cruz y Lacarra. Estas actividades contaron con el apoyo de la Dirección de Salud Ambiental de ACUMAR (provisión de “Trailler/Consultorios”, personal y recursos en medicamentos) y el Ministerio de Salud CABA proveyó vacunas del Calendario Nacional, incluyendo antigripal.

La USAm CABA ha recibido notificaciones de casos de intoxicación por plomo en Barrio de La Boca, con articulación con los CeSAC N° 15 y N° 9, pero no con el grado de avance alcanzado con los CeSAC N° 8, N° 35, N° 16 y N° 1.

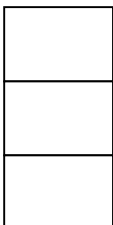
**-Observatorio Toxicológico:**

Realiza la detección de intoxicación por plomo y otros metales pesados, tales como Cromo, Mercurio, Benceno y Tolueno. El análisis de estos biomarcadores de exposición se realizó en muestras de orina, a niños a partir de los 3 años de edad (con control de esfínteres) para poder cumplir con las condiciones de toma de muestra, indicadas por los laboratorios de análisis toxicológicos de referencia de la Red de ACUMAR (Cenatoxa, Laboratorio de Toxicología del Hospital Garrahan).

Seguimiento de pacientes que hayan sido identificados con algún valor alterado. Indicación de pautas higiénico-dietéticas para disminuir la exposición al mismo.

Dentro de las actividades del observatorio se puede destacar:

- Identificar y relevar factores de riesgo de exposición e intoxicación por contaminantes ambientales.
- Identificar el perfil de severidad de los casos.
- Contribuir a mejorar la vigilancia, incluyendo la notificación y difusión de la información generada.
- Generar indicadores que permitan evaluar el impacto de la instauración de medidas preventivas o de remediación.



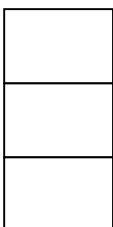
- Capacitar a los efectores de salud para la prevención, identificación y notificación de los efectos sobre la salud, secundarios a la exposición a contaminantes químicos presentes en el ambiente.
- Evaluación y asistencia toxicológica en niños y embarazadas.
- Asesoramiento y capacitación sobre disminución del riesgo a exposición del plomo y otros tóxicos.
- Realización de talleres y charlas de promoción de salud ambiental y prevención de exposición a contaminantes ambientales.
- Realizar el seguimiento toxicológico de la población evaluada durante el desarrollo de las EISAR 2012-2013.
- Laboratorio de análisis toxicológico para la determinación de Plomo venoso y hemoglobina para población de la CMR-CABA.
- Recepción de muestras para detección de benceno, tolueno, mercurio y cromo en orina para derivación a hospital de referencia (Htal. Garrahan, con móvil de Área Programática Htal. Penna).

Las determinaciones de metales pesados en orina requieren una preparación previa a la toma de muestra: los niños deben realizar dieta libre de bebidas gaseosas, alimentos y bebidas con colorantes y la orina debe procesarse en el día. Una vez recepcionada la muestra se mantiene refrigerada hasta el día jueves cuando concurre el móvil del Área Programática del Htal. Penna y procede al traslado de la muestra al laboratorio de Toxicología del Htal. Garrahan. La muestra se traslada con formulario de cadena de custodia.

El Recurso humano con el que cuenta es el siguiente:

Pediatra	1
Psicóloga	3
Psicopedagoga	1
Psiquiatra	1
Pediatra y Toxicóloga	1
Médica (Coordinadora)	1
Enfermera	1
Auxiliar Enfermería	1
Socióloga y Epidemióloga	1
Nutricionista	4
Administrativos	2
Referente ACUMAR (Coordinación)	1
Data entry	3
Promotor	11
Técnico Laboratorio	1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>

Fuente USAm





## C2) Departamento de Salud Ambiental

El Departamento de Salud Ambiental (DSA) durante el periodo auditado (año 2014) dependía de la Dirección General de Redes y Programas dependiente de la Subsecretaría de Atención Integrada de Salud. Los Decretos N° 363/2015 y 315/2016 modificaron la estructura del Ministerio de Salud y el DSA pasó a ser una Coordinación. Actualmente depende de la Dirección de Planificación Operativa, quien a su vez depende de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria.

La jefa del DSA se encuentra con licencia médica prolongada desde septiembre del 2014.

El DSA organiza su trabajo a través de seis áreas que si bien no tienen estructura formal, permiten organizar la tarea transversalmente:

- Área de Riesgos Ambientales y Cuidados para la salud.
- Área de Comunicación y Formación permanente.
- Área de Gestión Intersectorial y Participación Social.
- Área de Sistemas de Información de Salud Ambiental y Epidemiología Ambiental.
- Área Administrativa.
- Programa De Salud Ambiental Infantil (Res.N° 2479/06) cuyos objetivos y actividades/acciones están subsumidos en el Departamento de Salud Ambiental/ACUMAR.

Durante el período auditado, el DSA contaba con un Área de Epidemiología y un Área de Sistemas de Información. En agosto del año 2015 la Epidemióloga renunció luego de desempeñarse en el Depto durante 9 años. Su situación de revista era de contrato de locación de servicios. Tras la renuncia de la epidemióloga estas áreas se fusionaron. En septiembre del 2015 fue contratada una nueva epidemióloga.

El DSA en el año 2011, introdujo una modificación en los códigos SICESAC<sup>5</sup> en lo concerniente a patologías relacionadas con la salud ambiental que consiste en una apertura de los códigos. Previo a esta modificación, los códigos relacionados a cuestiones ambientales se hallaban subsumidos en grandes códigos.

El DSA confeccionó una ficha que se distribuye a los equipos de salud con la finalidad de que puedan disponer de la información en los consultorios. Su distribución comenzó a mediados del año 2014<sup>6</sup>.

Esta planilla fue enviada a las direcciones de los hospitales y centros de salud. Desde allí se comunica a las diferentes áreas que deben aplicarla.

<sup>5</sup> Códigos SICESAC: Sistema de Información de los Centros de Salud

<sup>6</sup> Ver Anexo I



La capacitación por parte del DSA se realizó a pedido de los centros de salud. Dentro de las dificultades que se les presentan a los centros para el uso de los nuevos códigos del SiCESAC, se destacan la falta de tiempo para la carga de datos en la planilla de atención y el uso de los códigos con los que los profesionales se encuentran familiarizados. Una vez que el dato era volcado en la planilla, se carga en el sistema de gestión.

El Departamento dicta cursos de capacitación, tanto presenciales como virtuales. Convoca al personal de salud, ofreciendo temáticas para capacitación y en ocasiones la solicitud de cursos proviene de los efectores

En esos cursos se dicta un panorama general de salud ambiental y de la Cuenca Matanza Riachuelo, y temas específicos como epidemiología, vigilancia epidemiológica y sistemas de información. Se trabaja con los códigos del SiCeSAC, el registro de los datos en el centro de salud, se analiza la situación de carga en el sistema, y cuáles son las dificultades para el desarrollo de las tareas.

Asimismo, se incluyen otras temáticas de capacitación como Atención Primaria Ambiental, Proyectos Locales de Salud Ambiental, Plagas en la CABA, Agua Segura, Gestión de Residuos, Caídas de Altura, Hospitales Verdes y Saludables, entre otros.

Por otra parte, la capacitación a los efectores locales se realiza con el formato de encuentros ad hoc, respondiendo a las demandas puntuales en relación a las problemáticas del área de responsabilidad del efector. En colaboración con los Centros de Salud, el DSA analiza las producciones de epidemiología y estadística de los mismos.

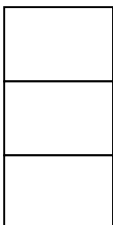
Las responsables del sector destacaron como una dificultad para la participación en los diferentes cursos la alta demanda en la atención de pacientes con la que se encontraban los efectores de salud. Esta situación se evidencia con mayor notoriedad en las capacitaciones presenciales, atento que se realizan, en general, en el horario de la mañana.

Con respecto a la relación del DSA con ACUMAR, el sector fue el encargado de la capacitación del personal que llevaría adelante la carga de datos para ACUMAR. La misma se basó en temáticas relacionadas con salud ambiental. Se trabajó específicamente en epidemiología y en sistemas de información. Esta capacitación tuvo lugar en el año 2012.

El Departamento informó que salvo en los centros de salud no existían equipos de salud ambiental en los hospitales objeto de esta auditoría. En algunos centros de salud funcionan equipos en los cuales se organizan y planifican las tareas en función de distintos sectores del área de referencia. Son llamados “equipos territoriales”.

El DSA informó que los CeSAC que contaban con equipos de salud ambiental eran: CeSAC N° 35, N° 16, N° 10, N° 30, N° 24, N° 14, N° 18, N° 40, N° 29, N° 9, N° 15, N° 41.

Otros centros de salud, como el N° 17, N° 6, N° 7 y N° 25 realizaban actividades de salud ambiental.



El DSA cuenta con la Encuesta de Autopercepción de Salud y Utilización del Sistema de Salud (EASUS)<sup>7</sup>. La misma, fue diseñada para ser utilizada en las poblaciones relocalizadas. Se aplica por vivienda.

En el año 2015, se procedió a la utilización de una encuesta previa a la relocalización, Pre EASUS. Cuando una población tiene fecha de relocalización, les aplican esta última. Es previa y más abreviada. Con esta encuesta se pretende conocer el estado de salud de la población a relocalizar y contar así, con datos para ser aportados al sistema de salud que los receptorá

El DSA no tiene establecido un circuito de trabajo en materia de relocalizaciones, organiza su actividad de acuerdo con la demanda que se presente por parte de otras áreas del GCABA.

En el año 2014 se realizó la primera encuesta EASUS. Analizadas las mismas se detectaron diferentes dificultades las que fueron elevadas a la Dirección General de la cual dependía el DSA, y se mantuvieron reuniones con el Área Programática. Los informes fueron elevados a las correspondientes Regiones Sanitarias.

El Informe presentado por el DSA sobre las poblaciones relocalizadas en los años 2013-14 arrojó los siguientes resultados.

Entre los años 2011 y 2014 se han relocalizado familias en el Complejo habitacional Padre Mujica ubicado en Castañares y Av. Gral Paz.

A la fecha de la realización de las EASUS este complejo contaba con 13 plateas (1, 8, 9, 11, 12 y 13 que aún se encontraba en construcción). Cada platea constaba de 3 edificios con 20 unidades funcionales.

La entrega de las viviendas por el IVC<sup>8</sup> fue:

	Año	Plateas	Procedencia de las flias	Cantidad de flias
1er entrega	2011	4 y 5	Villa Cartón	120
2da entrega	Junio 2012	6 y 7	Villa Cartón	120
3er entrega	Julio 2012	3	Asentamiento Magaldi	60
4ta entrega	Septiembre 2013	2	Fueron casos prioritarios por temas de salud	60
5ta entrega	Enero 2014	10	Centro del Meandro de Brian <sup>9</sup>	60
				420

Fuente: Depto de Salud Ambiental

### Complejo Mugica

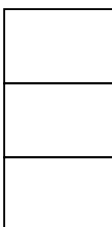
Se relevaron 61 hogares y 213 personas provenientes de Magaldi, localizados en la platea 3 del Barrio Complejo Mugica.

Un 40% de los hogares estaba compuesto por 2 ó 3 personas, otro 40% contaba con 4 y 5 integrantes, y el resto entre 6 y 8 miembros.

<sup>7</sup> Ver Anexo II

<sup>8</sup> IVC: Instituto de la Vivienda de la Ciudad de Bs As.

<sup>9</sup> Meandro de Brian: aquí se encontraba la población más vulnerable y se hallaba en pésimas condiciones sanitarias y habitacionales. Esta población se hallaba sobre el Riachuelo.



La cantidad de hombres y mujeres se repartía en igual proporción. En general, es una población joven, los menores de 15 años representaban el 38,1%. Sólo se relevaron dos personas mayores de 65.

En relación a la cobertura de salud y beneficios sociales:

Obra Social	50%
Cobertura Porteña	13.7%
Asignación Universal por Hijo	10%
Ciudadanía Porteña	9%

Fuente: Depto de Salud Ambiental

Aproximadamente el 80% trabajaba en Ciudad de Buenos Aires y/o en sus domicilios.

### Los Piletos

Esta población fue relocalizada en noviembre de 2012. Se encuestaron 19 hogares (83 personas). Era una población joven, casi el 80% tenía menos de 40 años.

La cantidad de hombres y mujeres se repartía en igual proporción. Los menores de 15 años representaban el 39,8%.

En relación a la cobertura de salud y beneficios sociales:

Obra Social	37%
Cobertura Porteña	0%
Asignación Universal por Hijo	6.5%
Ciudadanía Porteña	35%
Ticket Ciudad	4.3%

Fuente: Depto de Salud Ambiental

El 80% trabajaba en CABA.

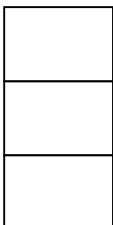
## Condiciones Ambientales y Vivienda

### Complejo Mugica

El 64% estaba conforme, señalaron la mejoría de la vivienda y el ambiente en general; afirmaron sentirse inseguros y con problemas de convivencia, situaciones de violencia, robos, amenazas, etc.

Con respecto a las plagas, en el 87% de las viviendas había cucarachas, roedores en el 27% y hormigas en el 36%. Un 87% utilizaba plaguicidas. Las viviendas eran aireadas diariamente. El 32% poseía mascotas.

Consultados sobre las mejoras que serían necesarias en el Complejo el 46% mencionó la importancia de contar con áreas verdes y plazas, alumbrado público (43%), gimnasios y lugares para practicar deportes (41%), centro comunitarios (31%).



Dentro de los problemas mencionados se pudo señalar: deficiencia en el servicio eléctrico (11,9%), deficiencia en el transporte público (11,9%), deficiencia en el servicio de agua corriente (35%), falta de centros de salud (28%). El 82% se refirió a problemas de inseguridad.

### Los Piletones

El 74% estaba conforme con su vivienda, señalaron la mejoría de la misma, más amplias y cómodas, si bien algunos refirieron problemas de filtraciones, cerramientos y gas.

En los 19 hogares encuestados hicieron referencia a la existencia de plagas (cucarachas en primer lugar, roedores y hormigas en menor proporción), utilizando todos los hogares, plaguicidas. Las viviendas eran aireadas diariamente. En 8 viviendas contaban con mascotas.

Consultados sobre las mejoras que serían necesarias en el Complejo, la mayoría manifestó la necesidad de mejoras en el pavimento y arreglo de calles, seguido de comercios y lugares de compra, la existencia de centros comunitarios, lugares de reunión, plazas y áreas verdes.

Dentro de los problemas mencionados se puede señalar: deficiencia en el transporte público, deficiencia en el servicio de limpieza en calles y veredas, falta de centros de salud, guarderías, jardines y escuelas y/o colegios. Un amplio porcentaje se refirió a problemas de inseguridad.

### Escolaridad

#### Complejo Mugica

Se verificó que solo 1 persona no sabía leer ni escribir. De los niños en edad escolar, 6 no asistían a la escuela. De ellos, 2 habían llegado recientemente al país y 4 por falta de vacantes.

El 91% de los niños en edad escolar (primaria y secundaria), asistía a la escuela. En el caso de los jóvenes entre 13 y 18 años, la tasa de asistencia escolar era del 90%, siendo la tasa de asistencia escolar a la escuela media en la CABA, del 94,1%<sup>10</sup>.

El 75% de los chicos cambiaron de escuela. El 50% de los menores tuvieron problemas de vacantes.

El máximo nivel de los jóvenes de 25 años y más, era bajo comparado con el promedio de la CABA, en el grupo señalado un tercio alcanzaba secundario completo es decir la mitad de la media o promedio de la ciudad que es de 2 tercios.

<sup>10</sup> Encuesta Anual de Hogares 2010. Principales indicadores educativos de la población residente en la Ciudad de Buenos Aires. Febrero de 2012.



El máximo nivel de instrucción alcanzado por la población de 25 años y más<sup>11</sup>, era bajo si se lo comparaba con los valores alcanzados en la CABA y más aún, si se tomaba la Comuna con peores indicadores educacionales, la Comuna 4. Cabe destacar que de esta Comuna provenía la población encuestada.

El 20% alcanzó a terminar el primario completo, solo un 10% alcanzó estudios superiores completos o incompletos, siendo uno de los grupos con menores niveles máximos alcanzados de todas las comunas de la CABA.

## Los Piletones

Todos los mayores de 6 años sabían leer y escribir. Casi todos los niños entre 5 y 18 años asistían a la escuela salvo dos, uno por falta de vacante y el otro por razones personales. De los 20 que asistían, 14 no cambiaron de institución y 6 tuvieron problemas con las vacantes.

Entre los mayores de 25 años el 17% alcanzó a terminar el primario completo (máximo nivel educativo), dándose la misma relación desarrollada con anterioridad e indica que dentro del colectivo en análisis, los mayores niveles educativos se alcanzan en los estudios primarios llegando incluso a superar los índices de la CABA, porque en realidad el nivel básico de estudio es el único alcanzado a completar por razones sociales, laborales y económicas.

## Salud

### Complejo Mugica

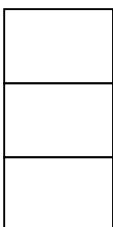
El 90% de los niños realizaba controles de salud de manera habitual y con la periodicidad adecuada. El 35% a través de la Obra Social y el resto en el Sector Público.

El 15% retiraba leche de algún CeSAC, principalmente del Centro N° 7.

El 41% mencionó estar algo o mucho mejor de salud desde que fue relocalizado. El 44% dijo estar más o menos igual. Un 15% refiere estar algo o mucho peor.

Con respecto a si sufrían algún tipo de limitación o discapacidad, llamó la atención del DSA que en promedio, al menos una persona por hogar, manifestaba tener dificultades para ver, oír, caminar o subir escalones, agarrar objetos, entender y/o aprender, relacionarse con los demás, hablar y/o lavarse o vestirse por sí mismo. Luego de dificultades para caminar o subir escaleras, los problemas más mencionados fueron oír, hablar, entender y relacionarse con los demás. El Departamento recomendó profundizar el estudio de estas situaciones dada la asociación entre contaminantes ambientales y trastornos en el desarrollo.

<sup>11</sup> Se tomó esta edad, porque permitía comparar los años de estudio de las personas que por su edad era esperable que hubieran terminado estudios superiores o universitarios.



Con respecto a si habían sufrido determinados problemas de salud desde que fueron relocalizados (podían elegir más de un problema de salud de una lista presentada por el entrevistador<sup>12</sup>), la mitad afirmó haber tenido algún padecimiento. En primer lugar se ubican las enfermedades respiratorias y en segundo lugar los problemas del corazón (11%). El DSA destacó la importancia de investigar este último dato, dada la frecuencia de problemas cardiovasculares en una población tan joven. Los problemas de salud mental también se destacan entre los más mencionados.

Los problemas mencionados fueron:

Enfermedad	Frecuencia
Enfermedades Respiratorias	29
Problemas del corazón/cardiovasculares	14
Piel	13
Digestivas	13
Problemas traumatológicos	11
Problemas de salud mental	10
Alteraciones en la nutrición	6
Accidentes/violencia	4
Anemias	2
Discapacidad	2
Pérdida de embarazos	2
Problemas neurológicos	2
Cáncer	2
Diabetes	1
Otras	15
<b>Total</b>	<b>126</b>

Fuente: Depto de Salud Ambiental

Con respecto a dónde había realizado las consultas médicas, más de un 50% lo efectuó en el hospital público, un 27,5% en consultorio privado, y en centros de salud un 14%.

El DSA destacó que a más de un año de relocalizados<sup>13</sup>, se observaba una gran dispersión geográfica en los efectores utilizados para la resolución de los problemas de salud, siendo sólo el 21% el que consultó a centros de salud u hospitales cercanos. Asimismo, no se evidenció la asistencia a efectores próximos a su anterior domicilio, por lo que se presume que la elección estuvo orientada por la especialidad requerida en función del problema de salud.

<sup>12</sup> La lista presentada fue confeccionada con criterios de atribuibilidad ambiental y dejaban por fuera muchos otros problemas de salud. Esto explica el alto porcentaje de la categoría “Otras”.

<sup>13</sup> El estudio se realizó en el año 2014 y la población en cuestión había sido relocalizada en el año 2013.



Lugar de consulta	Frecuencia	%
Obra Social	11	16
Htal Álvarez	11	16
CeSAC N° 7	7	10
Htal Elizalde	6	9
Htal Rivadavia	6	9
Htal de Clínicas	5	7
Htal Santojanni	5	7
Htal Penna	3	4
Htal Argerich	2	3
Htal. Udaondo	2	3
Htal Muñiz	2	3
CeSAC N° 5	1	1
Htal Fernández	1	1
Htal Garrahan	1	1
Htal. de Niños	1	1
Htal. Posadas	1	1
Htal. Odontológico José Dueñas	1	1
Htal. Piñero	2	3
Htal. Ramos Mejía	1	1
No sabe	1	1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Depto de Salud Ambiental

## Los Piletones

De los menores de 18 años, un 40% no realizaban controles de salud de manera habitual. De los que lo efectuaban, el 80 % los realizaban en Hospitales públicos o Centros de Salud.

Había familias que retiraban la leche de los CeSAC N° 6, N° 35 y N° 1, y de un Centro de Salud de Isla Maciel. El DSA no mencionó que cantidad de familias encuestadas lo hacían.

Consultada la población sobre su situación de salud, un 60% refirió estar algo o mucho mejor de salud desde la relocalización. El 27% manifestó estar igual y solo el 11% señaló estar peor de salud.

En cuanto a si sufrían algún tipo de limitación o discapacidad, 3 personas manifestaron dificultades para ver, 2 para oír, 4 para caminar, y para hablar, 1 persona. Esto representaba el 12.7% de la población encuestada.

Respecto de su situación de salud la mitad manifestó algún cuadro o padecimiento en su salud luego de la relocalización. Como en el Complejo Mugica, en primer lugar se ubican las enfermedades respiratorias.

Los problemas mencionados fueron:





Enfermedad	Frecuencia
Enfermedades Respiratorias	12
Piel	5
Digestivas	2
Problemas traumatológicos	2
Alteraciones en la nutrición	1
Enfermedades crónicas del riñón/necesidad de diálisis	2
Accidentes	4
Anemias	1
Problemas neurológicos	1
Diabetes	2
Otras	7
<b>Total</b>	<b>39</b>

*Fuente: Depto de Salud Ambiental*

En relación al lugar donde habían realizado las consultas médicas, cerca del 50% lo efectuó en el hospital público, un 23% en los centros de salud, y el 18% en consultorios privados y Obra Social.

Las mayoría de las familias continuaba realizando sus consultan lejos de sus viviendas y no dentro del ámbito del Hospital Piñeiro.

