

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Con informe ejecutivo

Proyecto N° 3.09.08
Gestión del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna
Período 2008

Buenos Aires, Mayo de 2009

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

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

Presidenta:

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales:

Dr. Santiago de Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Lic. Josefa Prada

Dr. Juan Carlos Toso

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.09.08

NOMBRE DEL PROYECTO: Gestión del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna

PERÍODO BAJO EXÁMEN: 2008

EQUIPO DESIGNADO: Director de Proyecto: Dr. C.P. Pedro Cottone -
A cargo de Tareas de Campo: Dra. C.P. Patricia Campana

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Diciembre de 2009.							
Código del Proyecto	3.09.08							
Denominación del Proyecto	Gestión del Hospital General de Agudos Dr. José Maria Penna							
Período examinado	Año 2008							
Objetivo de la auditoria	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna.							
Presupuesto Devengado 2008 (expresado en pesos)	Juris	U E	Prog	Inc	Sanción	Vigente	Definitivo	Devengado
	40	425	52	1	65.750.202,00	90.410.130,00	90.404.260,20	90.404.260,20
	40	425	52	2	8.512.718,00	8.711.807,00	8.440.667,17	8.305.690,12
	40	425	52	3	6.598.359,00	7.540.494,00	7.371.077,81	7.344.856,64
	40	425	52	4	50.000,00	2.738.931,00	2.610.379,57	2.610.379,57
	Total				80.911.279,00	109.401.362,00	108.826.384,75	108.665.186,53
Limitaciones al alcance	1. No fue posible calcular el indicador “Tiempo de Espera Quirúrgico” dado que, el Hospital no confecciona Historias Clínicas de Consultorio Externo que posibiliten la obtención del dato “fecha de diagnóstico”.							
	Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato “Tiempo Máximo de Espera Quirúrgica por Patología”, información clave para la planificación de la actividad quirúrgica.							
	2. No fue posible estimar la pérdida de la facturación por prestaciones (consultas y prácticas) a pacientes con obra social asistidos en forma ambulatoria por la Guardia, dado que los mismos no tienen una historia clínica que revele la información asistencial brindada, y no hay personal administrativo asignado a la detección de la obra social.							
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 24 de Agosto de 2009 y el 29 de Noviembre de 2009.							
Aclaraciones previas	La población asistida por el Hospital Dr. José M. Penna, se caracteriza por ser predominantemente pobre y de alto riesgo sanitario. El consumo de drogas y alcohol, la violencia, la alta incidencia de las enfermedades sociales, son algunos flagelos que azotan a esta población.							

Por su parte, la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires Nº 153, en su art. 14 destaca la importancia de las problemáticas sociales, al establecer como objetivos del subsector estatal de salud, la contribución a la disminución de los desequilibrios sociales, priorizando la población más vulnerable, desarrollando políticas integrales de adicciones, violencia urbana, violencia familiar, entre otras.

En este sentido, se intenta evaluar la intervención del equipo de salud en las problemáticas socio-sanitarias desde diferentes aspectos; analizando por un lado, la complejidad de los nuevos escenarios donde la intervención se aplica, y por otro lado, los obstáculos que surgen a partir de las diferentes intervenciones.

El primer eje abordado, fue la atención de la población en situación de calle. Se analizaron, entre otros, 13 casos correspondientes a pacientes adultos con problemas sociales, internados más de dos meses con alta médica durante el año 2008.

Para el abordaje de esta temática, se aplicó el diseño metodológico de la investigación cualitativa, a través del estudio de caso. El estudio de caso, permitió capturar información acerca de la conducta del individuo y de la institución estudiada. Reveló una diversidad de información que enriqueció el análisis.

En el estudio se expresaron situaciones singulares de individuos, lo que significa que si bien no pueden generalizarse sus conclusiones, dieron cuenta de una realidad compleja que cuestiona el orden institucional y las formas de asistencia actuales.

Los principales hallazgos fueron:

- El 61,53% de los pacientes (8 casos), viven en una pieza que les presta un familiar o en una pensión; el 38,47% restante (5 casos) viven en la vía pública. Estos últimos casos, no tienen ninguna vinculación familiar o social.
- A pesar de la multiplicidad de acciones que realiza el hospital, prevalece la falta de respuesta de las derivaciones a instituciones afines; 9 casos que representan el 69,23% no pudieron ser derivados. De éstos, el 55,56% (5 casos), fallecieron en el hospital.
- El promedio de días de internación de pacientes en condiciones de alta médica, fue de 135 días, con un máximo de 335 días y un mínimo de 61 días. Cabe señalar, que el período de permanencia hospitalaria prolongado, aumenta el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias al mismo tiempo que incrementa el deterioro de la calidad de vida.

	• Asimismo, estos pacientes sufren vulneración de su derecho a una vida digna en un ambiente acorde a su estado. Su permanencia en el hospital, vulnera además, el derecho de otros pacientes que necesitan internación y sufren demoras por falta de camas. Tal situación afecta también, a los equipos de salud (generando tensiones y malestares) dada la necesidad de desocupar camas, por la demanda existente. • El 53,85% de los casos fueron internados en las Salas de Clínica Médica (7 casos), mientras que el 46,15% permanecieron internados en la Guardia del Hospital (6 casos). • Vale decir, que 7 camas del Servicio de Clínica Médica (que representa el 15,56% del total de camas de esa área¹) y 6 camas del Servicio de Guardia (que representan el 31,57% del total de camas de esa área²) fueron ocupadas en promedio 135 días por personas que no presentaban problemas de salud. En relación a la violencia (problemática que apasiona y preocupa) se intentó dar cuenta de la problemática existente -al menos en esta zona geográfica donde la población vulnerable es alta-, a la vez que proponer canales de acciones, direccionando posibles soluciones. El análisis realizado se encuadra en el campo de la investigación social, utilizando el referencial metodológico de la investigación cualitativa. No obstante, para la recolección de datos, se combinó dicha técnica con la investigación cuantitativa, ya que se utilizaron como fuente de datos las historias clínicas (40 casos de síndrome de mujer maltratada), como también información estadística de distinta índole. Los principales hallazgos fueron: • Del aporte de los datos demográficos se puede inferir, que la problemática de violencia, no es exclusivo de las clases sociales más pobres. • El 30% de las pacientes acudieron derivadas de algún Servicio del Hospital Penna (12 casos), mientras que el 32,5% no tuvo derivación institucional (13 casos). • Se detectó como principal causante de la violencia, la vivencia de violencia doméstica en su familia de origen; el 62,5 % de las pacientes provenían de familias violentas (25 casos). • Se observó en el 80% de los casos, que la pareja (pareja, ex pareja, concubino, cónyuge o novio) es la predominante en el ejercicio de la violencia (32 casos). Asimismo, se verificó la intervención judicial y/o policial (a través de denuncias) en el 60% de los casos (24).
--	--

¹ Total de camas en Clínica Médica: 45.

² Total de camas en Guardia: 19.

	• La violencia se extendió al grupo familiar (principalmente hijos) en el 42,5% de los casos (17). • En relación a las formas de violencia, se pudo constatar que la violencia psicológica ocupa el primer lugar (37 casos sobre un total de 40), seguido de la violencia física (26 casos sobre un total de 40) y la sexual (10 casos sobre un total de 40). • No finalizó el tratamiento el 90% de las pacientes (36 casos).
Principales observaciones detectadas	1. La fragilidad de las políticas estatales de contención social, posibilita la sobrecarga del hospital público con pacientes en los que el deterioro de la salud psicofísica proviene de su clara situación de vulnerabilidad social³. Esta situación genera como consecuencia, la disminución de las posibilidades de internación de otros pacientes, ante la falta de cama⁴. 2. La ausencia de una actividad intersectorial impide abordar con éxito las problemáticas socio-sanitarias de los pacientes que asiste el hospital. No existe vinculación entre los distintos organismos -gubernamentales y no gubernamentales- que participan en el tratamiento de dichas problemáticas, dificultándose así, la externación del paciente internado. De este modo, las afecciones sociales se transforman en afecciones psicofísicas, ante la falta de resolución de factores que se relacionan indirectamente con la enfermedad. 3. La debilidad de la mirada interdisciplinaria en el abordaje de las problemáticas sociales que presenta la población asistida (situación de calle, ausencia de vínculos familiares y/o sociales, consumo de sustancias psicoactivas y violencia), impide dar una respuesta integral a estos pacientes. No se trabaja con Protocolos que planteen lineamientos sobre las distintas disciplinas y las acciones conjuntas a desarrollar con otras áreas del estado. 4. La insuficiencia de los recursos invertidos (en infraestructura, en materiales, en personal, en capacitación, etc.) impide cumplir con el rol tutelar del estado, frente a la demanda de pacientes internados en el hospital, con problemas socio-sanitarios. El Sistema no esta preparado para enfrentar la complejidad de estos casos. En consecuencia, no se generan respuestas efectivas. 5. La debilidad en el enfoque epidemiológico (recopilación, análisis e interpretación de datos específicos) asignado a la problemática de violencia, dificulta la tarea de planificación, ejecución y control de Programas de Prevención de la Violencia. 6. La ausencia de una actividad articulada -para el abordaje de la problemática de violencia- entre el hospital, los efectores del

³ Situación o contexto en el cual las condiciones de vida se encuentran signadas por la precarización y la pérdida de soportes sociales.

⁴ A modo de ejemplo, 7 camas del Servicio de Clínica Medica y 6 camas del Servicio de Guardia, fueron ocupadas en promedio 135 días por pacientes que aún teniendo el alta médica, padecían falencias sociales.

	Primer Nivel de Atención y efectores de otras jurisdicciones del estado (desarrollo social, educación, justicia, entre otros), impide el diseño de una estrategia asistencial centrada en el paciente, que permita un seguimiento de casos y garantice la efectividad de la atención. 7. No se han elaborado Protocolos para la detección y tratamiento de la violencia (pensados de manera conjunta entre los distintos actores que intervienen en esta problemática), ni se ha creado un área de gobierno capaz de establecer redes (sociales, familiares e institucionales) que posibiliten trabajar sobre la detección, ruptura y contención de la víctima. Asimismo, no hay formación o capacitación hacia los profesionales de la salud, para la detección de patologías físicas o psíquicas relacionadas con la violencia. 8. La problemática de adicciones no conforma una prioridad en la agenda de salud. No hay designación de partidas presupuestarias en salud, que permitan fortalecer las actividades asistenciales y las de promoción de la salud (actividades recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, etc.). No hay un abordaje integral, posibilitado por la asistencia intersectorial (salud, educación, desarrollo social, trabajo, justicia, etc.) e interdisciplinaria, ni se han elaborado Protocolos que impartan lineamientos generales para el abordaje de esta problemática. 9. El Servicio de Guardia del Hospital Penna, no maneja información respecto a la existencia de dispositivos para la atención del paciente adicto a sustancias psicoactivas, tornando débil el funcionamiento de tales dispositivos –Servicios brindados por el Ministerio de Desarrollo Social y la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones dependiente del Ministerio de Salud, entre otros-. La responsabilidad relacionada a la falta de información y capacitación, corresponde al nivel central, por cuanto éste debiera asesorar a la Guardia respecto de los dispositivos y sus circuitos de acceso. 10. El porcentaje del parto adolescente (20,56%) sobre el total de partos en el Hospital Penna, para el año 2008, supera el porcentaje de parto adolescente sobre el total de partos para la Ciudad, durante el mismo período (7,09%). Asimismo, el 23,76% de los hijos de las mamás adolescentes, estuvieron internados en el servicio de Neonatología. Este indicador, da cuenta, de la necesidad de una política activa, que contemple la inversión necesaria, en materia de Salud Sexual y Reproductiva focalizada en la población adolescente de la zona sur de la Ciudad. Las acciones realizadas en la actualidad, resultan insuficientes, frente al riesgo que representa el embarazo adolescente. 11. La demanda de internación hospitalaria excede la disponibilidad del recurso "cama". La utilización de este recurso en niveles que
--	---

	superan el óptimo de ocupación (Clínica Medica 96,34%, Urología 97,78%, Ortopedia y Traumatología 97,42% y Guardia 100,97% - en este último caso también se internan en camillas ubicadas en los pasillos de circulación-), y la ocupación de camas por pacientes admitidos por Guardia, dificultan la planificación de la actividad asistencial que requiere internación. Se suspenden cirugías que deben ser reprogramadas, incrementándose así, los tiempos de espera quirúrgicos y de internación. 12. La ausencia de personal profesional de planta –médico, entre otros- en el Servicio de Cirugía General, no permite aumentar el horario de disponibilidad de los quirófanos en la totalidad de su horario potencial -12 horas diarias-. Sería necesario reemplazar las Guardias Fuera de Dotación por nombramientos efectivos. Asimismo, la oferta asistencial de Neurocirugía, se encuentra limitada dada la carencia de camas propias y la baja disponibilidad de camas en Terapia Intensiva -sólo cuenta con 7 camas-. Además, no cuentan con instrumental específico para esta especialidad. 13. Los quirófanos asignados a la especialidad de Ortopedia y Traumatología, son insuficientes para cubrir la demanda de las ocho subespecialidades existentes (1 día a la semana por cada subespecialidad, algunas superpuestas). Asimismo, el Servicio cuenta con 4 cirujanos ad honorem y 5 cirujanos remunerados por Guardia Fuera de Dotación, que generan la oferta quirúrgica necesaria, pero carecen de nombramiento. La ausencia de estos profesionales disminuiría las posibilidades de maximizar el uso de los quirófanos y el consiguiente incremento de la lista de espera quirúrgica. Asimismo, el instrumental quirúrgico es obsoleto y escaso. 14. El Nivel Central no compró los insumos que se comprometió a comprar a través del Sistema de Compras Centralizadas. Del rubro "Anestésico" no se compró el 50,32% de los insumos que se necesitaban; del 49,68% que se compró, el 19,80% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. Del rubro "Antibióticos" no se compró el 29,24% de los insumos que se necesitaban; del 70,76% que se compró, el 24,70% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. Del rubro "Soluciones Parenterales" no se compró el 34,47% de los insumos que se necesitaban; del 65,53% que se compró, el 12,30% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. De los rubros "Resto de medicamentos" y "Antiepilépticos uso restringido", el Ministerio de Salud no compró ningún insumo solicitado. 15. La obligación asumida por el Ministerio de Salud respecto a la entrega de insumos comprados por el Sistema de Compras Centralizadas, no fue cumplida. El período transcurrido entre la
--	--

	fecha del pedido del hospital y la fecha de la primer compra desde el Nivel Central fue: para el rubro "Anestésico" de 283 días en promedio, para el rubro "Antibióticos" de 273 días en promedio, para el rubro "Soluciones Parenterales" de 247 días en promedio; para los rubros denominados "Resto de Medicamentos" y "Antiepilépticos Uso Restringido" no hubo compras. Esta descripción muestra, que en tales condiciones, el Sistema de Compras Centralizadas no funciona; se compró de menos y fuera de término.
Recomendaciones	1. Internación de pacientes por causas sociales a) Destinar los recursos necesarios para el fortalecimiento y/o la creación de instituciones que completen la red social necesaria, a fin de equilibrar el déficit en asistencia socio-sanitaria. b) Establecer de manera conjunta, entre los distintos sectores que intervienen en la problemática planteada, protocolos que garanticen el abordaje de una actividad intersectorial e interdisciplinaria con éxito, donde se planteen lineamientos en la intervención de las diferentes instituciones. c) Evaluar la red institucional disponible. En caso de que la misma resulte insuficiente, proponer organismos gubernamentales y no gubernamentales que estén en condiciones de participar de tal red, y arbitrar los medios necesarios para su inclusión. La evaluación de la red y su composición deberían realizarse intersectorialmente, entre los distintos Ministerios de Salud y Desarrollo Social, como así también cualquier otro Ministerio cuya intervención le competa. 2. Asistencia de pacientes víctimas de violencia a) Replantear la estrategia de atención de la problemática de violencia, articulando la actividad asistencial con los distintos sectores del estado que participan en la misma, pensando en un diseño de estrategia centrada en el paciente, que permita un seguimiento del caso a fin de garantizar la efectividad asistencial. b) Definir protocolos para la detección y tratamiento a las víctimas de la violencia doméstica, entre todos los actores sociales que intervienen en dicha temática. Hasta tanto se elaboren los mismos, se podría incluir en el screening rutinario de pacientes adultos o mujeres mayores de 14 años, preguntas relacionadas al maltrato en cualquiera de sus formas. c) Coordinar la actuación del profesional de la salud, con un equipo interdisciplinario capaz de abordar la problemática en su total dimensión y brindar tratamiento específico a la víctima y al agresor. A tal efecto, deberían jerarquizarse los equipos de salud, que ya trabajan esta problemática. d) Fomentar la capacitación de los profesionales de la salud -sobre

	todo aquellos que trabajen en la Atención Primaria de la Salud y en el área de Urgencias-, a través de la creación de "Programas Formativos" sobre las atribuciones de síntomas a problemas físicos, detección y abordaje profesional ante una situación de maltrato. e) Replantear la modalidad de recolección de datos epidemiológicos, referidos a la atención de pacientes victimas de la violencia, a fin de contar con información útil para la planificación de la actividad asistencial. 3. Asistencia de pacientes con adicciones a) Replantear la estrategia de atención sobre la problemática de adicciones pensando en un abordaje integral, que posibilite la asistencia intersectorial (salud, educación, desarrollo social, justicia, etc.) e interdisciplinaria. Asimismo, el diseño de una estrategia centrada en el paciente, permitiría un seguimiento del caso, a fin de garantizar la efectividad asistencial. b) Definir protocolos -con lineamientos generales- para la atención y tratamiento de pacientes con adicciones, entre todos los actores sociales que intervienen en dicha temática. c) Fomentar la capacitación de los profesionales de la salud -sobre todo aquellos que trabajen en la Atención Primaria de la Salud y en el área de Urgencias-, a través de la creación de "Programas Formativos" sobre el abordaje profesional ante una situación de adicción. Asimismo, resulta necesario, la divulgación de los dispositivos y sus circuitos de acceso, con los que se maneja la Ciudad. 4. Embarazo adolescente a) Focalizar las políticas públicas y replantear las acciones tendientes a mejorar los indicadores socio-económicos, permitiendo reducir así, el resultado del indicador embarazo adolescente (20,56%). 5. Gestión de Camas a) Replantear la internación de pacientes, programando las altas hospitalarias a través de protocolos de estancias por patologías. Para el caso de patologías menos previsibles, se podría utilizar un promedio de "previsión de días de alta". b) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de buscar un equilibrio entre ingresos programados y urgentes. La ocupación de camas de las distintas salas de internación por la Guardia, debería tener un límite a fin de no desprogramar la actividad quirúrgica. Por encima del límite establecido, debería pensarse en mantener a los pacientes en salas de observación o proceder a su traslado. c) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos. d) De estimar conveniente dicha centralización, debería jerarquizarse el área de Admisión y Egresos, a fin de ejercer la
--	--

	autoridad en la gestión de camas, salvo alguna situación de excepción en la que el Jefe de Guardia asuma tal responsabilidad. e) Implementar mecanismos (contratos, acuerdos, etc.), desde el Ministerio de Salud, que permita la articulación con el sector privado, a fin de incrementar la disponibilidad de plazas⁵. 6. Gestión del Paciente Quirúrgico a) Incrementar las horas de utilización del Centro Quirúrgico, a través de la incorporación del recurso humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso Humano faltante (médico, técnico, enfermería y otros), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido. b) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos. Unificadas las listas de espera de quirófano, los servicios quirúrgicos y el área de Admisión, deberían acordar el método de programación para la gestión del paciente (prioridades por patologías, tiempos máximos de espera quirúrgica por patología, reprogramación de cirugías suspendidas, etc.). c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix⁶, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)⁷. Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos. 7. Compras Centralizadas a) En caso de optarse por reiterar la modalidad de Compras Centralizadas y teniendo en cuenta que en toda compra es necesario alcanzar un difícil equilibrio entre precio, calidad y fecha de entrega, debería crearse un Sistema de Gestión de Compras Integrado, permitiendo así cumplir en tiempo y forma con lo solicitado por el efector.
--	--

⁵ La articulación con el sector privado, posibilitaría descentralizar los casos quirúrgicos de menor complejidad en dicho sector -especialmente de los que ingresan por la Guardia-. La derivación de casos de baja complejidad admite gastos sin incrementos significativos para el estado, cosa que no ocurriría si se derivan los casos complejos.

⁶ Combinación de grupos de pacientes particulares clasificados por enfermedad y consumo de recursos, que se da en una organización sanitaria y en la que dichos grupos de pacientes comparten una o más características.

⁷ Sistema de clasificación de episodios de hospitalización, con definiciones clínicamente reconocibles y en la que se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos.

Conclusión	La complejidad de la actual demanda⁸ de los servicios de salud, implica la necesidad de pensar en los padecimientos sociales. La situación de vulnerabilidad social, familiar y económica que presenta la población atendida, demanda un tratamiento intersectorial. Sin un trabajo intersectorial es imposible abordar la complejidad de las problemáticas que asiste este hospital; sin un abordaje interdisciplinario se brindan respuestas parciales o ineficaces. Ambas concepciones, se presentan entonces, como una estrategia necesaria de intervención; pues posibilita abordar demandas complejas, a la vez que, permite la contención grupal de los profesionales como posibilidad de alternativa de tratamiento en conjunto. La problemática de la violencia es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, considerado como un problema de salud publica de primer orden, por organizaciones internacionales y distintos gobiernos. Por consiguientes, los profesionales de la salud, no pueden permanecer ajenos; su intervención se hace necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones. Su reconocimiento como problema de salud pública, es el primer paso para un avance en la búsqueda de soluciones. Resulta indispensable, además, implementar respuestas de articulación intersectorial, para el abordaje de la problemática de adicciones, procurando canalizar las propuestas de mejoramiento personal y del entorno del adicto desde la realidad cotidiana y desde la necesidad concreta, impulsando la participación interdisciplinaria de los profesionales de salud. Desde una visión de conjunto, es posible apreciar, la agudización de estos problemas y de las desigualdades sociales, que el hospital a vivenciado en estos últimos años. Esta combinación de factores crea un inmenso grupo poblacional expuesta a la exclusión. Poder combatir estos factores de riesgo social, de manera interdisciplinaria e interinstitucional logrando establecer las redes de contención necesarias, es el desafío que se presenta para las nuevas gestiones de los hospitales públicos.
-------------------	--

⁸ Pacientes en situación de calle, carentes de vínculos familiares y/o sociales, abusados y/o maltratado por familiares, consumidores de sustancias psicoactivas.

**Informe Final de Auditoría
Gestión del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna
Proyecto N° 3.09.08**

DESTINATARIO

**Señor
Vicepresidente 1°
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Oscar A. Moscariello
S / D**

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

I) OBJETO

Debilidades y áreas críticas detectadas en el Hospital General de Agudos Dr. José María Penna.

II) OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna.

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 del presupuesto físico aprobado, de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión en áreas críticas del Hospital General de Agudos Dr. José María Penna detectadas en la auditoría de relevamiento, se practicaron los siguientes procedimientos:

- Cuantificar los casos que permanecen internados por causas sociales después del alta médica y analizar su evolución y resolución.
- Realizar un estudio transversal de los casos sociales internados para visualizar y describir los trastornos y los riesgos que se generan en los pacientes y en el hospital, mediante la metodología de estudio de caso.

- Evaluar la demanda (consultas por guardia y consultorios especializados) relacionadas con la problemática de violencia y adicciones, y estimar la magnitud de dichas problemáticas, como también su impacto en el proceso de salud-enfermedad-atención.
- Evaluar la dimensión de la problemática social y de alto riesgo del parto adolescente en el Hospital Penna.
- Analizar y evaluar la utilización del recurso cama –ocupación de camas; admisión de pacientes por Guardia-.
- Analizar y evaluar la utilización del recurso quirófano –rendimiento de quirófanos, tiempo de espera quirúrgico, recurso humano destinado a quirófano-.
- Evaluar la relación de la consulta en especialidades básicas del primer nivel de atención, entre los CeSAC y los consultorios externos del Hospital; como así también la consulta por Guardia y la consulta ambulatoria del nosocomio.
- Verificar las condiciones del Centro Obstétrico, a través de su comparación con la normativa vigente (Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación N° 348/03 y 306/02) y relacionarlo con los resultados obtenidos por el Servicio de Obstetricia (incrementos de partos, mortalidad materna y neonatal, entre otros).
- Evaluar la dotación del recurso humano de Enfermería.
- Evaluar la utilización de los distintos mecanismos de compras, centralizadas y descentralizadas, haciendo énfasis en las compras por necesidad y urgencia -Decreto 7 y Decreto 2.143-.
- Verificar la facturación de pacientes con obra social, asistidos en la Guardia del hospital, y determinar si hubo pérdida de ingresos por prestaciones no facturadas.
- Identificar indicadores cualitativos y cuantitativos de la Gestión.

Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 24 de Agosto de 2009 y el 29 de Noviembre de 2009.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

1. No fue posible calcular el indicador "Tiempo de Espera Quirúrgico" dado que, el Hospital no confecciona Historias Clínicas de Consultorio Externo que posibiliten la obtención del dato "fecha de diagnóstico".

Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato "Tiempo Máximo de Espera Quirúrgica por Patología", información clave para la planificación de la actividad quirúrgica.

2. No fue posible estimar la pérdida de la facturación por prestaciones (consultas y prácticas) a pacientes con obra social asistidos en forma ambulatoria por la Guardia, dado que los mismos no tienen una historia clínica que revele la

información asistencial brindada, y no hay personal administrativo asignado a la detección de la obra social.

V) ACLARACIONES PREVIAS

I) La población asistida por el Hospital Dr. José M. Penna, se caracteriza por ser predominantemente pobre y de alto riesgo sanitario.

