



INFORME FINAL DE AUDITORIA

Con Informe Ejecutivo

Proyecto N° 3.17.01

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE LOS HOSPITALES GENERALES Auditoría de Gestión

Período 2016

Buenos Aires, Diciembre 2019

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 220 - Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta

Lic. Cecilia Segura Rattagan

Auditores Generales

Cdora Mariela Coletta

Dr. Facundo Del Gaiso

Dr. Jorge Garayalde

Lic. Raquel Herrero

Cdor. Vicente Rodríguez

Lic. Hugo Vasques

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.17.01

NOMBRE DEL PROYECTO: Servicio de Neonatología en los Hospitales Generales.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2016

EQUIPO DESIGNADO:

Supervisora: Bioq. E. Jazmín Laino

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, de los Servicios de Neonatología de los Hospitales Generales de Agudos.

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 11 DE DICIEMBRE DE 2019

APROBADO POR: UNANIMIDAD

RESOLUCIÓN AGC N°: 383/19

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, diciembre de 2019
Código del Proyecto	3.17.01
Denominación del Proyecto	Servicios de Neonatología en los Hospitales Generales de Agudos. Auditoría de Gestión.
Período examinado	Año 2016
Objeto	Servicios de Neonatología en los Hospitales Generales de Agudos.
Unidad Ejecutora	Efectores dependientes del Ministerio de Salud.
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, de los Servicios de Neonatología de los Hospitales Generales de Agudos de la CABA.
Principales hallazgos	✓ No se ha reglamentado la ley de Regionalización Perinatal (Ley N° 5.637 año 2016). En su art. 19° se establece que la misma debía ser reglamentada en el término de los 180 días de su promulgación (1/11/16). ✓ Los servicios de Neonatología de Nivel III B (hospitales Argerich y Durand) a pesar de su categorización, no realizaban cirugías. ✓ Recursos Humanos ○ En el año 2016 no se deba cumplimiento al Decreto N° 938 en lo referente a la cantidad de médicos neonatólogos de guardia establecidos. a) Hospital Penna no contaba con médico neonatólogo para la guardia de los domingos, y disponía de solo un profesional para la guardia de los días lunes. b) Hospital Rivadavia contaba con un médico neonatólogo para la guardia de los días lunes. c) Hospital Durand contaba con un médico neonatólogo en las guardias de los días miércoles, jueves y sábados. Las guardias de los días martes y viernes se hallaban cubiertas parcialmente.

- d) Hospital Piñero contaba con una cobertura parcial de la guardia de los días domingo.
- Falta de médicos Neonatólogos para cubrir las diferentes licencias (ordinaria, por enfermedad, entre otras).
 - Falta de médicos especialistas pediátricos en los hospitales auditados, debiendo trasladar a los pacientes a otros efectores de salud para efectuar consultas
- ✓ Debido a la insuficiente dotación de médicos neonatólogos para el traslado neonatal del SAME, los servicios hospitalarios de pacientes utilizan recursos propios para dotar de personal médicos a las ambulancias.
- ✓ Las Historias Clínicas no reunían los requisitos formales aplicados a dichos documentos (Ley N°26529)
- a) Hoja de identificación del paciente
1. Argerich 35% (25/83 HC)
 2. Durand 13% (11/ 82HC)
 3. Penna 51% (42/83 HC)
 4. Piñero 8% (7/83 HC)
 5. Rivadavia 4% (3/77 HC)
- b) Foliado ausente o parcial
1. Argerich 98% (81/83 HC)
 2. Durand 71% (58/82 HC)
 3. Penna 99% (82/93 HC)
 4. Piñero 98% (81/83 HC)
 5. Pirovano 100% (79/79 HC)
 6. Rivadavia 83% (74/77 HC)
- c) Letra ilegible total o parcial
1. Argerich 27% (22/83 HC)
 2. Durand 48% (39/82 HC)
 3. Penna 43% (36/83 HC)
 4. Piñero 2% (2/83 HC)
 5. Rivadavia 7% (5/77 HC)
- d) Ausencia de firma del profesional
1. Argerich 14% (12/83 HC)
 2. Durand 2% (2/82 HC)
 3. Penna 4% (3/83 HC)
 4. Pirovano 3% (2/79 HC)
 5. Rivadavia 1% (1/77 HC)
- e) Ausencia de sello del profesional
1. Argerich 25% (21/83 HC)

2. Durand 6% (5/82 HC)
3. Penna 5% (4/83 HC)
4. Piñero 12% (10/83 HC)
5. Pirovano 3% (2/79 HC)
6. Rivadavia 3% (2/77 HC)

f) Ausencia de consentimiento informado

1. Argerich 31% (26/83 HC)
2. Durand 97% (80/82 HC)
3. Penna 62% (52/83 HC)
4. Piñero 70% (58/83 HC)
5. Rivadavia 49% (38/77 HC)

✓ Las historias clínicas no tenían constancia de aplicación de vacunas

a) BCG

1. Argerich 80% (66/83 HC)
2. Durand 88% (72/82 HC)
3. Penna 55% (46/83 HC)
4. Piñero 30% (25/83 HC)
5. Pirovano 54% (43/79 HC)
6. Rivadavia 29% (22/77 HC)

b) Hepatitis B

1. Argerich 29% (24/83 HC)
2. Durand 41% (34/82 HC)
3. Penna 76% (63/83 HC)
4. Piñero 4% (3/83 HC)
5. Pirovano 1% (1/79 HC)
6. Rivadavia 42% (32/77 HC)

✓ Las historias clínicas no tenían constancia de realización de estudios diagnósticos obligatorios, indicados en la *Planificación del Alta. Guía Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2016*

a) PPN

1. Argerich 5% (4/83 HC)
2. Durand 23% (19/82 HC)
3. Penna 43% (36/83 HC)
4. Piñero 1% (1/83 HC)
5. Pirovano 2% (2/79 HC)
6. Rivadavia 6% (6/77 HC)

b) Ecografía cerebral

1. Argerich 11% (9/83 HC)

	2. Durand 17% (14/82 HC) 3. Penna 8% (8/83 HC) 4. Piñero 35% (29/83 HC) 5. Pirovano 20% (16/79 HC) 6. Rivadavia 10% (8/77 HC) c) Fondo de ojos 1. Argerich 6% (5/83 HC) 2. Durand 24% (20/82 HC) 3. Penna 25% (21/83 HC) 4. Piñero 41% (34/83 HC) 5. Pirovano 42% (33/79 HC) 6. Rivadavia 6% (5/77 HC) d) Otoemisiones 1. Argerich 92% (76/83 HC) 2. Durand 30% (25/82 HC) 3. Penna 54% (45/83 HC) 4. Piñero 22% (18/83 HC) 5. Pirovano 57% (45/79 HC) 6. Rivadavia 5% (4/77 HC) e) Potenciales evocados 1. Argerich 99% (82/83 HC) 2. Durand 96% (79/82 HC) 3. Penna 99% (82/83 HC) 4. Piñero 100% (83/83 HC) 5. Pirovano 95% (75/79 HC) 6. Rivadavia 5% (4/77 HC) ✓ En las historias clínicas que tenían pedido de interconsultas, no constaba la realización de la misma 1. Argerich 17% (5/30 HC) 2. Durand 15%(2/13 HC) 3. Penna 14%(3/21 HC) 4. Piñero 16%(8/50 HC) 5. Pirovano 20%(5/25 HC) 6. Rivadavia 6%(2/32 HC) ✓ Las historias clínicas no tenían indicados turnos de seguimiento y control 1. Argerich 70% (58/83 HC) 2. Durand 85% (70/82 HC) 3. Penna 77% (64/83 HC) 4. Piñero 52% (43/83 HC) 5. Pirovano 53% (42/79 HC)
--	---

	6. Rivadavia 39% (30/77 HC) ✓ Los Hospitales Argerich, Durand, Penna, Piñero y Pirovano no contaban con desfibrilador. Asimismo, los dos primeros carecían de carro de paro y kit ✓ Equipamiento médico en estado regular 1. Argerich 17% [incubadoras (4/4); respirador para cuidados críticos Neo- pediátrico (1/5); Servocunas (4/6)]. 2. Durand 24% [fototerapia a Tubo (9/9); respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (6/9); Rayos X rodante (1/1)]. 3. Penna 9% [incubadoras (6/13); Servocuna (1/10); Monitor multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros (1/1); Monitor multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros + PI (2/2)]. 4. Piñero 42% [fototerapia a tubo (8/8); incubadoras (7/13); servocunas (2/4); incubadoras de Transporte Hospitalario (4/4); Monitores multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros (4/8); Respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (2/5)]. 5. Pirovano 12% [Equipo de Rayos X Rodante (1/1); respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (3/4)]. 6. Rivadavia 35% [incubadora (1/4); fototerapia a Tubo (11/11); respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (4/8); Equipo de Rayos X Rodante (1/1); oxímetro de pulso de mesa (2/5); Electrocardiógrafo 3 canales (1/1)]. ✓ Equipamiento médico en estado malo 1. Durand 1% [incubadora (1/4)]. 2. Pirovano 3% [incubadora (1/3)]. 3. Rivadavia 5% [Monitores de signos vitales SpO2 y PNI (2/2); Resucitador para lactante con pieza en T (1/1)]. ✓ El 29% del equipamiento médico de los Servicios de Neonatología auditados no contaba con ningún tipo de mantenimiento.
Principales conclusiones	➤ Los servicios de neonatología analizados forman parte de una compleja oferta asistencial que la CABA destina a satisfacer la demanda de atención de pacientes que nacen en sus efectores y a recibir derivaciones de pacientes que requieren intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas de alta complejidad. ➤ Desde septiembre de 2016 la Ciudad cuenta con una Ley de Regionalización Perinatal, aún no ha sido reglamentada. De

acuerdo con esta norma, la actividad de los Servicios debería lograr (Art. 2°) “disminuir la morbimortalidad materno-infantil a través del desarrollo e implementación de los recursos humanos, físicos y económicos indispensables para garantizar la mayor seguridad materno-neonatal desde el embarazo hasta el puerperio”

➤ A la fecha del presente informe no se había cumplido con la obligación de reglamentar la Ley para darle aplicación práctica que permitirá disponer la manera, establecer circuitos, registros e instaurar procesos que sistematicen la atención de pacientes.

➤ Aún hoy el área Materno Infantil requiere formalización en la estructura del Ministerio de Salud de la CABA. Se encuentra subordinada a la Dirección General de Hospitales pero carece de rango formal en la estructura oficial.

➤ En cuanto a la asignación de recursos humanos, se observó la necesidad de dotar al sistema de recursos humanos críticos especializados en población infantil: neonatólogos, cardiólogos, neurólogos, entre otros.

➤ La insuficiente cantidad de profesionales que se verifica en la actualidad tiene perspectivas de incrementarse debido a la disminución en la cantidad de postulantes para formarse en esas especialidades; por lo tanto, resulta indispensable que a corto plazo se planifiquen y diseñen políticas de estímulo en tal sentido.

➤ Se hace necesario fortalecer los equipos de pesquisa neonatal e insistir en la necesidad de un correcto y minucioso registro en la historia clínica de cada una de las oportunidades de intervención, ya que la falta y / o la demora en las acciones de pesquisa, redundarían en la pérdida de oportunidad de detección y atención de patologías muy frecuentes en pacientes con estas características.

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA
“SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE LOS HOSPITALES GENERALES”
PROYECTO N° 3.17.01**

**Señor
Presidente
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
C.P Diego César Santilli**

S _____ / _____ D

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

I) OBJETO

Servicios de Neonatología de los Hospitales Generales de Agudos.

II) OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, de los Servicios de Neonatología de los Hospitales Generales de Agudos de la CABA.

III) ALCANCE

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

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

IV) LIMITACIÓN AL ALCANCE

Sin limitaciones.

V) ACLARACIONES PREVIAS

Comienzo de las tareas de campo: Octubre 2017.

Cierre de las tareas de campo: Diciembre 2018.

En la década del '60 comenzó a desarrollarse en todo el mundo la neonatología, rama de la pediatría que se ocupa del bebé hasta el mes de vida.

