

**INFORME FINAL
DE AUDITORÍA
Con informe ejecutivo**

Proyecto N° 3-06-01b

**Planeamiento estratégico de red
“RED DE PEDIATRÍA”**

Buenos Aires, marzo de 2008

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 piso 5º Capital Federal

Presidente

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales

Dr. Santiago De Estrada

Lic. Josefa Arminda Prada

Dr. Juan Carlos Toso

Dra. Paula Oliveto Lago

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3-06-01-b

NOMBRE DEL PROYECTO: Planeamiento estratégico de red- RED DE PEDIATRÍA

PERÍODO BAJO EXÁMEN: Año 2005

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 31 de Marzo 2007

EQUIPO DESIGNADO:

Coordinadores: Lic. Gámez, Mercedes
Prof. Aiscurri, Mario

Supervisión: Dr. Mario Eduardo Lef

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos en términos de economía, eficiencia y eficacia de la red de pediatría.

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Junio de 2007
Código del Proyecto	3-06-01-b
Denominación del Proyecto	Planeamiento estratégico de red- Red de Pediatría
Período examinado	Año 2005
Objetivo de la auditoría	➤ Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos en términos de economía, eficiencia y eficacia de la red de Pediatría
Alcance	Recopilación de información y antecedentes de la Red de Pediatría y análisis de la normativa aplicable a la misma. Evaluación del funcionamiento de la red de pediatría. Entrevistas con funcionarios del Departamento Materno Infantil y de los Hospitales Generales de Agudos, Jefes del Área Programática y de los Hospitales Generales de Niños. Evaluación del estado de los Servicios de Pediatría en relación al Programa de Internación Abreviada que la Ciudad oferta. Observación directa y confección de una grilla general a completar por los Jefes de los Servicios de Pediatría.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	El trabajo de campo se realizó en los periodos: del 1de Marzo de 2007 al 30 de Mayo de 2007.
Aclaraciones previas	El Departamento Materno Infantil, con sede en el Hospital General de Agudos “Dr. José Penna”, Su objetivo es diseñar las políticas del cuidado de la salud, promoción, protección, prevención y rehabilitación de la misma en el área de pediatría Las metas específicas son disminuir la morbi-mortalidad infantil con la implementación de programas destinados a la atención de las patologías prevalentes de la infancia. Dada la complejidad del Sistema de Salud de la Ciudad y la diversidad de patologías pediátricas que asiste, aparecen una multiplicidad de aspectos a atender que se pueden contemplar dentro de la Red Pediátrica de poseer una estructura organizativa adecuada, con

	responsabilidad y por tanto autoridad; con presupuesto acorde a la necesidad y recursos humanos y técnicos apropiados. La red debería contar con un registro actualizado de recursos disponibles para ejercer una coordinación eficaz y eficiente en la derivación de pacientes. La Red de Pediatría no cuenta con Presupuesto propio. En 2006, en el Ministerio de Salud, se informó: “como tema prioritario, la asistencia de los pacientes con bronquiolitis y que se asignará presupuesto para contratar camas fuera del sistema en caso de necesidad”. Los Servicios de Pediatría en época de mayor incidencia de patologías respiratorias (mayo a septiembre), carecen de camas suficientes.
Observaciones principales	➤ La Red de Pediatría debería ampliar sus acciones, coordinando la derivación de aquellas demandas que no puedan ser satisfechas en el efector de origen. ➤ La Red de Pediatría no tiene vinculación con las Redes de Neonatología y Adolescencia que dependen de la Coordinación de Redes. ➤ La falta de prevención y tratamiento oportuno en el embarazo fundamentalmente desde el primer trimestre genera mayor morbimortalidad. ➤ La falta de seguimiento de los pacientes atendidos bajo el Programa de Internación Abreviada (PIA), genera riesgos de re-infecciones. ➤ Falta de coordinación del Programa de Internación Abreviada en los distintos niveles de atención. ➤ Falta de nombramiento de pediatras auxiliares de guardia. ➤ Falta de nombramiento de kinesiólogo pediátrico auxiliar de guardia. ➤ Falta de personal de enfermería y administrativos en el Programa de Internación Abreviada.
Recomendaciones	➤ La Red de Pediatría debería ocuparse de la coordinación y derivación de aquellas demandas que no puedan ser satisfechas en el efector de origen.

	➤ Relacionar la Red de Pediatría con las Redes de Neonatología y Adolescencia ➤ Dar tratamiento oportuno a la mujer embarazada desde el primer trimestre de gestación. ➤ Seguimiento de los pacientes atendidos bajo el Programa de Internación Abreviada (PIA), para evitar riesgos de re-infecciones. ➤ Coordinar el Programa de Internación Abreviada en los distintos niveles de atención. ➤ Nombrar pediatras auxiliares de guardia. ➤ Nombrar kinesiólogos especializado en pediatría en guardia. ➤ Nombrar personal de enfermería y administrativos en el Programa de Internación Abreviada. ➤ Coordinar el área programática de los hospitales de agudos y los centros de atención primaria de la salud, con el Programa de Internación Abreviada. ➤ Registrar adecuadamente los pacientes atendidos en Internación Abreviada. ➤ Dotar de camas suficientes de internación destinadas al Programa de Internación abreviada. ➤ Dotar a los efectores de mayor número de camas de aislamiento. ➤ Dotar de mayor cantidad de consultorios externos al Programa de Internación Abreviada . ➤ Concluir y habilitar la Terapia Intensiva Pediátrica, en el Hospital "Dr. Carlos G. Durand". ➤ Proveer de suficientes medicamentos e insumos al Programa de Internación Abreviada.
Conclusión	Está limitado el accionar de la Red de Pediatría, debiendo para funcionar adecuadamente coordinar y derivar las demandas que no puedan ser satisfechas en el efector de origen. Para lograr este objetivo la red debe utilizar todo medio de comunicación con que cuentan los hospitales y la coordinación de la red a fin

	de establecer la disponibilidad de consultorios y camas habilitadas en el sistema y ofertarlos en forma adecuada y oportuna a la población que los requiere. La aplicación de un nuevo plan piloto de contrarreferencia mejorará la utilización del Programa de Internación Abreviada. La finalización de las obras de la Terapia Intensiva Pediátrica en el Hospital Carlos G. Durand descomprimiría la situación de derivar a los pacientes a los Hospitales especializados de niños. El Ministerio de Salud debe asegurar la conclusión de las obras iniciadas en los hospitales a efectos de hacer eficiente la utilización de fondos públicos.
--	---

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
PROYECTO 3.06.01 B**

DESTINATARIO

Señora
Presidenta
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Gabriela Michetti
S / D

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

I) OBJETO DE LA AUDITORÍA

Red y Servicios de Pediatría.

II) ALCANCE DEL EXAMEN

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

Recopilación de información y antecedentes de la Red de Pediatría y análisis de la normativa aplicable a la misma.

Evaluación del funcionamiento de la red de pediatría.

Entrevistas con la Jefa del Departamento Materno Infantil, Directores de Hospitales, Jefes de los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales de Agudos, Jefes del Área Programática y de los Hospitales Generales de Niños.

Evaluación del estado de los Servicios de Pediatría en relación al Programa de Internación Abreviada que la Ciudad oferta. Observación directa y confección de una grilla general a completar por los Jefes de los Servicios de Pediatría.