El consumo de drogas y alcohol, la violencia, la alta incidencia de las enfermedades sociales, son algunos flagelos que azotan a esta población.

Por su parte, la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153, en su art. 14 destaca la importancia de las problemáticas sociales, al establecer como objetivos del subsector estatal de salud, la contribución a la disminución de los desequilibrios sociales, priorizando la población más vulnerable, desarrollando políticas integrales de adicciones, violencia urbana, violencia familiar, entre otras.

En este sentido, se intenta evaluar la intervención del equipo de salud en las problemáticas socio-sanitarias desde diferentes aspectos; analizando por un lado, la complejidad de los nuevos escenarios donde la intervención se aplica, y por otro lado, los obstáculos que surgen a partir de las diferentes intervenciones.

1. Internación de casos sociales

Para el abordaje de esta temática, se aplicó el diseño metodológico de la investigación cualitativa, a través del estudio de caso.

El estudio de caso, permite capturar información acerca de la conducta del individuo o de la institución estudiada. Revela una diversidad de información que enriquece el análisis.

Se expresan situaciones singulares de individuos, lo que significa que si bien no pueden generalizarse sus conclusiones, dan cuenta de una realidad compleja que interpela y cuestiona el orden institucional y las formas de asistencia actuales.

Se describe un análisis detallado de casos individuales para explicar la dinámica de los pacientes que permanecen internados luego del alta médica. A tal efecto, fueron analizadas las Historias Sociales de aquellos pacientes que el Servicio Social del hospital, considera como "problema social".

A los fines de este estudio, se entiende que un "caso social" se transforma en un "problema social"⁹, cuando una vez dada el alta médica no se puede externar al paciente por una multicausalidad de factores (carencia de sostén

⁹ Son aquellos casos con pocas o ninguna posibilidad de solución.

material y familiar, carencia de documentación, no autovalimiento), que conlleva procesos largos de resolución (tramitación de pensión, tramitación de hogar geriátrico, tramitación de DNI).

Se detectaron problemáticas distintas, en función al grupo etéreo al que pertenecen y/o a la especialidad de la Sala donde se internan. La primera especialidad analizada fue Clínica Médica, que incluye los pacientes (adultos) internados en las Salas correspondientes a dicha especialidad y los internados en Guardia.

La segunda especialidad analizada fue Pediatría, que incluye tanto los pacientes que ingresaron a Sala de Internación por consultorios externos, como los que ingresaron por la Guardia Pediátrica. La tercera especialidad analizada fue Obstetricia (Maternidad). Se trata de mujeres internadas en las Salas de Internación Conjunta.

- Clínica Médica y Guardia

Es preciso señalar, que para las personas adultas menores de 60 años en situación de vulnerabilidad social, existe el Programa Atención a los Sin Techo, dependiente de la Dirección General de Atención Inmediata, del Ministerio de Desarrollo Social, que brinda alojamiento a los ciudadanos/as en situación de vulnerabilidad social -previa admisión- por estadías prolongadas, aunque no permanentes.

No obstante, ante la disponibilidad limitada de alojamiento, este grupo etéreo¹⁰ sólo puede disponer de Paradores Nocturnos, dependientes también de la Dirección General de Atención Inmediata, del Ministerio de Desarrollo Social. El mecanismo de ingreso es por orden de llegada, mediante la presentación de la persona en el parador, hasta cubrir la capacidad del mismo. Las personas pernoctan, pero deben abandonar el lugar a la mañana siguiente, ya que durante el día permanece cerrado.

Esta situación es sumamente inconveniente para personas convalecientes, que en general, pasan el día en la calle. Asimismo se señala, la existencia de un único parador nocturno para mujeres solas o con hijos en toda la Ciudad y la ausencia de instituciones para pacientes no autoválidos, independientemente de la edad del mismo.

Para el caso de adultos mayores, existe la posibilidad de acceder a los Hogares de residencia permanente, que se tramita a través del Ministerio de Desarrollo Social. A tal efecto, la Resolución N°1678/GCBA/MDSGC/08¹¹, que modifica el Reglamento de Admisión a Hogares para adultos mayores

¹⁰ Para niños y adolescentes de entre 12 y 21 años, existen hogares de tránsito. Asimismo, para mujeres mayores de 21 años víctimas de violencia familiar, existe una casa de refugio.

¹¹ Resolución N°1678/GCBA/MDSGC/08 Modifica el art. 17 inc. c del Anexo 9 de la Resolución N°7/SSTED/08.

dependientes de la Subsecretaría de Tercera Edad, del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, establece como requisito de admisión, ser mayor de 60 años.

Se analizaron 13 casos correspondientes a pacientes con problemas sociales, internados más de dos meses con alta médica durante el año 2008. La problemática hallada, obedece principalmente a pacientes en situación de calle o con ausencia de familiares que lo contengan.

El estudio de los casos contempla: las derivaciones a instituciones afines, el promedio de días de internación, el porcentaje de camas ocupadas por estos casos, la vinculación familiar y/o social, como así también otros aspectos relacionados con la temática analizada.

Cuadro N° 1. Vivienda y vinculación familiar o social

Caso	Vive Vía Pública	Vive de Prestado o Pensión	Vinculación Familiar o Social	Psiquiátrico
1	.....	Si	Frágil/sobrino	No
2	.....	Si	Frágil/tía	Si
3	.....	Si	Frágil/ex-esposa	No
4	.....	Si	Ninguna	Si
5	Si	.....	Ninguna	No
6	Si	.....	Ninguna	No
7	Si	.....	Ninguna	No
8	Si	.....	Ninguna	No
9	Si	.....	Ninguna	No
10	.....	Si	Ninguna	No
11	.....	Si	Frágil/amigo	No
12	.....	Si	Ninguna	Si
13	.....	Si	Ninguna	No

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

El 61,53% de los pacientes (8 casos), viven en una pieza que les presta un familiar o en una pensión; el 38,47% restante (5 casos) viven en la vía pública. Estos últimos casos, no tienen ninguna vinculación familiar o social.

Los pacientes con vinculo familiar o social (4 casos), presentan una vinculación frágil, es decir, no existe una relación sólida entre quienes manifiestan el vinculo.

El 23,08% (3 casos) eran pacientes psiquiátricos. De éstos, sólo un caso tenía vinculación familiar, aunque frágil.

Cuadro N° 2. Motivo de egreso

Caso	Egreso hospitalario		Organismos intervinientes
	Fecha	Motivo	
1	07/02/2008	El paciente fallece.	Promoción Familiar y Comunitaria de la Provincia de Bs. As. Área Internación Tercera Edad - Comisión Nacional de Pensiones.
2	29/04/2009	Traslado a hogar especializado en Salud Mental.	Defensoría de Menores e Incapaces - Comisaría - Juzgado Nacional de 1ra Instancia en lo Civil - Cotelengo Don Orione - Comisión Nacional de Discapacidad GCBA - ANSES.
3	05/02/2009	El paciente fallece.	Ministerio de Desarrollo Social de Nación - COPINE - ANSES - Comisión Nacional de Discapacidad GCBA - Hogares del ámbito provincial y de la ciudad - PROFE.
4	15/05/2008	Traslado a Hospital Álvarez.	Comisaría - Juzgado Nacional de 1ra Instancia en lo Civil - Hogares del ámbito de la ciudad.
5	17/12/2008	El paciente se retira por su cuenta.	Ministerio de Desarrollo Social CABA, Subsecretaría de Tercera Edad.
6	28/03/2008	El paciente fallece.	Dirección General de Discapacidad - Ministerio de Desarrollo Social CABA, Subsecretaría de Tercera Edad.
7	12/03/2009	El paciente fallece.	Defensoría del Pueblo CABA - ANSES.
8	30/05/2008	El paciente se traslada a un parador del GCBA. Sin resolver el ingreso a un Hogar.	Ministerio de Desarrollo Social CABA, Subsecretaría de Tercera Edad - Ministerio de Desarrollo Social CABA, Programa BAP - Caritas - Ejército de Salvación - Hogares del ámbito de la CABA.
9	02/01/2009	Derivación a Hogar.	PAMI - Defensoría del Pueblo de la CABA.
10	29/10/2008	El paciente se traslada a una vivienda que cuida, a cambio de que lo dejen vivir allí.	ANSES - PAMI - Ministerio de Desarrollo Social CABA, Subsecretaría de Tercera Edad
11	20/03/2008	El paciente fallece.	ANSES - Hogares del ámbito de la CABA.
12	08/09/2008	El paciente se retira por su cuenta.	Juzgado Nacional de 1ra Instancia en lo Civil - Defensoría General de la Nación, Curaduría Oficial.
13	06/02/2008	Se traslada a Hogar Jose León Suárez.	ANSES - Ministerio de Desarrollo Social CABA, Subsecretaría de Tercera Edad - Dirección General de Discapacidad GCBA.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

A pesar de la multiplicidad de acciones que realiza el hospital, prevalece la falta de respuesta de las derivaciones a instituciones afines; 9 casos que representan el 69,23% no pudieron ser derivados. De éstos, el 55,56% (5 casos), fallecieron en el hospital. **(Observación 2 y 3)**

En este sentido se señala que, las instituciones participantes no son suficientes para la demanda existente.

Cuadro N° 3. Días de Internación y Servicio

Nro de Caso	Edad	Sexo	Servicio Internac.	Fecha Ingreso (A)	Fecha Egreso (B)	Días Internac Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta médica (D)	Días de Internac. en condición de Alta (E) (B-D=E)
1	62	M	Clínica Médica	28/06/2007	07/02/2008	224	28/08/2007	163
2	54	M	Guardia	02/08/2008	29/04/2009	270	07/08/2008	265
3	45	M	Clínica Médica	18/12/2007	05/02/2009	415	07/03/2008	335
4	62	M	Guardia	14/01/2008	15/05/2008	122	20/02/2008	85
5	61	M	Clínica Médica	05/08/2008	17/12/2008	134	25/09/2008	83
6	64	M	Guardia	12/07/2007	28/03/2008	260	04/01/2008	84
7	76	M	Guardia	30/07/2008	08/03/2009	221	12/08/2008	208
8	56	F	Clínica Médica	17/01/2008	30/05/2008	134	12/02/2008	108
9	66	F	Guardia	22/09/2008	02/01/2009	102	22/09/2008	102

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Nro de Caso	Edad	Sexo	Servicio Internac.	Fecha Ingreso (A)	Fecha Egreso (B)	Días Internac Totales (C) (B-A=C)	Fecha en condición de Alta médica (D)	Días de Internac. en condición de Alta (E) (B-D=E)
10	75	F	Clínica Médica	11/06/2008	29/10/2008	140	29/08/2008	61
11	73	M	Clínica Médica	13/12/2007	20/03/2008	98	16/01/2008	64
12	61	M	Guardia	08/05/2008	08/09/2008	123	08/05/2008	123
13	62	M	Clínica Médica	10/10/2008	12/02/2009	125	25/11/08	79

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

El promedio de días de internación de pacientes en condiciones de alta médica, fue de 135 días, con un máximo de 335 días y un mínimo de 61 días. Cabe señalar, que el período de permanencia hospitalaria prolongado, aumenta el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias al mismo tiempo que incrementa el deterioro de la calidad de vida. **(Observación 1)**

Asimismo, estos pacientes sufren vulneración de su derecho a una vida digna en un ambiente acorde a su estado. Su permanencia en el hospital, vulnera además, el derecho de otros pacientes que necesitan internación y sufren demoras por falta de camas. Tal situación afecta también, a los equipos de salud (generando tensiones y malestares) dada la necesidad de desocupar camas, por la demanda existente. **(Observación 1)**

El 53,85% de los casos fueron internados en las Salas de Clínica Médica (7 casos), mientras que el 46,15% permanecieron internados en la Guardia del Hospital (6 casos).

Vale decir, que 7 camas del Servicio de Clínica Médica (que representa el 15,56% del total de camas de esa área¹²) y 6 camas del Servicio de Guardia (que representan el 31,57% del total de camas de esa área¹³) fueron ocupadas en promedio 135 días por personas que no presentaban problemas de salud. **(Observación 1)**

El 76,92% (10 casos) de los pacientes eran de sexo masculino. Porcentaje similar se observa, para pacientes con más de 60 años.

Asimismo, se revisaron los Libros de Internación por Guardia (año 2008) a fin de establecer la totalidad de los pacientes que habiendo sido internados por causa médica, se trataban de casos sociales.

Cuadro 4. Internación de casos sociales en Guardia

Días de internación	Pacientes
Menos de 7 días	23
entre 7 y 15 días	21
entre 16 y 30 días	7
entre 31 y 45 días	5

¹² Total de camas en Clínica Médica: 45.

¹³ Total de camas en Guardia: 19.

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Días de internación	Pacientes
entre 46 y 60 días	2
entre 61 y 90 días	3
entre 91 y 120 días	4
entre 121 y 180 días	3
Total de pacientes	68

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los Libros de Internación por Guardia relevados.

A lo largo del año 2008 se encontraron 68 casos internados en Guardia con ingreso por una causa médica, pero que luego, permanecieron internados por causas sociales. El período de permanencia oscila entre 1 día y hasta 180 días. Dentro de la Guardia fueron internados en: Sala de internación, Sala de Observación, Consultorio de Guardia, Pasillo y Quirófano de baja complejidad de Guardia -en estos tres últimos espacios físicos se utilizaban camillas-.
(Observación 1)

Del total de pacientes internados diariamente en la Guardia (promedio de 21 pacientes por día), durante el período 2008, el 24,86% fueron casos sociales.
(Observación 1)

En la misma línea, se relatan dos casos que expresan las relaciones interpersonales, haciéndose presentes también los factores que originaron la situación socio-sanitaria. Se presentan situaciones de miseria, desempleo y exclusión, involucrados con episodios de enfermedad.

Es necesario aclarar, que si bien estos casos no tienen significatividad estadística, sí tienen relevancia social y sanitaria.

- Caso 2, paciente internado en Guardia con alta médica durante 265 días

Se trata de un paciente de 54 años, de sexo masculino, soltero, con trastorno de retraso mental. Carece de vinculación con familiares directos. Su madre falleció recientemente. Se escapó de la casa de su tía, siendo recogido de la vía pública por el SAME, quien lo trasladó al Hospital Penna.

Fue evaluado por personal del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, quienes constataron que tenía síntomas compatibles con retraso mental severo, con riesgo para sí y para terceros, indicándose internación en una institución especializada.

Interviene el Juzgado en lo Civil Nº 83, quien determina que el paciente debe quedar internado, al mismo tiempo que designa un curador oficial; notificando también al director del Hospital que debe informar cada 4 meses la evolución del paciente o cualquier otro episodio que le sucediera.

Luego de 3 meses de internación, el Juzgado indica derivar al paciente al Hospital de Salud Mental "J. T. Borda". La institución no puede recibirlo, por no contar con cama disponible. Durante dicho período se observa al paciente en actitud colaboradora.

Se ubica a un familiar, quien sólo expresa ofrecerse para gestionar la Pensión por Discapacidad.

Pasado el cuarto mes de su internación, el paciente incurre en agresiones físicas y verbales, alegando la falta de resolución de su situación.

A raíz de ello, interviene el Director General de la Región Sanitaria N°1, solicitando a la Dirección General de Salud Mental, que arbitre los medios para brindar asistencia al paciente en un plazo de 48 hs.

Se realizaron gestiones con distintos organismos:

- Defensoría de Menores e Incapaces, por evaluación médica y traslado.
- Juzgado Nacional de 1ra Instancia en lo Civil N° 83, por derivación a institución especializada.
- Hogar Don Orione, por posibilidad de albergar al paciente.
- Comisión para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales (COPINE), por certificado de discapacidad.
- ANSES por trámite de Pensión.

Los organismos intervinientes no aportaron soluciones a la situación del paciente.

Luego de 265 días de internación con alta médica, y tras la intervención de la Región Sanitaria y la Dirección General de Salud Mental, el paciente fue derivado al Hogar de la Paz de las Misioneras de la Caridad, Madre Teresa de Calcuta, en la Provincia de Bs. As. El traslado fue realizado por personal del Servicio Social del Hospital en un remis pagado por la Asociación Cooperadora.

➤ Caso 3, paciente internado en Clínica Médica con alta médica durante 335 días

Se trata de un paciente de 45 años, de sexo masculino, separado, con dos hijos, uno de 9 años y otro de 14 años. Está desvinculado de su familia de origen; su padre falleció, y su madre y hermana viven en la Provincia de Chaco.

Al momento de su internación en el hospital, se encontraba desocupado y vivía con un amigo que le daba alojamiento en un lugar muy precario de la Provincia de Buenos (LaFerrere). Antes de su internación en el Hospital Penna, estuvo en varias oportunidades internado en el Hospital Nacional Posadas (ubicado en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires), por complicaciones respiratorias. De acuerdo a su estado clínico, requiere internación con la asistencia de un cuidador permanente, dado que necesitará oxigenoterapia. Dicho tratamiento no requiere necesariamente de internación hospitalaria, ya que la misma puede sustituirse por internación domiciliaria.

Su ex-pareja vive en condiciones de precariedad; relata situaciones de hacinamiento, deterioro edilicio, falta de servicios, violencia familiar, adicciones, conflictos con la ley y escasez de recursos; motivos por los cuales, no está en condiciones de amparar al paciente en su vivienda. Al mismo tiempo, se advierte la preocupación del paciente, por la imposibilidad de obtener una Pensión por Discapacidad.

Al mes de estar internado, recibe la noticia del fallecimiento de su padre, ocasionándole una crisis respiratoria, con trombosis pulmonar y paro cardiorrespiratorio. Luego de su compensación clínica, y con alta médica, el paciente continúa internado por falta de solución a su situación.

Mientras tanto, el paciente se siente presionado por los médicos para su externación.

Se realizaron gestiones con distintos organismos:

- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, por subsidio.
- Comisión para la Plena Participación e Integración de las Personas con Necesidades Especiales (COPINE), por certificado de discapacidad.
- ANSES, por trámite de Pensión.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad de Buenos Aires, Programa Sin Techo, por posibilidad de albergue en Hotel.
- Hogar Don Orione, por posibilidad de albergar al paciente.
- Programa Federal de Salud (PROFE), por afiliación y por solicitud de oxígeno para internación domiciliaria.
- Distintos Hogares tanto del ámbito de la Ciudad como de la Provincia de Buenos Aires (Hogar Valle del Sol, Hogar San Ignacio, entre otros).

Pese a las gestiones realizadas para solucionar la situación social del paciente, no fue posible llegar a una resolución del caso.

El paciente de 45 años fallece (luego de sufrir una descompensación) habiendo permaneciendo internado con alta médica, 335 días.

Es preciso señalar, que la concepción actual de la salud¹⁴ tiene en cuenta, que los cuadros emocionales y el contexto social, inciden sobre el bienestar de las personas. En este sentido, se entiende que el entorno familiar es un elemento esencial para la salud de todo individuo. Por lo tanto, si los afectos influyen en el estado de salud, contribuir a cuidarlos ayudaría a alcanzar el estado de bienestar para que una persona sea considerada como sana.

Asimismo, sería conveniente orientar las políticas públicas hacia los nuevos problemas que emergen como factores indirectos de la enfermedad y la mortalidad¹⁵. Éstos no son otros, que los que provienen del contexto socio-económico: desplanificación urbana, vivienda insalubre o carencia de ésta, ausencia de vínculos familiares y/o sociales, pobreza, alimentación deficiente e insuficiente, entre otros.

▪ Pediatría y Guardia Pediátrica

Previo al análisis del estudio, corresponde señalar, que la "causa social" forma parte de los diagnósticos de ingresos en la Sala de Internación Pediátrica; obedeciendo ello a diversos factores.

¹⁴ OMS: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino el estado completo de bienestar físico, mental y social.

¹⁵ Carrillo, Ramón "Contribuciones al conocimiento sanitario", Obras Completas II, Ed. Eudeba, Bs. As, 1974.

De este modo, pese a que el paciente presente un cuadro médico pasible de tratamiento ambulatorio, se acude a la internación del mismo, cuando padece algún impedimento psicosocial (hábitat, escasas redes de contención, violencia, etc.). **(Observación 1)**

Por otro lado, el rol tutelar del sistema de salud, facilita la internación en situaciones especiales, como las de abuso, entendidas como toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño, interfiriendo su óptimo desarrollo desde el punto de vista físico, psíquico, emocional y social. Es considerado también como situación especial, la internación de chicos de la calle con o sin consumo e intoxicación de sustancias psicoactivas. **(Observación 4)**

Otro factor a tener en cuenta, es la internación con carácter de excepcionalidad, como la internación de hermanos o menores convivientes a cargo de los padres del paciente, cuando por la característica de la internación pediátrica, hace falta la presencia del adulto referente junto al niño y no pueden dejar al cuidado de otros adultos responsables, a sus otros hijos o menores a cargo. **(Observación 4)**

En estos casos, las instituciones hospitalarias deben ofrecer las acciones preventivas y de tratamiento necesario, que demande cada caso en particular, brindando cuando se requiera, un espacio de internación que responda a las necesidades de los niños.

Se analizaron 35 casos correspondientes a pacientes con problemas sociales. La problemática hallada, obedece principalmente a pacientes víctimas de violencia familiar, situación de calle o con ausencia de familiares que lo contengan.

El estudio de los casos contempla: factores que influyen en la internación, derivaciones a instituciones afines, el promedio de días de internación, el porcentaje de camas ocupadas por estos casos, como así también otros aspectos relacionados con la temática analizada.

Cuadro N° 5. Edad de los pacientes internados

Edad promedio	Cantidad de Casos	%
<i>Menos de 1 año</i>	8	22,9
<i>Entre 1 y 3 años</i>	3	8,6
<i>Entre 4 y 6 años</i>	2	5,7
<i>Entre 7 y 10 años</i>	4	11,4
<i>Entre 11 y 13 años</i>	11	31,4
<i>Entre 14 y 15 años</i>	6	17,1
<i>Sin dato</i>	1	2,9
Total de pacientes	35	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

El mayor porcentaje de los internados 31,4% (11 casos), correspondieron a la franja etárea de entre 11 y 13 años; le sigue el 22,9% (8 casos) correspondiente a niños menores de 1 año. Asimismo, se pudo verificar que el 17,1% de los casos (6 pacientes), vivían o pernoctaban en la Villa 21.

Cuadro N° 6. Causas de Internación

Casos	Cantidad de casos	%
<i>Violencia familiar</i>	17	48,6
<i>Abuso sexual</i>	4	11,4
<i>Situación de calle (1)</i>	7	20,0
<i>Otros (oxigenoterapia- abandono - deshidratación)</i>	7	20,0
Total	35	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

(1) Incluye un caso donde además el paciente era adicto.

El 60% de los pacientes (21 casos) fueron internados por factores relativos a la violencia; el 20% de los pacientes (7 casos) se internaron por padecer situación de calle (vivían en la vía pública); el 20% restante fueron internados por otras causas (7 pacientes).

Cuadro N° 7. Organismos que intervinieron

Intervención	Cantidad de Casos	%
<i>CNNyA</i>	13	37,1
<i>CNNyA y otros</i>	6	17,1
<i>Otra institución (Provinciales y Nacionales del ámbito de salud y/o desarrollo social)</i>	12	34,3
<i>Ninguna</i>	4	11,4
Total de pacientes	35	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

El Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad¹⁶ (CNNyA) es el organismo especializado que al tomar conocimiento de alguna amenaza o violación de derechos de niñas, niños y adolescentes debe implementar en forma directa o a través de sus unidades descentralizadas, las acciones sociales de protección especial tendientes a proporcionar escucha, atención, contención y ayuda necesarias a las niñas, niños y adolescentes y a quienes cuiden de ellos.

En los casos relevados, el CNNyA intervino en el 54,3% de los mismos (19); en el 34,3% de los casos (12), intervinieron otras instituciones y en el 11,4% restante (4), no existió intervención alguna.

En este sentido, los profesionales de la Sala Pediátrica sostienen, que la resolución de los casos acerca de su destino de postinternación no solo se demora, sino que muchas veces termina no siendo lo hablado en primera

¹⁶ Creado por Ley 114 "PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES"

instancia con las instituciones que intervienen, volviendo el paciente al lugar de conflicto que ocasionó su internación. **(Observación 3)**

Asimismo, sostienen que dada la falta de resolución rápida de parte de los organismos oficiales y pese a la insistencia permanente del Equipo de Salud, del Servicio Social y del Equipo de Violencia Familiar, se prolonga innecesariamente la internación afectando psicológicamente al paciente, ocasionando en muchas oportunidades la fuga del mismo, quedando el trabajo realizado hasta el momento inconcluso. En ocasiones se requiere la presencia policial para evitar la fuga del menor, haciendo sentir a éste en lugar de víctima, victimario.

También existen casos, donde los menores internados permanecen a la espera de un cuidador, por no tener un referente adulto, quedando al cuidado de médicos, enfermeras, madres de otros pacientes, que se turnan para alimentación, higiene y cuidado de su integridad física.