Lugar de consulta	Frecuencia	%
Centro de Salud Margarita Barrientos	4	13.3
Obra Social	4	13.3
Centro de Salud en Avellaneda	1	3.3
CeSAC N° 11	1	3.3
CeSAC N° 35	1	3.3
CeSAC N° 8	1	3.3
CeSAC N° 4	1	3.3
Htal Elizalde	2	6.6
Htal Rivadavia	2	6.7
Htal. Fiorito/ Avellaneda	2	6.7
Htal Penna	2	6.7
Htal Argerich	3	10
Htal. Gutiérrez	4	13.3
Htal. Piñero	1	3.3
Htal. Sardá	1	3.3
Médico Particular	1	3.3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

*Fuente: Depto de Salud Ambiental*

El DSA efectuó las siguientes consideraciones atinentes a ambos grupos en estudio:

No se habían realizado trabajos pre y post relocalización, en los grupos de familias del Complejo Mujica y Piletones. El cambio a un edificio de



departamentos obliga a un acostumbramiento y a su vez un cambio de vida cotidiana.

Surgieron problemas de convivencia agravados por la falta de instancias de mediación comunitaria.

El DSA sugirió la importancia de efectuar trabajo previo a la relocalización y reforzar los equipos de salud de los efectores que reciben a familias relocalizadas. Las intervenciones que se realizaron a partir de la detección de problemas puntuales resultaron insuficientes para enfrentar la situación planteada.

Como consecuencia de esta observación se diseñaron las encuestas Pre EASUS.

#### D) Efectores de Salud

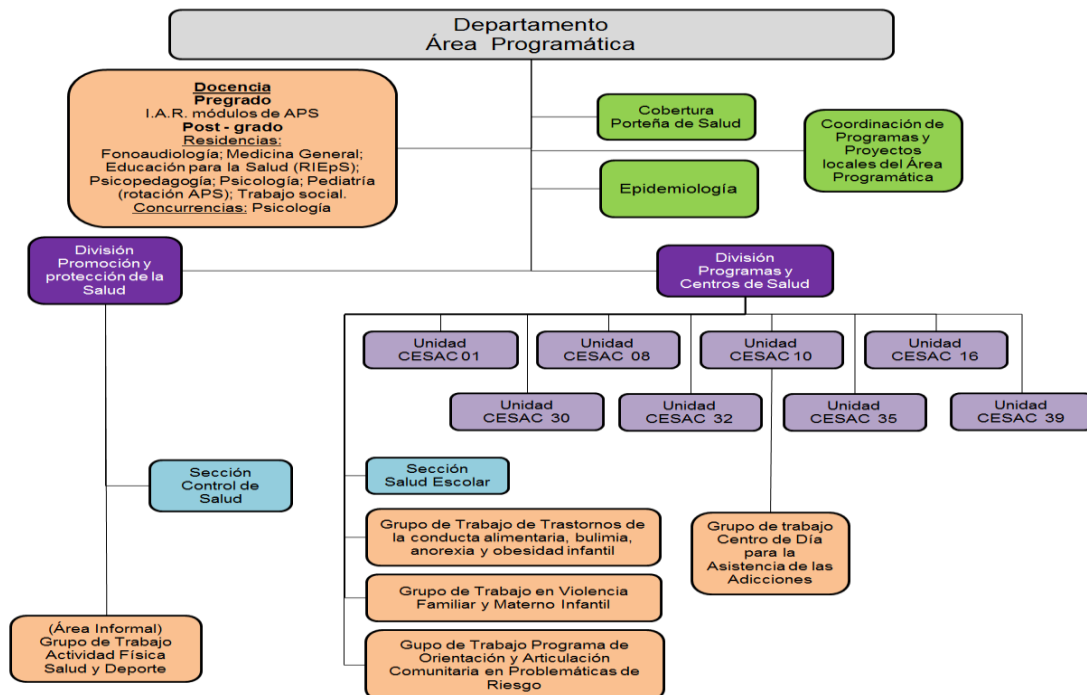
El área incluida para la población de la CMR comprende los siguientes hospitales:

- Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”
- Hospital General de Agudos “Donación F. Santojanni”
- Hospital General de Agudos “J. A. Penna”
- Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”.

#### D1) -Hospital General de Agudos “J. A. Penna”

Departamento Área Programática

Este sector se encuentra organizado de la siguiente manera:



El jefe del Departamento se desempeña en su cargo desde el año 2011.

La jefatura de la División de Programas y Centros de Salud se encuentra a cargo de la jefa del CeSAC N° 30 desde fines del año 2014. **Observación N° 12**

La jefatura de la División Promoción y Protección de Salud cuenta con nombramiento formal. De la misma depende la Sección Control de Salud, la cual carece de jefe nombrado, atento que los llamados a concurso han quedado vacantes. **Observación N° 12**

De la División de Centros de Salud y Programas dependen 8 Unidades Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y la Sección Salud Escolar.

Los CeSACs N° 10, 16, 32, 35 y 39 cuentan con jefes titulares; el CeSAC N° 8 posee nombramiento de jefe reemplazante; y los CeSACs N°1 y 30 cuentan con jefes a cargo.

De manera informal, el Departamento cuenta con equipos de trabajo, como el Equipo de Epidemiología del área y la Coordinación de Programas y Proyectos Locales del Área Programática.

El programa de Cobertura Porteña de Salud, depende del Departamento.

De la División Promoción y Protección de Salud depende la Sección Control de Salud. Ésta carece de jefe nombrado, atento que los llamados a concurso han quedado vacantes.

El Recurso Humano con el que cuenta es el siguiente:


“2017, Año de las Energías Renovables”

Plantel Area Programática	Dpto. A. Prog.	CeSAC Nº1	CeSAC Nº8	CeSAC Nº10	CeSAC Nº10 Biedak	CeSAC Nº16	CeSAC Nº30	CeSAC Nº32	CeSAC Nº35	CeSAC Nº39	Promoción y Protección	Plan Médico Cabecera	Salud Escolar	TOTAL
Jefes	2		1	1		1	1	1	1	1	1			10
Méd. Clínicos	1	3	3	2		2	3	1	1	2	4	13	2	37
Pediátras	1	3	4	4		4	3	3	6	4	1	7	5	45
Pediátras adolesc										1		1		2
Méd. Generalista		2	1			1	1	1	2	1				9
Neurólogos				1						1	1			3
Toco-gineco.		1	2	3		2	1	1	2	3		5		20
Ginecólogos		2	1					1				1		5
Ecografista							1							1
Dermatólogos		1	1	1			1			1				5
Kinesiólogos				1										1
Trab. Social	2	2	2	5	2	2	3	2	3	3		4		30
Odontólogos		2				1		1	3	2		6	3	18
Farmacéuticos		1		1			1			1				4
Nutricionistas	2	2		1		2	1	1	1	1	1			12
Psicólogos	3	3	6	12	7	2	2	2	2	8			2	49
Obstétricas		3	2	2		1	1	1	3	2				15
Fonodólogos	3	1		2		2	1	1	1	1			6	18
Psicopedagogos	1	1		4		1			1	1			2	11
Sociólogos									1	1				2
Adm.		5	8	11		3	4	2	6	5	5	5	5	59
Enfermeros		2		2		2	1			2	9			18
Residentes Educac Salud				4						4				8
Residentes Fonoaudiología				6										6
Residentes Medic general							2		8					10
Residentes Psicopedagogía				11										11
Residentes Psiquiatría									1					1
Residentes Trabajo Social				1					2	1				4
Becario				1										1
Concurrentes				9										9
Rot/Residentes									1					1
Supl/Guardia Psicología				1	1				2					4
Contratados Estadística							1			1	1		1	4
Contratos Data Entry						1								1
Guardia Clínica Medica										2				2
Guardia Farmacia			1											1
Guardia Fonoaudiología													1	1
Guardia Ginecología							1							1
Guardia Medicina General							1							1
Guardia Nutrición		1				1			1					3
Guardia Obstetricia							1							1
Guardia odontología									1					1
Guardia Pediatría			1			1	1	1		2			1	7
Guardia Psicología			1	3			1	1	2	3				11
Guardia Trabajo Social			1											1
Técnicos ECG		1		1		1	1			1				5
Mantenimiento				1										1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	<b>91</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>51</b>	<b>55</b>	<b>23</b>	<b>42</b>	<b>28</b>	<b>470</b>

Fuente: Depto. Área Programática Htal. Penna.

El personal de Enfermería que presta servicio en los CeSAC tiene una doble dependencia, del Departamento de Enfermería y de los Centros de Salud.

El Depto Área Programática nunca contó dentro de su plantel con médico toxicólogo.

El responsable del sector manifestó que en relación al recurso humano la falta de personal administrativo capacitado era el principal problema. Del total del personal administrativo (59 agentes), sólo el 50% se encuentra capacitado para la realización de todas las tareas administrativas que requiere el área. De ellos, 6 agentes son Promotores de Salud y los 23 restantes realizan atención al público, otorgan turnos, archivan historias clínicas, entregan leche, pero no realizan completamente la tarea administrativa por carecer de formación en Tecnologías de la Información y Comunicación. A esta situación se suma la dificultad que presentan los agentes para la escritura y para el manejo de números de varias cifras. **Observación N° 13**

El personal administrativo fue incorporado a la planta por el Decreto N° 948/GCBA/05<sup>14</sup>.

Desde el Departamento se ha fomentado la capacitación de estos agentes, como así también se arbitran medidas que tienden a facilitar su tarea. Ante el pedido de nombramiento de personal administrativo, para los centros de salud, desde el Nivel Central se informa que el área cuenta con administrativos suficientes. Esto se debe a que solo se toma en cuenta el nivel escalafonario y no la capacitación de los agentes.

El Área Programática cuenta con 6 Promotores de Salud, los mismos son agentes administrativos capacitados por el Depto. para esta tarea. Se encargan de la distribución de folletos entre los vecinos, convocatoria a charlas, entre otras tareas. Se encargan además, del Programa de Huerta Orgánica que depende del CeSAC N°10. Allí enseñan cómo armar una huerta, se dictan charlas, concurren a escuelas y reciben alumnos de las mismas, entre otras cosas.

La categoría de Promotor de Salud no existe dentro del escalafón general del Gobierno de la Ciudad. Ante la falta de personal administrativo capacitado se debe recurrir a ellos, resintiéndose de esta manera, las tareas de los programas que llevan adelante. El jefe del servicio mencionó que existió un proyecto en el cual se jerarquizaba la tarea de Promotor de Salud, pero al desaparecer la Dirección de Atención Primaria este proyecto no se concretó.

Los centros de salud cuentan con profesionales que realizan tareas relacionadas con salud ambiental de manera informal. Lo realizan dentro de su carga horaria, así como la capacitación o reuniones relacionadas con Salud Ambiental en el Ministerio. **Observación N° 13**

Se han realizado diferentes cursos de capacitación sobre Salud Ambiental organizados, en su mayoría, por el Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud de la CABA. En dichos cursos se trabajó:

- La problemática ambiental de la Cuenca Matanza Riachuelo (Especialización en la Facultad de Medicina de la UBA)

<sup>14</sup> Adecua contratos de locación de servicios al régimen del art. 39 de la Ley N° 471 - Régimen de trabajadores por tiempo determinado - prestación de servicios - personal transitorio - personal planta de gabinete - empleo público.



- La contaminación ambiental y el Desarrollo Infantil
- El problema de la contaminación acústica; planificación y programación de actividades
- Metodologías y prácticas en salud ambiental,
- Dispositivos de trabajo en salud ambiental
- Contaminación por falta de saneamiento básico insatisfecho.
- Detección de metales pesados
- Toxicológica
- Falta de cloacas
- Enfermedades respiratorias que están relacionadas con las viviendas precarias.

Con referencia al registro estadístico, utilizaban el sistema informático SICESAC. Los profesionales trabajaban con una planilla y códigos del CIE10 que distribuye el Depto. de Salud Ambiental.

El Sistema de Gestión, si bien tiene mayor capacidad de carga de datos, presentaba dificultades para el entrecruzamiento de los mismos. Para poder obtener información estadística correspondiente al área programática de cada centro de salud, el Depto solicitó en dos oportunidades a la Dirección de Estadística y Censos que brindara la información filtrando los datos por calles.

Cada centro de salud, cuando termina la atención, confecciona una planilla con la atención diaria. El Área Programática recibe todos los datos finales de los distintos Centros, por especialidad.

Los datos epidemiológicos se cargan en la planilla de epidemiología que envían desde los CeSAC al Área de Epidemiología del Depto. Los días viernes desde los centros de salud se envían las planillas con los datos epidemiológicos y son cargados en el programa informático.

Para la carga de datos, el Depto contaba con un data entry perteneciente a ACuMaR. Prestaba servicio además, en el Htal. Argerich. Este agente trabajaba junto con el personal de epidemiología del Departamento.

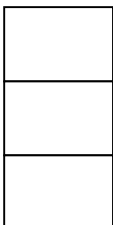
Sólo la Sección Salud Escolar y los CeSAC N° 16 y N° 30 contaban con data entry que pertenecía a la Dirección General de Estadísticas y Censos.

En los restantes CeSAC donde no contaban con data entry, la carga de datos se dificultaba, ya que en muchos casos los administrativos no estaban capacitados para dicha labor específica. **Observación N° 13**

Otras dificultades para la carga de datos eran: fallas del equipamiento o falta de internet. En esos casos, los administrativos confeccionan las planillas a mano. **Observación N° 10**

El responsable del área destacó que las planillas estadísticas eran siempre presentadas en tiempo y forma.

El jefe del Depto. manifestó que la dinámica del área relacionada con la CMR era trabajar en base a las problemáticas que fuesen surgiendo. No se realizaban estudios globales sobre la población sino que se iba trabajando según las necesidades de ese grupo poblacional. Por ejemplo, en los casos donde se hicieron estudios para dosaje de Plomo, se debió a que había dudas



con respecto al desarrollo infantil de los habitantes de un área. Se había observado que varios niños concurrían a escuelas especiales.

Como consecuencia de la realización de las EISAR<sup>15</sup>, se detectaron ciertos problemas en la población analizada. Se procedió a realizar un seguimiento de la misma en conjunto con personal de ACuMaR.

Con respecto al resto de la población de la Cuenca, se hacía un seguimiento desde los CeSAC, pero no existía pedido de informe desde ACuMaR.

La utilización de la Hoja de Pesquisa Pediátrica, dependía de cada Centro de Salud, aunque era utilizada mayormente por los CeSAC N°16 y N° 35, por su ubicación geográfica (cercanía al Riachuelo). Estos centros eran los que abordan mayormente las problemáticas de Salud Ambiental.

En general la Hoja de Pesquisa Pediátrica era utilizada en los domicilios, para acceder al casa por casa. De esta manera era utilizada en el caso del Centro N°16.

También era utiliza en los consultorios y parte de los equipos de Salud Ambiental. No estaba implementado en líneas generales. Era una herramienta muy interesante, pero llevaba mucho tiempo completarla, por lo cual se utilizaba en la salida a terreno y no en la consulta pediátrica.

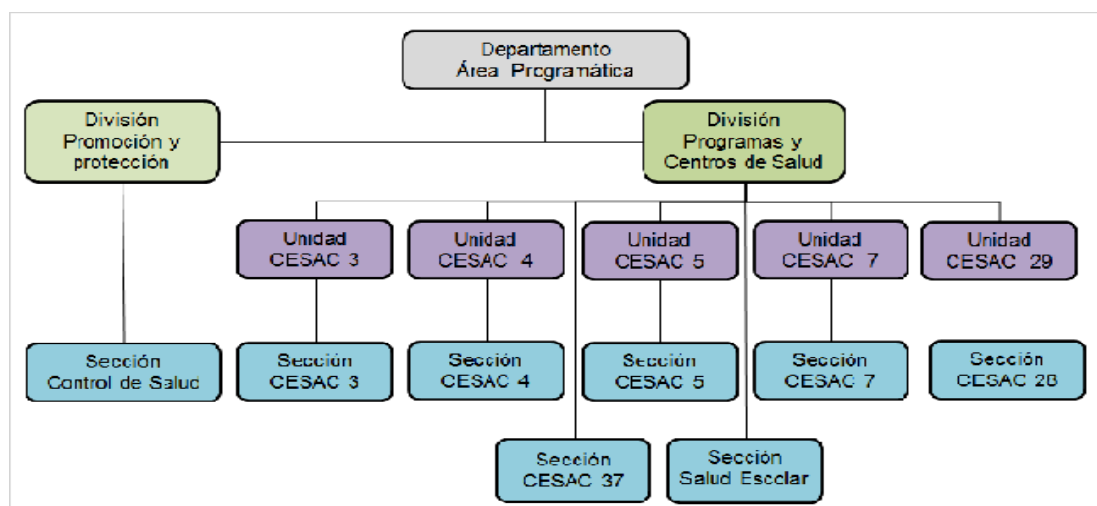
No contaban con un protocolo de referencia y contrareferencia que se aplicara entre los Centros y el efector.

El responsable del área manifestó que el trabajo en terreno en los asentamientos era cada vez más esporádico por problemas de seguridad.

## D2) -Hospital General de Agudos “Donación F. Santojanni”

Departamento Área Programática

Este sector se encuentra organizado de la siguiente manera:



<sup>15</sup> EISAR: Evaluaciones Integrales de Salud en Áreas de Riesgo (ACuMaR).

El jefe del Departamento se desempeña en su cargo desde el año 2011.

La jefatura de la División de Programas y Centros de Salud a partir del 1/06/2016 quedaba vacante por la jubilación de su jefa.

La jefatura de la División Promoción y Protección de Salud contaba con nombramiento formal. De la misma dependía la Sección Control de Salud.

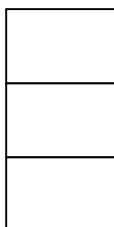
De la División de Centros de Salud y Programas dependen 5 Unidades Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), y 7 Secciones.

Las Unidades corresponden CeSACs N° 3, N° 4, N° 5, N° 7 y N° 29. Las Secciones, a los Centros N° 3, N° 4, N° 5, N° 7, N° 28 y N° 37, y la Sección Salud Escolar.

El Recurso Humano con el que cuenta es el siguiente:

Plantel Area Programática	Dpto. A. Prog.	CeSAC N°3	CeSAC N°4	CeSAC N°5	CeSAC N°7	CeSAC N°28	CeSAC N°29	CeSAC N°37	TOTAL
Jefes	3	3	2	1	2	1	1	2	15
Méd. Clínicos	1	3	3	4	2			1	14
Pediatras		4	4	10	3	2	3	3	29
Méd. Generalista			1	2	3		3	1	10
Méd. De Familia		2							2
Toco-gineco.		1		8	2		2		13
Tocog./ecografía		2							2
Otorrino			1						1
Ginecólogos			3						3
Anat. Patolog.				1					1
Méd. Ecografista				1					1
Méd. Odontóloga						1			1
Trab. Social		2	1	7	3		2	2	17
Odontólogos		2	2	2	1		1	3	11
Farmacéuticos		1	1	1	1				4
Nutricionistas		1	1	2	2		2	1	9
Psicólogos		5	4	9	4	2		5	29
Obstétricas		2	2	2	2		2		10
Fonodólogos			2		1	1	1	1	6
Psicopedagogos			2	1				1	4
Antropólogas				1			1		2
Sociólogos						1			1
Psicol de adultos							1		1
Psicol Inf y Adolesc.							1		1
Resid. Trab Social							1		1
Adm.	5	6	6	6	6	4	3	5	41
Enfermeros		4	4	6	9	3	4	3	33
Resid y Concu			10						10
Residentes				11	16				27
Técnicos				5					5
<b>Totales</b>	<b>9</b>	<b>38</b>	<b>49</b>	<b>80</b>	<b>57</b>	<b>15</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>304</b>

Fuente: Depto Área Programática Htal Santojanni.





El jefe del Depto manifestó la pérdida de Administrativos en los últimos años. Entre la jubilación de agentes, defunciones, licencias médicas prolongadas, traslados, entre otros el servicio ha visto disminuido su plantel en un 30% aproximadamente. **Observación N° 13**

Los efectores de salud generan dos tipos de informes epidemiológicos, uno diario y otro semanal. La tarea de codificar y volcar en las planillas los datos del paciente, la realizaba cada profesional del consultorio externo. Las planillas, denominadas “Atención primaria de la Salud – Registro de prestaciones asistenciales”, eran recolectadas diariamente por los administrativos de cada CeSAC quienes completaban los formulario que luego serían cargados al sistema por el data entry del centro. Esa información era procesada y enviada al servicio de Promoción y Protección del efector, con la producción de la semana anterior (de domingo a sábado). De allí se giraba al Departamento de Epidemiología, quienes luego notificaban a ACuMaR, entre otros.

Los datos se remitían por correo electrónico desde cada CeSAC al Área Programática. Allí se cargaban en el sistema, se procesaba e imprimía un listado que era enviado al Departamento de Epidemiología del GCBA, según la frecuencia establecida por la normativa<sup>16</sup>.

La carga de datos se encontraba a cargo de personal contratado. Eran los encargados de dar el alta en el sistema a los pacientes que ingresaban por primera vez. Esta tarea estaba a cargo de 6 agentes para los 7 centros de salud.

El Departamento contaba también con un data entry contratado para la carga de datos y un agente perteneciente a ACuMaR.<sup>17</sup>

El responsable del servicio manifestó que su sector no presentaba dificultades para la carga de datos.

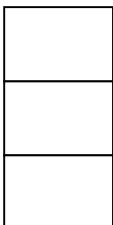
Ante la sospecha de la presencia de algún grado de toxicidad en un paciente, se lo derivaba al efector a los efectos de realizar los estudios de laboratorio correspondientes y se procedía a informar al Depto de Epidemiología.

El jefe del servicio informó que no contaban con protocolo establecido por AcuMaR para estos casos, se utilizaba el establecido por el Depto de Salud Ambiental. Informó además, que los únicos Centros que habían registrado casos de intoxicación por plomo fueron los CeSAC N° 7 y N° 9. Estos pacientes habían sido derivados al Htal. Gutiérrez para su tratamiento. El Área Programática del Htal Santojanni no contaba con información que permitiera el seguimiento de estos pacientes. **Observación N° 2**

El responsable del servicio manifestó que los Centros N° 4 y N° 37 por su ubicación geográfica no atendían población cercana a la CMR. Asimismo la población que concurría a estos centros no presentaba condiciones habitacionales de hacinamiento (contaban con agua corriente, cloacas, los edificios tenían pisos y techos de material, entre otros)

<sup>16</sup> Resolución N° 1727/04

<sup>17</sup> Estos agentes prestaron servicio hasta julio del 2016.



Los Centros N° 3, N° 5, N° 7, N° 28 y N° 29 (Comuna N° 8) se relacionaban directamente con la población de la CMR.

El Área Programática entre los años 2011 y 2014 recibió población que fue relocalizada. Sus viviendas se encontraban sobre la CMR en la zona del área programática del Htal. Penna, como así también población que provenía de Villa Cartón.