En la misma se consigna tanto el estado del recurso físico, consultorios externos, salas de internación de los Hospitales Generales de Agudos y de los Servicios de Emergencia de Pediatría de los Hospitales Pediátricos.

El trabajo de campo se realizó en los periodos: del 1de Marzo de 2007 al 30 de Mayo de 2007.

III) ACLARACIONES PREVIAS

La Pediatría es una especialidad médica que abarca al niño desde los 28 días hasta los 10 años de vida.

El Departamento Materno Infantil, con sede en el Hospital General de Agudos “Dr. José Penna”, y con dependencia de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud, es el lugar de reunión de la Red de Pediatría.

Su objetivo general es contribuir a diseñar las políticas que mejoren la calidad de vida de los niños a través del cuidado de su salud, desarrollando actividades de promoción, protección, prevención y rehabilitación de la misma.

En concordancia con las Políticas Sanitarias Nacionales, el Dpto. Materno-Infantil a través de la Red de Pediatría, tiene como uno de sus metas específicas, disminuir la morbi-mortalidad infantil con la implementación de programas destinados a la atención de las patologías prevalentes de la infancia. (Programa de Internación Abreviada).

Dada la complejidad del Sistema de Salud de la Ciudad y la diversidad de patologías pediátricas que asiste, aparecen una multiplicidad de aspectos a atender que podrían contemplarse dentro de la Red Pediátrica si se contase con una estructura organizativa adecuada, con responsabilidad y por tanto autoridad; con presupuesto acorde a la necesidad y recursos humanos y técnicos apropiados.

La red debería contar con un registro actualizado de recursos disponibles para ejercer una coordinación eficaz y eficiente en la derivación de pacientes. (observación N° 1)

La Red de Pediatría no cuenta con Presupuesto propio.

Con fecha 29 de junio del 2006, con la presencia, de los concurrentes habituales y de las nuevas autoridades del Ministerio de Salud, se informó que la gestión de gobierno ha establecido: “como tema prioritario, la asistencia de los pacientes con bronquiolitis y que se asignará presupuesto para contratar camas fuera del sistema en caso de necesidad”.

En los Servicios de Pediatría en época de mayor incidencia de patologías respiratorias (mayo a septiembre), se carece de camas suficientes dotadas con los elementos indispensables para la internación de estos niños (aislamientos y gases médicos) situación que se invierte en época estival, dado que no se requieren para las patologías acorde a la estación, dichos componentes técnicos.

RED DE PEDIATRÍA

ANTECEDENTES

Año 1996: Resolución N° 361/GCABA/1996 se crea el Programa de Redes de Atención de la Salud. La Red de Pediatría queda bajo la órbita del Departamento Materno Infantil con dependencia de la Dirección General de Atención Médica.

Año 2003: Decreto N° 206/GCABA/2003, modifica la estructura organizativa de la Secretaría de Salud, estableciéndose por decreto que el Departamento

Materno Infanto-Juvenil debe diseñar las redes de Atención Obstétrica, Neonatológica, Pediatría y del Adolescente..

Año 2005: Resolución N°222-SS/2005, cambia la estructura:

Red de Pediatría continúa dependiendo de la Coordinación del Dpto. Materno-Infantil, mientras que las áreas Neonatología y Adolescencia, coordinadas por el Jefe de Neonatología del Hospital Fernández y por el Jefe de Adolescencia del Hospital Dr. Carlos Durand respectivamente pasan a depender de la Coordinación de Redes.

En los Hospitales de Agudos de la Ciudad los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Pediatría y Adolescencia dependen del Departamento Materno Infanto Juvenil del hospital.

La dependencia es formal pues las directivas provienen de áreas diferentes según organigrama del Ministerio, no existiendo una continuidad ni vinculación en el sistema de atención que abarque las distintas etapas evolutivas del crecimiento y desarrollo del niño, (embarazo, período neonatal, pediatría y adolescencia).

En el sistema de redes, la Red de Pediatría depende del Departamento Materno Infantil, disociada de las Redes de Neonatología y Adolescencia que dependen de la Coordinación de Redes. (**Observación N° 2**)

La función del Departamento Materno-Infantil es convocar y coordinar periódicamente la Red.

La Red Pediátrica desde su constitución en el año 2003 propone reunirse regularmente una vez por mes, aumentando la frecuencia acorde a las necesidades (Ejemplo época invernal).

En cada reunión se redacta un Acta en donde se registra la asistencia de los representantes de los hospitales y de otras instituciones, tratándose el temario del día, las propuestas y/o soluciones a implementar.

Las reuniones se realizan en forma rotativa en los distintos Hospitales que forman parte de la red, con los Jefes de Servicios de Pediatría o los profesionales designados para dicho fin, : Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Zubizarreta, Ramos Mejía, Rivadavia, Santojanni, Tornú, Velez Sarsfield, Muñiz, Sardá, Elizalde y Gutiérrez.

Objetivo General

Contribuir a diseñar las políticas que mejoren la calidad de vida de los niños, a través del cuidado de su salud, desarrollándose actividades de promoción, protección, prevención y rehabilitación.

Objetivos Específicos

- Estimular actividades de prevención y promoción de la salud (seguimiento longitudinal del niño menor de 6 años).

- Disminuir la morbilidad infantil a través de la implementación de Programas destinados a la atención de patologías prevalentes de la infancia (Programa de Internación Abreviada).
- Coordinación de las derivaciones pediátricas, según niveles de complejidad, se puso énfasis en el período mayo-septiembre, de mayor incidencia de bronquiolitis.
- Optimización de recursos (distribución de medicamentos e insumos).
- Conformación de Comisiones de Trabajo (Elaboración de Guías de Atención, Accidentes).
- Relevamiento de estudios epidemiológicos significativos a fin de obtener indicadores (consolidación de datos estadísticos del Programa de Internación Abreviada; Encuesta Antropométrica en niños menores de 6 años).
- Discusión de los programas y materiales producidos por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, que se hace llegar a los Jefes de Programa de todas las Jurisdicciones del País, a fin de implementar políticas locales.

IV) COMENTARIOS

La Red se ha convocado con una frecuencia de 9 reuniones anuales en el año 2006, como surge de la lectura y análisis de las Actas de las reuniones, participando de las mismas los Jefes de los Servicios de Pediatría de 17 hospitales del Gobierno de la Ciudad.

De los objetivos específicos que se propone la red, se confeccionó un manual de prevención de accidentes en la infancia, y se encuentra en elaboración y confección la folletería correspondiente, a efectos de desarrollar acciones comunitarias que permitan una propuesta de trabajo integradora. En cuanto al segundo objetivo, el tema que aborda la red es la implementación del PIA. Dentro del mismo se incluyen la capacitación del personal designado, la vinculación de los diferentes niveles de atención, la provisión en tiempo y forma de los insumos necesarios y la confección de gráficos (trípticos, folletos) para la prevención de las infecciones respiratorias agudas.

No se pudo observar otro tipo de ingerencia por parte de la coordinación para la resolución de aquellos casos que podrían resolverse a través de la red, como así tampoco un registro que permita cuantificar los recursos totales del sistema y su uso racional.

Con respecto a la optimización de recursos solamente se limita a la distribución de medicamentos e insumos.

Con relación al relevamiento de estudios epidemiológicos significativos para la obtención de indicadores, al momento de efectuarse esta auditoría se estaba

implementando la encuesta antropométrica de niños menores de 6 años: la misma es un corte que se efectúa durante una semana de evaluación.