Cuadro N° 8. Días de internación

Días de internación	Cantidad de casos	%
Menos de 7 días	15	42,9
entre 7 y 15 días	7	20,0
entre 16 y 30 días	8	22,9
entre 31 y 45 días	1	2,9
entre 46 y 60 días	0	0,0
entre 61 y 90 días	2	5,7
entre 91 y 120 días	0	0,0
más de 120 días	2	5,7
Total de pacientes	35	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

Respecto a los días de internación, el 42,9% de los casos (15 pacientes) permanecieron internados menos de 7 días; otros 15 pacientes (42,9%), permanecieron internados entre 7 y 30 días. **(Observación 1)**

Cabe señalar, que la sala de Internación de Pediatría existente durante el período auditado, no contaba con espacios individuales de internación, ni de esparcimiento, ni de evaluación psicosocial adecuados para el manejo de los niños, haciéndose dificultoso la persistencia de los mismos una vez superada la etapa de las resolución médica o evaluación inicial. Otro aspecto a destacar, es que los niños circulaban por la Sala, en la cual predominaba la patología infecciosa, por lo que era habitual que se produjera el contagio. **(Observación 2)**

A lo largo del año 2008, las camas de la Sala de Pediatría (23 camas), fueron ocupadas por alguno de los casos sociales relevados (35 pacientes). **(Observación 1)**

Cuadro N° 9. Recomendación del profesional o institución que intervino

Indicación	Cantidad de Casos	%
<i>Derivación de padres y/o paciente a equipo de violencia</i>	9	25,7
<i>Intervención de otros familiares (abuelos)</i>	6	17,1
<i>Exclusión de familiar del hogar por violencia (padre-hermano)</i>	5	14,3
<i>Otros (mayores cuidados - resolución de situación de calle)</i>	5	14,3
<i>Derivación a institución especializada (psiquiátrico - adicciones)</i>	4	11,4
<i>Internación domiciliaria – oxigenoterapia</i>	4	11,4
<i>Derivación a hogar</i>	2	5,7
Total de pacientes	35	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

La indicación o recomendación profesional, se orientó en el 25,7% de los casos analizados (9 pacientes), a la derivación de padres y/o pacientes al Equipo de Violencia Familiar (Cesac N°39). Seguidamente, a través de la intervención de la institución correspondiente (CNNyA, Juzgado, etc.), se recomienda la intervención de otros familiares responsables (17,1%), que en general se vincula con la abuela materna.

Es de destacar, el trabajo que el Equipo de Salud desarrolla a través de múltiples acciones, buscando alternativas que superan los marcos de conocimiento de los campos del saber, dada la complejidad que conllevan estas nuevas demandas de padecimiento social.

Cuadro N° 10. Terminación del caso

N° de caso	Causa	Terminación del caso
1	Otros - Gestión de oxigenoterapia	La madre retira al niño sin alta; lo lleva al hospital Garrahan, donde permanece internado.
2	Violencia familiar	Alta médica. Egresar con su madre. Seguimiento por Equipo de Violencia (CESAC 39).
3	Violencia familiar	Ingresa a Hogar Lique
4	Violencia familiar	Ingresa a Hogar Lique
5	Otros - deshidratación - situación social	Se deriva a Unidad Sanitaria Juan Manuel de Rosas (Pcia. de Bs. As. - L. de Zamora).
6	Violencia familiar	Se entrega (vía juzgado) a la maestra.
7	Abuso sexual	Alta hospitalaria a cargo de la madre.
8	Situación de calle	Se fuga, se informa a Comisaría N°32.
9	Situación de calle	El paciente se retira sin alta. Se informa a operadores de DG de Niñez.
10	Abuso sexual	Alta médica. Egresar al cuidado de la madre.
11	Otros - Gestión de oxigenoterapia	Alta médica. Egresar con su madre.
12	Violencia familiar	Alta médica. La niña y sus hermanos se retiran con la abuela.
13	Violencia familiar	Alta médica. La niña y sus hermanos se retiran con la abuela.
14	Situación de calle	Se traslada a Casa Puerto (hogar).
15	Situación de calle – adicción	Se deriva a Hospital Muñiz por crisis.

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

N° de caso	Causa	Terminación del caso
16	Violencia familiar	Alta médica. La niña y sus hermanos se retiran con la abuela.
17	Abuso sexual	Alta médica. Se retiran a cargo de la abuela.
18	Situación de calle (su familia vive en la Villa 21)	Alta médica. Egresos del hospital con su madre.
19	Violencia familiar	Egresos con su madre y familiares, con autorización del Equipo de Violencia (CESAC 39).
20	Otros - deshidratación - situación social	Alta médica. Egresos con familia.
21	Violencia familiar	Egresos con operador social para traslado a hogar.
22	Otros - Gestión de oxigenoterapia	Se deriva a clínica de Obra Social.
23	Violencia familiar	Alta médica. Egresos con su madre.
24	Violencia familiar	La madre se retira con el niño sin alta (fuga). Se avisa al CNNyA.
25	Violencia familiar	Se retira con padrastro, con autorización del juzgado.
26	Abuso sexual	Alta médica. Egresos con su madre.
27	Violencia familiar	Egresos con su madre hacia un hogar de Luján.
28	Situación de calle	Se deriva a hospital Tobar García.
29	Violencia familiar	Alta médica. Egresos con su tío.
30	Violencia familiar	Alta médica. Egresos con su madre.
31	Violencia familiar	Alta médica. Egresos con su madre.
32	Situación de calle	Alta médica. Egresos con su abuela.
33	Violencia familiar	Alta médica. Egresos con su madre.
34	Otros - Gestión de oxigenoterapia	Alta médica. Egresos con familia.
35	Otros – abandono	Se retira con operadores del CNNyA al Hogar Seres de Banfield.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

El 54,3% de los pacientes (19 casos) egresaron con alta médica, regresando a una vivienda familiar; el 17,1% (6 casos) egresaron hacia un hogar; el 14,3% (5 casos) se trasladan a otro centro asistencial (público o privado); el 8,6% (3 casos) se fugaron y el 5,7% (2 casos) por intervención del juzgado correspondiente se autoriza el egreso (en un caso con la maestra y en el otro con el padrastro).

Asimismo, se relatan dos casos que expresan las relaciones interpersonales, haciéndose presentes también los factores que originaron la situación socio-sanitaria. Se presentan situaciones de exclusión, abuso, maltrato y adicción, involucrados con episodios de enfermedad.

Es necesario aclarar, que si bien estos casos no tienen significatividad estadística, sí tienen relevancia social y sanitaria.

- Caso 17, paciente que padeció abuso sexual por parte del padrastro y violencia física por parte de su madre:

Se trata de una niña de 10 años que ingresa a la Unidad de Pediatría traída por el SAME, por denuncia de la escuela a la que concurre, como medida de

protección, por sospecha de abuso sexual por parte de su padrastro y maltrato físico por su madre.

El grupo familiar conviviente está integrado por madre, padrastro y dos hermanos (4 y 7 años).

A lo largo del año 2008, la niña con una hermana, fueron internadas en el hospital Garrahan por presentar quemaduras de ladrillo ocasionadas por la madre. En dicho momento se dio intervención a Promoción y Protección de los derechos del Niño del Partido de La Matanza, dejando a la abuela materna la responsabilidad de los niños.

Por algún período, la madre de los niños los retiró de la vivienda de la abuela materna y los llevó a vivir con ella y con su pareja; momento en el que sucedieron los episodios de violencia y abuso.

Durante la internación en el hospital Penna, la niña permaneció acompañada de su abuela materna y una hermana; otro de los hermanos se fue a vivir con su padre biológico.

Se realizaron estudios de toda índole (examen de HIV, VDRL, etc.) e interconsultas con los Servicios de ginecología, otorrinolaringología y el equipo de violencia familiar.

Se realizó denuncia por abuso sexual en la Comisaría N° 32, dando intervención al Juzgado correspondiente.

Hacia fin del año 2008, la abuela materna firma un Acuerdo con Promoción y Protección de los derechos del Niño del Partido de La Matanza, donde se autoriza a la abuela materna a retirar a la niña del hospital, bajo la responsabilidad de preservar y respetar los derechos de la misma, hasta tanto se evalúe su situación socio-emocional.

➤ Caso 28, paciente adicto, agresivo, que vive en la calle:

Paciente de 14 años, en situación de calle, que pernocta en la Villa 21. Actualmente consume paco, pero inició consumo con PBC y marihuana hace 2 años.

No convive con la familia; mantiene contacto esporádicamente. Su madre está separada de su padre que es alcohólico y golpeador, pero conviven en el mismo terreno. Tiene 9 hermanos.

Presenta conductas violentas (agresividad hacia la madre y los profesionales), con riesgo hacia los demás niños internados.

Fue internado en tres oportunidades en el hospital Evita de la Pcia. de Buenos Aires. También se lo internó en una Comunidad Terapéutica de la que se escapo. La madre solicitó la intervención del Consejo de Minoridad. A su vez, la madre pide ayuda para ella y para otro hijo, por consumo de cocaína.

Ingresa al Servicio de Pediatría, traído por el SAME, con un cuadro de convulsiones. Durante la internación presentó crisis por intoxicación, por lo que tuvo que ser derivado a la Unidad de Terapia Intensiva del hospital Elizalde, dado que en este hospital no hay Terapia Intensiva Pediátrica.

Salido de la crisis, egresa a Casa Faro; de donde es traído nuevamente al hospital Penna, por nueva crisis de excitación y agresividad.

Se solicita la intervención del Defensor de Menores e Incapaces, dado que, por las características del cuadro, el paciente no debería permanecer en la Sala de Pediatría -no hay enfermería para atención personalizada-. El defensor, no da curso al pedido, disponiendo la no externación del menor.

El CNNyA, da intervención al Juzgado correspondiente, quien a través del informe médico forense, solicita la internación inmediata del menor en el hospital Tobar García.

Asimismo, dada la importancia de la intervención del CNNyA en el abordaje de los casos verificados, se analizó el Informe de Gestión del Ministerio Público Tutelar -Poder Judicial de la Ciudad- del período 2008-2009, el que comenta entre otras cosas, el Sistema de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Se extrae de dicho Informe las partes pertinentes a la temática abordada.

El Ministerio Público Tutelar ha podido observar que el Consejo de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (CNNyA) no ha logrado posicionarse como el organismo rector en materia de promoción y protección de derechos. En lugar de exigir y articular para que se genere un sistema de inclusión social para todos los niños, se ha constituido como un "ministerio para niños pobres", con una oferta de políticas públicas focalizadas, residuales y de reproducción de pobreza.

No se observa un plan destinado a lograr un sistema universal de acceso a los derechos que genere real igualdad de oportunidades para poder crecer en familia, recibir educación, protección de la salud, alimentación y vivienda adecuada. Tampoco se observa que el Consejo se posicione como una autoridad que promueva y exija el respeto de las garantías reconocidas normativamente, en cada una de sus intervenciones y programas de acción social.

Un ejemplo concreto de esta situación se refleja en la falta de dictado de medidas de exigibilidad por parte del CNNyA: durante el período 2007 y 2008, habría dictado únicamente 8 medidas de exigibilidad¹⁷, y durante 2009, 30 medidas. De estas últimas, sólo 15 se resolvieron positivamente¹⁸, resultando una cantidad muy baja teniendo en cuenta el universo total de niños sobre el que interviene el CNNyA (solo en instituciones de albergue hay alojados aproximadamente 1200 niños).

Así, vemos un sistema de protección integral de derechos que, a pesar de su innovadora arquitectura institucional y de la normativa vigente (Ley 114 y Ley 26.061), aún contempla una forma de intervención heredada del viejo patronato

¹⁷ Esta información responde a los Oficios AGT N° 521/09 y 628/09, sobre la cantidad de medidas de exigibilidad incoadas por dicho organismo en el período 2007 y 2008. Se deja a salvo que respecto de tres de los casos presentados por la autoridad de aplicación como medida de exigibilidad, la AGT habría iniciado con anterioridad las correspondientes acciones de amparo.

¹⁸ Según información suministrada por la Presidente del CNNyA en la reunión de la Comisión de Infancia de la Legislatura porteña, realizada el 30/09/2009.

de menores y ajena a los principios estructurantes del nuevo modelo normativo: una forma de atención focalizada, asistencial, creciente y permanente que acude cotidianamente a programas de internación y alojamiento de niños pobres en instituciones que prestan servicios de albergue convivencial y terapéutico.

Durante el año 2009, continuó el aumento de la utilización del recurso de institucionalización por parte del GCBA, así como un claro retroceso en materia de legalidad del procedimiento que concluye con la institucionalización del niño. También se continúa observando el incumplimiento de los principios de excepcionalidad, transitoriedad y subsidiariedad. Este desalentador panorama es acompañado de un escenario de desarticulación y desencuentros institucionales entre organismos del propio Gobierno (el CNNyA y la Dirección General de Niñez -DGN-), que redundan en perjuicio de los niños asistidos.

De la lectura de las medidas de protección remitidas a la Asesoría General Tutelar, se desprende un dato preocupante: la pobreza es la variable común y a veces el indicador exclusivo que motiva la implementación de las institucionalizaciones.

En concordancia, se puede observar la insuficiencia de políticas públicas de fortalecimiento familiar y social que permitan establecer estrategias de egreso y posibilitar la revinculación familiar y comunitaria a fin de dar cumplimiento con principios legales de transitoriedad, excepcionalidad y brevedad de la medida de internación.

Así, durante el año 2009 se sigue observando que aquellas líneas programáticas de gobierno que debieran consolidarse como pilares para efectivizar los principios legales de transitoriedad, excepcionalidad y brevedad de la medida de internación; se presentan como desprovistas de recursos humanos y económicos.

Por otro lado, se observa una falta de programas sociales que trabajen y acompañen a las familias en el egreso, así como de políticas públicas orientadas al fortalecimiento de los jóvenes para su inserción laboral y su egreso por autovalimiento.

Según la información¹⁹ que sistematizó la Asesoría General Tutelar, sobre el alojamiento de niños, niñas y adolescentes en instituciones de albergue de la Ciudad o con Convenio con el Gobierno de la Ciudad, se evidencia la irregularidad de la mayoría de las instituciones instrumentadas por el Gobierno de la Ciudad.

¹⁹ Datos al 18 de Septiembre de 2009.

Cuadro 11. Personas menores de edad institucionalizadas a septiembre de 2009, según encuadre jurídico de la institucionalización

Concepto	Casos	%
Medidas Excepcionales	242	33,2
Medidas de Protección especial	172	23,59
Medidas Preadoptivas	32	4,39
Espera de respuesta -se presume que no hay medida, es decir que la situación es irregular-	283	38,82
TOTAL	729	100

Fuente: Asesoría General Tutelar

De los 729 casos, casi el 40% no tiene medida de institucionalización informada a la Asesoría General Tutelar, por lo que se presume que fueron institucionalizados de manera irregular. Es decir que en 283 institucionalizaciones de la Ciudad, se carece de encuadre jurídico apropiado, en tanto el órgano de aplicación local omitió, sistemáticamente y en reiteradas oportunidades, enviar las constancias respaldatorias a la Asesoría General Tutelar.

De esta manera, podemos ver la absoluta discrecionalidad de la administración, en tanto instrumenta y sostiene institucionalizaciones de niños en sus dispositivos, sin garantizar un debido proceso y sin el dictado de un acto administrativo que contenga la medida.

Se observa también, durante lo que va del 2009, un significativo crecimiento de las medidas excepcionales respecto del periodo 2008. Este crecimiento parece responder a un modelo institucional propio del patronato donde el poder ejecutivo presta los lugares de internación y el Poder Judicial ejerce la tutela de los niños.

Asimismo, la vulneración del principio de excepcionalidad y transitoriedad de las institucionalizaciones de niños también deja observarse, a poco de ahondar, en la baja incidencia de los egresos. Según la información de la Asesoría General Tutelar, para el año 2009 sobre un total de 739 casos sólo se registra el egreso en un 15% (111).

En relación al derecho de convivencia familiar y comunitaria, así como de las posibilidades de generación de planes de vidas autónomos, la Asesoría General Tutelar verificó, que uno de los obstáculos principales a la hora de abordar los casos, en esta perspectiva, es la falta de programas de fortalecimiento familiar y social como de autovalimiento.

Es decir, el déficit de programas de apoyatura familiar y social se constituye en un problema nodal. Así, las líneas programáticas de gobierno que debieran asumirse como pilares que coadyuvan a efectivizar los principios legales de excepcionalidad, subsidiariedad y brevedad de la medida de internación, se presentan como deficitarios y ausentes para las instituciones verificadas.

▪ Maternidad

Las mujeres asistidas en el parto con problemas sociales, dan cuenta de una población que vive en condiciones de exclusión social, donde las políticas públicas en algunos casos sólo intentan dar respuestas focalizadas y asistencialistas, reproduciendo -en muchos casos- su situación de precariedad y vulnerabilidad.

Surge la dificultad, para hallar alternativas de acción que respondan a la conflictiva de situación de calle-adicción-maternidad. Las personas con estas características, quedan fuera de la sociedad, y ésta a su vez, se respalda en ello para sustentar que tal situación rompe el tejido social, cuando en realidad ya estaba roto, y por eso surge la situación de calle y la adicción, entre otros.

Es en este complejo contexto social, donde las mujeres transitan su embarazo sin cuidados básicos ni de atención de su salud. Asimismo, la vulneración de los derechos básicos de estas mujeres se agrava al entrar en juego la presencia de hijos, complejizando la noción de maternidad.

En este sentido, se pretende analizar la situación de vulnerabilidad que atraviesan estas mujeres, durante su maternidad.

Se analizaron 12 casos correspondientes a pacientes con problemas sociales. La problemática hallada, obedece principalmente a pacientes con problemas de adicciones, en situación de calle o que viven en la villa, o con ausencia de vínculos familiares.

El estudio de los casos contempla: la situación social, la vinculación familiar, los días de internación, el porcentaje de camas ocupadas por estos casos, la situación en que egresan, como así también, otros aspectos relacionados con la temática analizada.

Cuadro N° 12. Edad materna

Años	Casos	%
13 años	1	8,3
14 años	1	8,3
15 años	3	25,0
19 años	3	25,0
25 años	1	8,3
30 años	2	16,7
37 años	1	8,3
Total de casos	12	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

El 66,7% (8 casos) eran madres adolescentes (menores de 20 años).

Cuadro N° 13. Situación social, vinculación familiar, adicciones y estado psíquico

N° de caso	Situación social	Vinculación familiar	Adicción	Paciente Psiquiátrica
1	Vive de prestado en casa de suegros	Suegra	Ninguna	No
2	Vive en Villa 11-14	Ninguna	Drogas	No
3	Vive en Villa 21	Ninguna	Ninguna	No
4	Vive en Inquilinato	Frágil - madre	Ninguna	Si
5	Vive con su madre	Madre	Ninguna	No
6	Vive en la calle	Ninguna	Drogas	Si
7	Vive en una pieza que alquila	Ninguna	Ninguna	Si
8	Vive en la calle	Ninguna	Ninguna	No
9	Vive en Villa 21	Frágil - padre	Ninguna	No
10	Vive en la calle	Ninguna	Drogas	No
11	Vive en Barrio Zavaleta	Hermana	Drogas	No
12	Vive en la calle	Ninguna	Drogas	No

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

Un denominador común a todos los casos es la vulnerabilidad social. En el 66,7% de los casos (8), las pacientes vivían en la calle o en la Villa. El 75% de las pacientes (9 casos) no tenían ninguna vinculación familiar o era frágil. El 25% (3 casos) eran pacientes psiquiátricas y el 41,7% (5 casos) padecían adicciones a drogas. En este último caso, el 25% (3 casos) vivía en la calle. **(Observación 1 y 3)**

Cuadro N° 14. Días de internación y alta médica

N° de caso	Días de internación	Se retira sin alta	% acumulado	Se retira con su bebe	% acumulado
1	4	No	0,0	Si	8,3
2	21	Si	8,3	No	0,0
3	49	No	0,0	No	0,0
4	18	No	0,0	Si	16,7
5	17	No	0,0	Si	25,0
6	8	Si	16,7	No	0,0
7	22	Si	25,0	No	0,0
8	17	Si	33,3	No	0,0
9	14	No	0,0	Si	33,3
10	16	No	0,0	Si	41,7
11	15	No	0,0	Si	50,0
12	5	Si	41,7	No	0,0
Promedio días de internación	17,17	% pacientes retirados sin alta	41,7	% pacientes retirados sin su bebe	50,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

La internación promedio fue de 17 días, con un máximo de 49 días y un mínimo de 4 días. El 41,7% de las pacientes (5 casos) se retiraron sin alta médica. En el 50% de los casos, las madres abandonaron a sus bebés o lo dejaron para adopción. **(Observación 1, 2 y 3)**

Cuadro N° 15. Terminación del caso

N° de caso	Terminación del caso	
	Situación de Egreso de la Madre	Situación de Egreso del Bebe
1	Egres a hogar de la suegra	Egres a hogar familiar
2	Regresa a la Villa	Egres a hogar
3	Egres a Institución psiquiátrica	Egres a hogar
4	Egres a hogar maternal	Egres a hogar maternal
5	Egres a hogar de la madre	Egres a hogar familiar
6	Regresa a la calle	Egres a hogar
7	Regresa a inquilinato	Egres a hogar
8	Regresa a la calle	Egres a hogar
9	Regresa a la Villa	Egres a hogar familiar
10	Egres a hogar maternal	Egres a hogar maternal
11	Se gestiona internación en Comunidad Terapéutica	Egres a hogar familiar (tío)
12	Regresa a la calle	Egres a hogar

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Historias Sociales relevadas.

Analizada la externación de la madre y el bebé, se vislumbra la complejidad de la problemática analizada: 6 bebés (el 50% de los niños) fueron derivados a un hogar, regresando sus madres a la calle en 3 casos (25%), a la Villa en 2 casos (16,66%) y en 1 caso (8,33%) se derivó a una institución psiquiátrica; 1 recién nacido (el 8,33% de los niños) egresó con su tío materno, gestionándose la internación de la madre a una Comunidad Terapéutica; 3 bebés (el 25% de los niños) egresaron con su madre y en 2 casos (16,66% de los niños) se realizó la externación conjunta a un hogar maternal. **(Observación 3 y 4)**

2. Violencia Intrafamiliar o Domestica

De las numerosas causas violentas que impactan en el proceso salud-enfermedad-atención, las tres principales son los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios. No obstante, existen otras formas de violencia, que si bien no siempre se traducen en mortalidad, sí pueden hacerlo como morbilidad.

Se trata de otros accidentes (caídas, envenenamientos, golpes, fuego, etc.), las distintas formas de discriminación (social, racial, de género, etc.), la violencia contra la mujer (violación, acoso, desvalorización, etc.), la violencia contra el niño (abuso sexual, etc.), la violencia intrafamiliar e interpersonal (física, psíquica, verbal o simbólica, etc.), entre otras. Todas estas formas tienen en común el impacto en el Proceso Salud Enfermedad Atención.

Asimismo, existen diversos espacios sociales donde se manifiesta la violencia -doméstico y familiar, laboral, vía pública, esparcimiento, entre otros-.

En este sentido, el trabajo de campo se focalizó sobre la violencia intrafamiliar, en el espacio domestico y familiar, dado que la misma se manifiesta

en forma significativa en la propia familia, y por lo tanto en un espacio privado, donde las normas legales y la política pública, adolecen de intervención.

La violencia doméstica se manifiesta no solo en golpes físicos sino también en formas más sutiles que provocan impacto a más largo plazo, pero que pueden ser tan destructivas de la personalidad como las que lastiman físicamente.

A los fines de este estudio la violencia intrafamiliar o domestica, es entendida como una modalidad que se manifiesta en las relaciones entre los miembros de una familia mediante actitudes, omisiones o acciones agresivas de carácter físico, sexual, verbal, emocional y moral de unos para con otros, y que perjudican a uno o más familiares.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁰, la violencia se presenta como una de las principales causas de muerte y lesiones no mortales en todo el mundo.

La violencia domestica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

En este contexto, la intervención de los profesionales de la salud, se hace necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral, en coordinación con otros profesionales e instituciones. No obstante, se destaca que los profesionales de la salud, no tienen formación y/o capacitación que posibilite la efectividad de la intervención médica. **(Observación 7)**

Se intenta analizar las formas que adquiere la violencia intrafamiliar en los usuarios del Programa Local de Violencia, cuya actividad se desarrolla en el Centro de Salud N°39 correspondiente al área programática del hospital, y describir los mecanismos utilizados por el Programa para abordar dicha problemática.

El análisis realizado se encuadra en el campo de la investigación social, utilizando el referencial metodológico de la investigación cualitativa. No obstante, para la recolección de datos, se combinó dicha técnica con la investigación cuantitativa, ya que se utilizaron como fuente de datos las historias clínicas, como también información estadística de distinta índole.

Asimismo, se seleccionó un caso representativo de la problemática expuesta, el que se expone a través de la técnica de "Historia de Vida".

²⁰ OMS, Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002.

▪ Datos estadísticos

Uno de los problemas de la violencia doméstica es que si bien existen registros o recopilaciones de quienes trabajan en el tema, no hay estadísticas clínicas oficiales, que permitan tener una conciencia integral sobre la temática y establecer la prevalencia de la misma.

En este sentido se señala, que la Dirección de Estadísticas para la Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, informó que el sistema estadístico que utiliza la Ciudad para Atención Primaria (Sistema de información de atención primaria de la salud, Subsistema CeSAC – SICESAC-), permite que las consultas de violencia, se registren como consultas de psicopatología, por lo tanto, existirá un subregistro si sólo se recaba la información estadística que maneja ésta Dirección, respecto a la Violencia. **(Observación 5)**

No obstante, el equipo de trabajo del Programa Local de Violencia familiar y maltrato infantil (instalado en el Cesac N°39, dependiente del área programática del hospital Penna), informó las consultas atendidas durante el año 2008, que incluyen la actividad grupal e individual, como también, las actividades extra e intramuro y las interconsultas en sala de pediatría del hospital Penna.

Cuadro N°16. Consultas efectuadas durante el año 2008

Meses del año	Consultas realizadas
Enero	160
Febrero	170
Marzo	99
Abril	165
Mayo	138
Junio	255
Julio	266
Agosto	225
Septiembre	267
Octubre	225
Noviembre	170
Diciembre	140
Total anual	2.280

Fuente: Programa Local de Violencia Familiar y maltrato Infantil. CeSAC 39, Área programática, Hospital Penna.

