



INFORME FINAL DE AUDITORIA

Con Informe Ejecutivo

Proyecto Nº 3.17.05

PARTO HUMANIZADO

Auditoria de Gestión

Período 2016

Buenos Aires, Julio 2018

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría General de la Ciudad de Bs. As.

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jean Jaures 216 - 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 DEL PROYECTO: 3.17.05

NOMBRE DEL PROYECTO: "Parto Humanizado"

PERIODO BAJO EXAMEN: 2016

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto: Dr. Julio Bello

Supervisor: Cdor. Raúl Marcelo Cao

Objetivo: Evaluar la existencia de los recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos.

FECHA DE APROBACIÓN: 11 DE JULIO DE 2018

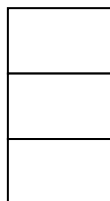
APROBADO POR: DISIDENCIA PARCIAL

RESOLUCIÓN NRO: 247/18

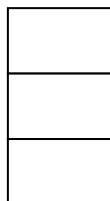
INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, julio 2018
Código del Proyecto	3.17.05
Denominación del Proyecto	Parto Humanizado
Período examinado	Año 2016
Objeto	Verificar el cumplimiento de la Ley 25.929 Se analizarán los Servicios de Obstetricia de los Hospitales Generales de Agudos, determinados por la planificación anual: • Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez • Hospital General de Agudos José M. Penna
Objetivo de la auditoría	Evaluar la existencia de los recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos.
Alcance	Verificar el cumplimiento de la Ley 25.929, comprobando: - la existencia de controles de calidad en los procesos y procedimientos de la actividad, a través de registros, y de evidencia documental. - las características de la estructura física y el equipamiento necesarias. - se evaluará la existencia de los recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos. Las tareas de campo se desarrollaron entre el 01/08/2017 y el 08/03/2018.
Limitaciones al alcance	No existen.
Aclaraciones previas	Definición del parto humanizado y la ley en Argentina El Ministerio de Salud de la Argentina define el parto humanizado como una manera de "generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible". Implementada en 2004, la ley tiene la meta de empoderar a la mujer, informarla sobre sus distintas opciones durante el proceso del parto

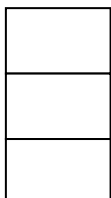
	y darle el rol de protagonista en su embarazo, parto y entrada en la maternidad: "Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales. A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma. La ley, como resumen, alcanza a definir los siguientes componentes de un parto humanizado: que la madre sea informada, que el parto sea personalizado y respetuoso de la individualidad y cultura de la mujer, que no utilicen ninguna práctica innecesaria, que la madre sea acompañada y que la mamá pueda tener contacto con su bebé y que pueda elegir cómo quiere tener su parto.
--	---



	En el año 2004 en el ámbito de la C.A.B.A.se crea mediante Ley N° 1468 (Sanción: 16/09/2004, Publicación: 27/10/2004, BOCBA N° 2054) el Programa "Acompañar", dirigido a la atención primaria de la salud de mujeres en edad fértil, dependiente de la ex Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a desarrollarse en los Centros Médicos Barriales o en los Centros de Salud y Acción Comunitaria, cuyo objetivo era entre otros: educar respecto de la salud reproductiva así como también respecto del embarazo, parto, puerperio y crianza; estimular la lactancia materna exclusiva; concientizar a la mujer acerca de las ventajas del parto humanizado; disminuir el índice de cesáreas; fomentar el parto vaginal. Si bien el Artículo 5, estableció un plazo de 60 días desde su promulgación para que el Poder Ejecutivo reglamentará la Ley, esta no se hizo efectivo. Teniendo en cuenta la sanción de la Ley N° 1040, con el objeto establecer, impulsar y promover el desarrollo del Proyecto Plan para Humanizar los Nacimientos y desarrollar el Primer Centro de Nacimiento Humanizado en el ámbito de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se suscribe un Convenio de Vinculación entre la Secretaría y la Fundación para el Inicio de la Vida, que es ratificado por el Decreto n° 139/GCABA/05 (Sanción: 09/02/2005, Publicación: 16/02/2005, BOCBA N° 2130) estableciéndose como el primer centro de nacimiento humanizado el Hospital Teodoro Álvarez. En virtud de lo convenido se dispuso desarrollar en el sector de Maternidad del efector el Proyecto Plan para Humanizar Nacimientos y capacitar los recursos profesionales y un equipo de mujeres como acompañantes y contenedoras de las mujeres en trabajo de parto denominadas ALIPE, realizar las adaptaciones en la estructura física del sector y brindar el mobiliario necesario. En el año 2007, mediante el Decreto N° 258 (Sanción: 12/02/2007, Publicación: 16/02/2007, BOCBA N° 2628) se aprobó la reglamentación de la Ley N° 1.040. Estableciendo entre otras responsabilidades la obligatoriedad para el personal de los establecimientos asistenciales del Sistema de Salud a informar a la
--	--



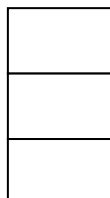
	embarazada sobre el derecho que asiste a las mujeres que se encuentren en la situación contemplada en la Ley N° 1.040. Las embarazadas solo podrán designar acompañante de sexo femenino para todas las instancias que impliquen compartir internación con otras pacientes. En ningún caso el ejercicio de este derecho, deberá vulnerar el derecho a la intimidad de las restantes mujeres internadas en trabajo de parto o en parto Para el trabajo de parto y el parto, podrá designar a un acompañante pudiéndose ser el mismo u otro diferente para las etapas que impliquen internación, no admitiéndose en ningún caso más de un acompañante. La autorización al acompañante, no implica la obligación por parte de la institución sanitaria de brindarle alimentación, alojamiento ni ningún otro servicio propio de la internación de pacientes. El acompañante designado, deberá ser fehacientemente identificado. En situaciones quirúrgicas, de emergencia o aquellas que impliquen un riesgo para la salud de la madre o del niño, podrán los médicos intervinientes disponer la salida del acompañante, el que podrá permanecer en un ámbito próximo al que se desarrollen los actos médicos. Tendrá derecho a ser informado de la evolución de la paciente. Por ultimo en el año 2015 se faculta al Ministerio de Salud a dictar las disposiciones complementarias necesarias para dar cumplimiento a la Ley N° 25929 y mediante el Decreto N° 2035/2015 (Sanción: 24/10/2015, Publicación: 01/10/2015, B.O. N° 33226) se aprueba la reglamentación de la referida Ley. Es importante tener en cuenta que para poder cumplir la ley de parto humanizado; es imprescindible contar con planta física con determinadas características: contar con salas de TPR (Trabajo de Parto y Recuperación) y las salas de internación con espacio suficiente y privacidad para permitir el acompañamiento de la parturiente.
--	---



Observaciones principales	VII.1 Marco normativo a) Atribuciones legislativas En virtud de lo dispuesto por la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires¹, todos los tratados, convenios y acuerdos celebrados por el "Gobernador" de la Ciudad, deben ser sometidos a la aprobación o rechazo de la Legislatura local. Al respecto, y referido al Convenio de Vinculación celebrado entre la Ex – Secretaría de Salud de la Ciudad; ratificado (por incompetencia en razón de grado de acuerdo a lo dispuesto en Decreto N° 1510-GCBA-1997²) por el Jefe de Gobierno mediante Decreto N° 139/GCABA/05; y la Fundación para el Inicio de la Vida, no se detectaron evidencias de cumplimiento de lo establecido por la Carta Magna de la Ciudad. La ausencia de cumplimiento de lo normado por la Constitución de la Ciudad, deriva en la falta de un adecuado marco legal de las operaciones concertadas en el ámbito del Convenio; objeto del presente comentario. b) Cumplimiento de la Ley 1040 Conforme lo dispuesto por el Art. 1 de la ley 1.040 "toda mujer tiene derecho en el transcurso del trabajo de parto y al momento del nacimiento, como así también en la internación, a estar acompañada por la persona que ella designe". A la fecha, de acuerdo a lo expuesto en la observación siguiente, no se ha dado cumplimiento a lo descripto en el párrafo anterior en el plazo de 360 días dispuesto por el Art. 3 de dicha ley, vulnerando el derecho de la mujer, mencionado en el primer párrafo de estar acompañada por la persona que designe.
---------------------------	---

¹ Título Tercero – Poder Legislativo, Capítulo Segundo – Atribuciones, Art. 80, inciso 8°

² Artículo. 19 - Saneamiento. El acto administrativo anulable puede ser saneado mediante: a) Ratificación. Ratificación por el órgano superior, cuando el acto hubiere sido emitido con incompetencia en razón de grado y siempre que la avocación, delegación o sustitución fueren procedentes;



VII.2 Planta física

a) Salas de Internación

Hospital Álvarez

Las salas de internación que incluyen dos camas con su respectiva cuna, no dan cumplimiento al metraje requerido por la normativa, 9 metros cuadrados por cada cama/cuna de acuerdo a lo dispuesto por el ítem I.C.2. Sala de Internación Conjunta, Res. N° 348/2003 y no cuentan con un baño cada 4 camas.

Asimismo, las salas no poseen divisiones fijas para proveer intimidad a las madres.

Hospital Penna

Las salas de internación compartida no cuentan con elementos de separación fijos o móviles entre las camas para respetar la privacidad de las mujeres; el espacio asignado para alojar al recién nacido en su cuna, junto a la cama de su madre y permitir las funciones médicas y de enfermería para ambos es insuficiente, no cuenta con un baño cada 4 camas y no dispone de espacio para acompañante, contrariamente a lo dispuesto por la normativa aplicable, mencionada en el punto anterior.

b) Salas de TPR (Trabajo de parto, Parto y Recuperación)

Hospital Álvarez

Dentro del sector de maternidad del Hospital Álvarez se encuentran 3 salas de TPR que no dan estricto cumplimiento a lo establecido en la normativa (ítem I.C.8. Unidades Combinadas Salas TPR, de la Res. 348/2003).

