

AUDITORÍA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
AGCBA



INFORME FINAL DE
AUDITORIA
Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.14.13

CUMPLIMIENTO LEY 3968

Auditoría de Gestión

Período 2013

Buenos Aires, mayo 2017

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

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

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Cdra. Mariela Coletta

Ing. Facundo del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. Raquel Herrero

Cdor. Vicente Rodríguez

Lic. Hugo Vasques

Código de Proyecto: 3.14.13

Nombre del Proyecto: Cumplimiento Ley N° 3968 Mortalidad Infantil – Sistema de Vigilancia y Auditoría

Objeto: Ministerio de Salud

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los objetivos de seguimiento, vigilancia y auditoría de las muertes infantiles en los Efectores de la Ciudad en el cumplimiento de la Ley 3968.

Período bajo examen: Año 2013

Fecha de presentación de informe: 17 de noviembre 2016

Equipo Designado:

Director de Proyecto:

Sr. Lucas Coria

Auditor Supervisor

Lic. Gamez, Mercedes

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 17 DE MAYO DE 2017

APROBADO POR: DISIDENCIA PARCIAL

RESOLUCIÓN N°: 169/17

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Mayo de 2017
Código del Proyecto	3.14.13
Denominación del Proyecto	Cumplimiento Ley N° 3968 Mortalidad Infantil – Sistema de Vigilancia y Auditoria
Período examinado	Año 2013
Programas auditados	Sin reflejo presupuestario
Unidad Ejecutora	Jurisdicción 40 – Ministerio de Salud
Objetivo de la auditoría	Evaluar el cumplimiento de los objetivos de seguimiento, vigilancia y auditoria de las muertes infantiles y en los Efectores de la Ciudad en el cumplimiento de la Ley 3968.
Presupuesto (ejecutado, expresado en pesos)	Efectores CABA
Alcance	El alcance de los procedimientos a aplicar será determinado sobre la base de un relevamiento preliminar
Limitaciones al alcance	1) No se recibió información del Hospital Santojanni solicitada por Nota AGCBA 1530/16 y por Nota reiteración AGCBA N° 1349/16 sobre listado del recurso humano de los Servicios de Neonatología y de Obstetricia. Se recibió información del Servicio de Neonatología solamente sin incorporación del personal de enfermería. Asimismo, se solicitó información sobre la tasa de Mortalidad Infantil año 2013, respondiendo en porcentajes. 2) No se recibió información del Hospital Gutierrez solicitada por Nota AGCBA N° 644/16 sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad infantil 3) Maternidad Ramón Sardá: Al momento del procedimiento de Historias Clínicas no se encontró en el archivo 5 HC del total de 84 defunciones ocurridas en 2013.
Aclaraciones previas	Marco Normativo Ley N° 3968 “Mortalidad Infantil – Sistema de Vigilancia y Auditoria de Muertes Infantiles”. (Anexo I Normativo) La ley N° 3968, que es la concreción de una manda del artículo N° 23 de la Ley N° 114/98 que establece el sistema de vigilancia y auditoría de muertes infantiles en todos los efectores del sistema de salud. Fue Publicada el 12/01/2012 (B.O.C.A.B.A N° 3831), Sancionada el

	3/11/2011 y Promulgada el 01/12/2011. Integra la Ley N° 153. Actualmente, no surge del sistema informático legal de la Ciudad www.buenosaires.gob.ar que la Ley N° 3968/11 se encuentre reglamentada. (Observación N° 2) Ley N° 3968/11 establece un sistema de vigilancia y auditoría de muertes infantiles en todos los subsectores del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto de adoptar medidas con la finalidad de reducir la mortalidad infantil.¹ Como autoridad de aplicación establece al Ministerio de Salud Se encuentra estructurada en cuatro capítulos: <u>Capítulo I. Disposiciones generales.</u> Define a la “Muerte infantil” como a toda defunción de un/a niño/a menor de un año de edad. <u>Capítulo II. Notificación Inmediata de Muertes Infantiles</u> <u>Efector. Informe inmediato y remisión de información:</u> La Ley establece que todo efector del Sistema de Salud de la Ciudad, en cualquiera de sus subsectores en el que se produzca una muerte infantil, debe notificarla a la autoridad de aplicación en el plazo de 48 horas de producida, a través del instrumento de notificación que disponga la reglamentación <u>Capítulo II. Notificación Inmediata de Muertes Infantiles</u> Si la muerte no se produjo en el ámbito de un efector, la Ley establece que debe remitir la información el efector o profesional que haya tomado intervención una vez producido el deceso. Asimismo, la Ley establece que se deberá resguardar los datos personales que contengan las historias clínicas y los datos clínicos remitidos a la autoridad de aplicación mediante un sistema de codificación. <u>Capítulo III. Auditoría de Muertes Infantiles</u> <u>Auditoría de Muertes Infantiles: (Observación N°1)</u> La Ley establece que el Ministerio de Salud, debe recopilar la información proveniente de los efectores de los tres subsectores y adoptar de manera centralizada las siguientes medidas en un plazo no mayor de tres meses de notificada de la muerte infantil. <u>Capítulo IV. Registro e informe de casos (Observación N° 1)</u> En este capítulo establece que la autoridad de aplicación (Ministerio de Salud) debe llevar un registro pormenorizado de los casos notificados y su seguimiento, en el que se consignará las medidas adoptadas en los términos del capítulo III y la información remitida por todos los órganos de gobierno intervinientes. También establece que debe elaborar un informe público trimestral en el que se consignen los eventos notificados y lo actuado en consecuencia de cada uno de acuerdo a lo estipulado en capítulos II y III.
--	---

Estos informes contendrán detalle de lo actuado por cada una de las áreas del gobierno intervinientes en cada caso y deberán ser presentados públicamente por los funcionarios responsables e incluidos en la página web del Gobierno de la Ciudad.

Información Estadística Ciudad de Buenos Aires

Tasas de mortalidad infantil total, neonatal, postneonatal y fetal (por mil nacidos vivos).

Año	Infantil total	Neonatal			Postneonatal
		Total	Precoz	Tardía	
2013	8,9	6,4	4,2	2,2	2,4
2014	7,9	5,6	4,0	1,6	2,3
2015	6,0	4,3	3,2	1,0	1,7

Nota: la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín Informe de Resultados n° 1011 Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

En el 2013 fue el año con mayores tasas de mortalidad infantil total las cuales fueron disminuyendo los años siguientes llegando a casi 3 puntos por debajo.

Relevamiento y procedimientos de auditoria

Análisis del Expediente N° 2057922/2011 mediante el cual se tramitó la reglamentación de la Ley N° 3968 (Observación N° 3)

La copia del Expediente N° 2057922/2011 fue entregada en mano al equipo de auditoria por la D.G. Legal y Técnica del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Bs. As el día: 27/06/2015. (Conjuntamente con su historial de movimientos).

Departamento Materno Infantil

El Departamento depende de la Dirección General de Hospitales y esta de la Subsecretaría de Atención Hospitalaria. No cuenta por debajo con una estructura organizativa sino que esta conformada por un equipo de trabajo

Descripción de acciones

Regionalización perinatal:

La regionalización perinatal apunta a concentrar el riesgo del recién nacido para que sean asistidos en maternidades con mayor poder resolutivo.

La regionalización fue pensada como forma de garantizar una buena

calidad de atención de la madre y del niño. Consiste en derivar a los embarazos de riesgo a dichas maternidades

Los 12 Hospitales públicos de la Ciudad que tienen Maternidad y Servicio de Neonatología son: Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, y 11 Hospitales Generales de Agudos que cuentan con maternidad y servicio de neonatología: Teodoro Álvarez, Dr. Cosme Argerich, Carlos G. Durand, Juan A. Fernández, José A. Penna, Parmenio Piñero, Ignacio Pirovano, José M. Ramos Mejía, Bernardino Rivadavia, Francisco Santojanni, Dalmasio Vélez Sarfield.

Las maternidades que pertenecen a la regionalización son: Sarda, Hospitales: Fernández, Santojanni, Argerich y Durand. Las mencionadas están categorizadas por nivel 3B según criterios de categorización del Ministerio de Salud de la Nación. El Hospital Penna próximamente se incorporara a la regionalización por las obras realizadas.

Respuesta a Nota sobre Mortalidad Infantil.

Por Nota AGCBA 644/2016 se solicitó al Departamento Materno Infantil un primer requerimiento, sobre el periodo 2013 y los puntos sobresalientes son:

- Los servicios de obstetricia- neonatología registran las muertes infantiles, las historias clínicas son revisadas y cerradas con firma profesional, a igual que su epicrisis. Dicha HC queda en resguardo en la sección archivo de cada Hospital pudiendo la misma ser consultada según requerimiento de cada servicio para su análisis y/o investigación. Una vez acontecida una muerte infantil se remite el IED (informe estadístico de defunción) a la División Estadística de cada Hospital
- El área no cuenta con información de lo realizado por el Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil (**Observación N° 4**)

Procedimiento de auditoria

A fin de llevar a cabo un procedimiento de auditoria en hospitales se seleccionará una muestra en base a su significatividad a fin de relevar el circuito de registro estadístico y evaluar las acciones implementadas con respecto a:

- recursos humanos
- equipamiento e infraestructura
- Comité de Mortalidad Infantil

Del total de las 12 Maternidades del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se seleccionaron 6 por su representatividad estadística. Se enviaron notas a los siguientes efectores: Hospitales Argerich, Elizalde, Penna, Santojani, Gutierrez y

Maternidad Sarda. Asimismo, se llevo adelante un relevamiento in situ

	en tres de los seis efectores (Hospitales Penna, Elizalde y Maternidad Sarda).
Observaciones principales	1) Aspecto Normativo, no se cumple con: 1.1. Artículo N° 8: Auditoria de Muertes Infantiles 1.2. Artículo N° 10: Registro e Informes de casos notificados y su seguimiento 1.3. Artículo N°11 y N° 12: Informes Públicos Trimestrales e Informes Semestrales al Jefe de Gobierno y a la Legislatura. 2) Reglamentación: La ley N° 3968 promulgada el 1/12/2011 a la fecha del cierre de las tareas de campo no se encuentra reglamentada 3) Se verificó que el Expediente N° 2057922/2011 mediante el cual se tramitó la reglamentación de la Ley N° 3968 tuvo demoras en la prosecución del trámite de reglamentación en las áreas: Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud (10 meses) y Jefatura de Gabinete de Ministros (8 meses). 4) Información estadística 4.1. Los datos sobre Mortalidad infantil no son homogéneos y varían según la fuente de registro seleccionada. 4.2. El Departamento Materno Infantil no cuenta con información de lo realizado por el Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil 5) Departamento Materno Infantil: Del relevamiento efectuado y de la información recibida no constan: 5.1. Informes de la Comisión Asesora Permanente para el Seguimiento de la Morbimortalidad Materna y Mortalidad infantil en el marco de la Resolución N° 1237/GCABA/04. 5.2..Reglamento de funcionamiento interno de la Comisión Asesora Permanente 5.3. Funcionamiento de Comités de Auditoria Médica, conformación y resultado de las actividades de los mismos. 5.4.Composición del Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil y Pediátrica en Tiempo Real y Informes de acuerdo a Resolución N° 2707/GCABA/07.. 6) Hospital Penna De acuerdo al análisis de las actas se verificó la falta de 6 Historias Clínicas de un total de 33 casos de muerte neonatal.

	En las Actas sólo se registra nombre y apellido de los neonatos. 7) Hospital Elizalde 7.1. El Hospital no cuenta con Comité de Mortalidad infantil ¹ 7.2. Es necesario personal de enfermería en los fines de semana. 7.3. El Hospital cuenta con un solo anestesiólogo para cubrir la guardia, tomógrafo, cirugía general, traumatología, neurocirugía. 7.4. De un total de 12 Unidades de Internación se encuentran habilitadas 9 debido a que 3 monitores multiparamétricos se encuentran fuera de servicio 8) Maternidad Sarda 8.1. La Maternidad no cuenta con Comité de Mortalidad Infantil 8.2. Equipamiento: No cuentan con módulos de ventilación no invasiva. 8.3. Desde hace 1 año y medio se encuentra paralizada la obra del nuevo Centro Obstétrico; para dichas obras fueron inhabilitadas 4 camas de Terapia Intensiva y 3 de Terapia Intermedia. Las salas de TPR (Trabajo de Parto respetado) también están paralizadas 9) Hospital Santojanni 9.1. Durante el 2013 no funcionó el Comité de Mortalidad Infantil. 9.2. No se recibió información estadística completa sobre Datos de Mortalidad Infantil año 2013 10) Hospital Argerich Falta de reformas en el Centro Obstétrico para cumplir con la Ley de Parto Respetado N° 25929 11) Gutiérrez 11.1. No se recibió información sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad infantil
--	--

¹ Actualmente está en formación.