Un porcentaje de la población presentaba plomo en sangre, enfermedades respiratorias y dermatológicas. El responsable del área informó que no se había recibido copia de las historias clínicas de estos pacientes.

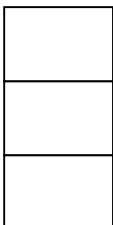
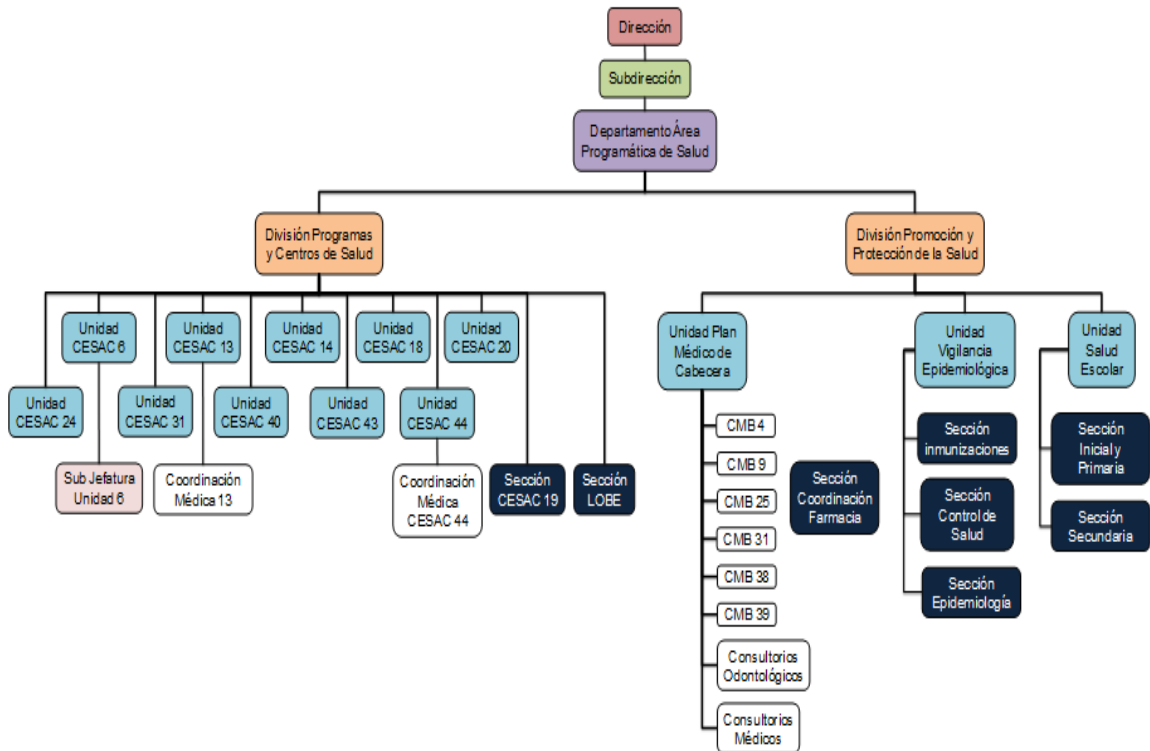
En una primera instancia, se procedió a realizar un relevamiento a través del tráiler sanitario del Ministerio de Salud y ante casos de necesidad de realizar algún estudio complementario se derivaba al paciente al CeSAC N°7. De ser necesarios estudios de alta complejidad, eran derivados al hospital.

En el año 2014 ACUMAR realizó un relevamiento, de aproximadamente una semana. El jefe del servicio manifestó que dado el tamaño de la población el tiempo utilizado no había sido suficiente.

### D3) -Hospital General de Agudos “Parmenio Piñero”

Departamento Área Programática

Este sector se encontraba organizado de la siguiente manera:



El jefe del Departamento se desempeñaba en su cargo desde diciembre del 2015 por concurso, previo al concurso estuvo a cargo del área. Entre enero y julio del 2016 el servicio estuvo a cargo de profesionales del servicio.

El Departamento funcionaba de 7:30 a 17:00 horas.

Las Unidades correspondientes a los CeSAC N° 13, N° 20, N° 24 se encontraban con sus jefaturas vacantes y sin llamado a concurso. Las mismas funcionaban con profesionales a cargo de la jefatura. **Observación N° 12**

Las Unidades correspondientes a los CeSAC N° 31 y N° 40 también contaban con sus jefaturas vacantes pero a diferencia de las anteriores, el Ministerio de Salud había autorizado su llamado a concurso. A la fecha de la entrevista (agosto 2016) el llamado aún no se había efectuado, el CATA<sup>18</sup> no había autorizado su llamado ni conformado el jurado. **Observación N° 12**

La jefa de la Unidad CeSAC N° 18 cumplía funciones en el servicio de Infectología del hospital, quedando el CeSAC a cargo de un profesional del Centro.

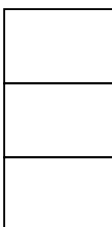
El CeSAC N° 43 se encontraba a la espera de su apertura. El jefe del Departamento informó que la fecha de apertura programada era agosto de 2016 pero al momento de la entrevista aún no se había inaugurado. Informó además, que el edificio se encontraba terminado y equipado, restaba la conexión de luz, concursos de profesionales y nombramientos administrativos.

El Recurso Humano con el que contaba era el siguiente:

Plantel A. Programática	Depto. Á. Prog.	CeSAC N° 6	CeSAC N°13	CeSAC N°14	CeSAC N°18	CeSAC N°19	CeSAC N°20	CeSAC N°24	CeSAC N°31	CeSAC N°40	CeSAC N°44	TOTAL
Clinica Médica	1	3	3	4	3				3	1	4	22
Medicina Gral.	1	2	1		1	3	5	5		3	2	23
Pediatría	3	5	4	5	8	5	2	2	4	4	9	51
Psiquiatría			1	1	1	2		1				6
Psq Infantil						1						1
Traumatología											1	1
Ginecología				2			1	2			2	7
Tocoginecología		3	2		2	3			2	1		13
Antropología	1						1	1				3
Odontología	1	2	4	2	3	5	2	2	1	4	4	30
Od. Pediátrica								1				1
Farmacia	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	13
Psicología	1	4	6	10	5	5	3	4	2	4	4	48
Psicopedagogía			1	2	2	2	1		1	2		11
Trabajo Social	1	1	2	2	4	3	2	4	1	3	5	28
Kinesiología					1			1			2	4
Nutrición		1	1		1	1	1	1	1	1	3	11
Lic. Enfermería			2		3						2	7
Enfermería	1	4	2	6	4	3		4	4	3	3	34
Obstetricia	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	23
Terapia Ocupacional						1						1
Fonoaudiología		1	3		2	1		2		1		10
Lic. Ciencias Educación								1				1
Salud Escolar		3										3
Asistente Dental						1						1
Administrativos	12	2	5	4	5	3	4	9	3	4	9	60
Admisión		2										2
Estadísticas (Contrato)					1					1		2
Data Entry (Contrato)			2									2
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>25</b>	<b>43</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>54</b>	<b>419</b>

Fuente: Depto. Área Programática Htal. Piñero

<sup>18</sup> CATA: Comité Asesor Técnico Administrativo.



Consultado el jefe del área con respecto a los 2 agentes pertenecientes a ACUMAR y que se encargaban de la carga de datos informó que desde el mes de Julio de 2016 habían sido retirados del efector. Como consecuencia de ello, se dejó de cargar los datos en el SNVS. Luego de algunas conversaciones lograron que uno de los dos agentes concurren al servicio 3 veces por semana durante un mes para capacitar a algún agente del hospital. La falta de personal administrativo en el Departamento para la realización de esta tarea impide la capacitación de agente alguno. **Observación N° 13**

Asimismo, manifestó que durante los últimos dos años el personal administrativo jubilado o fallecido no había sido reemplazado.

El Departamento cuenta con escaso personal administrativo, como así también los Centros de Salud. **Observación N° 13**

Con respecto a la existencia de algún área que abordase la temática de Salud Ambiental dentro del Departamento y en los CeSAC, el responsable del sector manifestó que el Departamento no hacía trabajos específicos en salud ambiental, aunque sí lo hacía en epidemiología.

En cuanto a los CeSAC, en el N° 18 y en el N° 24 se detectaron casos de contaminación por plomo en sangre.

La población que atienden los CeSAC N° 18 y N° 24 (Barrio Ramón Carrillo), se encuentra establecida sobre un cementerio de autos. Debido a la alta rotación de la población, se dificulta el seguimiento de los casos detectados.

En una segunda búsqueda realizada en el año 2014 el 95% de la población evaluada tenía valores por debajo de los valores de referencia<sup>19</sup> por contaminación con plomo. El 5 %, restante, dos personas de las 42 evaluadas, presentaron valores por encima del valor de referencia.

El Área Programática contaba con protocolos para las enfermedades o patologías que se manejan habitualmente. En los casos especiales, la conceptualización era realizar una gestión según “paciente complejo” es decir, según cada caso en particular.

El jefe del servicio manifestó que cuando se detectaba un caso relacionado con contaminación (para los casos de ACUMAR), no contaban con un protocolo específico. Con respecto al seguimiento en los casos que se detectaban, el paciente era derivado al siguiente nivel de atención (Hospital), donde se realizan los análisis toxicológicos y de laboratorio correspondientes.

**Observación N° 2**

En cuanto a pacientes pediátricos con enfermedades hematooncológicas, los mismos eran derivados, pero no se realizaba seguimiento.

Los datos del domicilio del paciente se registraban en los casos individuales de intoxicaciones, por ej.: medicamentosas, hidrocarburos, metales pesados, monóxido de carbono, plaguicidas, entre otros.

<sup>19</sup> Valor de referencia: 5 µg/dl.


Con referencia al uso de la Hoja de Pesquisa Pediátrica, el jefe del área informó que, sólo los CeSAC N° 18 y 24 la utilizaban. El resto de los centros no contaba con la cantidad de recurso humano necesario para completar esa planilla. **Observación N° 5**

No habían mantenido reuniones con ACUMAR ni con la USAm.

Con respecto al circuito implementado para la atención de las poblaciones relocalizadas, el Área Programática recibió población del Hospital Penna, correspondiendo su atención al CeSAC N° 24. El responsable del área manifestó que parte de esa población relocalizada continuaba su atención en su centro de salud original.

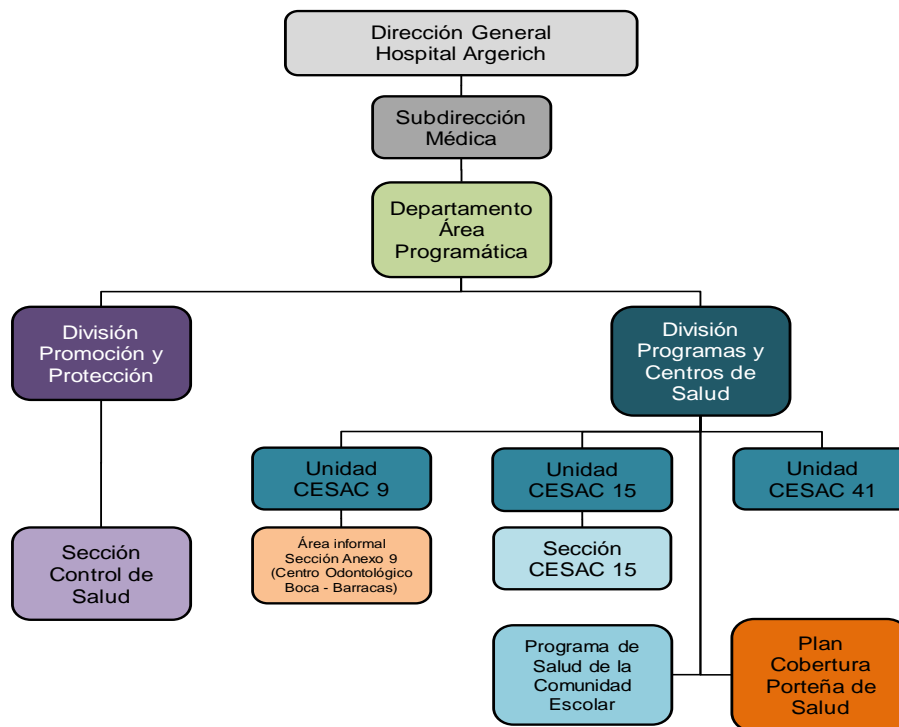
Asimismo, informó que a pesar del incremento de la demanda, el Área Programática nunca recibió personal de refuerzo para atender el aumento de la población bajo su área de atención. Las primeras relocalizaciones se realizaron en el año 2011. **Observación N° 5**

El jefe del sector indicó que la situación edilicia de los Centros de Salud N° 14 y N° 31, como así también el Htal. de Día de Adicciones *La otra Base de Encuentro*, se encontraban en condiciones edilicias muy malas. Los CeSAC N° 13 y N° 18 en condiciones regulares.

#### D4) -Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”

Departamento Área Programática

Este sector se encontraba organizado de la siguiente manera:



La jefa del Departamento se desempeñaba en su cargo desde el año 2012.

La jefatura de la División División Promoción y Protección se encontraba a cargo de un profesional del servicio dado que el responsable de la misma se encontraba en Comisión. **Observación N° 12**

La Unidad correspondientes al CeSAC N° 41 se encontraba con su jefatura vacante desde febrero de 2016. **Observación N° 12**

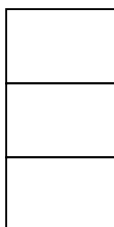
La Unidad CeSAC N° 9 contaba con el Anexo N° 9, Centro Odontológico Boca- Barracas. Era un área informal dentro de la estructura del Departamento. Hace cuatro años fue solicitada la inclusión de mismo como Sección.

El Recurso Humano con el que contaba era el siguiente:

Plantel A. Programática	Depto A. Programatica	CeSAC N° 9	C.S.P Boca Barracas	CeSAC N° 15	CeSAC N° 41	TOTAL
Administrativo		2	2	7	2	13
Antropología		-	-	-	1	1
Ciencia Educación			-	1	3	4
Med Clínico		1	-	2	-	3
Enfermería		6	1	5	5	17
Farmacéutico		1	-	1	1	3
Fonoaudioaudiología		1	-	-	1	2
Medicina General		5	-	2	6	13
Ginecología		3	-	3	2	8
Hematólogo	-	-	-	1	-	1
Kinesiología		-	-	-	1	1
Nutrición		1	-	2	2	5
Obstetricia		2	-	3	3	8
Odontología		2	4	3	3	12
Pediatría		3	-	1	4	7
Psicología		4	1	11	4	20
Psiquiatría		2	-	3	1	6
Psicopedagogía		2	1	3	3	9
Sociología		2		1	1	4
T. Ocupacional		1		1	-	2
Trabajo Social		4		3	3	10
Médico de Familia			1	-	-	1
<b>TOTAL</b>		<b>42</b>	<b>10</b>		<b>46</b>	<b>151</b>

Fuente: Depto. Área Programática Htal Argerich.

La responsable del Departamento informó que el área necesitaría personal para la carga de datos (data entry), al menos 5. Hasta julio del 2016 contaban con un agente de ACUMAR que se encargaba de la carga de la base de datos del Departamento. **Observación N° 13**



El Programa Gestión<sup>20</sup> (carga de datos de los CeSACs), en el CeSAC N° 9 es cargado por un data entry cuya situación de revista es contrato de locación de renovación anual. La jefa del área manifestó que dado el volumen de las consultas y lo lento del sistema no se llegaba a volcar toda la información en el sistema. **Observación N° 13**

La carga de datos epidemiológicos se debía realizar en dos instancias distintas. Esto duplicaba la carga de datos. La conexión del sistema no siempre era estable, por lo cual la carga “on line” se tornaba dificultosa.

El CeSAC N° 15 contaba con un data entry que prestaba servicio en el centro de manera parcial. Cumplía un horario de 10 hs. semanales, 2 veces por semana. La debilidad mayor radicaba en la imposibilidad de cargar el 100% de las prestaciones, consultas y las actividades no asistenciales. **Observación N° 13**

A diferencia de los CeSAC N° 9 y N° 15, el CeSAC N° 41, carecía de personal para la carga de datos y el personal administrativo existente no era suficiente para cargar las prestaciones profesionales. **Observación N° 13**

La jefa del servicio indicó que de acuerdo al trabajo y a la población que asistía a cada Centro, se armaba una programación de tareas, dentro del mismo o en terreno. Se trabajaba por grupo familiar o grupo de convivencia inmediato. El Departamento no fragmentaba el diagnóstico, por ello se confeccionó (ad hoc) una Historia Clínica Única del grupo de convivencia. Allí se veía el contexto de salud, educacional, vivienda, ambiental, nutricional, entre otras variables.

El servicio en cuanto al trabajo interdisciplinario consideraba que estaba en mejores condiciones de comprender la complejidad de la vida cotidiana, en el cual el proceso de salud - enfermedad individual o social, iba siendo modificado. Esa historia clínica contaba con una hoja donde se anotaban los antecedentes de cada uno de los integrantes de la familia y otra hoja donde se dejaba constancia de características y contextos de ese grupo familiar.

Con respecto a la utilización de la Hoja de Pesquisa Pediátrica, los CeSAC N° 15 y N° 41 no la utilizaban. El CeSAC N° 9 utiliza una adaptación de la misma en la hoja de carátula de la historia clínica familiar. Era completada en mayor medida por los pediatras y los equipos de extramuros.

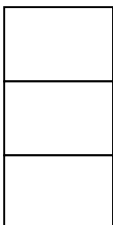
Los tres CeSAC utilizaban los códigos SICeSAC.

En la primera consulta se solicitaba al paciente sus datos filiatorios y del grupo familiar, y el contexto habitacional y social en el que se desarrollaba ese grupo.

No existía dentro del Departamento o en alguno de los CeSAC un área responsable de tratar los temas de salud ambiental, como así tampoco fueron asignadas horas para tareas relacionadas con esa temática. **Observación N° 4 y 5**

En referencia al presupuesto, la jefa del área informó que no habían recibido ningún incremento presupuestario en el marco del PISA/PSE.

<sup>20</sup> Programa Gestión: base de datos que permite el ingreso sistemático de datos referidos a la actividad asistencial, grupal, etc. de los Centros de Salud.



Asimismo, manifestó que no participaban de reuniones con personal de ACUMAR ni de otros hospitales. Refiere además, no trabajar en red con la USAM de CABA.

El Departamento realizó con la población del Barrio Rodrigo Bueno, dos informes epidemiológicos sobre la salud ambiental de la población. El primero en el año 2009 y el segundo en el período 2012-2013. Dentro de las acciones realizadas se destacaba el dosaje de plomo en sangre.

No se realizaron informes posteriores a los mencionados. El seguimiento de estos pacientes quedó a cargo el CeSAC N°15.

Las muestras para el dosaje de plomo eran derivadas al Hospital Garrahan.

La jefa del área informó que las condiciones edilicias de los Centros eran regulares. Indicó que los centros no contaban con salida de emergencia adecuada; que la construcción no era a prueba de incendios; que el sistema de ventilación y aireación era inadecuado por tratarse de edificaciones antiguas.

## VI) PROCEDIMIENTOS

### A) Presupuesto

Se procedió al análisis presupuestario correspondiente a cada uno de los hospitales objeto de esta auditoría durante el año 2014.

A los efectos de evaluar el presupuesto destinado a ACuMaR por parte de los efectores se analizaron los datos del SIGAF.

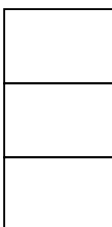
La información del listado distributivo de crédito y la base de transacciones corresponden a los datos generados por el SIGAF el día 11/12/2015 y el 25/04/2016 respectivamente.

Dentro del presupuesto, la Actividad 60 (ACUMAR) refleja la asignación presupuestaria correspondiente a los Centros de Salud ubicados dentro de los límites de la CMR. **Observación N° 7**

El resto de los Centros de Salud se refleja en el presupuesto de sus efectores como Actividad 6.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto total correspondiente a cada una de las UE y el destinado a la Actividad 60

Unidad Ejecutora	Presupuesto total UE (devengado)	Presupuesto Acumar (devengado)	%
<i>Htal. Cosme Argerich (UE412)</i>	\$ 805,742,862	\$ 25,441,981	3.16%
<i>Htal. Donación Francisco Santojanni (UE434)</i>	\$ 706,663,856	\$ 5,414,183	0.77%
<i>Htal. Parmenio Piñero (UE426)</i>	\$ 655,337,542	\$ 34,882,718	5.32%
<i>Htal. Jose M. Penna (UE425)</i>	\$ 556,542,021	\$ 55,548,036	9.98%
<i>Dir. Gral. De Recursos Físicos En Salud (UE404)</i>	\$ 267,841,324	\$ 3,273,390	1.22%





“2017, Año de las Energías Renovables”

El monto devengado de \$124.560.307 se distribuyó en cinco unidades ejecutorias, dependientes del Ministerio de Salud de la CABA.

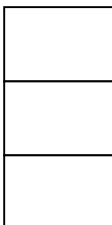
Unidad Ejecutora	Sanción	Vigente	Devengado	%
Htal. Jose M. Penna (UE 425)	\$ 60.625.000	\$ 55.548.047	\$ 55.548.036	45%
Htal. Parmenio Piñero (UE 426)	\$ 84.890.000	\$ 34.889.787	\$ 34.882.718	28%
Htal. Cosme Argerich (UE 412)	\$ 57.248.000	\$ 25.567.169	\$ 25.441.981	20%
Htal. Donacion Francisco Santojanni (UE 434)	\$ 43.568.000	\$ 5.488.842	\$ 5.414.183	4%
Dir. Gral. De Recursos Fisicos En Salud (UE 404)	\$ 200.000	\$ 3.273.394	\$ 3.273.390	3%
			\$ 124.560.307	100%

Del listado generado se observa que se asignó un crédito original total de \$246.531.000, del cual se devengó el 51%<sup>21</sup> para tareas relacionadas con ACUMAR. Del análisis de la base de transacciones, se detectó que la Dirección General de Recursos Físicos en Salud devengó \$ 2.350.000<sup>22</sup> con fondos provenientes del sector Nacional y \$923.390, con fondos del tesoro de la CABA, para la relocalización del CeSAC N° 16, en el año 2014.