De acuerdo a la cantidad de pacientes pediátricos atendidos en el Sistema de Salud según muestran los siguientes cuadros la incidencia de esta patología es baja en comparación a la atención total, pero contrariamente la morbilidad es elevada y la acción sanitaria aquí permitiría a través de su prevención y tratamiento la reducción de la misma.

Ante una emergencia no existen elementos que determinen como es el funcionamiento de la red, la resolución es derivada al SAME, que centra la información sobre la disponibilidad de camas y traslados.

Información Estadística sobre la producción de Servicios de Pediatría Año 2005

Cuadro 1 Consultorios Externos. Año 2005

HOSPITAL	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	TOTAL	PLAN M. CABECERA	GUARDIA
ALVAREZ	33.012	20.463	53.475	9.032	
ARGERICH	10.678	5.170	15.848	4.261	
DURAND	24.114	4.481	28.595	6.154	30.096
FERNANDEZ	15.712	12.201	27.913	4.224	
PENNA	24.951	21.868	46.819	9.296	
PIÑERO	28.710	18.063	46.773	7.313	
PIROVANO	13.138	14.288	27.426	4.010	
RAMOS MEJÍA	20.837	7.568	28.405	9.530	
RIVADAVIA	19.827		19.827		
SANTOJANNI	13.938	3.983	17.921	10.179	
TORNÚ	21.355	3.151	24.506	3.041	
VELEZ SANSFIELD	8.278	4.997	13.275	7.593	
ZUBIZARRETA	14.421	14.302	28.723	3.262	
ELIZALDE	52.199	35.270	87.469		123.915
GUTIERREZ	62.382	21.493	83.875		81.641
INST.QUEMADO	61		61		
MUÑIZ	7.466		7.466		
ROCCA	4.484	427	4.911		4.474
SARDÁ	32.112		32.112		7.069
TOBAR GARCÍA	2.541		2.541		
TOTALES	410.216	187.725	597.941	77.895	247.195

Fuente: Movimiento Hospitalario 2005. Ministerio de Salud. CABA

Cuadro 2

INTERNACIÓN. Año 2005

HOSPITAL	EGRESOS + PASES	DÍAS CAMA DISPONIBLES	PACIENTES DÍA
ALVAREZ	1.214	8.586	3.986
ARGERICH	867	6.574	4.469
DURAND	1.085	8.746	5.503
FERNANDEZ	788	5.953	3.347
PENNA	5.229	34.316	20.910
PIÑERO	3.742	24.597	16.772
PIROVANO	2.748	26.349	10.909
RAMOS MEJÍA	2.214	18.025	10.023
RIVADAVIA	2.777	18.371	14.266
SANTOJANNI	6.197	33.533	26.347
TORNÚ	9.644	14.862	24.506
VELEZ SARSFIELD	722	4.975	1.962
ZUBIZARRETA	513	4.734	3.352
ELIZALDE	12.624	102.246	67.785
GUTIERREZ	13.059	123.100	90.468
INST.QUEMADO	434	8.164	7.068
MUÑIZ	677	12.607	7.197
ROCCA	252	27.877	23.923
SARDÁ	9.272	50.896	39.693
TOBAR GARCÍA	396	23.687	20.064
TOTALES	74.454	558.198	402.550

Fuente: Movimiento Hospitalario 2005. Ministerio de Salud. CABA.

En los cuadros precedentes figuran hospitales que no son parte de la red.

PROGRAMA DE INTERNACIÓN ABREVIADA (PIA)

Antecedentes

Siguiendo un modelo chileno se inicia en la Provincia de Tucumán., en la década del ochenta.

En la Ciudad de Buenos Aires, en el Hospital de Pediatría “Dr. Ricardo Gutiérrez en el Departamento de Urgencias. se implementa a partir del año 1996 hasta la fecha.

Dentro de este programa de internación abreviada, en el 2005 fue tomada una muestra sobre 1638 pacientes entre 1 y 60 meses de vida, mediante planillas especialmente diseñadas para tal objeto por el Departamento Materno-Infantil de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad. Estuvo a cargo de Médicos, Asistentes, Residentes y refuerzo de Guardia de Clínica Médica Pediátrica del Hospital, “Dr. Ricardo Gutiérrez”.

Dichas planillas incluían, diagnóstico, características sociográficas, factores de riesgo, estado nutricional, lactancia materna entre otros.

Se inicia también un proyecto semejante en el área de emergencias del Hospital Elizalde que continúa hasta la fecha. En los Centros de Salud, el primer proyecto piloto se implementó en el Centro de Salud N° 30 en el Área Programática del Hospital Penna en el año 2003 y cuya capacitación se realizó en el año 2002.

En el mundo, en el período invernal las infecciones respiratorias agudas son la primera causa de consulta en niños (hasta 5 años).

Estas se agrupan según la sintomatología que manifiestan: dificultad respiratoria, sibilación, y expiración prolongada con fiebre o sin ella que provocan cuadros difíciles de diferenciar debido a la superposición clínica de síntomas.

Entre las de mayor incidencia de morbimortalidad están los cuadros de bronquiolitis y neumonía.

El Programa de Internación Abreviada (PIA) presta la atención rápida e integral, disponiendo de una sala equipada adecuadamente para Internación temporaria. Brinda mayor tratamiento ambulatorio con la medicación incluida, que disminuye la hospitalización, sumando los beneficios que esto implica tanto para el niño como para la familia.

Con este tipo de acciones disminuye el impacto que estas patologías originan en la dinámica y economía de las familias, además de representar un alto costo para los Sistemas de Salud.

El Programa de Internación Abreviada funciona en:

- Centros de Salud.
- Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales de Agudos.
- Consultorios Externos y/o Áreas de Emergencia de los Hospitales Generales de Niños (Elizalde, Gutiérrez, y Garrahan)
- Hospitales especializados, Sardá y Muñiz.

Objetivos del Programa:

- Orientar la demanda
- Mejorar la calidad de atención
- Aumentar la capacidad resolutive del primer nivel
- Consensuar criterios de tratamiento.

En los Centros de Salud y Hospitales de la Ciudad, la infección respiratoria aguda (IRA) es la primer causa de consulta pediátrica y una importante proporción de la misma es por Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) que representa la tercera causa de muerte en menores de 1 año (9%) en la Ciudad de Buenos Aires.

Cuadro 3. Tasas de Mortalidad Infantil Neonatal y postneonatal (x mil) en la CABA

Año	Tasa Mort. Inf.	Neonatal	Postneonatal
2000	9.0	5.9	3.1
2001	9.1	6.2	2.9
2002	9.9	6.3	3.6
2003	10.1	6.4	3.7
2004	8.5	5.7	2.8
2005	7.8	5.2	2.6
2006	7.9	4.9	3.0

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). Estadísticas vitales.

Cuadro 4. Principales causas de muertes en la CABA

CAUSAS DE MUERTE	%
Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	30.9
Otras malformaciones congénitas del corazón	9.3
S.B.O (Síndrome Bronquial Obstructivo)	9.0
Otras malformaciones congénitas no clasificadas en otra parte	4.1
Malformaciones congénitas del pulmón	3.2
Resto de las causas	43.5
Total	100

Fuente: Dirección de Estadísticas y Censos GCBA. Estadísticas vitales. Año 2006

Al analizar el cuadro precedente sobre las principales causas de muerte se observa que más de la cuarta parte de las mismas se debieron a gestaciones de muy corta duración (prematurez) y de recién nacidos de muy bajo peso, siendo estos niños de una especial labilidad a infecciones respiratorias agudas con un elevado costo social y económico con fuerte incidencia en la internación abreviada. **(Observación N° 3)**

Causas reducibles por prevención o tratamiento oportuno en el embarazo.