Asimismo, se solicitó información al Ministerio de Desarrollo Social, Dirección General de la Mujer, Atención Integral a la Víctima de la Violencia Doméstica y Sexual, la que se expone en el cuadro siguiente.

Cuadro N°17. Personas asistidas en violencia doméstica y sexual - Año 2008

Asistencia integral a la violencia doméstica y sexual	6.329
<i>Centros Integrales de la Mujer</i>	3.521
<i>Emergencia y Asistencia Inmediata</i>	874
<i>Asistencia a mujeres víctimas de delitos sexuales</i>	139
<i>Programa Lazos</i>	155
<i>Hombres Violentos</i>	193

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

<i>Casa de medio camino (personas alojadas)</i>	28
<i>Unidad Convivencial (personas alojadas)</i>	48
<i>Prevención y Asistencia al Maltrato Infanto-Juvenil</i>	1.150
<i>Refugio para la Mujer Golpeada y sus Hijos (personas alojadas)</i>	221

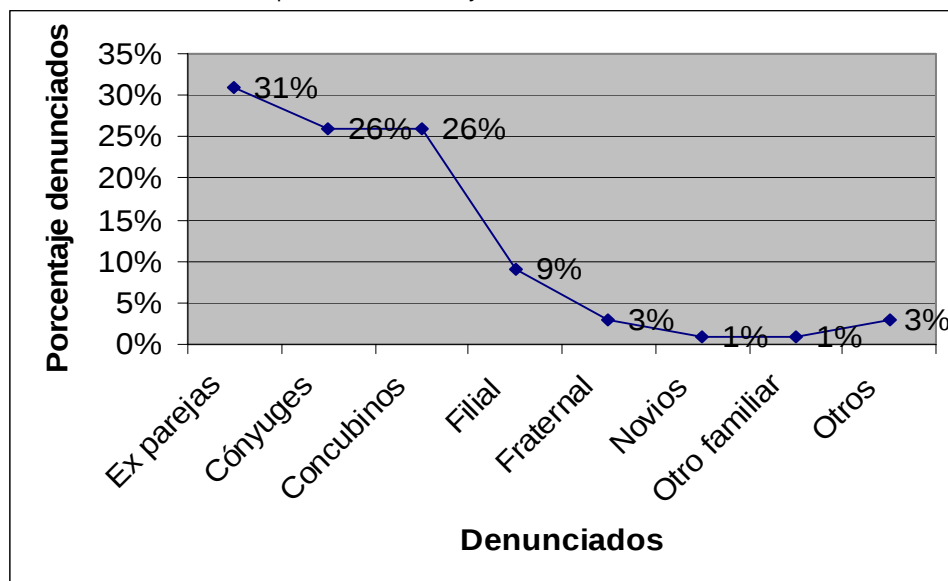
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Dirección General de la Mujer, Atención Integral a la Víctima de la Violencia Doméstica y Sexual.

También se verificaron datos de la Oficina de Violencia Domestica dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Esta oficina fue creada el 15 de Septiembre de 2008, registrando en su primer año de actividad 5.942 casos atendidos (no incluye las consultas informativas o consultas extrajurisdiccionales).

El documento emitido por la Oficina de Violencia domestica, sobre los datos más relevantes del primer año de actividades (del 15/09/08 al 15/09/09), informa que, el total de personas afectadas fue de 7.299. De ellas, el 82% (6.021 casos) son mujeres y el 18% (1.278 casos) son varones. De las mujeres afectadas, el 15% son niñas o adolescentes (0-18 años); de los varones afectados, el 61% son niños o adolescentes (0-18 años).

En cuanto a la relación que une a las personas afectadas y denunciadas se observa que la relación de pareja (pareja, ex parejas, concubinos, cónyuges y novios) es la predominante con un 84%.

Grafico N° 1. Relación entre personas afectadas y denunciadas

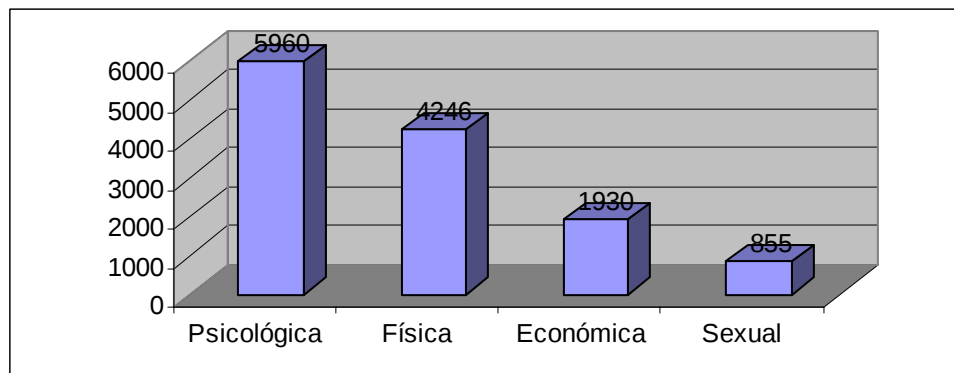


Fuente: Oficina de Violencia Domestica de la Suprema Corte de Justicia.

Respecto al tipo de violencia que se observa, la mayor cantidad de casos corresponden a violencia psicológica 89% (5.960 casos), luego siguen, la violencia física 68% (4.246 casos), económica 30% (1930 casos) y sexual 14% (855 casos). En este tema, la suma de los casos excede el 100% ya que en un mismo caso, puede observarse diferentes clases de violencia.

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Grafico N° 2. Tipos de violencia



Fuente: Oficina de Violencia Domestica de la Suprema Corte de Justicia.

Si bien la información estadística surge de distintas áreas de gobierno, no existe articulación entre estas, ni redes (sociales, familiares e institucionales) que garanticen la atención del paciente con esta problemática. **(Observación 6)**

▪ **Análisis del estudio**

Se analizó el libro de admisiones, del Equipo de Violencia (CESAC 39) verificándose los diagnósticos de los pacientes admitidos durante el período 2008.

Cuadro N°18. Diagnóstico de pacientes atendidos durante el año 2008

Diagnóstico	Casos	%
Otros (*)	66	25,88
Problema vincular	63	24,71
SMM	23	9,02
VF	18	7,06
ASI	16	6,27
MI	15	5,88
SMM/TV	10	3,92
MA/ TV	10	3,92
SMM/ MI/ TV	7	2,75
MI/ TV	6	2,35
HV	5	1,96
MA	4	1,57
MI/TV/ASI	3	1,18
VF/ MA	3	1,18
TV	3	1,18
ASA	2	0,78
VF/ MI	1	0,39
Total	255	100,00

Fuente: Libro de admisiones - Equipo de Violencia familiar

(*) Incluye, crisis de angustia, duelo, ansiedad, depresión, entre otros.

Referencias: Abuso sexual infantil (ASI) – Abuso sexual adolescente (ASA)

Hombre violento (HV) – Maltrato infantil (MI) – Violencia familiar (VF) –

Testigo de violencia (TV) – Síndrome de la Mujer Maltratada (SMM) –

Maltrato adolescente (MA)

La mayor cantidad de pacientes atendidas por problemas relacionados con violencia²¹, fueron diagnosticadas con el Síndrome de la mujer maltratada (SMM-SMM y TV - SMM, MI y TV), 40 casos (15,7%).

Asimismo, se pueden mencionar al menos tres razones, por las cuales la violencia hacia la mujer, debe ser considerada como un tema de salud pública.

Porque produce un impacto considerable en la salud y la vida de una proporción significativa de mujeres; porque tiene un impacto negativo sobre temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la procreación responsable, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la salud mental y la calidad de vida en general; porque para muchas mujeres que han sido maltratadas física, psicológica y sexualmente, los profesionales de la salud son uno de los puntos de contacto que pueden ofrecer información y atención.

Por consiguiente, el estudio se focalizó sobre aquellas pacientes admitidas durante el período 2008, por el Equipo de Violencia, con diagnóstico de Síndrome de la mujer maltratada (40 casos). El análisis contempla: las causas, consecuencias y repercusiones de la violencia doméstica, como así también otros aspectos relacionados con la temática analizada.

Cuadro N°19. Edades de pacientes admitidas

Edades	Casos	%
De 18 a 25 años	2	5
De 26 a 35 años	13	32,5
De 36 a 45 años	13	32,5
De 46 a 55 años	7	17,5
De 56 a 65 años	4	10
Sin datos	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

Al analizar la edad de la mujeres en estudio, se pudo apreciar que, el 5% correspondía al grupo etáreo de 18 a 25 años (2 casos), el 17.5% corresponde al grupo de 46 y 55 años (7 casos), mientras que el 10% corresponde al grupo de 56 a 65 años (4 casos); siendo los grupos de 26 a 35 años y de 36 a 45 años, los que predominaron en el análisis con el 32,5% cada uno (13 casos por grupo).

Cuadro N°20. Escolaridad de pacientes admitidas

Nivel de estudio	Casos	%
Sin datos	22	55
Secundario	6	15
Primario	4	10
Primario incompleto	2	5
Secundario incompleto	2	5
Terciario	2	5
Universitario	1	2,5
Universitario incompleto	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

²¹ Los problemas vinculares, no integran los diagnósticos por causas de violencia.

La escolaridad que prevaleció fue la secundaria en el 15% (6 casos) y la primaria en el 10% (4 casos). Cabe aclarar, que en el 55% de los casos analizados no se consignó el dato de su nivel de estudio (22 casos).

Cuadro N°21. Convivencia de pacientes admitidas

Pareja estable	Casos	%
Si	26	65
No	14	35
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

Se constató que el 65% de las mujeres (26 casos) vivían con una pareja estable (cónyuge, concubino, etc.), mientras que el 35% restante, vivía con sus hijos y/u otros familiares (14 casos).

Cuadro N°22. Ocupación de pacientes admitidas

Ocupación	Casos	%
Sin datos	12	30
Obreras u operarias	10	25
Trabajadoras por cuenta propia	8	20
Amas de casa	7	17,5
Desocupadas	3	7,5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

La ocupación se presentó repartida entre amas de casa en un 17,5% (7 casos), trabajadoras por cuenta propia en un 20% (8 casos) y obreras u operarias en un 25% (10 casos). En el 30% de los casos no se consignó el dato de ocupación (12 casos).

Cuadro N°23. Familia de pacientes admitidas

Tipo de familia	Casos	%
Nuclear	22	55
Monoparental ²²	8	20
Ensamblada ²³	7	17,5
Extendida ²⁴	3	7,5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

En el tipo de familia con el que conviven las mujeres, predominó la familia nuclear (madre, padre e hijo), representando el 55% con un total de 22 casos.

Del aporte de los datos demográficos se puede inferir, que la problemática de violencia, no es exclusivo de las clases sociales más pobres.

Cuadro N°24. Derivación de pacientes admitidas

Derivación	Casos	%
Sin derivación institucional	13	32,50
Servicios del Hospital Penna (*)	12	30,00

²² Familia conformada con el padre o la madre, es decir, de la pareja hay uno sólo.

²³ Familias diferentes que conforman una nueva familia.

²⁴ Familia integrada además por la familia de origen u otros familiares adicionales.

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Derivación	Casos	%
Otros Hospitales o CESACs	5	12,50
Juzgado	4	10,00
Otras instituciones públicas (**)	4	10,00
Sin datos	2	5,00
Total	40	100,00

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

(*) Guardia, Clínica Médica y Servicio Social

(**) Defensoría, Procuración General, Oficina de Asistencia a la Víctima y Hogar de Tránsito

El 30% de las pacientes acudieron derivadas de algún Servicio del Hospital Penna (12 casos), mientras que el 32,5% no tuvo derivación institucional (13 casos).

Cuadro N°25. Antecedentes de violencia

Antecedentes de familia violenta	Casos	%
Si	25	62,5
No	15	37,5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

Se detectó como principal causante de la violencia, la vivencia de violencia domestica en su familia de origen; el 62,5 % de las pacientes provenían de familias violentas (25 casos).

Cuadro N°26. Persona que ejerce la violencia

Ejercicio de la violencia	Casos	%
Pareja (*)	32	80
Paciente	4	10
Otros (**)	4	10
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

(*) Cónyuge, concubino, ex pareja o novio

(**) Otros familiares que convivan con la paciente

Se observó en el 80% de los casos, que la pareja (pareja, ex pareja, concubino, cónyuge o novio) es la predominante en el ejercicio de la violencia (32 casos). Asimismo, se verificó la intervención judicial y/o policial (a través de denuncias) en el 60% de los casos (24).

Cuadro N°27. Extensión de la violencia

Violencia extendida a grupo familiar	Casos	%
Si	17	42,5
No	23	57,5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

La violencia se extendió al grupo familiar (principalmente hijos) en el 42,5% de los casos (17). De los casos sociales analizados en Pediatría, 6 casos, forman parte de estos 17 niños que padecieron la extensión de la violencia familiar.

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Cuadro N°28. Formas de ejercer la violencia

Formas de violencia	Casos(*)	% (*)
<i>Psíquica</i>	37	92,5
<i>Física</i>	26	65
<i>Sexual</i>	10	25

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

(*) Cada ítem fue considerado en relación al total de los casos (40), dado que la mayoría de las pacientes padecían más de una forma de violencia

En relación a las formas de violencia, se pudo constatar que la violencia psicológica ocupa el primer lugar (37 casos sobre un total de 40), seguido de la violencia física (26 casos sobre un total de 40) y la sexual (10 casos sobre un total de 40).

En relación a los problemas médicos y las consecuencias psicológicas que enfrentaron las pacientes, no se consignaron datos en las historias clínicas de los casos relevados.

Cuadro N°29. Finalización del tratamiento

Abandono de tratamiento	Casos	%
<i>Si</i>	36	90,00
<i>No</i>	4	10,00
Total	40	100,00

Fuente: Historias Clínicas - Equipo de Violencia familiar

No finalizó el tratamiento el 90% de las pacientes (36 casos).

En este caso, es observable desde la clínica, que muchas mujeres consultan intentando que cambien la conducta del compañero o pareja golpeador, es decir, saben del tratamiento o rehabilitación, pero esperan que el que cambie sea él. Cuando se les marca ésta situación, donde no es él quien consulta, desertan.

Otras de las situaciones que se presenta, es el no deseo de denunciarlos (cuando esto se impone como primer y necesaria salida) por sentir que los traicionan ó porque temen represalias de los familiares del violento.

También existen casos donde se acude a una sola entrevista, porque la mujer toma conciencia del nivel de exposición a daños en que se halla y rompe la relación, intentando alejarse de los espacios donde él la localice.

Se debe contemplar que la problemática de la mujer maltratada implica una historia previa infantil que la favorece; también que la convivencia en la violencia implica la escisión psíquica de éstas mujeres que no logran integrar la imagen del golpeador (naturalizan y minimizan los sucesos como modo de conservar la relación).

Además, el equipo de profesionales planteó dentro de las dificultades, la falta de estabilidad laboral que posibilite una adecuada atención, y el desarrollo de la tarea asistencial sólo en el CESAC N°39, lo que implica un límite en la oferta asistencial. **(Observación 6)**

También se señala la falta de estudios epidemiológicos y de prevalencia de la violencia. **(Observación 5)**

Los casos analizados, dan cuenta de que la problemática planteada demanda del estado la asistencia interdisciplinaria e intersectorial. Sin embargo, la respuesta a esta demanda requiere del diseño de una estrategia asistencial centrada en el paciente, que garantice la efectividad del tratamiento. **(Observación 6 y 7)**

Asimismo, se indagó en la Guardia del Hospital Penna, sobre los pacientes que ingresaron a la misma con lesiones provocadas por episodios de violencia.

A tal efecto se analizaron los Libros de pacientes que fueron atendidos por Guardia (Libro Ambulancias y Libro Auxilios), de los meses seleccionados como muestra: abril, agosto y noviembre de 2008.

Cuadro 30. Pacientes atendidos por Guardia

<i>Meses de la Muestra</i>	<i>Violencia</i>
<i>Abril</i>	59
<i>Agosto</i>	35
<i>Noviembre</i>	36
Total Trimestre	130
Promedio Mensual	43,33
Proyección Anual	520

Fuente: Libro Guardia (ambulancias – auxilios) de los meses de la muestra

Las consultas asistidas por la Guardia revelan un promedio proyectado anual de 520 consultas relacionadas con episodios de violencia.

Sin embargo es preciso señalar, que estos casos representan una cifra menor a la realidad, dado que los registros de Guardia, contemplan el motivo por el cuál el paciente acudió a la consulta (lesiones físicas), pero no siempre reconoce la causa que originó tal consulta (violencia doméstica).

En línea a lo analizado, se describe un caso representativo, de las situaciones que padecen los pacientes y familiares, víctimas de la violencia doméstica.

- Caso N° 39, síntesis: paciente femenino de 36 años, con familia integrada por madre, padre y 3 hijos (de 5, 8 y 15 años), con diagnóstico de Síndrome de Mujer Maltratada crónico/permanente. El diagnóstico asociado a los niños fue: Maltrato Infantil (psicofísico), Testigos de Violencia, Presunción de Abusos Sexual Infantil (durante internación institucional), Ruptura de Vínculo Materno Filial, Ruptura de Vínculo Fraterno Filial y Violencia Secundaria/Institucional. Todas

las categorías de diagnóstico fueron consideradas como de alto riesgo, por el Equipo de Violencia que asistió el caso.

El caso tiene como protagonista de la violencia al padre de familia. Ejerce violencia familiar hacia la esposa e hijos. La esposa padece violencia psicofísica crónica/permanente. Los niños fueron testigos de la violencia que el padre ejerció hacia la madre, y en dos ocasiones, el hijo de 8 años fue víctima de maltrato físico.

Se trata de una paciente que recurre al Centro de Salud luego de un episodio de violencia narrado por su hijo de 8 años. El niño fue golpeado y cableado por su padre; el episodio habría sido con métodos de tortura -tapado y aprisionado con una colcha para amarrarlo y evitar que se escucharan sus gritos-.

La madre del niño habría sido engañada por su esposo para que se retirara y no interviniera en la escena que desataría el padre contra el hijo (había expresado "charlar con el niño").

Luego del episodio, la madre encuentra al niño asustado y marcado. Por consiguiente, decide esperar a que el padre se retire del hogar, para llevar al niño junto con su hijo menor, al Centro de Salud. En el Centro, el niño es atendido por un médico, quién decide su traslado al Hospital José M. Penna, para su observación, permitiendo al mismo tiempo, favorecer la ruptura de vínculos promovida por la situación de violencia vivida.

En el hospital, permanecieron internados en la Sala de Pediatría durante 24 días, siendo también evaluados por el Equipo de Violencia.

La primera denuncia contra el padre de los niños, fue en octubre de 2007 por la madre del denunciado, cuando éste habría intentado matar con un cuchillo a su esposa, hecho que origina la judicialización del caso.

El hecho narrado por el niño de 8 años, se sumó a la causa judicial original, generando la decisión judicial de separar a la madre de ambos hijos, a pesar de los criterios establecidos en las evaluaciones del Equipo de Violencia.

Ambos niños, fueron separados de su madre y trasladados por la Jefa del área Internación, al Hogar Lihúen.

La madre de los niños, en el transcurso del tratamiento terapéutico con el Equipo de Violencia -Grupo de Mujeres Maltratadas- refirió en dos oportunidades, que el padre de los niños la había interceptado en la calle, con amenazas de muerte, por haberse ido del hogar con los niños y por haber informado sobre la golpiza realizada al niño de 8 años, solicitándole además, que retire la denuncia, que desista de la cuota alimentaria y que regrese al hogar junto a él.

Asimismo, el juzgado solicitó la atención y tratamiento terapéutico del padre de los niños, hecho que fue concretado, por el Equipo de Violencia.

Durante la evaluación diagnóstica del padre, el Equipo de Violencia observó, que ocultaba la situación de internación de los hijos junto a la madre, que mostraba desconocer las dificultades y malos tratos con su pareja, que negaba los malos tratos a los hijos, a la vez que refería no saber por qué se hallaba en la situación planteada. No presentó indicadores de angustia, se mostró hostil, defensivo y sin sentimientos de culpa.

El Equipo de Violencia, manifestó que la madre de los niños mostraba un marcado aumento en el deterioro físico: delgadez extrema, insomnio y debilidad. Fue derivada por lo tanto a Clínica Médica, solicitando además el seguimiento de su situación social, a la vez que se le brindó asesoramiento y representación legal.

La madre de los niños, continuó con la asistencia terapéutica grupal, a la que se le agregó, asistencia terapéutica individual, dado el agravamiento de sus crisis de angustia frente a la falta de respuesta de la situación de sus hijos.

A lo largo del tratamiento, expresa el fortalecimiento vincular en su familia ampliada, refiriendo que su hermano, estaría dispuesto a ayudarla para retornar a la provincia de Misiones –de donde ella es oriunda- con sus hijos. En dicha provincia, estaría viviendo el hijo mayor que, ante el temor de ser institucionalizado como sus hermanos, pidió a su madre irse con su tío.

El Equipo de Violencia trabajó sobre sus expresiones, de fuerte convencimiento y deseo, de convivir junto a sus tres hijos; el fortalecimiento yoico²⁵ frente a situaciones de daños ligados a los episodios de violencia original; la significación de síntomas físicos ligados a sucesivas violencias secundarias; la ratificación de su no deseo de convivencia con el padre de los niños.

Con posterioridad a estos hechos, el niño de 8 años, fue víctima de la violencia nuevamente: habría sido abusado sexualmente dentro del Hogar Lihúen por un adolescente internado de 15 años de edad. Además, habría escuchado que otros niños, eran golpeados por el Director de dicho Hogar.

La madre del niño habría constatado que su hijo tenía las piernas con moretones, a la vez que el niño le habría contado que otro niño internado le habría "tocado la cola". Asimismo, la celadora y la madre habrían identificado feo olor (a orina) en el colchón del niño.

El Equipo de Violencia, en una entrevista mantenida con el niño, observa que uno de sus dibujos, muestra un indicador altamente compatible con abuso sexual.

La madre de los niños expresa de manera constante, su preocupación por la angustia del niño abusado, quien presenta en forma reiterada malestares físicos, infecciones y dolores de muela, y que el otro hijo, tendría problemas de concentración en el colegio.

Los niños estuvieron en el Hogar Lihúen durante 7 meses. Luego, fueron trasladados al Hogar Libertad. Pasado 1 mes de asilo, los niños fueron separados; el hijo menor fue trasladado al Hogar San Benito.

La madre relata con muchísima angustia el momento en que su hijo de 8 años le cuenta la despedida con su hermano, y que ambos, se decían que se iban a extrañar y que se querían mucho. Dice observar muy deteriorado a su hijo (recuerda fotos de sus niños sonrientes y felices).

En el encuentro con su hijo menor, observa el daño que le ha causado la ruptura del vínculo fraterno. Refirió que el niño se encontraba jugando con plastilinas de color negro y marrón, que ella le sugirió que use otros colores y que el niño respondió "NO PORQUE ES LA MUERTE Y ALGUN DIA VA A RESUCITAR". Se siente impactada por la respuesta de su hijo. Dice que el niño

²⁵ Fortalecimiento de la personalidad.

le habría dicho que si no puede ir con ella, al menos quisiera estar con su hermano.

La madre en todo momento sostiene y se aferra a su deseo de estar criando a sus hijos, a quienes extraña. Sin embargo, le invade el desconcierto por el curso que han tomado los acontecimientos, donde no ha encontrado protección para sus hijos.

3. Adicciones

A los fines de este estudio, se entiende por droga a toda sustancia terapéutica o no, introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos clásicos de administración de los medicamentos, capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar una alteración física o mental. Esa modificación predispone a una reiteración continua en el uso del producto. Su capacidad de crear dependencia física o psíquica, en el consumidor es precisamente una de las características más importante a la hora de definir una sustancia como droga.

La dependencia no viene determinada solamente por esa interacción entre sustancia y sistema nervioso central, es una situación más compleja en la que intervienen la estructura social donde se desenvuelve el sujeto, sus relaciones dentro de un grupo humano, etc. La mayor o menor peligrosidad de la drogas es algo cuantificable; desde una perspectiva medica toda droga resulta nociva para la salud del hombre, se complica cuando entran en escena los diversos factores políticos, económicos, ideológicos que rodean a la persona.

La búsqueda de nuevas experiencias, los problemas afectivos, la crisis de la familia, el deseo de escapar al control social, la marginación son algunas de las causas del aparente éxito de la droga. Aparece como una forma de lucha, de contestación, de trasgresión de lo establecido, de enfrentamiento ante los principios y los valores contra una sociedad que le es hostil.

Los preadolescentes y jóvenes consumidores de droga en la sociedad actual no son personas extrañas o aislados exponentes, de una fracción "descarrilada" de la sociedad; son constitutivos de ella con un negro futuro si no cambian algunas estructuras socioeconómicas actuales.

Como dependencia se entiende un estado psíquico y físico entre un organismo vivo y una sustancia que se caracteriza por las modificaciones en el comportamiento influenciado no solo por las características del producto sino también por el ambiente social que lo rodea y que lo impulsa en la búsqueda de la droga. La dependencia puede llegar a tal punto (adicción) en que la ausencia de la droga provoca lo que se *denomina síndrome de abstinencia* cuya gravedad puede ser leve o hasta motivo de graves complicaciones físicas.

La persona que consume experimenta una exaltación del ánimo, con sensaciones de vigor y ausencia de manifestaciones de fatiga, aparente brillantes intelectual y ocasionalmente, estados alucinatorios.

Como factor de riesgo se entiende a toda circunstancia, condición o característica del adolescente, que aumenta su probabilidad de incurrir en el uso o abuso de sustancias; son innumerables y a mayor numero de ellos, mayor es el riesgo y la posibilidad de encontrar otros en la misma persona.