Distributivo de Crédito 2014 - SIGAF											Descripción	Sanción	Vigente	Devengado
Jur	UE	Prog	Spr	Pry	Act	Ob	Inc	Pa						
40											Ministerio De Salud	\$ 11.583.996.913	\$ 13.416.181.451	\$ 13.329.212.614
40	404										Dir. Gral. De Recursos Fisicos En Salud	\$ 243.144.303	\$ 285.092.630	\$ 267.841.324
40	404	22	0	60							Acumar - Relocalizacion Cesac N° 16	\$ 200.000	\$ 3.273.394	\$ 3.273.390
40	404	22	0	60	0	54					Relocalizacion Cesac N° 16	\$ 200.000	\$ 3.273.394	\$ 3.273.390
40	404	22	0	60	0	54	4				Bienes De Uso	\$ 200.000	\$ 3.273.394	\$ 3.273.390
40	404	22	0	60	0	54	4	2			Construcciones	\$ 200.000	\$ 3.273.394	\$ 3.273.390
40	412										Htal. Cosme Argerich	\$ 690.349.781	\$ 808.531.719	\$ 805.742.862
40	412	81	12	0	60						Acumar	\$ 57.248.000	\$ 25.567.169	\$ 25.441.981
40	412	81	12	0	60	0	1				Gastos En Personal	\$ 42.248.000	\$ 5.705.281	\$ 5.673.825
40	412	81	12	0	60	0	2				Bienes De Consumo	\$ 15.000.000	\$ 19.861.888	\$ 19.768.156
40	425										Htal. Jose M. Penna	\$ 465.063.911	\$ 556.897.100	\$ 556.542.021
40	425	81	25	0	60						Acumar	\$ 60.625.000	\$ 55.548.047	\$ 55.548.036
40	425	81	25	0	60	0	1				Gastos En Personal	\$ 51.775.000	\$ 46.730.116	\$ 46.730.113
40	425	81	25	0	60	0	2				Bienes De Consumo	\$ 8.850.000	\$ 8.817.931	\$ 8.817.923
40	425	81	25	0	60	0	3				Servicios No Personales	\$ 0	\$ 0	\$ 0
40	426										Htal. Parmenio Piñero	\$ 541.012.466	\$ 659.810.713	\$ 655.337.542
40	426	82	26	0	60						Acumar	\$ 84.890.000	\$ 34.889.787	\$ 34.882.718
40	426	82	26	0	60	0	1				Gastos En Personal	\$ 78.790.000	\$ 29.299.387	\$ 29.299.384
40	426	82	26	0	60	0	2				Bienes De Consumo	\$ 6.100.000	\$ 5.554.709	\$ 5.554.705
40	426	82	26	0	60	0	3				Servicios No Personales	\$ 0	\$ 23.002	\$ 22.939
40	426	82	26	0	60	0	4	3			Maquinaria Y Equipo	\$ 0	\$ 12.689	\$ 5.690
40	434										Htal. Donacion Francisco Santojanni	\$ 599.683.915	\$ 708.357.932	\$ 706.663.856
40	434	82	34	0	60						Acumar	\$ 43.568.000	\$ 5.488.842	\$ 5.414.183
40	434	82	34	0	60	0	1				Gastos En Personal	\$ 34.218.000	\$ 0	\$ 0
40	434	82	34	0	60	0	2				Bienes De Consumo	\$ 9.350.000	\$ 5.488.842	\$ 5.414.183
40	434	82	34	0	60	0	4				Bienes De Uso	\$ 0	\$ 0	\$ 0
40	434	82	34	0	60	0	4	3			Maquinaria Y Equipo	\$ 0	\$ 0	\$ 0
											<b>Total ACUMAR</b>	<b>\$ 246.531.000</b>	<b>\$ 124.767.239</b>	<b>\$ 124.560.307</b>

<sup>21</sup> \$124.560.307.

<sup>22</sup> Datos proporcionados en nota de la Dirección General de Recursos Físicos de Salud.



En la UE 404, el monto se destinó a obras para la relocalización del CeSAC N° 16; en la UE 412, el 77% se destinó a gastos en Bienes de Consumo y el 23% restante a Gastos en personal; en las UE 425 y 426, el 84% se destinó para Gastos de Personal y el 16% restante en Bienes de Consumo; en la UE 434, se destinó el 100% en Bienes de Consumo.

Del análisis de los datos, se observa que salvo en la UE 404, la diferencia entre el saldo original y el vigente, es negativo.

Unidad Ejecutora	Sanción	Vigente	Variación V/S
<i>Htal. Jose M. Penna (UE 425)</i>	\$ 60.625.000	\$ 55.548.047	-8%
<i>Htal. Parmenio Piñero (UE 426)</i>	\$ 84.890.000	\$ 34.889.787	-59%
<i>Htal. Cosme Argerich (UE 412)</i>	\$ 57.248.000	\$ 25.567.169	-55%
<i>Htal. Donacion Francisco Santojanni (UE 434)</i>	\$ 43.568.000	\$ 5.488.842	-87%
<i>Dir. Gral. De Recursos Fisicos En Salud (UE 404)</i>	\$ 200.000	\$ 3.273.394	1537%

El porcentaje de reducción presupuestaria varía en cada unidad ejecutora. Éste va del 8% hasta un máximo de 87%. La UE 404 fue el único caso que tuvo una variación positiva, teniendo un 1537% de aumento.

Esto demuestra una deficiencia en el sistema de generación presupuestaria.

No obstante, si se compara el Vigente, respecto del Devengado, se observa que el nuevo monto autorizado a gastar, se consumió en su totalidad.

Unidad Ejecutora	Vigente	Devengado	Variación D/S
<i>Htal. Jose M. Penna (UE 425)</i>	\$ 55.548.047	\$ 55.548.036	0,00%
<i>Htal. Parmenio Piñero (UE 426)</i>	\$ 34.889.787	\$ 34.882.718	-0,02%
<i>Htal. Cosme Argerich (UE 412)</i>	\$ 25.567.169	\$ 25.441.981	-0,49%
<i>Htal. Donacion Francisco Santojanni (UE 434)</i>	\$ 5.488.842	\$ 5.414.183	-1,36%
<i>Dir. Gral. De Recursos Fisicos En Salud (UE 404)</i>	\$ 3.273.394	\$ 3.273.390	0,00%

Se solicito a la Dirección General de Recursos Físicos en Salud (DGRFS) las obras realizadas financiadas relacionadas con la CMR.

Se analizaron los montos contenidos y se establecieron las siguientes diferencias respecto de la información suministrada por el SIGAF:


Hospital	Tipo de obra	Monto devengado	Observ.
CESAC 16	Construcción de un edificio sede del nuevo CESAC N° 16 y del Centro de Gestión de la Vigilancia Epidemiológica Ambiental (VigEA)	\$3.273.390	Obras para ACUMAR \$11.752.254
Región Sanitaria II	Construcción Centro de Salud y Acción Comunitaria Fonrouge y Barros Pazos - CESAC N° 43	\$3.114.918	
Región Sanitaria II	Construcción del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 7	\$5.363.946	
Penna	Escalera de emergencia y pasamanos para el Pabellón Mouras en O.S.N°106 y señalización lumínico-sonora en el Sector Guardia para O.S.N° 111 - Hospital Penna	\$1.689.432	Obras para efectores de la muestra
Penna	3°, 4° Y 5° Redet Definitiva - Construcción Nuevo Servicio de Urgencias - Hospital Penna	\$310.588	
Penna	Provisión e instalación de sistemas de aire acondicionado frío-calor por bomba para el Mesón y Sala de espera, Consultorios externos y trabajos en el sistema de aire acondicionado de la UTI - Hospital Penna	\$808.660	
Piñero	Readecuación de la instalación pluvial de los consultorios externos - Hospital Piñero	\$1.129.992	
Piñero	Reparación General y Mantenimiento de la Subestación Transformadora de Media Tensión y sus tableros comando - Hospital Piñero	\$836.600	
Región Sanitaria I	Instalación de Sistema de AA central - Consultorios Externos - Hospital Penna	\$1.484.925	
Santojanni	Proyecto, construcción, montaje, habilitación y puesta en marcha de instalación de gas Parte "A" – Hospital Santojanni	\$3.224.506	
Santojanni	Proyecto, construcción, montaje, habilitación y puesta en marcha de instalación de gas Parte "B" – Hospital Santojanni	\$2.075.207	
Santojanni	Ampliación de espacio de Hospital General de Agudos "Donación F. Santojanni"	\$577.695	
Santojanni	Suministro e instalación de una caldera de generación de vapor y dos termotanques de acumulación de 5000 lts cada uno para agua caliente de uso sanitario - Hospital Santojanni	\$2.719.728	
<b>Total devengado en los efectores de la muestra en 2014</b>		<b>\$26.609.587</b>	<b>15%</b>
<b>Total devengado en los efectores de la zona de ACUMAR en</b>		<b>\$173.341.696</b>	

Del total de \$173.341.696 devengados en obras, el 15% (\$26.609.587) fue destinado para obras relacionadas con los efectores de la muestra, de los cuales \$11.752.254 están vinculados con la atención extramuros de los hospitales analizados. En el resto de los casos (85%), las obras tuvieron vinculación con la puesta en valor de las instalaciones hospitalarias y no se relacionan directamente con un proyecto tendiente al aumento de la oferta de servicios de salud.



## B) Estadísticas

Se procedió al análisis de los diagnósticos de patologías relacionadas con los 12 Capítulos de Enfermedades agrupadas, identificadas con Códigos SICeSAC más Texto y Código CIE 10<sup>23</sup>.

Para ello se solicitó a la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud las estadísticas correspondientes a los CeSAC pertenecientes a los hospitales Argerich, Penna, Piñero y Santojanni, generadas en los años 2014 y 2015.

HOSPITAL	CeSAC N°
Argerich	9 - 15 - 41
Penna	1 - 8 - 10 - 16 - 30 - 32 - 35 - 39
Piñero	6 - 13 - 14 - 18 - 19 - 20 - 24 - 31 - 40 - 44
Santojanni	3 - 4 - 5 - 7 - 28 - 29 - 37

La Subgerencia Operativa no envió las planillas correspondientes a los CeSACs N° 20 y 44 (Htal. Piñero) por no contar con los datos estadísticos de los mismos. Esta información no había sido cargada en el sistema por los efectores. **Observación N° 8**

De la información proporcionada por la Subgerencia, la población que concurrió durante el año 2014 fue la siguiente:

Total de CeSAC de los Hospitales	Masculino	Femenino	Total
Argerich	5.374	10.322	15.696
Penna	13.614	26.636	40.250
Piñero	14.319	27.090	41.409
Santojanni	9.601	21.185	30.786
<b>Total</b>	<b>42.908</b>	<b>85.233</b>	<b>128.141</b>

*Fuente: elaboración propia conforme a los datos suministrados por Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.*

Del total de la población que concurrió a los centros de salud de los hospitales objeto de esta auditoría, el 67% era de sexo femenino.

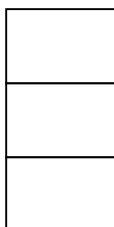
Del cuadro con los datos de población concurrente a los centros de salud se desprende que el Hospital Piñero, fue el efector al que concurrieron mayor número de pacientes, aún sin contar con los datos de los CeSAC N° 20 y N° 44.

Lo siguen el Hospital Penna (8 centros), luego el Hospital Santojanni (7 centros) y por último el Hospital Argerich (3 centros).

La información proporcionada se encontraba separada por Cesac y contaba con el dato “Diagnóstico” discriminado por franja etaria (0 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 24; 25 a 49; 50 a 64; 65 y más. Total General).

Se observaron diferencias entre el dato “Total General” de ciertos diagnósticos al ser comparado con la sumatoria de casos por franja etaria. La

<sup>23</sup> Anexo I



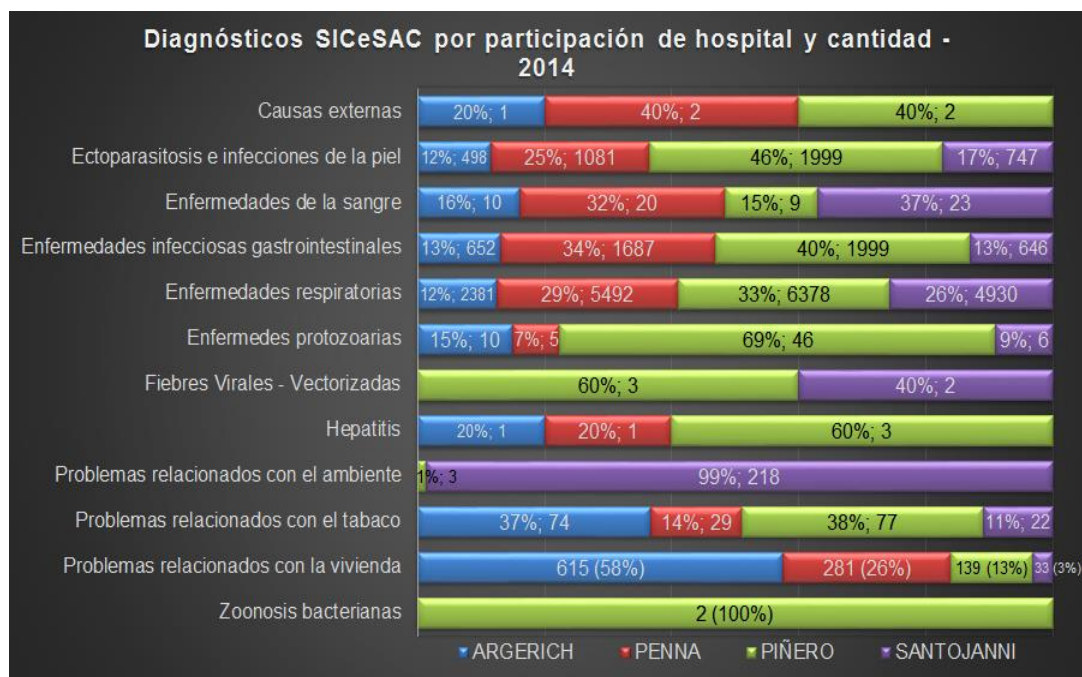
Subgerencia Operativa de Estadísticas en Salud informó sobre este punto, que la diferencia se debía a que en algunos casos no había sido cargado el dato edad para ese paciente pero sí el diagnóstico. La sumatoria parcial de casos resultó siendo inferior al valor de casos total. **Observación N° 9**

Se analizaron 30.127 registros correspondientes a las patologías detalladas en los Capítulos de Enfermedades agrupadas en el SiCeSAC.

Del total de registros, en un 3% (879) no se halló el dato de edad.

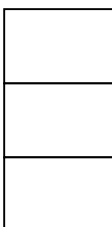
En cuanto a los 879 pacientes sin datos que figuran en las planillas de Estadística, el 49% pertenecía al Hospital Piñero (429 casos). Este valor representaba un 4% del total de los registros analizados correspondientes a ese efector (10.669).

Del análisis de los 30.127 registros se observó lo siguiente:



El cuadro que a continuación se expone muestra los diagnósticos preponderantes dentro de los 12 Capítulos analizados.

	Hospital Argerich	Hospital Penna	Hospital Piñero	Hospital Santojanni
<b>Ectoparasitosis e infecciones de la piel</b>				
Otras infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	86 % (428)	84 % (910)	90 % (1800)	81 % (607)
<b>Enfermedades de la sangre</b>				
Anemias aplásicas y otras anemias	100 % (10)	100 % (20)	100 % (9)	100 % (23)
<b>Enfermedades Respiratorias</b>				
Asma y estado asmático	24 % (580)	19 % (1055)	22 % (1390)	30 % (1470)
Bronquiolitis aguda y NE	42 % (988)	42 % (2329)	37 % (2382)	44 % (2154)
Bronquitis obstructiva recurrente/a repetición/recidivante/BOR	19 % (461)	22 % (1212)	27 % (1752)	17 % (847)

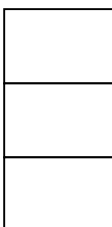


“2017, Año de las Energías Renovables”

<b>Fiebres Virales – Vectorizadas</b>				
Fiebre amarilla	-	-	-	20% (1)
Dengue [dengue clásico] y hemorrágico	-	-	67% (2)	50% (1)
<b>Hepatitis</b>				
Hepatitis viral sin especificar	100 % (1)	-	33 % (1)	-
Hepatitis tipo A	-	100 % (1)	33 % (1)	-
Hepatitis virales agudas especificadas	-	-	33 % (1)	-
<b>Problemas relacionados con el ambiente</b>				
Exposición al aire contaminado	-	-	67% (2)	-
Exposición al suelo contaminado	-	-	33% (1)	-
Suministro inadecuado de agua potable	-	-	-	79 % (173)
<b>Problemas relacionados con el tabaco</b>				
Consulta por asesoría por abuso del tabaco	42% (32)	3% (1)	32% (26)	65% (15)
Problemas relacionados con el uso del tabaco	55% (42)	93% (28)	63% (51)	30% (7)
<b>Problemas relacionados con la vivienda</b>				
Circunstancias legales relacionadas con la vivienda. Desalojos compulsivos, problemas con acreedores	10% (60)	55% (153)	27% (36)	13% (4)
Problemas relacionados con vivienda inadecuada.	90% (551)	45% (126)	67% (90)	75% (24)
<b>Enfermedades infecciosas gastrointestinales</b>				
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	89% (580)	93% (1577)	85% (1708)	89% (574)
Parasitosis <sup>24</sup>	10% (68)	6% (99)	14% (287)	10% (67)
<b>Enfermedades protozoarias</b>				
Chagas congénito	50% (5)	-	33% (15)	17% (1)
Chagas crónico	50% (5)	80% (4)	65% (30)	50% (3)
Paludismo (Malaria)	-	20 % (1)	-	-
Chagas agudo Vectorial	-	-	2% (1)	33% (3)
<b>Zoonosis Bacterianas</b>				
Leptopirosis	-	-	100 % (2)	-

*Fuente: elaboración propia conforme a los datos suministrados por Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.*

<sup>24</sup> Parasitosis: Ascaridiasis; demás helmintiasis y las S.E, Enterobiasis/Oxiuriasis; Giardiasis; otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios y las S.E; helmintiasis.



	<b>Anemias por deficiencia de Hierro</b>	<b>Anemias del embarazo</b>
<b>Hospital Argerich</b>	65	22
<b>Hospital Penna</b>	189	16
<b>Hospital Piñero</b>	317	80
<b>Hospital Santojanni</b>	160	54
<b>TOTAL</b>	<b>731</b>	<b>172</b>

*Fuente: elaboración propia conforme a los datos suministrados por Sub. Operativa de Estadísticas de Salud.*

De la información proporcionada por la Subgerencia surge que la población que concurrió durante el año 2015 fue la siguiente:

<b>Total de CeSAC de los Hospitales</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
Argerich	4.463	8.923	<b>13.386</b>
Penna	12.541	24.490	<b>37.031</b>
Piñero	18.387	33.847	<b>52.234</b>
Santojanni	8.183	18.232	<b>26.415</b>
<b>Total</b>	<b>43.574</b>	<b>85.492</b>	<b>129.066</b>

*Fuente: elaboración propia conforme a los datos suministrados por Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.*

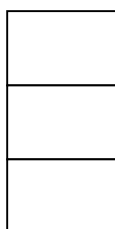
Al igual que para el período 2014, un 67% de la población que concurrió a los centros de salud de los hospitales fue de sexo femenino.

Del cuadro con los datos de población concurrente a los centros de salud se desprende que el Hospital Piñero, fue el efector al que concurrieron mayor número de pacientes, aún sin contar con los datos de los CeSAC N° 20 y N° 44. Lo siguen el Hospital Penna (8 centros), luego el Hospital Santojanni (7 centros) y por último el Hospital Argerich (3 centros).

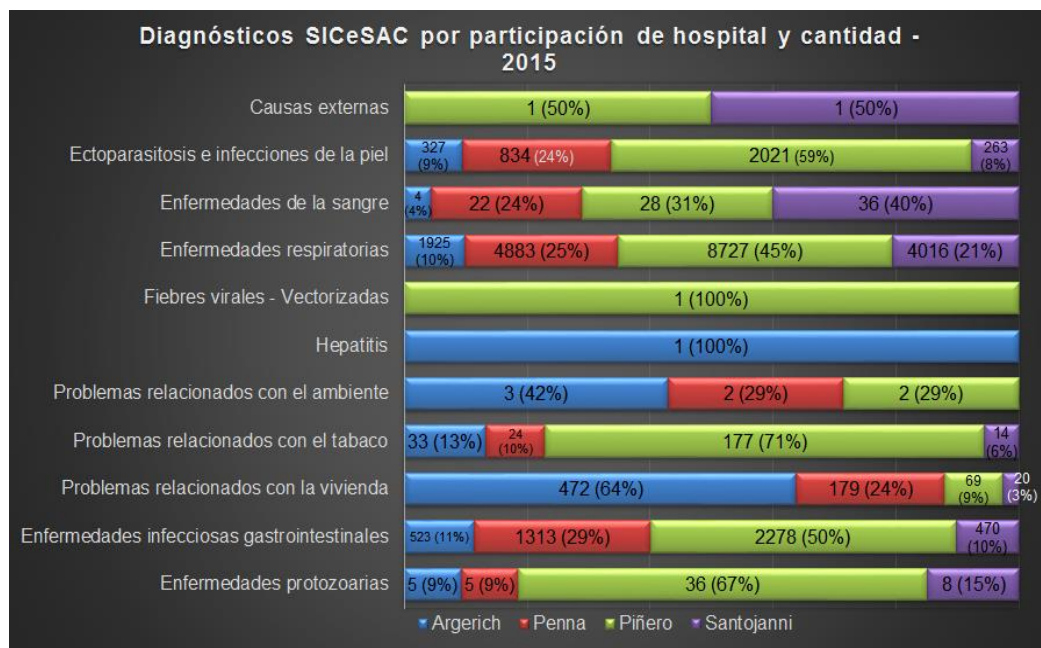
Se analizaron 28.727 registros correspondientes a las patologías detalladas en los Capítulos de Enfermedades agrupadas en el SiCeSAC.

Del total de registros en un 9% (2604) no se halló el dato de edad.

En cuanto a los 2604 pacientes sin datos que figuran en las planillas de Estadística, el 90% pertenecía al Hospital Piñero (2.337 casos). Este valor representaba un 18% del total de los registros analizados correspondientes al efector (13.340).



Del análisis de los 28.727 registros se observó lo siguiente:



El cuadro que a continuación se expone muestra los diagnósticos preponderantes dentro de los 12 Capítulos analizados.