Los recién nacidos que necesitan atención médica intensiva se atienden en el área del hospital que combina tecnología y profesionales de la salud capacitados para brindarles cuidado especializado. El área puede brindar cuidados continuos o intermedios para bebés que no están enfermos, pero necesitan atenciones específicas.

La mayoría de los bebés ingresados en el Servicio de Neonatología son prematuros nacidos antes de las 37 semanas de embarazo, tienen bajo peso o alguna enfermedad que requiere de cuidado especial.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno de cada diez nacimientos pertenecen a este grupo. Aproximadamente el 7% de esos niños prematuros muere debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive.

El uso de la tecnología en la detección de enfermedades es indispensable para evitar que sobrevengan secuelas que limiten las capacidades entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal.

De los 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias¹, todos han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Ello puede explicarse, entre otros factores, por una mejora de los métodos de evaluación; el aumento de la edad materna y de los problemas

¹ La OMS acude a muchas fuentes para compilar las Estadísticas Sanitarias Mundiales, entre ellas, sistemas públicos de registro de nacimientos y defunciones, registros de hospitales, encuestas de hogares, censos, registros certificados de gastos, y datos obtenidos de proyectos de investigación.

de salud materna subyacentes², mayor uso de los tratamientos contra la infertilidad (que dan lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples); y los cambios en las prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término.

Entre las principales causas de muerte de niños a nivel mundial se encuentran la prematuridad y otras infecciones, causas perinatales y nutricionales, todas ellas atendidas en las áreas de neonatología de los hospitales.

Según los datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) que anualmente formula el informe “*Estadísticas Vitales. Información Básica*”³ en 2016, el 7% de los niños nacidos en la CABA pesaba menos de 2500 gramos, criterio que los ubica entre los pacientes que deben ser atendidos por el servicio de neonatología del establecimiento donde han nacido.

Nacidos vivos registrados según intervalo de peso al nacer, por jurisdicción de residencia de la madre. República Argentina - Año 2016

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	INTERVALO DE PESO AL NACER (en gramos)								
		Menor de 500	500 a 999	1000 a 1499	1500 a 1999	2000 a 2499	2500 a 2999	3000 a 3499	De 3500 y más	Sin especificar
REPUBLICA ARGENTINA	728.035	235	2.776	5.067	10.448	33.797	126.875	292.988	249.482	6.367
CABA	40.136	20	171	286	586	1.833	6.923	15.744	13.782	791
Buenos Aires	272.471	51	985	1.914	3.876	13.027	46.043	107.797	94.490	4.288
Partidos del Aglomerado GBA	190.935	34	711	1.321	2.724	9.215	31.164	74.386	68.063	3.317
Catamarca	6.685	3	30	51	93	288	1.230	2.754	2.139	97
Córdoba	56.460	7	207	418	846	2.541	10.251	23.655	18.369	166
Corrientes	20.033	4	70	125	292	901	3.551	8.069	6.815	206
Chaco	22.023	4	94	171	353	1.100	4.225	8.759	7.065	252
Chubut	9.608	4	43	63	130	421	1.393	3.804	3.748	2
Entre Ríos	22.195	9	77	161	343	1.024	4.190	9.206	7.145	40
Formosa	11.369	2	40	99	184	595	2.013	4.619	3.814	3
Jujuy	12.380	3	71	73	155	496	2.079	5.042	4.459	2
La Pampa	5.222	2	12	33	67	237	898	2.149	1.822	2
La Rioja	6.182	6	11	44	80	254	989	2.517	2.245	36
Mendoza	33.378	5	114	193	436	1.499	6.305	13.788	11.016	22
Misiones	25.319	4	100	153	359	1.274	4.960	10.462	8.001	6
Neuquén	11.238	6	42	71	133	432	1.707	4.566	4.271	10
Rio Negro	11.924	4	42	66	143	481	1.916	4.814	4.449	9
Salta	26.273	27	115	190	396	1.154	4.661	10.773	8.921	36
San Juan	14.017	5	39	103	206	609	2.426	5.747	4.872	10
San Luis	7.504	0	34	59	115	344	1.345	3.127	2.406	74
Santa Cruz	6.119	1	32	36	88	212	878	2.372	2.481	19
Santa Fe	55.971	16	239	408	813	2.627	10.082	22.748	19.032	6
Santiago del Estero	17.515	4	44	88	245	740	2.719	6.770	6.894	11
Tucumán	28.306	45	142	210	407	1.431	5.201	11.570	9.253	47
Tierra del Fuego	2.829	1	8	20	44	119	436	1.093	1.103	5
Otros Países	251	0	1	3	4	14	42	104	82	1
Ignorado	2.627	2	13	29	54	144	412	939	808	226

² Como la diabetes y la hipertensión.

³ <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticasvitalas/>

En el mismo año, en promedio, 9% de los niños nacidos en el país había completado la semana 36 de gestación, en la Ciudad de Buenos Aires el porcentaje de nacidos prematuros en 2016 fue del 8%.

Nacidos vivos registrados según tiempo de gestación, por jurisdicción de residencia de la madre.
República Argentina - año 2016

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	Subtotal	TIEMPO DE GESTACIÓN EN SEMANAS COMPLETAS							
			Pretérmino					Término	Postérmino	Sin especificar
			Menos de 22	22 a 23	24 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 y más	
REPUBLICA ARGENTINA	728.035	63.793	124	348	2.254	5.760	55.307	647.869	7.543	8.830
CABA	40.136	3.153	4	29	130	318	2.672	34.900	1.226	857
Buenos Aires	272.471	22.867	23	85	834	2.078	19.847	241.295	2.320	5.989
Partidos del Aglomerado GBA	190.935	16.059	17	70	599	1.475	13.898	168.356	2.021	4.499
Catamarca	6.685	455	1	6	14	31	403	6.065	18	147
Córdoba	56.460	4.566	6	22	160	428	3.950	51.742	85	67
Corrientes	20.033	2.016	7	13	71	190	1.735	17.256	488	273
Chaco	22.023	2.103	2	8	59	221	1.813	19.403	119	398
Chubut	9.608	813	0	8	34	81	690	8.771	20	4
Entre Ríos	22.195	2.357	3	8	76	228	2.042	18.979	801	58
Formosa	11.369	1.224	0	2	50	118	1.054	10.076	63	6
Jujuy	12.380	862	3	9	36	83	731	11.331	180	7
La Pampa	5.222	375	1	4	12	23	335	4.841	5	1
La Rioja	6.182	511	0	6	14	54	437	5.597	5	69
Mendoza	33.378	2.356	3	14	91	182	2.066	30.947	44	31
Misiones	25.319	2.195	3	19	56	158	1.959	22.874	227	23
Neuquén	11.238	910	2	3	40	119	746	10.312	10	6
Rio Negro	11.924	1.061	1	2	35	87	936	10.792	37	34
Salta	26.273	2.179	16	35	67	153	1.908	23.777	114	203
San Juan	14.017	793	4	8	29	92	660	13.208	16	0
San Luis	7.504	707	0	4	26	70	607	6.605	128	64

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL DE NACIDOS VIVOS	Subtotal	TIEMPO DE GESTACIÓN EN SEMANAS COMPLETAS							
			Pretérmino					Término	Postérmino	Sin especificar
			Menos de 22	22 a 23	24 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	42 y más	
Santa Cruz	6.119	561	2	2	26	42	489	5.380	170	8
Santa Fe	55.971	5.376	5	23	204	530	4.614	50.273	72	250
Santiago del Estero	17.515	2.172	4	8	46	120	1.994	15.000	339	4
Tucumán	28.306	3.654	32	27	122	299	3.174	23.655	917	80
Tierra del Fuego	2.829	255	0	2	9	21	223	2.479	82	13
Otros Países	251	20	0	0	1	0	19	226	1	4
Ignorado	2.627	252	2	1	12	34	203	2.085	56	234

En mayo de 2012, la OMS y sus asociados publicaron un informe titulado *“Nacidos Demasiado Pronto - Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros”*, que incluía las primeras estimaciones realizadas sobre nacimientos prematuros por países.

La OMS se ha comprometido a reducir los problemas de salud y el número de vidas perdidas como consecuencia de los partos prematuros mediante la adopción de medidas concretas:

- colaborar con los Estados Miembros y los asociados para poner en práctica el plan de acción titulado *“Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible”*, adoptado en mayo de 2014 en el marco de la Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño;
- colaborar con los Estados Miembros para fortalecer la disponibilidad y calidad de los datos sobre nacimientos prematuros;
- proporcionar cada tres a cinco años análisis actualizados de los niveles y las tendencias de los nacimientos prematuros en el mundo;
- colaborar con los asociados de todo el mundo para realizar investigaciones sobre las causas de los nacimientos prematuros, y poner a prueba la eficacia y los métodos de ejecución de las intervenciones destinadas a prevenir los partos prematuros y a tratar a los niños prematuros;
- actualizar periódicamente las directrices clínicas para el manejo del embarazo y la atención prestada a las mujeres que presentan contracciones prematuras o riesgo de parto prematuro, así como las directrices relativas a la atención prestada a los bebés prematuros, incluidas la técnica de la madre

canguro, la alimentación de bebés con insuficiencia ponderal al nacer, el tratamiento de infecciones y problemas respiratorios, y el seguimiento de la atención en el domicilio (véanse las recomendaciones emitidas en 2015 por la OMS sobre intervenciones para mejorar los resultados obstétricos en casos de prematuridad); y

- elaborar instrumentos que permitan mejorar las competencias de los profesionales sanitarios y evaluar la calidad de la atención prestada a las mujeres con riesgo de parto prematuro y a los recién nacidos prematuros.
- prestar apoyo a los países para que pongan en práctica las directrices de la OMS sobre la atención prenatal, destinadas a reducir el riesgo de desenlaces negativos del embarazo, entre ellos el parto prematuro, y a garantizar que el embarazo sea una experiencia positiva para todas las mujeres.

❖ Dirección General de Estadísticas y Censos. Min. de Hacienda. CABA Anuario Estadístico 2016

➤ Tasas de mortalidad infantil total, neonatal, postneonatal y fetal (por mil nacidos vivos). Ciudad de Buenos Aires. Años 1990/2016

Año	Infantil Total	Neonatal			Postneonatal	Fetal
		Total	Precoz	Tardía		
1990	16,0	10,7	8,9	1,8	5,2	6,1
1991	13,6	8,5	7,0	1,6	5,1	7,1
1992	14,4	10,2	8,9	1,3	4,2	5,9
1993	15,4	10,4	7,6	2,8	5,0	6,1
1994	14,0	9,6	7,5	2,1	4,4	6,4
1995	12,5	8,3	6,2	2,1	4,2	5,8
1996	14,3	9,6	7,3	2,4	4,7	5,9
1997	11,8	8,1	6,1	2,0	3,7	6,5
1998	12,7	8,7	6,6	2,1	4,0	6,0
1999	10,3	7,1	5,2	2,0	3,2	6,0
2000	9,0	5,9	4,2	1,7	3,1	4,7
2001	9,1	6,2	4,3	1,9	2,9	3,8
2002	9,9	6,3	4,2	2,1	3,6	4,5
2003	10,1	6,4	4,6	1,8	3,7	4,5
2004	8,5	5,7	3,8	1,9	2,8	4,1
2005	7,8	5,2	3,5	1,7	2,6	4,3
2006	7,9	4,9	3,4	1,5	3,0	4,1
2007	7,9	5,0	3,7	1,3	2,9	4,4
2008	7,3	4,9	3,0	1,9	2,3	4,4
2009	8,3	5,8	4,1	1,7	2,5	6,1
2010	6,7	4,5	3,0	1,4	2,2	6,4
2011	8,5	5,4	3,9	1,4	3,1	6,2
2012	8,1	5,9	4,3	1,6	2,2	6,3
2013	8,9	6,4	4,2	2,2	2,4	6,4
2014	7,9	5,6	4,0	1,6	2,3	7,4
2015	6,0	4,3	3,2	1,0	1,7	7,7
2016	7,2	5,4	3,7	1,7	1,8	8,0

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

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

➤ Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Trienio 2014/2016

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

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

➤ Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por criterios de reducibilidad según comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Año 2016.