“2017, Año de las Energías Renovables”

	11.2. De acuerdo a respuesta Nota AGCBA N° 644/16 el Hospital no respondió al requerimiento del Departamento Materno Infantil sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad Infantil.
Principales recomendaciones	1) Implementar las medidas necesarias a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 3968 respecto a realización de auditorías de muertes infantiles, registros e informes de casos notificados y su seguimiento e informes destinados al Jefe de Gobierno, a la Legislatura y al público. 2) y 3) Agilizar los tiempos a fin de lograr la Reglamentación de la Ley N° 3968 4) Unificar las modalidades de registro sobre Mortalidad Infantil a fin de lograr que el Departamento cuente con información fidedigna y completa. 5) Implementar las medidas necesarias a fin de generar mecanismos efectivos que den cumplimiento a la normativa vigente. 6) Htal. Penna: Elaborar las actas del Comité de Mortalidad Infantil con información completa e implementar mecanismos de registro que permita acceder a la totalidad de las Historias Clínicas. 7) Htal. Elizalde y Maternidad Sarda: Dar cumplimiento a lo establecido respecto del Comité de Mortalidad Infantil e implementar las medidas requeridas a fin de contar con el recurso profesional y de equipamiento necesario. 9) Hospital Santojanni y Htal. Gutierrez: Dar cumplimiento a lo establecido respecto del Comité de Mortalidad Infantil e implementar las medidas requeridas a fin de contar con información completa sobre Datos de Mortalidad Infantil. 10) Htal. Argerich: Implementar las reformas necesarias a fin de dar cumplimiento a Ley de Parto Respetado N° 25929,
Conclusiones	La ley N° 3968/11, promulgada el 01/12/2011, establece un sistema de vigilancia y auditoría de muertes infantiles en todos los efectores del sistema de salud con el objeto de adoptar medidas con la finalidad de reducir la mortalidad infantil. Como autoridad de aplicación establece al Ministerio de Salud y hasta el momento de cierre de las tareas de campo no se había reglamentado. En su estructura formal establece la notificación inmediata de muertes infantiles, la auditoria, registro e informe de casos. De los procedimientos de auditoria implementados se verificó que no

“2017, Año de las Energías Renovables”

	se dio cumplimiento a lo establecido en la normativa respecto de: Auditoria de Muertes Infantiles, registro e Informes de casos notificados y su seguimiento y elaboración de Informes Públicos Trimestrales e Informes Semestrales al Jefe de Gobierno y a la Legislatura. En cuanto a los Comité de Mortalidad Infantil debemos destacar que, durante el período auditado, se encontraba en funcionamiento solo en dos hospitales de los seis seleccionados en la muestra. Los datos y estadísticas sobre mortalidad infantil se obtienen desde la DGEyC. La misma es analizada y se elaboran informes que se elevan a Ministerio. Sin embargo, no constan registros centralizados de esta problemática en el Departamento Materno Infantil como así tampoco informes de Comisión Asesora Permanente para el Seguimiento de la Morbimortalidad Materna y Mortalidad infantil en el marco de la Resolución N° 1237/GCABA/04. Comités de Auditoria Médica, conformación y resultado de las actividades de los mismos y Composición del Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil y Pediátrica en Tiempo Real e Informes de acuerdo a Resolución N° 2707/GCABA/07. Resulta imprescindible avanzar en la reglamentación de la Ley a fin de afianzar la distribución de responsabilidades y tareas necesarias para su efectivo cumplimiento y jerarquizar las áreas que en forma directa o indirecta están involucradas a la temática.
--	--

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
“CUMPLIMIENTO LEY 3968”
PROYECTO N° 3.14.13**

DESTINATARIO

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

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135° de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de conformidad con las disposiciones de la Ley 70, artículos 131°, 132° y 136°, la AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, procedió a efectuar un examen en el ámbito de la Secretaría de Salud, con el objeto que se detalla a continuación.

I. OBJETO

Jurisdicción 40 – Ministerio de Salud

II. OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de los objetivos de seguimiento, vigilancia y auditoria de las muertes infantiles en los Efectores de la Ciudad en el cumplimiento de la Ley 3968.

III. ALCANCE DEL EXAMEN

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

Se aplicaron los siguientes procedimientos de auditoría:

1. Marco Normativo de referencia, recopilación y análisis de la normativa general y específica aplicable al objeto.
2. Análisis del Expediente N° 2.057.922/MGEYA/11 por el cual se tramita la reglamentación de la Ley N° 3968
3. Entrevistas con autoridades y Jefe del Departamento Materno Infantil.
4. Análisis de información solicitada por nota a funcionarios y responsables de las áreas formales e informales que intervienen en la gestión.

5. Obtención y análisis de información referente a datos estadísticos.
6. Relevamiento de los Servicios de Obstetricia – Neonatología de 6 efectores (Maternidad Sarda, Hospitales Elizalde, Gutierrez, Santojanni, Penna y Argerich) que tuvieron los mayores índices de mortalidad infantil durante el 2013, a fin de verificar el circuito de registro estadístico y evaluar las acciones implementadas con respecto a:
 - recursos humanos: El análisis se hizo a partir de la información enviada por los efectores seleccionados: en unos casos, en base a la incorporación de personal en el período auditado (2013) y en otros el trienio 2013- 2015.
 - equipamiento e infraestructura
 - Comité de Mortalidad Infantil
7. Departamento Materno Infantil:
 - Obtención de información acerca del presupuesto asignado
 - Análisis de la nómina del personal: cantidad, tipo de contratación, situación de revista, distribución
 - Relevamiento básico de equipamiento e insumos

Las tareas de campo se desarrollaron entre el 5 de mayo y 9 de septiembre de 2016

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

- 1) No se recibió información del Hospital Santojanni solicitada por Nota AGCBA 1530/16 y por Nota reiteración AGCBA N° 1349/16 sobre listado del recurso humano de los Servicios de Neonatología y de Obstetricia. Se recibió información del Servicio de Neonatología solamente sin incorporación del personal de enfermería. Asimismo, se solicitó información sobre la tasa de Mortalidad Infantil año 2013, respondiendo en porcentajes.
- 2) No se recibió información del Hospital Gutierrez solicitada por Nota AGCBA N° 644/16 sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad infantil
- 3) Maternidad Ramón Sardá: Al momento del procedimiento de Historias Clínicas no se encontró en el archivo 5 HC del total de 84 defunciones ocurridas en 2013.

V) ACLARACIONES PREVIAS

- 1) Marco Normativo Ley N° 3968 “Mortalidad Infantil – Sistema de Vigilancia y Auditoría de Muertes Infantiles”. **(Anexo I Normativo)**

La ley N° 3968, que es la concreción de una manda del artículo N° 23 de la Ley N° 114/98 que establece el sistema de vigilancia y auditoría de muertes infantiles en todos los efectores del sistema de salud. Fue Publicada el

12/01/2012 (B.O.C.A.B.A N° 3831), Sancionada el 3/11/2011 y Promulgada el 01/12/2011.

Integra la Ley N° 153.

Actualmente, no surge del sistema informático legal de la Ciudad www.buenosaires.gob.ar que la Ley N° 3968/11 se encuentre reglamentada. **(Observación N° 2)**

Análisis:

Ley N° 3968/11 establece un sistema de vigilancia y auditoría de muertes infantiles en todos los subsectores del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto de adoptar medidas con la finalidad de reducir la mortalidad infantil.¹

Como autoridad de aplicación establece al Ministerio de Salud

Se encuentra estructurada en cuatro capítulos:

Disposiciones generales, Notificación Inmediata de Muertes Infantiles, Auditoría de Muertes Infantiles y Registro e informe de casos, dicho orden se seguirá para su análisis.

Capítulo I. Disposiciones generales.

Define a la “**Muerte infantil**” como a toda defunción de un/a niño/a menor de un año de edad.

Establece objetivos específicos:

- a) Contribuir con la reducción de la mortalidad infantil.
- b) Generar información sobre muertes infantiles.
- c) Favorecer el establecimiento de medidas para revertir situaciones emergentes.
- d) Contribuir con el cumplimiento de los derechos de los integrantes del grupo familiar afectado.

Capítulo II. Notificación Inmediata de Muertes Infantiles

Efector. Informe inmediato y remisión de información:

La Ley establece que todo efector del Sistema de Salud de la Ciudad, en cualquiera de sus subsectores en el que se produzca una muerte infantil, debe notificarla a la autoridad de aplicación en el plazo de 48 horas de producida, a

través del instrumento de notificación que disponga la reglamentación en el que se deberán consignar al menos los siguientes datos:

- Número de historia clínica,
- causa de muerte
- efector(es) interviniente(s)
- antecedentes prenatales, antecedentes perinatales
- resumen de los antecedentes médicos de relevancia
- domicilio y composición del grupo familiar.
- Se adjuntará, además, copia fiel de la historia clínica del niño/a y de la madre si estuviera/n en su poder. De no contar con la/s historia/s clínica/s, debe consignar los datos clínicos que haya generado y toda información con la que cuente para identificar el/los efector/es que posee/n la historia clínica de/l/la niño/a o de la madre.

Capítulo II. Notificación Inmediata de Muertes Infantiles

Si la muerte no se produjo en el ámbito de un efector, la Ley establece que debe remitir la información el efector o profesional que haya tomado intervención una vez producido el deceso.

Asimismo, la Ley establece que se deberá resguardar los datos personales que contengan las historias clínicas y los datos clínicos remitidos a la autoridad de aplicación mediante un sistema de codificación.

Deberes de la autoridad de aplicación:

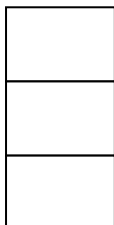
La Ley determina que el Ministerio de Salud de la Ciudad debe adoptar de manera centralizada las siguientes medidas una vez notificada de la muerte infantil:

- a) Disponer inmediatamente medidas sanitarias en caso de que la muerte infantil producida haya sido por causas infecciosas o por cualquier otra causa que ponga en riesgo al grupo familiar y/o sus allegados.
- b) Brindar información, asesorar y arbitrar medidas pertinentes para lograr, en su caso, la inclusión de los integrantes del grupo familiar sin cobertura en programas de salud existentes acordes con sus necesidades.

Capítulo III. Auditoría de Muertes Infantiles

Auditoría de Muertes Infantiles: (Observación N°1)

La Ley establece que el Ministerio de Salud, debe recopilar la información proveniente de los efectores de los tres subsectores y adoptar de manera



centralizada las siguientes medidas en un plazo no mayor de tres meses de notificada de la muerte infantil:

a) Auditar lo actuado por efectores intervinientes, adoptando todas las medidas conducentes para obtener información sobre la estructura de la causa de la muerte infantil, identificación de las concausas, identificación de factores asociados al proceso de atención y para la determinación de factores económicos, sociales, culturales, familiares y personales.

b) Evaluar especialmente las condiciones de acceso al sistema de salud del grupo familiar y poblacional al que pertenece la madre y el fallecido.

La auditoría realizará su evaluación con un enfoque interdisciplinario e intersectorial y podrá requerir toda la información complementaria que considere pertinente a los efectores intervinientes en la muerte infantil y/o en la atención de la madre.

Deberes de la autoridad de aplicación:

Concluida la auditoría de la muerte infantil, el Ministerio de Salud debe:

a) Adoptar medidas para revertir situaciones emergentes, asegurando la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud del grupo afectado.

b) Requerir a los efectores del subsector privado y de la seguridad social intervinientes la adopción de medidas para revertir situaciones emergentes.

c) Dar intervención a otras áreas de gobierno para que procedan, en su caso, a la adopción de medidas para contribuir con el cumplimiento de los derechos de los integrantes del grupo familiar a través de su inserción en planes y programas

Capítulo IV. Registro e informe de casos (Observación N° 1)

En este capítulo establece que la autoridad de aplicación (Ministerio de Salud) debe llevar un registro pormenorizado de los casos notificados y su seguimiento, en el que se consignará las medidas adoptadas en los términos del capítulo III y la información remitida por todos los órganos de gobierno intervinientes.

También establece que debe elaborar un informe público trimestral en el que se consignent los eventos notificados y lo actuado en consecuencia de cada uno de acuerdo a lo estipulado en capítulos II y III.

Estos informes contendrán detalle de lo actuado por cada una de las áreas del gobierno intervinientes en cada caso y deberán ser presentados públicamente por los funcionarios responsables e incluidos en la página web del Gobierno de la Ciudad.

Informes al Jefe de Gobierno y a la Legislatura (Observación N° 1)

La ley establece que el Ministerio de Salud, elaborará un informe semestral que enviará al Jefe de Gobierno y a la Legislatura en el que se consignará lo actuado en virtud de la presente ley, las políticas implementadas para la disminución de la mortalidad infantil, los avances o retrocesos evidenciados en la implementación de la política y su opinión sobre problemáticas con incidencia en la cuestión de las muertes infantiles cuya resolución dependa de la intervención de otros ministerios o del cuerpo legislativo.

Preservación datos personales

El registro y publicidad establecidos en el presente capítulo se llevarán adelante con la debida preservación de los datos personales de los/as involucrados/as.

2) Análisis Estadístico

A continuación se mostrarán datos estadísticos provenientes del Ministerio de Salud Nación y de Ministerio de Hacienda de la CABA.