	Hospital Argerich	Hospital Penna	Hospital Piñero	Hospital Santojanni
<b>Ectoparasitosis e infecciones de la piel</b>				
Otras infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	79 % (259)	85 % (711)	88 % (1769)	76 % (201)
<b>Enfermedades de la sangre</b>				
Anemias aplásticas y otras anemias	100 % (4)	100 % (22)	100 % (28)	100 % (36)
<b>Enfermedades respiratorias</b>				
Asma y estado asmático	26 % (505)	19 % (919)	21 % (1825)	28 % (1119)
Bronquiolitis aguda y NE	41 % (784)	46 % (2261)	42 % (3681)	52 % (2094)
Bronquitis obstructiva recurrente/a repetición/recidivante/BOR	15 % (295)	21 % (1037)	27 % (2382)	8 % (308)
<b>Fiebres Virales – Vectorizadas</b>				
Fiebre amarilla	-	-	100% (1)	-
<b>Hepatitis</b>				
Hepatitis viral sin especificar	100% (1)	-	-	-
<b>Problemas relacionados con el ambiente</b>				
Exposición al aire contaminado	-	50% (1)	50% (1)	-
Exposición al suelo contaminado	-	50% (1)	50% (1)	-
Suministro inadecuado de agua potable	100% (3)	-	-	-
<b>Problemas relacionados con el tabaco</b>				
Consulta por asesoría por abuso del tabaco	85% (28)	4% (1)	39% (22)	14% (2)
Problemas relacionados con el uso del tabaco	15% (5)	96% (23)	78% (138)	86% (12)
<b>Problemas relacionados con la vivienda</b>				
Circunstancias legales relacionadas con la vivienda. Desalojos compulsivos, problemas con acreedores	18% (84)	53% (94)	25% (17)	10% (2)
Problemas relacionados con vivienda inadecuada.	76% (359)	47% (84)	70% (48)	90% (18)



<b>Enfermedades infecciosas gastrointestinales</b>				
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	85% (442)	90% (1188)	87% (1991)	89% (418)
Parasitosis <sup>25</sup>	15% (78)	9% (115)	13% (284)	10% (48)
<b>Enfermedades protozoarias</b>				
Chagas congénito	-	40% (2)	72% (26)	13% (1)
Chagas crónico	100% (5)	60% (3)	28% (10)	88% (7)

*Fuente: elaboración propia conforme a los datos suministrados por Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.*

	<b>Anemias por deficiencia de Hierro</b>	<b>Anemias del embarazo</b>
<b>Hospital Argerich</b>	54	22
<b>Hospital Penna</b>	172	19
<b>Hospital Piñero</b>	339	75
<b>Hospital Santojanni</b>	174	23
<b>TOTAL</b>	<b>739</b>	<b>139</b>

*Fuente: elaboración propia conforme a los datos suministrados por Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.*

### C) Equipamiento Informático

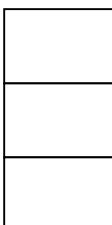
Relevar el equipamiento informático de las Áreas Programáticas, a los fines de determinar si el mismo es adecuado para la carga de datos, almacenar, resguardar y enviar la información generada.

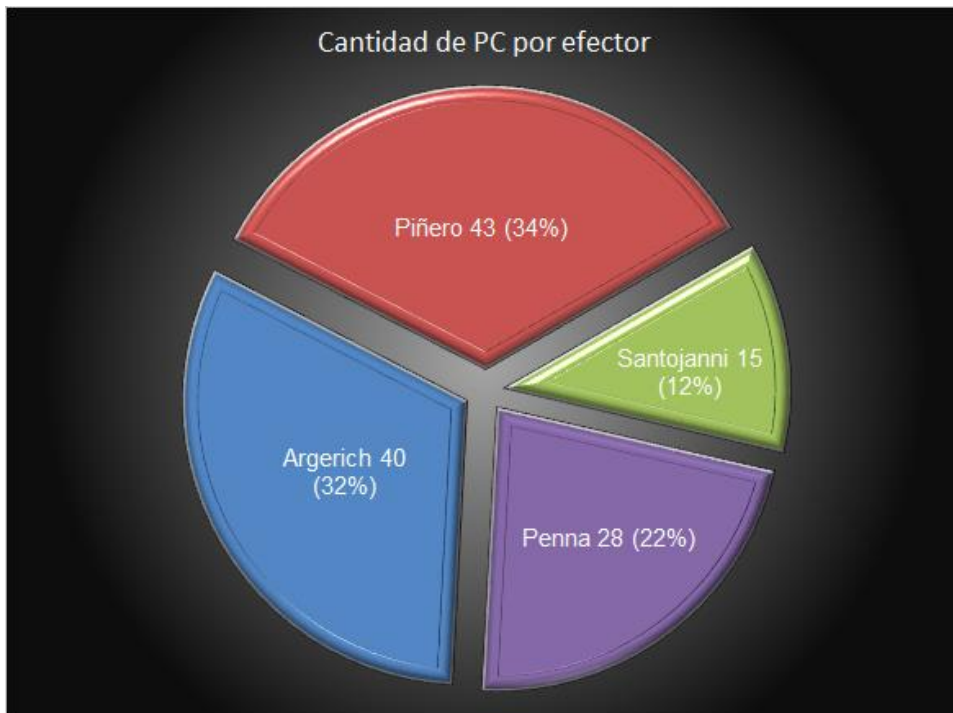
Se solicitó a cada efector informara cantidad de PC, monitores e impresoras. Antigüedad, estado de los mismos, funcionamiento y mantenimiento. Conexiones a red; sistemas de respaldo de la información y protección de los equipos ante cortes de energía eléctrica; acopio de materiales en desuso; notas y solicitudes de reposición de equipos obsoletos.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

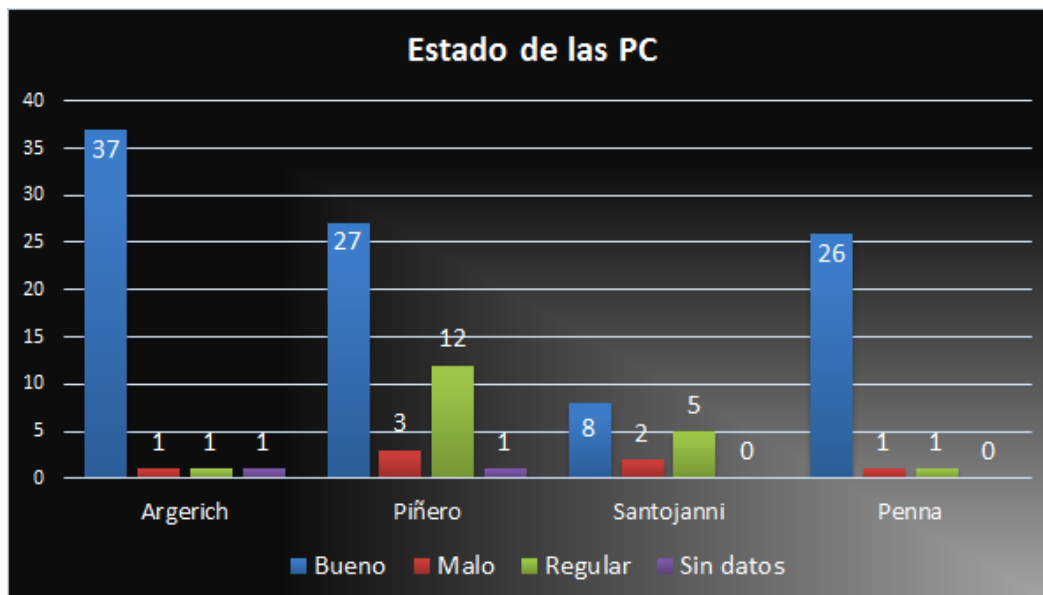
- La cantidad de PC relevadas fue de 126 (100%). Los CeSAC N°9 (19% del total) y N° 35 (10% del total) eran los que mayor cantidad de equipos tenían.

<sup>25</sup> Parasitosis: Ascaridiasis; demás helmintiasis y las S.E, Enterobiasis/Oxiuriasis; Giardiasis; otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios y las S.E; helmintiasis.





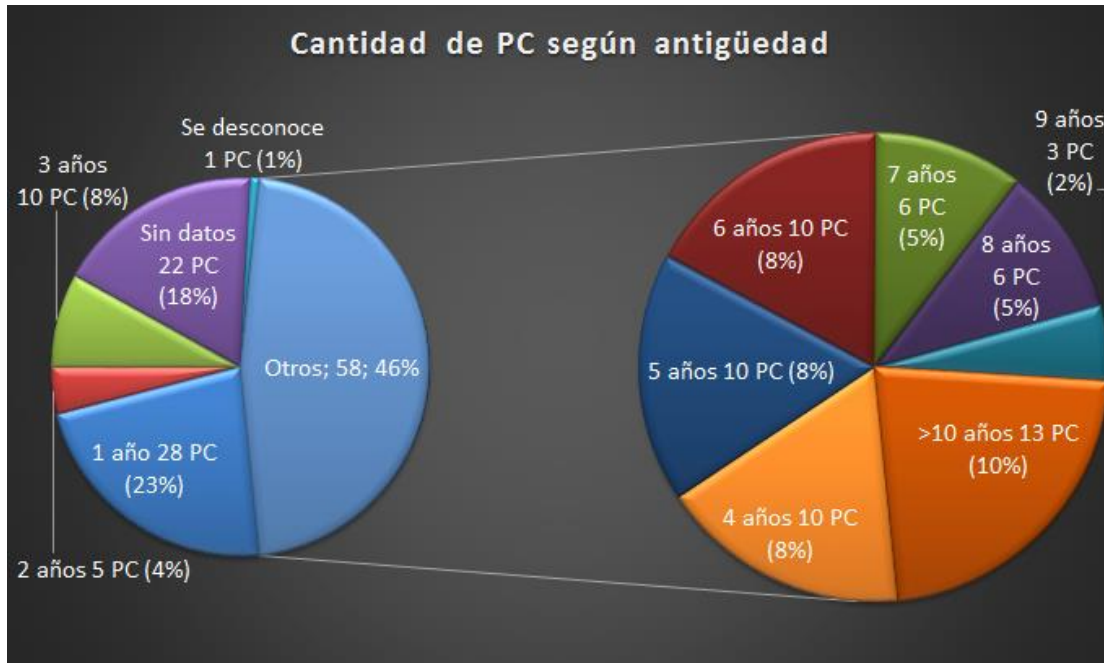
- De las 126, el 9% (11) no se encontraba en uso por diversos motivos. No obstante, el 78% (98) de los equipos fueron evaluados en estado bueno por los usuarios; 15% (19) en estado regular; 6% (7) en mal estado; el resto no aportó datos. **Observación N° 10.2**



- El 46% (58) de las PC tenía más de 3 años de antigüedad. Esto representa la obsolescencia tecnológica de la mayor parte de parque



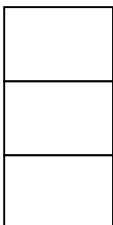
informático<sup>26</sup>. **Observación N° 10.1** Aun así, en el 86% (108) de los equipos, el sistema operativo y los programas funcionaban bien según sus usuarios. El 76% (96) de las PC y los programas funcionaban acordes a las necesidades de las áreas. **Observación N° 10.3**



- El 70% (88) de las PC no tienen instalado el programa SICESAC para la carga de datos. **Observación N° 10.4**
- Del 60% (75) de los equipos no se informó su registro patrimonial. **Observación N° 10.5**



<sup>26</sup> Res. Téc. N°9 FACPCE: Obsoleto mayor a 3 años. Se considera obsoleto cuando es superado tecnológicamente a pesar de seguir en funcionamiento.



- El 67% (84) de los equipos no se encontraban en red con el GCBA y el 78% (98) no se hallaba en red con su hospital. Aun así, el 85% (107) contaba con conexión a internet. **Observación N° 10.6**

- El 68% (86) de los equipos recibía service por parte del personal del Hospital, en el 16% (20) el service lo realizaba personal externo. En un 2% (2), el service lo realizaba personal del CeSAC. Un 2% (3) no recibía mantenimiento y un 12% (15) no aportó datos. **Observación N° 10.12**

- Con respecto a los monitores, en el 45% (54) la antigüedad superaba los 3 años. El 17% (20) de los mismos eran de tubo, siendo obsoletos desde el punto de vista tecnológico. El 8% (9) no se encontraban funcionando. El 83% (99) de los equipos fueron evaluados en estado bueno por los usuarios; 4% (5) en estado regular; 13% (15) en mal estado. **Observación N° 10.7**

- Del 60% (72) de los monitores no se informó su registro patrimonial.

- Del total de impresoras (47), el 19% (9) no se encontraba en uso. El CeSAC N° 4 contaba con 3 impresoras pero ninguna en funcionamiento. En el caso del CeSAC N°13, la única impresora con la que contaba estaba fuera de uso. **Observación N° 10.8 y 10.10**

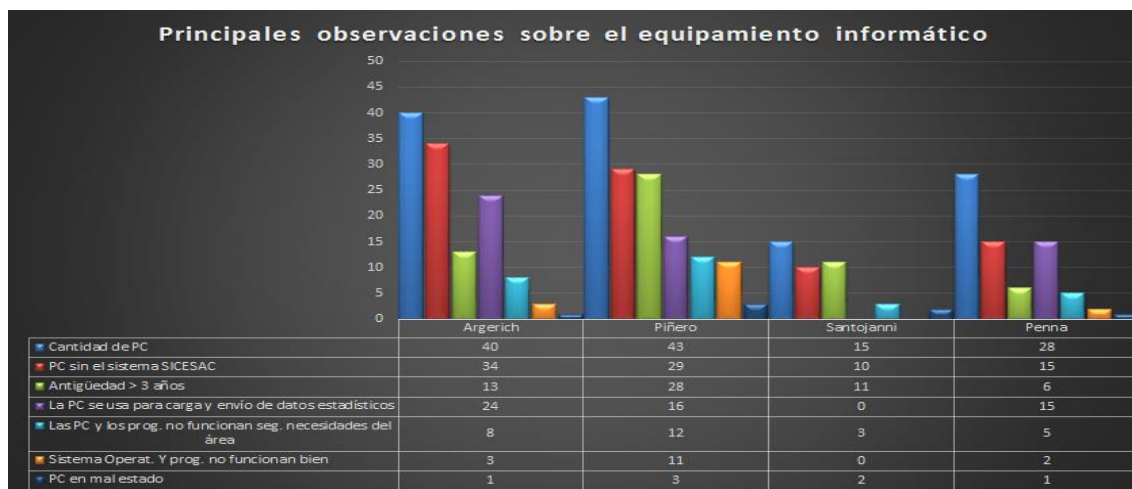
- El 36% (17) presentaba una antigüedad mayor a 3 años. Del 21% (10) de los equipos no se aportaron datos sobre su antigüedad. **Observación N° 10.9**

- El 66% eran impresoras láser, el 26% de chorro de tinta y el 6% de matriz de punto.

- Del 51% (24) de las impresoras no se informó el registro patrimonial.

- El 68% tuvo problemas de suministro de insumos. El estado fue evaluado por los usuarios como bueno en un 72% (34), regular en un 15% (7) y malo en el 13% (6). **Observación N° 10.8**

- Con respecto al sistema de protección, ante cortes de energía eléctrica, y de respaldo de la información, en el 57% de las áreas relevadas no realiza backup de la información contenida en las PC. Asimismo, el 79% carecía de un sistema de protección para cortes energía eléctrica o UPS. **Observación N° 10.11**



- **Hospital Santojanni:**

El Área Programática y sus 7 CeSAC contaban con una dotación total de 15 PC (100%). Todas pertenecían al GCBA.

De las PC de los CeSAC N° 3 y N° 7 no se informaron los datos de registro patrimonial.

En el 73% (11) la antigüedad superaba los 3 años. Los CeSAC N° 5 (2 PC) y N° 7 (1 PC) no informaron sobre la antigüedad de los equipos.

El 13% (2) no se encontraba en uso. En el caso del CeSAC N° 4, de las 3 PC con las que contaba, solo una funcionaba pero su estado era regular.

El 47% (7) de las PC fueron evaluados en estado malo y regular por sus usuarios.

El responsable del CeSAC N° 3 informó que en las 3 PC con las que contaba, el sistema operativo y los programas no funcionaba acorde a las necesidades del área.

Las PC de los CeSAC N° 3, N° 4 y N° 37 no tenían instalado el programa SICESAC.

El 80% (12) de los equipos recibía service del personal del Hospital, el 7% (1) el service lo realizaba persona externo (CeSAC N° 7). El 13% (2) restante no recibía.

De los 15 monitores con que contaba el Área Programática y sus dependencias, el 60% se encontraba en buen estado, regular en el 27% y malo en el 13%. En el caso del CeSAC N° 3, de los 3 monitores con los que contaba, uno se hallaba en estado regular y el segundo en mal estado. En el CeSAC N° 4, los 3 monitores se encontraban en estado regular.

El 40% (6) de los monitores eran de tubo.

El 80% (12) se encontraba en uso. El 87% (13) superaba los 3 años de antigüedad.

El Área Programática y sus dependencias contaban con 13 impresoras en total. Los CeSAC N° 7, N° 28, N° 29 y N° 37 poseían solo una impresora.

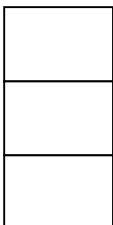
El 62% (8) de las impresoras tenían más de 3 años de antigüedad.

El 31% (4) de las impresoras no se encontraban en condiciones de uso. En el caso del CeSAC N° 4, de las 3 impresoras con las que contaba ninguna se hallaba en funcionamiento. En el CeSAC N° 5, de las 2 impresoras, solo una se encontraba en uso.

El 46% (6) eran impresoras láser, el 23% (3) de chorro de tinta y otro 23% (3) de matriz de punto.

El 62% tuvieron problemas de suministro de insumos durante el período auditado.

El 63% de las áreas refirieron no realizar backup de la información de las PC, con excepción de los CeSAC N° 7, N° 29 y el Área Programática.



El 38% de las áreas afirmó tener un sistema de protección para cortes de energía eléctrica (CeSAC N° 5, N° 28 y N° 37).

El 85% de las áreas informó que contaba con material en desuso, ya sea dentro del CeSAC o en el hospital. El 14% eran PC completas y el resto partes de equipos.

En el 71% de los casos se solicitó la baja patrimonial por escrito con excepción de los CeSAC N° 28 y N° 37.

En cuanto a la reposición del equipamiento, el 38% de las áreas solicitó la reposición del equipamiento en condiciones de obsolescencia. A la fecha de cierre de las tareas de campo no habían recibido respuesta del nivel central.  
**Observación N° 10.13**

- **Hospital Argerich**

El Área Programática y sus 3 CeSAC contaban con una dotación total de 40 PC (100%). El 90% pertenecía al GCBA y el resto a particulares.

Sólo el 15% (6) tenían datos de registro patrimonial.

La antigüedad de las PC era menor a 1 año en el 48% (19) y un 33% (13) era mayor a 3 años. El CeSAC N° 9 (2 PC) no aportó datos sobre la antigüedad del equipamiento.

El 3% (1) no se hallaba en uso por diferentes causas.

El 93% (37) de los equipos fue evaluado en estado bueno por los usuarios.

En el 78% (31) de los equipos el service era realizado por personal del hospital, en el 15% (6) por personal externo (CeSAC N° 15), y en un 5% (2) personal del propio centro (CeSAC N°41).

En el 90% (36) el sistema operativo y los programas funcionan bien. Los CeSAC N°15 y N°41 afirmaron que en la totalidad de sus PC los programas no funcionaban acorde a las necesidades del área.

El 85% (34) de los equipos no tenían instalado el programa SICESAC.

El 65% (26) de ellas no se encontraba en red con el GCBA y el 78% (31) no estaba en red con el hospital.

El 90% (36) tenía acceso a internet. En el caso del CeSAC N°9, había una PC que sin acceso. En el caso del CeSAC N°15, la mitad de las PC (3) carecía de acceso a internet.

De los 36 monitores con que contaba el Área Programática y sus dependencias, el 94% (34) se encontraba en buen estado.

El 8% (3) de los monitores era de pantalla de tubo.

El 53% (19) tenía menos de 1 año de antigüedad y el 31% (11) superaba los 3 años.

El 92% (33) carecía de datos de identificación patrimonial.



El Área Programática y sus dependencias contaban con 10 impresoras en total.

El 10% (1) de ellas no se hallaban en condiciones de uso.

El 90% (9) eran impresoras láser y el 10% restante de chorro de tinta.

El 40% (4) de las impresoras tenía entre 1 y 3 años de antigüedad, el 30% (3) más de 3 años y el 20% (2) restante no informó la antigüedad.

El 60% (6) de las impresoras tuvo problemas de suministro de insumos en el período auditado.

El 100% de las áreas informaron que no realizaban backup de la información de las PC.

El CeSAC N° 15 fue el único centro que informó que contaba con una PC conectada a un sistema de protección ante cortes de energía eléctrica.

El 67% de las áreas (2 CeSAC) afirmó contar con material en desuso dentro del CeSAC (CPU y partes de PC).

Con respecto a la solicitud de la baja patrimonial, el CeSAC N° 15 no presentó nota y, los otros 2 CeSAC no respondieron este punto.

Sólo el CeSAC N° 15 presentó una nota solicitando la reposición del equipamiento en condiciones de obsolescencia, sin respuesta desde el nivel central. **Observación N° 10.13**

#### - Hospital Piñero

El Área Programática y sus 10 CeSAC contaban con una dotación total de 43 PC (100%). De ellas, el 91% (39) pertenecían al GCBA y el resto a particulares (CeSAC N° 24 y N° 40 con 2 PC cada uno).

Del 58% (25) de las PC no se informó el dato de registro patrimonial. El Área Programática no informó este dato en el 14% (1) de sus PC; el CeSAC N°24 informó solo el 50% (3) de los datos. Los CeSAC N° 13, N° 18, N° 19, N° 20, N° 40 y N° 44 no informaron este dato para la totalidad de sus PC.

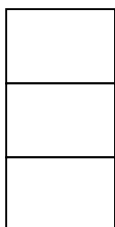
En el 65% (28) la antigüedad superaba los 3 años. En el caso de los CeSAC N° 19, N° 31, N° 40 y N° 44 el 100% de las PC presentaban una antigüedad mayor a 3 años; en el Área Programática y en los CeSAC N° 6, N° 14, N° 20 y N° 24 el 50% de las PC superaban los 3 años de antigüedad.

El 12% (5) no se encontraba en uso.

El 63% (27) de los equipos fue evaluado en estado bueno por los usuarios, regular en un 28% (12) y malo en un 7% (3).

El 81% (35) de los equipos recibía service por parte del personal del hospital. Un 2% (1) no recibía mantenimiento (CeSAC N°19) y el resto no aportó datos.

En el 72% (31) de las PC el sistema operativo y los programas funcionan bien.



En el 28% (12) de los equipos los programas no funcionaban acorde a las necesidades del área (Área Programática con 3 de 7 PC; CeSAC N°6, 2 de 3 PC; CeSAC N°20, 2 de 5 PC, CeSAC N°24, 2 de 6 PC, CeSAC N°40, 2 de 4 PC).

El 67% (29) de los equipos no tenía instalado el programa SICESAC. En los CeSAC N° 6, N°14, N°20, N°24, N°40 y N°44 aproximadamente el 50% las PC no lo tenía instalado.

El 51% (22) de ellas no se encontraba en red con el GCBA y el 70% (30) no estaba red con el hospital, con excepción de los CeSAC N°14, N°24, N°31, N°40 y el Área Programática con al menos una PC conectada.

Todas las áreas tenían al menos una PC con acceso a internet, salvo el CeSAC N°19 que no contaba con conexión a internet.