Comuna de residencia habitual de la madre	Criterios de reducibilidad			
	Total	Reducibles	Difícilmente reducibles	Otras causas y causas mal definidas
Total	7,9	4,2	2,4	1,3
1	4,9	4,0	0,9	0,0
2	9,2	3,8	4,3	1,1
3	9,4	4,7	2,5	2,2
4	12,3	6,3	3,6	2,4
5	6,7	3,1	2,7	0,9
6	7,5	4,0	3,5	0,0
7	8,5	5,2	1,0	2,3
8	12,7	5,2	4,2	3,3
9	6,5	3,3	2,0	1,2
10	5,3	4,3	1,0	0,0
11	5,3	4,4	0,9	0,0
12	3,4	2,4	0,3	0,7
13	6,9	3,4	2,7	0,7
14	6,8	3,4	2,4	1,0
15	7,8	3,7	3,3	0,8

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

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

Con respecto a las causas de muerte, se observó un descenso de la participación de la mortalidad reducible, tanto en la mortalidad neonatal como postneonatal. La mortalidad infantil en la Ciudad presentó un comportamiento diferencial en las comunas que la componen. En el trienio 2014/2016 con niveles superiores al promedio de la Ciudad, el grupo está compuesto por las Comunas 1, 3, 4, 5, 7, 8 y 9. Al compararlo con el trienio 2013/2015, algunas comunas permanecen en el grupo (3, 4, 7 y 8) y otras tienen variaciones.

➤ Composición porcentual de la mortalidad infantil por criterios de reducibilidad y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. Años 2012/2016

Criterios de reducibilidad	2012	2013	2014	2015	2016
Muertes de menores de 28 días de edad					
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Reducibles	56,6	62,2	53,6	58,6	58,0
Preferentemente en el embarazo	2,4	2,9	2,9	1,7	3,8
Preferentemente en el parto	-	0,7	0,4	-	-
Preferentemente en el recién nacido por:					
tratamiento clínico	19,5	16,4	15,9	16,1	13,7
tratamiento quirúrgico	1,6	1,5	1,3	1,1	1,4
tratamiento clínico y quirúrgico	10,4	17,8	13,4	18,4	18,4
En el periodo perinatal	22,3	22,9	19,7	21,3	20,8
Otras reducibles	0,4	-	-	-	-
Difícilmente reducibles	31,1	27,3	37,2	31,6	34,4
No clasificables	11,2	9,5	7,9	9,2	5,7
Mal definidas e inespecíficas	1,2	1,1	1,3	0,6	1,9
Criterios de reducibilidad	2012	2013	2014	2015	2016
Muertes de 28 días a menos de un año de edad					
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Reducibles	40,6	56,3	53,1	54,9	49,3
Por prevención	-	-	1,0	-	-
Por tratamiento	28,1	35,0	31,6	35,2	29,1
Por prevención y tratamiento	10,4	20,4	20,4	16,9	18,8
Otras reducibles	2,1	1,0	-	2,8	1,4
Difícilmente reducibles	17,7	7,8	13,3	14,1	4,3
No clasificables	35,4	31,1	28,6	25,4	37,7
Mal definidas e inespecíficas	6,3	4,9	5,1	5,6	8,7

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

La mortalidad infantil se puede analizar según “criterios de reducibilidad”. Esta clasificación agrupa las causas de muerte en función de la patología, el conocimiento científico disponible y las características del sistema de salud a fin de conocer en qué medida es posible reducir las defunciones a través de acciones en el ámbito de la atención de la salud materno-infantil. Las causas reducibles podrían disminuir con acciones en el sistema de salud sencillas y de bajo costo, a través de la prevención, el diagnóstico y/o el tratamiento oportuno en el embarazo, en el parto y en el nacido vivo. Las causas difícilmente reducibles están generalmente asociadas a anomalías congénitas, malformaciones genéticas, etc.

Al comparar para los últimos cuatro años las principales causas de muerte (2013/2016) de acuerdo con los criterios de reducibilidad, se observó un descenso de la participación de la mortalidad reducible y viceversa, un incremento de la difícilmente reducible.

En la mortalidad neonatal se redujeron las debidas a la atención durante el embarazo y el parto⁴ ; si bien se destaca en 2016 el notorio aumento de las del embarazo. Por su parte, en la mortalidad postneonatal, las debidas a la prevención y el tratamiento⁵ se redujeron, pese a un leve repunte en 2016 de 1,9 puntos porcentuales mientras que las reducibles por tratamiento⁶ descendieron 6,1 puntos porcentuales.

❖ Categorización de los servicios de Neonatología

La Resolución N° 641/2012 (Min. Salud de la Nación) plantea entre otras cosas una categorización de los servicios de Neonatología y con la finalidad de homogeneizarla con la categorización de los servicios de Obstetricia, parte del *Nivel 2*, que se corresponde con la categorización de las Maternidades de *Nivel 2* las cuales sólo brindan atención de bajo riesgo materno.

Los servicios de *Nivel 2*, son aquellos servicios de neonatología que sólo brindarán cuidados a *niños de término o casi término (>35 semanas y/o > 2500 g) que no requieran cuidados especiales*.

- Tipo de pacientes:
 - ✓ Niños de bajo riesgo con por los menos 35 semanas de Edad Gestacional y fisiológicamente estables.
 - ✓ Niños con complicaciones menores tales como hiperbilirrubinemia, dificultad respiratoria transitoria que requiera oxigenoterapia de corta duración (hasta 48 hs).

⁴ Por ejemplo: tétanos, sífilis congénita, complicaciones del cordón umbilical, traumatismos del nacimiento, etc.

⁵ Por ejemplo: enfermedades infecciosas intestinales, tuberculosis sífilis congénita, encefalitis y meningitis virales, desnutrición, infecciones agudas de las vías respiratorias, etc.

⁶ Por ejemplo: tumores malignos, leucemia, malformaciones congénitas del sistema circulatorio, parálisis cerebral, hidrocefalia, meningitis, etc.

- ✓ Recién nacidos con hipertermia en buen estado general que deben ser estudiados.
- ✓ Recién nacidos de término o casi término que se reinternen por bronquiolitis leves.
- ✓ Niños contrarreferidos una vez solucionada su patología de base y que cumplan con las condiciones anteriores.

Los servicios de Nivel 3: se corresponden con el Nivel 3 dentro de la clasificación de maternidades. Desde el punto de vista neonatal se subdivide en dos subniveles de acuerdo con la complejidad de la atención brindada.

Nivel 3 A, son aquellos servicios de neonatología que pueden brindar atención para niños que requieren cuidados especiales de corto plazo, incluyendo oxígeno terapia, y que no tengan menos de 32 semanas de edad gestacional o menos de 1500 gramos de peso al nacer. La posibilidad de realizar Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) breve dependerá de la región en que se encuentre este servicio.

- Tipo de pacientes. Igual a nivel 2 más.
 - ✓ Niños con más de 32 semanas de edad gestacional.
 - ✓ Niños con SDR (Síndrome de Distrés Respiratorio) del prematuro que requieran Surfactante.
 - ✓ Niños que requieran oxígeno/CPAP⁷ y/o ARM en los que la patología sea considerada leve y que no vayan a requerir más de 48-72 hs de soporte respiratorio.
 - ✓ Niños con alimentación parenteral/suero, en los que se considere que la realimentación podría iniciarse dentro de las 48-72 hs.
 - ✓ Niños que requieran hemodilución o exsanguinotransfusión.
 - ✓ Niños de término o casi término con bronquilitis que requieran oxígeno o soporte respiratorio y con evolución favorable rápida. Deberán cumplirse las normas de aislamiento respiratorio, aunque sería importante que hubiera un sector de internación diferenciado para estos pacientes de manera de impedir el contagio de prematuros internados.

Nivel 3 B: son aquellas unidades con capacidad de proveer todo tipo de cuidado neonatal, incluyendo los requeridos por niños extremadamente prematuros. El nivel 3B podrá eventualmente y de acuerdo a las características regionales, subdividirse en 3B1, B2 o B3 según su disponibilidad para realizar cirugía general, cirugía sistema nervioso central (SNC) y/o cirugía cardiovascular.

- Tipo de pacientes. Igual a nivel 3A más:

⁷ CPAP: Presión positiva continua en las vías respiratorias

- ✓ Niños con menos de 32 semanas de edad gestacional.
- ✓ Niños con patología quirúrgica general.
- ✓ Niños con patología quirúrgica compleja incluyendo patología del SNC.
- ✓ Niños con patología quirúrgica cardiológica.
- ✓ Niños con patología neonatal crítica

Todas las Unidades de Nivel 3B deberán contar con un Consultorio de Seguimiento para el Recién Nacido de Riesgo egresado de la misma.

VI) RELEVAMIENTO

A) Normativa

Se procedió a analizar la normativa aplicable a los servicios de Neonatología de los hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A₁) Normativa del ámbito Nacional

- **Ley N° 23.413** (sancionada el 10 de octubre de 1986): establece la obligatoriedad de realizar la pesquisa neonatal, para la detección precoz de fenilcetonuria.

- **Ley N° 23.874** (sancionada el 28 de noviembre de 1990): incorpora a la pesquisa neonatal la detección precoz de hipotiroidismo congénito.

- **Decreto Reglamentario N° 1316/94** (sancionado el 4 de agosto de 1994): Reglamenta las Leyes N° 23.413 y 23.874.

- **Ley N° 24.438** (sancionada el 21 de diciembre de 1994): modifica los artículos 1º y 2º de la Ley N° 23.413.

Artículo 1º - La realización de una prueba de rastreo para la detección precoz de la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito y la fibrosis quística o mucoviscidosis será obligatoria en todas las maternidades y establecimientos asistenciales que tengan a su cuidado a niños recién nacidos.

Artículo 2º - La prueba se realizará en todos los recién nacidos nunca antes de las 24 horas de haberse iniciado la alimentación láctea. Para la fibrosis quística o mucoviscidosis la prueba se realizará en todos los recién nacidos dentro de los cuatro primeros días de vida.

- **Ley N° 26.279** (sancionada el 08 de agosto de 2007 y promulgada de hecho el 04 de septiembre de 2007): determina el régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías del recién nacido.

Esta ley crea el *Programa de Pesquisa Neonatal*. En su art 1° establece que *A todo niño/a al nacer en la República Argentina se le practicarán las determinaciones para la detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria (fenilalanina), hipotiroidismo neonatal (tirotrofina neonatal), fibrosis quística (IRT/PAP), galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita (17Hidroxi Progesterona), deficiencia de biotinidasa, octanoilcarnitina (C8), Leucina-Valina, retinopatía del prematuro, Chagas y sífilis; siendo obligatoria su realización y seguimiento en todos los establecimientos públicos de gestión estatal o de la seguridad social y privados de la República en los que se atiendan partos y/o a recién nacidos/as.*

- **Resolución N° 508/96** del Ministerio de Salud y Acción Social, establece normas de procedimiento para la toma de muestras y análisis de las mismas, para la detección precoz de la fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito. (11 de noviembre de 1996)

En su art. 2° establece que *la extracción de sangre deberá ser realizada entre las VEINTICUATRO (24) horas y el SEPTIMO (7) día de vida, preferentemente entre las CUARENTA Y OCHO (48) horas y el QUINTO (5) día de vida. Si el alta se da con anticipación a ese lapso, con excepción de lo dispuesto en el artículo 4 de la presente Resolución, la muestra se tomará antes de abandonar el servicio asistencial, sin tener en cuenta la edad o historia alimentaria. Cuando se trate de recién nacidos admitidos en servicios perinatales después de su nacimiento, la muestra de sangre se tomará de ser posible entre el SEGUNDO (2°) y QUINTO (5°) día de vida o bien dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas de su admisión, debiendo ser siempre realizada antes de ser dado de alta.*

En su Art. 6° establece que.. *“Los laboratorios de rastreo registrarán los resultados obtenidos y comunicarán los presumiblemente positivos (PP) a la Comisión Coordinadora (en forma codificada y confidencial) y a los servicios asistenciales de origen de la muestra, dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibida ésta. Los resultados normales se informarán en planilla mensual. Los servicios asistenciales procederán de la siguiente forma:*

1. *El Servicio Asistencial llevará el registro de los resultados normales.*
2. *En los casos de resultados (PP), el laboratorio de rastreo comunicará fehacientemente a los padres, tutores o encargados de los menores y a la institución o al profesional remitente, la obligación de realizar análisis de confirmación diagnóstica y otorgará el correspondiente certificado.*
3. *En los casos de muestra inadecuada o dudosa, el laboratorio de rastreo solicitará nueva muestra dentro del plazo de SETENTA Y DOS (72) horas de haberse conocido el resultado del primer análisis.*

4. El Servicio Asistencial registrará en la Historia Clínica del paciente los análisis (PP) y su confirmación diagnóstica.