Al respecto, pudo ser verificado que:

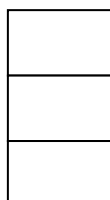
- la superficie de cada TPR no alcanza a los 25 metros cuadrados;
- la atención del recién nacido no se encuentra a la vista de la madre;
- una de las salas TPR incluye el lugar de acceso de los médicos a quirófano de tal forma que carece

	absolutamente de la intimidad y la tranquilidad necesaria. VII.3 Impacto de la ley a) Analizando los datos filiatorios, no podemos evidenciar impacto a partir de la aplicación de la ley acerca de elección de métodos anticonceptivos y planificación de embarazos. b) Conforme lo expresado en el Capítulo Tareas y Procedimientos, al intentar relacionar la elección de acompañamiento con nacionalidad, lugar de residencia y multiparidad, no se pudo detectar relación con ninguno de los ítems. c) De acuerdo a lo descripto en el capítulo VI.3, ítem 3.2 <i>M.A.C. (Método Anticonceptivo) y embarazos planificados</i>, se evidencia que menos del 45 % son embarazos planificados. d) El sistema de registro de la posición de parto del Hospital Penna engloba dentro de acostada distintas posiciones que impiden identificar con precisión las alternativas elegidas por las embarazadas. e) Habiéndose reglamentado la ley el 24/10/2015, se evidencia que no han mejorado los índices de cesáreas a partir de la fecha indicada. f) La diferencia entre la relación de horas médicas de planta/egresos del Hospital Álvarez y del Penna es muy significativa, mientras el Hospital Álvarez utilizaría 10,4 horas médicas de planta por cada egreso, el Penna utilizaría media hora médica. VII.4 Inconsistencias entre la información brindada por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria y los Hospitales a) Conforme lo expuesto en el punto 3.5, in fine, del Capítulo precedente, existen diferencias significativas entre el número de partos anuales provistos por los Hospitales y el número de partos anuales suministrado por la D.G. de Sistemas de Información Sanitaria.
Conclusiones	El término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento. Es decir en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. Cuando se habla de parto

	humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible. La Ley de Parto Humanizado N° 25.929 y su reglamentación (decreto 2035/2015) promueven que se respete a la familia en sus particularidades – raza, religión, nacionalidad – y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. A partir del trabajo realizado se han detectado tanto la ausencia de un adecuado marco legal de las operaciones concertadas en el ámbito del Convenio de Vinculación con la Fundación para el Inicio de la Vida, como la falta de cumplimiento de lo dispuesto por el Art. 1 de la Ley 1.040, a partir de las falencias verificadas en las salas de internación de ambos Hospitales³, como en las salas TPR del Hospital Álvarez. Asimismo, los mecanismos y circuitos de registro existentes impiden evaluar el impacto de aplicación de la ley, donde adicionalmente fueron detectadas inconsistencias⁴ entre la información suministrada por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria y los Hospitales. Más allá de que quedan por mejorar algunas de las condiciones que propone la ley, conforme lo expuesto precedentemente, entre los aspectos positivos, de la implementación de la misma, se evidencian el respeto por los tiempos biológicos y la mejora del espacio de atención y el equipamiento, los cambios implementados a nivel edilicio permitirían mejorar la calidad en la atención y comodidad del trabajo de parto, como así también que la madre tenga conocimiento y poder de decisión en cuanto al suministro de medicaciones y la posición de parto.
--	--

³ Cabe destacar que, los aspectos referidos en las observaciones N° 6, 7, 9, 12, 13, 14 y 17 realizadas en el Proyecto N° 3.13.12 "Salud Materno Infantil" sobre el Hospital Penna y referidas a falencias de infraestructura, han sido subsanadas a la fecha de realización del presente Informe, persistiendo las incluidas en el Capítulo OBSERVACIONES precedente sobre servicio de maternidad del Hospital mencionado.

⁴ Reiterando lo detectado en otros Informes de ésta AGCBA y referido a la falta de coincidencia de los datos brindados por los distintos Organismos y los Hospitales como por ejemplo en los Proyectos N° 3.13.01 (observación 7), 3.15.03 (observación 15) y 3.15.01 (observación 7).



**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
"VEREDAS- COMUNA 11"
PROYECTO N° 5.17.13**

DESTINATARIO

Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Sr. Diego César Santilli
S / D

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

I) OBJETO

Verificar el cumplimiento de la Ley 25.929
Se analizaran los Servicios de Obstetricia de los Hospitales Generales de Agudos, determinados por la planificación anual:

- Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
- Hospital General de Agudos José M. Penna

II) OBJETIVO

Evaluar la existencia de los recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos.

III) ALCANCE

Verificar el cumplimiento de la Ley 25.929, comprobando:

- la existencia de controles de calidad en los procesos y procedimientos de la actividad, a través de registros, y de evidencia documental.

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

- las características de la estructura física y el equipamiento necesarias.
- se evaluará la existencia de los recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos. Las tareas de campo se desarrollaron entre el 01/08/2017 y el 08/03/2018.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No existen

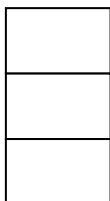
V) ACLARACIONES PREVIAS

Con la incorporación de la tecnología y la ciencia médica en el seguimiento del embarazo y parto (que logra reducir la muerte materna y prevenir la muerte infantil), surge, posteriormente, el término violencia obstétrica y la ley del parto humanizado. Aunque la ley define cómo los hospitales deben actuar para garantizar un parto donde la mujer sea la protagonista, su implementación depende de muchos factores, incluyendo la interpretación y opinión del profesional.

Se entiende por violencia obstétrica cualquier trato deshumanizado o falta de respeto personal que ejerce el profesional hacia la mujer en el ambiente de la salud reproductiva (Ley Nacional Nº 26.485, 2009). En la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la atención de la mujer durante el proceso del parto seguía un modelo biomédico y recomendó medidas para evitar esta falta de respeto en el campo de los derechos de las mujeres (Sánchez 2012). Con este reconocimiento por la OMS, surgieron distintas investigaciones en el tema de la violencia obstétrica y también acciones para promover los partos centrados en la familia en Latinoamérica.

Desde 2004, Argentina es uno de los tres países (junto a Venezuela y Ecuador) que tienen leyes creadas para contemplar la temática en el campo del parto humanizado y para promover a la mujer como protagonista de su propio parto (Ley Nacional Nº 25.929, 2004).

Según la OMS, el maltrato durante el proceso del parto puede desmotivar a la mujer a buscar servicios de salud materna en el futuro y disminuir su confianza en los efectores de salud. Esto va en contra de la meta de la institucionalización de los partos en Argentina y de la garantía de calidad de la atención. Por eso, hay que trabajar para prevenir este maltrato en el ambiente institucional para asegurar los resultados deseados.



Sin menoscabar la eficacia de los entornos hospitalarios en el proceso del parto, la OMS da prioridad a la seguridad, calidad y enfoque en la persona durante el parto para prevenir y erradicar la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto (OMS, 2014).

Definición de la violencia obstétrica en Argentina

Según la Ley Nacional Nº 26.485 sobre la violencia contra las mujeres, la violencia obstétrica está definida como "aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929" (Ley Nacional Nº 26.485, 2009). Esta forma de violencia puede afectar a la mujer de manera física o psicológica (Belli 2013). La naturalización de estas prácticas violentas en el ambiente hospitalario puede resultar en un aumento del dolor o de las consecuencias adversas para la mujer (Télam, 2013). Pero, debido a la falta de instrumentos para medir la violencia obstétrica y la dificultad para analizar sus efectos en las mujeres, sigue habiendo una "notable necesidad de una agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo" (OMS, 2014).

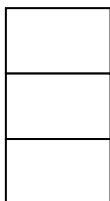
Definición del parto humanizado y la ley en Argentina

El Ministerio de Salud de la Argentina define el parto humanizado como una manera de "generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible".

Implementada en 2004, la ley tiene la meta de empoderar a la mujer, informarla sobre sus distintas opciones durante el proceso del parto y darle el rol de protagonista en su embarazo, parto y entrada en la maternidad:

"Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de



la parturienta o de la persona por nacer. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto. A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña. A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

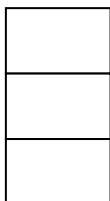
La ley, como resumen, alcanza a definir los siguientes componentes de un parto humanizado: que la madre sea informada, que el parto sea personalizado y respetuoso de la individualidad y cultura de la mujer, que no utilicen ninguna práctica innecesaria, que la madre sea acompañada y que la mamá pueda tener contacto con su bebé y que pueda elegir cómo quiere tener su parto.

Fuera de la Argentina, Venezuela fue el primer país que definió la violencia obstétrica por su "Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" en 2007. En esta ley, se define específicamente el derecho de la mujer a no ser obligada a tener su parto "en posición supina y con las piernas levantadas" si existen opciones para un parto vertical, como manera de prevenir la violencia obstétrica. No se define tan específicamente las opciones de parto para mujeres en la ley de Argentina.

Aunque la Ley Nacional N° 25.929 dice que todos los hospitales en Argentina tienen que cumplir sus metas, la ley no define qué servicios de partos deberían existir y no toca el tema de dar a la mujer la opción de elegir su proceso de parto con respeto a la posición en el parto.

En comparación con la ley del parto humanizado, el sitio web oficial del parto humanizado en Argentina define el parto humanizado como:

- Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas. No intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio).



- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semisentada, o como desee). Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional. Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos). Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios (Parto y Nacimiento Humanizado, 2003).

Con respecto a la mujer, la posición del parto y el lugar del parto, están definidos en forma más específica que en la ley del parto humanizado. También, tiene un enfoque en la experiencia de la pareja.

En el año 1999 se crean las salas de UTPR (unidad de trabajo de parto, parto y recuperación) con el intento de disminuir el intervencionismo, posibilitar que la mujer adopte la posición que desee y contar con la presencia durante el trabajo de parto y parto del acompañante que ella elija, posibilitar el inicio temprano de la lactancia materna fortaleciendo el vínculo entre madre e hijo y los vínculos familiares. En este contexto comenzó a implementarse el parto en cuclillas o vertical a partir de enero de 2001. Este cambio vino antes de la creación de la ley del parto humanizado. Sin embargo, para implementar este modelo de atención, el equipo de salud ha debido atravesar por un proceso de cambio que implicó prácticas diferentes a las utilizadas tradicionalmente.