- Factores de riesgo personales: la edad, la falta de fe, la impulsividad, la imagen negativa de si mismo, el bajo rendimiento, el consumo prematuro de alcohol y tabaco, la depresión, la tendencia a comportamientos trasgresores etc.
- Factores de riesgo familiares: hábitos permisivos, mala relación entre ellos y los padres, la falta de demostración de los afectos, la indiferencia, el manejo inadecuado de la disciplina (la permisividad.- el exceso de rigidez).
- Factores de riesgo social e institucional: grupo de amigos (amigo que consuma), la disponibilidad a la droga, medios de comunicación, sustitución de la felicidad por el placer, la solución mágica a los problemas, la crisis de valores (el tener sobre el ser), la primacía de lo académico sobre lo humano, la falta de comunicación entre los profesores, alumnos y padres , el manejo inadecuado de la disciplina escolar , la falta de recreación y deportes con orientación, la presencia de agentes inductores.

▪ Datos estadísticos

La Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, dependiente de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio de Desarrollo Social de la ciudad de Buenos Aires, realizó en el año 2009, un informe respecto al perfil de los pacientes atendidos en centros de tratamiento, que dependen de ése Ministerio. El informe arrojó los siguientes resultados.

Las personas en tratamiento en su mayoría fueron varones y presentan bajos niveles de escolarización y ocupación. Más del 50% eran menores de 18 años, de los cuales una tercera parte llegó al tratamiento por indicación legal. Los mayores de 19 años llegaron prevalentemente en forma voluntaria al tratamiento.

La modalidad prevalente de tratamiento fue la residencial, especialmente en varones menores de 18 años. A medida que aumentaba la edad de los pacientes prevaleció el modo ambulatorial de atención. Los menores de 18 han tenido varias internaciones previas al tratamiento.

El inicio en el consumo de sustancias se verificó antes de los 18 años. Los inicios tempranísimos (entre los 6 y los 10 años) ocurrieron en pacientes varones

menores de 18 años. En líneas generales las mujeres comenzaron a consumir más tardíamente que los varones, entre los 11 y los 15 años.

La droga legal de inicio fue el Tabaco en las mujeres y el Alcohol en los varones. La droga ilegal de inicio en varones y mujeres fue la Marihuana, y más de un cuarto de los pacientes varones menores de 18 años, a los 13 años ya habían incorporado cinco drogas o más a su historia de consumo. Cuanto más tardío fue el inicio en el consumo, más lenta fue la incorporación de otras drogas en la historia de consumo. Las mujeres registraron menos tipos de drogas consumidas a lo largo de la historia de consumo que los varones.

Entre los menores de 18 años la Pasta Base/Paco fue una de las drogas de partida, mientras que en los mayores de edad la Pasta Base/Paco fue una droga de llegada. La droga que mayormente motivó el ingreso al tratamiento fue la Pasta Base/Paco en varones y mujeres de todos los grupos etéreos. De todos modos, la Marihuana, droga prevalente de inicio, se continúa consumiendo con niveles de abuso y dependencia en el momento de iniciar los tratamientos.

Varones y mujeres de todos los grupos de edad consideraron que la Pasta base/Paco fue la droga que más daño les causó en su historia de consumo.

Asimismo, la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones, dependiente de la Subsecretaría de Promoción Social del Ministerio de Desarrollo Social, realizó un estudio descriptivo que indagó la relación del ingreso en la emergencia hospitalaria con el consumo de sustancias psicoactivas, en el Hospital General de Agudos José M. Penna

El estudio fue desarrollado en el marco de la estrategia de vigilancia epidemiológica y el monitoreo de patrones de consumo de sustancias adictivas y nuevas drogas, durante la semana del 27 de octubre al 2 de noviembre de 2008. Se relevaron 402 casos, de pacientes que ingresaron por Guardia.

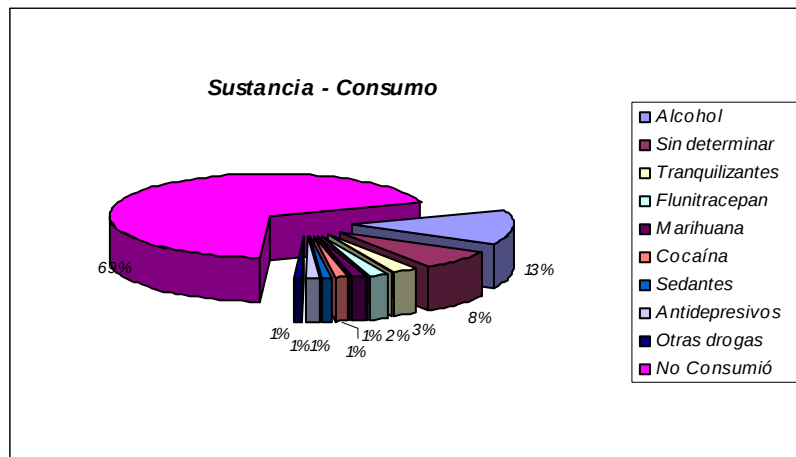
Alrededor del 11,2% de la consulta de emergencia del hospital, estuvo asociada al consumo de sustancias. En más de tres cuartas partes de la población asistida por tal consumo (75,5%), el diagnostico fue "consecuencia inmediata del estado de intoxicación" (traumatismo, herida, etc.); los cuadros agudos con intoxicación alcanzaron el 8%.

El consumo de sustancias psicoactivas anterior a la consulta de la semana del relevamiento fue alto; el 8% consumió solo alcohol, el 8,2% consumió sólo otras sustancias y el 6,7% consumió alcohol más otras sustancias; el resto no consumió.

Respecto al consumo durante las 6 horas anteriores al ingreso a la guardia, se relevó que el 13,2% de los pacientes consumió alcohol, el 8,2% no pudo determinarse de que droga se trataba, el 2,5% consumió tranquilizantes, el 2%

flunitracepan, el 1,2% marihuana, el 1,2% cocaína, el 1,2 % sedantes, el 1,2% antidepresivos y el 1% otras drogas de menor prevalencia; el resto no consumió.

Grafico N° 3. Consumo anterior al ingreso por Guardia



Fuente: Elaboración propia sobre la base del estudio realizado por la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones en la Guardia del Hospital Penna (oct-nov de 2008)

Pese a que la Ciudad cuenta con información estadística indiscutible, y con una norma específica sobre la problemática de adicciones (Ley 2.318) -las que en su conjunto reflejan la complejidad para el abordaje de la misma-, dicha temática no conforma una prioridad en la agenda de salud. **(Observación 8)**

▪ Análisis del estudio

Se analizaron las historias clínicas de los pacientes admitidos durante el año 2008. A tal efecto se trabajó con una muestra de tres meses, abril, agosto y noviembre del año en estudio, arrojando un total de 81 historias clínicas.

Se indagó sobre las características sociodemográficas del paciente, el tipo de consumo de sustancias psicoactivas, la edad de inicio, el tiempo de consumo, cómo acude al tratamiento y la existencia de tratamientos anteriores, la droga de mayor daño y la droga que motiva la demanda del tratamiento.

Asimismo, se intentó identificar situaciones de policonsumo y las drogas involucradas en las mismas, consideradas tanto el alcohol y el tabaco, como las denominadas drogas ilegales. También se verificaron aspectos vinculados a la salud en relación a enfermedades psicofísicas.

Cuadro 31. Edad del paciente asistido

Edades	Casos	%
14 a 25	37	45,7
26 a 35	25	30,9
36 a 45	11	13,6
46 y más	6	7,4
Sin datos	2	2,5
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

El análisis de las variables demográficas refleja el consumo de una población joven; el 45,7% tenía entre 14 y 25 años, el 30,9% tenía entre 26 y 35 años, mientras que el 23,4% de la población restante tenía más de 36 años. El promedio de edad era de 27años, con un valor mínimo de 14 años y un valor máximo de 56 años.

Cuadro 32. Sexo del paciente asistido

Sexo	Casos	%
Hombres	60	74,1
Mujeres	21	25,9
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

La población asistida fue mayoritariamente masculina (el 74,1% de los pacientes eran hombres).

Cuadro 33. Lugar de residencia del paciente asistido

Lugar de residencia	Casos	%
C.A.B.A	61	75,3
Pcia. de Bs. As.	20	24,7
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

En relación al lugar de residencia de los pacientes, se observó que el 75,3% (61 casos) residía en la Ciudad de Buenos Aires, mientras que el 24,7% (20 casos) residía en la Provincia de Buenos Aires.

Cuadro 34. Cobertura de Obra Social

Pacientes que cuentan con Obra Social	Casos	%
No	69	85,2
Si	9	11,1
Sin datos	3	3,7
Total	81	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

Asimismo, el 85,2% (69 casos) de los pacientes no disponía de una Obra Social; sólo el 11,1% (9 casos) tenía cobertura de obra social.

Cuadro 35. Nivel de educación

Nivel de estudio	Casos	%
Secundario incompleto	35	43,2
Primario	23	28,4
Secundario	9	11,1
Primario incompleto	8	9,9
Sin datos	4	4,9
Terciario incompleto	1	1,2
Universitario incompleto	1	1,2
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

En 35 casos se verificó que el paciente tenía estudios secundarios incompletos y en 23 casos que tenían estudios primarios.

Cuadro 36. Estado civil

Estado civil	Casos Totales	% Casos Totales
<i>Soltero/a</i>	50	61,7
<i>Pareja estable</i>	15	18,5
<i>Separado/a</i>	8	9,9
<i>Sin datos</i>	8	9,9
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

El 61,7% de los pacientes eran solteros (50 casos). El 18,5% estaba casado o en pareja estable (14 casos).

Cuadro 37. Estabilidad Laboral

Población	Casos	%
<i>Desocupada</i>	48	59,3
<i>Ocupada</i>	32	39,5
<i>Sin datos</i>	1	1,2
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

De las historias clínicas relevadas, el 59,3% correspondía a una población desocupada (48 casos), mientras que el resto de la población asistida (32 casos que representan 39,5%), tenía trabajo estable.

Cuadro 38. Situación socio-familiar

Situación socio - familiar (*)	Casos	%
<i>Fragilidad vínculos familiar y social</i>	71 de 81	87,7
<i>Abandono o rechazo</i>	59 de 81	72,8
<i>Violencia</i>	23 de 81	28,4
<i>Otros</i>	9 de 81	11,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Cada ítem fue considerado en relación al total de casos (81)

Las características de la situación socio-familiar se concentraron en problemas asociados a fragilidad de vínculos familiares y sociales (87,7%), a situaciones de abandono o rechazo (72,8%), a ámbitos conflictivos o de violencia (28,4%) y a otros de menor impacto (11,1%).

Cuadro 39. Tipo de consumo por sexo

Tipo de sustancias (*)	Casos Hombres	%	Casos Mujeres	%
<i>Alcohol</i>	39 de 60	65,0	9 de 21	42,9
<i>Marihuana</i>	34 de 60	56,7	10 de 21	47,6
<i>Cocaína</i>	25 de 60	41,7	11 de 21	52,4
<i>PBC</i>	22 de 60	36,7	13 de 21	61,9
<i>Tabaco</i>	10 de 60	16,7	4 de 21	19,0
<i>Psicofármacos</i>	9 de 60	15,0	5 de 21	23,8
<i>LSD</i>	1 de 60	1,7	1 de 21	4,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Cada ítem fue considerado en relación al total de casos (60 casos de hombres y 21 de mujeres)

La sustancia con mayor consumo en la población femenina fue la Pasta Base de Cocaína (PBC) con el 61,9% de los casos, a diferencia de la población masculina donde predominó el consumo de alcohol (65% de los casos), y posteriormente el de marihuana (56,7% de los casos). Las historias clínicas relevadas no contemplaban el dato relacionado a la droga de inicio; el promedio de edad de inicio fue de 14 años.

Cuadro 40. Consumo de población desocupada

Sustancias	Casos	%
Marihuana	25 de 48	52,1
Alcohol	25 de 48	52,1
PBC	22 de 48	45,8
Cocaína	22 de 48	45,8
Psicofármacos	9 de 48	18,8
Tabaco	6 de 48	12,5
LSD	1 de 48	2,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Cada ítem fue considerado en relación al total de casos (48)

El análisis por situación laboral nos muestra que los pacientes adictos desocupados, fueron principalmente, consumidores de marihuana y alcohol (52,1%); le sigue el consumo de PBC y cocaína (45,8%).

Cuadro 41. Consumo de población ocupada

Sustancias	Casos	%
Alcohol	22 de 32	68,8
Marihuana	19 de 32	59,4
Cocaína	14 de 32	43,8
PBC	13 de 32	40,6
Tabaco	8 de 32	25,0
Psicofármacos	5 de 32	15,6
LSD	1 de 32	3,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Cada ítem fue considerado en relación al total de casos (32)

En relación a la población ocupada, se observó que el consumo se inclinó hacia el alcohol (68,8%), seguido del consumo de marihuana (59,4%) y el de cocaína (43,8%).

Cuadro 42. Motivo de consulta

Tipo de sustancias (*)	Casos	%
Alcohol	48 de 81	59,3
Marihuana	44 de 81	54,3
Cocaína	36 de 81	44,4
PBC	35 de 81	43,2
Tabaco	14 de 81	17,3
Psicofármacos	14 de 81	17,3
LSD	2 de 81	2,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Cada ítem fue considerado en relación al total de casos (81)

El consumo de droga identificada como de mayor daño fue el Paco²⁶, mientras que las drogas que motivaron la consulta fueron el alcohol (59,3%) y la cocaína (44,4%).

No obstante, el paciente adicto al Paco generalmente no llega al tratamiento, dado que la padece sobre todo, la población más vulnerable y más alejada de la posibilidad de rehabilitación.

Cuadro 43. Tipo de consumo

Tipo de consumo	Casos (*)	%	Casos (**)	%
Monoconsumo	23	28,4	32	45,7
Policonsumo	58	71,6	38	54,3
Total	81	100,0	70	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Considerando alcohol y tabaco

(**) Se excluyen 11 casos que consumen tabaco y/o alcohol

El policonsumo representa un factor a tener en cuenta: el 71,6% de los pacientes han consumido dos o más sustancias en su historial de consumo, considerando alcohol y tabaco, y el 54,3%, si se excluyen estas dos sustancias.

Cuadro 44. Pacientes que consumen tres o más sustancias

Consumo de 3 o más sustancias	Casos	%
Si	35	43,2
No	46	56,8
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

El 43,2% de los pacientes (35 casos) consumieron tres o más sustancias.

Cuadro 45. Tipo de consumo en pacientes que consumen tres o más sustancias

Sustancias(*)	Casos	%
Marihuana	28 de 35	80,0
Alcohol	27 de 35	77,1
Cocaína	23 de 35	65,7
PBC	21 de 35	60,0
Tabaco	13 de 35	37,1
Psicofármacos	10 de 35	28,6
LSD	2 de 35	5,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Cada ítem fue considerado en relación al total de casos (35)

Del total de pacientes que han consumido como mínimo 3 tipos de sustancias legales o ilegales (35 casos), la sustancia que tuvo mayor número de consumidores fue la marihuana (80%) seguido por el alcohol (77,1%) y el

²⁶ Los profesionales que asistieron a los pacientes, determinaron que el Paco, fue la droga que más daño causó en la vida de los pacientes, según su propia percepción de daño, en términos de los problemas que el consumo le ocasionó, en el ámbito personal, psicológico, somático, familiar, matrimonial, laboral, etc.

clorhidrato de cocaína (65,7%). Del análisis de casos, no surgieron consumidores de drogas inyectables.

Cuadro 46. Instituciones que derivan a los pacientes

Derivación	Casos	%
Otras instituciones (*)	26	32,1
Impulsados por Familiares o amigos (Espontánea)	19	23,5
Otros efectores de salud(**)	18	22,2
Servicios de Hospital Penna (***)	13	16,0
CNNyA	4	4,9
Juzgado	1	1,2
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

(*) Como Sedronar, Policía, Patronato, comedores, escuelas y Cenarios.

(**) Como Hospitales y CESACs,

(***) Como Servicio Social, Clínica Médica y Plan Médicos de Cabecera.

El 32,1% de los pacientes (26 casos) fueron derivados para su atención, de instituciones no pertenecientes al ámbito de Salud (Sedronar, Policía, Patronato, Comedores, escuela, etc.).

Cuadro 47. Finalización de tratamiento

Finalización de tratamiento	Casos	%
No	80	98,8
Si	1	1,2
Total	81	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información contenida en las historias clínicas relevadas

El 98,8% de los pacientes no finalizó el tratamiento.

Cabe señalar, que la persona que concurre al Centro Biedak, generalmente no lo hace por motivación propia; la mayoría de los casos han sido derivados por otras instituciones o impulsados por familiares, lo que denota que el individuo no ha tomado conciencia de lo que le pasa. De esta forma, el sujeto no se transforma en un paciente responsable; circunstancia única, que permitiría el inicio real de su tratamiento.

Lo expuesto, invita a reflexionar, a cerca de la eficacia de las diversas modalidades a través de las cuales se asiste a las personas inmersas en esta problemática (ambulancias, internación, combinación de ambas).

Asimismo, se indagó en la Guardia del Hospital Penna, sobre los pacientes que ingresaron a la misma por intoxicación de sustancias psicoactivas.

A tal efecto se analizaron los registros de pacientes que fueron atendidos por la Guardia (Libro Ambulancias y Libro Auxilios), de los meses seleccionados como muestra: abril, agostos y noviembre de 2008.

Cuadro 48. Consumos de pacientes asistidos por la Guardia

Meses de la Muestra	Alcohol	Cocaína	Marihuana	Psicofármacos	PBC y Paco	Otros
Abril	28	0	0	5	0	0
Agosto	35	12	2	9	2	2
Noviembre	56	10	0	2	1	14
Total Trimestre	119	22	2	16	3	16
Promedio Mensual	39,67	7,33	0,67	5,33	1,00	5,33
Proyección Anual	476	88	8	64	12	64

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información extraída del Libro ambulancias y del Libro auxilios que se confeccionan en el Servicio de Guardia.

Las consultas asistidas por la Guardia revelan un promedio proyectado anual de 712 (476+88+8+64+12+64) consultas relacionadas con intoxicación de sustancias psicoactivas.

Sin embargo es preciso señalar, que estos casos representan una cifra menor a la realidad, dado que los registros de Guardia, contemplan el motivo por el cuál el paciente acudió a la consulta (lesiones físicas), pero no siempre reconoce la causa que originó tal consulta (adicción).

También se indagó sobre el documento emitido por la Unidad de Seguimiento de Políticas Publicas en Adicciones de la legislatura porteña, en el mes de agosto del corriente año, que permite arribar a las siguientes conclusiones²⁷.

La problemática de adicciones, es efectivamente un problema socio-sanitario, tal como lo plantea la Ley 2.318, que tiene por objeto garantizar una política integral y sistemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas y de otras prácticas de riesgo adictivo, a través de la instrumentación de un plan integral especializado, dependiente del Jefe de Gobierno quien debe garantizar la participación interministerial especialmente con los Ministerios de Educación, Salud, Desarrollo Social, Ministerio de Gobierno, Justicia, y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

No obstante, no hay reglamentación o normativa complementaria²⁸ que posibilite poner plenamente en funcionamiento esta ley.

Asimismo, el presupuesto destinado a adicciones, ha sido asignado a la Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. El crédito vigente para el primer trimestre del año 2009 fue de \$10.054.380 distribuidos de la siguiente manera: Observatorio: \$422.380;

²⁷ El documento fue elaborado por la Lic. Patricia Colace. Dichas conclusiones permanecen vigentes a la fecha del presente Informe (diciembre de 2009).

²⁸ Sólo fue sancionado el Decreto 1.681/07, que crea el Programa Interministerial de Proyectos Especiales Atención Integral sobre el Consumo y Dependencia de la Pasta Base de Cocaína (P.B.C.), en el ámbito de los Ministerios de Derechos Humanos y Sociales y de Salud

Prevención: \$1.215.000; Asistencia y Reinserción Social: \$8.417.000. Esto implica el 0,67% del presupuesto total anual de dicho Ministerio.

El Ministerio de Salud no tiene partida asignada a la problemática de adicciones. Sin bien existe una Red Metropolitana de Adicciones dependiente de la Dirección Adjunta en Salud Mental, la misma no dispone de partidas presupuestarias y designación de personal. **(Observación 8)**

Durante el año 2009, se ha creado una Coordinación Programa de Prevención y Asistencia del Consumo de sustancias Psicoactivas y de Otras Prácticas de Riesgo Adictivo dentro del Ministerio de Salud. Sin embargo, dicha Coordinación no depende de la Dirección Adjunta de Salud Mental (la cual tiene a cargo la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones) sino directamente de la Dirección de Redes y Programas.

Mientras que la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones, se ocupa de desarrollar acciones de prevención, orientación, asistencia y reinserción comunitaria, la Coordinación Programa de Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas, se ocuparía -en principio- de fortalecer la atención de la emergencia en las Guardias de los Hospitales de la órbita de la Ciudad; con posterioridad también se incluirían los CeSACs.

Con respecto a los dispositivos con que cuenta la Ciudad para la atención de esta problemática, podemos encontrar bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social dos efectores propios (Casa Puerto y Casa Flores) y como gestión asociada incorporada en agosto de 2008 Casa Faro, para situaciones de alta vulnerabilidad. Además cuenta hasta el momento con 19 comunidades terapéuticas, ONGs, cuya modalidad de tratamiento refiere al modelo de internación comunitaria, siendo el tiempo promedio de duración del tratamiento 18 meses. En el año 2008 se dispuso de 200 vacantes para el tratamiento en comunidades terapéuticas y en el año 2009 se han presupuestado 600 vacantes (datos extraídos de respuestas, a pedidos de informes hechos por la Legislatura).

Según el informe de gestión (período 2008) del Jefe de Gobierno, se asistieron a 214 personas en casa Flores (modalidad ambulatoria), 124 en casa Puerto (modalidad internación), 36 en casa Faro y 447 en comunidades terapéuticas conveniadas, alcanzando un total de 821 personas.

En el área de salud existen 3 Servicios de Urgencia Toxicológica: el Hospital Fernández, el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Para la atención ambulatoria no coactiva, se cuenta con los dispositivos que integran la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones, que admite pacientes con problemas de abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas a partir de los 14 años, dejando claro que cuentan con la restricción de no poseer partidas presupuestarias asignadas para tales servicios. **(Observación 8)**

La Red Metropolitana de Servicios en Adicciones -conformada por profesionales de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad- tiene por objetivo desarrollar acciones de prevención, orientación, asistencia y reinserción comunitaria para enfrentar este síntoma social que nos involucra a todos.

Las actividades que realiza la Red son las siguientes: Atención toxicológica las 24 horas, Servicio de Ayuda telefónica en Drogas y Alcohol (SADA), Grupos de participación comunitaria en organizaciones sociales, Talleres en escuelas, Asistencia en consultorios externos, Grupos de adictos a las drogas y al alcohol, Grupos para padres, Asistencia en Centros de Día y Actividades para la reducción de daños.

Los servicios que la integran son: Servicio de ayuda y orientación telefónica (SADA); Hospital Dr. Juan Fernandez, Servicio de Salud Mental, Unidad de Toxicología – Guardia 24hs; Hospital Dr. Bernardino Rivadavia, Servicio de Salud Mental, Equipo de asistencia en adicciones; Centro de día Carlos Gardel, Consultorios Externos, Centro de día para pacientes adictos; Centro de Salud Mental N°3 Dr. Arturo Ameghino, Sección adicciones y Sección alcoholismo; Hospital Dr. Pedro de Elizalde, Servicio de Toxicología – Urgencia 24hs; Hospital Dr. Jose T. Borda, Dpto. de Toxicomanía y Alcoholismo; CENARESO, Centro especializado en Adicciones, Asistencia-Consultorios Externos-Hospital de Día-Internación; Hospital Dr. Cosme Argerich, Servicio de Salud Mental, Asistencia en adicciones; Hospital Dr. Jose M. Penna, CESAC N°10, Centro de Día de adicciones Dr. Enrique Biedak; Hospital Dr. Parmenio Piñero, Servicio de Salud mental, Asistencia en Adicciones; Hospital Donación Francisco Santojanni, Servicio de Salud Mental, Asistencia en adicciones; Hospital Dr. Teodoro Alvarez, Servicio de Salud Mental, Asistencia en adicciones, Hospital de Día para usuarios de drogas; Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N°1, Asistencia, Hospital de Día para drogodependientes; Hospital Dr. Enrique Tornu, Servicio de Salud Mental, Asistencia en adicciones.

Respecto al Servicio de Guardia del Hospital José M. Penna, cabe señalar, que pese a que atienden la emergencia del paciente intoxicado, no cuentan con profesionales toxicólogos para hacer frente a dichos casos. **(Observación 9)**

Para aquellos pacientes que requieran la derivación a un centro ambulatorio o de internación, se da intervención a los trabajadores sociales de la Guardia, quienes conocen y utilizan los siguientes recursos: si se trata de pacientes adultos que requieran tratamiento ambulatorio, se informa y se deriva al Centro Dr. Enrique Biedak –perteneciente al área programática del hospital-, al Centro Carlos Gardel, a la Asociación Alcohólicos Anónimos y a la Iglesia Santa Cruz; si se trata de pacientes adultos que requieran internación, para pacientes que residen en la Ciudad, se derivan al SEDRONAR o al CENARESO, si residen en la Provincia de Buenos Aires, se derivan al Centro de Prevención de Adicciones (CPA); si el paciente es un niño o un adolescente, se da intervención al Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes.

En relación a los pacientes que están en situación de calle, las derivaciones son dificultosas, dado que, en general suelen estar indocumentados y muy deteriorados.