Así mismo se destaca que las primeras cinco causas de muerte concentran más de la mitad de las muertes infantiles.

A- CENTROS DE SALUD BAJO PROGRAMA DE INTERNACIÓN ABREVIADA (PIA)

Número de Centros de Salud por Hospital, cantidad: 28

Álvarez (N° 34)

Argerich (N° 9 y N° 15)

Durand (N° 22)

Fernández (N° 21)

Penna (Nros: 1, 8, 10, 16, 30, 32, 35)

Piñero (Nros: 6, 13, 14, 18, 19, 20, 24, 31)

Pirovano (N° 12)

Ramos Mejía (N° 11);

Santojanni (Nros: 3, 4, 5, 7)

Tornú (N° 33)

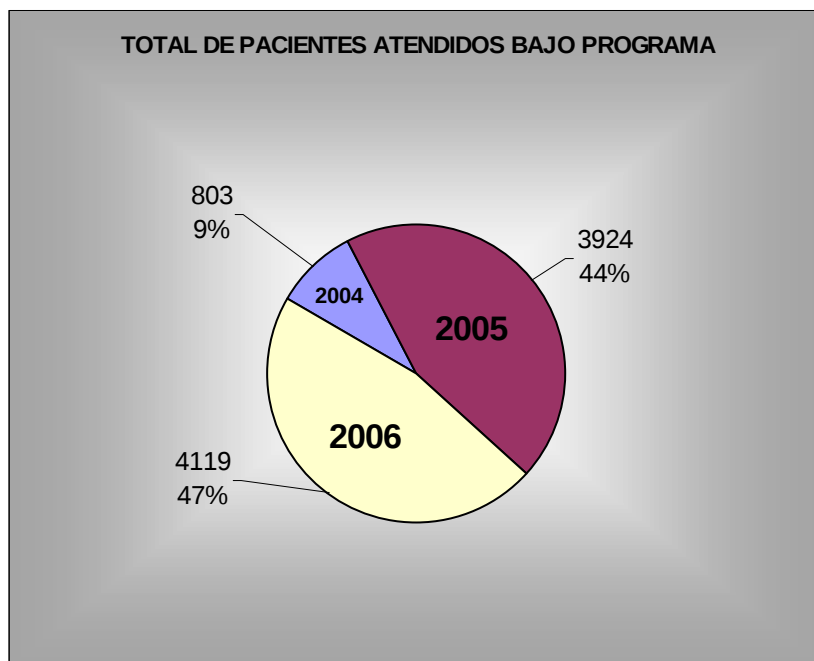
Velez Sarsfield (N° 36)

De los 28 Centros de Salud, 17 corresponden a la zona sur.

Los hospitales Rivadavia y Zubizarreta no tienen centros de atención médico primaria.

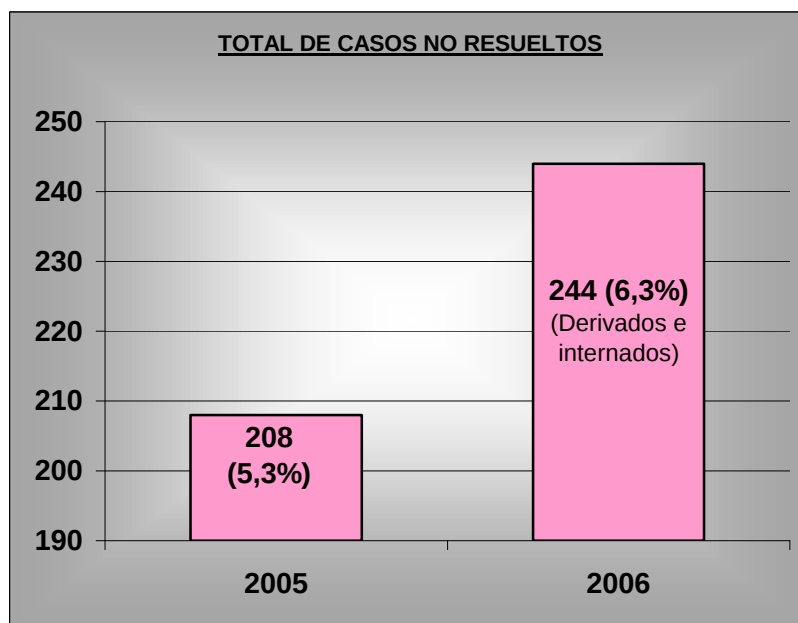
GRÁFICOS DE LA ATENCIÓN DEL PIA EN CENTROS DE SALUD

Gráfico N° 1:



La cantidad de pacientes atendidos entre 2004 y 2006 fue de 8846, que demuestra un aumento en la patología, y además un incremento en el registro de los casos.

Gráfico N° 2:



Los casos que no pudieron resolverse en consultorios y fueron derivados o internados en el año 2005 208 casos y en el año 2006 244 casos.

Gráfico N° 3:

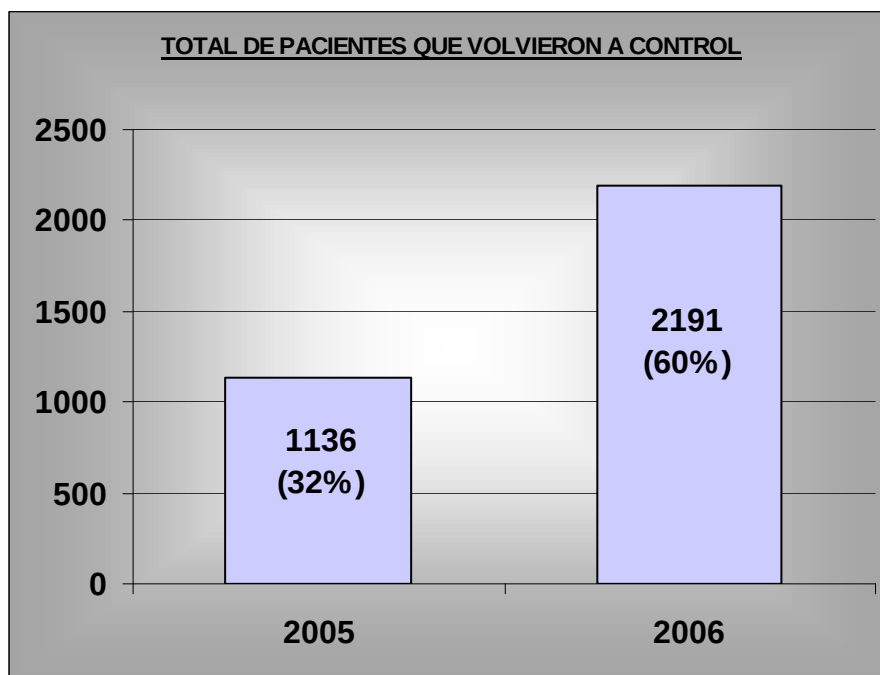
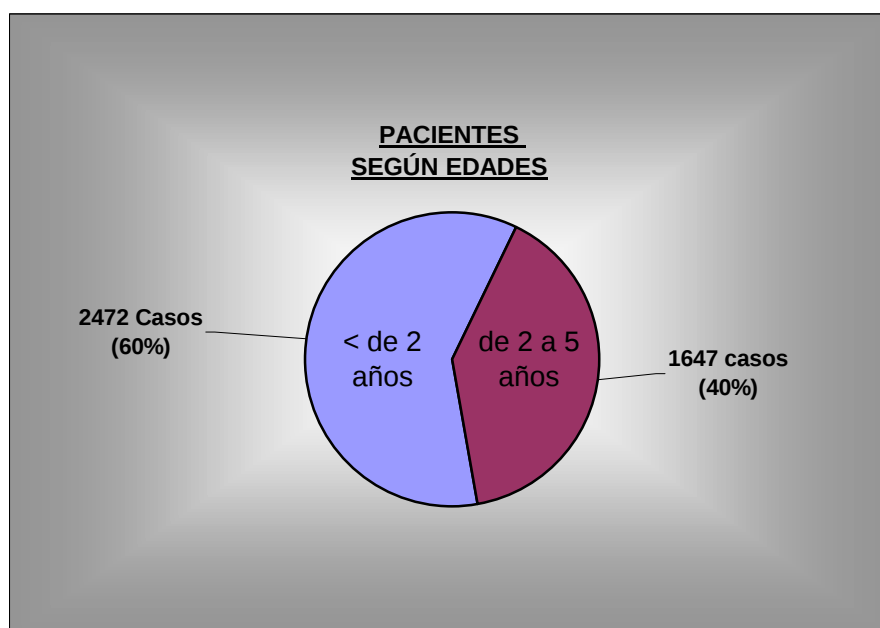