Datos Ministerio de Salud de Nación

Las Estadísticas Vitales son parte del Sistema Estadístico de Salud (SES) siendo responsabilidad del Ministerio de Salud de la Nación por delegación del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Del informe de Estadísticas Vitales 2013 se extrajeron las siguientes definiciones y datos:

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad post-neonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año. Existen un conjunto de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos. La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquéllos vinculados con las condiciones congénitas como con la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida). En la mortalidad post-neonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud

La Tasa de Mortalidad Infantil se utiliza como un indicador del nivel de calidad de vida de una población. Se la señala también como una resultante del cuidado del bienestar en general y de la atención de la salud. En publicaciones de organismos internacionales, la tasa de mortalidad infantil se relaciona con el nivel general de desarrollo de un país.

$$\text{Tasa anual de mort. infantil} = \frac{\text{Nro. de muertes de menores de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

Las tasas de natalidad, nupcialidad y mortalidad total son por 1.000 habitantes, las de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja sea la tasa de mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socio-económicas y culturales.

La mayoría de las causas de muerte son de **origen perinatal** (La *tasa de mortalidad perinatal* es el número de nacidos muertos y muertes en los primeros 7 días de vida por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado). y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento como sucede en la Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) en relación con la Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días de vida).

La tasa de mortalidad neonatal se incrementa en un 50% en el caso de embarazos adolescentes

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

$$\text{Tasa anual de mort. neonatal} = \frac{\text{Nro. de muertes de niños de menos de 28 días de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada}} \times 1000$$

Mortalidad Post-Neonatal

La mortalidad post-neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y ella es **proporcionalmente mayor (mortalidad blanda) cuanto más alta sea la tasa de mortalidad infantil**, como se observa en países en vías de

desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socio-económicas y culturales.

La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.).

Se debe recordar que muchos neonatos de alto riesgo (de pre término, bajo peso, etc.) aún sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficit para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período post- neonatal. A su vez, es poco frecuente que los nacidos de bajo riesgo (a término, con peso adecuado, sin malformaciones, etc.) fallezcan en el período neonatal, pero no así en el período post-neonatal si las condiciones del medio son desfavorables.

De ahí la importancia de conocer el momento de la muerte que, junto a otras variables, facilita el diagnóstico de situación de una determinada provincia, región o país.

TASA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL

$$\text{Tasa anual de mort. post-neon.} = \frac{\text{Nro. de muertes de niños de 28 días a menos de un año de edad acaecidas en la población de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 1000$$

Mortalidad Infantil según criterios de reducibilidad

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

En 2011 el agrupamiento de causas infantiles vigente fue revisado y reformulado, considerando las innovaciones tecnológicas y científicas y los cambios en las modalidades de atención ocurridos desde 1996 (última revisión) Se definieron dos grandes grupos de causas: **reducibles** (que incluye las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud) y **difícilmente reducibles** (que incluye las defunciones que en la actualidad no son reducibles).

Se incorporó para el período neonatal y para el período postneonatal, la categoría **no clasificables** (que incluye las enfermedades raras –aún para los especialistas, tanto que no pudieron aventurar un pronóstico o respuesta al tratamiento-, aquellas de difícil interpretación –cuando la clasificación de la

“2017, Año de las Energías Renovables”

CIE-10 resultaba difícil de compatibilizar con las clasificaciones utilizadas en la práctica actual en el país- y los casos de diagnósticos incompletos o insuficientes).

Información de Dirección de Estadísticas e información de salud, estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Con la finalidad brindar un contexto a los datos de mortalidad infantil, se consideraron registros por jurisdicción de residencia año 2013:

Cuadro 1

Jurisdicción de residencia	Población	Nacidos vivos	Defunciones		Tasa de mortalidad	
			Totales	Infantiles	General	Infantil
REPÚBLICA ARGENTINA	42.202.935	754.603	326.197	8.174	7,7	10,8
Ciud. Aut. de Buenos Aires	3.044.076	43.615	32.133	390	10,6	8,9
Buenos Aires	16.289.599	289.451	133.035	3.180	8,2	11,0
Partidos del Aglom. GBA	...	205.610	83.918	2.367	...	11,5
Catamarca	389.256	6.570	2.384	64	6,1	9,7
Córdoba	3.489.669	55.965	28.755	540	8,2	9,6
Corrientes	1.049.325	19.899	6.880	296	6,6	14,9
Chaco	1.117.953	22.296	7.250	258	6,5	11,6
Chubut Entre	545.656	10.076	3.085	94	5,7	9,3
Ríos	1.295.121	22.371	10.065	206	7,8	9,2
Formosa	568.331	11.957	3.537	170	6,2	14,2
Jujuy	710.121	13.165	4.231	156	6,0	11,8
La Pampa	336.706	5.650	2.608	56	7,7	9,9
La Rioja	357.516	6.257	2.083	75	5,8	12,0
Mendoza	1.841.813	34.525	13.130	294	7,1	8,5
Misiones	1.159.445	25.508	6.603	265	5,7	10,4
Neuquén Río	601.003	11.210	2.966	115	4,9	10,3
Negro Salta	678.797	12.144	4.114	139	6,1	11,4
San Juan San	1.295.944	27.313	7.509	386	5,8	14,1
Luis Santa	721.830	14.894	4.802	183	6,7	12,3
Cruz Santa	463.411	7.717	3.046	66	6,6	8,6
Fe	302.420	5.969	1.401	57	4,6	9,5
Santiago del Estero	3.341.228	56.379	29.784	554	8,9	9,8
Tucumán	908.268	17.092	5.548	196	6,1	11,5
Tierra del Fuego	1.551.460	29.399	9.964	386	6,4	13,1
Otros Países	143.987	2.849	479	22	3,3	7,7
Lugar no especificado	-	394	272	8	-	-
		1.938	533	18	-	-

Fuente: Página Web Ministerio de Salud de la Nación – Estadísticas vitales

A continuación, por jurisdicción de residencia se discriminan datos de mortalidad infantil según edad:

Cuadro 2

JURISDICCION DE RESIDENCIA	0-6 DÍAS	7-27 DÍAS	28 DÍAS 11 MESES	Total menores año	%
REPUBLICA ARGENTINA	4,020	1,552	2,602	8,174	100
CIUD. AUT. DE BUENOS AIRES	186	97	107	390	4,7

Fuente: Página Web Ministerio de Salud de la Nación – Estadísticas vitales - Elaboración propia .

Según datos obtenidos de la Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) las defunciones del año 2013 de Menores de un año ascendieron a 378 casos. Del capítulo de Definiciones y Conceptos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud se extrajo el siguiente párrafo...” Para el análisis de la Mortalidad Infantil es necesario tener presente la influencia de la calidad de los datos en el valor de estos indicadores, particularmente en la mortalidad neonatal. Esto obedece a que, además del posible subregistro, podrían sumarse inconvenientes por la aplicación incorrecta de las definiciones de nacido vivo y de defunción fetal.”

Cantidad de defunciones de menores de un año discriminado según establecimiento de salud y otros, por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina año 2013.

Cuadro 3

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL	Establecimiento de salud			Domicilio particular	Otro lugar	Sin especificar
		Subtotal	Oficial	No oficial			
Rep. Argentina	8.174	7.347	4.973	2.374	704	113	10
CABA	390	383	208	175	6	1	0

Fuente: Página Web Ministerio de Salud de la Nación – Estadísticas vitales - Elaboración propia .

Datos Estadísticos de Mortalidad Infantil en la CABA

La información que a continuación se describe proviene del Ministerio de Hacienda del GCBA y se incorporó con la finalidad de contextualizar el tema que nos ocupa siguiendo criterios por comunas en algunos casos y por hospital en otros. Los datos aquí expuestos sirvieron además para fundamentar la muestra seleccionada.

Descripción de Comunas CABA

Ciudad de Buenos Aires por comuna y barrio:



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

La Ciudad de Buenos Aires se encuentra dividida en 48 barrios que se agrupan en 15 comunas.

Comuna 1: Puerto Madero, San Nicolás, Retiro, Montserrat, San Telmo y Constitución

Comuna 2: Recoleta

Comuna 3: Balvanera y San Cristóbal

Comuna 4: Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya

Comuna 5: Almagro y Boedo

Comuna 6: Caballito

Comuna 7: Flores y Parque Chacabuco

Comuna 8: Villa Soldati, Villa Lugano y Villa Riachuelo

Comuna 9: Parque Avellaneda, Mataderos y Liniers

Comuna 10: Villa Luro, Vélez Sársfield, Floresta, Monte Castro, Villa Real y Versalles

Comuna 11: Villa Devoto, Villa del Parque, Villa Santa Rita y Villa General Mitre

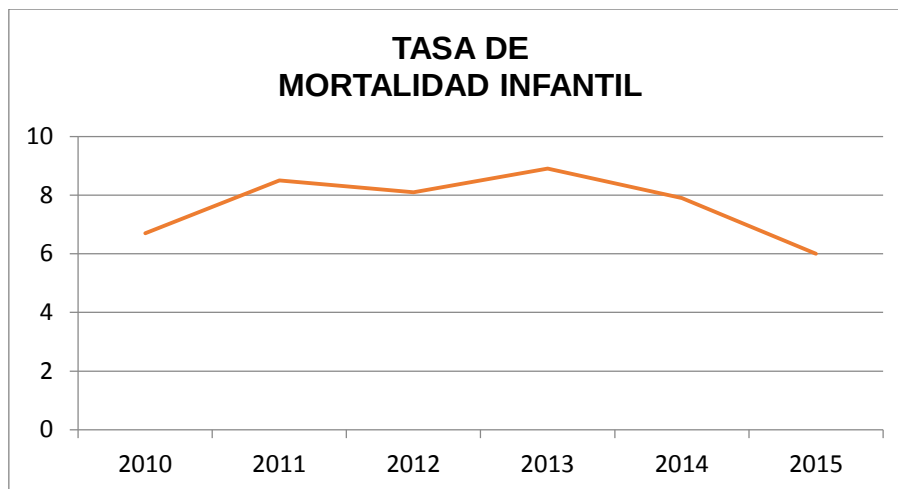
Comuna 12: Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Coghlan y Saavedra

Comuna 13: Núñez, Belgrano y Colegiales

Comuna 14: Palermo

Comuna 15: Villa Ortúzar, Chacarita, Parque Chas, Villa Crespo, Paternal y Agronomía

Evolución Tasa de Mortalidad Infantil. Años 2010-2015



Fuente: Elaboración propia en base a Boletín Informe de Resultados n° 1011 Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

La Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda elaboró un informe estadístico sobre Mortalidad Infantil de la Ciudad en donde se utiliza la tasa promedio trianual que resulta más objetiva sobre las fluctuaciones anuales.

La ex Directora de Redes y Programas informó que para realizar un estudio más fidedigno sobre tendencia de la mortalidad infantil, conviene no quedarse en una medición anual, sino que es necesario tener en cuenta, la evolución de por lo menos 3 años y que las estadísticas son fundamentales porque orientan hacia donde está el problema.

Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013/2015

Cuadro 4

Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Años 2011/2015

Comuna de residencia habitual de la madre	2011	2012	2013	2014	2015
Total	8.5	8.1	8.9	7.9	6.0
1	9.1	10.7	8.9	4.9	7.6
2	6.6	5.1	7.5	9.2	4.5
3	10.8	7.2	11.9	9.4	5.4
4	11.1	11.8	11.8	12.3	7.2
5	7.2	5.7	8.7	6.7	6.7
6	5.2	9.0	6.8	7.5	5.7

“2017, Año de las Energías Renovables”

7	11.0	8.9	11.9	8.5	6.4
8	9.7	10.8	10.9	12.7	8.2
9	10.4	8.8	9.3	6.5	6.5
10	7.1	7.3	12.2	5.3	5.8
11	6.3	4.0	5.6	5.3	5.0
12	5.5	5.8	8.0	3.4	3.1
13	7.2	6.2	2.7	6.9	4.7
14	5.0	6.9	5.3	6.8	5.6
15	10.4	7.2	7.2	7.8	4.3

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

La Tasa de Mortalidad Infantil aumentó en 0,8 puntos en el período auditado (2013) respecto al año anterior y bajo 1 punto en comparación al año 2014.

Las comunas 4, 7 y 8 mantuvieron los niveles de Mortalidad Infantil por encima del promedio de la Ciudad y se acercaron al promedio en el año 2015. En el caso de las Comunas 6, 11, 12, 13 y 14 los niveles se han mantenido por debajo del promedio de la Ciudad en los cinco años.

Comparando los años 2013 y 2015 la tasa de mortalidad infantil bajo en 12 de las 15 comunas siendo significativo en las Comunas 3,4,7,10 ubicadas en el sur de la Ciudad y Comuna 12.

Tasas de mortalidad infantil total, neonatal, postneonatal y fetal (por mil nacidos vivos).

Cuadro 5

Año	Infantil total	Neonatal			Postneonatal
		Total	Precoz	Tardía	
2013	8,9	6,4	4,2	2,2	2,4
2014	7,9	5,6	4,0	1,6	2,3
2015	6,0	4,3	3,2	1,0	1,7

Nota: la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo.

Fuente: Elaboración propia en base a Boletín Informe de Resultados n° 1011 Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

En el 2013 fue el año con mayores tasas de mortalidad infantil total las cuales fueron disminuyendo los años siguientes llegando a casi 3 puntos por debajo.