Hace 15 años más del 90% de los partos tenían episiotomías (cortes para ampliar el canal de parto) en Argentina, lo que se refiere como episiotomía de rutina. Las mujeres consentían sin ser informadas sobre la necesidad. Hay riesgos en el estado psicológico y físico de la mujer después de una episiotomía, que pueden incluir estrés sobre funcionamiento sexual, dificultad para cuidar al recién nacido y aumentado riesgo de transmisión de VIH. La perspectiva y entrenamiento de los profesionales es un factor que afecta la tasa del uso de prácticas como episiotomía.

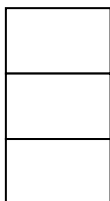
La OMS recomienda evitar la posición de litotomía, la posición acostada en la camilla con las piernas arriba, porque aumenta las tasas de prácticas invasivas, como episiotomías, en comparación con una posición vertical.

Marco normativo

Antecedentes en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En el año 2003 en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se sanciona la Ley N° 1040 (Sanción: 12/06/2003, Publicación: 10/07/2003, BOCBA N° 1729) promulgada por Decreto N° 945/03, que establece el derecho a toda mujer a estar acompañada en

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.



el transcurso del parto y el momento del nacimiento, como así también en la internación por la persona que esta designe, debiéndose ser informado este derecho por el personal del efector. Esta norma obliga a todos los efectores del sistema de salud a implementar las medidas necesarias para capacitar al personal profesional y no profesional, adecuar los recursos físicos y la estructura organizativa a esta modalidad.

Posteriormente el Congreso de la Nación sanciona la Ley N° 25929 (Sanción: 25/08/2004, Publicación: 21/09/2004, B.O. N° 30489) que dispone que se deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto. A su vez, dicha norma establece los derechos de los padres y de la persona recién nacida. Destacándose los derechos que a continuación se detallan:

ARTICULO 2º — Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTICULO 3º — Toda persona recién nacida tiene derecho:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTICULO 4º — El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

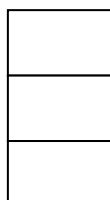
b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

Por otra parte en el año 2004 en el ámbito de la C.A.B.A.se crea mediante Ley Nº 1468 (Sanción: 16/09/2004, Publicación: 27/10/2004, BOCBA Nº 2054) el Programa "Acompañar", dirigido a la atención primaria de la salud de mujeres en edad fértil, dependiente de la ex Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a desarrollarse en los Centros Médicos Barriales o en los Centros de Salud y Acción Comunitaria. Los objetivos de dicho plan eran entre otros: educar respecto de la salud reproductiva así como también respecto del embarazo, parto, puerperio y crianza; estimular la lactancia materna exclusiva; concientizar a la mujer acerca de las ventajas del parto humanizado; disminuir el índice de cesáreas; fomentar el parto vaginal. Si bien



el Artículo 5, estableció un plazo de 60 días desde su promulgación para que el Poder Ejecutivo reglamentará la Ley, esta no se hizo efectiva.

Teniendo en cuenta la sanción de la Ley N° 1040, con el objeto establecer, impulsar y promover el desarrollo del Proyecto Plan para Humanizar los Nacimientos y desarrollar el Primer Centro de Nacimiento Humanizado en el ámbito de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se suscribe un Convenio de Vinculación entre la Secretaría y la Fundación para el Inicio de la Vida, que es ratificado por el Decreto n° 139/GCABA/05 (Sanción: 09/02/2005, Publicación: 16/02/2005, BOCBA N° 2130) (Obs. VII 1 a)) estableciéndose como el primer centro de nacimiento humanizado el Hospital Teodoro Álvarez.

En virtud de lo convenido se dispuso desarrollar en el sector de Maternidad del efector el Proyecto Plan para Humanizar Nacimientos y capacitar los recursos profesionales y un equipo de mujeres como acompañantes y contenedoras de las mujeres en trabajo de parto denominadas ALIPE, además de realizar las adaptaciones en la estructura física del sector y brindar el mobiliario necesario.

En el año 2007, mediante el Decreto N° 258 (Sanción: 12/02/2007, Publicación: 16/02/2007, BOCBA N° 2628) se aprobó la reglamentación de la Ley N° 1.040. En el mismo se establecen, entre otras responsabilidades, la obligatoriedad para el personal de los establecimientos asistenciales del Sistema de Salud a informar a la embarazada sobre el derecho que asiste a las mujeres que se encuentren en la situación contemplada en la Ley N° 1.040.

Las embarazadas solo podrán designar acompañante de sexo femenino para todas las instancias que impliquen compartir internación con otras pacientes.

En ningún caso el ejercicio de este derecho, deberá vulnerar el derecho a la intimidad de las restantes mujeres internadas en trabajo de parto o en parto

Para el trabajo de parto y el parto, podrá designar a un acompañante pudiéndose ser el mismo u otro diferente para las etapas que impliquen internación, no admitiéndose en ningún caso más de un acompañante.

La autorización al acompañante, no implica la obligación por parte de la institución sanitaria de brindarle alimentación, alojamiento ni ningún otro servicio propio de la internación de pacientes. El acompañante designado, deberá ser fehacientemente identificado.

En situaciones quirúrgicas, de emergencia o aquellas que impliquen un riesgo para la salud de la madre o del niño, podrán los médicos intervinientes disponer la salida del

acompañante, el que podrá permanecer en un ámbito próximo al que se desarrollen los actos médicos. Tendrá derecho a ser informado de la evolución de la paciente.

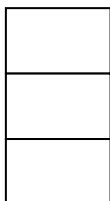
Por ultimo en el año 2015 se faculta al Ministerio de Salud a dictar las disposiciones complementarias necesarias para dar cumplimiento a la Ley N° 25929 y mediante el Decreto N° 2035/2015 (Sanción: 24/10/2015, Publicación: 01/10/2015, B.O. N° 33226) se aprueba la reglamentación de la referida Ley.

Es importante tener en cuenta que para poder cumplir la ley de parto humanizado; es imprescindible contar con planta física con determinadas características (conforme lo expuesto en la Resolución 348/2003 del Ministerio de Salud de la Nación): contar con salas de TPR (Trabajo de Parto y Recuperación) y las salas de internación con espacio suficiente y privacidad para permitir el acompañamiento de la parturiente.

La Ley N° 5637/16 (Sanción: 22/09/2016, Publicación: 19/10/2016, BOCBA: 4998) que tiene por objeto consolidar la regionalización perinatal para la atención de las embarazadas, embarazadas de alto riesgo, niños nacidos, niños que sean considerados de alto riesgo y puérperas en el subsistema público de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad materno neonatal.

En esta ley se destacan los siguientes objetivos: asegurar el cumplimiento de las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) que promuevan la humanización del parto; propiciar la adecuación paulatina de los establecimientos de salud en Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF) y asegurar el cumplimiento de las acciones incluidas dentro de la Ley Nacional 25.929 sobre parto humanizado y las estipuladas en la Ley Nacional 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable.

Por su parte, la Ley N° 5793/17 (Sanción: 02/03/2017; Publicación: 05/04/2017; BOCBA:5102) modifica la Ley N° 1040 al disponer la implementación de las medidas necesarias para capacitar al personal profesional y no profesional, adecuar los recursos físicos y la estructura organizativa. Además incorpora sanciones para profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones ante el incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente Ley. A su vez impulsa campañas de difusión (dicha Ley no es considerada en el objeto del informe de auditoría por ser sancionada con posterioridad al periodo auditado).



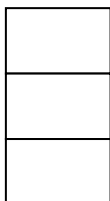
Por lo señalado se puede observar que tanto el ordenamiento jurídico de la Ciudad de Buenos Aires como el Nacional vienen adoptando numerosas disposiciones sobre la materia, sumado a las disposiciones de rango constitucional que reconocen una serie de derechos relacionados con la protección de la maternidad, que comprenden el respeto a las personas, y la realización segura de la opción de la maternidad. Entre ellos la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que dice en su art. 12: "Los Estados adoptarán las medidas para eliminar la discriminación en el acceso a los servicios de atención médica, inclusive en los que se refieren a la planificación familiar y garantizarán los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto, el período posterior al parto...". Por su parte, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre enuncia en el art. 7 "...que todas las mujeres durante el embarazo y puerperio tienen derecho a protección, cuidados y asistencia especiales". La Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el art.10 establece el deber de brindar resguardo especial durante un período razonable antes y después del nacimiento.

Sin embargo; se observan aplazamientos en el cumplimiento de estas leyes; de carácter operativo debido a la demora en la reglamentación de las mismas.

En relación a la Ley N° 1.040, el Decreto N° 258 que la reglamenta, establece en su artículo 1° una limitación "...hasta tanto se implementen las medidas previstas en el Artículo 3° de la presente reglamentación" y el artículo 3 dice "...dentro del plazo de 360 días de publicado el presente Decreto, deberá disponer las medidas necesarias para la elaboración de los diseños de organización, adecuación de requerimientos de planta física de los Servicios de atención de salud...". En este caso la imposibilidad del cumplimiento del derecho establecido se debe al hecho de que su condición de aplicación no pueda darse, o a la circunstancia que la norma prescribe es de difícil cumplimiento.

Sin embargo hay que tener en cuenta que la jurisprudencia y la doctrina en relación al cumplimiento de las normas no reglamentadas señalan lo siguiente: *"Es principio recibido y reiterado por este Tribunal, que las disposiciones reglamentarias son normas secundarias que completan la ley, pero que ni la suplen ni mucho menos la limitan o rectifican"*.

"Sobre todo los jueces deben desplegar una prudente actividad judicial en sus interpretaciones aplicativas... Los jueces son "autoridades" y la tutela que han de prestar no puede quedarles impedida por insuficiencia o ausencia de la ley".