Gráfico N° 4:



Fuente: Consolidado: Departamento Materno Infantil, en base a datos aportados por 28 Centros de Salud bajo Programa. Período mayo-septiembre. Año 2006.

Los pacientes atendidos según sus edades, correspondientes al año 2006 resultaron 60% menores de 2 años y el 40% entre más de 2 a 5 años.

B - HOSPITALES BAJO PROGRAMA PIA

Cuadro 5 Total de pacientes atendidos en Hospitales (PIA) año 2005

HOSPITAL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
Álvarez	20	15	28	17	6	86
Argerich	65	92	77	33	5	272
Durand	312	473	429	318	237	1769
Fernández	16	373	369	306	75	1139
Penna	245	264	154	160	91	914
Piñero	128	159	65	99	64	515
Pirovano	52	50	125	183	147	557
Rivadavia	31	41	81	47	30	230
Ramos Mejía	101	115	101	65	43	425
Sardá	11	25	27	8	11	82
Tornú	110	209	193	96	87	695
Santojanni	138	129	69	21	-	357
Velez Sarsfield	33	32	36	38	27	166
Zubizarreta	6	27	25	13	6	77
R.Gutiérrez	413	800	632	249	109	2203
Elizalde	12	587	258	330	95	1282
Muñiz	31	21	49	24	2	127
TOTALES	1724	3412	2718	2007	1035	10896

Cuadro 6. Total de pacientes atendidos en Hospitales (PIA) año 2006

HOSPITAL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
Alvarez	25	44	36	31	18	154
Argerich	S/I	S/I	71	S/I	S/I	71
Durand	239	220	371	208	157	1195
Fernández	35	85	57	19	11	207
Penna	187	134	130	130	164	745
Piñero	126	163	147	115	39	590
Pirovano	53	80	57	20	35	245
Rivadavia	50	58	56	26	16	206
Ramos Mejía	62	50	155	99	22	388
Sarda	12	21	28	21	15	97
Tornú	53	65	53	50	34	255
Santojanni	217	271	151	97	34	770
Velez Sarsfield	56	89	76	57	38	316
Zubizarreta	151	211	113	33	17	525

HOSPITAL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
R.Gutierrez	424	537	569	379	188	2097
Elizalde	210	488	1150	735	583	3166
Muñiz	30	29	31	16	28	134
TOTALES	1930	2545	3251	2036	1399	11161

Fuente: Departamento Materno Infante Juvenil. Ministerio de Salud GCBA. Consolidado de datos en base a la información aportada por los Servicios de Pediatría de los Hospitales Generales de Agudos, Maternidad Sardá y Hospital Muñiz, así como las áreas de Emergencias y Consultorios Externos de los Hospitales de Niños. Comparativos años 2005/2006.

**Cuadro 7. Total de pacientes atendidos bajo Programa
(Hospitales y Centros de Salud bajo Programa)
Período Mayo-Septiembre Año 2006**

MES	Edad: Hasta 2 años	Edad: 2 a 5 años	TOTAL
Mayo	1.893	895	2.788
Junio	2.652	914	3.566
Julio	3.369	869	4.238
Agosto	2.094	732	2.826
Septiembre	1.385	477	1.862
TOTAL %	11.393 (74,6%)	3.887 (25,4%)	15.280 100%

Fuente: Consolidado por el Departamento Materno Infantil en base a datos aportados por 17 Servicios de Pediatría y 28 Centros de Salud bajo Programa. Período mayo- septiembre. Año 2006

**Cuadro 8. Programa de Internación Abreviada. Año 2006
Servicios/Pediatría -17 Hospitales del GCBA bajo Programa
Porcentaje/casos internados Período Mayo-Septiembre.**

MES	Edad: Hasta 2 años	Edad: 2 a 5 años	Total de pacientes vistos bajo Programa	Nº de casos internados	% de internados
Mayo	1.386	544	1.930	272	N=1.930 14%
Junio	2.012	533	2.545	430	N=2.507 17%
Julio	2.781	470	3.251	569	N=3.251 17.5%
Agosto	1.644	392	2.036	292	N=2.015 14.4%
Septiembre	1.098	301	1.399	191	N=1.367 14%
TOTAL	8.921	2.240	11.161	1.754	N=11.070 15.8%

Fuente: Consolidado: Departamento Materno Infantil en base a datos aportados por 17 Servicios de Pediatría bajo Programa. Período mayo-septiembre. Año 2006.
Corrientes 640, piso 5º, C1043AAT, Ciudad de Buenos Aires Tel. y Fax 4321-3700 / 4325-6688

Cuadro 9. Programa de Internación Abreviada
Servicios de Pediatría -17 Hospitales del GCBA bajo Programa
Porcentaje de casos que volvieron a control
Período Mayo-Septiembre -Año 2006

MES	Total de Pacientes bajo Programa	Nº de casos que volvieron a control	Porcentaje de casos que volvieron a control
Mayo	1.930	292	N= 716 41%
Junio	2.545	422	N=1.527 28.4%
Julio	3.251	313	N=645 48.5%
Agosto	2.036	253	N=1.647 15.3%
Septiembre	1.399	189	N=973 19.4%
TOTAL	11.161	1.469	N=5.507 26.7%

Fuente: Condolidado por: Departamento Materno Infantil. Datos aportados por 17 Servicios de Pediatría bajo Programa. Período mayo-septiembre. Año 2006

N: historias clínicas que poseen los datos que se están analizando (Ejemplo si no tiene el sexo no se registra)

Cuadro 10. PROGRAMA DE INTERNACION ABREVIADA
17 HOSPITALES GCBA SERVICIOS DE PEDIATRIA .CASOS SEGÚN GRAVEDAD
CLINICA.PERIODO MAYO/SEPTIEMBRE. AÑO 2006

MESES	TOTAL DE PACIENTES VISTOS BAJO PROGRAMA	N	CASOS SEGÚN GRAVEDAD CLÍNICA		
			LEVES	MODERADOS	GRAVES
MAYO	1.930	1912	382	1381	149
JUNIO	2.545	2514	481	1792	241
JULIO	3.251	3251	813	2151	287
AGOSTO	2.036	2036	788	1076	172
SEPTIEMBRE	1.399	1398	677	678	43
TOTAL	11.161	11.111	3.141	7.078	892
Porcentaje		100%	28%	64%	8%

FUENTE: Departamento Materno Infanto Juvenil. Ministerio de Salud GCBA. Consolidado de datos en base a la información aportada por los Servicios de Pediatría de los hospitales Generales de Agudos, Maternidad Sardá y Hospital Muñiz, así como las Áreas de Emergencias y Consultorios Externos de los hospitales de Niños. Año 2006

C- PACIENTES BAJO PROGRAMA

17 SERVICIOS DE PEDIATRIA. PERIODO MAYO / SEPTIEMBRE -AÑO 2006

Total de pacientes bajo programa:

Año 2004: 5.422.