Claramente se evidencia la falta de articulación con el área de Desarrollo Social, la debilidad del funcionamiento de la Red Metropolitana y el desconocimiento de los dispositivos con que cuenta la Ciudad para la atención de esta problemática. **(Observación 8 y 9)**

4. Embarazo Adolescente

El embarazo adolescente constituye por si mismo un factor de riesgo para la evolución del proceso de maternidad. Asimismo, la mortalidad infantil se duplica cuando el niño es hijo de una madre menor de 20 años²⁹.

No obstante, la preocupación respecto a la fecundidad adolescente, encuentra su justificación en varias razones: el abandono escolar que sería causado por el embarazo y la maternidad, la transmisión intergeneracional de la pobreza, los efectos de la maternidad temprana sobre la salud de la madre y del hijo, los embarazos no planeados, entre otros.

Desde esta perspectiva, se evaluó la dimensión de la problemática social y de alto riesgo del parto adolescente, asistido en el Hospital.

A tal efecto, se determinó la cantidad de egresos y partos totales, la relación entre partos adolescentes y total de partos del año 2008, y el porcentaje de niños que requirieron internación neonatal.

Los datos se obtuvieron del Sistema Informático Perinatal Versión 2.02, utilizando la selección por fecha (período 2008) y por variable (edad en embarazo entre 10 y 19 años). Asimismo, se utilizaron datos extraídos de información estadísticas brindada por el Servicio de Obstetricia.

Cuadro 49. Egresos y partos asistidos por el hospital

Meses	Egresos	Total de Partos	Espontáneo	Fórceps	Inducción	Cesáreas
Enero	416	395	261	2	35	97
Febrero	397	374	256	1	31	86
Marzo	390	361	231	5	34	91
Abril	333	306	191	7	38	70
Mayo	339	308	197	0	37	74
Junio	311	282	186	3	28	65
Julio	345	316	198	4	33	81
Agosto	335	313	206	0	35	72
Septiembre	336	318	208	4	38	68

²⁹ Situación de la salud de la mujer en Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, año 1998.

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Meses	Egresos	Total de Partos	Espontáneo	Fórceps	Inducción	Cesáreas
Octubre	328	297	197	3	32	65
Noviembre	318	300	201	3	40	56
Diciembre	296	278	185	4	27	62
Total	4144	3848	2517	36	408	887

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información obtenida por el Área de Obstetricia – Sistema Informático Perinatal.

El total de egresos del Servicio de Obstetricia fue de 4.144 pacientes, durante el año 2008. Para el mismo período, el total de partos fue de 3.848.

Cuadro 50. Egresos adolescentes

Edad de la adolescente	Egreso adolescente
Hasta 16 años	170
de 17 a 19 años	678
Total	848

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por el Área Obstetricia – Sistema Informático Perinatal.

El 20,46% (848 casos) del total de embarazos que ingresaron al hospital durante el año 2008 (4.144 egresos), correspondieron a madres adolescentes. Asimismo, el 25,82% (219 casos³⁰) de las adolescentes que ingresaron, ya habían tenido un embarazo previo.

% de egresos adolescentes: 20,46 %

Total de egresos adolescentes: 848 x 100

Total de egresos del 2008: 4.144³¹

El 20,56% (791³² casos) del total de partos (3848 casos), correspondieron a madres adolescentes. **(Observación 10)**

% de partos adolescentes: 20,56%

Total de partos adolescentes: 791 x 100

Total de partos: 3.848

En la Ciudad de Buenos Aires, el porcentaje del parto adolescente (madres menores de 19 años) para el período 2008 fue de 7,09% cada cien nacidos vivos, mientras que en el Hospital Penna el porcentaje del parto adolescente alcanzó el 20,56% sobre el total de partos. **(Observación 10)**

Cuadro N° 51. Parto adolescente - porcentaje comparativo - año 2008

Concepto	Ciudad de Buenos Aires	Hospital José M. Penna
Porcentaje Parto Adolescente	7,09	20,56

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Información suministrada por el Área de Obstetricia y Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales.

³⁰ Dato extraído de información suministrada por el Área de Obstetricia.

³¹ Incluye embarazadas, puérperas y cesáreas.

³² Dato extraído de información suministrada por el Área de Obstetricia.

El 23,76% de los niños (188³³ casos) cuyas mamás eran adolescentes, estuvieron internados en Neonatología. **(Observación 10)**

% de bebés internados en Neonatología: 23,76

Total de bebés con internación en Neonatología: 188×100

Total de partos adolescentes: 791

II) El volumen de actividad que puede desarrollar un Hospital, y dentro de éste cada Servicio, está determinado por los recursos disponibles y por su nivel de utilización.

El nivel de utilización de los recursos traduce la relación entre el uso real de los recursos y su capacidad máxima teórica. La eficiencia en la utilización de los recursos asignados traduce la relación entre el logro de los objetivos (actividad asistencial) y el consumo de los recursos empleados³⁴.

En este sentido, se analizan dos recursos físicos fundamentales para la gestión hospitalaria: las camas de hospitalización y los quirófanos.

1. Ocupación de camas

La cama de hospitalización constituye el recurso físico principal del hospital. Se pretende establecer una relación entre el uso real de las camas y su máximo uso teórico.

Se utiliza para ello, el indicador porcentaje ocupacional, que establece el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el año.

- **Porcentaje ocupacional = $\frac{\text{Total de pacientes día del período}}{\text{Total de días camas disponibles del período}} \times 100$**

El índice de ocupación considerado como óptimo es del 85%, dado que permite disponer de un número determinado de camas desocupadas, que dan un margen de maniobra correcto para los ingresos desde el servicio de Urgencias³⁵.

Cuadro 52. Porcentaje ocupacional Especialidades de adultos

Especialidad	Días camas disponibles	Paciente día	Porcentaje Ocupacional
<i>Clínica Médica</i>	16.153	15.561	96,34
<i>Cirugía General</i>	13.079	9.529	72,86
<i>Urología</i>	2.924	2.859	97,78
<i>Ortopedia y Traumatología</i>	5.398	5.259	97,42
<i>Tocoginecología</i>	25.258	21.419	84,80
<i>Guardia del día(*)</i>	5.899	5.956	100,97

Fuente: Movimiento Hospitalario año 2008

(*) En este caso el porcentaje ocupacional supera el 100%, dado que están consideradas la ocupación de las camillas ubicadas en los pasillos de circulación que se utilizan como parte del recurso para internación.

³³ Dato extraído de información suministrada por el Área de Neonatología.

³⁴ Cuervo J., Varela J., Belenes R., "Gestión de Hospitales", capítulo 7 pag. 263, Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994.

³⁵ Dr. Aranguren E. y. Rezzonico R., "Auditoría Médica" capítulo 7 pag. 296, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998; Cuervo J., Varela J., Belenes R., "Gestión de Hospitales", capítulo 6 pag. 257, Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994.

Los valores que superan el 95 %, pueden obedecer a que se trabaja bajo el concepto de "cama caliente"³⁶ y por lo tanto se rechacen pacientes y/o se deban reprogramar internaciones de pacientes quirúrgicos. Es el caso de los Servicios de: Clínica Médica (96,34 %), Urología (97,78 %), Ortopedia y Traumatología (97,42 %) y Guardia (100,97 %) -en este último caso, dada la demanda existente, se internan además en camillas-. **(Observación 11)**

Asimismo, se analizaron las internaciones cuyo origen se dieron en el Servicio de Guardia, trasladándose posteriormente a otro Servicio del hospital, con la finalidad de verificar el porcentaje de camas ocupadas por pacientes que ingresan por Guardia.

A tal efecto, se analizaron los registros de internaciones, del área de Admisión y Egresos, de tres meses del año 2008 -se utilizó la información de los meses de octubre, noviembre y diciembre, dado que eran los únicos meses que el hospital disponía de datos informatizados-.

Cuadro 53. Internaciones por Guardia y Servicios de destino – Meses de muestra año 2008

Meses	Internación				Total de camas por Servicio	Porcentaje de camas ocupadas por la Guardia
	Servicio de origen	Cantidad	Servicio destino	Cantidad		
Octubre	Guardia	10	Clínica Médica	8	45	17,77
			Traumatología	2	18	11,11
Noviembre	Guardia	25	Clínica Médica	17	45	37,77
			Traumatología	5	18	27,77
			Cirugía General	2	35	5,71
			Urología	1	8	12,50
Diciembre	Guardia	27	Clínica Médica	19	45	42,22
			Traumatología	4	18	22,22
			Cirugía General	3	35	8,57
			Urología	1	8	12,50

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información contenida en los Partes diarios de pases – Meses de muestra año 2008

En los tres meses de la muestra, las áreas más afectadas por ocupación de camas desde el Servicio de Guardia, fueron las Salas de internación de Clínica Médica (32,58 promedio mensual) y de Traumatología (20,36 promedio mensual). **(Observación 11)**

Para el área de Traumatología, la ocupación de camas desde el Servicio de Guardia, implica la suspensión y reprogramación de cirugías, siendo ésta – además de la falta de anestesistas- la causa más representativa de suspensiones quirúrgicas. **(Observación 11)**

2. Rendimiento de los quirófanos

La programación de quirófanos es un aspecto fundamental para obtener un rendimiento óptimo. De ahí la importancia de disponer de dotación de recurso

³⁶ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., "Auditoría Médica", capítulo 7 pag. 296, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

humano propio, de planta física acorde, de quirófanos compartidos y específicos para Urgencias y para otras especialidades necesarias, como así también horarios de funcionamiento acordes y la posibilidad de su incremento.

Por ello, la utilización del indicador rendimiento quirúrgico, que establece una relación entre el tiempo de utilización de los quirófanos y el tiempo teórico de funcionamiento, nos orienta sobre el rendimiento del uso de este recurso.

Es importante señalar, que el volumen de información que maneja el Hospital, nos lleva a efectuar recortes, determinando una muestra representativa. La selección de la misma obedece a meses que no coinciden con los períodos vacacionales tradicionales, según criterio del auditor. De esta manera, fueron seleccionados los meses de abril, agosto y noviembre del año en estudio.

Para el cálculo del tiempo de utilización de los quirófanos, se analizaron los Libros de Quirófanos y los Partes Diarios de Cirugía, a fin de extraer los siguientes datos: hora de ingreso a quirófano, hora de inicio de cirugía y hora de finalización de cirugía.

Para el cálculo del tiempo quirúrgico teórico, se tuvo en cuenta las horas en que los quirófanos disponen de horas profesionales para su utilización, según lo informado por el Departamento de Cirugía y la División Ortopedia y Traumatología. Se optó por este criterio, a fin de no generar distorsiones que puedan ocasionar ambigüedad de interpretación.

Se incluyen en el análisis los quirófanos utilizados en aquellas especialidades de mayor actividad quirúrgica y/o mayor complejidad -Cirugía General, Neurocirugía y Ortopedia y Traumatología -.

▪ **Cirugía General**

Las horas contempladas en el tiempo quirúrgico teórico (horas semanales) fueron convertidas a mensuales, previo cálculo de descuento de semanas no trabajadas por distinta índole. Las semanas no trabajadas no comprenden los domingos, dado que, la planificación de la utilización de los quirófanos, contempla horarios que van de lunes a sábados.

Asimismo, se incluye como parte de la planificación de la actividad quirúrgica de Cirugía General, la actividad de las subespecialidades³⁷ y se le agrega la actividad quirúrgica de Neurocirugía, dado que comparten el uso del quirófano.

³⁷ Cabeza y cuello, Torax, Cirugía esofagogástrica, Coloproctología, Paredes abdominales, Cirugía Vascular, Flebología, Cirugía Plástica e Hígado y Vías Biliares.

Calculo de semanas no trabajadas³⁸ :

Feridos	8 días
Licencia anual	25 días
Otras licencias ³⁹	10 días
Total	43 días

Si se divide el total de días no trabajados por los 6 días de la semana laborables, se obtiene el total de semanas no trabajadas.

43 días / 6 días (semana laboral) = 7,16 semanas no trabajadas

Si 7,6 semanas no trabajadas corresponden a 12 meses del año, 1 mes corresponderá a la división entre semanas no trabajadas al año y los meses del mismo.

7,16 / 12 = 0,59 semanas

Por lo tanto, las horas semanales se multiplicaron por 3,41 semanas al mes (4 semanas – 0,59 semanas no trabajadas) obteniendo un total real de horas ofrecidas mensuales.

Componentes de la fórmula:

- Tiempo quirúrgico utilizado = Promedio mensual de sumatoria de tiempos reales de intervenciones quirúrgicas.

Intervenciones del área Cirugía General⁴⁰, **248:34:40** promedio mensual.
Por redondeo se considerarán **249 hs.**

Intervenciones del área Neurocirugía, **16:33:20** promedio mensual.
Por redondeo se considerarán **17 hs.**

Total a considerar tiempo quirúrgico Cirugía General y Neurocirugía: **266 hs.**

Cuadro 54. Tiempo quirúrgico utilizado en Cirugía General y Neurocirugía

Mes de la muestra	Horas quirófano
abril	290:44:00
agosto	252:45:00
Noviembre	202:15:00
Trimestre Cir. Gral.	745:44:00
Mensual Cir. Gral.	248:34:40
Neurocirugía anual (*)	149:00:00
Mensual Neurocirugía	16:33:20
Total Mensual	265:08:00

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las planillas diarias de Quirófano de los meses de la muestra.

(*) El año corresponde a 9 meses de actividad quirúrgica.

³⁸ Adaptado de: Dr. Aranguren E.y Rezzonico R., "Auditoria Médica", capítulo 14 pag. 523, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

³⁹ Enfermedad, ausencias, etc.

⁴⁰ Incluyen cirugías realizadas por las subespecialidades.

Se consideraron además, una hora por cirugía, en conceptos de preparación del paciente por anestesia, como así también, limpieza, asepsia y disposición del quirófano (aparatorología e instrumental).

La suma del promedio de cirugías mensuales de ambas áreas, fue de 155 (152+3)⁴¹. Por lo tanto se le agregan al total de horas de utilización de quirófano, 155 hs en concepto de lo antes dicho.

266 hs + 155 hs = **421 hs** promedio mensual.

- Tiempo quirúrgico teórico = N° de quirófanos (del período) x horas de funcionamiento al mes.

Cuadro 55. Tiempo teórico quirúrgico matutino y vespertino

Turno / Quirófano		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Turno Matutino	Qx1	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs
	Qx2	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	
	Qx3	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	8 a 13 hs	
Turno Vespertino	Qx1			13 a 17 hs	13 a 17 hs		
	Qx2						
	Qx3						

Fuente: Cirugía General

3 quirófanos x 5 días x 5 hs diarias = 75 hs semanales

1 quirófano x 2 días x 4 hs diarias = 8 hs semanales

1 quirófano x 1 día x 5 hs diarias = 5 hs semanales

Lo que implica un total de horas semanales de 88 (75+8+5).

88 hs semanales x 3,41 semanas al mes = 300,08 hs mensual

Por redondeo, se considerarán **300 hs** promedio mensual.

- **Rendimiento quirúrgico = Tiempo quirúrgico utilizado / Tiempo quirúrgico teórico x 100**

421 hs / 300hs x 100 = **140,33 %**

Las horas de utilización efectivas de los quirófanos exceden el tiempo de disponibilidad⁴² teórica del mismo, es decir, se utiliza un 40,3% por encima de la capacidad teórica de producción. No obstante, de existir mayor disponibilidad de recurso humano el tiempo de utilización de los quirófanos podría maximizarse (12 horas diarias).

⁴¹ Dato que surge del promedio mensual de producción, de los meses de la muestra.

⁴² Tiempo en que los quirófanos asignados a la especialidad, cuentan con el equipo de profesionales necesarios para su uso (cirujanos, anestesista, instrumentadoras, etc.)

Este rendimiento quirúrgico puede explicarse, entre otros, por la existencia de profesionales que trabajan remunerados por Guardia Fuera de Dotación (11 médicos) y los profesionales Residentes y Concurrentes (10 médicos) que aumentan las horas asistenciales quirúrgicas ofrecidas en Cirugía General -sólo hay 3 profesionales de planta y los mismos realizan intervenciones quirúrgicas-. Asimismo, las cirugías que hay que reprogramar por distintos motivos, son cubiertas por cirugías condicionales; de este modo no se suspende el uso del quirófano. **(Observación 12)**

También, se destaca la actividad que desarrolla el área de Neurocirugía, conformado como un Grupo de Trabajo, que reclama transformarse en Unidad por ser centro de derivación de la Red SAME.

Este Servicio, se encuentra absolutamente limitado por la falta de disponibilidad de camas, sobre todo en Terapia Intensiva. Dispone de dos profesionales de planta –abocados a la actividad quirúrgica- y tres profesionales remunerados por Guardia Fuera de Dotación. No cuenta con Residentes ni Concurrentes. **(Observación 12)**

El Servicio se conforma por una única oficina, ubicada en el pabellón de Cirugía General, compartida con Neurología y Discapacidad. No cuenta con sala de internación propia. No obstante, se calcula que con cinco camas propias, se podría llevar a cabo la actividad con total normalidad. Además, sería necesario el nombramiento de anestesiistas que se dediquen a esta actividad, dada la complejidad de la misma. **(Observación 12)**

El instrumental específico que requieren para operar, es suministrado por el jefe del Servicio (propiedad del mismo), quien además, donó un microscopio nuevo para uso del servicio. **(Observación 12)**

▪ Ortopedia y Traumatología

Las horas contempladas en el tiempo quirúrgico teórico (horas semanales) fueron convertidas a mensuales, previo cálculo de descuento de semanas no trabajadas por distinta índole. Las semanas no trabajadas no comprenden los sábados y domingos dado que, la planificación de la utilización de los quirófanos asignados al área, contempla horarios semanales que van de lunes a viernes.

Calculo de semanas no trabajadas⁴³ :

Feriados	8 días
Licencia anual	25 días
Otras licencias ⁴⁴	10 días
Total	43 días

⁴³ Adaptado de: Dr. Aranguren E.y Rezzonico R., "Auditoria Médica", capítulo 14 pag. 523, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

⁴⁴ Enfermedad, ausencias, etc.

Si se divide el total de días no trabajados por los 5 días de la semana laborables, se obtiene el total de semanas no trabajadas.

43 días / 5 días (semana laboral) = 8,6 semanas no trabajadas

Si 8,6 semanas no trabajadas corresponden a 12 meses del año, 1 mes corresponderá a la división entre semanas no trabajadas al año y los meses del mismo.

8,6 / 12 = 0,72 semanas

Por lo tanto, las horas semanales se multiplicaron por 3,28 semanas al mes (4 semanas – 0,72 semanas no trabajadas) obteniendo un total real de horas ofrecidas mensuales.

Componentes de la fórmula:

- Tiempo quirúrgico utilizado = Promedio mensual de sumatoria de tiempos reales de intervenciones quirúrgicas.

103:56:40 promedio mensual

Por redondeo se considerarán **104 hs**

Cuadro 56. Tiempo quirúrgico utilizado en Ortopedia y Traumatología

<i>Mes de la muestra</i>	<i>Horas quirófano</i>
<i>Abril</i>	<i>105:00:00</i>
<i>Agosto</i>	<i>97:25:00</i>
<i>Noviembre</i>	<i>109:25:00</i>
Total Trimestre	311:50:00
Total Mensual	103:56:40

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las planillas diarias de quirófano de los meses de la muestra.

Se consideraron además, una hora por cada cirugía realizada, en conceptos de preparación del paciente por anestesia, como así también, limpieza, asepsia y disposición del quirófano (aparatoología e instrumental).

El promedio de cirugías mensuales fue de 69⁴⁵. Por lo tanto se le agregan al total de horas de utilización de quirófano, 69 hs en concepto de lo antes dicho.

104 hs + 69 hs = 173 hs promedio mensual

- Tiempo quirúrgico teórico = N° de quirófanos (del período) x horas de funcionamiento al mes

⁴⁵ Dato que surge del promedio mensual de producción, de los meses de la muestra.

Cuadro 57. Tiempo quirúrgico teórico matutino y vespertino

Turno / Quirófano		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Turno Matutino	Qx2	8 a 12 hs.	8 a 12 hs.	8 a 12 hs.	8 a 12 hs.	8 a 12 hs.
	Qx4	-----	-----	-----	8 a 12 hs.	-----
Turno Vespertino	Qx2	-----	12 a 16 hs.	12 a 16 hs.	-----	-----

Fuente: Ortopedia y Traumatología

1 quirófano 3 días x 4 hs diarias = 12 hs semanales

1 quirófano 2 días x 8 hs diarias = 16 hs semanales

1 quirófano 1 día x 4 hs diarias = 4 hs semanales

Lo que implica un total de horas semanales de 32 (12+16+4).

32 hs semanales x 3,28 semanas al mes = 104,96 hs mensuales

Si pasamos los 96 (0,96 hs) a minutos, obtenemos: 96 x 0,60 minutos = 58 minutos.

Por lo tanto el tiempo teórico es igual a 104 hs con 58 minutos o por redondeo, **105 hs promedio mensual.**

- **Rendimiento quirúrgico = Tiempo quirúrgico utilizado / Tiempo quirúrgico teórico x 100**

173 hs / 105 hs x 100 = **164,76 %**

Las horas de utilización efectivas de los quirófanos exceden el tiempo de disponibilidad⁴⁶ teórica del mismo, es decir, se utiliza un 64,76% por encima de la capacidad teórica de producción. No obstante, de existir mayor disponibilidad de recurso humano el tiempo de utilización de los quirófanos podría maximizarse (12 horas diarias).

Este rendimiento quirúrgico puede obedecer a una multicausalidad de factores. Por un lado, la existencia de profesionales que trabajan ad honorem⁴⁷ (4 médicos) y los profesionales que trabajan remunerados por Guardia Fuera de Dotación (5 médicos), aumentan las horas asistenciales quirúrgicas ofrecidas -sólo hay 5 profesionales de planta que realizan intervenciones quirúrgicas-. Asimismo, las cirugías que hay que reprogramar por distintos motivos, son cubiertas por cirugías condicionales; de este modo no se suspende el uso del quirófano. **(Observación 13)**

Por otro lado, la asignación de quirófanos por cada subespecialidad existente -Columna, Miembro Superior, Cadera, Rodilla y Artroscopia, Pierna, Tobillo y Pié, Cirugía Reconstructiva (Ortoplástica), Tumores y Metabolopatías, Traumatología General- resulta escasa para la demanda existente; ello se refleja aún más, si se tiene en cuenta la lista de espera quirúrgica (75 pacientes con demora de entre 45 y 90 días)⁴⁸. **(Observación 13)**

⁴⁶ Tiempo en que los quirófanos asignados a la especialidad, cuentan con el equipo de profesionales necesarios para su uso (cirujanos, anestesta, instrumentadoras, etc.)

⁴⁷ Fueron considerados sólo los profesionales que realizaron intervenciones quirúrgicas.

⁴⁸ Dato extraído del Informe de Relevamiento N°3.09.07 "Hospital José M. Penna", AGCBA, período 2008.

Cabe destacar, la labor de los profesionales de cada subespecialidad, que pese a tener un horario estipulado de trabajo, extienden el mismo, a fin de no suspender cirugías e incrementar la lista de espera.

Asimismo, el trabajo se realiza con instrumental obsoleto (la mayoría data de la década del cincuenta), faltando además, microscopios, instrumental para microcirugías, artroscopio, flujo laminar y cajas de cirugía. **(Observación 13)**

3. Tiempo de espera quirúrgico

El tiempo de espera quirúrgico permite evaluar una parte importante del proceso quirúrgico, y analizar los desvíos y las consecuencias que pudieran devenir del mismo.

- **Tiempo de espera quirúrgico:** días transcurridos entre el diagnóstico y la práctica quirúrgica

A pesar de la importancia de este indicador, no fue posible determinarlo dado que el Hospital, no confecciona historias clínicas de consultorio externo -de las especialidades quirúrgicas- que posibiliten la obtención del dato "fecha de diagnóstico". **(Observación 14)**

Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única⁴⁹, que recoja el dato "tiempo máximo de espera quirúrgica por patología", información clave para la planificación de la actividad asistencial. **(Observación 14)**

III) La adecuación de la oferta a la demanda es uno de los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario, en pos de ofrecer servicios de calidad.

Bajo una perspectiva técnico-médica y desde la concepción de la necesidad aplicada a la asistencia sanitaria, se evalúa la oferta asistencial de los Centros de Salud y del Servicio de Guardia, en relación a la consulta externa.

- **Porcentaje de Consultas CESACs**

$$\frac{\text{Total de Consultas CESACs} \times 100}{\text{Total de Consultas Externas del hospital y Consultas CESACs}} = \% \text{ de Consultas CESACs}$$

⁴⁹ Debería jerarquizarse el área de Admisión y Egresos y dotarlo de un equipo de profesionales que pudieran realizar la gestión de Listas de espera Quirúrgica, como así también, la gestión de Camas de Internación. Todo ello, posibilitaría una estrategia de gestión, que tornaría a la misma más eficiente.

Cuadro 58. Evolución de la consulta CESACs y Consulta Hospital

Consultas	Consultas por Año ⁵⁰		
	2006	2007	2008
Total Consultas CESACs	89.123 (*)	87.827	96.269
Total Consultas Externas ⁵¹	116.768	124.803	132.396
Total Consultas Externas y CESACs	205.891	212.630	228.665
Porcentaje de Consultas CESACs	43,28	41,30	42,10

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Movimiento Hospitalario.

(*) El CESAC N° 39 no figura en la Atención Primaria del año 2006

La proporción expuesta, muestra, la eficiencia de la consulta realizada desde el Primer Nivel de Atención. La consulta asistencial brindada por los efectores de Atención Primaria, se alinea con la necesidad que plantea la población asistida. La aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia resulta eficiente, permitiendo la descentralización de la consulta ambulatoria.