De los 41 monitores con que contaba el Área Programática y sus dependencias, el 76% (31) se encontraba en buen estado, el 20% (8) regular y en un 2% (1) su estado era malo.

El 20% (8) era de pantalla de tubo.

El 22% (9) tenía menos de 1 año de antigüedad, el 12% (5) tenía entre uno y tres años y el 59% (24) superaba los 3 años.

El 54% (22) no indicó los datos de identificación patrimonial.

El 93% (38) se encontraba en uso, con excepción del CeSAC N°20, donde 2 de los 5 monitores no funcionan; y del CeSAC N°24 donde funcionaba 1 de los 5 monitores.

El Área Programática y sus dependencias contaban con 15 impresoras en total.

De los 10 centros de salud, 7 de ellos contaban con una impresora (CeSAC N°6, N°13, N°14, N°18, N°19, N°20 y N°24). El resto de las áreas disponía de 2 impresoras.

El 20% (3) de las impresoras no se hallaba en condiciones de uso. Como consecuencia de ello, el CeSAC N°13 carecía de impresora.

El 67% (10) eran impresoras láser y el 33% restante, de chorro de tinta.

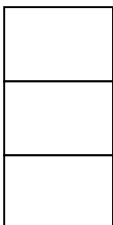
El 7% (1) de las impresoras tenía menos de un año de antigüedad, el 53% (8) entre 1 y 3 años, y el 27% (4) más de 3 años.

El 73% (11) de las impresoras tuvo problemas de suministro de insumos en el período auditado.

El 45% (5) de las áreas informaron que no realizaban backup de la información de las PC (CeSAC N°14, N°19, N°20, N°31 y N°40).

El Área Programática informó que contaba con un sistema de protección ante cortes de energía eléctrica. El resto de las áreas carecía del mismo.

El 91% de las áreas afirmó contar con material en desuso dentro del CeSAC o en el hospital.





El 73% requirió la baja patrimonial por escrito, con excepción de los CeSAC N°20 y N°44.

El 64% (7) de las áreas solicitó la reposición del equipamiento en condiciones de obsolescencia. El 55% (6) no obtuvo respuesta del nivel central.  
**Observación N° 10.13**

**- Hospital Penna**

El Área Programática y los CeSAC N°10 y N°30, no enviaron la información solicitada.

Los CeSAC N°1, N°8, N°16, N°32, N°35 y N°39 contaban con una dotación total de 28 PC (100%).

El CeSAC N°35 poseía el 46% (13) del total.

El 100% de las PC pertenecía al GCBA.

Del 43% (12) de las PC no se informó el dato de registro patrimonial (CeSAC N°1, N°8, N°32 y N°39);

El 61% de las áreas no informó la antigüedad de las PC; de los que sí lo hicieron, en el 21% (6) la antigüedad superaba los 3 años. Los CeSAC N°1 y N°16, 2 de las 3 PC que con las que contaban, la antigüedad superaba los 3 años. En el CeSAC N°39, la totalidad de las PC superaba los 3 años de antigüedad.

El 11% (3) no se encontraba en uso. En el CeSAC N°1 no funcionaban 2 de las 3 PC con las que contaba.

El 93% (26) de los equipos fue evaluado en estado bueno por los usuarios, regular en un caso (3,5%) y malo en un caso (3,5%).

El 29% (8) de los equipos recibía service por parte del personal del hospital; un 25% (7) no aportó datos sobre el mantenimiento del equipo.

El 46% (13) restante, correspondiente al CeSAC N°35, el mantenimiento lo realizaba personal externo.

En el 93% (26) de las PC el sistema operativo y los programas funcionaban bien.

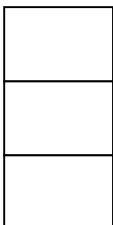
En el 18% (5) de los equipos los programas no funcionaban acorde a las necesidades del área (CeSAC N°1, 2 de 3 PC; CeSAC N°39, el 50% de las PC).

El 54% (15) de los equipos no tenía instalado el programa SICESAC. No obstante, cada CeSAC tenía al menos una PC con ese programa instalado.

El 96% (27) de ellas no se encontraban en red con el GCBA, con excepción del CeSAC N°1 con una PC conectada. El 89% (25) no se hallaba en red con el hospital; el 11% (3) restante no brindó datos sobre el tema.

Todas las áreas contaban con al menos una PC con acceso a internet, salvo el CeSAC N°8 que no contaba con conexión a internet.

De los 28 monitores con que contaban los CeSAC, el 89% (25) se encontraban en buen estado, el 7% (2) regular y en un 4% (1) su estado era



malo (CeSAC N°16, de 3 monitores, 1 en mal estado y 1 regular; CeSAC N°39 el 50% regular).

El 11% (3) de los monitores era de pantalla de tubo.

El 4% (1) tenía menos de 1 año de antigüedad, el 14% (4) tenía entre uno y tres años y el 21% (6) superaba los 3 años.

El 43% (12) no indicó los datos de identificación patrimonial.

El 89% (25) se encontraba en uso. En el caso del CeSAC N°1, 2 de los 3 monitores no funcionaban; en el CeSAC N°16 no funcionaba 1 de los 3 monitores.

Los CeSAC N°8, N°16, N°32, N°35 y N°39 contaban con 9 impresoras en total.

El CeSAC N°1, no informó si contaba con impresoras.

En el CeSAC N°16, 1 de las 2 impresoras que con las que contaba se hallaba fuera de servicio.

El 67% (6) eran impresoras láser y el 33% restante de chorro de tinta.

El 33% (3) de las impresoras tenía entre 1 y 3 años de antigüedad; el 22% (2) más de 3 años.

El 78% (7) de las impresoras tuvo problemas de suministro de insumos en el período auditado.

El 40% (2) de las áreas informaron que no realizaban backup de la información de las PC (CeSAC N°16 y N°35).

El CeSAC N°16 informó que contaba con un sistema de protección ante cortes de energía eléctrica. El resto de las áreas carece del mismo.

El 60% (3) de las áreas afirmó contar con material en desuso dentro del CeSAC. De ellos, el 100% solicitó la baja patrimonial por escrito.

El 60% (3) de las áreas solicitó la reposición del equipamiento en condiciones de obsolescencia. No obtuvieron respuesta desde el nivel central.

**Observación N° 10.13**

**D) Capacitación**

Relevar los cursos y capacitación recibida durante el período 2014 – 2015 por el personal profesional y auxiliar de salud en relación con la problemática ambiental. Capacitación impartida a la población que habita el área de la CMR.

Se analizó la información enviada por los 4 efectores obteniéndose los siguientes resultados.

De las 32 áreas evaluadas (4 Departamentos Área Programática y 28 CeSAC), el 78% (25) informaron haber realizado cursos de capacitación; el 15% (5) no realizaron cursos y el 7% restante (2) no respondieron.

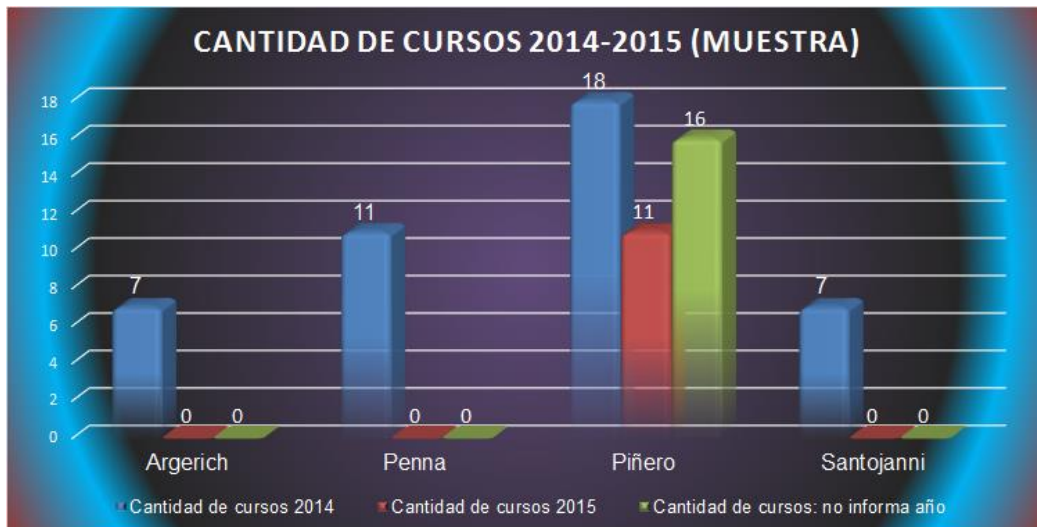




Durante el período auditado, las Áreas Programáticas y sus dependencias realizaron 70 cursos con una carga horaria total de 963 hs.

En el año 2014 se realizaron 43 cursos, y en el 2015, el Hospital Piñero fue el único que informó haber realizado al menos 11 cursos. **Observación N° 11.1**

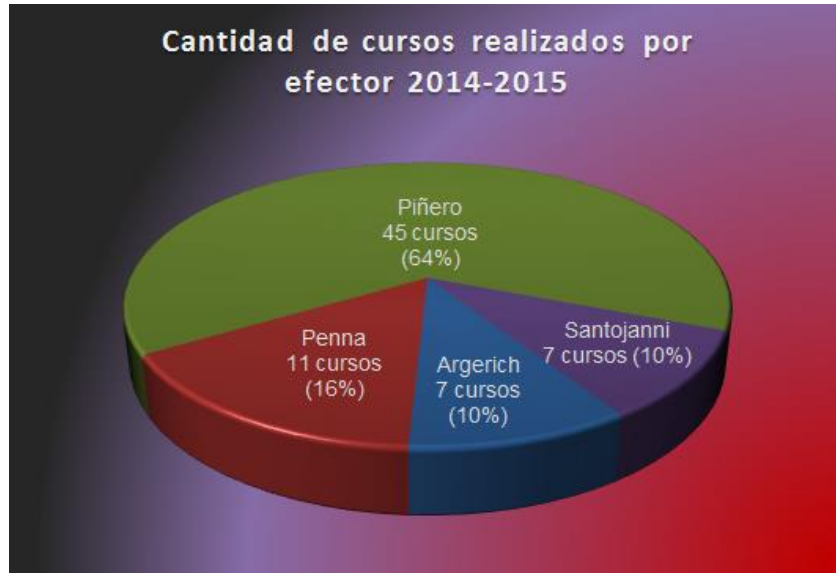
De la información proporcionada por el Hospital Piñero no informó la fecha de 16 cursos realizados (CeSAC N°14 con 12 cursos sin detalle de fecha; CeSAC N°18 y N°20 con un caso cada uno; CeSAC N°24 con 2 casos).



Al analizar las áreas que realizaron mayor capacitación, se destaca el Hospital Piñero con 45 cursos, entre el 2014 y el 2015; lo secunda el Hospital



Penna con 11 cursos. Los 14 restantes fueron efectuados por los hospitales Argerich y Santojanni (7 cursos cada uno).



La carga horaria total (963 hs) se distribuyó entre las siguientes temáticas:

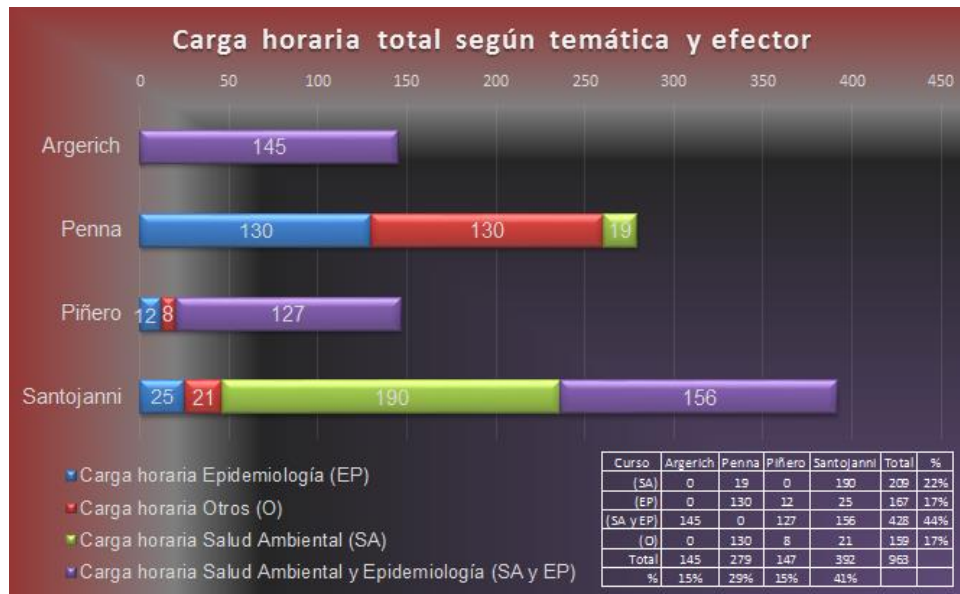
- El 44% (428 hs, 48 cursos) de las horas de capacitación se destinaron en forma conjunta a temáticas relacionadas con Salud Ambiental y Epidemiología.
  - El Hospital Argerich utilizó 145 hs, el Hospital Piñero 127 hs y el Hospital Santojanni 156 hs.
  - El 22% se destinó a capacitación exclusivamente en Salud Ambiental (209 hs, 9 cursos), de las cuales el Hospital Santojanni utilizó 190 hs y el Hospital Penna 19 hs.
  - El 17% de las horas se destinó a capacitación relacionada exclusivamente con Epidemiología (167 hs, 7 cursos), de las cuales el Hospital Penna utilizó 130 hs, el Hospital Piñero 12 hs y el Hospital Santojanni 25 hs.
  - El resto de las horas de capacitación (159 horas, 6 cursos) se destinaron a otras temáticas.
    - Dentro de los cursos dictados se puede mencionar:
      - Salud Ambiental (Marco conceptual, actualización, problemática CMR, Riesgos).
      - Equipos Locales de Salud Ambiental.
      - Atención Primaria de la Salud
      - Metales Pesados y capacitación toxicológica Plomo en sangre (Hospital Penna).
      - Intoxicación con Plomo (Hospital Piñero)



- Intoxicación con Plomo como problemática social; Intoxicación con Plomo en el Barrio Rodrigo Bueno (Hospital Argerich).
- Capacitación PRUNAPE (Hospitales Penna y Argerich).
- Vigilancia Epidemiológica (Hospitales Penna y Piñero).
- Otros: Lactancia Materna, Dengue; Agua Segura, Residuos Patogénicos, Diarreas, Chagas, Contaminación sonora, Parasitosis, Control de Plagas, Enfermedades Respiratorias, Ebola).

Dentro de los cursos de capacitación recibida por parte del plantel de los CeSAC, se puede observar la ausencia de capacitación en Toxicología Ambiental<sup>27</sup>. **Observación N° 11.2**

- De acuerdo a la cantidad total de horas de capacitación que recibió cada efector, el Hospital Santojanni fue quien destinó mayor carga horaria (41%); el Hospital Penna destinó el 29%; y los hospitales Argerich y Piñero un 15% cada uno.

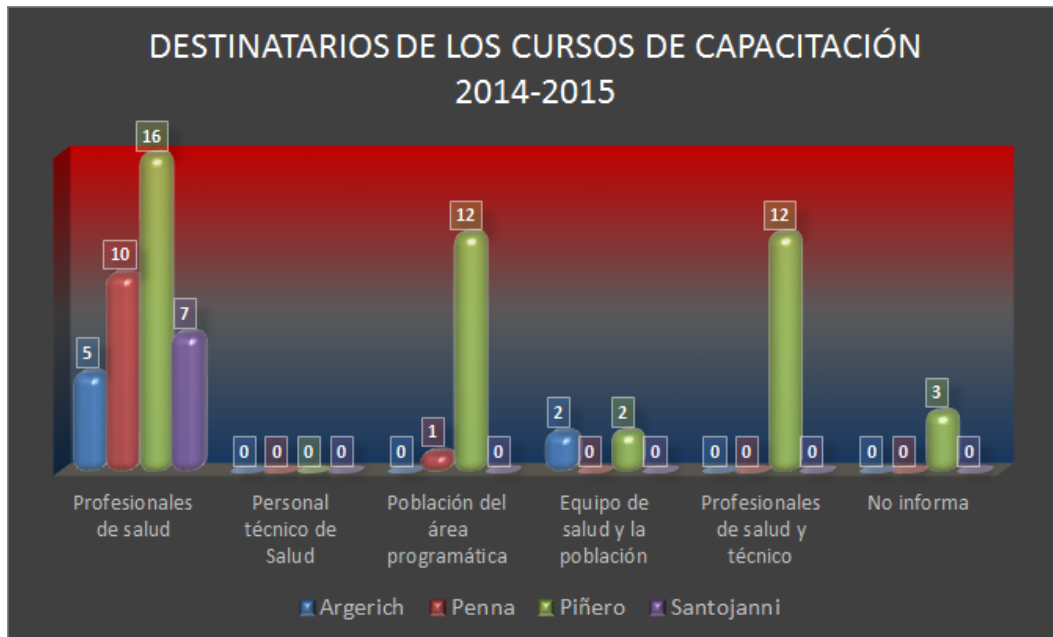


De los 70 cursos de capacitación, el 54% fueron dirigidos a Profesionales de la Salud (38 cursos); el 19% (13) a la población del Área Programática; el 17% (12) a Profesionales de Salud en conjunto con el Cuerpo Técnico de las áreas; el 6% (4) fue dirigido a todo el Equipo de Salud y a la

<sup>27</sup> Toxicología Ambiental: estudia los daños causados al organismo por la exposición a los tóxicos que se encuentran en el medio ambiente. El objetivo principal de la toxicología ambiental es evaluar los impactos que producen en la salud pública la exposición de la población a los tóxicos ambientales presentes en un sitio contaminado. Es conveniente recalcar que se estudian los efectos sobre los humanos, aunque pudieran existir, en el sitio de estudio, otros blancos de los tóxicos tales como microorganismos, plantas, animales, etc.

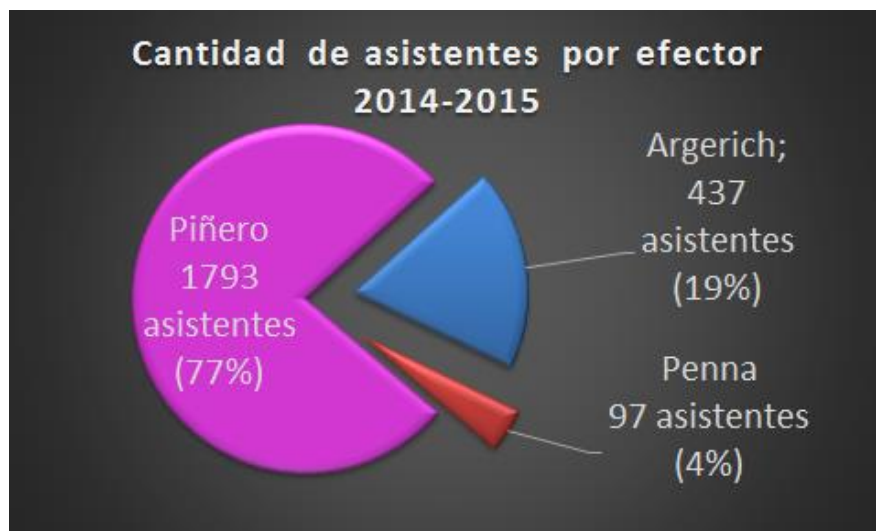


población del Área Programática; el 4% (3) restante fueron cursos que no especificaron a quien habían sido dirigidos. **Observación N° 11.3**



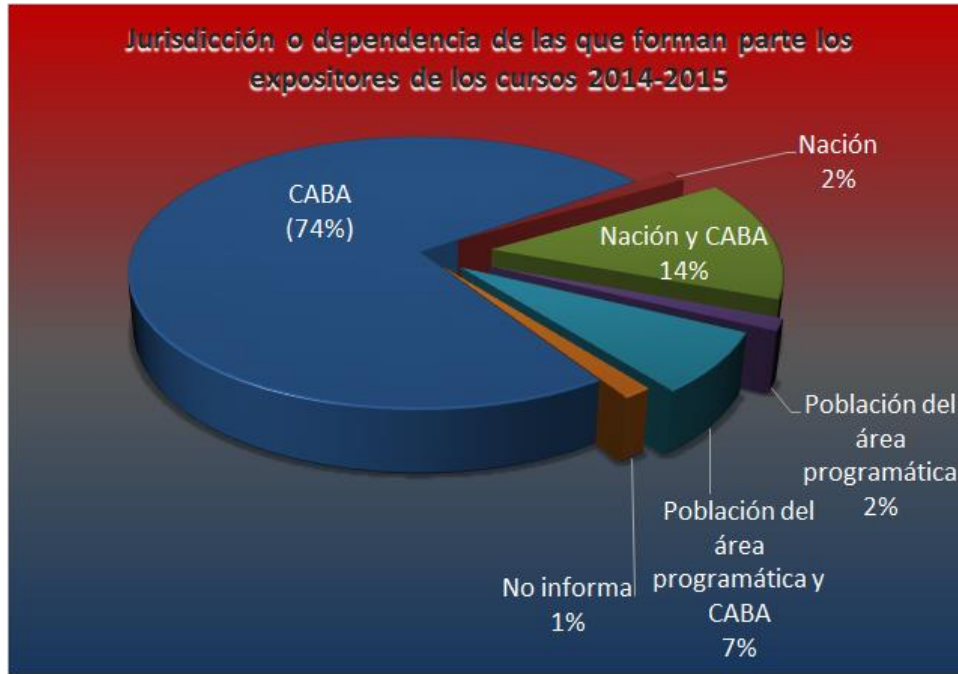
La cantidad de asistentes a los cursos informada fue de 2327. El Hospital Santojanni no informó la cantidad de asistentes a los cursos.

El 77% (1793) de los asistentes correspondían al Hospital Piñero, un 19% (437) al Hospital Argerich y el restante 4% (97) al Hospital Penna.



Los cursos de capacitación se dictaron en los CeSAC en el 56% de los casos; el 19% en los hospitales; un 3% de forma conjunta entre los hospitales y los CeSAC; el 23% en otros.


Los expositores que impartieron los cursos dependían de la CABA en 52 casos; de Nación en 1 caso; de Nación y CABA en forma conjunta en 10 casos; de la población del área programática en 1 caso; de la CABA y la población del área programática en 5 casos; del resto (1 caso) no se informó la dependencia.



## E) Estudios Toxicológicos

Las intoxicaciones ambientales infantiles con Plomo (Pb) son enfermedades de notificación obligatoria bajo la estrategia clínica y de laboratorio, con modalidad individual a través del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS) y el componente laboratorial (SIVILA). La notificación debe ser realizada por el establecimiento que asiste al paciente y por el laboratorio que recibe la muestra sospechosa.