NORMA	SANCION	REGLAMENTACION	SANCION	DIA S TRANSCURRIDOS
Ley Nº 1040 (CABA)	12-06-03	Decreto Nº 268	12-02-07	1341
Ley Nº 1468 (CABA)	16-09-04	SIN REGLAMENTAR		
Ley Nº 25929 (NACION)	25-08-04	Decreto Nº 2035	24-10-15	4077

Otras normas a tener en cuenta

La Ley Nacional Nº 26529 (Sanción: 21/10/2009, Publicación: 20/1/2009, B.O. Nº 31785, Promulgación: 19/11/2009) establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud y el ejercicio de los mismos, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. Siendo los derechos a la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, la información sanitaria, esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud y cualquier efector de salud.

En relación a la Información sanitaria, el Capítulo II Art.3 la define como aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. Se establece que solo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente a excepción de la imposibilidad del paciente de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico.

El consentimiento informado es la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud, el procedimiento propuesto, los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

El consentimiento informado es de carácter obligatorio. El mismo será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito: Internación; Intervención quirúrgica; procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.

VI) TAREAS Y PROCEDIMIENTOS

VI.1 ENVÍO DE NOTAS:

Se enviaron Notas a:

- Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, la que responde que no se han efectuado denuncias que afecten los hospitales objeto del presente.
- Sindicatura de la Ciudad de Buenos Aires, no se han realizado informes sobre la temática.
- Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. UAI.
- Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.
- Dirección General de Hospitales.
- Direcciones de los Hospitales objeto del presente proyecto.

VI.2 ENTREVISTAS:

Se realizarán entrevistas para la presentación del equipo y objetivos de esta auditoría, con las autoridades de los Hospitales Álvarez y Penna.

VI.3 RELEVAMIENTO, ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y OBTENCION DE EVIDENCIAS

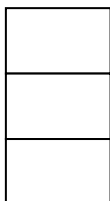
A través de los procedimientos implementados se obtuvieron evidencias: documentales, testimoniales y analíticas; del funcionamiento de los servicios.

Se confeccionaron planillas elaboradas en base a los consejos y sugerencias de organizaciones nacionales e internacionales, tal como se manifiesta en ...". *La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre enuncia en el art. 7 "...que todas las mujeres durante el embarazo y puerperio tienen derecho a protección, cuidados y asistencia especiales". La Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el art.10 establece el deber de brindar resguardo especial durante un período razonable antes y después del nacimiento.*

Se enviaron notas a los hospitales y a la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, requiriendo información sobre las distintas temáticas a relevar.

1. Estructura física y equipamiento

Se describe la estructura física y el equipamiento disponible en las áreas de maternidad para evaluar las posibilidades existentes a fin de posibilitar el cumplimiento de la Ley de Parto Humanizado.



Relevamiento del estado de la planta física de MATERNIDAD (ver grilla en Anexo II).

Recopilación de información del estado de revista de los servicios en los aspectos antes mencionados, (notas, reclamos, etc.)

Observación ocular in situ; fotos y entrevistas utilizando el cuadernillo de Maternidades Centradas en la Familia realizado por el Ministerio de Salud de la Nación para el Plan Federal de Salud, con el objeto de evaluar el cumplimiento de las premisas establecidas en dicha publicación, la cual pretende cumplimentar y establecer el deber ser de una maternidad para Parto Natural.

Es importante tener en cuenta que para poder cumplir la ley de parto natural; relevaremos la sala de TPR (Trabajo de Parto y Recuperación) y las salas de internación, debido a que son los lugares físicos de la maternidad que se ven alcanzados por el ánimo de la Ley.

2. Recursos Humanos

A través de Notas enviadas a los hospitales se solicitó el recurso humano existente y evidencia documental de su capacitación en esta temática.

En base a los datos recibidos se elaboraron cuadros que se muestran a continuación:

Hospital Álvarez

Recursos Humanos - Servicio de Obstetricia				
Cargo/ Función	Cantidad	Carga Horaria	Observaciones	
Jefa de División	1	40		
Jefe de Unidad	1	40		
Médico de Planta	3	40	Solo 24 hrs. Afectadas al Servicio	
Médico de Planta	3	40		
Médico de Planta	6	30		
Médico de Guardia	7	30		
Médico de Guardia	11	24	A demanda	
Jefa de Residentes	1	45	9 hrs. Diarias	

Recursos Humanos - Servicio de Obstetricia				
Cargo/ Función	Cantidad	Carga Horaria	Observaciones	
Instructora de Residentes	1	45	9 hrs. Diarias	
Residente 4to. Año	2	45	4 Guardias mensuales	Además de la carga horaria semanal.
Residente 3er. Año	1	45	6 Guardias mensuales	
Residente 2do. Año	2	45	8 Guardias mensuales	
Residente 1er. Año	2	45	10 Guardias mensuales	
Jefa Sección Obstétricas	1	40		
Lic. Obstétrica de Guardia	2	30	6hs. Afectadas a Consultorio	
Lic. Obstétrica de Guardia	10	30		
Reemplazante Obstétrica de Guardia	10	24	A demanda	
Jefa Residentes Obstétricas	1	45		
Residente 3er. Año	1	45	6 Guardias mensuales	Además de la carga horaria semanal.
Residente 2do. Año	2	45	8 Guardias mensuales	
Residente 1 er. Año	2	45	8 Guardias mensuales	
Psicóloga	1	12		
Total RRHH	71			

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Hospital.

Hospital Penna

Recursos Humanos - Servicio de Obstetricia				
Cargo/ Función	Cantidad	Carga Horaria	Observaciones	
Medico Planta Tocoginecología	1	16	Integrantes de la Comisión de Lactancia Materna	
Medico Planta Internación Conjunta Neonatología	1	34		
Medico Guardia Tocoginecología	40	24		
Coordinadora Obstétrica	1	34		
Jefa de Residentes Obstétricas	1	45		
Residente 3er. Año	2	45	4 Guardias mensuales	

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
 de la
 Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Recursos Humanos - Servicio de Obstetricia			
Cargo/ Función	Cantidad	Carga Horaria	Observaciones
Residente 2do. Año	2	45	8 Guardias mensuales
Residente 1er. Año	2	45	8 Guardias mensuales
Residentes Tocoginecología	24	?	Cumplen cargo en Planta de Tocoginecología y Obstetricia. Realizan Guardia de Partos (No guardia fija)
Licenciados Enfermería	4	30	Recurso Humano Centro Obstétrico
Enfermero/a profesional	39	30	
Enfermero/a profesional	1	35	
Total RRHH	118		

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Hospital.

Se relacionaron las horas médicas declaradas de planta con el total de egresos del servicio (fuente: movimiento hospitalario – página web GCBA), como se detalla en el siguiente cuadro:

Egresos Tocoginecología y relación con horas médicas de planta:

	Egresos Tocoginecología anual (52 semanas)	Egresos Tocoginecología semanal	Horas médicas de planta	Relación entre horas médicas de planta con egresos
Álvarez	2091	40	372	9,3
Penna	5386	104	50	0,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Hospital y la página web del GCBA.

La diferencia entre la relación de horas médicas de planta/egresos del Hospital Álvarez y del Penna es muy significativa, mientras el Hospital Álvarez utilizaría 9,3 horas médicas de planta por cada egreso, el Penna utilizaría media hora médica. Cabe aclarar que no fueron incluidas las horas médicas de residencia de tocoginecología (Álvarez 405, Penna 1080) (Obs. VII. 3 f).

Del mismo modo se relacionaron las horas médicas de guardia con el total de partos anuales

Partos y relación con horas de guardia:

	Partos	Partos semanales (52 semanas)	Horas médicas de guardia	Relación de horas médicas de guardia con partos
Álvarez	1889	36	474	13,0
Penna	3483	67	960	14,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Hospital

La diferencia entre la relación de horas médicas de guardia/partos entre los dos hospitales no es tan significativa. Cabe aclarar que no fueron incluidas las horas médicas de residencia de tocoginecología (Álvarez 405, Penna 1080)

Capacitación del recurso humano

Capacitación - Obstetricia HGA Álvarez		
Capacitación	Entidad	Año
Semana de Parto respetado - Actividades en el Servicio	HGA Álvarez Servicio de Obstetricia	2017
Ateneo - Hora de Oro del Recién Nacido	HGA Álvarez Servicio de Obstetricia	2017
Ateneo - Presentación Protocolo para uso del Balón en sala de parto TPR	HGA Álvarez Servicio de Obstetricia	2017
Taller de Esferodinamia - "Parto en movimiento para el parto respetado"	HGA Álvarez Servicio de Obstetricia	2017
Jornadas de Obstetricia- "Transformando modelos: el dolor y el parto"	HGA Álvarez Servicio de Obstetricia	2017
Semana Mundial de Lactancia Materna - Avances sobre Epigenetica	Facultad de Medicina UBA	2017
Jornada "Prevención y Rehabilitación de las disfunciones del piso pelviano en embarazo y puerperio"	Facultad de Medicina UBA	2017
Jornada "Relación Madre - Hijo. Diferentes maternajes en sala de parto"	Facultad de Medicina UBA	2017

Capacitación - Obstetricia HGA Álvarez		
Capacitación	Entidad	Año
III Jornadas de Reflexología y Maternidad	Hospital de Clínicas UBA	2017
Participación en mesas sobre el tema de "Partos respetados"	SOGIBA - CABA	2017
Participación en mesas sobre el tema de "Partos respetados"	SOGBA - Prov. Bs. As.	2017
3ra. Jornada Musicoterapia - Estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor	Sanatorio San José	2017
1ra. Jornada "Pelvis en Movimiento"	HGA Argerich	2017

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Hospital.

Capacitación - Obstetricia HGA Penna		
Capacitación	Entidad	Año
Desarrollo de los alcances y estrategias tendientes a cumplimentar la Ley 25929	HGA Penna	2016
Clases teóricas y prácticas coincidentes con la Semana Mundial de Parto Respetado	HGA Penna	2017
Jornada I "Parto en movimiento para el nacimiento y el parto respetado"	Secretaría de Niñez y Adolescencia y Familia - Nación	2016
Jornada II "Parto en movimiento para el nacimiento y el parto respetado"	Secretaría de Niñez y Adolescencia y Familia - Nación	2017
Curso Teórico Práctico de Capacitación en Lactancia Materna	HGA Penna	2016

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Hospital.