- **Proporción Consulta de Urgencia / Consulta Ambulatoria x 100:** Total de consultas de urgencia año 2008 / Total de consultas ambulatoria año 2008 x 100.

$$147.631^{52} / 254.742^{53} \times 100 = \mathbf{57,95\%}$$

La cantidad de consultas asistidas por Guardia, representa el 57,95% de las consultas atendidas por Consultorio Externo. Esta relación muestra, que un alto porcentaje de la demanda ambulatoria es absorbida por Consultorios Externos, permitiendo que la Guardia, atienda predominantemente, la consulta de urgencia.

IV) Desde una perspectiva asistencial, resulta indispensable garantizar el acceso a la atención de la salud –expresado en la utilización de los Servicios- y la cobertura de la necesidad en salud.

En 1985 la Organización Mundial de Salud declara que “El nacimiento no es una enfermedad”, en función de la cual surge la necesidad de transformar el modelo de atención tendiente a humanizar la atención del parto, para recuperar un espacio de asistencia que de libertad de decisión a la mujer embarazada, intimidad y protagonismo.

En nuestro país se promulgó en el año 2004 la llamada Ley de parto humanizado (Ley Nacional 25929) que enumera los derechos de las madres y de sus hijos.

⁵⁰ Movimiento hospitalario años 2006, 2007 y 2008.

⁵¹ Fueron consideradas aquellas Especialidades que tienen labor asistencial en los Centros de Salud (Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología, Dermatología, Nutrición, entre otras).

⁵² Dato extraído del Movimiento hospitalario año 2008.

⁵³ Dato extraído del Movimiento hospitalario año 2008; se excluye la consulta de los efectores, áreas y planes de atención primaria.

Para llevar a cabo un modelo de atención basado en el respeto, intimidad y protagonismo, es absolutamente necesario que las condiciones para la asistencia aseguren una estructura edilicia que permita la implementación de ese proceso de atención.

A tal efecto, se evaluó la estructura física y de equipamiento del Centro Obstétrico, en relación a la normativa vigente (Resolución Ministerial N° 348/03 y 306/02 Normas de Organización y Funcionamiento de un Servicio de Maternidad) y a los resultados obtenidos por el Servicio.

Se elaboraron guías de evaluación de estructura del Centro Obstétrico, estableciéndose atributos y recursos requeridos para un desempeño eficiente de las acciones, conforme las Normas de Organización y Funcionamiento de un Servicio de Maternidad.

Los atributos y recursos, se agruparon en 10 categorías, y cada una de éstas admitía como respuesta "sí" o "no", considerando la existencia del atributo o su falta. También se constató el estado de las mismas.

Categorías evaluadas en el Centro Obstétrico:

- Componentes específicos del Centro Obstétrico.
- Características de los componentes específicos del Centro Obstétrico.
- Consultorio de admisión.
- Evaluación diagnóstica.
- Sala de parto.
- Sala de partos.
- Sector de cuidados posparto inmediato.
- Componentes específicos de Neonatología.
- Características de los componentes de Neonatología.
- Sector de recepción y reanimación del recién nacido.

A su vez, cada categoría fue dividida según las siguientes variables:

1. Planta Física.
2. Equipamiento y recursos Materiales.
3. Suministros.

Asimismo, dadas las particularidades del Servicio y como parte de las tareas de relevamiento del mismo, se describen los aspectos más significativos expresados por los profesionales, como resultados de las respuestas a las guías aplicadas, como así también, los hallazgos del equipo de auditoría durante las visitas al Centro Obstétrico.

Cuadro 59. Evaluación Centro Obstétrico

Estructura	Centro Obstétrico									
	Planta física		Equipamiento		Suministros		Estado de las variables (por sí)			
	Si	No	Si	No	Si	No	MB	B	R	M
Centro Obstétrico Componentes (10 ítems)	7 (70%)	3 (30%)	NC	NC	NC	NC	0 (0%)	2 (28,57%)	2 (28,57%)	3 (17,29%)
Centro Obstétrico Características (7 ítems)	4 (57,1%)	3 (42,90%)	NC	NC	NC	NC	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)
Consultorio de admisión (27 ítems)	2 (50%)	2 (50%)	15 (83,33%)	3 (16,66%)	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (36,36%)	8 (36,36%)	6 (27,28%)
Sector de evaluación diagnóstica (4 ítems)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	NC	NC	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sala de Parto o de periodo dilatante (23 ítems)	6 (55%)	5 (45%)	6 (86%)	1 (14%)	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	8 (50%)	7 (43,75%)	1 (6,25%)
Sala de partos (26 ítems)	5 (56%)	4 (44%)	13 (93%)	1 (7%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (33,33%)	9 (42,86%)	5 (23,81%)
Sector de cuidados del posparto inmediato (8 ítems)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Neonatología Componentes (6 ítems)	6 (100%)	0 (0%)	NC	NC	NC	NC	0 (0%)	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Neonatología Características (29 ítems)	5 (26,31%)	14 (73,69%)	5 (50%)	5 (50%)	NC	NC	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Sector de recepción y reanimación del recién nacido (19 ítems)	3 (42,86%)	4 (57,14%)	5 (83,34%)	1 (16,66%)	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información recolectada en guía de evaluación conforme Resolución Ministerial 348/03 y 306/02

Referencia: (NC) No corresponde variable.

El análisis del Centro Obstétrico, muestra que para la categoría "componentes", el Centro disponía del 70% de los ítems evaluados (7 de 10 ítems), de éstos, en el 45,86% de los ítems el estado de los mismos era regular o malo; para la categoría "características", el Centro contaba con el 57,1% de los ítems evaluados (4 de 7 ítems), de éstos, en la totalidad de los ítems el estado de los mismos era regular o malo; para la categoría "consultorio de admisión", el Centro disponía del 77,77% de los ítems evaluados (21 de 27 ítems), de éstos, en el 64,16% de los ítems el estado de los mismos era regular o malo.

(Observación 15)

El Centro no contaba con el 100% de los ítems de la categoría "sector de evaluación diagnóstica" (4 ítems) y "sector de cuidados posparto" (8 ítems), requeridos por la normativa vigente. **(Observación 15)**

Para la categoría "sala de parto" el Centro disponía del 69,56% de los ítems requeridos por normativa vigente (16 de 23 ítems), de los cuales, en el 50% de los ítems evaluados, el estado de los mismos era regular o malo; para la categoría "sala de parto" el Centro contaba con el 80,76% de los ítems requeridos por normativa vigente (21 de 26 ítems), de los cuales, en el 66,67% de los ítems evaluados, el estado de los mismos era regular o malo; para la categoría "características de componentes de neonatología" el Centro no tenía el 65,51% de los ítems solicitados por norma (19 de 29 ítems); para la categoría "sector de recepción y reanimación del recién nacido" el Centro no contaba con el 26,31% de los ítems requeridos por norma (5 de 19 ítems). **(Observación 15)**

Asimismo, se señala que la Terapia Neonatal no tenía comunicación directa con la sala de partos. **(Observación 15)**

No obstante la deficiencia que evidencia el Centro Obstétrico, es importante resaltar la labor efectuada por el equipo de profesionales que trabaja en el Servicio de Tocoginecología. Los resultados operativos de dicho Servicio, evidencian el esfuerzo que realizan para lograr la atención asistencial.

Cuadro 60. Ingresos Tocoginecología (Obstetricia y Ginecología)

Concepto	Cantidad de casos
Total de internaciones Tocoginecología	5630
Total de ingresos Obstetricia	4142
Porcentaje ingresos Obstetricia sobre el total de internaciones Tocoginecología	73,6
Total de partos	3848
Total de ingresos Ginecología	1488
Porcentaje ingresos Ginecología sobre el total de internaciones Tocoginecología	26,4
Total de ingresos por Abortos	745
Porcentaje ingresos por Aborto sobre el total de internaciones de Ginecología	50,1

Fuente: Información suministrada por el Dpto. Materno Infantil

Del total de ingresos hospitalarios de Tocoginecología (5.630 pacientes) el 73,6% corresponde al Servicio de Obstetricia.

Del total de ingresos hospitalarios de Tocoginecología (5.630 pacientes) el 26,4% corresponde a Ginecología. De éste porcentaje, 745 casos (que representa el 50,1% de la actividad del Servicio) correspondieron a pacientes que ingresaron por aborto (espontáneos y no especificados).

Es preciso señalar, que estos casos representan una cifra menor a la realidad, dado que se desconoce, la cantidad total que de estos casos existe, por tratarse de una práctica ilegal.

Asimismo, el Servicio de Tocoginecología presentó para el período 2008 los siguientes indicadores de internación⁵⁴: giro cama 84,54%, con un promedio de permanencia del 3,67% y un porcentaje ocupacional del 84,80%, presentando un promedio de pacientes día del 58,52% y de camas disponibles del 69,1%. La tasa de mortalidad fue del 0,07%.

Estos indicadores, dan cuenta de la calidad de la actividad asistencial, pese a las malas condiciones edilicias y de equipamiento en las que trabajan.

Cuadro 61. Evolución anual actividad de Tocoginecología

Concepto	Cantidad anual			Variación anual			
	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Variación Cantidad año 2006 - 2007	Variación Porcentual año 2006 - 2007	Variación Cantidad año 2006 - 2007	Variación Porcentual año 2007 - 2008
Partos	2.864	3.731	3.848	867	23,24	117	3,04
Consultas	34.054	40.092	41.192	6.038	15,06	1.100	2,67
Egresos	4.971	5.844	5.653	873	14,94	-191	-3,38

Fuente: Memoria anual Dpto. Materno Infantil – año 2008

La asistencia de partos se incrementó en un 26,28% de casos durante el período 2006-2008. La evolución de las consultas de Tocoginecología, para el mismo período, arrojó un aumento del 17,73%. Los egresos hospitalarios sufrieron una variación porcentual incremental del 14,94% para el período 2006-2007, mientras que para el período 2007-2008 la variación fue decreciente del 3,38%.

Asimismo, analizada la asistencia de partos en Hospitales de la Ciudad, se verifica que el Hospital Penna, es el segundo en cantidad de partos asistidos (3.848)⁵⁵, sobre el total de partos de los Hospitales Generales Agudos (24.199)⁵⁶.

Se destaca, que el Departamento Materno Infantil, año a año, solicita la construcción de un nuevo Centro Obstétrico que responda a la demanda creciente de partos y de la productividad.

Los requerimientos para dicho Centro, calculando una proyección de 4500 partos, son los siguientes:

1. Estructura Física:
 - 6 Salas de prepartos de bajo riesgo con baños.
 - 2 Salas de parto de alto riesgo con baños.
 - Provisión de oxígeno, aspiración y aire comprimido mediante sistemas centrales con conectores para cada cama en cada una de las salas.
 - 2 Salas de aislamiento con baños.
 - 5 Salas de parto con piletas para el lavado de manos.

⁵⁴ Movimiento Hospitalaria 2008

⁵⁵ Dato extraído de información suministrada por el Dpto. Materno Infantil.

⁵⁶ Dato extraído del Movimiento Hospitalario 2008. El primer hospital en cantidad de partos asistidos para el año 2008, fue el hospital Santojanni.

- Espacio adecuado en comunicación con sala de partos, para guardar material estéril.
 - 3 quirófanos grandes con vestuario.
 - 1 quirófano chico con espacio apropiado para lavado de manos.
 - Espacio adecuado para guardar material estéril.
 - 4 recepciones para el recién nacido, en comunicación con sala de partos y quirófano.
 - 1 Sala de recuperación post-parto y anestesia, para 3 camas.
 - Estar médico amplio con armarios y baño.
 - Estar de enfermería con armarios.
 - 2 office de enfermería, 1 en área quirúrgica y otra en área semirestringida.
 - Vestuarios para enfermería.
 - Habitaciones para obstétricas.
 - Habitaciones para médicos.
 - Área de depósito de material, ropa, medicamentos.
 - Área de almacenamiento de material y ropa sucia, residuos patogénicos.
 - Chatero.
 - Las áreas asistenciales deben contar con oxígeno, aire comprimido y aspiración central.
 - El ambiente debe contar con aire acondicionado y calefacción central.
2. Recursos Materiales:
- Ecógrafo de última generación.
 - Mesa de operaciones con accionamiento electrónico.
 - Mesa de operaciones con accionamiento hidráulico.
 - 3 camas de parto.
 - 2 mesas de anestesia.
 - 2 scialíticas de techo de 120000 lux por foco.
 - 2 mesas de instrumentación tipo Finochietto.
 - 4 tensiómetros de pared.
 - 2 tensiómetros de pie
 - 4 monitores fetales.
 - 2 detectores fetales portátiles.
 - 1 equipo de radiofrecuencia.
 - Material quirúrgico nuevo.
 - Bisturí armonoco.
 - Videocolposcopio.
 - Cámara Gamma.

El análisis realizado muestra que la productividad tanto en calidad como en cantidad resulta óptima, no obstante el déficit reflejado en la planta física y en el equipamiento. La deficiencia del Centro Obstétrico evidencia una tendencia incremental, lo que no impide que la calidad del Servicio y su productividad se incrementen, a pesar de ello.

V) El recurso humano de Enfermería puede ser considerado como un recurso estratégico, dado que, su tarea asistencial es requerida en gran parte de los Servicios médicos, transformándose así, en un auxiliar imprescindible para la labor del médico.

A fin de determinar la necesidad de éste recurso humano, se verificó la utilización de horas planta, en relación a la tarea asistencial. A tal efecto, se realizó el cálculo de dotación ideal de dicho recurso humano.

a) Cálculo horas anuales de trabajo de cada enfermera.

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

Francos semanales ⁵⁷	104 días
Licencia anual ordinaria (promedio)	20 días
Enfermedad (promedio)	15 días
Feridos	10 días
Total	149 días

$$365 - 149 = 216 \text{ días}^{58}$$

Multiplicando días trabajados por horas diarias⁵⁹ de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

$$216 \times 7 = 1512 \text{ hs anuales}$$

b) Determinación de camas reales.

Para establecer camas reales, se puede multiplicar las camas de dotación por el porcentaje ocupacional. En nuestro caso, se tomó como dato directo el número de camas disponibles.

Cuadro 62. Camas disponibles

Servicio	Camas - Cunas disponibles
<i>Clínica Medica Hombres</i>	25
<i>Clínica Medica Mujeres</i>	20
<i>Cirugía Mujeres</i>	18
<i>Cirugía Hombres</i>	17
<i>Urología Mujeres</i>	1
<i>Urología Hombres</i>	7
<i>Traumatología Mujeres</i>	7
<i>Traumatología Hombres</i>	11
<i>Obstetricia (camas madres)</i>	24

⁵⁷ Ajustado según Acta de Paritaria Dr. J. Rezzonico año 2003.

⁵⁸ Dr. Rezzonico R. y Aranguren, E., "Auditoria Médica", capítulo 21 pag.1109, Ed. CEFF, Buenos Aires 1998.

⁵⁹ Se considera un promedio de 7 hs diarias .

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Servicio	Camas - Cunas disponibles
Obstetricia (cunas bebés)	24
Ginecología	21
Guardia Mujeres	8
Guardia Hombres	11
Terapia Intermedia	2
Terapia Intensiva	7
Pediatría	23
Neonatología	24
Total	250

Fuente: Informe Final N° 3.09.07, Relevamiento del Hospital José M. Penna, periodo 2008.

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

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

Cuadro 63. Índice por Especialidad⁶⁰

Especialidades	Hs/paciente
Clínica	2:30 Hs.
Clínica quirúrgica	4 Hs.
Obstetricia	2:30 Hs.
Pediatría	4 Hs.
Neonatología	10 Hs.
Terapia Intensiva	10 Hs.
Terapia Intermedia	6 Hs.
Emergencias	9 Hs.
Pediatría agudos	6 Hs.
Total	52 Hs.

Fuente: Resolución Ministerial N° 194/95 Anexo.

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

$$52 / 9 = 5,77 \text{ aprox. } 6$$

d) Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo (40%)⁶¹ se obtiene el índice ajustado por ausentismo.

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

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

⁶⁰ Índice ajustado según la Resolución Ministerial 194/95 Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

⁶¹ Dato extraído de la Resolución Ministerial 194/95, Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

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

$$250 \times 8,4 = 2.100 \text{ hs de enfermería}$$

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

$$2.100 \times 365 = 766.500 \text{ hs anuales de enfermería}$$

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

$$766.500 / 1.512 = 507 \text{ enfermeros}$$

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

Dotación enfermería según el servicio	361
Personal de conducción	- 23
Total de enfermeros con tareas asistenciales	338
 Total de enfermeras con tareas asistenciales	 338
Total de enfermeras necesarias	- 507
Diferencia resultante	-169

Según los valores de referencia el personal de enfermería necesario es de 507 agentes, mientras que la dotación real es de 338 agentes. No obstante, la estructura destina 23 agentes a la función de conducción. **(Observación 16)**

Si se calcula el promedio de horas módulos asistenciales trabajadas durante el año auditado, se obtiene que:

$$\begin{aligned}
 &1810^{62} \text{ módulos mensuales} \times 7 \text{ hs} = 12.670 \\
 &1762^{63} \text{ módulos mensuales} \times 6 \text{ hs} = \underline{10.572} \\
 &\text{Promedio Mensual} \quad \quad \quad 23.242 \\
 &\quad \quad \quad \underline{\times 12 \text{ meses}} \\
 &\text{Promedio anual} \quad \quad \quad 278.904
 \end{aligned}$$

Dividiendo la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año por las horas módulo promedio anual de trabajo, determinamos el total de enfermeras que éstas representan.

$$278.904 / 1.512 = 184 \text{ enfermeros}$$

⁶² Información suministrada por la Jefatura de Enfermería.

⁶³ Información suministrada por la Jefatura de Enfermería.

Si se consideran las horas adicionadas por horas modulo que realiza el personal de enfermería (278.904 horas modulo promedio anual), el déficit de enfermería de 169 agentes desaparece. **(Observación 16)**

VI) Entre los diversos factores que influyen diariamente en la gestión económica-financiera hospitalaria, se encuentra el tiempo transcurrido para la obtención de insumos a ser aplicados en la actividad asistencial –internación y cirugía-.

En este sentido, se evaluó la demora existente entre el pedido original de compra centralizada para el período 2008 y su primera entrega, como así también, la cantidad que de cada insumo el hospital tuvo que comprar -por Decreto 7 y Decreto 2.143- dada la demora en la compra centralizada.

A tal efecto, se trabajó sobre una muestra de distintos rubros, considerándose los más significativos.

Se partió del listado de medicamentos de compras centralizadas y el pedido original de la compra realizada por el hospital. Se analizaron las ordenes de compra correspondientes a tales medicamentos, verificándose las variables fecha y cantidad, adquiridas por Compras de Emergencia (Decreto 7 y Decreto 2143).

Asimismo, se analizaron los remitos de entrega de mercadería por Compras Centralizadas, a efectos de verificar la fecha de entrega de los medicamentos solicitados en el pedido original.

Cuadro 64. Insumos solicitados por Compras Centralizadas

Rubro	Cantidad de Insumos Pedidos	Cantidad de Insumos comprados por Dto.7 y Dto. 2143	Cantidad de Insumos que se compraron por Compra Central	Cantidad de Insumos Faltantes	Porcentaje de Insumos Faltantes
Anestésico	17.310	3.426	5.173	8.711	50,32
Antibióticos	154.556	38.193	71.168	45.195	29,24
Soluciones Parenterales	229.440	28.179	122.178	79.083	34,47
Resto de Medicamentos	172.684	28.758	0	143.926	83,35
Antiepilépticos Uso Restringido	8.960	2.300	0	6.660	74,33

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información solicitada a las áreas de Compras y Farmacia

En todos los rubros analizados, existe un faltante respecto al pedido original. Del rubro "Anestésico" (17.310 unidades), el 50,32% de los insumos que le correspondía comprar al Ministerio de Salud (8.711 unidades), no fueron comprados; del 49,68% que se compró (8.599 unidades), el 19,8% fue comprado por el hospital (3.426 unidades), a través de la modalidad de compras por necesidad y urgencia (Decreto 7 y Decreto 2.143). **(Observación 17)**

Del rubro "Antibióticos" (154.556 unidades), el 29,24% de los insumos (45.195 unidades), no fueron comprados; del 70,76% que se compró (109.361 unidades), el 24,7% (38.193 unidades) fue comprado por el hospital. **(Observación 17)**

Del rubro "Soluciones Parenterales" (229.440 unidades), el 34,47% de los insumos (79.083 unidades), no fueron comprados; del 65,53% que se compró (150.357 unidades), el 12,3% (28.179 unidades) fue comprado por el hospital. **(Observación 17)**

Asimismo, no se registran compras desde el nivel central, para los rubros denominados "Resto de Medicamentos" y "Antiepilépticos Uso Restringido". **(Observación 17)**

Cuadro 65. Insumos solicitados y entregados

Rubro	Medicamentos	Fecha Pedido (A)	Fecha 1er Compra Hospital (B)	Fecha 1er Compra Ministerio (C)	Diferencia (C-A)	Promedio de días por Rubro (C-A)	Diferencia (C-B)	Promedio de días por Rubro (C-B)
Anestésico	ATRACURIO, BESILATO	23/10/2007	17/04/2008	14/07/2008	265	283	88	142
	BUPIVACAINA	23/10/2007	25/01/2008	10/09/2008	323		229	
	ISOFLURANO	23/10/2007	17/04/2008	30/07/2008	281		104	
	LIDOCAINA	23/10/2007	17/04/2008	03/09/2008	316		139	
	LIDOCAINA	23/10/2007	25/01/2008	11/07/2008	262		168	
	PROPOFOL	23/10/2007	25/01/2008	16/07/2008	267		173	
	SUCCINILCOLINA	23/10/2007	10/04/2008	14/07/2008	265		95	
Antibióticos	AMOXICILINA	23/10/2007	06/02/2008	05/11/2008	379	273	273	87
	AMOXICILINA + CLAVULANICO, ACIDO	23/10/2007	06/02/2008	11/06/2008	232		126	
	AMPICILINA	23/10/2007	28/02/2008	14/05/2008	204		76	
	CEFALEXINA	23/10/2007	17/04/2008	15/07/2008	266		89	
	CEFALEXINA	23/10/2007	17/04/2008	05/11/2008	379		202	
	CEFALOTINA	23/10/2007	23/10/2008	11/06/2008	232		0	
	CEFTRIAXONA	23/10/2007	06/02/2008	07/05/2008	197		91	
	CLARITROMICINA	23/10/2007	17/04/2008	15/07/2008	266		89	
	COLISTINA							
	METANSULFONATO	23/10/2007	11/04/2008	07/05/2008	197		26	
	IMIPENEM + CILASTATIN	23/10/2007	06/02/2008	05/05/2008	195		89	
	MEROPENEM	23/10/2007	06/02/2008	09/06/2008	230		124	
	METRONIDAZOL	23/10/2007	23/10/2008	11/06/2008	232		0	
	METRONIDAZOL	23/10/2007	10/04/2008	18/03/2009	512		0	
	PIPERACILINA SODICA + TAZOBACTAM	23/10/2007	06/02/2008	02/06/2008	223		117	
	RIFAMPICINA	23/10/2007	23/10/2008	08/10/2008	351		0	
Soluciones Parenterales	SOLUCION DE DEXTROSA	23/10/2007	23/10/2008	10/09/2008	323	247	0	129
	SOLUCION DE DEXTROSA	23/10/2007	12/02/2008	06/08/2008	288		176	
	SOLUCION DE DEXTROSA	23/10/2007	12/02/2008	26/06/2008	247		135	

"Año 2010 Bicentenario de la Revolución de Mayo"

Rubro	Medicamentos	Fecha Pedido (A)	Fecha 1er Compra Hospital (B)	Fecha 1er Compra Ministerio (C)	Diferencia (C-A)	Promedio de días por Rubro (C-A)	Diferencia (C-B)	Promedio de días por Rubro (C-B)
	SOLUCION DE DEXTROSA	23/10/2007	23/10/2008	07/05/2008	197		0	
	SOLUCION DE SODIO, CLORURO ISOTONICA	23/10/2007	05/05/2008	No compró	0		0	
	SOLUCION DE SODIO, CLORURO ISOTONICA	23/10/2007	21/10/2008	No compró	0		0	
	SOLUCION DE SODIO, CLORURO ISOTONICA	23/10/2007	12/02/2008	05/05/2008	195		83	
	SOLUCION DE SODIO, CLORURO ISOTONICA	23/10/2007	26/05/2008	No compró	0		0	
	SOLUCION DE SODIO, CLORURO ISOTONICA	23/10/2007	12/02/2008	11/06/2008	232		120	
Resto de Medicamentos	DEXAMETASONA	23/10/2007	08/08/2008	No compró	0	0	0	0
	BETAMETASONA	23/10/2007	25/01/2008	No compró	0		0	
	FILGRASTIM	23/10/2007	27/02/2008	No compró	0		0	
	FOSFOLIPIDOS	23/10/2007	03/06/2008	No compró	0		0	
	HEPARINA (ENOXAPARINA SODICA)	23/10/2007	08/08/2008	No compró	0		0	
	HEPARINA (NADROPARINA CALCICA)	23/10/2007	11/04/2008	No compró	0		0	
	HEPARINA SODICA	23/10/2007	08/08/2008	No compró	0		0	
	IBUPROFENO	23/10/2007	26/05/2008	No compró	0		0	
	IBUPROFENO	23/10/2007	04/03/2008	No compró	0		0	
	MEPREDNISONA	23/10/2007	25/01/2008	No compró	0		0	
	MEPREDNISONA	23/10/2007	25/01/2008	No compró	0		0	
	METILPREDNISOLONA	23/10/2007	25/01/2008	No compró	0		0	
	METOCLOPRAMIDA	23/10/2007	07/03/2008	No compró	0		0	
	METOCLOPRAMIDA	23/10/2007	17/04/2008	No compró	0		0	
	NOR ADRENALINA	23/10/2007	10/01/2008	No compró	0		0	
	OCITOCINA	23/10/2007	21/10/2008	No compró	0		0	
	OMEPRAZOL	23/10/2007	17/04/2008	No compró	0		0	
	OMEPRAZOL	23/10/2007	07/03/2008	No compró	0		0	
	SALBUTAMOL, SULFATO	23/10/2007	25/01/2008	No compró	0		0	
	HIDROXIETIL ALMIDON	23/10/2007	12/02/2008	No compró	0		0	
	URSODESOXICOLICO, ACIDO	23/10/2007	17/04/2008	No compró	0		0	
	MIDAZOLAM	23/10/2007	08/01/2008	No compró	0		0	
	LEVODOPA+CARBIDOPA	23/10/2007	23/06/2008	No compró	0		0	
Antiepilépticos Uso Restringido	FENITOINA SODICA	23/10/2007	20/11/2008	No compró	0	0	0	0
	FENOBARBITAL	23/10/2007	22/04/2008	No compró	0		0	
	FENOBARBITAL	23/10/2007	28/05/2008	No compró	0		0	
	REMIFENTANILO	23/10/2007	06/02/2008	No compró	0		0	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información solicitada a las áreas de Compras y Farmacia

El período transcurrido entre la fecha del pedido del hospital y la fecha de la primer compra desde el Nivel Central fue: para el rubro "Anestésico" de 283 días en promedio, para el rubro "Antibióticos" de 273 días en promedio, para el rubro "Soluciones Parenterales" de 247 días en promedio; para los rubros denominados "Resto de Medicamentos" y "Antiepilépticos Uso Restringido" no hubo compras. **(Observación 18)**

Asimismo, el período transcurrido entre la primer fecha de la compra realizada por el hospital y la fecha de la primer compra desde el Nivel Central fue: para el rubro "Anestésico" de 142 días en promedio, para el rubro "Antibióticos" de 87 días en promedio, para el rubro "Soluciones Parenterales" de 129 días en promedio; para los rubros denominados "Resto de Medicamentos" y "Antiepilépticos Uso Restringido" no hubo compras.