Los laboratorios deberán mantener archivadas las muestras durante UN (1) año”.

El Programa Nacional de Fortalecimiento de la Detección Precoz de Enfermedades Congénitas (Ministerio de Salud de la Nación) cuenta con un Manual de Procedimiento de Pesquisa Neonatal (Año 2011) en el cual se detalla entre otras cuestiones el procedimiento para la toma de muestra.

La toma de muestra de sangre se obtiene del talón del bebe entre las 48 y 72hs de vida, como como fecha límite el 5° día de vida. No obstante haberse establecido este período como momento ideal para la toma de la muestra, no existe límite superior de edad para la exclusión del procedimiento de pesquisa neonatal.

En el caso de los niños prematuros con edad gestacional inferior a las 35 semanas, se tomará la muestra correspondiente, se repetirá la extracción a los 15 días o cuando haya alcanzado las 37 semanas. Siempre se debe tomar una muestra. En la tarjeta de recolección se deberá hacer constar su condición de prematuro, así como su peso y edad gestacional actual.

En el caso de los niños de bajo peso (inferior a los 1500 gr.) se tomará la muestra correspondiente y luego cada 15 días hasta que hayan alcanzado los 2000 gr. de peso.

Registro de datos:

- Antes de la toma de la muestra, se deberá llenar la tarjeta recolectora con los datos de la madre y del recién nacido, dirección, teléfono, fecha de nacimiento del recién nacido y día de toma de muestra, el peso al nacer, la edad gestacional, el tratamiento con antibiótico.

- Completar todos los datos de la tarjeta.

- Confirmar la identidad del infante y proceder al llenado completo del formulario impreso en la tarjeta de recolección sanguínea.

- Llenar completamente cada círculo con una gota en cada uno, verificando que la sangre sea visible al reverso de la tarjeta.

- Dejar secar las tarjetas, colocarlas ordenadamente dentro de una caja destinada a este propósito y almacenarlas en heladera ya que pierde estabilidad para el estudio de la octanoilcarnitina y biotinidasa, Las mismas no deben tener exposición al calor o la luz solar.

- **Decreto N° 1.494/94 (BO N° 28.804 de fecha 30 de Diciembre de 1997):**
Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica Resumen:
Establécese la aplicación obligatoria del mismo en todos los Establecimientos

Nacionales de Salud, en los Sistemas Nacionales del Seguro de Salud y de Obras Sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en los Establecimientos Incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión y en los Establecimientos dependientes de las distintas Jurisdicciones Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Entidades del Sector Salud que Adhieran al mismo. Funciones. Autoridad de Aplicación.

- **Resolución N° 649-MS/03** (BO N° 30.318 de fecha 15 de Enero de 2004): Aprueba la Guía de Seguimiento del Recién Nacido en Riesgo incorporándola al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

- **Resolución N° 641-MS/12** (BO N° 32.405 de fecha 28 de Mayo de 2012): Aprueba la directriz de organización y funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales. Deroga la Resolución N° 306/2002

- **Resolución N° 246 – E/2017**, de fecha 07/03/2017, (BOCBA N° 33582, de fecha 10/03/2017):

Se aprueba, mediante el mismo, la herramienta de Evaluación Externa de la Calidad de Maternidades Públicas categorizadas como III B, que como Anexo forma parte de la mencionada resolución.

La Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, será la encargada de revisar y actualizar periódicamente dicho instrumento.

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

- **Ley N° 153/99** (Sanción: 25/02/99 – Promulgación: De Hecho del 22/03/99 – Publicación: 28/05/99 – BOCBA N° 703). Emisor: Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Reglamentación a través del Decreto N° 208/01 del 02/03/01 – Publicación: 09/03/01 – BOCBA N° 1149.

Ley Básica de Salud. La presente Ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

- **Ley N° 534/00** (Sanción: 30/11/2000 – Promulgación: Decreto N° 2.711 del 29 de diciembre del 2000 – Publicación: 10/01/01 – BOCBA N° 1107).

Esta Ley establece la obligación de realizar la pesquisa neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria en todos los establecimientos públicos y privados en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Por otro lado, se prevé el compromiso de adoptar las previsiones presupuestarias para garantizar la

realización de esta pesquisa y el desarrollo de un estudio de evaluación para implementar la detección de fibrosis quística y otras anomalías congénitas.

- **Ley N° 1.808/05** (Sanción: 06/10/05 – Promulgación: De Hecho el 15/11/05 – Publicación: 23/11/05 – BOCBA N° 2324). Modificatoria de la Ley N° 534.

Modifica específicamente el art 1° de esta Ley estableciendo que *“las determinaciones para la detección y tratamiento en recién nacidos de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística... y otras anomalías metabólicas genéticas y/o congénitas son de realización y seguimiento obligatorio en todos los establecimientos Públicos de la Seguridad Social y Privados de la CABA en que se atiendan partos y/o recién nacidos”*.

- **Ley N° 5.637/16** Regionalización Perinatal (Sanción: 22/09/16 – Promulgación: De Hecho del 19/10/16 – Publicación: 01/11/16 – BOCBA N° 4998). Emisor: Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Esta ley 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 CABA, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad materno neonatal (art 1°)

Conforme el art. 19° de la misma, la presente Ley debía ser reglamentada en el término de 180 días a partir de su publicación en el Boletín Oficial. La misma aún continúa sin ser reglamentada. **Observación N°1**

La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires consagra en su art. 20 *“...la garantía del derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente...”*. Asimismo, el art. 39° *“...reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de sus derechos, les garantiza su protección integral...”*.

De esta manera, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, establece la responsabilidad del Estado de la CABA, de desarrollar acciones para lograr progresivamente el descenso de la morbilidad y mortalidad infantil y brindar una atención prioritaria a niños/as.

Cabe señalar en este punto, que las muertes infantiles dependen en gran medida de la calidad de los primeros cuidados que reciben los bebés en los servicios de salud.

El Dr. Alberto Schwarcz, en su trabajo *“Regionalización de la atención perinatal”*, señala al respecto que *“...en un país en el que la casi totalidad de los partos son institucionalizados, los niños nacen y mueren en los servicios de salud...”*, es decir, en los casos de mortalidad neonatal, prevalecen aquellos factores vinculados con la atención del parto y los primeros cuidados que recibe

el niño al nacer, teniendo también influencia la atención previa de la salud de la madre y control periódico del embarazo.

En este contexto, a los fines de implementar acciones para reducir la mortalidad infantil, se advierte la centralidad que adquiere la mejora de los servicios de Neonatología, en tanto sistema de atención y primeros cuidados para niños/as recién nacidos de alto riesgo.

Seguendo las definiciones del Dr. Schwarcz, “... *la regionalización de la atención perinatal implica el desarrollo, dentro de cierta área geográfica, de un sistema de salud materna y perinatal coordinado y cooperativo en el cual, mediante acuerdos entre instituciones y equipos de salud, y sobre la base de necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee, con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: 1. Atención de calidad para todos los gestantes y recién nacidos; 2.- Utilización máxima de la tecnología requerida y 3.- Personal perinatal altamente capacitado...*”.

Esta ley divide en Regiones la asistencia hospitalaria perinatal y establece al efecto, protocolos con el propósito de prevenir y disminuir los casos de mortalidad infantil.

La misma trata la “*Regionalización de la atención de embarazos de alto riesgo*” y el “*seguimiento de niños con bajo peso para la edad gestacional, teniendo por objetivo declarado el de prevenir y disminuir los casos de mortalidad y morbilidad infantil en la CABA*”.

La regionalización de atención perinatal y neonatal está dirigido a los “*partos con gesta probable menor a 32 semanas (o con evidencia ecográfica del peso del feto menor a 1500 gr.) y la atención neonatológica de los niños nacidos con peso menor a 1500 gr*” (art. 3°, inc. a).

Establece condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE), que consisten en recursos humanos, físicos y económicos que indispensablemente deben estar presente en todos los centros e instituciones donde nacen niños y niñas, para garantizar la mayor seguridad en la atención materno – infantil al momento del parto y puerperio (art. 3°, inc. b).

El art. 4° de la ley que nos ocupa, establece los principios rectores en que se sustenta la misma, a saber:

- Gratuidad: se asegura la atención gratuita en todas las intervenciones relacionadas con la salud materno neonatal comprendidas en esta ley.
- Accesibilidad: el sistema asegura la accesibilidad geográfica y cobertura a servicios integrales de salud materno neonatales, sin discriminación alguna.
- Equidad: se prioriza la atención de adolescentes y mujeres en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.
- Sostenibilidad: los servicios estipulados en la presente ley son incorporados al Plan Anual de Políticas Públicas de Salud.
- Derechos: Todas las acciones estarán sustentadas por una política que incluya la perspectiva y el derecho de género.

La autoridad de aplicación de la presente ley es el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En el art. 9°, esta ley determina tres niveles de atención, a saber:

- el primer nivel en centros de salud y consultorios que no contemplan servicios de internación ni asisten partos.
- el segundo nivel, en hospitales, con internación o correspondientes a una atención de bajo riesgo con un nivel de cuidado básico en el marco de condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE).
- el tercer nivel, dado en hospitales y maternidades con internación de tipo general o especializada que corresponde a una atención de mediano y alto riesgo y que deben asegurar un nivel de cuidados especializados en el marco de las CONE.

A su vez, el art. 13° establece que la autoridad de aplicación debe coordinar las acciones de los tres niveles de atención con el fin de garantizar el acceso a las siguientes intervenciones básicas de las mujeres embarazadas: atención prenatal con la cantidad de controles, vigilancia nutricional y control de factores de riesgo; manejo y derivación a instituciones de mayor complejidad ante el supuesto de ser necesario; consejería en planificación familiar y preparación para la maternidad, disponibilidad de transporte.

El art. 14°, se refiere al parto, estableciendo que la autoridad de aplicación debe coordinar las acciones de los tres niveles de atención con el fin de garantizar el acceso a las siguientes intervenciones: atención obstétrica; atención de las emergencias obstétricas; equipo de salud, insumos y medicamentos disponibles para la atención del parto; disponibilidad de transporte; atención adecuada de reanimación del recién nacido.

La capacitación de los recursos humanos para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido debe constituir un proceso sistemático y permanente con evaluaciones y acreditaciones periódicas según lo disponga la reglamentación de la presente ley (art. 16° y 17°).

El art. 18° establece el financiamiento de la presente ley. Los gastos que demande el cumplimiento de la misma, se atenderán con las partidas destinadas al presupuesto del Ministerio de Salud de la CABA.

En relación al cumplimiento de la Ley de Regionalización Perinatal la Dirección General de Hospitales informó que se estaban realizando las siguientes acciones:

- Talleres de capacitación sobre la *Problemática de la Atención de la Mujer Embarazada* para las Áreas Programáticas de los hospitales Penna, Santojanni, Argerich y Piñero. Se encontraba en proceso para las Áreas Programáticas de los hospitales Fernández y Rivadavia. En estos talleres se abordó la importancia de la aplicación de la regionalización de la atención perinatal desde el primer nivel de atención y considerando el riesgo obstétrico perinatal.

- Programa de Entrenamiento de la Estandarización de la atención del Recién Nacido de alto riesgo y prematuro bajo modalidad de evaluación y entrenamiento en cada servicio.
- Fortalecimiento del programa Línea Mamá.