Tasa de mortalidad neonatal (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013/2014

Cuadro 6

Comuna de residencia habitual de la madre	2013	2014
Total	6,4	5,6
1	6,7	4,0
2	5,2	7,6
3	10,5	6,1
4	8,8	8,9
5	6,1	4,9
6	4,1	5,7
7	8,9	5,7
8	7,9	8,0
9	4,7	4,9
10	8,0	4,3
11	4,3	4,0
12	5,1	2,4
13	2,4	5,5
14	4,6	4,4
15	5,5	4,9

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda) | Gobierno de la Ciudad.

Cabe aclarar que en el cuadro se analizaron dos períodos por no estar publicado aún el Anuario Estadístico 2015

De lo observado en el Cuadro 6 de Tasa de Mortalidad Neonatal, se desprende que las Comunas 3,4 y 8 han aumentado los niveles por encima del promedio de la Ciudad en los años 2013 y 2014 y las Comunas 9,11,12,13,14 y 15 se han mantenido por debajo del promedio de la Ciudad.

Tasa de mortalidad postneonatal (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013/2014

Cuadro 7

Comuna de residencia habitual de la madre	2013	2014
Total	2,4	2,3
1	2,1	0,9
2	2,3	1,6
3	1,4	3,2

“2017, Año de las Energías Renovables”

4	2.9	3,4
5	2.6	1,8
6	2.7	1,8
7	3.0	2,8
8	3.0	4,7
9	4.7	1,6
10	4.2	1,0
11	1.3	1,3
12	2.9	1,0
13	0.3	1,4
14	0.7	2,4
15	1.7	2,9

Fuente: Pagina Web Gobierno de la ciudad de buenos Aires

Cabe aclarar que en el cuadro se analizaron dos períodos por no estar publicado aún el Anuario Estadístico 2015

Del Cuadro 7 surge que hubo Comunas que han disminuido sus porcentajes y otras que las han aumentado considerablemente

Datos de Nacimiento y Defunciones año 2013

El cuadro siguiente muestra por Hospital datos de nacimiento y defunciones – Mortalidad Infantil- Año 2013

Se verificó que los efectores de la CABA con mayor cantidad de nacimientos y de defunciones fueron:

- Hospital Materno Infantil Ramón Sarda (6292/86)
- Hospital F.Santojanni (3990/44)
- Hospital J.Penna (3532/36)
- Hospital Argerich (2368/35)

Los Hospitales P. Elizalde y R.Gutierrez tuvieron 55 y 51 defunciones respectivamente

Cuadro 8

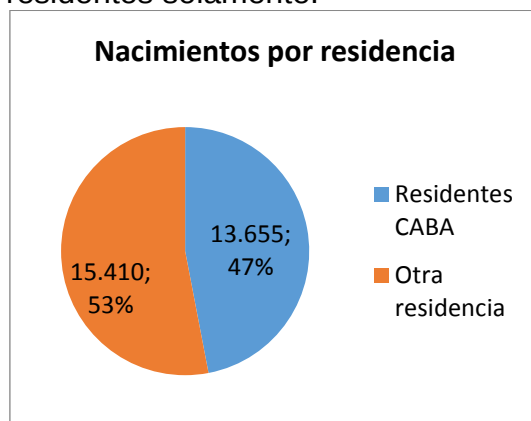
En el siguiente cuadro se describen los nacimientos por Residencia y Defunciones de menores de un año por residencia habitual de la madre según Hospitales Generales de Agudos y de Niños de la CABA:

“2017, Año de las Energías Renovables”

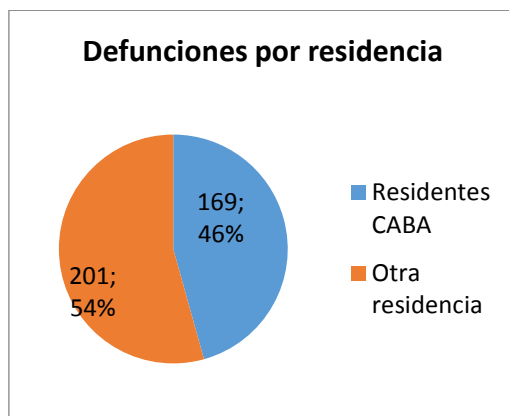
Establecimiento de salud	Nacimiento por Residencia						Defunciones de menores de un año por Residencia habitual de la madre					
	Total	Residentes CABA	Residentes 24 partidos del GBA	Otros residentes Prov. Buenos Aires	Otros no residentes	Residencia desconocida	Total	Residentes CABA	Residentes 24 partidos del GBA	Otros residentes Prov. Buenos Aires	Otros no residentes	Residencia desconocida
Total	29.065	13.655	13.941	369	49	1.051	421	178	191	19	22	11
HOSPITAL F. SANTOJANNI	3.990	1.265	2.534	12	3	176	44	25	16	0	0	3
HOSPITAL J. A. PENNA	3.532	1.106	2.277	14	1	134	36	20	15	0	0	1
HOSPITAL J. M. RAMOS MEJIA	1.569	824	681	5	2	57	14	7	4	0	0	3
HOSPITAL INFANTIL M. R. SARDA	6.292	2.286	3.676	147	23	160	86	17	59	6	2	2
HOSPITAL P. DE ELIZALDE	0	0	0	0	0	0	55	17	29	2	7	0
HOSPITAL P. PIÑERO	2.720	1.956	588	7	3	166	25	23	2	0	0	0
HOSPITAL B. RIVADAVIA	1.125	670	355	35	0	65	15	7	8	0	0	0
HOSPITAL D. VELEZ SANSFIELD	1.186	500	662	6	0	18	3	3	0	0	0	0
HOSPITAL DR C. ARGERICH	2.368	1.211	1.079	36	5	37	35	19	15	0	1	0
HOSPITAL DR C. DURAND	1.715	1.023	583	19	5	85	19	11	5	2	0	1
HOSPITAL DR I. PIROVANO	1.175	618	474	38	0	45	9	5	4	0	0	0
HOSPITAL DR J. A. FERNANDEZ	1.721	1.215	432	42	7	25	23	10	9	3	1	0
HOSPITAL DR T. ALVAREZ	1.672	981	600	8	0	83	6	5	0	0	0	1
HOSPITAL R. GUTIERREZ	0	0	0	0	0	0	51	9	25	6	11	0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales Los Hospitales Gutierrez y Elizalde no cuentan con Marteniridad

Para analizar la Mortalidad infantil en la CABA no se debe tener en cuenta solo las cifras concretas. En los gráficos siguientes se podrá verificar la procedencia de las pacientes atendidas en los efectores de la ciudad durante el 2013, motivo por el cual la tasa de Mortalidad Infantil en la CABA no depende directamente de sus residentes solamente.



Otra Residencia: 53%



Otra residencia: 54%

Asimismo, se debe considerar que los efectores con mayores tasas de Mortalidad Infantil son los que cuentan con Servicios de Obstetricia y/o Neonatología de alta complejidad, por lo tanto, son centros hacia donde se derivan pacientes con patologías graves.

En el cuadro siguiente se analizan los efectores según los porcentajes de defunciones en relación al total de nacimientos:

Cuadro 9

Establecimiento de salud	Total Nacimientos por Residencia	Total Defunciones por Residencia	% Defunciones sobre Nacimientos
Total	29,065	421	1.45%
HOSPITAL SANTOJANNI F.	3,990	44	1.10%
HOSPITAL J. PENNA A.	3,532	36	1.02%
HOSPITAL J. RAMOS MEJIA M.	1,569	14	0.89%
HOSPITAL INFANTIL R. SARDA M.	6,292	86	1.37%
HOSPITAL P. DE ELIZALDE	0	55	
HOSPITAL PIÑERO P.	2,720	25	0.92%
HOSPITAL RIVADAVIA B.	1,125	15	1.33%
HOSPITAL D. VELEZ SANSFIELD	1,186	3	0.25%

“2017, Año de las Energías Renovables”

HOSPITAL DR C. ARGERICH	2,368	35	1.48%
HOSPITAL DR C. DURAND	1,715	19	1.11%
HOSPITAL DR I. PIROVANO	1,175	9	0.77%
HOSPITAL DR J. A. FERNANDEZ	1,721	23	1.34%
HOSPITAL DR T. ALVAREZ	1,672	6	0.36%
HOSPITAL R. GUTIERREZ	0	51	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales

Además de los efectores con mayor número de defunciones, se analizaron en porcentajes llegando a los siguientes resultados:

Los efectores con menor porcentaje fueron: Velez Sarfield, Alvarez y Pirovano

Los efectores con mayores porcentajes fueron: Fernandez, Sarda y Argerich

En ambos casos los porcentajes de defunciones coinciden con los niveles de complejidad de atención de los efectores en relación con las posibles o probables patologías maternas, neonatales (precoz y tardía) e infantiles.

Cuadro comparativo de datos de Mortalidad Infantil según diferentes fuentes:

Cuadro 10

Hospital/Maternidad	Dirección General de Estadísticas y Censos		Hospital/Maternidad
	Total	Residente Caba	
Elizalde	55	17	56
Penna	36	20	37 en información recibida
Sarda	86	17	84
Santojanni	44	25	8%*
Gutierrez	51	9	36 total Especialidad Medicina y 15 neonatal mas postneonatal
Argerich	35	19	26 (no hubo defunciones pediátricas)**

Fuente: Elaboración propia en base a información recibida y Datos de Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA)

* Santojanni: informó porcentaje del 8% de Mortalidad Infantil.

** Argerich: No hubo defunciones pediátricas porque los pacientes se derivan a otros establecimientos

El cuadro anterior muestra diferencias en los registros según la fuente que los elabora. **(Observación N°4)**

Criterio de Reducibilidad

Composición porcentual de la mortalidad Neonatal y Post Neonatal por criterios de reducibilidad y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. Período 2013 al 2015

Cuadro 11

Mortalidad neonatal (menores de 28 días de edad)	2013	2014	2015
Total	100.00	100.00	100.00
Reducibles	62.2	53.6	58.6
Preferentemente en el embarazo	2.9	2.9	1.7
Preferentemente en el parto	0.7	0.4	-
Preferentemente en el recién nacido por:			
Por tratamiento clínico	16.4	15.9	16.1
Por tratamiento quirúrgico	1.5	1.3	1.1
Por tratamiento clínico y quirúrgico	17.8	13.4	18.4
En el período perinatal	22.9	19.7	21.3
Otras reducibles	-	-	-
Difícilmente reducibles	27.3	37.2	31.6
No clasificables *	9.5	7.9	9.2
Mal definidas e inespecíficas	1.1	1.3	0.6

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

Tanto las causas reducibles como las difícilmente reducibles de mortalidad neonatal fueron fluctuando significativamente en el trienio. Con respecto a las reducibles corresponden a tratamiento clínico y quirúrgico y las difícilmente reducibles corresponden a las no clasificables.

* No Clasificables: se incluyen aquí las enfermedades raras, las de difícil interpretación y los casos con diagnósticos incompletos e insuficientes.

Cuadro 12

Mortalidad postneonatal (mayores de 28 días a menos de un año de edad)	2013	2014	2015
Total	100.00	100.00	100.00
Reducibles	56.3	53.1	54.9
Por prevención	-	1.0	-
Por tratamiento	35.00	31.6	35.2
Por prevención y tratamiento	20.4	20.4	16.9
Otras reducibles	1.0	-	2.8
Difícilmente reducibles	7.8	13.3	14.1
No clasificables*	31.1	28.6	25.4
Mal definidas e inespecíficas	4.9	5.1	5.6

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

Las causas difícilmente reducibles de mortalidad postneonatal que aumentaron corresponden a mal definidas e inespecíficas. Asimismo, es de destacar que disminuyeron las reducibles por prevención y tratamiento y las difícilmente reducibles no clasificables.

* No Clasificables: se incluyen aquí las enfermedades raras, las de difícil interpretación y los casos con diagnósticos incompletos e insuficientes.

Según documentación recibida desde el Ministerio de Salud la Ciudad de Buenos Aires presenta datos variables en sus cifras según las Comunas: altas en la región Sur y algunas comunas de la zona Norte más bajas. Numerosas investigaciones demuestran que además de la adecuada atención del embarazo, del parto, del recién nacido y el niño, inciden fuertemente los factores sociales: embarazo adolescente, nivel educativo materno bajo, madres solas, migrantes, embarazos no planificados, stress, embarazos múltiples por fertilización asistida, etc.

Cuadro 13

	Tasa de Mortalidad Neonatal			
Años	2011	2012	2013	2014
Total Ciudad	5,4	5,9	6,4	5,6
Region Sanitaria I (Comunas 1-3-4)	6,1	7,2	8,8	6,3
Region Sanitaria II (Comunas 7-8-9)	6,1	6,4	6,9	6,2
Región Sanitaria III (Comunas 5-6-10-11-15)	4,8	4,8	5,7	4,8
Región Sanitaria IV (Comunas 2-12-13-14)	4,3	5,2	4,3	4,9

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

La mortalidad neonatal (especialmente temprana) representa el núcleo más duro para descender, ya que está asociado a bajo peso, baja edad gestacional y malformaciones congénitas.

V) CARACTERÍSTICAS GENERALES

1) Relevamiento y procedimientos de auditoria

Análisis del Expediente N° 2057922/2011 mediante el cual se tramitó la reglamentación de la Ley N° 3968 (Observación N° 3)

La copia del Expediente N° 2057922/2011 fue entregada en mano al equipo de auditoria por la D.G. Legal y Técnica del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Bs. As el día: 27/06/2015. (Conjuntamente con su historial de movimientos).