Año 2005: 10.897

Año 2006: 11.161

Se vieron 264 pacientes más bajo Programa respecto al año 2005.

Total de internados:

1.754 (15.8%) Rango: 14% (mayo y septiembre) y 17,5% (Julio)

Año 2004: 772 (15%);

Año 2005: 1.018: (9.9%)

El porcentaje de internados se incrementó en un 59.6 % respecto al año 2005.

El bimestre JUNIO/JULIO concentró el 52% del total de pacientes (n= 5.796), lo mismo que el año 2005.

Nº de casos que volvieron a control:

1.469 (26.7%) (Año 2005: 2.877 casos (44,4%))

Rango: 15.3 % (agosto) y 48.5% (julio)

Según edades:

Menores de 2 años: 8.921 (80 %)

De 2 a 5 años: 2.240 (20 %)

FUENTE: Consolidado: Departamento materno infantil, en base a datos aportados por el servicio de pediatría de 14 Hospitales Generales. de Agudos, 1 hospital de infecciosas y Consultorio Externo pediátrico de la Maternidad Sardá. Consultorios Externos y Área de Emergencias de 2 Hospitales Generales de Niños . GCBA. Año 2006.

CUADRO 11. INTERNACION ABREVIADA
PORCENTAJE DE CASOS SEGUN RESIDENCIA
17 HOSPITALES GCBA SERVICIOS DE PEDIATRIA
PERIODO MAYO/SEPTIEMBRE. AÑO 2006

MESES	TOTAL DE CASOS VISTOS BAJO PROGRAMA	N	CASOS SEGÚN RESIDENCIA	
			RESIDENTES	NO RESIDENTES
MAYO	1930	1064	553	511
JUNIO	2545	2124	1089	1035
JULIO	3251	3036	1165	1871
AGOSTO	2036	2014	871	1143
SEPTIEMBRE	1399	1336	547	789
TOTAL	11.161	9.574	4.225	5.349
Porcentaje (%)		100 %	44 %	56 %

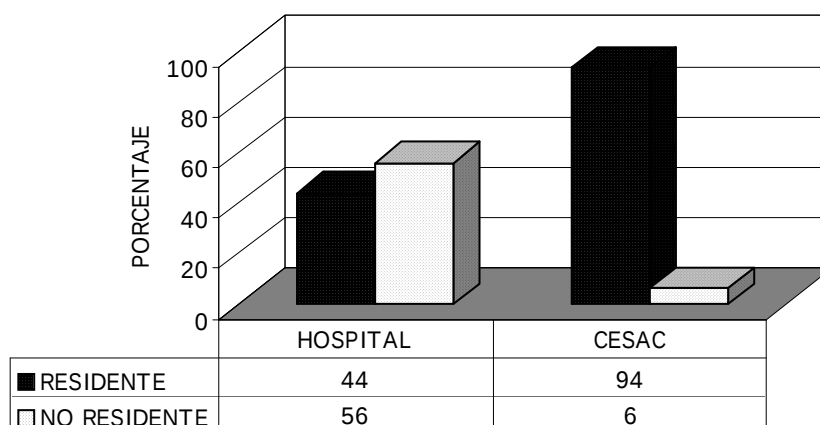
FUENTE: Departamento Materno Infanto Juvenil. Ministerio de Salud GCBA. Consolidado de datos en base a la información aportada por los Servicios de Pediatría de los hospitales Generales de Agudos, Maternidad Sardá y Hospital Muñiz, así como las Áreas de Emergencias y Consultorios Externos de los hospitales de Niños. Año 2006

**CUADRO 12. INTERNACION ABREVIADA
PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN RESIDENCIA
28 CENTROS DE SALUD BAJO PROGRAMA
PERIODO MAYO/SEPTIEMBRE. AÑO 2006**

MESES	TOTAL DE CASOS VISTOS BAJO PROGRAMA	N	CASOS SEGÚN RESIDENCIA	
			RESIDENTES	NO RESIDENTES
MAYO	858	726	699	27
JUNIO	1021	863	785	78
JULIO	987	860	817	43
AGOSTO	790	666	637	29
SEPTIEMBRE	463	463	436	27
TOTAL	4119	3578	3374	204
Porcentaje (%)		100 %	94 %	6 %

FUENTE: Departamento Materno Infantil. Ministerio de Salud GCBA. Consolidado de datos.

**Grafico N° 5. PROGRAMA DE INTERNACION ABREVIADA
HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD BAJO PROGRAMA
PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN RESIDENCIA
PERIODO MAYO/SEPTIEMBRE. AÑO 2006**



Fuente: Departamento Materno-Infantil

CAPACITACION DE PERSONAL BAJO PROGRAMA PIA

Actividad conjunta entre Hospitales y Centros de Salud
 TOTAL DE PERSONAL CAPACITADO 2004/2005/2006: 224
 (Año 2005: 62 Año 2006: 76)
 Médico/as 121
 Enfermero/as 69
 Kinesiólogo/as 25

Farmacéutica: 1
 Estudiantes de enfermería: 8
 Provenientes de CESAC 67 (30 %)
 Provenientes de Hospitales 149 (66.5%)
 Estudiantes de enfermería 8 (3.5%)
 ABRIL 2004/2005/2006 Jornadas de Capacitación CONTENIDOS
 Programa de Internación Abreviada. Objetivos
 Flujograma de decisión. Puntaje de Tal
 Tratamiento. Medicación
 Derivación. Referencia y Contrarreferencia
 Factores de Riesgo
 Experiencias Hospitales Elizalde y R. Gutiérrez
 Neumonía. Actualización
 Aerocámaras: Uso y Desinfección Resolución de Casos Clínicos
 Salud Ambiental

D - EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE GRILLAS CONFECCIONADAS A TAL EFECTO IMPLEMENTADAS EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DESTINADOS AL PIA.

Se implementó una grilla para evaluación de la Red Pediátrica en función a la Internación Abreviada para Hospitales Generales de Agudos y Servicios Pediátricos en Hospitales Monovalentes (Sardá y Muñiz), y Hospitales Generales de Niños (Gutiérrez y Elizalde)

La misma hace referencia a la organización de los servicios, su normativa y registración, derivación de pacientes, recursos humanos y planta física.