B) Presupuesto

Se solicitó a la Dirección General Administrativa Contable y Presupuestos el presupuesto de los servicios de Neonatología, de los hospitales generales de agudos para el período 2016.

El Director General informó que la desagregación presupuestaria se realizaba a nivel de Programas y Proyectos de la Jurisdicción con sus respectivas aperturas en Subprogramas; Actividades, Objetos del Gasto y Fuentes de Financiamiento. En el caso particular de los hospitales solicitados, los mismos se identificaban a nivel de Subprogramas. Por tal motivo, no resultaba factible identificar el presupuesto de los servicios de Neonatología.

C) Red de Neonatología

La Red de Neonatología fue creada por Resolución N° 1.421/02. La misma se encontraba bajo la coordinación de la jefa del servicio de Neonatología del Htal Argerich quien se encargaba de convocar a las reuniones. La frecuencia era bimestral, el primer lunes del mes. Contaban con un libro de actas que era guardado en el Hospital Rivadavia. A la fecha del cierre de las tareas de campo la coordinadora de la red continuaba siendo la jefa del servicio de neonatología del Htal Argerich.

A partir del año 2016, con el cambio de gestión a nivel central, el encargado de convocar las reuniones y realizar la minuta de las mismas era el Equipo Materno Infantil. La frecuencia de convocatoria de las reuniones era según necesidad de la Red. Atento lo informado por la coordinadora de la Red, no existía una frecuencia regular de convocatoria a las reuniones.

De las reuniones participaban los 14 efectores que contaban con servicio de Neonatología (3 hospitales monovalentes Maternidad Sardá, Htal. Gutiérrez y Htal Elizalde; y 11 hospitales generales de agudos).

En julio del 2016 se realizó un pedido de re-categorización de las maternidades y neonatologías de la CABA.

La Coordinadora de la Red informó que se estaba realizando un informe conjunto entre UNICEF y los servicios de Neonatología de la CABA, tanto públicos como privados con la finalidad de relevar la mortalidad neonatal en el año 2016.

La Red de Neonatología mantenía comunicación fluida con la Red de Pesquisa Neonatal. Los laboratorios de pesquisa se encontraban en los hospitales Durand, Gutiérrez, Garrahan, Ramos Mejía y Álvarez.

Entre los años 2016-2017 se realizó una capacitación sobre RCP a los

integrantes de los equipos de salud de los servicios de Neonatología de los hospitales Álvarez, Argerich y Vélez Sarsfield.

En el año 2015 la Red realizó un relevamiento de la cantidad de camas con las que contaban los servicios de Neonatología de los hospitales del sistema público de la CABA.

El resultado del mismo fue el siguiente:

Hospital	Cama UTI	Cama bajo riesgo
Sardá	14	22
Elizalde	9	12
Gutiérrez	8	10
Argerich	8	21
Santojanni	10	24
Durand	6	20
Fernández	9	23
Penna	Nueva Neo	
Piñero	4	18
Ramos Mejía	2	8
Vélez Sarsfield	2	7
Álvarez	2	8
Pirovano	4	12
Rivadavia	5	20

Fuente: Red de Neonatología

D) Equipo Materno Infantil

El Equipo Materno Infantil dependía de la Subsecretaría de Atención Hospitalaria, Dirección General de Hospitales. Dentro de la Dirección dependería de la Subgerencia Operativa de Redes Hospitalarias

La conducción del Equipo se encontraba a cargo de un profesional médico quien ocupaba dicho cargo bajo la figura de tarea encomendada, hasta tanto se sustanciara administrativamente o por concurso el cargo.⁸

Con respecto a la Red de Neonatología, el Equipo Materno Infantil asumió la convocatoria y organización de las reuniones de la misma como así también de la Red de Obstetricia.

Se enviaba la convocatoria para cada reunión por circular interna a los Directores de los hospitales y vía mail a los jefes de los servicios respectivos. Se adjuntaba la agenda de temas a tratar, y posteriormente se envía la minuta de la

⁸ Res 2014- 61- SSAIS (4/12/2014): Designación para el Despacho y la firma del Departamento Materno Infantil.

misma por mail. La frecuencia de las reuniones era mensual. A la fecha de la entrevista no contaba con un libro foliado de registro de las reuniones.

Observación N° 2

La Red de Obstetricia estaba integrada por los jefes de servicio de cada una de las 12 Maternidades de la Red Pública del GCBA. Se reunían una vez por mes, entre los meses de marzo a septiembre.

En el marco de la regionalización perinatal, la Red contaba con el apoyo de la línea telefónica “*Hola Mamá*” como dispositivo para articular las derivaciones de mujeres embarazadas sobre la complejidad de los casos y en base al registro diario de camas.

La atención de esta línea estaba a cargo de un Médico Obstetra regulador con turno de 12 horas. En total eran 14 profesionales obstetras del sistema público de salud que daban cobertura las 24 horas los 365 días del año.

La coordinación de esta tarea estaba a cargo de Médica Obstetra perteneciente al Htal Pirovano. Dentro de sus tareas se hallaba el registro del censo diario tanto de camas de obstetricia como de neonatología, pedidos de traslado de embarazadas con amenaza de parto prematuro. A partir del año 2016, se sumó la tarea de ejecutar la ley de Regionalización Perinatal. Trabajaba en conjunto con el SAME.

La gestión de los traslados neonatales es centralizada por el área de Neonatología del SAME, coordinada una Médica Neonatóloga.

Además de las derivaciones se encargaban de la atención de llamadas telefónicas por consultas toco ginecológicas y perinatológicas (referente al trabajo de parto, lactancia, embarazo normal y patológico, medicación durante el embarazo y lactancia, situaciones de violencia de género, asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, acceso al aborto, entre otras temáticas).

La Red de Neonatología realizaba anualmente jornadas sobre mortalidad neonatal.

Con referencia a la implementación de la Ley N° 5.637- Ley de Regionalización Perinatal-, a pesar de no encontrarse reglamentada, el responsable del Equipo Materno Infantil informó que la misma era aplicada.⁹

⁹ “Por Nota N°1549/2019 el Equipo Materno Infantil informó: “En referencia a los términos de la Regionalización de la Atención Perinatal si bien no está reglamentada la Ley, la misma se está ejecutando en forma completa. Basado en los registros de los procesos de atención neonatal que llevan a cabo todos los Servicios de Neonatología que conforman la Red de Neonatología de Hospitales Públicos, la T.R.A.P. (Tasa de Regionalización de la Atención Perinatal) ha ido mejorando en forma progresiva y marcada en los últimos años, producto de la normalización del proceso de Regionalización consensuado por el Equipo de Salud Materno Infantil del Nivel Central y los Servicios de Neonatología, ejecutado por la Coordinación de Regionalización de la Atención Perinatal y fiscalizado por el Equipo del Nivel Central citado.

En el año 2015 la tasa de atención de recién nacidos de alto riesgo por bajo peso y prematuridad (menores de 32 semanas y menores de 1500 gramos al nacer) fue del 67%, es decir el 67% de los recién nacidos señalados eran asistidos en unidades de neonatología de nivel III B. Dicho porcentaje ha ido mejorando, ascendiendo a un 93 % en el año 2018 (se adjuntó informe del Análisis y Registro de Atención de Recién Nacidos de la Red Neonatal).

Cabe además confirmar que la Unidad de Neonatología y Maternidad del Hospital Penna fue elevada de categoría por resolución del Ministerio de Salud de la Nación de Nivel III a Nivel III B.

Definió a la Regionalización Perinatal como la implementación de un sistema coordinado, que contaba con 12 (doce) Maternidades divididas en razón de su nivel de complejidad, dentro de un área geográfica, en el cual se busca alcanzar tanto la atención de calidad para todas las embarazadas y recién nacidos, priorizando los embarazos de alto riesgo. Disponía de Niveles de Atención, estableciendo que la atención de las mujeres embarazadas y recién nacidos se debía realizar en los efectores que correspondiesen según el nivel de complejidad de acuerdo a la siguiente categorización:

- Primer nivel: Centro de Salud y consultorios que no contemplan servicios de internación ni asisten partos.
- Nivel hospitalario:
 - o Maternidades Nivel II: Instituciones con internación de tipo general o especializada que corresponde a una atención de bajo riesgo con un nivel de cuidado básico.
 - o Maternidades Nivel III: Hospitales y maternidades con internación de tipo general o especializada que corresponde a una atención de mediano y alto riesgo, y que deben asegurar un nivel de cuidados especializados.

La Ley de Regionalización Perinatal establece los siguientes corredores de derivación de embarazadas de alto riesgo:

- Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” recibe pacientes derivados del Hospital Gral de Agudos “Dr. J. Ramos Mejía”
- Hospital Gral de Agudos “Dr. Carlos Durand” recibe pacientes derivados del Hospital Gral de Agudos “Dr. Parmenio Piñero”
- Hospital Gral de Agudos “Donación Santojanni” recibe pacientes derivados de los hospitales generales de agudos “Dr. Teodoro Álvarez” y “D. Vélez Sarsfield”
- Hospital Gral de Agudos “Dr. Juan Fernández” recibe pacientes derivados de los hospitales generales de agudos “Bernardino Rivadavia” y “Dr. Ignacio Pirovano”.

Los hospitales “Dr. Cosme Argerich” y “José M. Penna” abastecen su propia demanda.

El responsable del Equipo Materno Infantil, solicitó formalmente la recategorización del servicio de Neonatología del Hospital Penna, que pasaría de Nivel III A de complejidad a Nivel III B¹⁰. Al cierre del presente informe el Hospital Penna había sido recategorizado (Nivel III B)

Los hospitales con clasificación III B no realizaban cirugías neonatales, con excepción del Hospital Rivadavia (Nivel II A) que poseía un cirujano infantil

¹⁰ Se elevó nota solicitando la recategorización del Hospital Penna al Ministerio de Salud CABA, a la Subsecretaria de Programas de Promoción, Prevención y Atención Primaria, a la Dirección Nacional de Maternidad Infancia y Adolescencia. (26 de diciembre de 2017).

quien operaba patologías como hernias inguinales y gastrosquisis. El resto de las maternidades derivaban a los hospitales Gutiérrez, Elizalde y Garrahan, los recién nacidos con patologías quirúrgicas. **Observación N° 3**

El Equipo Materno Infantil contaba con un protocolo de estandarización del Recién Nacido (RN¹¹) de alto riesgo, cuya finalidad era estandarizar la atención de los mismos en todos los hospitales de la CABA.

Este proceso se llevaba a cabo en el marco del Programa de Capacitación de la Atención Inicial de Prematuro Extremo. La modalidad era capacitación en el servicio con supervisión y contaba con diversos módulos de acceso digital (google drive) disponibles para los equipo de salud.

En una segunda etapa se relevarán los servicios de Neonatología que trabajan con Recién Nacidos de Alto Riesgo, a los efectos de evaluar la implementación y cumplimiento de la Guía de estandarización de proceso de atención.

El Equipo Materno infantil tenía planificada la implementación del módulo SIP neonatal en todos los servicios de Neonatología de la CABA.

Este proceso conlleva un cambio en la modalidad de registro de datos por parte de los servicios de neonatología. Es un proceso de implementación paulatina.

Respecto de los indicadores para la evaluación del impacto neonatal dentro del SIP_Gestión, se incluyeron los siguientes:

- Tasa de bajo peso al nacer.
- Tasa de muy bajo peso al nacer.
- Tasa d extremo bajo peso al nacer.
- Tasa de mortalidad neonatal precoz.
- Tasa de mortalidad neonatal precoz según peso al nacer <1500g.
- Tasa de prematurez.
- Tasa de malformación neonatal.
- Tasa de RN trasladados.
- Tasa de infección neonatal precoz.
- Tasa de infección neonatal en RN internados.
- Prevalencia de Displasia Broncopulmonar (DBP) en <1500g.
- Prevalencia de Retinopatía del prematuro (ROP) en <1500g.
- Promedio días de estada en RN internados.
- Tasa de pesquisa de ROP.
- Tasa de infección neonatal precoz en RN internados.
- Tasa de infección neonatal tardía en RN internados.