Análisis y Conclusiones:

La Ley N° 3968, “Sistema de Vigilancia y Auditoria de Muertes Infantiles”, fue sancionada por la Legislatura Porteña el 3/11/2011, Promulgada el 01/12/11 y publicada el 12/01/12.

Mediante el expediente 2011- 02057922 tramito la ley y actualmente las instancias que corresponden a su reglamentación.

A continuación y luego del análisis del mismo, se llegaron a las siguientes conclusiones en las que se detallan las instancias procesales.

Mediante la Resolución N° 383-MSGC/12 de fecha 21/03/12, el Ministro de Salud creó una Comisión a fin de elaborar el proyecto de reglamentación de la Ley N° 3968. Designando a los integrantes y a su coordinador.

El Coordinador de la Comisión designada a tales efectos, remitió informe técnico a la Sub Secretaria Atención Integrada de Salud mediante el cual solicita que las actuaciones sean agregadas al Exp.2057922/2011 en el cual se tramitó la promulgación de la ley N° 3968 y la Aprobación de la Resolución N° 383/MSGC/2012. (22/08/2012).

Hasta aquí entonces, desde la creación de la Comisión designada para la reglamentación de la Ley y su primer acto administrativo contamos un plazo de cinco meses. Para luego darle curso al Procurador General de la Ciudad de Buenos aires y a los posteriores dos meses se recibe el Informe de Procuración N° 2012-02321501-2011 (26/10/2012).

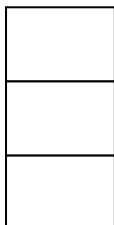
Dictamen N° 2.493.823-DGEMPP-2012 mediante el cual, el órgano asesor no posee objeciones de índole legal que formular. Sin perjuicio de ello efectúa una serie de observaciones relativas a la mención de la normativa indicada en el proyecto, la corrección de numeración de los artículos en la parte dispositiva, y el reemplazo en la cláusula transitoria primera in fine, de la expresión “artículo 2 de este decreto reglamentario” por “artículo 3 de este decreto reglamentario”.

La Dirección General de Empleo Público, con fecha 22/11/2012 solicitó a la Dirección General Administrativa Contable de la Subsecretaria de Administración del Sistema de Ministerio de Salud, sea sometido a examen el proyecto de acto administrativo una vez atendida las recomendaciones realizadas por el dictamen del Procurador General.

La Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud eleva para el conocimiento el acto administrativo proyectado, a la Subsecretaria de Administración del Sistema de Salud, para su conocimiento y merituada las razones de oportunidad, mérito y conveniencia sean elevadas las actuaciones al Ministro de Salud. (28/11/2012).

La S.S. Administración del Sistema de Salud eleva el expediente al Ministro de Salud para que proceda al refrendo del acto proyecto con 04/12/2012.

Dirección General Administrativo Contable que suscribe por orden y ausencia del señor Director General de la D.G. Legal y Técnica, remite al Ministerio de



Modernización con fecha 23/01/2013 para que de considerarlo oportuno, se sirva el refrendo del acto administrativo antes mencionados a los efectos de la prosecución del trámite.

La Dirección General Gestión Legal e Institucional con fecha 01/02/2013, remitió las actuaciones al Ministerio a fin de solicitar la readecuación del proyecto de decreto en análisis, modificando el membrete de manera tal que figure el año 2013, junto a la leyenda “Año del 30 aniversario de la vuelta a la democracia” (Ley N° 4453). Lo cual fue cumplido y consta en el expediente lo cual fuera informado por la Dirección General Legal y Técnica a la Subsecretaria de Administración del Sistema de Salud con fecha 08/02/2013 la readecuación de la leyenda del membrete.

Con fecha 14/02/2013 la S.S. Administración del Sistema de Salud eleva a los actuados al Ministros de salud para que de considerarlo oportuno, se sirva a refrendar el proyecto de decreto reglamentario el cual vuelve al área de Legal y Técnica el día 28/02/2013 refrendado.

Hasta aquí podemos concluir que desde la formación de la Comisión para la reglamentación de la Ley N° 3968 hasta el primer acto del Ministerio de Salud con el refrendo del proyecto de Decreto Reglamentario pasaron once meses aproximadamente de trámite.

La Dirección General Legal y Técnica con fecha 04/03/2013, remitió las actuaciones, a la Dirección General y Técnica, Administrativa y Legal del Ministerio del Modernización para su consideración y ulterior elevación a la jefatura de gabinete de ministros habiendo sido refrendado el acto proyectado por el Ministerio de Salud.

Luego se entendió que aunque el informe estableciera que el proyecto en cuestión, preveía en su artículo 4 el refrendo del señor Ministro de Modernización y fueran en razón de ello girados los mismos para su refrendo, dicho Ministerio no tenía las atribuciones ni facultades para dicho acto. Por lo tanto vuele a la Dirección General y Técnica con fecha 18/03/2013.

La Dirección General Legal y Técnica, habiendo sido refrendado el proyecto elevo el mismo a la Dirección General de Técnica, Administrativa y Legal Jefatura de Ministros, para que en caso de coincidir con el texto proyectado se sirva a refrendarlo por el Señor Jefe de Gabinete de Ministros. (Informe fecha 19/03/2013 ingreso al Ministerio Jefe de Gabinete de Ministros 26/03/2013).

Y desde el 26/03/13 el expediente quedó en dicha Jefatura de Gabinete de Ministros hasta el 07/11/2013 fecha en la cual lo remite a la Dirección General Técnica Administrativa y Legal. (Ocho meses calendario).

El modelo de proyecto de decreto reglamentario, con las modificaciones y comentarios que la Dirección General de Legal y Técnica considero, fue

elevado a la Dirección General de Coordinación y Consolidación Normativa a efectos de conocimiento, análisis e intervención el 23/09/2014.

Por lo que aquí encontramos un periodo de 10 meses en el cual el expediente se encontró sin movimientos en la Dirección General de Legal y Técnica.

La Dirección General Coordinación y Consolidación Normativa remitió con fecha 30/01/2015 a la Dirección General y Técnica del Ministerio de Salud para que tome nueva intervención ya que realizó observaciones al proyecto de reglamentación. Fecha de entrada 03/02/2015. (Entre el envío de la Dirección General de Legal y Técnica del expediente y su reenvío se demoró la administración cinco meses aprox.).

La Dirección General Legal y Técnica procedió a la reformulación del texto propiciado subsanando las observaciones realizadas al proyecto a tal fin gira a los actuados a la Dirección General Coordinación General y Normativa. Con fecha 09/11/2015. Informe N° 2015-34718647- DGLTSSASS

Dorso foja 113: entrada a la D.G.C.C. Normativa sello ilegible.

(Demorando nueve meses).

Dirección General Coordinación Legal (Secretaría Legal y Técnica – SECLYT-AJG) remite las actuaciones el día 16/12/2015 a la Dirección General y Técnica los fines que estime corresponder atento al cambio de actualidades acontecida en la Secretaría Legal y Técnica (providencia N° 2015-38512634-DGCL).

Desde el día 16/12/15 la Dirección General Técnico Administrativa hasta el 12/05/2016 se eleva a la Subsecretaría Atención Hospitalaria fundados en el cambio de gestión, para que determine un criterio a seguir el expediente del proyecto de decreto reglamentario de la ley N° 3968. (Providencia 2016-12757003-DGLTSSASS 12/05/2016), pasaron cinco meses calendario aproximadamente).

Dorso foja 115: salida sello ilegible.

2) Departamento Materno Infantil

Antecedentes

Por decreto 593/2011 se crea el Departamento Materno Infantil y su función principal fue ocuparse del Programa de Enfermedades Respiratorias (Bronquiolitis) y Dación de Leche

Las Redes de Neonatología y Obstetricia dependían de la Dirección General de Redes. La Red de Pediatría dependía de la Dirección General de Programas.

Por Resolución 4/2013 se crea una Comisión en el área Materno infantil, a nivel ministerial, a fin de refuncionalizar y articular los programas.

Por Resolución N° 1137/11 se aprueba la Regionalización (atención neonatal según diferentes niveles de especialización) de los Hospitales y se categorizan las maternidades . Durante ese período se trabajo la articulación entre las Direcciones Generales de las Regiones Sanitarias y Dirección General de Redes y Programas (dentro de la cual funcionaba la Red. De Neonatología, Obstetricia y Pediatría.)

Acciones de la Dirección de Redes (2012-2013)

Desde la ex Dirección de Redes se aportó la siguiente información:

- Se realizaron reuniones mensuales en el Ministerio, por región sanitaria donde concurrían los jefes y/o referentes de Neonatología y Obstetricia, y Pediatría.
- Hacia fines de 2013 y 2014 de estos encuentros surgen los requerimientos de los servicios de Neonatología y Obstetricia de cada hospital y se empezó a solicitar el reequipamiento de los mismos. Entre otros la mejora del centro obstétrico del Hospital Penna (Región Sanitaria I).
- Se crea la Comisión de Promoción de Lactancia Materna (Resolución 930 /13).
- Durante el 2013 se trabajó con los Centros de Primera Infancia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social.
- Se realizaron reuniones con los Coordinadores de dichos centros para transmitirles, signos de alarma con respecto a los bebés y a donde llamar para derivarlos, especialmente síndrome bronquiolítico – infecciones respiratorias (IRA).
- También en el 2013 se aumentó el presupuesto del Programa de Salud y Reproductiva, y se articularon acciones con otros programas.

Asimismo, agregó que algunos de los problemas relacionados con la continuidad de las acciones en el área materno infantil, y con la Ley N° 3968, están vinculados a los cambios de estructura dentro del Ministerio que hicieron que se cambiaran algunas dependencias y desaparecieran otras.

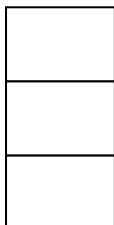
Proceso de mejora Área Materno Infantil

Dirección General de Redes y Programas Salud (DGRYPS) 2013

El objetivo primordial es el acceso a una mejor atención de las embarazadas desde la etapa prenatal y del parto y puerperio así como la atención del recién nacido, niños y adolescentes.

Estrategias implementadas

- 1-Creacion de la Comisión Materno Infantil**
- 2-Trabajar en la regionalización perinatólogica**
- 3-Promocion de la lactancia materna.**



- 4-Capacitacion en el manejo de emergencia obstétrica
- 5-Elaboracion y aplicación de guías o normas de atención
- 6-Promocion de Salud Sexual y Reproductiva
- 7-Mejora del Sistema de información sanitaria en el área materna infantil para implementar un sistema de vigilancia de muertes maternas e infantiles.
- 8-Fortalecimiento de los equipos de salud materno y perinatal.
- 9-Elevacion a Dirección Materno Infantil del Departamento Materno Infantil.

Estructura actual

El Departamento depende de la Dirección General de Hospitales y esta de la Subsecretaria de Atención Hospitalaria. No cuenta por debajo con una estructura organizativa sino que esta conformada por un equipo de trabajo:

4	Medico	Escalafón Profesional
1	Medico	Escalafón General
1	Sociólogo	Escalafón General
1	Trabajador Social	Escalafón Profesional
1	Administrativo	Escalafón General
1	Medico	Contrato de locacion de servicios

El actual Jefe del Departamento (Medico Pediatra) fue designado por Resolución 2014/61 SSAIS de diciembre de 2014 y asumió en febrero del 2015.

Aspectos presupuestarios

El Departamento no cuenta con presupuesto propio, el mismo es el de la Gerencia Operativa de la Dirección General de Hospitales. Dicha gerencia le provee caja chica para solventar los gastos menores como: fotocopias, imprenta, realización de capacitación. En caso de requerir algún insumo específico desde Subsecretaria se justifica y autoriza la compra.

Descripción de acciones

Regionalización perinatal:

La regionalización perinatal apunta a concentrar el riesgo del recién nacido para que sean asistidos en maternidades con mayor poder resolutivo.

La regionalización fue pensada como forma de garantizar una buena calidad de atención de la madre y del niño. Consiste en derivar a los embarazos de riesgo a dichas maternidades

Los 12 Hospitales públicos de la Ciudad que tienen Maternidad y Servicio de Neonatología son: Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, y 11 Hospitales Generales de Agudos que cuentan con maternidad y servicio de neonatología: Teodoro Álvarez, Dr. Cosme Argerich, Carlos G. Durand, Juan A. Fernández, José A. Penna, Parmenio Piñero, Ignacio Pirovano, José M. Ramos Mejía, Bernardino Rivadavia, Francisco Santojanni, Dalmasio Vélez Sarfield.

Las maternidades que pertenecen a la regionalización son: Sarda, Hospitales: Fernández, Santojanni, Argerich y Durand. Las mencionadas están categorizadas por nivel 3B según criterios de categorización del Ministerio de Salud de la Nación. El Hospital Penna próximamente se incorporara a la regionalización por las obras realizadas.

En el año 2015 disminuyó la mortalidad infantil. El responsable del área menciona que además de la propuesta de regionalización perinatal, algunos servicios tuvieron mejoras edilicias e incremento de personal de enfermería.