Cuadro 13.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROG. DE INT. ABREVIADA (PIA)	NO	SI	
Poseen guías diagnosticas de orientación		16	
Existe referencia y contra-referencia institucional		13	
Se implementa historia clínica pediátrica entre CAPS y HOSP	5	10	
Se registra la procedencia de los pacientes		15	
Se registran datos personales (nombre y apellido edad,sexo)		16	
Se registran las internaciones		15	
Se registran las derivaciones		16	
Realizan planillas de resumen mensual		16	
Llevan un análisis de la información anual		16	
Existe sub-registro	2	12	
Se cumple el flujograma de decisión terapéutica según gravedad		4	
Es aceptable en tiempo y forma la entrega de insumos y medic.	2	13	
Reciben suficiente cantidad de insumos y medicamentos	3	12	
Se nombra un pediatra auxiliar de guardia temporario de 24 hs.	3	14	
Se nombra kinesiólogo auxiliar de guardia temporario de 12 hs.	7	10	
Existe N° suficiente de camas disponibles en época invernal	3	9	
Existe N° suficiente de camas disponibles en época no invernal		12	
Se lleva registro de las muertes ocurridas		13	
Cantidad de consultorios destinados al programa	1	14	(1)
Los consultorios tienen lavabos		16	
Cuántas camas destinadas al programa	2	12	(2)
Las camas tienen poliductos	2	13	

IMPLEMENTACIÓN DEL PROG. DE INT. ABREVIADA (PIA)	NO	SI	
Cuántas camas de aislamiento	3	10	(3)
Encuesta antropométrica en niños < de 6 años		12	
Programa sobre prevención de accidentes	2	9	

Fuente: propia brindada por los Jefes de Servicios de Pediatría.

(1) 18 + 1 salón / (2) : 59 / (3): 10

Se verifica que existe:

1-Escaso seguimiento de los pacientes: Si bien el programa año a año evidencia mejoras en su implementación es importante observar que no se efectúa un seguimiento de los pacientes atendidos. Esto genera que niños con patologías prevalentes puedan agravar sus cuadros en futuras infecciones, con riesgo de aumento de la mortalidad. (Observación N° 4)

2- Ausencia de coordinación en los niveles de atención (Observación N° 5)

3- El Programa adolece de falta de Recursos Humanos para llevar a cabo las tareas que se requiere:

Completar la nómina de nombramientos de Pediatras Auxiliares de Guardia (17,65%) (Observación N° 6)

Kinesiólogos Pediátricos Auxiliares de Guardia (41,18%) (Observación N° 7)
Contemplar los nombramientos de personal de Enfermería y Administrativos en el PIA (Observación N° 8)

No existe un alineamiento entre los Centros de Atención Primaria de la Salud, el Hospital y su Área Programática. (Observación N° 9).

Existe sub-registración tanto de casos ambulatorios, internados y derivados. El 70,59% de los entrevistados en los diferentes efectores reconoció que existe sub-registro en relación a los pacientes del Programa de Internación Abreviada (PIA). (Observación N° 10)

En el 76,47% los Servicios reciben en tiempo y forma medicamentos e insumos. Un 11,76% no contesta y 11,77% no llega en tiempo y forma. El 70,59% recibe suficiente cantidad de insumos. El 17,65% dice que la cantidad no es suficiente (Observación N° 15).

Los datos de filiación se registran en un 94,12%. Porcentajes semejantes se dan en procedencia, derivaciones e Internaciones, resúmenes mensuales la información anual.

De acuerdo a la estructura física solo 5,88% considera que no son suficientes los consultorios destinados al Programa y un 11,76% no contesta. Un 94,12% de los consultorios cuentan con lavabos. (Observación N°13)

En el relevamiento de las plantas físicas de los Servicios de Pediatría se verificó la falta de camas con aislamiento. Las actuales salas en funcionamiento, son de tipo abiertas, no contemplan las internaciones de niños

infectados. Estas salas requieren para la atención del SBO a parte del aislamiento de los correspondientes poliductos. (Observación N° 12)

En los Hospitales modernizados se organizan los Servicios con salas pequeñas de 2 camas con baño compartido y con sus respectivos poliductos.

El 70,59% considera suficientes las camas destinadas al Programa. Un 11,76% considera que son insuficientes. Y 17,65% no contesta. (Observación N° 11)

No está en funcionamiento la terapia intensiva pediátrica del Hospital Durand. (Observación N° 14)

Según una Planificación de remodelación de Hospitales realizada por el PRESSAL que, en la Ciudad de Buenos Aires alcanzó a los Hospitales Generales de Agudos, Durand, Santojanni, Argerich y Fernández, uno de los objetivos fue la creación de una Terapia Intensiva Pediátrica ubicada en el Centro Geográfico de la Ciudad, en el Hospital Durand.

Por expediente 47.253/2001 S/INCUMPLIMIENTOS INCURRIDOS P/FIRMA PLANOBRA S.A., EN RELAC. A LA OBRA DE RECUPERAC. Y REFUNCIONALIZAC. EDILICIA DEL HOSP. GRAL. DE AG. DR. CARLOS G. DURAND.- R/S.-

En febrero de 2001 la Contratista se vio en la necesidad de suspender los trabajos correspondientes a la obra mencionada en el encabezamiento del presente instrumento, con motivo de las dificultades económicas – financieras que tuvo que afrontar

La contratista o sea Planobra S.A. reconoce esas dificultades y manifiesta que serán superadas y que estará en condiciones de reiniciar los trabajos el 15 de marzo de 2001. Esto se vuelca en un Acta Acuerdo.

La Contratista no solo no supera las dificultades mencionadas, si no que por el contrario entra en concurso preventivo.

El 12 de diciembre de 2001 por Resolución 2926 se confirma la rescisión del contrato LPN-04-OB-CBA suscripto con PLANOBRA S.A. para la realización de obras de infraestructura en el Hospital General de Agudos Dr. Carlos G. Durand por la exclusiva culpa de la contratista.

En definitiva la Obra quedó inconclusa

A la fecha no se halla en funcionamiento el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica a pesar de que la Planta Física se encuentra terminada en un 80% y disponiendo del equipamiento, según informe emitido por la Dirección de Mantenimiento y Equipamiento del Ministerio de Salud, que se menciona en el cuadro siguiente:

TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DURAND

Se trata de equipamiento médico, adquirido con fondos provenientes del PRESSAL

Cuadro 14

Equipamiento médico descripción	CANTIDAD
Centro de paro cardíaco completo con accesorios	8
Sillones para extracción de sangre	8
Respirador volumétrico y de presión de alta complejidad con monitor de curvas y mecánica ventilatoria Leonardo S con todos los accesorios.	16
Oxímetro de pulso Neonatal	14
Respirador neonatal de alta frecuencia	1
Calentador humidificador	6
Servocuna con colchón calefaccionado	1
Monitor de parámetros pulmonares c/censor de flujo pediátrico/adulto para monitor beacon	2
Generador de marcapasos externo	2
Espirómetro con pletismografía	1
Separador celular recuperador de sangre con campo quirúrgico	1
Campana de flujo laminar vertical	1
Fibrobroncoscopio pediátrico	1
Fibrobroncoscopio	1
Fibrolaringoscopio	1
Lámpara scialítica para shock room	2
Procesador automático de placas de Rx	1
Equipo de Rx 1000 mA	1
Seriógrafo de 500 mA	1
Equipo Rx portátil	3
Equipo desionizador de agua	1
Heladera comercial de 4 puertas	1
Microscopio para inmunofl y contraste de fase	2
Microscopio binocular	6
Microscopio trinocular	1
Freser	3
Heladera de banco de sangre	3
Freezer de menos 85°C	1
Cent. Mesa LC 25 D rotor Osc. LC menos 0650	2
Microcent. LC-8DH	3
CL 4250 y adaptador	4
CL 0650	2
Cent. Mesa con cabezal para tubos cónicos y finos LC-25D rotor CL4250	4
Centrif. mesa Refrig. C/cabezal p/tubo conic.y finos LC-25DR rotor CL4250	1
Centrif. Refrig.. P/6 bolsas LC75 REV	1
Centrif. Prot de mesa LC-25DR rotor	1
Hemoglobinómetro	1
Agitador colector de bolsas	1
Agitador de plaquetas termosta	1
Systems 2400	1
Baños termostaizados RS	5
Coagulómetro	1
Contador hematológico de plaquetas	1
Electroencefalógrafo digital	1
Fraccionador autom. Componentes plasmáticos marca Grifols con selladora de tubuladura	1