11 Guías de Atención del RN Pretermino para Médicos y Enfermeras.- Depto Materno Infantil- Dir. Gral. De Hospitales. Min. Salud CABA (01/06/17)

Con respecto a los indicadores con los que contaba el Equipo Materno Infantil el responsable del sector mencionó:

- Preconcepcional y seguimiento del embarazo. Control prenatal completo/ insuficiente.
- Planificación del embarazo. Si/No
- Tasa de cesáreas.
- Tasa de prematuridad. Edad gestacional < a 37 semana; < a 32 semanas; < a 28 semanas.
- Nacimiento por peso. > a 2500g; entre 1500 y 2500g; entre 1500 y 1000g; entre 1000 y 750 g y entre 750 y 500g.
- Sífilis congénita.

Con respecto a este último indicador, el responsable del Equipo Materno Infantil manifestó que se había mejorado el registro del mismo. Para ello se habían realizado talleres de capacitación a los efectos de mejorar la detección y tratamiento de los casos.

Desde el área materno infantil, se diseñó una estrategia denominada “*El camino de la embarazada*” orientada a mejorar la calidad del proceso de atención. La metodología de trabajo se centraba en el desarrollo de talleres interdisciplinarios en cada uno de los hospitales e involucraba a los distintos niveles de atención. El objetivo era indagar sobre el modelo de gestión y atención de las embarazadas que accedían al sistema, generando los cambios necesarios en base a los nudos críticos detectados y las particularidades de cada lugar.

Respecto de la sífilis, esta estrategia había permitido sensibilizar a los equipos de salud, sobre la necesidad de una detección temprana, evitando oportunidades perdidas, agilizando la obtención de resultados para un tratamiento precoz y adecuado, y así evitar las consecuencias en la salud del feto o el recién nacido. Para ello se implementaron las siguientes tareas:

- elaboración de normas para la aplicación de penicilina en el primer nivel de atención (descentralización del tratamiento)
- diseño de una encuesta para la evaluación de los factores de riesgo para la aplicación de penicilina y derivados,
- se elaboró un algoritmo para la secuencia de tratamiento en caso de presentarse algún cuadro de anafilaxia
- se equipó a los Centros de Salud del primer nivel con kits conteniendo drogas y medicamentos para el manejo de anafilaxia.

Estas actividades contaron con la colaboración de otras áreas del Ministerio de Salud: Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS y la Gerencia Operativa de Epidemiología para la vigilancia y el seguimiento de casos.

Con respecto a las tasas de prematuridad en la CABA, el responsable del Equipo Materno Infantil informó que las mismas se encontraban estables tanto para prematuros de < 2500g (7.1 -8%) como en los de prematuridad extrema (< 1500g), 1-1.2 %. Donde se observó un aumento en la tasa fue en el grupo de

prematurez muy extrema (peso entre 500 y 750g y < de 28 semanas de gestación). El aumento de esta tasa estaba en estudio.

Con respecto a las condiciones edilicias de los servicios de Neonatología, manifestó que el servicio del Hospital Piñero había sido mejorado en el año 2015 como así también el equipamiento.

El servicio de Neonatología del Hospital Penna fue totalmente remodelado y se encontraba en funcionamiento desde mediados del año 2017. En el caso del Hospital Ramos Mejía la mejora edilicia fue solicitada.

El responsable del área destacó la importancia de la formalización de este sector dentro de la estructura del Ministerio de Salud. A la fecha de la entrevista (diciembre 2017), se encontraba subsumido en la Dirección General de Hospitales.

Con referencia al Recursos Humanos, el encargo del área manifestó que la situación del mismo sería dinámica y variable. A la fecha de la entrevista las principales faltantes en materia de recurso humano eran: enfermería, médicos neonatólogos para transporte con funciones en el Centro Coordinador Perinatal, y Cardiólogo itinerante.

Destacó también la necesidad de fortalecer el equipamiento en los servicios de Obstetricia y de pesquisa neonatal en lo referente a Otoemisiones y Potenciales Evocados.

Mencionó además, la necesidad de una reforma edilicia de las Maternidades de los hospitales Piñero y Santojanni a los efectos de dar cumplimiento a la Ley de Parto Respetado.

Sería fundamental contar con redes de conectividad entre los servicios de Obstetricia y Neonatología para fortalecer los procesos de información articulada.

- Indicadores generados por el Equipo Materno Infantil.

Los datos comprenden a RN¹² nacidos y/o asistidos en hospitales públicos, residentes y no residentes de CABA. Incluye los datos de los 12 servicios de neonatología (hospitales generales de agudos, la Maternidad Sardá, y los 2 servicios de neonatología quirúrgicos (Htales Gutiérrez y Elizalde)

¹² RN: Recién Nacidos

Años	2014	2015	2016	2017
Tasa de Mortalidad Neonatal Global X mil nacidos vivos	7,7 cruda 5,6 corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores	7,5 cruda 4,5 corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores	8,1 cruda 4,8 corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores	6,7 cruda 4,9 corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores
Tasa bajo peso al nacer BP	10,5%	10,5%	10,6%	10,5%
Tasa de muy bajo peso MBP	1,7%	1,8%	2,3%	1,7%
Tasas nacimientos según intervalos de peso				
RN<2500 g al nacer	6,7%	7,1%	7,3%	7,0%
RN<1500 g al nacer	1,2%	1,3%	1,6%	1,2%
RN<1000 g al nacer	0,5%	0,5%	0,7%	0,5%
Mortalidad neonatal precoz x cada 1000 nacidos vivos (1)	5,2	5,1	5,5	4,6
Mortalidad neonatal tardía x cada 1000 nacidos vivos (2)	2,5	2,4	2,6	2,1
Mortalidad Proporcional en menores de 1500 g	32,49 % cruda 27,88 % corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores	31,8 % cruda 26,90 % corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores	34 % cruda 26 % corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores	31,92 % cruda 25,90 % corregida extrayendo malformaciones congénitas mayores
Malformaciones congénitas mayor como causa de mortalidad (3)	42,0%	38,8%	48,7%	46,8%
RN Traslados (4)	185	238	278	295
Sepsis neonatal precoz < 72 hs	6,0%	5,6%	3,5%	2,0%
Sepsis neonatal tardía	17,0%	20,0%	17,0%	17,0%
Prevalencia de DBP displasia broncopulmonar <1500 gr moderada (5)	8,0%	6,6%	5,4%	7,9%
Prevalencia de DBP displasia <1500 gr severa broncopulmonar	3,8%	1,77%	1,0%	1,4%
Prevalencia de ROP retinopatía RN <1500 gr TRATADOS con laser o biológicos	9,00%	7,90%	8,00%	8,88%
Tasa de pesquisa de ROP	99,00%	98,00%	100,00%	100,00%
VDRL +	2,60%	2,50%	3,20%	3,20%
ECN (enterocolitis necrotizante > a II B de Bell) en menores de 1500 gr	8,00%	6,00%	8,00%	10,00%
EMH (enfermedad de membrana hialina) en menores de 1500 gr	65,00%	67,00%	76,00%	71,00%

Fuente Equipo Materno Infantil.

(1) Red Pública (RN CABA y NO CABA). Mortalidad cruda sin descontar malformaciones congénitas mayores.

(2) Red Pública (RN CABA y NO CABA). Mortalidad cruda sin descontar malformaciones congénitas mayores.

(3) Abarca tanto sector público y privado de salud.

(4) Los motivos de traslado son prematuridad extrema, causa de resolución quirúrgica, intensificación de tratamiento complejo, hipotermia de protección cerebral.

(5) Tener en cuenta que al avanzar los años hay mayor sobrevivencia de menores de 1500 gr, por lo cual aumenta la DBP pero baja la mortalidad.

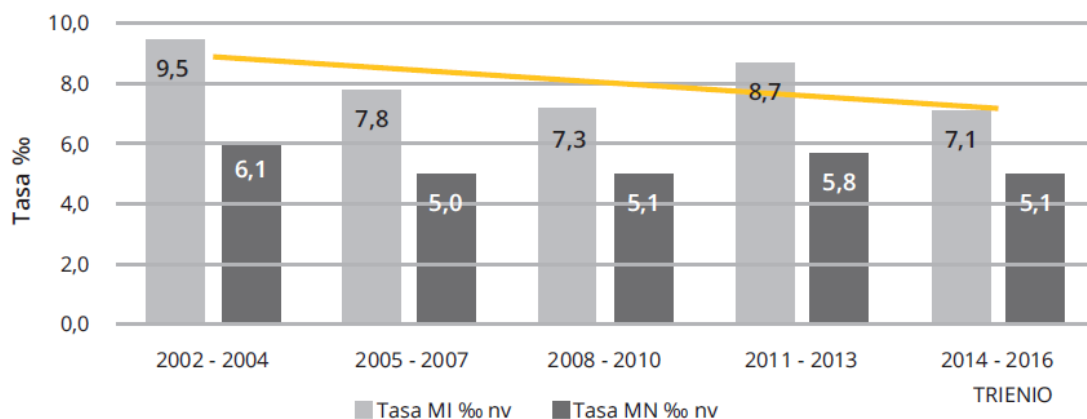
En el año 2018 el Ministerio de Salud de la Ciudad de Bs. As., a través del Área Materno Infantil dependiente de la Dirección General de Hospitales publicó el documento *“Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016”*.

El estudio propuso analizar el conjunto de las defunciones neonatales ocurridas en la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2016 en establecimientos públicos y no públicos¹³, tomando como fuente de datos cada una de las historias clínicas de los neonatos fallecidos.

Desde el año 2000 la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) ha oscilado entre 10,1‰ en 2003, 7,9 ‰ en 2014 y 6 ‰ en 2015. Aproximadamente 45% de los neonatos que fallecen en el primer mes de vida pesaron menos de 1.500 gramos al nacer.

Los determinantes de la TMN se asocian no sólo con las condiciones biológicas del recién nacido y su madre, sino también con la oportunidad y calidad de atención propias del sistema de salud y determinantes socioeconómicos de la salud. Prevalen los factores vinculados con las condiciones de peso y edad gestacional, malformaciones congénitas, la atención durante el parto y los primeros cuidados que recibe el recién nacido, teniendo también influencia la atención de la salud previa de la madre y el control de su embarazo.

Tasa de mortalidad infantil y mortalidad neonatal por trienios: Residentes. CABA 2002– 2016.



Fuente: *“Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016”*.

Dentro de los criterios de inclusión para el análisis de las defunciones neonatales ocurridas en la CABA se tuvo en cuenta:

- defunción de recién nacido vivo que fallece antes de los 28 días
- peso igual o mayor a 500 gramos
- defunciones ocurridas en la Ciudad de Buenos Aires

¹³No Públicos: privados, seguridad social y fuerzas de seguridad.

- residencia de la madre CABA (R) y no residentes en CABA (NoR)

El total de casos registrados en el año 2016 incluyó los informados por la DGEyC¹⁴ más aquellos casos detectados durante el trabajo de campo que no fueron notificados durante el año.

En la Ciudad de Buenos Aires se registraron, 638 defunciones neonatales (incluía 35 RN con peso menor a 500 gramos y las 19 defunciones no reportadas oportunamente a la DGEyC).

El relevamiento de campo se realizó en 47 establecimientos donde se registraron defunciones neonatales (15 públicos (Pu): 12 maternidades y los 3 hospitales pediátricos, y los 32 restantes, No públicos).

El relevamiento de la DGEyC mostró que los nacimientos en la Ciudad de Buenos Aires presentaban una tendencia decreciente y sostenida en los últimos años. En el año 2016, el total de nacimientos registrados en la CABA, contando a los recién nacidos con peso al nacer menor de 500g (n=54) fue 75.416.

El cuadro siguiente describe las características principales del total de defunciones neonatales ocurridas en la Ciudad durante el año 2016.

Defunciones neonatales ocurridas en CABA 2016.



Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

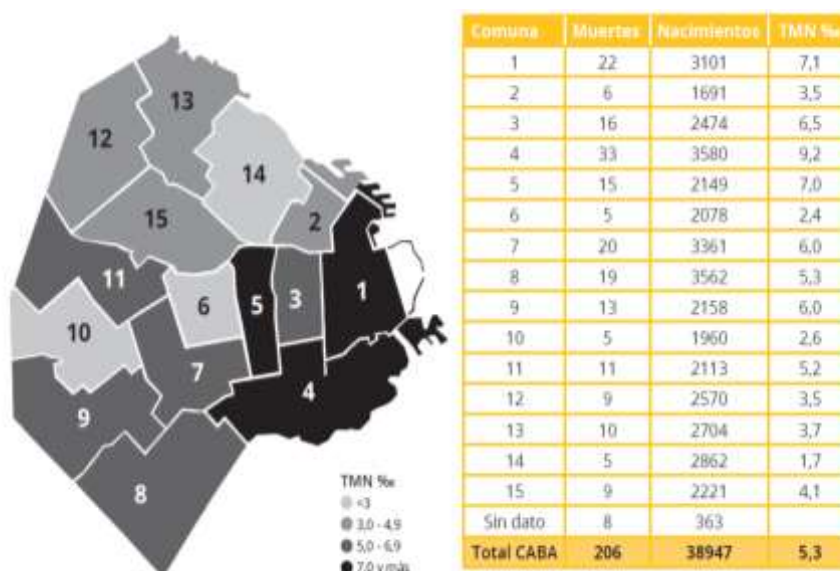
¹⁴ DGEyC: Dirección Gral. de Estadísticas y Censos.

Residencia Materna y efector de ocurrencia de las defunciones neonatales. CABA 2016



Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Para las defunciones neonatales de madres residentes en CABA, la TMN se presentó con una distribución espacial por comunas.



Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

La TMN para la Ciudad en residentes CABA fue de 5,3 que analizada al interior las comunas muestra una gran variación con un rango que va desde 1,7 en la comuna 14 (barrio de Palermo) a 9,2 para la Comuna 4 que agrupa a los barrios de Barracas, La Boca, Parque Patricios y Nueva Pompeya.

El cuadro siguiente muestra la distribución de las defunciones neonatales CABA 2016 según el tipo de institución en la cual ocurrieron. Se describen a

continuación las principales características biológicas y sociales de las defunciones neonatales ocurridas en la Ciudad.

La media de edad materna fue 29,6 años (rango 15-52 años).

Edad materna	Total (n=575)		Público (n=257)		No Público (n=318)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hasta 19 años	58	10,1%	39	15,2%	19	6,0%
20-35 años	386	67,1%	180	70,0%	206	64,8%
36 o más años	131	22,8%	38	14,8%	93	29,2%
Total	575	100,0%	257	100,0%	318	55,3%

Sin dato de edad materna: 28 casos (4,6%)

* p<0,001.

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

La razón de mortalidad varones/mujeres fue de 1,42 es decir que fallecieron 42% más varones que mujeres. Esta preponderancia se mantiene en las series históricas de muertes neonatales.

El tipo de cobertura de salud, mostró que la cantidad de nacimientos con cobertura pública fue de 27%, independientemente del lugar de residencia habitual de la madre. En el caso de las defunciones, ese valor ascendía a 55% para residentes en CABA vs 47% para no residentes.

Cobertura de Salud	Total (n=601)		Residente (n=205)		No Residente (n=396)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obra Social*	204	33,9%	52	25,4%	152	38,4%
Privada	100	16,6%	41	20,0%	59	14,9%
Pública	297	49,4%	112	54,6%	185	46,7%
Total	601	100,0%	205	100,0%	396	100,0%

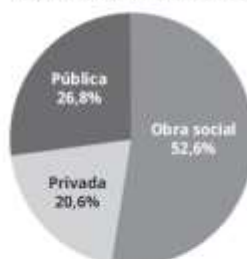
Sin dato de Cobertura de Salud: 2 casos

* p=0,005.

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

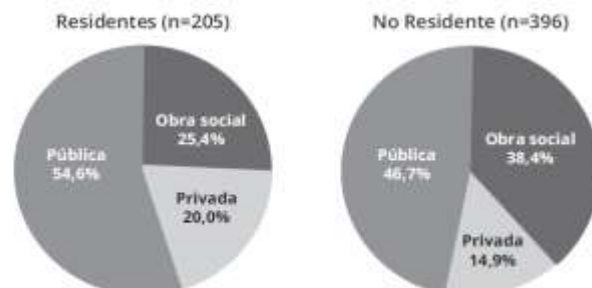
Nacimientos en la CABA 2016. Distribución porcentual de tipo de efector de salud.

Nacimientos CABA: 75362

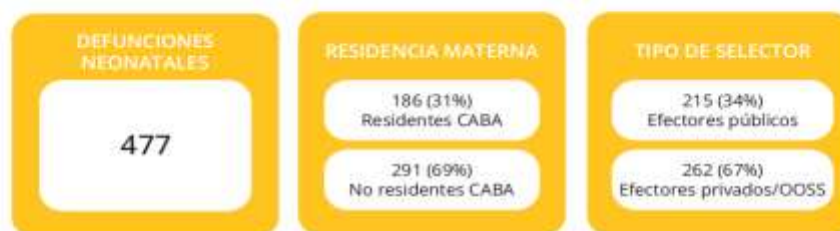


Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Defunciones neonatales en CABA 2016. Distribución porcentual según tipo de efector y residencia materna.



Distribución de las muertes neonatales según residencia y tipo de efector.



Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Se comparan a continuación las Tasas de Mortalidad Neonatal (TMN) por tipo de efector entre residente CABA y NoR que nacieron en Ciudad.

Tasa de Mortalidad Neonatal por tipo de efector y Residencia. CABA 2016

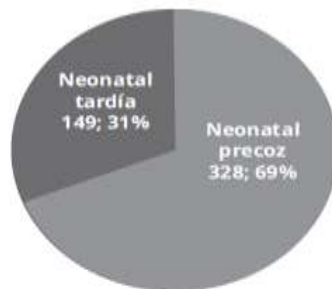
Tipo de Efector	Residentes			No Residentes			Total CABA		
	Defunción	Nacidos	TMN‰ (IC95%)	Defunción	Nacidos	TMN‰ (IC95%)	Defunción	Nacidos	TMN‰ (IC95%)
Público	89	11686	7,6 (6,1-9,4)	126	13096	9,6 (8,0-11,4)	215	24782	8,6 (7,6-9,9)
Privado/OOSS	97	27080	3,6 (2,9-4,4)	165	20822	7,9 (6,8-9,2)	262	47902	5,5 (4,8-6,2)
Total CABA	186	38766	4,8 (4,1-5,5)	291	33918	8,6 (7,6-9,6)	477	72684	6,6 (6,0-7,2)

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Al analizar la edad del neonato al momento de la defunción se observó que la mayoría eran precoces, ocurrieron antes de los 7 días de vida¹⁵.

El 68.8% (n=328) de las muertes neonatales se concentraron en la primera semana y dentro de ella, el 32.9% (n=157) ocurrió dentro de las primeras 24 horas.

Edad del neonato al momento de la defunción. CABA 2016 n=477



Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Se presentaron diferencias cuando se analizan las defunciones precoces según ocurran en efectores públicos o no públicos.

Tabla .Nacimientos menores de 1500 gramos por rango de peso. CABA 2016

Tiempo de ocurrencia de la muerte	Tipo efector		Total
	Público	Privado OOSS	
< 24 horas	95 (44,2%)	62 (23,7%)	157 (32,9%)
24 a menor 48 horas	12 (5,6%)	30 (11,5%)	42 (8,8%)
48 horas a <7 días	56 (26,0%)	73 (27,9%)	129 (27%)
7 a 27 días	52 (24,2%)	97 (37,0%)	149 (31,2%)
Total	215 (100%)	262 (100%)	477 (100%)

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Nacimientos menores de 1500 gramos por rango de peso. CABA 2016

Peso al nacer agrupado	N (%)
500 a 749 gr	157 (16,3%)
750 a 999 gr	212 (22,0%)
1000 a 1249 gr	252 (26,1%)
1250 a 1499 gr	344 (35,6%)
Total	965 (100%)

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

¹⁵ Las defunciones neonatales pueden ser precoces (desde el nacimiento hasta los 6 días de vida) y tardías (entre el día 7 y los 28 días).

Distribución de nacimientos y defunciones de RN de menos de 1500gr por cada establecimiento de ocurrencia.

Del total de RN vivos mayores o igual a 500gr (n=75.362), 1.3% (n=965) fueron menores de 1500gr.

La siguiente tabla muestra la mortalidad de los recién nacidos <1500g según el número de partos por establecimiento, agrupados por cantidad de nacimientos totales y proporción de defunciones.

Nacimientos anuales por establecimiento	Nacimientos RN <1500gr		Defunciones de RN < 1500gr	Mortalidad RN<1500 gr (%)
	Nº	%		
≥ 3000	389	40.39%	111	28.53%
2000 a 2999	243	25.23%	74	30.45%
1000 a 1999	246	25.55%	55	22.36%
500 a 999	61	6.33%	26	42.62%
100 a 400	23	2.39%	9	39.13%
Total**	962	100.00%	275	28.6%

**Hubo 3 establecimientos con neonatologías quirúrgicas a los que se les derivaron n=12 neonatos para atención y fallecieron allí. y n= 2 nacimientos menores de 1500 fueron en vivienda

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

El porcentaje de mortalidad en neonatos < 1500 gr para toda la Ciudad fue de 29,8% (incluye los 12 neonatos fallecidos en establecimientos sin maternidad y con neonatología quirúrgica, n=287).

Mortalidad proporcional específica en <1500gr por intervalo de peso y tipo de efector para la totalidad de nacidos y fallecidos de MBP en CABA 2016.

Peso al nacer	Defunciones por tipo de efector (nº y %)		Mortalidad proporcional de RNMBP		p
	Público	No Público	Público	No Público	
500 -749 gr	63 (45.3%)	69 (46.6%)	85,10%	83,10%	NS
750 - 999 gr	36 (25.9%)	40 (27.0%)	41,90%	31,70%	NS
1000 - 1499 gr	40 (28.8%)	39 (26.4%)	18,10%	10,50%	0.008
Total	139 (100%)	148 (100%)	36,50%	25,40 %	< 0,001

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

En la siguiente tabla, se describió la mortalidad proporcional de grupo de recién nacidos fallecidos por intervalo de peso y tipo de efector excluyendo los RN fallecidos no nacidos en CABA con traslado extrauterino.

Intervalo de peso al nacer	Tipo efector		Mortalidad % por peso y tipo de efector		p
	Público	No Público	Público	No Público	
500 a 749	58 (50,4%)	61 (48%)	79,5%	75,3%	0.182
750 a 999	25 (21,7%)	34 (26,8%)	29,1%	27,0%	0.238
1000 a 1499	32 (27,8%)	32 (25,2%)	14,5%	8,6%	0,025
Total	115 (100%)	127 (100%)	30,3%	21,9%	0,001

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Causa de muerte en < 1500gr

En base a la clasificación del CIE 10, el 77% de las defunciones de los menores de 1500 gr, se agruparon en el capítulo de afecciones perinatales, el 20% en el capítulo Q que corresponde a malformaciones y el 3% a causas infecciosas.

Dentro de las afecciones perinatales se encuentra: duración de la gestación, afecciones respiratorias, sepsis, enterocolitis necrotizante (ECN) y hemorragia intracraneal (HIC).

Tabla. Descripción de las causas mortalidad en menores de 1500 gr según CIE 10 revisión

Clasificación	Descripción y código	N°	%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96) Total = 181 (63%)	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (P07)	80	28%
	Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	24	8%
	Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	19	7%
	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido (P77X)	19	7%
	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal (P26)	18	6%
	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido (P52)	13	5%
	Trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal (P29)	8	3%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) Total = 41 (14%)	Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte (Q89)	14	5%
	Otras malformaciones congénitas del corazón (Q24)	10	3%
	Anencefalia y malformaciones congénitas similares (Q00)	9	3%
	Síndrome de Edwards y síndrome de Patau (Q91)	8	3%
Resto de Causas Total = 65 (23%)		65	23%
TOTAL		287	100%

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Tabla .Causas de defunción por criterios de reducibilidad.