Referencia a Ley 3968

El responsable del área refirió que se trata de una Ley de difícil reglamentación y de efectivizar. Se conformaron comisiones/comités (Resolución N° 1237/04, Resolución N° 2707/07) con el objeto de analizar, estudiar e investigar la mortalidad infantil y reglamentar (Resolución 383/12), dichas comisiones no alcanzaron los objetivos propuestos. **(Observación N° 5)**

Actualmente el Departamento se encuentra realizando las gestiones tendientes al diseño de manuales, planillas y un sistema informático mediante el cual los efectores puedan realizar las respectivas actividades de registro, a fin de centralizar la información.

El objetivo es lograr la notificación inmediata de los fallecimientos intra institucionales, el registro de los mismos y el posterior análisis y/o auditoria.

Se elaboró un manual de mortalidad materna y un protocolo para los servicios de neonatología de mortalidad infantil que fue consensuado con dichos servicios, existiendo un acuerdo tácito para implementarlo. Queda pendiente la elaboración del protocolo pediátrico.

El Departamento se encuentra evaluando la conformación de un comité de expertos y entidades relacionadas con el tema. **(Observación N° 5)**

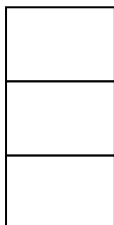
Respuesta a Nota sobre Mortalidad Infantil.

Por Nota AGCBA 644/2016 se solicitó al Departamento Materno Infantil un primer requerimiento, sobre el periodo 2013 y los puntos sobresalientes son:

- Los servicios de obstetricia- neonatología registran las muertes infantiles, las historias clínicas son revisadas y cerradas con firma profesional, a igual que su epicrisis. Dicha HC queda en resguardo en la sección archivo de cada Hospital pudiendo la misma ser consultada según requerimiento de cada servicio para su análisis y/o investigación. Una vez acontecida una muerte infantil se remite el IED (informe estadístico de defunción) a la División Estadística de cada Hospital.
- La Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda realiza análisis y bases de datos en forma tabulada.
- A través de las reuniones periódicas de las Redes de Obstetricia, Neonatología y Pediatría se discuten las problemáticas referidas al tema de Mortalidad Infantil.
- El área no cuenta con información de lo realizado por el Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil **(Observación N° 4)**
- Considerando que la Ley N 3968 crea un sistema de vigilancia y auditoria de muertes infantiles en todos los subsectores del sistema de salud de la Ciudad bajo la autoridad del Ministerio de Salud y que el sistema creado establece la notificación inmediata de toda muerte infantil, se determina la información que debe remitirse a la Autoridad de Aplicación con el debido resguardo de los datos personales y clínicos y las medidas que dicha autoridad debe aplicar y disponer la elaboración de informes periódicos públicos para ser puestos a disposición de la Legislatura y del Jefe de Gobierno.
- La información de datos y estadísticas sobre mortalidad infantil se obtienen desde la DGEyC la misma es analizada y se elabora un informe al área de la ministra. Se aportó el Boletín de DGEyC sobre Mortalidad Infantil de la Ciudad en el período 2013/2015.
- En relación al funcionamiento de la sistemática de trabajo y producción de la Comisión cabe señalar que la misma está en proceso de implementación. En virtud del cambio de autoridades políticas y el cambio de Áreas de la Dirección y con el objetivo de poder implementar operativamente el cumplimiento de la Ley 3968 se diseña una nueva modalidad de trabajo.
- El responsable del Departamento informo que dicha sistemática de registro comenzara a funcionar en el mes de julio de 2016 con una prueba piloto con todos los efectores públicos de salud. Dicha sistemática ya fue discutida y consensuada con los servicios de neonatología y pediatría de los hospitales de la CABA.

3) Procedimiento de auditoria

A fin de llevar a cabo un procedimiento de auditoria en hospitales se seleccionará una muestra en base a su significatividad a fin de relevar el



circuito de registro estadístico y evaluar las acciones implementadas con respecto a:

- recursos humanos
- equipamiento e infraestructura
- Comité de Mortalidad Infantil

Del total de las 12 Maternidades del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se seleccionaron 6 por su representatividad estadística. Se enviaron notas a los siguientes efectores: Hospitales Argerich, Elizalde, Penna, Santojani, Gutierrez y Maternidad Sarda. Asimismo, se llevo adelante un relevamiento in situ en tres de los seis efectores (Hospitales Penna, Elizalde y Maternidad Sarda).

1) Hospital J.A. Penna

El Departamento Materno Infantil se encuentra a cargo de la actual Jefa de Departamento de la cual dependen los Jefes de las Divisiones de Tocoginecología y de Pediatría

Desde el Departamento se implementaron diferentes estrategias para disminuir la mortalidad infantil:

Medidas preventivas: talleres para la concientización del personal en relación a la higiene de manos y cartelería .

Cumplen con la recomendación de la OMS de contar con bandejas individuales para cada recién nacido (frascos desinfectantes y un estetoscopio) a fin de disminuir las infecciones intrahospitalarias.

Se han extremado las medidas de seguridad, atento que la población que se atiende en ese sector se encuentra en condiciones vulnerables.

Este Hospital se constituye en centro de derivación para la atención de pacientes que requieren de intervenciones de alta complejidad. En ese esquema de trabajo, se implementó una planilla de Censo Diario de Neonatología y Obstetricia en donde se informa la dotación total de camas, disponibilidad y datos del paciente que requiere derivación. Esta información se eleva al Ministerio desde donde se coordina la demanda, se agiliza la atención y se disminuyen los riesgos.

En el caso del Penna se está en condiciones de atender la demanda de alto riesgo. La Jefa del Departamento Materno Infantil informa que solo el 5% de las embarazadas realizan los controles en los Centros de Salud. La población que reciben es vulnerable, el hospital se encuentra ubicado en la zona sur de la ciudad, el 60 % proviene del conurbano, en un 20% se trata de embarazos adolescentes, problemáticas de adicciones y situación de calle.

La Red de neonatología funciona desde hace varios años al igual que el Comité de Mortalidad Materno Infantil. En este espacio se analizan las historias clínicas y se busca dar respuesta a las dificultades encontradas.

El Hospital está incorporado al Sistema de Información Perinatal y se encuentran volcadas el 100% de las Historias Clínicas. La planilla cuenta con información minuciosa de la madre, de la gestación actual, del parto, del recién nacido, puerperio y egreso del recién nacido.

Si el recién nacido pasa a terapia la información se registra en ese sector.

El Htal Penna cuenta con un Centro Obstétrico inaugurado en septiembre de 2015 que cumple con requerimientos de excelencia en cuanto a infraestructura y equipamiento.

Consta de dos consultorios de Admisión, área Administrativa, Centro de Salud Fetal, 4 TPR (Terapia Parto Respetado) con sala de recepción para el recién nacido, 4 habitaciones de pre-parto individuales, 2 salas de parto, 1 recepción de Recien Nacido, 4 quirófanos (1 de ellos con transmisión de audio y video al aula), 3 camas de recuperación anestésica equipadas como una UTI, todo ello con climatización central.

Asimismo, en avanzada etapa de realización se encuentran las obras de construcción de la Nueva Neonatología y Lactario.

Según refirió la jefa de Departamento, el rendimiento de dicho Centro podría optimizarse si se contara con un anestesista exclusivo para el mismo las 24 hs y un especialista en UTI.

Es necesario el nombramiento de neonatólogos para completar la dotación encontrándose en ejecución los respectivos concursos. Si bien en términos absolutos cuenta con 50 enfermeros, las ausencias y licencias de ese personal no permite tener una cobertura del 100%.

Recursos Humanos Análisis del Trienio 2013 al 2015

Hospital J.A. PENNA		
Servicio	Cargo	Cantidad
Neonatología	Residente	3
	Aux. de enfermería	8
	Pediatra	2
	Neonatólogo/a	5
	Jefe de Sección	2
	Fonoaudiólogo/a	1
	Administrativo	1
	Enfermero/a	65
	Lic. En enfermería	7
	Esp. Gdia. Neonatología	7

“2017, Año de las Energías Renovables”

Obstetricia	Aux. de enfermería	12
	Administrativo	2
	Esp. Gdia. Obstetricia	2
	Jefe de Departamento	1
	Jefe de División	1
	Enfermero/a	16
	Lic. En enfermería	2
	Residente	1
	Obstetrica	23
	Jefe de Unidad	1
	Jefe de residentes	9
Total		171

Datos Estadísticos de Mortalidad Infantil: De acuerdo a la información recibida fueron 37 defunciones durante el 2013.

Comité morbilidad/mortalidad

Del análisis de las Actas de Reunión surge la siguiente información:

- 1.- El Comité de Mortalidad Infantil se reunió en 2 (dos) ocasiones durante el año 2013: 9/4 y 6/11.
- 2.- De los 135 RN con sospecha de sepsis del año 2012, fueron probados 18 casos. (13.33 %)
- 3.- Hasta el **6/11/2013** se produjeron 33 muertes neonatales. Las causas de muerte neonatal se indican en el siguiente cuadro:

Causa de muerte	Casos	% del total
Sepsis	14	42.42
Malformación congénita	9	27.27
Sospecha de sepsis	5	15.15
Prematurez extrema	2	6.06
Otros	2	6.06
Sin datos	2	6.06

En total suman 34 casos porque 1 RN tuvo doble diagnóstico: prematurez extrema y sepsis

4.- No se encuentra la Historia Clínica en 6 (seis) de 33 casos de muerte neonatal: 21.21% **(Observación N° 6)**

5.- No se cumple con las normas de seguridad e higiene básicas para la prevención de infecciones: personal de limpieza, lavado de manos, antisépticos.

6.- En 2 (dos) casos se verifica el diagnóstico de sepsis intrahospitalaria, no verificándose la etiología en los 12 restantes.

“2017, Año de las Energías Renovables”

	Edad Gestacional(en semanas)	Peso (en gramos)	Diagnóstico	Observaciones
1	28	1040	Sepsis	
2	41	1170	RCIU. Sepsis ²	
3	27	790	SDR ³	
4	S/D	S/D	S/D	Parto domiciliario
5	37	2200	Polimalformado	
6	24	1000	S/D	
7	39	2770	Patología genética	
8	40	4200	Fallo multiorgánico Síndr. de Down	Sin HC
9	S/D	710	Sepsis IH ⁴	
10	41	4400	Fallo multiorgánico	Sin HC
11	25	690	Neumotórax. Gemelar.	Sin HC
12	30	1500	Sepsis	
13	33	1800	Polimalformado. Sosp. De sepsis	Sin HC
14	28	900	Ductus. Sepsis	
15	S/D	S/D	Fallo multiorgánico. Sepsis	
16	S/D	900	Sepsis IH	
17	39	3700	Malformación congénita.	Pase a Legal y Técnica
18	23	520	Sospecha de sepsis	Madre VDRL ⁵ + *
19	24	600	Sospecha de sepsis	Sin HC
20	24	730	Prematuro extremo	
21	38	1350	Polimalformado	
22	32	2140	Polimalformado	
23	24	650	Sospecha de sepsis. Gemelar	Sin HC
24	24	500	Prematuro extremo. Gemelar	
25	32	2010	Displasia campomélica.	
26	24	550	Sepsis. Gemelar	
27	37	1850	Polimalformado	
28	28	1190	Fallo multiorgánico. SDR.	
29	24	630	Sospecha de sepsis	
30	25	750	Sepsis	
31	23	550	Postparto inmediato. Apgar 1/0	
32	35	1600	Hidrops fetal	Madre adicta. VDRL + *
33	23	610	Sepsis	

² Restricción de Crecimiento Intra Uterino

³ Síndrome Distres Respiratorio

⁴ Intra Hospitalario

⁵ Prueba serológica para detección de sífilis.

2) Hospital Elizalde

El Hospital cuenta con Unidad de Neonatología con 24 puestos, 12 puestos de Alta complejidad (actualmente funcionan 9) y 12 de mediana complejidad.

Con respecto al equipamiento faltan 3 respiradores, 3 monitores multiparamétricos y 20 bombas de infusión a jeringa. Dos monitores están en reparación hace un año debido a las dificultades para importar esos elementos.

Respecto al personal, manifestaron dificultades en enfermería, debido a que el personal designado, es utilizado por otras áreas de según las necesidades del momento.

Del 2013 al 2015, según informaron hubo 11 cargos de enfermería más para Neo, que se redistribuyeron entre otros servicios. Es necesario personal de enfermería en los fines de semana. **(Observación N° 7)**

Servicio	Cargo	Cantidad año 2013
Neonatología	Jefe de Unidad	1
	Medico de planta Titular	6
	Especialista en guardia Medico titular	12
Internación Neo.	Jefe	1
	Enfermera	10
	Auxiliar	3
	Licenciada	10
Terapia Intensiva	Jefe	1
	Enfermera	22
	Auxiliar	1
	Licenciada	6
Total		73

Respecto a los anestesiistas, el Hospital tiene asignado un solo anestesiista para cubrir la guardia, tomógrafo, cirugía general, etc. Se están haciendo trámites tendientes a gestionar la incorporación de dos anestesiistas y un técnico para la guardia.