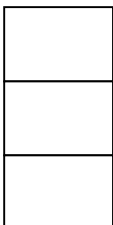
Para el dosaje de Plomo se utilizan dos técnicas de laboratorio:

- Metodología analítica para muestra de sangre capilar y venosa desarrollada en el laboratorio del CeSAC N° 16/USAM CABA-ACUMAR.
- Técnica electroquímica ASV (Anodic Stripping Voltammetry) realizada por el autoanizador de plomo en sangre Leadcare II (Marca: Magellan Diagnostics Inc.)<sup>28</sup>.

Límite de detección: entre 3.3-65 µg/ dl.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Manual autoanizador de plomo en sangre Leadcare II: [http://www.leadcare2.com/getmedia/73ac501b-35e3-4d74-b6a9-9e7fc51adef0/70-6551\\_Rev\\_07\\_User-s\\_Guide\\_LeadCare\\_II\\_\(PRINT\)-1.pdf.aspx](http://www.leadcare2.com/getmedia/73ac501b-35e3-4d74-b6a9-9e7fc51adef0/70-6551_Rev_07_User-s_Guide_LeadCare_II_(PRINT)-1.pdf.aspx).

<sup>29</sup> Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones Ambientales Infantiles con Plomo. Edición 2014. PRECOTOX. MSAL (p. 26-44).



En caso de realizarse el estudio en un laboratorio externo, la muestra es derivada al Hospital Garrahan cuya metodología analítica es por Absorción Atómica para muestra de sangre venosa. Límite inferior de detección: 5.0 µg/dl.<sup>30</sup>

La USAm cuenta con un protocolo de atención para pacientes intoxicados con plomo. Se deberá realizar seguimiento clínico y de laboratorio hasta que el niño tenga dos (2) plombemias consecutivas menores a 5 µg/dl. Obtenido ese resultado el paciente podría ser dado de alta.

Valor	
0-5.0 µg/dl	Reevaluación en 1 año.
5.1-9.9 µg/ dl	Reevaluación en 6 meses
10.0-19.0 µg/ d	Reevaluación en 3 meses
20.0-44.0 µg/ dl	Reevaluación en 1 mes.
≥45.0 µg/ dl	Hospitalización y tratamiento con quelante.

Fuente: USAm

Se solicitó a los efectores objeto de esta auditoría los estudios toxicológicos<sup>31</sup> realizados sobre la población bajo su área programática durante los años 2014-2015.

De los estudios realizados se solicitó se informara: tipo de muestra (sangre, orina, otros); tóxico analizado; lugar dónde fue realizada la determinación (laboratorio del Htal. Garrahan, USAm; otros); resultado; seguimiento del paciente.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- **Hospital Santojanni**

No se realizaron estudios toxicológicos durante el periodo auditado.

- **Hospital Argerich**

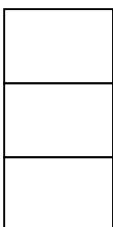
El CeSAC N° 9 informó que no se habían realizado estudios toxicológicos durante el período auditado. El Departamento Área Programática y el CeSAC N° 41 no respondieron a la solicitud realizada.

El CeSAC N° 15 informó que en el año 2014 se realizó una jornada de detección de plomo en sangre en los niños menores de 12 años que habían sido seleccionados a partir de los controles periódicos realizados por el Equipo de Pediatría.

Se realizaron un total de 130 extracciones de sangre a niños/as que asistían al centro de salud, de los cuales 7 obtuvieron un resultado mayor de 5

<sup>30</sup> Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones Ambientales Infantiles con Plomo. Edición 2014. PRECOTOX. MSAL.(p. 26-44).

<sup>31</sup> Tóxicos contemplados en el PSE para su búsqueda: Plomo, Cromo, Mercurio, HACRE, Benceno, Monóxido de carbono, COFA, Endosulfán, Tolueno, otros.





µg/dl. De estos últimos, 2 no pudieron ser localizados para realizar los estudios confirmatorios. De los 5 que sí realizaron el estudio, el resultado fue menor a 5 µg/dl.

Los pacientes que fueron dosados con plomo en sangre realizaron su seguimiento con un control de salud habitual.

Algunos de los niños realizaron la evaluación Psicopedagógica. No se especificó la cantidad de niños que la realizaron.

La responsable del centro de salud informó que en ningún caso fue necesario derivar a pacientes a efectores de mayor complejidad.

Si bien el CeSAC N° 15 no cuenta con un área especial de salud ambiental, tiene conformado un equipo interdisciplinario de trabajo territorial en el Barrio Rodrigo Bueno (equipo ETIRB). Este equipo realiza trabajos y actividades de carácter preventivo sobre salud ambiental.

Con respecto a la USAM la responsable del centro de salud refiere que mantuvo contacto telefónico con la Unidad a través del cual esta última ponía a disposición del centro, las subespecialidades con las que contaban.

En los años 2010 y 2012 desde el Área Programática se realizaron acciones de relevamiento de contaminantes ambientales en el Barrio Rodrigo Bueno. Se conformaron equipos con dos o tres referentes de cada Cesac. Se procedió a la búsqueda fundamentalmente de plomo en sangre. Se presentaron los resultados de dicha investigación en un encuentro en el aula magna del Hospital Argerich invitando a organizaciones sociales, áreas de gobierno, medios periodísticos, entre otros.

- **Hospital Piñero**

Los CeSAC N° 6, 14, 19, 31 y 44 informaron que no se habían realizado estudios toxicológicos durante el período auditado.

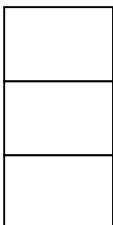
El CeSAC N° 18 informó que se habían enviado al Hospital Garrahan 3 muestras de sangre pertenecientes a pacientes con sospecha de contaminación con Plomo. El resultado de la totalidad de las muestra fue negativo.

Los CeSAC N° 13, 20 y 40 no respondieron a la solicitud realizada.

El CeSAC N° 24 se encuentra trabajando en temas de salud ambiental desde el año 2006.

En el año 2009 se tomaron muestras de suelo y agua subterránea con el fin de evaluar presencia de químicos, encontrándose valores de plomo y mercurio por debajo de los criterios de referencia adoptados para uso residencial del suelo (2mg/kg y 500mg/kg respectivamente). En las muestras de agua subterránea no se detectaron ninguno de los compuestos investigados.

En el año 2014 se realizó un estudio descriptivo transversal, en los Barrios Ramón Carrillo y Lacarra, en niños de 9 meses a 6 años y embarazadas con un mínimo de permanencia de 18 meses en los barrios. El



mismo se organizó junto con el Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud del GCBA.

Se realizó dosaje de plumbemia capilar; cuestionario PRUNAPE<sup>32</sup>; CCPP en niños y niñas menores de 6 años (Cuestionario PRUNAPE Prepesquisa); evaluación clínica (anamnesis sobre exposición a fuentes y ocupación de los padres); Antropometría.

En caso de obtener resultados de plomo capilar mayores de 5 µg/dl se procedió a la extracción de sangre venosa y su posterior traslado con cadena de custodia al Hospital Garrahan.

Para el mencionado estudio fueron citadas 52 personas de las cuales asistieron 42. De ellas, 37 fueron niñas y niños; y 5 eran embarazadas.

De las 42 muestras, la plumbemia capilar fue menor o igual a 5 µg/dl en 35 personas y mayor en 7.

En los pacientes que superaron el valor de 5 µg/dl en la plumbemia capilar se procedió a realizar la confirmación en sangre venosa. De los 7 pacientes, el valor de Pb continuó siendo elevado solo en 2.

La responsable del área informó que tanto el protocolo de la consulta médica como el CCPP eran adjuntados a la HC de los niños y embarazadas evaluadas.

Del informe realizado por el CeSAC surge que:

- las posibles causas evaluadas de la contaminación fueron la presencia de chatarra en la vivienda y la exposición laboral.
- en relación a la evaluación nutricional de los/as niños/as se obtuvieron los siguientes resultados: 29 fueron eutróficos, 5 con sobrepeso y 3 con desnutrición.
- del total de los/as niños/as que asistieron al estudio (37), 32 tenían 6 años o menos. Se les realizó el CCPP siendo los resultados los siguientes: 24 niños/as pasaron la evaluación y 8 no.

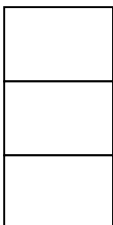
En el año 2015 se realizó una nueva jornada de testeo de Pb y hemoglobina en sangre a niñas/os y embarazadas del área programática en conjunto con el Departamento de Salud Ambiental y la USAm.

Para los estudios fueron citadas 38 personas, 36 eran niños/as y 2 embarazadas. El estudio de plumbemia capilar resultó por debajo de 5 µg/dl en 37 pacientes. En un solo niño el resultado fue mayor a 5 µg/dl.

Con respecto a la detección de hemoglobina en 8 personas los resultados obtenidos se encontraban por debajo de lo esperado, indicando diagnóstico de anemia.

<sup>32</sup> PRUNAPE: es una prueba nacional de pesquisa utilizada para detectar problemas en el desarrollo en niños/as menores de 6 años. El mismo se basa en una serie de preguntas a la madre y pruebas para administrar al niño sobre habilidades motrices finas y gruesas, relaciones sociales, lenguaje y aspectos cognitivos.

Es un test sencillo, de bajo costo, que ha sido construido en la Argentina en el año 2004, en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría “Prof. Dr Juan P, Garrahan.



Se procedió a informar a todas las familias evaluadas sobre las pautas de cuidado necesarias para disminuir las fuentes de exposición a metales pesados, con distintos dispositivos de intervención, tanto en las consultas como en los espacios grupales.

En cuanto al niño que obtuvo un valor de plumbemia superior al esperado, se procedió a la derivación del grupo familiar a la USAM para su posterior control y confirmación. Asimismo, se realizó una entrevista en su domicilio y se completó la hoja pediátrica de pesquisa de riesgo ambiental donde se detectó la presencia de posibles fuentes de contaminación (chatarra en el domicilio, piso de tierra). La madre embarazada, se atendía en el CeSAC N° 44. Se envió la información para su seguimiento.

Los pacientes con anemia fueron tratados por el CeSAC N° 24.

En el año 2016 este CeSAC no pudo realizar jornadas de detección de plumbemia en sangre por falta de insumos para el equipo de detección LEADCARE. El Depto. Área Programática del Hospital Piñero fue notificado de esta situación. **Observación N° 6**

- **Hospital Penna**

Los CeSAC N° 8, 10, 30, 32 y 39 informaron que no se habían realizado estudios toxicológicos durante el período auditado.

El CeSAC N° 1 respondió la solicitud realizada.

El CeSAC N° 16 informó que se habían realizado 6 determinaciones de Pb en muestras de sangre. Las muestras provenían del Htal. Elizalde y fueron enviadas para su análisis al Htal. Garrahan.

De las 6 muestras, 3 arrojaron resultado positivo para Pb en sangre. El seguimiento de estos pacientes estuvo a cargo del CeSAC N° 16 y de la USAm.

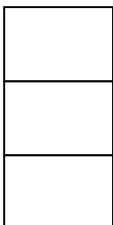
El CeSAC N° 35 cuenta con un equipo de salud ambiental conformado por Médicos Generalistas, Sociólogas, Promotoras de Salud, Trabajadora Social, Fonoaudióloga, Residentes de Educación para la Salud, Medicina General y Familiar. Se reúnen todos los viernes de 9 a 11:30hs.

Este Centro comenzó su trabajo de articulación con ACUMAR en el año 2012 al realizarse la EISAR, y continúa hasta la actualidad.

Para la realización de la EISAR, ACUMAR utilizó como base operativa el CeSAC N° 35. Allí eran citados los pacientes cuyos resultados del dosaje de plumbemia capilar había sido elevado, a los efectos de realizar la extracción de sangre venosa como prueba confirmatoria. Estas muestras eran trasladadas mediante cadena de custodia al Hospital Garrahan.

Durante el desarrollo de la EISAR, el CeSAC no contaba con la base de datos de los pacientes que habían sido evaluados por ACUMAR. Solo podían realizar el seguimiento de aquellos pacientes que concurrían a sus médicos de cabecera para informar sobre los resultados.

En el año 2013 ACUMAR entregó la base de datos con la información recabada en la EISAR.



En el año 2015, el equipo de salud ambiental recorrió el barrio con el fin de localizar a las familias que fueron evaluadas en el año 2012 en el estudio EISAR con valores de plomo mayores a 10 µg/dl. Esta actividad fue realizada en los asentamientos de San Blas, Tres Rosas, La Loma, y sector Cancha Vanulen por el equipo del CeSAC N° 35 y la USAM. Se procedió a citar a las familias localizadas a concurrir al centro para realizar la evaluación nutricional y de desarrollo, junto con el nuevo dosaje de plomo en sangre.

Se realizaron actividades relacionadas con salud ambiental y contaminación con metales pesados en los años 2013, 2014 y 2015. Incluyeron capacitaciones internas relativas a intoxicación por plomo y dengue, relevamiento de criaderos de mosquitos, talleres para la comunidad, entre otros.

El responsable del Centro manifestó que no contaban con un protocolo de atención específico. Las notificaciones por intoxicación con plomo las realizaban mediante las fichas epidemiológicas y eran enviadas al Área Programática del hospital.

El CeSAC N° 35 envió la base de datos con los registros de todos los casos evaluados por las EISAR (2012). La misma estaba conformada por 193 registros.

De ese total, se procedió a la selección de los pacientes a los cuales se les había dosado Pb en sangre. De los 74 casos, se escogieron aquellos pacientes cuyos resultados de plumbemia capilar estuviese por encima de 5µg/dl, obteniéndose 68 registros.

A este total se le aplicó la fórmula muestral que determinó la evaluación de 40 historias clínicas. Se seleccionaron las que contenían valores de plomo capilar más elevado.

De estas 40 historias, a la fecha del procedimiento se hallaron 39.

Se confeccionó una planilla de relevamiento de historias clínicas tomando como protocolo de atención la *“Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones ambientales infantiles con plomo.”* del Ministerio de Salud de la Nación (2014).

Del análisis de las mismas se obtuvieron los siguientes resultados:

- En solo una (1) historia constaba la Hoja de Pesquisa Pediátrica. En las 38 restantes no se halló la mencionada hoja, pero las preguntas que la conforman habían sido incorporadas en la historia clínica familiar.
- Las edades de la población relevada a la fecha del procedimiento<sup>33</sup> eran entre 5 y 13 años.
- De las 39 historias, en 31 se habían realizado controles de salud. En 18 los controles se realizaron durante los años 2015 y 2016 constituyendo lo requerido por la Sociedad Argentina de Pediatría en relación al control anual de salud acorde a su edad.

<sup>33</sup> Diciembre 2016


- En relación a los diagnósticos registrados, 6 presentan patologías relacionadas con el desarrollo como alteraciones del lenguaje, audición, alteraciones en la prueba de PRUNAPE y retraso madurativo.
- Por otro lado se evidencian 6 pacientes con problemas relacionados con la nutrición como anemia, obesidad, baja talla y bajo peso.
- Las historias clínicas cuentan con el registro de una *evaluación nutricional*. Estaba compuesta por una evaluación antropométrica (peso y talla percentilados), y el valor de hemoglobina en pacientes que tenían un valor de plomo en sangre mayor a 5 µg/dl. Esta evaluación se realizó a 31 pacientes de los cuales en 14 de ellos fue de forma completa y en 17 de forma incompleta (solo peso y talla).
- En cuanto a la *evaluación neuroconductual*, se observó que había sido realizada en 16 Historias Clínicas. Esta evaluación se realiza a través de la prueba PRUNAPE, de consultas con neurología realizada en la USAM o en el Hospital Garrahan.
- En 12 historias clínicas figuran resultados de plomo capilar y en 10 la confirmación del resultado con plomo venoso. De ellos, 9 corresponden al año 2015.
- Una historia clínica, además del dosaje en plomo, contaba con el resultado de TTMA (metabolito urinario del benceno).
- En una de las historias clínicas se dejó asentada la solicitud de relocalización del paciente, siendo este uno de los temas pendientes que no había logrado resolverse.
- Se pudo observar que el registro de datos de pacientes evaluados nuevamente durante el año 2015 había mejorado. Esto puede deberse a que, según los entrevistados, la base de datos de ACUMAR-EISAR fue entregada al Centro de Salud un año más tarde de haber sido realizadas las jornadas de evaluación. De esta manera, la información recabada en las EISAR no constaba en las historias clínicas del CeSAC.
- La implementación de las EISAR por parte de ACUMAR sin haberse instrumentado un trabajo conjunto con el CeSAC, generó dificultades para el seguimiento de los pacientes.

Del análisis de la información recabada se pudo concluir que:

- Existe heterogeneidad en la forma de trabajo en los distintos centros de salud relevados sobre el abordaje de la población que fue dosada con plomo, quedando expresado en la articulación diferente de los distintos efectores con la USAM.
- El Ministerio de Salud no cuenta con un protocolo común de atención/abordaje de esta problemática.
- No existe una base de datos unificada a nivel distrital sobre los pacientes que fueron dosados con plomo. Cada centro de salud posee una base de datos propia.



- Si bien se realizan jornadas de prevención y detección de contaminación con plomo y otros metales, por diversas razones se registra de forma variada en las historias clínicas.
- Todos los centros de salud relevados conformaron equipos abocados a salud ambiental trabajando problemáticas que van desde el dengue hasta la detección de intoxicaciones por metales pesados. La amplitud de sus funciones constituye una necesidad de aumentar las horas destinadas a estas tareas ya que son los/las mismos/as trabajadores/as que realizan tareas asistenciales, generando esto una dificultad para ampliar el trabajo territorial que amerita la temática de salud ambiental. **Observación N° 1, 2, 3, 4, 5**
- En relación a los valores de corte establecidos, y entendiendo que algunos estudios reflejan alteraciones neurocognitivas con valores por debajo de lo establecido por las guías nacionales e internacionales, sería necesario realizar actividades de prevención y promoción en las poblaciones que convivan con estos contaminantes a los efectos de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación. Para ello es necesaria la formación y posterior participación de promotores de salud como parte de los equipos territoriales.
- Generar capacitaciones continuas al personal que trabaja en estas zonas para desarrollar una mayor capacidad en la sospecha y detección de patologías ambientales.

## VII) OBSERVACIONES

1. El Ministerio de Salud, a través del área encargada de velar por el cumplimiento de los objetivos del Plan Sanitario de Emergencia (PISA/PSE) en el ámbito de la CABA, no cuenta con información acerca de lo realizado por los efectores que atienden a la población perteneciente a la Cuenca Matanza Riachuelo.
2. El Ministerio de Salud no cuenta con un protocolo común de atención/abordaje de temas relacionados con la salud ambiental.
3. El Ministerio de Salud carece de una base de datos unificada a nivel distrital sobre los pacientes que fueron dosados con plomo.
4. Falta de un área responsable en temas de Salud Ambiental dentro de la estructura hospitalaria.
5. Falta de horas técnico-profesionales en los Centros de salud para dar respuesta a la demanda en los temas relacionados con Salud Ambiental.
6. Falta de insumos para la detección de plomo capilar en la población que habita la Cuenca Matanza Riachuelo (Año 2016).
7. La Actividad 60 correspondiente a la asignación presupuestaria del Depto. Área Programática de los efectores que forman parte de la CMR, financia los mismos recursos e insumos que la Actividad 6 del resto de los efectores. No se observa un incremento presupuestario a los fines de dar cumplimiento al Plan Sanitario de Emergencia.



8. Los CeSAC N°20 y N°44 no realizaron la carga de datos, careciendo de este modo la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud de la información correspondiente.
9. Falta de uniformidad en la carga de datos estadísticos.
10. Equipamiento informático:
  - 10.1. El 46 % del equipamiento informático con el que cuentan los CeSAC supera los 3 años de antigüedad.
  - 10.2. Sólo el 78% de los equipos fueron evaluados en buen estado por los usuarios.
  - 10.3. El 76% de las PC y los programas funcionaban acordes a las necesidades de las áreas.
  - 10.4. El 70% de las PC no tenían instalado el programa SICESAC para la carga de datos.
  - 10.5. No se informó el estado patrimonial del 60% de los equipos.
  - 10.6. El 67% de los equipos no se encontraban en red con el GCBA y el 78% no se hallaba en red con su hospital. Sólo el 85% contaba con conexión a internet.
  - 10.7. Sólo el 83% de los monitores fueron evaluados en buen estado por los usuarios.
  - 10.8. El 19% de las impresoras no se encontraba en uso y sólo el 72% fueron evaluadas en buen estado por los usuarios. El 68% tuvo problemas en el suministro de insumos.
  - 10.9. El 36% de las impresoras presentaba una antigüedad mayor a 3 años, y el 21% no informó el dato sobre la antigüedad.
  - 10.10. Los CeSAC N°4 y N° 13 carecían de impresora en condiciones de uso.
  - 10.11. El 79% de las áreas carecía de un sistema de protección ante cortes de energía eléctrica o UPS. El 57% no realizaba backup de la información contenida en las PC.
  - 10.12. Sólo el 86% de las PC recibía mantenimiento.
  - 10.13. El equipamiento fuera de uso en casi el 100% de los casos no fue repuesto.
11. Cursos de Capacitación
  - 11.1. Los Departamentos Área Programática y CeSAC de los Hospitales Santojanni, Argerich y Penna no enviaron información sobre la capacitación realizada durante el año 2015.
  - 11.2. Del listado de cursos realizados durante los años 2014-2015, no se observó capacitación en toxicología ambiental.
  - 11.3. De los 17 cursos dirigidos a la población, el Hospital Piñero dictó el 82%, el Hospital Argerich el 12% y el Hospital el Penna el 6% restante. El Hospital Santojanni no dictó ningún curso a la comunidad sobre temas ambientales.
12. Falta de llamado a concurso de cargos vacantes y efectivización de los nombramientos.



13. La falta de personal Administrativo capacitado dificulta el registro adecuado de la información

## VIII) RECOMENDACIONES

- El Ministerio de Salud deberá implementar un procedimiento que le permita monitorear el cumplimiento de lo establecido por el PISA/PSE en relación a la atención de la población perteneciente a la CMR.
- El Ministerio de Salud debe contar con un protocolo para la atención y el abordaje de temas relacionados con la salud ambiental. Asimismo es de suma importancia contar con una base de datos unificada a nivel distrital sobre los pacientes que fueron dosados con plomo.
- Incorporar dentro de la estructura hospitalaria un área responsable en temas de Salud Ambiental.
- Asignar horas técnico-profesionales en los Centros de Salud a los efectos de dar respuesta a la demanda en temas relacionados con Salud Ambiental.
- Establecer un aumento presupuestario en la Actividad 60 que permita desarrollar los componentes especificados dentro del PSE.
- Contar con mecanismos que garanticen la provisión de insumos necesarios para el dosaje de tóxicos en la población de la CMR.
- Generar mecanismos que permitan la carga en tiempo y forma de los datos estadísticos. Las áreas involucradas deberán contar con el recurso humano y tecnológico adecuado para dar respuesta a lo solicitado.
- Actualizar y equipar a los servicios de computadoras, impresoras y programas unificados y conectados en redes que permita una adecuada carga de datos y el control de la gestión.
- Implementar un plan de capacitación que brinde herramientas que permitan al personal que se desempeña en el área de influencia de la CMR desarrollar una mayor capacidad en la sospecha y detección de patologías ambientales.