VII) Desde una visión económica financiera, se evaluó el ingreso monetario por facturación de prestaciones brindadas por el Servicio de Guardia.

A tal efecto, se verificó la facturación del paciente con obra social asistido por la Guardia, a fin de determinar si hubo pérdida de ingresos por prestaciones no facturadas.

No se constataron registros de prestaciones ambulatorias, dado que la Jefatura de Guardia informó que tales prestaciones no se facturan, por falta de personal administrativo dedicado a la detección de cobertura de obra social. En consecuencia, no fue posible estimar la pérdida de ingresos por falta de facturación. **(Observación 19)**

Al paciente internado más de 24 hs en Guardia, se le abre una historia clínica de internación, que diariamente es verificada por personal de Admisión y Egresos, quienes se encargan además de identificar la cobertura de obra social; en dicho caso, con posterioridad al egreso del paciente, envían la historia clínica a Facturación, para su codificación y emisión de la factura.

Se analizaron los registros de internaciones confeccionados por el área de Admisión y Egresos de una muestra de 3 meses del año 2008 –se utilizó la información de los meses de octubre, noviembre y diciembre dado que eran los únicos meses que el hospital disponía de datos informatizados.

Se solicitó al Servicio de Facturación, la información inherente a la facturación de prestaciones correspondientes a los pacientes con obra social internados en la Guardia, durante los meses de la muestra del año 2008. Se analizaron las facturas emitidas, en cuanto al concepto, importe y gestiones de cobranzas.

Cuadro 66. Casos con obra social asistidos en Guardia

Prestaciones	Casos	%
Facturadas	26	33,3
No Facturadas	52	66,7
Total	78	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información solicitada a Facturación de

De 78 pacientes internados en Guardia, con cobertura de obra social, sólo se pudo facturar las prestaciones correspondientes a 26 casos (el 33,3%).
(Observación 20)

Cuadro 67. Motivos de la no Facturación

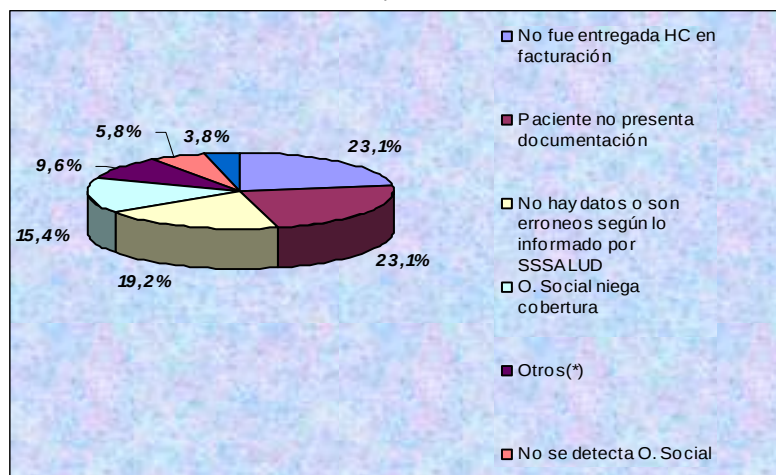
Concepto	Pacientes	%
No fue entregada HC en facturación	12	23,1
Paciente no presenta documentación	12	23,1
No hay datos o son erróneos según lo informado por SSSALUD	10	19,2
O. Social niega cobertura	8	15,4
Otros(*)	5	9,6
No se detecta O. Social	3	5,8
O. Social no autoriza internación	2	3,8
Total	52	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información solicitada a Facturación

(*) No posee documento, no se pudo establecer comunicación con la O. Social, entre otros.

Para la facturación de las prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio, el hospital deberá requerir a los beneficiarios, la presentación de la siguiente documentación: documento de identidad, carnet de obra social y copia del último recibo de sueldo. No obstante se verifica, que en el 23,1% de los casos (12) el paciente no presentó la documentación solicitada.

Grafico 4. Motivos de no facturación de prestaciones en Guardia



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información solicitada a Facturación

Asimismo, no se facturaron las prestaciones de 12 pacientes (23,1%) dado que la historia clínica de los mismos, no fue entregada al área de Facturación.
(Observación 20)

Cuadro 68. Cobranzas de casos facturados

Facturación	\$
Pendiente	\$ 118.709,64
Cobrado	\$ 267.340,50
Total	\$ 386.050,14

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información solicitada a Facturación y de las facturas emitidas – Meses de la muestra.

De las prestaciones facturadas (\$386.050,14), en los meses de la muestra, se cobró el 69,25% (\$267.340,50).

VI) OBSERVACIONES

1. La fragilidad de las políticas estatales de contención social, posibilita la sobrecarga del hospital público con pacientes en los que el deterioro de la salud psicofísica proviene de su clara situación de vulnerabilidad social⁶⁴. Esta situación genera como consecuencia, la disminución de las posibilidades de internación de otros pacientes, ante la falta de cama⁶⁵.
2. La ausencia de una actividad intersectorial impide abordar con éxito las problemáticas socio-sanitarias de los pacientes que asiste el hospital. No existe vinculación entre los distintos organismos -gubernamentales y no gubernamentales- que participan en el tratamiento de dichas problemáticas, dificultándose así, la externación del paciente internado. De este modo, las afecciones sociales se transforman en afecciones psicofísicas, ante la falta de resolución de factores que se relacionan indirectamente con la enfermedad.
3. La debilidad de la mirada interdisciplinaria en el abordaje de las problemáticas sociales que presenta la población asistida (situación de calle, ausencia de vínculos familiares y/o sociales, consumo de sustancias psicoactivas y violencia), impide dar una respuesta integral a estos pacientes. No se trabaja con Protocolos que planteen lineamientos sobre las distintas disciplinas y las acciones conjuntas a desarrollar con otras áreas del estado.
4. La insuficiencia de los recursos invertidos (en infraestructura, en materiales, en personal, en capacitación, etc.) impide cumplir con el rol tutelar del estado, frente a la demanda de pacientes internados en el hospital, con problemas socio-sanitarios. El Sistema no está preparado para enfrentar la complejidad de estos casos. En consecuencia, no se generan respuestas efectivas.
5. La debilidad en el enfoque epidemiológico (recopilación, análisis e interpretación de datos específicos) asignado a la problemática de violencia, dificulta la tarea de planificación, ejecución y control de Programas de Prevención de la Violencia.
6. La ausencia de una actividad articulada -para el abordaje de la problemática de violencia- entre el hospital, los efectores del Primer Nivel de Atención y efectores de otras jurisdicciones del estado (desarrollo social, educación, justicia, entre otros), impide el diseño de una estrategia asistencial centrada en el paciente, que permita un seguimiento de casos y garantice la efectividad de la atención.

⁶⁴ Situación o contexto en el cual las condiciones de vida se encuentran signadas por la precarización y la pérdida de soportes sociales.

⁶⁵ A modo de ejemplo, 7 camas del Servicio de Clínica Médica y 6 camas del Servicio de Guardia, fueron ocupadas en promedio 135 días por pacientes que aún teniendo el alta médica, padecían falencias sociales.

7. No se han elaborado Protocolos para la detección y tratamiento de la violencia (pensados de manera conjunta entre los distintos actores que intervienen en esta problemática), ni se ha creado un área de gobierno capaz de establecer redes (sociales, familiares e institucionales) que posibiliten trabajar sobre la detección, ruptura y contención de la víctima. Asimismo, no hay formación o capacitación hacia los profesionales de la salud, para la detección de patologías físicas o psíquicas relacionadas con la violencia.
8. La problemática de adicciones no conforma una prioridad en la agenda de salud. No hay designación de partidas presupuestarias en salud, que permitan fortalecer las actividades asistenciales y las de promoción de la salud (actividades recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, etc.). No hay un abordaje integral, posibilitado por la asistencia intersectorial (salud, educación, desarrollo social, trabajo, justicia, etc.) e interdisciplinaria, ni se han elaborado Protocolos que impartan lineamientos generales para el abordaje de esta problemática.
9. El Servicio de Guardia del Hospital Penna, no maneja información respecto a la existencia de dispositivos para la atención del paciente adicto a sustancias psicoactivas, tornando débil el funcionamiento de tales dispositivos –Servicios brindados por el Ministerio de Desarrollo Social y la Red Metropolitana de Servicios en Adicciones dependiente del Ministerio de Salud, entre otros-. La responsabilidad relacionada a la falta de información y capacitación, corresponde al nivel central, por cuanto éste debiera asesorar a la Guardia respecto de los dispositivos y sus circuitos de acceso.
10. El porcentaje del parto adolescente (20,56%) sobre el total de partos en el Hospital Penna, para el año 2008, supera el porcentaje de parto adolescente sobre el total de partos para la Ciudad, durante el mismo período (7,09%). Asimismo, el 23,76% de los hijos de las mamás adolescentes, estuvieron internados en el servicio de Neonatología. Este indicador, da cuenta, de la necesidad de una política activa, que contemple la inversión necesaria, en materia de Salud Sexual y Reproductiva focalizada en la población adolescente de la zona sur de la Ciudad. Las acciones realizadas en la actualidad, resultan insuficientes, frente al riesgo que representa el embarazo adolescente.
11. La demanda de internación hospitalaria excede la disponibilidad del recurso "cama". La utilización de este recurso en niveles que superan el óptimo de ocupación (Clínica Médica 96,34%, Urología 97,78%, Ortopedia y Traumatología 97,42% y Guardia 100,97% -en este último caso también se internan en camillas ubicadas en los pasillos de circulación-), y la ocupación de camas por pacientes admitidos por Guardia, dificultan la planificación de la actividad asistencial que requiere internación. Se suspenden cirugías que deben ser reprogramadas, incrementándose así, los tiempos de espera quirúrgicos y de internación.
12. La ausencia de personal profesional de planta –médico, entre otros- en el Servicio de Cirugía General, no permite aumentar el horario de

- disponibilidad de los quirófanos en la totalidad de su horario potencial -12 horas diarias-. Sería necesario reemplazar las Guardias Fuera de Dotación por nombramientos efectivos. Asimismo, la oferta asistencial de Neurocirugía, se encuentra limitada dada la carencia de camas propias y la baja disponibilidad de camas en Terapia Intensiva -sólo cuenta con 7 camas-. Además, no cuentan con instrumental específico para esta especialidad.
13. Los quirófanos asignados a la especialidad de Ortopedia y Traumatología, son insuficientes para cubrir la demanda de las ocho subespecialidades existentes (1 día a la semana por cada subespecialidad, algunas superpuestas). Asimismo, el Servicio cuenta con 4 cirujanos ad honorem y 5 cirujanos remunerados por Guardia Fuera de Dotación, que generan la oferta quirúrgica necesaria, pero carecen de nombramiento. La ausencia de estos profesionales disminuiría las posibilidades de maximizar el uso de los quirófanos y el consiguiente incremento de la lista de espera quirúrgica. Asimismo, el instrumental quirúrgico es obsoleto y escaso.
 14. El hospital no cuenta con Historias Clínicas de Consultorio Externo de las especialidades quirúrgicas ni con una lista de espera quirúrgica única, que recoja datos claves (fecha de diagnóstico, tiempo máximo de espera quirúrgica por patología, entre otros) para la planificación de la actividad asistencial, debilitando así, la organización quirúrgica del ente. Por consiguiente, no fue posible verificar las Historias Clínicas, que posibiliten el cálculo del Indicador Tiempo de Espera Quirúrgico, que permitiría entre otras cosas, analizar el Proceso Quirúrgico y las consecuencias que de éste pudieran devenir.
 15. El Centro Obstétrico (planta física y equipamiento) es deficiente en cantidad y calidad; el estado actual del mismo, no responde a las necesidades de la demanda asistencial. Se trabaja bajo condiciones deficientes, pese a que el rendimiento productivo se incrementa anualmente⁶⁶. No se cumple así, con la normativa vigente (Resolución Ministerial 348/03 y 306/02) sobre organización y funcionamiento de los Servicios de Maternidad.
 16. El plantel de Enfermería con tareas asistenciales (338 agentes), es escaso en comparación a la dotación necesaria que requeriría el hospital (507 agentes), resultando necesario la designación de horas planta correspondientes a 169 agentes. Si bien, estas horas son suplidas por horas Módulos, esta modalidad está reñida por la calidad laboral y por la contención del gasto en inciso 1.
 17. El Nivel Central no compró los insumos que se comprometió a comprar a través del Sistema de Compras Centralizadas. Del rubro "Anestésico" no se compró el 50,32% de los insumos que se necesitaban; del 49,68% que se compró, el 19,80% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. Del rubro "Antibióticos" no se compró el 29,24% de los insumos que se necesitaban; del 70,76% que se compró, el 24,70% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. Del rubro "Soluciones

⁶⁶ Ver desarrollo de Cuadro 60.

- Parenterales" no se compró el 34,47% de los insumos que se necesitaban; del 65,53% que se compró, el 12,30% lo compró el hospital por decreto de necesidad y urgencia. De los rubros "Resto de medicamentos" y "Antiepilépticos uso restringido", el Ministerio de Salud no compró ningún insumo solicitado.
18. La obligación asumida por el Ministerio de Salud respecto a la entrega de insumos comprados por el Sistema de Compras Centralizadas, no fue cumplida. El período transcurrido entre la fecha del pedido del hospital y la fecha de la primer compra desde el Nivel Central fue: para el rubro "Anestésico" de 283 días en promedio, para el rubro "Antibióticos" de 273 días en promedio, para el rubro "Soluciones Parenterales" de 247 días en promedio; para los rubros denominados "Resto de Medicamentos" y "Antiepilépticos Uso Restringido" no hubo compras. Esta descripción muestra, que en tales condiciones, el Sistema de Compras Centralizadas no funciona; se compró de menos y fuera de término.
 19. El Hospital no cuenta con recurso humano administrativo para el Servicio de Guardia, que posibilite la detección de pacientes ambulatorios con cobertura de obra social. Asimismo, la Guardia no cuenta con un registro único que contenga la totalidad de las prestaciones brindadas a los pacientes ambulatorios, permitiendo así estimar la pérdida de ingresos por tales conceptos.
 20. De 78 pacientes internados en Guardia con cobertura de obra social, no se facturaron las prestaciones correspondientes a 52 pacientes; en el 23,1% de los casos (12 pacientes) la causa residió en que el área de Facturación no recibió las historias clínicas correspondientes.

VII) RECOMENDACIONES

- 1. Internación de pacientes por causas sociales** (Observaciones 1, 2, 3 y 4)
 - a) Destinar los recursos necesarios para el fortalecimiento y/o la creación de instituciones que completen la red social necesaria, a fin de equilibrar el déficit en asistencia socio-sanitaria.
 - b) Establecer de manera conjunta, entre los distintos sectores que intervienen en la problemática planteada, protocolos que garanticen el abordaje de una actividad intersectorial e interdisciplinaria con éxito, donde se planteen lineamientos en la intervención de las diferentes instituciones.
 - c) Evaluar la red institucional disponible. En caso de que la misma resulte insuficiente, proponer organismos gubernamentales y no gubernamentales que estén en condiciones de participar de tal red, y arbitrar los medios necesarios para su inclusión. La evaluación de la red y su composición deberían realizarse intersectorialmente, entre los distintos Ministerios de Salud y Desarrollo Social, como así también cualquier otro Ministerio cuya intervención le competa.

2. Asistencia de pacientes víctimas de violencia (Observaciones 5, 6 y 7)

- a) Replantear la estrategia de atención de la problemática de violencia, articulando la actividad asistencial con los distintos sectores del estado que participan en la misma, pensando en un diseño de estrategia centrada en el paciente, que permita un seguimiento del caso a fin de garantizar la efectividad asistencial.
- b) Definir protocolos para la detección y tratamiento a las víctimas de la violencia doméstica, entre todos los actores sociales que intervienen en dicha temática. Hasta tanto se elaboren los mismos, se podría incluir en el screening rutinario de pacientes adultos o mujeres mayores de 14 años, preguntas relacionadas al maltrato en cualquiera de sus formas.
- c) Coordinar la actuación del profesional de la salud, con un equipo interdisciplinario capaz de abordar la problemática en su total dimensión y brindar tratamiento específico a la víctima y al agresor. A tal efecto, deberían jerarquizarse los equipos de salud, que ya trabajan esta problemática.
- d) Fomentar la capacitación de los profesionales de la salud -sobre todo aquellos que trabajen en la Atención Primaria de la Salud y en el área de Urgencias-, a través de la creación de "Programas Formativos" sobre las atribuciones de síntomas a problemas físicos, detección y abordaje profesional ante una situación de maltrato.
- e) Replantear la modalidad de recolección de datos epidemiológicos, referidos a la atención de pacientes víctimas de la violencia, a fin de contar con información útil para la planificación de la actividad asistencial.

3. Asistencia de pacientes con adicciones (Observaciones 8 y 9)

- a) Replantear la estrategia de atención sobre la problemática de adicciones pensando en un abordaje integral, que posibilite la asistencia intersectorial (salud, educación, desarrollo social, justicia, etc.) e interdisciplinaria. Asimismo, el diseño de una estrategia centrada en el paciente, permitiría un seguimiento del caso, a fin de garantizar la efectividad asistencial.
- b) Definir protocolos -con lineamientos generales- para la atención y tratamiento de pacientes con adicciones, entre todos los actores sociales que intervienen en dicha temática.
- c) Fomentar la capacitación de los profesionales de la salud -sobre todo aquellos que trabajen en la Atención Primaria de la Salud y en el área de Urgencias-, a través de la creación de "Programas Formativos" sobre el abordaje profesional ante una situación de adicción. Asimismo, resulta necesario, la divulgación de los dispositivos y sus circuitos de acceso, con los que se maneja la Ciudad.

4. Embarazo adolescente (Observación 10)

- a) Focalizar las políticas públicas y replantear las acciones tendientes a mejorar los indicadores socio-económicos, permitiendo reducir así, el resultado del indicador embarazo adolescente (20,56%).

5. Gestión de Camas (Observación 11)

- a) Replantear la internación de pacientes, programando las altas hospitalarias a través de protocolos de estancias por patologías. Para el caso de patologías menos previsibles, se podría utilizar un promedio de "previsión de días de alta".
- b) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de buscar un equilibrio entre ingresos programados y urgentes. La ocupación de camas de las distintas salas de internación por la Guardia, debería tener un límite a fin de no desprogramar la actividad quirúrgica. Por encima del límite establecido, debería pensarse en mantener a los pacientes en salas de observación o proceder a su traslado.
- c) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos.
- d) De estimar conveniente dicha centralización, debería jerarquizarse el área de Admisión y Egresos, a fin de ejercer la autoridad en la gestión de camas, salvo alguna situación de excepción en la que el Jefe de Guardia asuma tal responsabilidad.
- e) Implementar mecanismos (contratos, acuerdos, etc.), desde el Ministerio de Salud, que permita la articulación con el sector privado, a fin de incrementar la disponibilidad de plazas⁶⁷.

6. Gestión del Paciente Quirúrgico (Observación 12, 13 y 14)

- a) Incrementar las horas de utilización del Centro Quirúrgico, a través de la incorporación del recurso humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso Humano faltante (médico, técnico, enfermería y otros), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido.
- b) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos. Unificadas las listas de espera de quirófano, los servicios quirúrgicos y el área de Admisión, deberían acordar el método de programación para la gestión del paciente (prioridades por patologías, tiempos máximos de espera quirúrgica por patología, reprogramación de cirugías suspendidas, etc.).

⁶⁷ La articulación con el sector privado, posibilitaría descentralizar los casos quirúrgicos de menor complejidad en dicho sector -especialmente de los que ingresan por la Guardia-. La derivación de casos de baja complejidad admite gastos sin incrementos significativos para el estado, cosa que no ocurriría si se derivan los casos complejos.

- c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix⁶⁸, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)⁶⁹. Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos.

7. Centro Obstétrico (Observación 15)

- a) Complementar y renovar el equipamiento y la planta física destinada a Obstetricia, a fin de poder responder de manera equitativa a la demanda asistencial. En caso de que el Ministerio considere factible su ampliación o construcción de un nuevo Centro Obstétrico, arbitrar los medios para liberar los fondos necesarios.

8. Enfermería (Observación 16)

- a) Generar, desde el Ministerio de Salud, los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata de personal de planta de enfermería.

9. Compras Centralizadas (Observación 17 y 18)

- a) En caso de optarse por reiterar la modalidad de Compras Centralizadas y teniendo en cuenta que en toda compra es necesario alcanzar un difícil equilibrio entre precio, calidad y fecha de entrega, debería crearse un Sistema de Gestión de Compras Integrado, permitiendo así cumplir en tiempo y forma con lo solicitado por el efector.

10. Facturación de Prestaciones en Guardia (Observación 19 y 20)

- a) Replantear la estrategia de ingresos por Facturación de prestaciones asistenciales a pacientes con cobertura de obra social e incorporar el recurso humano administrativo necesario para tal actividad. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso Humano faltante, y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido.
- b) Rever el circuito de facturación de prestaciones brindadas a pacientes asistidos en la Guardia, o implementar otra modalidad de trabajo que

⁶⁸ Combinación de grupos de pacientes particulares clasificados por enfermedad y consumo de recursos, que se da en una organización sanitaria y en la que dichos grupos de pacientes comparten una o más características.

⁶⁹ Sistema de clasificación de episodios de hospitalización, con definiciones clínicamente reconocibles y en la que se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos.

agilice y garantice la totalidad de la facturación de las prestaciones ofrecidas.

11. Implementar la utilización de la herramienta "Cuadro de Mando Integral", con la finalidad de identificar y seleccionar indicadores estratégicos para la evaluación y el monitoreo de los resultados de la Gestión Hospitalaria.

VIII) CONCLUSIÓN

La complejidad de la actual demanda⁷⁰ de los servicios de salud, implica la necesidad de pensar en los padecimientos sociales. La situación de vulnerabilidad social, familiar y económica que presenta la población atendida, demanda un tratamiento intersectorial.

Sin un trabajo intersectorial es imposible abordar la complejidad de las problemáticas que asiste este hospital; sin un abordaje interdisciplinario se brindan respuestas parciales o ineficaces.

Ambas concepciones, se presentan entonces, como una estrategia necesaria de intervención; pues posibilita abordar demandas complejas, a la vez que, permite la contención grupal de los profesionales como posibilidad de alternativa de tratamiento en conjunto.

La problemática de la violencia es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, considerado como un problema de salud pública de primer orden, por organizaciones internacionales y distintos gobiernos.

Por consiguientes, los profesionales de la salud, no pueden permanecer ajenos; su intervención se hace necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones. Su reconocimiento como problema de salud pública, es el primer paso para un avance en la búsqueda de soluciones.

Resulta indispensable, además, implementar respuestas de articulación intersectorial, para el abordaje de la problemática de adicciones, procurando canalizar las propuestas de mejoramiento personal y del entorno del adicto desde la realidad cotidiana y desde la necesidad concreta, impulsando la participación interdisciplinaria de los profesionales de salud.

Desde una visión de conjunto, es posible apreciar, la agudización de estos problemas y de las desigualdades sociales, que el hospital a vivenciado en estos

⁷⁰ Pacientes en situación de calle, carentes de vínculos familiares y/o sociales, abusados y/o maltratado por familiares, consumidores de sustancias psicoactivas.

últimos años. Esta combinación de factores crea un inmenso grupo poblacional expuesta a la exclusión.

Poder combatir estos factores de riesgo social, de manera interdisciplinaria e interinstitucional logrando establecer las redes de contención necesarias, es el desafío que se presenta para las nuevas gestiones de los hospitales públicos.