Equipamiento médico descripción	CANTIDAD
Prensa fraccionador de plasma JOUAN	6
Balanza electrónica	1
Central de monitoreo para 12 camas, color con sistema impreso	1
Monitores de cabecera modulares	6
Monitores de cabecera modulares	6
Central de monitoreo para 12 camas, color con sistema impreso	1
Monitoreos de cabecera modulares ECG y respirad. 2	10
Monitores de cabecera modulares Resp. 2 y capnografía	2
Central de monitoreo para 2 camas con sistema impreso	1
Monitores de cabecera modulares, 3 trazos, etc.	8
Monitores de cabecera modulares, 3 trazos, etc.	2
Monitores de cabecera modulares, 3 trazos, etc.	2
Módulos de presión intracraneana	2
Electrocar. 1 Canal Cardisuny Fucuda	2
Electrocar. 3 Camales Cardisuny	8
Sistema de video endoscopía	1
Ecógrafo portátil	1

Fuente: Unidad de Proyectos Especiales. Hospital "Dr. Pedro de Elizalde", dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos de Salud.

V) OBSERVACIONES

1. Dada la multiplicidad de factores que confluyen en la atención pediátrica del sistema, y ante la necesidad de resolución urgente, la Red de Pediatría además de ocuparse del Programa de Internación Abreviada, medición antropométrica de los niños hasta 6 años y accidentología, debería ampliar sus acciones, entre otras a la coordinación y derivación de aquellas demandas que no puedan ser satisfechas en el efector de origen. Para ello se deberá dotar a la estructura existente de los elementos y recursos humanos necesarios.
2. No existe una única dependencia en relación a la atención integral del recién nacido, el niño y el adolescente. La Red de Pediatría depende del Dpto. Materno-infantil no teniendo vinculación con las Redes de Neonatología y Adolescencia que dependen de la Coordinación de Redes.
3. La falta de prevención o tratamiento oportuno en el embarazo (primer trimestre) genera gestaciones de muy corta duración con recién nacidos de muy bajo peso y de mayor labilidad para contraer enfermedades respiratorias agudas. con altos costos sociales económicos y mayor mortalidad.
4. No se efectúa un seguimiento de los pacientes atendidos bajo el Programa de Internación Abreviada (PIA), lo que genera riesgos de re-infecciones de mayor gravedad.
5. No existe coordinación del Programa de Internación Abreviada en los distintos niveles de atención (centros de salud, hospitales generales de agudos y hospitales pediátricos).

6. No se nombra un pediatra auxiliar de guardia en el 17,65% de los efectores relevados.
7. No se nombra kinesiólogo pediátrico auxiliar de guardia en el 41,18% de los efectores relevados.
8. No se contempla el nombramiento de personal de enfermería y administrativos en el Programa de Internación Abreviada.
9. No existe coordinación entre el área programática de los hospitales de agudos y los centros de atención primaria de la salud, para el Programa de Atención Abreviada.
10. Existe sub-registro de pacientes atendidos en internación abreviada en el 70,59% de los efectores relevado, según lo expresado por los responsables de los mismos.
11. Son insuficientes las camas de internación destinadas al programa, según la opinión del 11,76% de los efectores relevados (un 17,65% no respondió ese punto del cuestionario).
12. Son insuficientes las camas de aislamiento, poniendo en riesgo a los pacientes internados.
13. Son insuficientes los consultorios externos destinados al Programa de Internación Abreviada en un 5,88% de los efectores relevado, según la opinión de los responsables del programa.
14. La obra de la Terapia Intensiva Pediátrica, en el Hospital "Dr. Carlos G. Durand" construída con fondos del Pressal se encuentra inconclusa en un 20%, por ello a la fecha no se halla en funcionamiento, a pesar de disponer del equipamiento correspondiente.
15. Son insuficientes las cantidades de medicamentos e insumos que reciben los Servicios para el Programa de Internación Abreviada, en el 17,65%, y un 11,77% considera que los mismos no llegan en tiempo y forma.

VI) RECOMENDACIONES:

1. La Red de Pediatría debe ocuparse de la coordinación y derivación de aquellas demandas que no puedan ser satisfechas en el efector de origen.
2. Relacionar la Red de Pediatría con las Redes de Neonatología y Adolescencia

3. Dar tratamiento oportuno a la mujer embarazada desde el primer trimestre.
4. Realizar seguimiento de los pacientes atendidos bajo el Programa de Internación Abreviada (PIA), para evitar riesgos de re-infecciones.
5. Coordinar el Programa de Internación Abreviada en los distintos niveles de atención.
6. Nombrar pediatras auxiliares de guardia.
7. Nombrar kinesiólogos especializado en pediatría en guardia.
8. Nombrar personal de enfermería y administrativos en el Programa de Internación Abreviada.
9. Coordinar el área programática de los hospitales de agudos y los centros de atención primaria de la salud, con el Programa de Atención Abreviada.
10. Registrar adecuadamente los pacientes atendidos en internación abreviada.
11. Dotar de camas suficientes de internación destinadas al Programa de Internación abreviada.
12. Dotar a los efectores de mayor número de camas de aislamiento.
13. Dotar de mayor cantidad de consultorios externos al Programa de Internación Abreviada.
14. Concluir y habilitar la Terapia Intensiva Pediátrica, en el Hospital "Dr. Carlos G. Durand".
15. Proveer de suficientes medicamentos e insumos al Programa de Internación Abreviada.

VII) CONCLUSIONES:

Está limitado el accionar de la Red de Pediatría, debiendo para funcionar adecuadamente coordinar y derivar las demandas que no puedan ser satisfechas en el efector de origen. Para lograr este objetivo primero la red debe utilizar todo medio de comunicación con que cuentan los hospitales y la coordinación de la red a fin de establecer la disponibilidad de consultorios y camas habilitadas en el sistema y ofertarlos en forma adecuada y oportuna a la población que los requiere.

La aplicación de un nuevo plan piloto de contrarreferencia mejorará la utilización del Programa de Internación Abreviada.

La finalización de las obras de la Terapia Intensiva Pediátrica en el Hospital Carlos G Durand descomprimiría la situación de derivar a los pacientes a los Hospitales especializados de niños.

El Ministerio de Salud debe asegurar la conclusión de las obras iniciadas en los hospitales a efectos de hacer eficiente la utilización de fondos públicos.

.