## IV) CONCLUSION

El sitio donde un ser humano nace, crece, vive y trabaja influye en las probabilidades que tendrá de vivir una vida sana. La vulnerabilidad individual y grupal, determinarán el grado en que los riesgos ambientales afectarán la salud y el bienestar de la población.

El objeto del presente proyecto se centró en analizar los componentes del Plan Sanitario de Emergencia en los efectores de salud de la CABA en el





área geográfica de la Cuenca Matanza Riachuelo. Este plan tiene como finalidad mejorar la salud de los habitantes de la CMR. Su propósito es protegerla minimizando el impacto sobre la salud de las diversas amenazas detectadas, poniendo énfasis en las poblaciones más vulnerables y generando acciones para la recuperación de la salud y la prevención.

A través de la Ley N° 3947<sup>34</sup> la Ciudad Autónoma de Buenos Aires declaró la emergencia social, urbanística, ambiental y sanitaria de la Cuenca Matanza Riachuelo cuya finalidad era la de asegurar un ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano presente y de las generaciones futuras. Dentro de las acciones que debe realizar, destacó el desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud; la formación de Centros de Salud Ambiental con la participación de profesionales expertos en la materia; llevar un registro específico que comprenda las consultas o atenciones médicas relacionadas con la problemática socio- ambiental. El mismo debe contener los datos generales del paciente, zona de residencia y las características o patologías de las afecciones atendidas.

El art 3° de la mencionada ley establece como prioritarias las acciones tendientes a asegurar el cumplimiento de las obligaciones y metas contempladas en el Plan Integral de Saneamiento Ambiental (PISA), acordado en el ámbito de la Autoridad de la Cuenca Matanza-Riachuelo.

Dentro de este plan integral se encuentra el Plan Sanitario de Emergencia (PSE).

Para ello, se planteó el cumplimiento de los siguientes objetivos estratégicos entre otros:

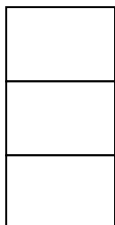
- Fortalecer la identificación de los posibles daños ocasionados en las personas y comunidades devenidos como consecuencia de la contaminación producida sobre la CMR.
- Reforzar las redes sanitarias intervinientes en la recuperación de la salud, para aquellas personas o comunidades afectadas en el ámbito de la CMR.

A pesar de contar con normativa específica en la materia, el Ministerio de Salud a través del área encargada de velar por el cumplimiento de los objetivos del Plan Sanitario de Emergencia carece de información acerca de lo realizado por los efectores que atienden a la población perteneciente a la Cuenca Matanza Riachuelo.

Asimismo, la falta de un protocolo común de atención/abordaje de temas relacionados con la salud ambiental dificulta la identificación de posibles casos de contaminación de la población que habita la CMR.

La capacitación en temas relacionados con la salud ambiental, como así también la formación en toxicología ambiental facilitarían el diagnóstico precoz de patologías relacionadas con la contaminación ambiental.

<sup>34</sup> Ley N° 3.947. Sancionada el 06/10/2011 y promulgada el 21/11/2011.



La creación de un área de salud ambiental dentro de la estructura hospitalaria, como así también la asignación de horas técnico/profesionales permitiría trabajar con mayor profundidad en el tema.

La insuficiente cantidad de recursos disponibles (profesionales, técnicos, administrativos, equipamiento informático, insumos para la detección de contaminantes) afecta el cumplimiento de los componentes establecidos en el PSE.

No obstante haber declarado la emergencia ambiental en el ámbito de la CMR y haber suscripto al PSE, la jurisdicción 40 no cuenta con una asignación presupuestaria específica dado que la actividad 60 financia los mismos recursos que la actividad 6 correspondientes al resto de los CeSAC de la CABA.


**ANEXO I**

<b>Códigos del SICeSAC para Salud Ambiental</b>		Departamento de Salud Ambiental	Dirección General de Redes y Programas Ministerio de Salud
<b>CÓDIGO SICeSAC</b>	<b>TEXTO Y CÓDIGO CIE 10</b>	<b>CÓDIGO SICeSAC</b>	<b>TEXTO Y CÓDIGO CIE 10</b>
<b>ENFERMEDADES INFECCIOSAS GASTROINTESTINALES</b>		<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AMBIENTE</b>	
0019	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	832	Exposición a factores de riesgo ocupacional y del ambiente físico
002	Infecciones intestinales debidas a Salmonella (A01-A02)	8320	Exposición al ruido
003	Infecciones intestinales bacilares y bacterianas (A03; A04)	8321	Exposición al aire contaminado
0049	Demás intoxicaciones alimentarias bacterianas y las SE	8322	Exposición al agua contaminada
0051	Giardiasis	8323	Exposición al suelo contaminado
0059	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios y las SE	8324	Exposición a la radiación
0804	Teniasis	8325	Exposición a otros contaminantes del ambiente físico
0805	Ascariasis	8326	Suministro inadecuado de agua potable
0806	Enterobiasis/Oxiuriasis	8328	Otros problemas relacionados con factores de riesgo ocupacional y con el ambiente físico
0809	Demás helmintiasis (B66;B68-B74;B76-B83)	8329	Problemas no especificados relacionados a factores de riesgo ocupacional y con el ambiente físico
<b>HEPATITIS</b>		T508	Intoxicación por Cromo
0600	Hepatitis tipo A (B15)	T560	Intoxicación por Plomo
0605	Hepatitis virales agudas especificadas (B17;B)	T561	Intoxicación por Mercurio
0609	Hepatitis viral sin especificar (B19)	T521	Intoxicación por Benceno
<b>ECTOPARASITOSIS E INFECCIONES DE PIEL</b>		T522	Intoxicación por Tolueno
085	Pediculosis y oñitriasis (B85)	T58	Intoxicación por Monóxido de Carbono
086	Escabiosis (B86)	T570	Intoxicación por Arsénico en agua de consumo
087	Miasis (B87)	T602	Intoxicación por Pesticidas agrícolas
451	Impétigo y otras infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L01;L03;L08)	<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA</b>	
<b>ENFERMEDADES DE LA SANGRE</b>		Z591	Problemas relacionados con vivienda inadecuada (Ambiente insatisfactorio, hacinamiento)
128	Anemias aplásticas y otras anemias (D60-64)	Z595	Circunstancias legales relacionadas con la vivienda Desalojo compulsivo, problemas con acreedores
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>		Z596	Pérdida de vivienda por catástrofe (Incendio, inundación, derrumbe)
413	Bronquitis aguda (J20)	Z597	Problemas por la tenencia de la vivienda ubicada en terreno fiscal o privado
414	Bronquiolitis aguda y NE (J21)	<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL TABACO</b>	
415	Infección aguda NE de las vías respiratorias inferiores(J22)	Z716	Consulta para asesoría por el uso de tabaco
417	Bronquitis NE y bronquitis crónica (J40-J42)	Z720	Problemas relacionados con el uso del tabaco
4181	Bronquitis obstructiva recurrente/a repetición /recidivante/BOR	<b>ZOONOSIS BACTERIANAS</b>	
4189	Enfisema y otras enfermedades pulmonares crónicas(J43-44)	0154	Leptospirosis (A27)
419	Asma y estado asmático (J45-46)	0159	Otras zoonosis bacterianas
420	Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos(J60-J70)	<b>FIEBRES VIRALES - VECTORIZADAS</b>	
<b>CAUSAS EXTERNAS</b>		050	Dengue [dengue clásico] y hemorrágico (A90-A91)
7586	Efecto tóxico de otras sustancias nocivas ingeridas como alimentos (T62)	0510	Fiebre amarilla (A95)
7587	Efecto tóxico del contacto con animales venenosos (T63)	0511	Fiebre hemorrágica de Junin (A96.0)
2053	Mordedura de Roedor (W53)	0512	Enfermedad del virus Hantaan (A98.5)
2054	Mordedura de Murciélago	0519	Otras fiebres virales transmitidas por mosquitos, artrópodos y fiebres virales hemorrágicas
<b>Para mayor información</b>		<b>ENFERMEDADES PROTOZOARIAS</b>	
<b>Departamento de Salud Ambiental:</b> Av. Díaz Vélez 4821, CABA		075	Paludismo [malaria] (B50)
Tel.: 4958-9953 / salud_ambiental@buenosaires.gov.ar		076	Chagas, Enfermedad de (B57)
		0790	Leishmaniasis (B55)

## Anexo II

### Encuesta sobre auto percepción de salud y utilización del sistema de salud

Encuestador: \_\_\_\_\_ Encuesta N° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

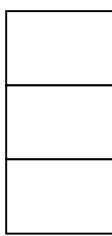
I. DOMICILIO 

Calle y N°	Plata	Núcleo	Piso	Depro/UF	Teléfono
------------	-------	--------	------	----------	----------

? En qué barrio vivía antes de vivir aquí? [ ] Villa 2124 - [ ] El Pueblo - [ ] Magaldi - [ ] Luján - [ ] Otro (NO REALIZAR ENCUESTA)



N° de persona	MH.9. ¿En dónde nació?					MH.10. ¿Desde cuándo vive en esta vivienda?	MH.11. ¿Tiene...		MH.3. Relación de parentesco con el jefe/a del hogar	MH.4. Edad (en años cumplidos: para menores de 1 año poner "meses")	MH.5. Sexo 1. Varón 2. Mujer	MH.6. ¿Sabe leer y escribir? 1. Si 2. No	MH.7. ¿Asiste o asistió a un estudio educativo? 1. Asiste 2. Asistió 3. Nunca asistió	MH.8. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que cursa o cursó? 01. Jardín/Preescolar incomp. 02. Jardín/Preescolar comp. 03. Prim. incomp. 04. Prim. comp. 05. Sec. incomp. 06. Terc. comp. 07. Terc. incomp. 08. Terc. comp. 09. Univ. incomp. 10. Univ. comp. 11. Educación especial
	1. En esta ciudad/localidad	2. Otra localidad (Especificar)	3. Otra Provincia (Especificar)	4. Otro país (Especificar)	5. Otro país (Especificar)		Ticket social?	Ciudadanía Pertenencia?						



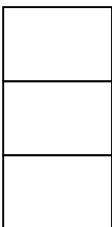
“2017, Año de las Energías Renovables”

TRABAJO (TH) PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR DE 15 AÑOS Y MÁS

Nº de preguntas	TH.1. La semana pasada ¿en qué situación se encontró?	TH.2. La semana pasada ¿tenía empleo/ocupación?	TH.3. En el trabajo/ocupación principal Ud. es...	TH.4. ¿A qué se dedica el establecimiento donde trabaja? (o su ocupación principal) (o leer op.)	TH.5. ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente entre todos sus empleos/ocupaciones?	TH.6. ¿Dónde se encuentra el lugar donde trabaja?
1	1. Trabajó por lo menos una hora	1. Un solo empleo/ocupación	01. Trabajo asalariado del sector público	01. Actividades primarias	1. menos de 35 hs	1. En su propia casa
2	2. Sin trabajar pero con empleo	2. Dos empleos/ocupaciones	02. Trabajo asalariado sin Depto. jubilatorios	02. Industrias manufactureras	2. entre 35 y 45 hs	2. En otra localidad pero dentro del Municipio
3	3. Buscando trabajo	3. Tres o más ocupaciones	03. Trabajo asalariado sin Depto. jubilatorios	03. Comercio y comunicaciones	3. más de 45 hs	3. En otro Municipio
4	4. Solo en retiro o jubilación		04. Trabajo cuenta propia sin empleados	04. Servicios de salud		4. En otro Municipio
5	5. Ana de casa		05. Trabajando familiar sin remuneración	05. Alojamiento y restaurantes		5. ¿Cuál? 5. Cambia de lugar/itinerante, trabaja en diversos lugares
6	6. Solo estudiando		06. Trabajador patronal, empresario	06. Comercio		
7	7. Otro trabajo		07. Trabajo informal (chungas, artesano)	07. Hoteles y restaurantes		
8	8. Otra situación (tras 3 a 8: pase a bloque Salud)		08. Trabajador patronal, empresario	08. Servicios financieros, inmobiliarios, empresariales		
			09. Trabajo informal (chungas, artesano)	09. Administración pública, defensa y seguridad social		
			10. Otra Especializar	10. Enseñanza		
				11. Servicios sociales		
				12. Servicio doméstico		
				13. Recuperadores urbanos		
				14. Otras ramas		

SALUD: “Ahora nos gustaría profundizar sobre la percepción que usted tiene de su salud, problemas padecidos y medidas adoptadas.”

Nº de preguntas	S1. De cero a diez, ¿cómo calificaría su estado de salud?	S2. ¿Cómo diría que es su estado de salud comparado con como era antes de ser alcanzado?	S3. En el último año, ¿por problemas de salud, ¿usted ha reducido o limitado por 15 días o más algunas de las siguientes actividades?	S4. ¿Tiene alguna de estas dificultades o limitaciones permanentes? (Múltiple)
1	1. Mucho mejor	1. Mucho mejor	1. Tiempo libre	1. Ver a especialistas o lentes nuevos
2	2. Algo mejor	2. Algo mejor	2. Concurrer a la escuela	2. Oír lo que se dice
3	3. Igual	3. Igual	3. Concurrer al trabajo	3. Caminar
4	4. Algo peor	4. Algo peor	4. De autonomía personal (higiene, salir solo/a)	4. Agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos
5	5. Mucho peor	5. Mucho peor	5. Ninguna	5. Entender y/o aprender
6			6. De autonomía personal (higiene, salir solo/a)	6. Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales
7			7. Ninguna	7. Hablar
8			8. De autonomía personal (higiene, salir solo/a)	8. Lavarse, vestirse y/o alimentarse por sí mismo
9			9. Ninguna	9. No tiene dificultad o limitación permanente
10			10. De autonomía personal (higiene, salir solo/a)	
11			11. Ninguna	
12			12. De autonomía personal (higiene, salir solo/a)	
13			13. Ninguna	
14			14. De autonomía personal (higiene, salir solo/a)	
15			15. Ninguna	



“2017, Año de las Energías Renovables”

N° de persona	S5. Durante el último año ha tenido o tiene alguno/s de los siguientes problemas de salud? [ver listado] (Múltiple)		S6. ¿Consultó en el último año?		S7. ¿Por qué no consultó?		S8. ¿Por qué no consultó?		S9. ¿Está o estuvo en tratamiento por ese problema?		S10. ¿Donde?	
	No	SI	Especifique enfermedad	SI → S7. ¿Dónde consultó?	No → S8. ¿Por qué no consultó?	No → S8. ¿Por qué no consultó?	S9. ¿Está o estuvo en tratamiento por ese problema?	SI → S10. ¿Donde?	No → S11. ¿Por qué no está en tratamiento?	S10. ¿Donde?	No → S11. ¿Por qué no está en tratamiento?	S11. ¿Por qué no está en tratamiento?

N° de persona	S12. ¿Le prescribieron medicamentos?		S13. ¿Tomó los medicamentos?		S14. ¿Por qué no los tomó?		S15. ¿Tuvo que pagar?		S16. ¿Le indicaron análisis o estudios?		S17. ¿Los realizó?		S18. ¿Por qué no realizó?		S19. ¿Tuvo que pagar?		S20. ¿Tuvo alguna dificultad en la atención? ¿Cuáles? (no leer op-ciones)		
	No	SI	No	SI	No → S14. ¿Por qué no los tomó? (no leer op. marcar)	No	SI	No → S16. ¿Le indicaron análisis o estudios?	No	SI	No → S17. ¿Los realizó?	No	SI	No → S18. ¿Por qué no realizó? (no leer op. marcar)	No	SI	No → S19. ¿Tuvo que pagar?	No	SI

--	--	--

**“2017, Año de las Energías Renovables”**

**EMBARAZO Solo para mujeres**

Nº de پرسوننا	S21. ¿Está o estuvo embarazada (desde que se relocalizaron)?	S22. ¿Durante el embarazo de su último hijo le realizaron algún control?	S23. ¿Cuál fue el motivo principal por el cual no se realizó ningún control?	S24. ¿Cuánto tiempo antes del parto le realizaron el primer control?	S25. ¿Dónde realizaron el primer control?	S26. En total, ¿cuántos controles tuvo durante el embarazo?	S27. (Para quienes ya parieron y respondieron de S24) ¿Cuántos controles tuvo durante el embarazo?	S28. ¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo?	S29. ¿Cuál?	S30. ¿Tuvo alguna complicación durante el parto?	S31. ¿Cuál?	S32. El parto fue...	S33. En qué lugar tuvo el parto?	S34. ¿Hubo nacidos vivos de menos de 2,5kg?	S35. ¿Se realizó Ud. un control de salud post-parto?	
	1. NO 2. SI ESTÁ	NO SÍ	S23. ¿Cuál fue el motivo principal por el cual no se realizó ningún control? 1. No le pareció importante. 2. No tenía tiempo. 3. Tardan mucho en atenderla. 4. Perdía o le descontaban horas de trabajo. 5. Le quedaba lejos. 6. No tenía dinero. 7. Fue y no la atendieron. 8. La atención era mala. 9. Otro (especificar).	S24. ¿Cuánto tiempo antes del parto le realizaron el primer control? 1. No le pareció importante. 2. No tenía tiempo. 3. Tardan mucho en atenderla. 4. Perdía o le descontaban horas de trabajo. 5. Le quedaba lejos. 6. No tenía dinero. 7. Fue y no la atendieron. 8. La atención era mala. 9. Otro (especificar).	S25. ¿Dónde realizaron el primer control? 1. Hospital/Clinica Privada (Ober-Salud). 2. Centro de Salud (CeSAC/ Unidad Sanitaria/ Med de Cabeceera / CMB (especificar)). 3. Hospital Público (especificar). 4. Otro (especificar).	S26. En total, ¿cuántos controles tuvo durante el embarazo? 1. Uno a cuatro 2. Cinco o más	S27. (Para quienes ya parieron y respondieron de S24) ¿Cuántos controles tuvo durante el embarazo? 1. No le pareció importante. 2. No sabía que tenía que hacer más controles. 3. No tenía tiempo. 4. Tardan mucho en atenderla. 5. Perdía o le descontaban horas de trabajo. 6. Le quedaba lejos. 7. No tenía dinero. 8. Fue y no la atendieron. 9. La atención era mala. 10. Otro (especificar).	S28. ¿Tuvo alguna complicación durante el embarazo? SI NO	S29. ¿Cuál?	S30. ¿Tuvo alguna complicación durante el parto? SI NO	S31. ¿Cuál?	S32. El parto fue... 1. natural 2. Forzeps 3. Cesárea 4. NS/NC	S33. En qué lugar tuvo el parto? 1. Hospital/Clinica Privada (Ober-Salud/Obra Social). 2. Centro de Salud (CeSAC)/Unidad Sanitaria/ Med de Cabeceera / CMB (espec.). 3. Hosp. Público (espec.). 4. Otro (espec.).	S34. ¿Hubo nacidos vivos de menos de 2,5kg? 1. SI 2. NO	S35. ¿Se realizó Ud. un control de salud post-parto? SI NO	S36. ¿Dónde? 1. Hospital/Clinica Privada (Ober-Salud/Obra Social). 2. Centro de Salud (CeSAC)/Unidad Sanitaria/ Med de Cabeceera / CMB (espec.). 3. Hosp. Público (espec.). 4. Otro (espec.).


“2017, Año de las Energías Renovables”

**CENTROS DE SALUD**

S37. ¿Conoce los Centros de Salud y hospitales cercanos? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ S38. ¿Ud. o su familia se han atendido allí? \_\_\_\_\_

S39. ¿Participaron de alguna actividad del Centro de Salud (charlas, posta de vacunación, etc.) que se haya realizado acá en el barrio? \_\_\_\_\_

S40. ¿Retiran leche de algún Cesac? [ ] No [ ] Sí → S41. ¿De cuál? \_\_\_\_\_

S42. ¿Usted o su familia han necesitado un servicio de urgencia (ambulancia, bomberos, etc.)? [ ] No [ ] Sí → S43. ¿Tuvo alguna dificultad? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

S44. ¿Desde que se relocalizaron, falleció alguna persona del hogar? [ ] No [ ] Sí S45. ¿Cuál fue la causa? \_\_\_\_\_ S46. ¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

**CONTROLES DE SALUD (niños 0 a 18 años)**

Nº	S47. ¿Realizan controles de salud en forma habitual?	S48. ¿Adecuado?	S49. ¿Dónde?
	SI [ ]	[ ]	1. Consultorio particular, Clínica Privada, 2. Social, 3. Centro de Salud (Cesac), Unidad Sanitaria, Med. de Cabecera / CMB (espec.), 4. Otro (específico).

**EDUCACION: Para cada miembro del hogar en edad escolar (5 a 18 años)**

Nº	Per	SI	NO
	Et. ¿Asiste a la escuela?	E3. ¿Cerca de su casa o en la escuela? (si saben agregar al cual)	E4. ¿Oquiso cambiar de escuela luego de relocalizarse?
			E5. ¿Tiene o tuvo dificultad para el acceso? ¿Cuáles?
			E6. ¿Por qué no asiste?

**ASPECTOS AMBIENTALES (AA)**

A1. ¿Cuántos ambientes tiene la vivienda en total? (Sin contar baños, cocina, pasillos, lavadero, garage) \_\_\_\_\_ A2. ¿Cuántos se usan para dormir? \_\_\_\_\_

A3. ¿Está conforme con la vivienda? [ ] No [ ] Sí A4. ¿Por qué? \_\_\_\_\_

A5. ¿Cuántas personas fuman habitualmente dentro de la vivienda? \_\_\_\_\_ A7. ¿Usa plaguicidas? [ ] No [ ] Sí

A6. ¿Hay en su casa...? [ ] Pulgas [ ] Cucarachas [ ] ratas [ ] hormigas [ ] palomas [ ] Otros \_\_\_\_\_

A8. ¿Con qué frecuencia ventila la vivienda? 1. Siempre (todos los días), 2. A veces (algunos días de la semana), 3. Nunca \_\_\_\_\_

A9. ¿Tienen animales en el hogar? [ ] No [ ] Sí A10. ¿Qué animales tienen? \_\_\_\_\_

A11. Por favor indique cuáles son las mejoras que más hacen falta en su barrio (TARJETA N°1) \_\_\_\_\_

A12. Por favor indique cuáles son los tres problemas más graves en su barrio (TARJETA N°2) \_\_\_\_\_

A13. ¿Cómo modificó a su vida ya de su familia el haber sido trasladados? \_\_\_\_\_

A14. ¿Qué aspectos positivos podría señalar? \_\_\_\_\_

Observaciones (del encuestador): \_\_\_\_\_