3. Registros y metas físicas

Se solicitó, a través de notas, el acceso a una muestra de historia clínicas, del periodo auditado, a fin de evaluar evidencia documental en el cumplimiento de la normativa. Se envió a ambos Hospitales una Nota solicitando un registro completo de las historias clínicas de partos atendidos en el año 2016. Sobre ese listado se aplicó la fórmula de muestreo aleatorio simple.

La información sobre antecedentes obstétricos se obtuvo de las historias clínicas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires MSAL - Departamento Materno Infantil (Historia Clínica Perinatal – CLAP/SMR – OPS/OMS⁵) (Ver Anexo IV).

Se obtuvo, de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, información referida al quinquenio 2012/2016 sobre características de terminación del parto y mortalidad fetal

3.1 Datos filiatorios

De los datos filiatorios consideramos la nacionalidad y el lugar de residencia por ser datos que podrían influir, por cuestiones culturales, en las elecciones respecto a esta Ley.

En el Hospital Álvarez, las pacientes extranjeras así representan el 58,87 % de la población y las domiciliadas en la CABA se encuentran alrededor del 63,55 %. En el Hospital Penna el porcentaje de pacientes de la CABA es el 31,31 % y las extranjeras el 47,47 %.

Hospital Álvarez

Argentinas	Extranjeras
41.12%	58.87%

CABA	No CABA
63.55%	36.44%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

Hospital Penna

Argentinas	Extranjeras
52.52%	47.47%

CABA	No CABA	Sin datos
31.31%	66.66%	2.02%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

⁵ Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva – Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

3.2 M.A.C. (Método Anticonceptivo) y embarazos planificados

En el inciso "J" del artículo 2° de la Ley N° 25.929, se especifica "Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña."

En función de este inciso evaluamos el número de partos no planeados, el uso de anticoncepción previa y la consejería sobre la anticoncepción posterior al parto.

Del total de las historias de la muestra se verificó que en el Hospital Álvarez el 55% de los embarazos fueron no planeados, de éstos el 66% no usaba (MAC) métodos anticonceptivos y el 34% manifiesta el fracaso del método utilizado.

En el Hospital Penna el 45% de los embarazos fueron no planeados, de éstos el 80% no usaba métodos anticonceptivos y el 20% expresa el fracaso del método utilizado.

En ambos Hospitales los embarazos planeados apenas superan el 40%.

Hospital Álvarez

Embarazo planeado		
Sí	No	Sin datos
43.92%	55.14%	0.93%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

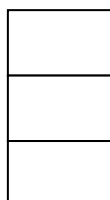
Anticoncepción previa en embarazo no planeado	
Fracaso del método	No usaba
33.89%	66.10%

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el Hospital.

Hospital Penna

Embarazo planeado		
Sí	No	Sin datos
42.42%	45.45%	12.12%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.



En ambos Hospitales el porcentaje de embarazos planeados es menor al 44 %.

<i>Anticoncepción previa en embarazo no planeado</i>	
<i>Fracaso del método</i>	<i>No usaba</i>
20%	80%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

En los dos Hospitales, los resultados de la consejería en MAC durante el puerperio evidenciaron los siguientes datos:

Hospital Álvarez

<i>Método anticonceptivo posterior</i>	
<i>Sí</i>	<i>Sin datos</i>
98.13%	1.86%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

Hospital Penna

<i>Método anticonceptivo posterior</i>		
<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Sin datos</i>
87.87%	3.03%	9.09%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

En el tipo de anticoncepción elegida, existen variaciones.

En el Hospital Álvarez son los siguientes:

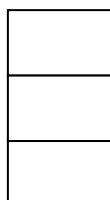
<i>Tipo de método anticonceptivo posterior</i>					
<i>Barrera</i>	<i>Diu y barrera</i>	<i>Diu</i>	<i>Hormonal y barrera</i>	<i>Hormonal</i>	<i>Ligadura</i>
15.23%	0.95%	24.76%	23.80%	20.95%	14.28%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

En el Hospital Penna son los siguientes:

<i>Tipo de método anticonceptivo posterior</i>	
<i>Barrera</i>	<i>Sin datos</i>
90,62%	9,37%

Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.



Considerando múltiparas a las pacientes con 3 o más partos, la multiparidad en el Penna representa el 26,26%, mientras que en el Álvarez representa el 11,21%. En el Hospital Penna no se observó la práctica de la ligadura de trompas en el puerperio inmediato. En el Hospital Álvarez la práctica de la ligadura de trompa en el puerperio inmediato representa el 14,28%, siendo sólo el 33% pacientes con 3 o más partos. (Obs. VII.3 a))

Relación entre Ligadura de trompas y paridad	
Múltiparas	No múltiparas
33.33%	66.66%

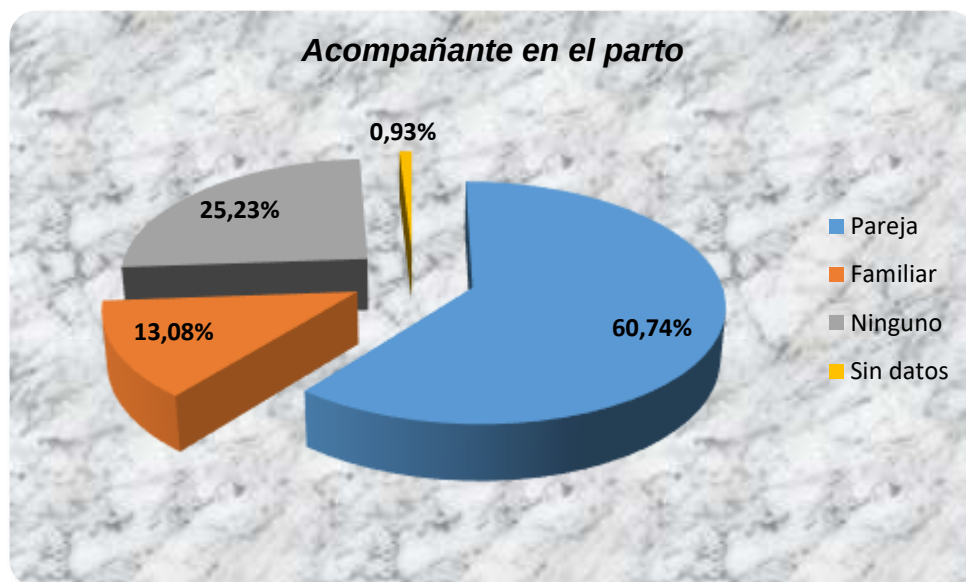
Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

3.3 Acompañamiento en el parto

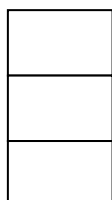
En la Ley de parto humanizado, el acompañamiento de la parturienta es parte esencial del espíritu de la misma. De la muestra de historias clínicas auditadas, se recabaron los siguientes datos:

Hospital Álvarez

Acompañante			
Pareja	Familiar	Ninguno	Sin datos
60.74%	13.08%	25.23%	0.93%

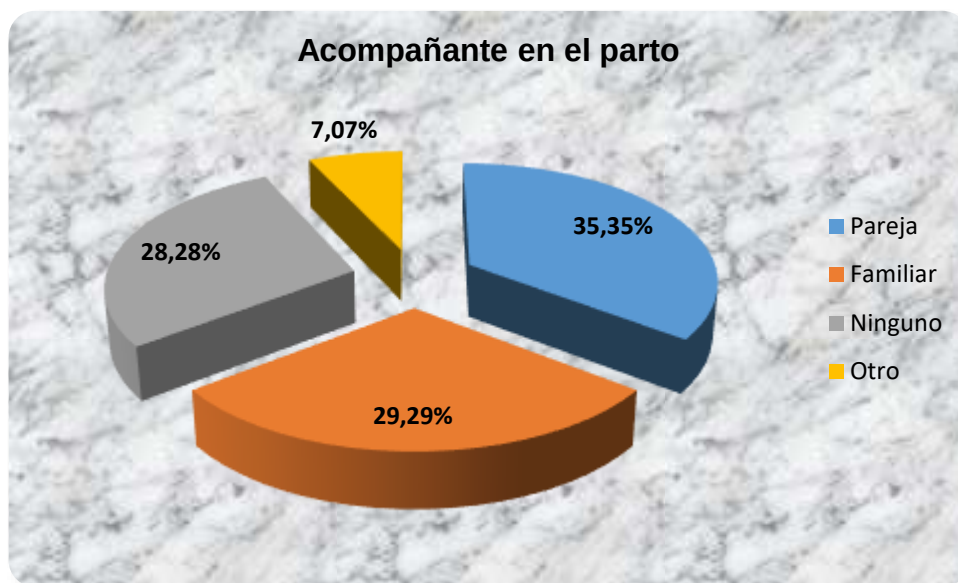


Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.



Hospital Penna

Acompañante			
Pareja	Familiar	Ninguno	Otro
35.35%	29.29%	28.28%	7.07%



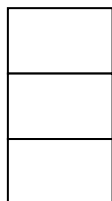
Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

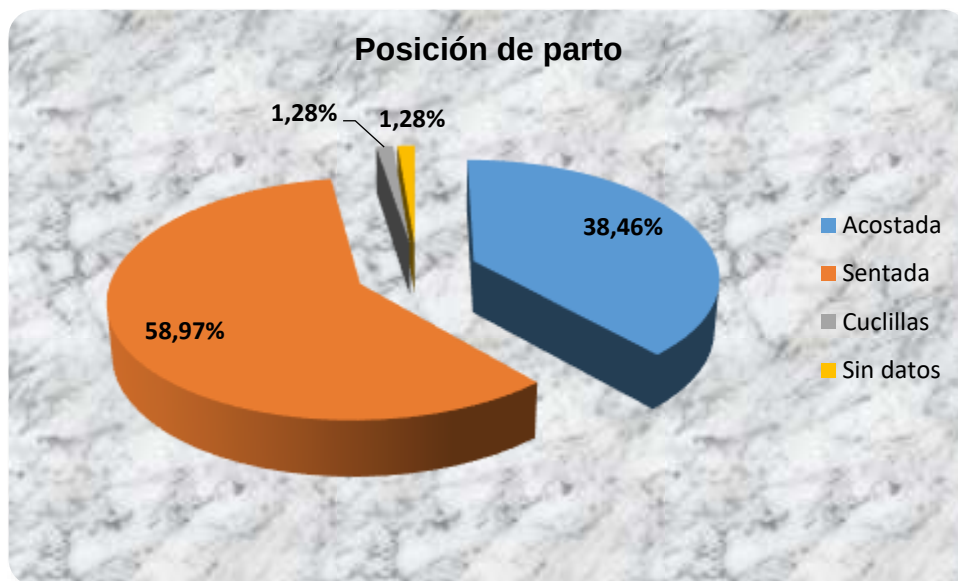
Se intentó relacionar la elección de acompañamiento con nacionalidad, lugar de residencia y multiparidad, no pudiéndose detectar correlación con ninguno de los ítems (Obs. VII 3 b)).