El Hospital no cuenta con Comité de Mortalidad infantil, actualmente está en formación. **(Observación N° 7)**

Funciona el Comité de Control de Infecciones, éste cuenta con un Área Médica y un Área de Enfermería, integrada por 5 enfermeros, que se ocupan del control de infecciones hospitalarias. Este Comité tiene reuniones periódicas con la Dirección del Hospital, donde se analizan las situaciones surgidas y se evalúan las conductas a tomar. Uno de los miembros de este Comité, está en la organización del Comité de Mortalidad Infantil.

Se han formado grupos de trabajo, que han intentado disminuir las infecciones intrahospitalarias y la mortalidad infantil:

- Grupo interdisciplinario específico para disminuir las infecciones
- Grupo de catéteres: Se cambió la metodología de cuidado de los mismos, buscando intensificar la higiene a través del lavado de manos. Funciona desde 20/2/2013
- Se llevó a cabo una capacitación en servicio para el personal, sobre control de infecciones, lavado de manos, etc.

Con estas acciones y según lo mencionado, mejoró la mortalidad del 2015 respecto del 2014.

Con respecto a las causas del incremento de la mortalidad infantil en el año 2013, los entrevistados refieren que se debió principalmente, a una mayor complejidad de los pacientes, originada esencialmente por causas sociales, a un aumento de malformaciones, y de cardiopatías congénitas incompatibles con la vida.

Debe hacerse una salvedad, que este Hospital no es comparable al resto, ya que es centro de derivación de patologías graves. La mayor cantidad de niños fallecidos ocurre en la etapa posneonatal.

Las derivaciones, provienen en su mayoría de la Ciudad de Bs. As, las cuales se realizan a través del SAME. Las derivaciones provenientes de la Prov. de Bs. As, son solicitadas a la Región Sanitaria correspondiente y la misma hace el requerimiento al SAME.

Planta Física: La Unidad de Neonatología se encuentra ubicada en el nuevo edificio del Hospital y no adolece de falencias ni defectos, encontrándose en adecuadas condiciones operativas.

Equipamiento: La unidad de Neonatología tiene equipamiento moderno. Se incorporó un equipo de determinación de gases en sangre cuya provisión de insumos es inconstante.

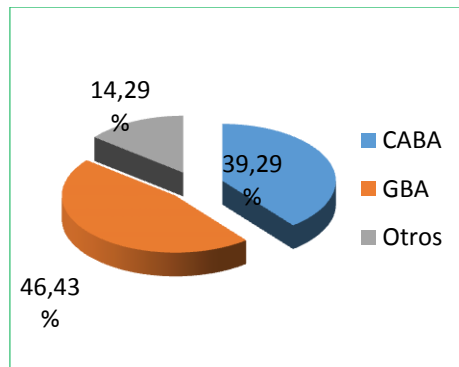
Cuentan con 7 respiradores y se ha gestionado la incorporación de nuevos respiradores. El sector de Terapia Intensiva Neonatal cuanta con 12 unidades de internación con monitoreo multiparamétrico centralizado. A la fecha solo se encuentran habilitadas 9 unidades debido a que 3 monitores multiparamétricos se encuentran fuera de servicio. **(Observación N° 7)**

Análisis de Historias Clínicas

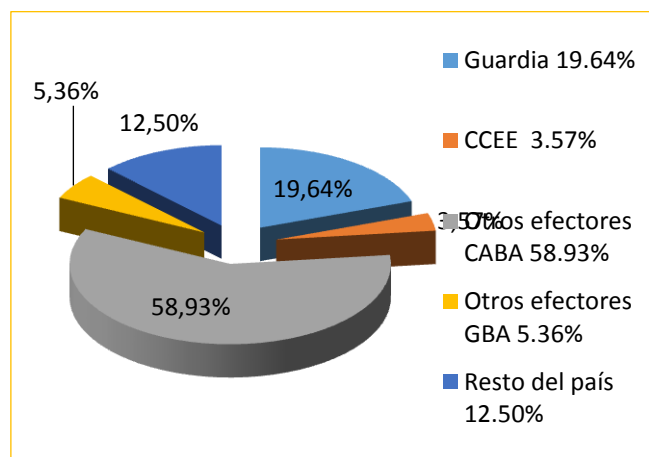
Los gráficos siguientes muestran los resultados del análisis de la Mortalidad Infantil a través de 56 Historias Clínicas

“2017, Año de las Energías Renovables”

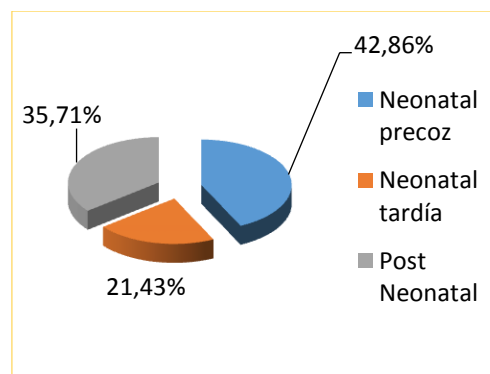
Domicilio

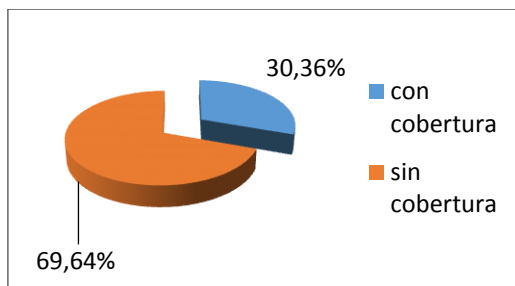


Procedencia



Clasificación según ley 3968



Cobertura MédicaDiagnóstico

Las causas más frecuentes de mortalidad infantil fueron:

Cardiopatías congénitas	18	32,14%
Sepsis	16	28,57%

El porcentaje restante comprende otras malformaciones congénitas, tumores y patologías de resolución quirúrgica.

Se verifica según los cuadros precedentes que no obstante el porcentaje de pacientes con domicilio en GBA es del 46,43%, la procedencia de las derivaciones de efectores de la CABA es del 58,93%.

Se debe tener en cuenta que, siendo el Hospital de Pediatría "Dr. Pedro de Elizalde" un efector de alta complejidad, las derivaciones tempranas de pacientes con patología grave generan un porcentaje de mortalidad infantil que se encuentra por encima del promedio de los Hospitales Generales de Agudos de la CABA.

3) Maternidad Sarda

El Jefe de Neonatología refirió que el Servicio forma parte de la Red Neonatal y señala que hubo cambios importantes a partir de la regionalización. Desde el Same y el Departamento Materno Infantil se administra la derivación de los casos. Realizan un censo diario de camas disponibles que elevan al Departamento Materno Infantil y luego esa información se deriva al Same

No cuentan con Comité de Mortalidad Infantil. **(Observación N° 8)**

Otro aspecto que impacta en la mortalidad infantil es la falta del recurso humano suficiente y el equipamiento.

En época invernal, debido al aumento de patología respiratoria (bronquiolitis), el Servicio completa su capacidad de respuesta, planteándose la necesidad de reforzar los planteles de enfermería.

Respecto a los RRHH, informa que al producirse una vacante hay una demora de 6 (seis) meses hasta que se efectiviza el llamado a concurso y luego de realizado, el plazo para oficializar el nombramiento, tiene aproximadamente la misma duración. Los cargos de planta no se cubren hasta el nombramiento.

Respecto a Anestesiología, los nombramientos se resuelven a través de la Asociación de Anestesiología de Buenos Aires (AAARBA), y a partir de 2016 se nombró, luego de varios años, un Jefe de Anestesiología.

En el año 2016, por primera vez, no se cubrieron las residencias de Neonatología. A partir del año 2014, se abrió la Residencia articulada, por la que los residentes cumplen funciones durante 3 años en los Servicios de Neonatología y 2 en los de Pediatría, Se supone que en los próximos años podrán dar respuesta a la falta de especialistas.

Estructura

69 Unidades de Internación en la Unidad de Internación Conjunta. (Madre e hijo)

26 cunas en UTI.

32 cunas en Canales (Fisiología de la transición)

23 cunas de luminoterapia y bajo riesgo.

9 servocunas

19 incubadoras.

2 incubadoras de transporte

2 incubadoras nueva generación (préstamo)..

No cuentan con módulos de ventilación no invasiva. **(Observación N° 8)**

Red de Neonatología: El HMI R.Sardá atiende 130 prematuros de un total de 360 nacimientos de esas características, en el sistema. La población que se atiende es un 60 % proveniente del GBA y se realizan los controles en la Maternidad.

Con mucha frecuencia acceden pacientes con patología crítica.

En estos casos se realiza un trabajo con el Equipo de Diagnóstico de Malformaciones Prenatales. Existe un convenio con el Garrahan para realizar derivaciones de RN con patología quirúrgica.

Cuentan con un equipo de Atención Integral de Adolescencia debido a la concurrencia de un alto porcentaje de pacientes adolescentes.

Están funcionando como Maternidad 3 B de alto riesgo sin haber disminuido el bajo riesgo. Implementada la regionalización, las pacientes obstétricas de bajo riesgo deberían ser derivadas a otros efectores.

Recursos Humanos incorporados en 2013

Servicio	Cargo	Cantidad año 2013
Neonatología	Enfermero/a	5
	Lic. En enfermería	1
	Aux. de enfermería	2
	Medico de planta	1
Obstetricia	Enfermero/a	6
	Lic. En enfermería	1
	Aux. de enfermería	2
	Especialista de guardia	1
	Instrumentadora quirúrgica	2
Total		21

Obras (Observación N° 8)

Desde hace 1 año y medio se encuentra paralizada la obra del nuevo Centro Obstétrico; para dichas obras fueron inhabilitadas 4 camas de Terapia Intensiva y 3 de Terapia Intermedia. Las salas de TPR (Trabajo de Parto respetado) también están paralizadas. Actualmente se están realizando licitaciones a fin de continuar las obras.

Causas de muerte

Este año durante el primer semestre fallecieron 9 recién nacidos que comprenden el cumplimiento de la ley 1044 de patología incompatible con la vida.

Sepsis: infecciones adquiridas en el Hospital en un 90 % de los casos.

Hay medidas para evitar las infecciones tales como higiene de manos, no obstante hay que reforzar constantemente los hábitos.

Cuentan con dos Médicas Infectólogas: una para adultos y la otra para niños y dos enfermeras especializadas.

La estadística de los casos es registrada por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda-GCBA quienes efectúan análisis de la mortalidad infantil con entrecruzamiento de datos y elaboración de informes.

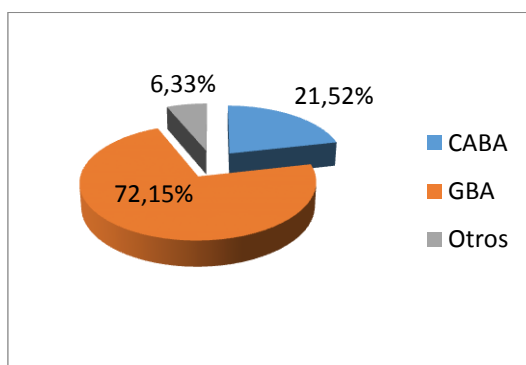
Análisis de Historias Clínicas HMI Ramón Sardá

Se analizaron 79 HC de las 84 defunciones ocurridas en el año 2013. Las 5 restantes no se encontraban en archivo al momento del procedimiento.

“2017, Año de las Energías Renovables”

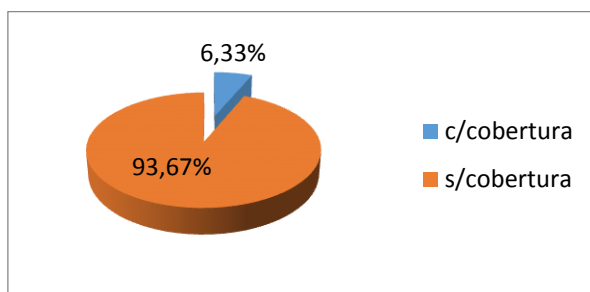
Domicilio

CABA	21,52%
GBA	72,15%
Otros	6,33%



Cobertura Médica

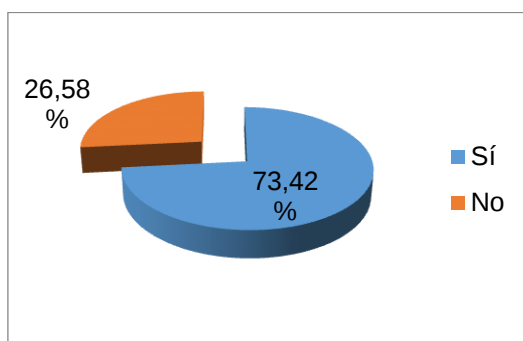
c/cobertura	6,33%
s/cobertura	93,67%



Controles del embarazo en Hospital Materno Infantil Ramón Sarda

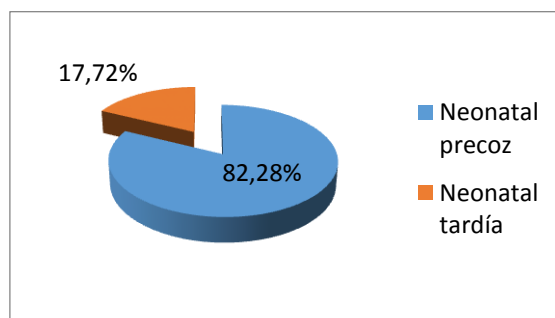
Sí	73,42%
No	26,58%

“2017, Año de las Energías Renovables”



Edad

Neonatal precoz	82,28%
Neonatal tardía (*)	17,72%



(*) Neonatal Tardía: Se incluyen 2 (dos) pacientes derivados a Htal. Gutiérrez y Htal. Garrahan para tratamiento quirúrgico, luego de los cuales, se reintenaron en el HMIRS.