3.4 Posición de parto

Hospital Álvarez

Posición de parto (excluyendo cesáreas)			
Acostada	Sentada	Cuclillas	Sin datos
38.46%	58.97%	1.28%	1.28%





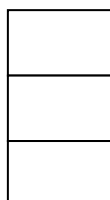
Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

Hospital Penna

Posición de parto (excluyendo cesáreas)	
Acostada	Sentada
95.29%	4.70%



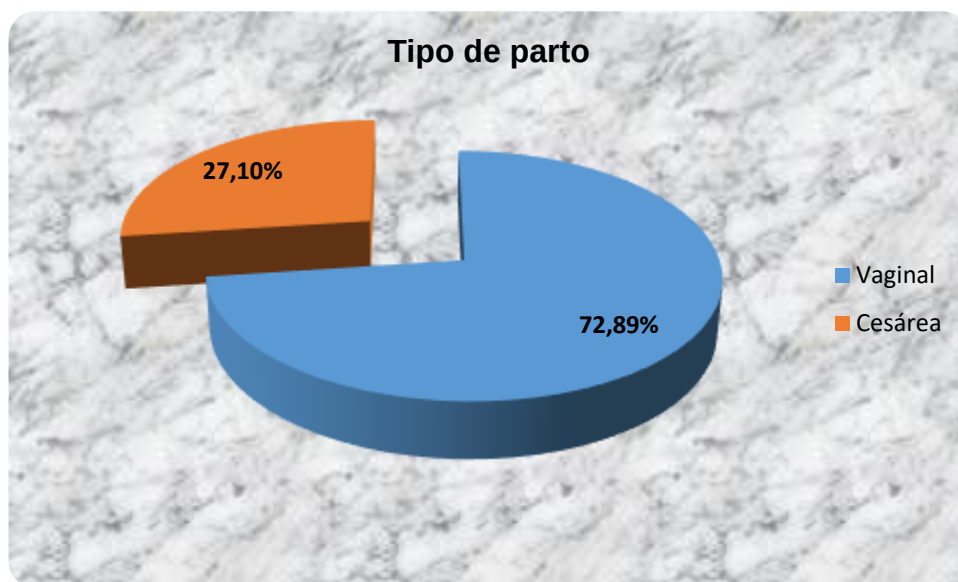
Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.



El Hospital Penna, en Nota de respuesta, de fecha 19/01/18, informan que en la historia clínica registran como posición "acostada" a las distintas variedades de posición e inclinación de decúbito dorsal que permiten las camillas de partos (Obs. VII 3 d)).

Hospital Álvarez

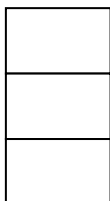
Tipo de parto	
Vaginal	Cesárea
72.89%	27.10%

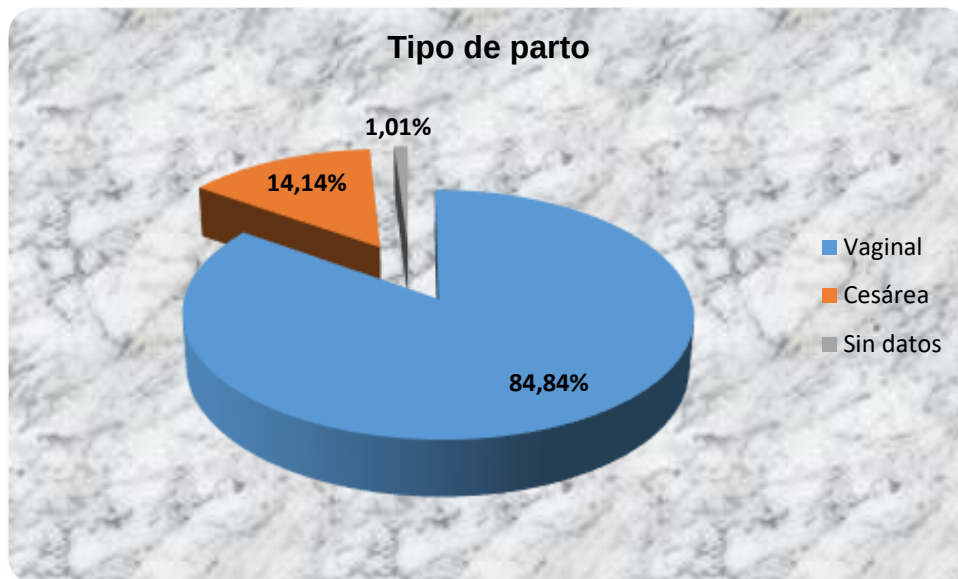


Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

Hospital Penna

Tipo de parto		
Vaginal	Cesárea	Sin datos
84.84%	14.14%	1.01%





Fuente: Elaboración propia en base a historias clínicas seleccionadas.

3.5 Información Estadística de la DG de Sistemas de Salud

Hospital Álvarez

Año	Normal	Cesárea	Fórceps	Otros	Total	Nacimientos		
						Vivos	Muertos	Total
2012	983	369	15		1367	1372	4	1376
	71,9%	27,0%	1,1%		100%	99,7%	0,3%	100,0%
2013	1193	491	16	2	1702	1704	10	1714
	70,1%	28,8%	0,9%	0,1%	100%	99,4%	0,6%	100,0%
2014	1153	512	29		1694	1696	10	1706
	68,1%	30,2%	1,7%		100%	99,4%	0,6%	100%
2015	1131	464	22	3	1620	1614	12	1626
	69,8%	28,6%	1,4%	0,2%	100%	99,3%	0,7%	100%
2016	1102	427	13		1542	1533	18	1551
	71,5%	27,7%	0,8%		100%	98,8%	1,2%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por la D.G. Sistemas de Información Sanitaria

Hospital Penna

Año	Normal	Cesárea	Fórceps	Otros	Total	Nacimientos		
						Vivos	Muertos	Total
2012	2730	786	23	2	3541	3538	28	3566
	77,1%	22,2%	0,6%	0,1%	100%	99,2%	0,8%	100%
2013	2783	836	15	2	3636	3632	27	3659
	76,5%	23,0%	0,4%	0,1%	100%	99,3%	0,7%	100%
2014	2888	877	16	2	3783	3759	50	3809
	76,3%	23,2%	0,4%	0,1%	100%	98,7%	1,3%	100%
2015	2576	843	19	7	3445	3458	19	3477
	74,8%	24,5%	0,6%	0,2%	100%	99,5%	0,5%	100%
2016	2622	932	7	3	3564	3547	40	3587
	73,6%	26,2%	0,2%	0,1%	100%	98,9%	1,1%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por la D.G. Sistemas de Información Sanitaria

Del análisis de los datos obtenidos de la publicación de estadísticas de salud, observamos que en el Hospital Álvarez el índice de cesáreas fluctuó entre el 27,0 % y el 30,2 % en el quinquenio 20012 / 2016. No podemos atribuir diferencias estadísticamente significativas derivadas de la implementación de la Ley en el año 2016.

Para el caso del Hospital Penna, las estadísticas indican un crecimiento en el índice de cesáreas para el período mencionado de un 4 %.

Habiéndose reglamentado la ley el 24/10/2015, se evidencia que no han mejorado los índices de cesáreas a partir de la fecha indicada. (Obs. VII 3 e))

Respecto de los índices de recién nacidos muertos se observa un aumento, siendo las causas de mortalidad fetal tan variadas, no fue abordada en el presente por su complejidad, sugiriendo la realización de un proyecto en tal sentido en futuras auditorías.

Por otro lado, se compararon los datos brindados por el Hospital y la D.G. de Sistemas de Información Sanitaria (SSASS) donde se evidencia la diferencia entre el número de partos anuales provisto por los Hospitales y el número de partos anuales suministrado por SSASS. (Obs. VII. 4. a))

	Dato Hospital	Dato D.G. Estadística	Diferencia
Álvarez	1889	1542	347
Penna	3483	3564	-81

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por el hospital y SSASS

VII) OBSERVACIONES

VII.1 Marco normativo

a) Atribuciones legislativas

En virtud de lo dispuesto por la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires⁶, todos los tratados, convenios y acuerdos celebrados por el "Gobernador" de la Ciudad, deben ser sometidos a la aprobación o rechazo de la Legislatura local.

Al respecto, y referido al Convenio de Vinculación celebrado entre la Ex – Secretaría de Salud de la Ciudad; ratificado (por incompetencia en razón de grado de acuerdo a lo dispuesto en Decreto N° 1510-GCBA-1997⁷) por el Jefe de Gobierno mediante Decreto N° 139/GCABA/05; y la Fundación para el Inicio de la Vida, no se detectaron evidencias de cumplimiento de lo establecido por la Carta Magna de la Ciudad.

La ausencia de cumplimiento de lo normado por la Constitución de la Ciudad, deriva en la falta de un adecuado marco legal de las operaciones concertadas en el ámbito del Convenio; objeto del presente comentario.

b) Cumplimiento de la Ley 1040

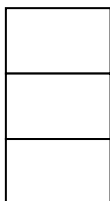
Conforme lo dispuesto por el Art. 1 de la ley 1.040 "toda mujer tiene derecho en el transcurso del trabajo de parto y al momento del nacimiento, como así también en la internación, a estar acompañada por la persona que ella designe".

Sin embargo, el Art. 1° del Decreto N° 258/2007 (publicada en el BOCBA el 16/02/2007), establece que "Hasta tanto se implementen las medidas previstas en el Artículo 3° de la presente reglamentación, las mujeres que se encuentren en la situación contemplada por el Artículo 1° de la Ley N° 1.040, solo podrán designar acompañante de sexo femenino para todas las instancias que impliquen compartir internación con otras pacientes".

Cabe destacar, que el Art. 3° del citado Decreto prescribe que "El Ministerio de Salud, dentro del plazo de 360 días de publicado el presente Decreto, deberá disponer las medidas necesarias para la elaboración de los diseños de organización, adecuación de requerimientos de planta física de los Servicios de atención de salud, así como los proyectos y ejecución de sistemas de capacitación

⁶ Título Tercero – Poder Legislativo, Capítulo Segundo – Atribuciones, Art. 80, inciso 8°

⁷ Artículo. 19 - Saneamiento. El acto administrativo anulable puede ser saneado mediante: a) Ratificación. Ratificación por el órgano superior, cuando el acto hubiere sido emitido con incompetencia en razón de grado y siempre que la avocación, delegación o sustitución fueren procedentes;



del personal profesional y no profesional a los fines de la implementación de la presente reglamentación".

A la fecha, de acuerdo a lo expuesto en la observación siguiente, no se ha dado cumplimiento a lo descripto en el párrafo anterior en el plazo mencionado.

Dicha situación vulnera el derecho de la mujer, mencionado en el primer párrafo de estar acompañada por la persona que designe.

VII.2 Planta física

a) Salas de Internación

Hospital Álvarez

Al momento de realizar el procedimiento, las salas de internación se encontraban prácticamente vacías (solo una paciente internada) debido a que el servicio se encontraba no operativo por reformas; pudiendo verificarse que las mismas, que incluyen dos camas con su respectiva cuna, no dan cumplimiento al metraje requerido por la normativa, 9 metros cuadrados por cada cama/cuna de acuerdo a lo dispuesto por el ítem I.C.2. Sala de Internación Conjunta, Res. N° 348/2003. Adicionalmente, contrariamente a lo establecido por la norma, las salas no cuentan con un baño cada 4 camas.

Asimismo, las salas no poseen divisiones fijas para proveer intimidad a las madres.

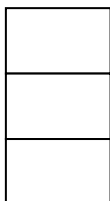
Hospital Penna

En la visita realizada pudo ser constatado que: las salas de internación compartida no cuentan con elementos de separación fijos o móviles entre las camas para respetar la privacidad de las mujeres; el espacio asignado para alojar al recién nacido en su cuna, junto a la cama de su madre y permitir las funciones médicas y de enfermería para ambos es insuficiente, no cuenta con un baño cada 4 camas y no dispone de espacio para acompañante, contrariamente a lo dispuesto por la normativa aplicable, mencionada en el punto anterior.

b) Salas de TPR (Trabajo de parto, Parto y Recuperación)

Hospital Álvarez

Dentro del sector de maternidad del Hospital Álvarez se encuentran 3 salas de TPR que no dan estricto cumplimiento a lo establecido en la normativa (ítem I.C.8. Unidades Combinadas Salas TPR, de la Res. 348/2003).



Al respecto, pudo ser verificado que:

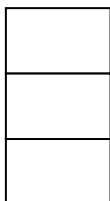
- la superficie de cada TPR no alcanza a los 25 metros cuadrados;
- la atención del recién nacido no se encuentra a la vista de la madre;
- una de las salas TPR incluye el lugar de acceso de los médicos a quirófano de tal forma que carece absolutamente de la intimidad y la tranquilidad necesaria.

VII.3 Impacto de la ley

- Analizando los datos filiatorios, no podemos evidenciar impacto a partir de la aplicación de la ley acerca de elección de métodos anticonceptivos y planificación de embarazos.
- Conforme lo expresado en el Capítulo Tareas y Procedimientos, al intentar relacionar la elección de acompañamiento con nacionalidad, lugar de residencia y multiparidad, no se pudo detectar relación con ninguno de los ítems.
- De acuerdo a lo descripto en el capítulo VI.3, ítem 3.2 *M.A.C. (Método Anticonceptivo) y embarazos planificados*, se evidencia que menos del 45 % son embarazos planificados.
- El sistema de registro de la posición de parto del Hospital Penna engloba dentro de acostada distintas posiciones que impiden identificar con precisión las alternativas elegidas por las embarazadas.
- Habiéndose reglamentado la ley el 24/10/2015, se evidencia que no han mejorado los índices de cesáreas a partir de la fecha indicada.
- La diferencia entre la relación de horas médicas de planta/egresos del Hospital Álvarez y del Penna es muy significativa, mientras el Hospital Álvarez utilizaría 10,4 horas médicas de planta por cada egreso, el Penna utilizaría media hora médica.

VII.4 Inconsistencias entre la información brindada por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria y los Hospitales

- Conforme lo expuesto en el punto 3.5, in fine, del Capítulo precedente, existen diferencias significativas entre el número de partos anuales provistos por los Hospitales y el número de partos anuales suministrado por la D.G. de Sistemas de Información Sanitaria.



VIII) RECOMENDACIONES

VII.1 Marco normativo

a) Atribuciones legislativas

Propiciar acciones tendientes a la remisión, para su aprobación o rechazo, del Convenio celebrado con la Fundación para el Inicio de la Vida.

b) Cumplimiento de la Ley 1040

Disponer las medidas necesarias para la elaboración de los diseños de organización, adecuación de requerimientos de planta física de los Servicios de atención de salud, así como los proyectos y ejecución de sistemas de capacitación del personal profesional y no profesional a los fines de la implementación de la reglamentación, o evaluar la modificación de la norma mencionada a fin de evitar su vulneración.

VII.2 Planta física

a) Salas de Internación

Hospital Álvarez

Evaluar la implementación de medidas tendientes a:

- dar cumplimiento al metraje requerido por la normativa, 9 metros cuadrados por cada cama/cuna de acuerdo a lo dispuesto por el ítem I.C.2. Sala de Internación Conjunta, Res. N° 348/2003.
- La existencia de un baño cada 4 camas.
- Suministrar a las salas de parto o dilatante las divisiones fijas para proveer intimidad a las madres.

Hospital Penna

Evaluar la implementación de medidas tendientes a:

- Que las salas de internación compartida cuenten con elementos de separación fijos o móviles entre las camas para respetar la privacidad de las mujeres; el espacio asignado para alojar al recién nacido en su cuna, junto a la cama de su madre, permitir las funciones médicas y de enfermería para ambos y el necesario para el acompañante.
- La existencia de un baño cada 4 camas

b) Salas de TPR (Trabajo de parto, Parto y Recuperación)

Hospital Álvarez

Dar cumplimiento a la normativa a fin de:

- Que la superficie de cada TPR alcance a los 25 metros cuadrados;
- Que la atención del recién nacido se encuentre a la vista de la madre; y que el acceso al quirófano por parte de los médicos no sea a través de las sala TPR.

VII.3 Impacto de la ley

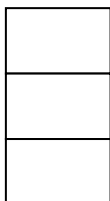
Implementar mecanismos y circuitos de registro de la información que permitan evaluar el impacto de aplicación de esta ley.

VII.4 Inconsistencias entre la información brindada por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria y los Hospitales

- a) Desarrollar e implementar controles internos para detectar y conciliar las diferencias en la información brindada por las distintas áreas.

IX) CONCLUSIONES

El término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento. Es decir en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. Cuando se habla de parto humanizado, se habla



de generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.

La Ley de Parto Humanizado N° 25.929 y su reglamentación (decreto 2035/2015) promueven que se respete a la familia en sus particularidades – raza, religión, nacionalidad – y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.

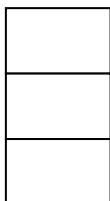
A partir del trabajo realizado se han detectado tanto la ausencia de un adecuado marco legal de las operaciones concertadas en el ámbito del Convenio de Vinculación con la Fundación para el Inicio de la Vida, como la falta de cumplimiento de lo dispuesto por el Art. 1 de la Ley 1.040, a partir de las falencias verificadas en las salas de internación de ambos Hospitales⁸, como en las salas TPR del Hospital Álvarez.

Asimismo, los mecanismos y circuitos de registro existentes impiden evaluar el impacto de aplicación de la ley, donde adicionalmente fueron detectadas inconsistencias⁹ entre la información suministrada por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria y los Hospitales.

Más allá de que quedan por mejorar algunas de las condiciones que propone la ley, conforme lo expuesto precedentemente, entre los aspectos positivos, de la implementación de la misma, se evidencian el respeto por los tiempos biológicos y la mejora del espacio de atención y el equipamiento, los cambios implementados a nivel edilicio permitirían mejorar la calidad en la atención y comodidad del trabajo de parto, como así también que la madre tenga conocimiento y poder de decisión en cuanto al suministro de medicaciones y la posición de parto.

⁸ Cabe destacar que, los aspectos referidos en las observaciones N° 6, 7, 9, 12, 13, 14 y 17 realizadas en el Proyecto N° 3.13.12 “Salud Materno Infantil” sobre el Hospital Penna y referidas a falencias de infraestructura, han sido subsanadas a la fecha de realización del presente Informe, persistiendo las incluidas en el Capítulo OBSERVACIONES precedente sobre servicio de maternidad del Hospital mencionado.

⁹ Reiterando lo detectado en otros Informes de ésta AGCBA y referido a la falta de coincidencia de los datos brindados por los distintos Organismos y los Hospitales como por ejemplo en los Proyectos N° 3.13.01 (observación 7), 3.15.03 (observación 15) y 3.15.01 (observación 7).