Diagnósticos (*)

Prematurez extrema (1)	19	24,05%
Malform. Congénita (2) (Incluye Anencefalia y Card. Congénitas)	16	20,25%
Síndr. Genético (3)	10	12,66%
Fallo multiorgánico (4)	18	22,78%
Polimalformados	9	11,39%
Ley 1044 (5)	5	6,33%
Patología neurológica	2	2,53%
Total	79	100,00%

(1) Menor a 28 semanas de gestación

(2) Son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas.

“2017, Año de las Energías Renovables”

Anencefalia: La anencefalia es un defecto en la fusión de varios sitios de cierre del tubo neural durante la embriogénesis

(3) Una **enfermedad** o **trastorno genético** es una afección patológica causada por una alteración cromosómica

(4) El **síndrome de disfunción multiorgánica** (SDMO), es la presencia de alteraciones en la función de dos o más órganos en un paciente enfermo, que requiere de intervención clínica para lograr mantener la homeostasis. Está caracterizado por una «disfunción progresiva» y, en algunos casos, secuencial.

(5) Ley 1044: tiene por objeto regular, en el marco de lo establecido por Ley N° 153, el procedimiento en los establecimientos asistenciales del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida.

4) Hospital Santojanni

Durante el 2013 no funcionó el Comité de Mortalidad Infantil. **(Observación N° 9)**

Modificaciones edilicias: Durante el 2014 se cambió la instalación eléctrica y se colocaron baterías independientes para prevenir eventuales cortes de energía en el servicio.

Ingresos de Equipamiento: Desde el año 2013 al 2015 se incorporaron los siguientes elementos: Lupa de pie, 1 incubadora de transporte, 4 multiparamétricos, 50 cunas de acrílico, 3 LMT led y bilirrubinómetro transcutáneo

Recurso Humano Neonatología incorporado en 2013

Servicio	Función	Cantidad
Neonatología	Jefe de Unidad	1
	Jefe de Sección IC	1
	Jefe de Sección UCIM	1
	Jefe Sección UTI	1
	Medico Guardia y Planta	9
	Medico Guardia	10
	Medico Planta	9
	TOTAL	32

Se solicitó por Nota AGCBA 1530/16 y por Nota reiteración AGCBA N° 1349/16 listado del recurso humano de los Servicios de Neonatología y de Obstetricia.

Se recibió información del Servicio de Neonatología solamente sin incorporación del personal de enfermería. Asimismo, se solicitó información sobre la tasa de Mortalidad Infantil año 2013, respondiendo en porcentajes: **(Observación N° 9)**

Mortalidad Infantil 8%

Posneonatal: 0%

Neonatal: Precóz: 6.7 % Depurada 5.1%

Tardia: 3.2 % Depurada 2.9 %

10) Hospital Argerich

Durante el 2013 funcionó el Comité de Morbi-Mortalidad Materna y Mortalidad Infantil.

El Htal Argerich trabaja con el Htal Garrahan en un programa de atención perinatal, por lo cual además de la atención de prematuros menores a 1000 gr por su condición de Maternidad 3 B reciben recién nacidos con malformaciones congénitas.

Recursos Humanos incorporado 2016

Servicio	Función	Cantidad año 2016
Neonatología	Jefe de sección	1
	Médicos Guardia	13
	Médicos de Planta	14
	Enfermeros	34
	Obstetras de Guardia	2
	Licenciadas en obstetricia de guardia	2
	Médicos	1
	Jefe de Servicio Planta	1
Obstetricia	Jefe de Unidad	1
	Medicos de planta	12
	Licenciadas en obstetricia	3
	Enfermeros	9

En el trienio 2013- 2015 ingresaron un total de 20 enfermeros y 15 de ellos no se encuentran en el sector por diferentes causas (jubilación, pase a otro servicio del hospital)

Pendiente de concurso: un cargo de Jefe de Unidad y un cargo de médico de planta

Plata física: No se han realizado reformas en el periodo del 2013 al 2015. Se ha solicitado la reforma del Centro Obstétrico para cumplir con la Ley de Parto Respetado y la reforma de la sala de Pediatría. **(Observación N° 10)**

Equipamiento: Se recibieron varios elementos a través de la Cooperadora del Hospital::

Fundación Banco Nación año 2014:

- a) 1 Ecógrafo Esaote
- b) 2 Incubadoras con Servohumedad Medix
- c) 4 Calentadoras humidificadores
- d) 3 Bombas extractoras de leche (Ninguna funciona en el momento actual)
- e) 20 Sensores de flujo para SLE 500 (modelo descartable Medix)
- f) 2 Luminoterapia Led
- g) 3 Balanzas digitales

Boca Juniors 2015:

- a) Oftalmoscopio para realizar fondo de ojo a prematuros y RN.
- b) 1 Medidor de bilirrubina transcutanea, dado que el insumo era de una marca ya no es plaza se rompió y no tiene reparación por lo que ya no se cuenta con el preciado recurso.

Fundación Roca:

- 1 SLE 5000 (respirador) en mayo 2015

11) Gutiérrez

Durante el 2013/2015 no hubo modificaciones edilicias. En cuanto al equipamiento, en los años 2013 y 2014 no ingresó ningún dispositivo nuevo. En 2015 se incorporaron varios elementos a través de la Cooperadora del Hospital y de COAS (ecógrafo, respiradores, incubadoras, luminoterapia, monitores de Saturación, cunas, etc)

No se recibió información sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad infantil y de acuerdo a respuesta Nota AGCBA N° 644/16 el Hospital no respondió al requerimiento del Departamento Materno Infantil sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad Infantil. **(Observación N° 11)**

El Servicio de Neonatología informo un total de 15 defunciones en el año 2013:

- 8 Neonatales
- 7 Postneonatales

Recursos Humanos incorporados en trienio 2013 a 2015 : 3 Médicos Neonatólogos de Guardia.

Observaciones

1) Aspecto Normativo, no se cumple con:

1.1. Artículo N° 8: Auditoria de Muertes Infantiles

1.2. Artículo N° 10: Registro e Informes de casos notificados y su seguimiento

1.3. Artículo N°11 y N° 12: Informes Públicos Trimestrales e Informes Semestrales al Jefe de Gobierno y a la Legislatura.

2) Reglamentación: La ley N° 3968 promulgada el 1/12/2011 a la fecha del cierre de las tareas de campo no se encuentra reglamentada.

3) Se verificó que el Expediente N° 2057922/2011 mediante el cual se tramitó la reglamentación de la Ley N° 3968 tuvo demoras en la prosecución del trámite de reglamentación en las áreas: Dirección General Legal y Técnica del Ministerio de Salud (10 meses) y Jefatura de Gabinete de Ministros (8 meses).

4) Información estadística

4.1. Los datos sobre Mortalidad infantil no son homogéneos y varían según la fuente de registro seleccionada.

4.2. El Departamento Materno Infantil no cuenta con información de lo realizado por el Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil

5) Departamento Materno Infantil: Del relevamiento efectuado y de la información recibida no constan:

5.1. Informes de la Comisión Asesora Permanente para el Seguimiento de la Morbimortalidad Materna y Mortalidad infantil en el marco de la Resolución N° 1237/GCABA/04.

5.2..Reglamento de funcionamiento interno de la Comisión Asesora Permanente

5.3..Funcionamiento de Comités de Auditoría Médica, conformación y resultado de las actividades de los mismos.

5.4.Composición del Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil y Pediátrica en Tiempo Real y Informes de acuerdo a Resolución N° 2707/GCABA/07..

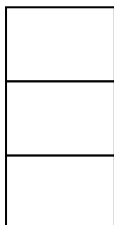
6) Hospital Penna

De acuerdo al análisis de las actas se verificó la falta de 6 Historias Clínicas de un total de 33 casos de muerte neonatal. En las Actas sólo se registra nombre y apellido de los neonatos.

7) Hospital Elizalde

7.1. El Hospital no cuenta con Comité de Mortalidad infantil ⁶

⁶ Actualmente está en formación.



7.2. Es necesario personal de enfermería en los fines de semana.

7.3. El Hospital cuenta con un solo anestesiólogo para cubrir la guardia, tomógrafo, cirugía general, traumatología, neurocirugía.

7.4. De un total de 12 Unidades de Internación se encuentran habilitadas 9 debido a que 3 monitores multiparamétricos se encuentran fuera de servicio

8) Maternidad Sarda

8.1. La Maternidad no cuenta con Comité de Mortalidad Infantil

8.2. Equipamiento: No cuentan con módulos de ventilación no invasiva.

8.3. Desde hace 1 año y medio se encuentra paralizada la obra del nuevo Centro Obstétrico; para dichas obras fueron inhabilitadas 4 camas de Terapia Intensiva y 3 de Terapia Intermedia. Las salas de TPR (Trabajo de Parto respetado) también están paralizadas

9) Hospital Santojanni

9.1. Durante el 2013 no funcionó el Comité de Mortalidad Infantil.

9.3. No se recibió información estadística completa sobre Datos de Mortalidad Infantil año 2013

10) Hospital Argerich

Falta de reformas en el Centro Obstétrico para cumplir con la Ley de Parto Respetado N° 25929

11) Gutiérrez

11.3. No se recibió información sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad infantil

11.4. De acuerdo a respuesta Nota AGCBA N° 644/16 el Hospital no respondió al requerimiento del Departamento Materno Infantil sobre el funcionamiento del Comité de Mortalidad Infantil.

Recomendaciones

1) Implementar las medidas necesarias a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 3968 respecto a realización de auditorías de muertes

infantiles, registros e informes de casos notificados y su seguimiento e informes destinados al Jefe de Gobierno, a la Legislatura y al público.

2) y 3) Agilizar los tiempos a fin de lograr la Reglamentación de la Ley N° 3968

4) Unificar las modalidades de registro sobre Mortalidad Infantil a fin de lograr que el Departamento cuente con información fidedigna y completa.

5) Implementar las medidas necesarias a fin de generar mecanismos efectivos que den cumplimiento a la normativa vigente.

6) Htal. Penna: Elaborar las actas del Comité de Mortalidad Infantil con información completa e implementar mecanismos de registro que permita acceder a la totalidad de las Historias Clínicas.

7) Htal. Elizalde y Maternidad Sarda: Dar cumplimiento a lo establecido respecto del Comité de Mortalidad Infantil e implementar las medidas requeridas a fin de contar con el recurso profesional y de equipamiento necesario.

9) Hospital Santojanni y Htal. Gutierrez: Dar cumplimiento a lo establecido respecto del Comité de Mortalidad Infantil e implementar las medidas requeridas a fin de contar con información completa sobre Datos de Mortalidad Infantil.

10) Htal. Argerich: Implementar las reformas necesarias a fin de dar cumplimiento a Ley de Parto Respetado N° 25929

Conclusión

La ley N° 3968/11, promulgada el 01/12/2011, establece un sistema de vigilancia y auditoría de muertes infantiles en todos los efectores del sistema de salud con el objeto de adoptar medidas con la finalidad de reducir la mortalidad infantil. Como autoridad de aplicación establece al Ministerio de Salud y hasta el momento de cierre de las tareas de campo no se había reglamentado. En su estructura formal establece la notificación inmediata de muertes infantiles, la auditoria, registro e informe de casos.

De los procedimientos de auditoria implementados se verificó que no se dio cumplimiento a lo establecido en la normativa respecto de: Auditoria de Muertes Infantiles, registro e Informes de casos notificados y su seguimiento y elaboración de Informes Públicos Trimestrales e Informes Semestrales al Jefe de Gobierno y a la Legislatura. En cuanto a los Comité de Mortalidad Infantil

debemos destacar que, durante el período auditado, se encontraba en funcionamiento solo en dos hospitales de los seis seleccionados en la muestra.

Los datos y estadísticas sobre mortalidad infantil se obtienen desde la DGEyC. La misma es analizada y se elaboran informes que se elevan a Ministerio. Sin embargo, no constan registros centralizados de esta problemática en el Departamento Materno Infantil como así tampoco informes de Comisión Asesora Permanente para el Seguimiento de la Morbimortalidad Materna y Mortalidad infantil en el marco de la Resolución N° 1237/GCABA/04. Comités de Auditoría Médica, conformación y resultado de las actividades de los mismos y Composición del Comité Central de Análisis, Estudio e Investigación de la Mortalidad Infantil y Pediátrica en Tiempo Real e Informes de acuerdo a Resolución N° 2707/GCABA/07.

Resulta imprescindible avanzar en la reglamentación de la Ley a fin de afianzar la distribución de responsabilidades y tareas necesarias para su efectivo cumplimiento y jerarquizar las áreas que en forma directa o indirecta están involucradas a la temática.