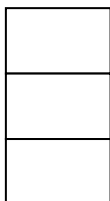


ANEXO I

MARCO NORMATIVO

TIPO DE NORMA	NUMERO	SANCION/PUBLICACION	DESCRIPCION
Constitución Nacional		Sanción:15/12/1994 Publicación:10/01/1995 BO:28057	Ley Fundamental. Principios Generales. Pactos internacionales.
Constitución de la C.A.B.A.		Sanción:01/10/1996 Publicación:10/10/1996 BOCBA:47	Ley Fundamental. Principios Generales
Ley/PEN	25929	Sanción:25/08/2004 Publicación:21/09/2004 BO:30489	Establece obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.
Ley/GCABA	70	Sanción:27/08/1998 Publicación:29/09/1998 BOCBA:539	Sistema de gestión, administrativa financiera y control del sector publico de la Ciudad.
Ley/GCABA	325	Sanción:28/12/1999 Publicación:18/02/1999 BOCBA:884	Aprueba normas de la AGCBA.
Ley /GCABA	1040	Sanción:12/06/2003 Publicación:10/07/2003 BOCBA:1729	Reconocimiento de derecho de la mujer a estar acompañada por la persona que ella designe
Ley /GCABA	1468	Sanción:16/09/2004 Publicación:20/10/2004 BOCBA:2054	Creación del Programa Acompañar
Ley /GCABA	5637	Sanción:22/09/2016 Publicación:19/10/2016 BOCBA:4998	Regionalización perinatal , atención médica, embarazadas, embarazadas de alto riesgo.
Ley /GCABA	5793	Sanción:02/03/2017 Publicación:05/04/2017 BOCBA:5102	Modifica Ley 1040
Decreto/GCABA	139	Sanción:09/02/2005 Publicación:16/02/2005 BOCBA:2130	Ratifica el Convenio de vinculación entre la Secretaría de Salud y la Fundación para el Inicio de la Vida,
Decreto/GCABA	1868	Sanción:22/12/2005 Publicación:02/01/2006 BOCBA:2349	Reglamenta la ley 1468 que crea el Programa Acompañar
Decreto/GCABA	258	Sanción:16/02/2007 Publicación:18/02/2007 BOCBA:2628	Aprueba la reglamentación de la Ley 1040

TIPO DE NORMA	NUMERO	SANCION/PUBLICACION	DESCRIPCION
Decreto/PEN	2035	Sanción:24/09/2015 Publicación:01/10/2015 BO: 33226	Reglamenta la Ley 25929
Decreto/GCABA	611	Sanción:06/12/2016 Publicación:12/12/2016 BOCBA:5023	Crea sección obstétrica
Resolución Ministerio de Salud de la Nación	348	Sanción:21/05/2003 Publicación:28/05/2003 BO:30159	Organización y funcionamiento Servicios de Maternidad



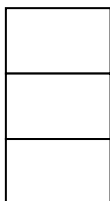
ANEXO II

GRILLA DE RELEVAMIENTO DE PLANTA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO

Resolución N° 348/2003 – Ministerio de Salud de la Nación

SALAS DE INTERNACION
En salas de internación compartidas, cuenta con elementos de separación fijos o móviles entre las camas para respetar la privacidad de las mujeres
El espacio asignado es suficiente para alojar al recién nacido en su cuna, junto a la cama de su madre y permitir las funciones médicas y de enfermería para ambos (se estima 9 mts2. por cama/cuna).
Cuenta con baño completo con ducha, como máximo, cada 4 camas de internación

SALAS DE PREPARTO O DILATANTES
Este sector es confortable y provee privacidad aún en habitaciones con camas múltiples, compartimentando espacios convenientemente con mamparas, cortinas u otro medio adecuado
Hay espacio suficiente para que cada paciente esté acompañada por su familiar (familiar continente) y tiene acceso directo a un baño, dentro de la habitación o adyacente a la misma
Se destina un mínimo de 9 m ² de por cada cama (establecimientos de bajo riesgo)
Hay espacio suficiente para que las embarazadas puedan deambular en el trabajo de parto
Cuenta con Provisión de oxígeno, succión y aire comprimido mediante sistemas centrales con conectores adecuados para cada cama, o por tubos y aparatos portátiles. Este equipamiento cuenta con dispositivos para medir y controlar el flujo
Cuenta con lugares apropiados para guardar pertenencias y ropa de pacientes, familiares y personal



SALAS DE PARTOS
Las Salas de Partos están contiguas al sector de parto o dilatante con facilidad de acceso y privacidad para la mujer y el familiar continente.
La habitación para el parto normal tiene 16 m ² de superficie?
La altura es de 3 metros.
Cada Sala de Partos está destinada a la atención de una sola mujer.
Las salas están adecuadamente iluminadas y la temperatura adecuada para evitar enfriamientos de la madre y el neonato.(24 a 26 ° C)
Existe provisión de oxígeno, aire comprimido y aspiración (central en el establecimiento o por tubos y aparatología adecuada con medición y control de flujos), en cada sala de partos, tanto para la madre como para el neonato
SALAS DE RECUPERACION O POSPARTO
Esta sala está ubicada en el Centro Obstétrico, con un número similar de camas a la sala de trabajo de parto.
SALAS TPR
Cuenta con sala TPR?
Las salas TPR están dentro del centro obstétrico y cumplen las normas de bioseguridad, de circulación del personal y provisión de elementos propias de estos sectores.
Las salas TPR son amplias, con una superficie mínima de 25 m2
Iluminación natural
Sistema de oscurecimiento
Climatización adecuada
Sanitario compartido
Sector de 6 m2 aproximadamente destinado a guardar y ocultar los equipos
Arreglada como un dormitorio normal
Gases
La cama permite a la parturienta colocarse en la posición más cómoda
Soga
Banquito
Pelota
Baño apto para trabajo de parto
Sector de recepción - reanimación a la vista de la madre

ANEXO II (Continuación)

GRILLA DE RELEVAMIENTO DE INSTRUMENTAL

Detalle
Camilla de examen ginecológico
Lámpara
Taburete
Escalerilla
Escritorio con 3 sillas (para la embarazada, profesional y acompañante)
Balanza de pie para adultos con tallimetro
Mesa de curaciones
Caja de curaciones
Caja para colocación de DIU
Recipiente para residuos comunes y otro para residuos patológicos
Cinta métrica inextensible, gestograma de pared
Estetoscopio de Pinard
Detector de latidos fetales
Estetoscopio biauricular
Tensiómetro
Termómetro
Espéculos vaginales de varios tamaños
Espátulas de Ayre
Portaobjetos
Bajalenguas
Jeringas y agujas descartables
Colposcopio e insumos de colposcopia
Descartadores de objetos punzantes
Negatoscopio
Tambores de acero inoxidable
Material para isopado vaginal y rectal
Frascos esteriles para urocultivo
Refrigerador con termómetro y hoja de control diario (vacunas)
Equipo para esterilizar (estufa; etc; o recibe estéril)
Historia Clínica perinatal base
Carnet perinatal
Tablas de valores normales de altura Uterina y ganancia de peso en el embarazo
Archivo de Historias Clínicas, carnets y otros documentos
Equipo audiovisual para proyecciones (opcional)
Material didáctico de preparación para la maternidad

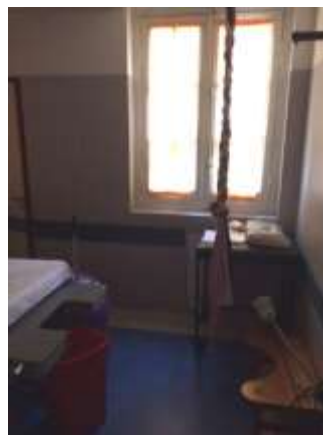
ANEXO III

SOPORTE FOTOGRÁFICO

Hospital Álvarez



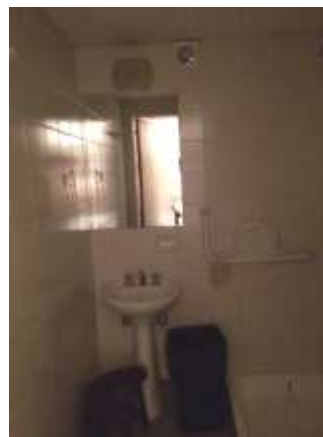
TPR de reducidas dimensiones



Soga



Materiales necesarios en un ropero contiguo



Baño privado



Recepción del recién nacido NO a la vista de la madre



Quirófano



Internación sin privacidad



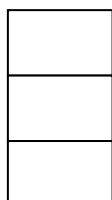
Internación sin privacidad



Internación sin privacidad



Baños comunes en regular estado





Baños comunes en regular estado



Baños comunes en regular estado



Baños comunes en regular estado

Hospital Penna



Internación sin privacidad



Internación sin privacidad



Internación sin privacidad



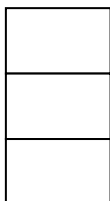
Internación sin privacidad

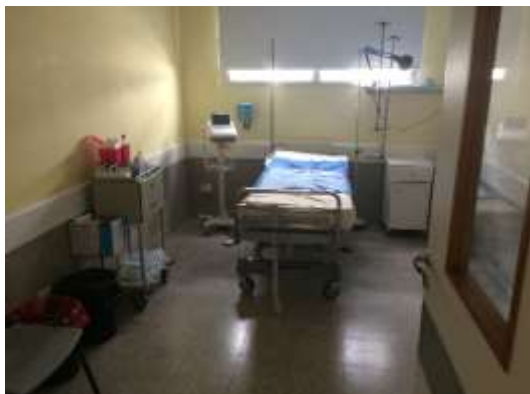


Baño de internación en regulares condiciones



Baño de internación en regulares condiciones





Salas de partos



Salas de partos



Sala de TPR



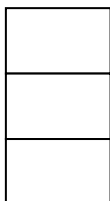
Sala de TPR



Soga



Recepción del recién nacido
a la vista





Baño amplio



Pelota y banquito

ANEXO IV

Historia clínica del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires MSAL - Departamento Materno Infantil

[illegible]

Departamento Actuaciones Colegiadas
INFORME FINAL
de la
Auditoría Gral. de la Ciudad de Bs. As.

Jean Jaures 216 - C1215ACD - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel. 3754-3700