Criterio	Nº	%
Reducibles preferentemente en el embarazo	16	5.6
Reducibles por Prevención y Tratamiento	1	0.3
Reducibles preferentemente en el Recién Nacido por tratamiento clínico	34	11.8
Reducibles preferentemente en el Recién Nacido por tratamiento quirúrgico	2	0.7
Reducibles preferentemente en el Recién Nacido por tratamiento clínico y quirúrgico	39	13.6
Reducibles en el período perinatal	58	20.2
Difícilmente Reducibles	119	41.5
No clasificables	15	5.2
No corresponde a causa básica de defunción neonatal	3	1
Total	287	100

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Malformaciones congénitas

A fin de tener una visión global en el conocimiento de la prevalencia de las malformaciones en la población de recién nacidos que fallecieron en etapa neonatal, se analizaron los diagnósticos de malformaciones congénitas categorizadas como causa de la muerte en CABA año 2016. El total de defunciones neonatales por malformaciones fue de 292 del total de 603 (49%).

Las muertes neonatales por malformaciones predominaron entre las embarazadas no Residentes en la Ciudad, 230 (79%) sobre el total de casos ($p < 0.0001$).

El tipo de cobertura de salud y el tipo de efector involucrado no mostró diferencias significativas entre el lugar de procedencia.

Dentro de este grupo de defunciones, el 78% correspondió a neonatos con peso al nacer mayor a 1500 gramos, en particular los nacidos con peso mayor de 2500 gramos.

Respecto de la edad gestacional, el 22% fueron menores de 37 semanas.

En cuanto a la edad materna, la media de edad fue de 29 años (rango 16-47). Para el peso al nacer la media fue de 2340 gramos y la edad gestacional de 35,2 semanas.

El 33% de las malformaciones se registraron como visibles al momento de nacer, independientemente de su gravedad y la mitad de estas eran malformaciones congénitas mayores.

De las 292 defunciones, 89 casos (30,5%) debieron derivarse de su lugar de nacimiento a establecimientos de mayor complejidad y/o centros quirúrgicos.

El 43% (n=196) de los casos tuvo diagnóstico prenatal sin precisarse en la historia clínica la edad gestacional.

El 51% (n=150) de las muertes neonatales fueron incompatibles con la vida (anencefalias, holoprosencefalias, agenesia renal, etc). De éstas, el momento de ocurrencia de la defunción, se produjo en el 40% dentro de las primeras 48 horas, el 20% entre las 48 hs. y los 6 días y el 40% restante entre los 7 y 28 días.

Tabla: Causas de mortalidad neonatal por malformaciones congénitas según CIE 10. CABA 2016

Agrupamiento	Tipo de malformación	Nº	%
Malformaciones congénitas del SNC (Q00-Q07)	Anencefalias	14	4.80%
	Holoprosencefalias	5	1.70%
	Hidranencefalia	3	1.00%
	Hidrocefalias severas	3	1.00%
	Encefalocele	3	1.00%
	Esquicefalia	1	0.30%
	Espina bífida	1	0.30%
	Malformación del SNC no definida	1	0.30%
Malformaciones congénitas del sistema urinario (Q60-Q64)	Poliquistosis renal bilateral	4	1.40%
	Agenesia renal	6	2.10%
	Síndrome de Potter	5	1.70%
	Displasia renal	3	1.00%
Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte (Q90-Q99)	Trisomía 18	16	5.50%
	Trisomía 13	9	3.10%
	Trisomía 21	5	1.70%
	Traslocación 1/15	1	0.30%
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q20-Q28)	Cardiopatías	113	38.70%
Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte (Q79)	Hernia diafragmática	31	10.60%
	Gastrosquisis	7	2.40%
Osteocondrodisplasias con defecto del crecimiento de los huesos largos y columna vertebral y otras osteocondrodisplasias (Q77-Q78)	Osteodistrofias y trastornos del sistema osteomuscular	39	13.40%
Resto malformaciones	Atresia de esófago	1	0.30%
	Hipoplasia pulmonar	4	1.40%
	Siamesas	2	0.70%
	Otros síndromes de malformaciones que afectan múltiples órganos	15	5.10%
Total		292	100.00%

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Se analizaron en particular las cardiopatías congénitas y las hernias diafragmáticas debido a que se trata de malformaciones reducibles con diagnóstico prenatal y/o tratamiento quirúrgico oportuno.

El 38,7% de las defunciones neonatales vinculadas a malformaciones correspondieron a cardiopatías congénitas. Pudieron analizarse 99/113 casos, debido a que los 14 restantes no contaban con la información necesaria en la HC para profundizar el estudio.

Distribución porcentual de las defunciones neonatales por cardiopatías congénitas según criterios de reducibilidad por tipo de efector. CABA 2016 n=99

	Casos		Difícilmente reducible	No reducible
	n	Reducible		
Público	39	31.6%	23%	41.6%
Privado	60	33.0%	15%	48.7%

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

En las instituciones privadas, se operó el 60% de los casos vs. el 18% en el sector público. En el sector público se concentraron las cirugías en 3 establecimientos, mientras que en el sector privado, en 10.

Se analizaron 24 de las 31 defunciones por hernias diafragmáticas, según disponibilidad de la información en la historia clínica; 20 tenían diagnóstico prenatal y 3 casos formaban parte de síndromes genéticos.

Los recién nacidos con hernia diafragmática nacieron en 19 Instituciones y fallecieron en 15, con lo cual se repitió el esquema descripto para las cardiopatías respecto de la dispersión de establecimientos involucrados tanto en el nacimiento como en la resolución quirúrgica. De los 11 casos que venían del interior del país, todos tuvieron diagnóstico prenatal y nacieron y fallecieron en 5 lugares. Diferente fue lo acontecido con los casos con procedencia del área metropolitana AMBA: Provincia de Buenos Aires (12) y CABA (1), que nacieron en 13 instituciones y fallecieron en 9.

El estudio realizado por el Área Materno infantil incluyó además la recopilación de datos sobre: las condiciones clínicas de la madre, su contacto con el sistema de salud, el riesgo fetal, los traslados y las causas de muerte.

Tabla. Mortalidad Neonatal y control prenatal según efector de ocurrencia.

Tipo de efector	Controles prenatales		Total	p
	Si	No		
Público	162 (78,3%)	45 (21,7%)	207 (100%)	p<0,001
No Público	248 (96,1%)	10 (3,9%)	258 (100%)	
Total	410 (88,2%)	55 (11,8%)	465 (100%)	

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Indicadores de riesgo obstétrico de las defunciones neonatales, según tipo de efector y residencia habitual. CABA 2016

Riesgo obstétrico		Tipo efector				p	Residencia habitual				p
		Público		No Público			Residente		No Residente		
		Frec	%	Frec	%		Frec	%	Frec	%	
DBT	Pregestacional	5	3,70%	3	1,20%	0,096	2	1,40%	6	2,40%	0,52
	Gestacional	7	5,10%	12	4,70%	0,846	5	3,60%	14	5,50%	0,39
	Requerimiento de insulina	7	5,80%	8	3,30%	0,246	3	2,30%	12	5,10%	0,212
HTA	Hta previa	5	3,70%	8	3,20%	0,778	2	1,40%	11	4,50%	0,106
	Preeclampsia	14	10,10%	22	8,70%	0,636	10	7,00%	26	10,40%	0,264
	Eclampsia	0	0,00%	5	2,00%	0,114	3	2,30%	2	0,80%	0,249
	Síndrome hellp *	2	1,50%	7	2,80%	0,425	2	1,50%	7	2,80%	0,339
	Colestasis grávi- dica	2	1,60%	3	1,20%	0,781	1	0,80%	4	1,70%	0,48
Otras condiciones de riesgo	Rpm <24hs	23	45,10%	60	57,70%	0,14	28	48,30%	55	56,70%	0,309
	Rpm >24hs	28	54,90%	44	42,30%	0,242	30	51,70%	42	43,30%	0,131
	Anemia	5	5,40%	4	2,50%	0,519	1	1,10%	8	4,90%	0,527
	Placenta previa sangrante	2	1,50%	2	0,80%	0,721	2	1,50%	2	0,80%	0,003
	Desprendimiento de placenta	8	6,30%	18	7,30%	0,469	16	12,30%	10	4,10%	0,466
	Acretismo	0	0,00%	1	0,40%	-	0	0,00%	1	0,40%	-
	Sífilis	14	53,80%	7	77,80%	-	8	66,70%	13	56,50%	-
	HIV	1	7,10%	2	50,00%		0	0,00%	3	23,10%	
	Condición crítica	9	6,80%	17	7,70%		10	7,80%	16	7,00%	

*HELLP: hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Clasificación de las defunciones neonatales en CABA, año 2016 según criterios de Wigglesworth modificado.

Grupos	Frecuencia	Porcentaje
Malformaciones congénitas	266	46,9
Condición asociada a prematuridad o inmadurez	247	43,6
Asfixia perinatal	23	4,1
Misceláneas	31	5,5
Total	567	100,0

Fuente: "Mortalidad Neonatal en CABA. Caracterización de las defunciones ocurridas en el año 2016".

Dentro de las consideraciones finales, el Equipo Materno Infantil mencionó que en base a los datos perinatales, la primera causa de muerte, fueron las malformaciones y la segunda la prematuridad. Las alteraciones de la vitalidad fetal y el sufrimiento fetal agudo fueron mayores en el ámbito público, independientemente del lugar de residencia de la madre.

Se observó también una alta dispersión en los lugares de atención de los recién nacidos de alto riesgo por peso (menores de 1500 gramos) que nacieron y/o se atendieron en 44 establecimientos (públicos y no públicos). Los efectores que más asistieron prematuros de menos de 1500 gramos fueron 8 instituciones que concentraron en alrededor del 50% de los menores de 1500 gramos, mientras que el otro 50% se asistió en 36 establecimientos diferentes.

Analizando el riesgo de mortalidad neonatal según establecimientos agrupados por número de nacimientos la mayor mortalidad del grupo de menores de 1500 gramos se presentó en las maternidades con menos de 1000 partos, que fue del orden de 41.2% mientras que en los establecimientos con más de 1000 partos el porcentaje de mortalidad fue del 27.3%.

Experiencias nacionales e internacionales han demostrado que la concentración en la atención de este grupo de RN mejora los resultados. Este proceso de concentración del riesgo es entendido como regionalización perinatal.

El 48.7% de las defunciones neonatales presentaron una o más malformaciones congénitas como causa de muerte. La mayor incidencia se observó entre las mujeres no residentes de la Ciudad de Buenos Aires, alcanzando una diferencia significativa independientemente del tipo de efector involucrado.

El 51% de las muertes neonatales con diagnóstico de malformaciones fueron caracterizadas como incompatibles con la vida y el momento del deceso fue en un 60% antes de la semana con el impacto que esto significa para las familias y para el equipo de salud. En Argentina, en el año 2014, el Ministerio de

Salud de la Nación elaboró las “Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad”.

Casi un 40% de las malformaciones correspondieron a cardiopatías congénitas, principalmente atendidas en el sistema no público donde se intervinieron quirúrgicamente en 10 establecimientos vs 3 lugares en el público.

Las hernias diafragmáticas constituyen una patología compleja pero con posibilidades de resolución repitiendo el esquema descripto para las cardiopatías, respecto de la dispersión de establecimientos involucrados tanto en el nacimiento como en la resolución quirúrgica.

Las derivaciones del interior del país para resolución quirúrgica tuvieron menor dispersión que las provenientes del AMBA, por lo cual es necesario trabajar en el fortalecimiento de la Red perinatal en la región metropolitana.

La primera causa de muerte fueron las malformaciones congénitas independientemente del efector y la segunda causa fue la prematuridad, lo que sugiere que CABA se comporta como un receptor de neonatos con malformaciones congénitas y otras patologías perinatales que requieren resolución de mayor complejidad.

Esta investigación operativa le permitió al Equipo Materno Infantil objetivar la necesidad de fortalecer las actividades programáticas que se vienen implementando en el sector público y que debieran incorporarse también en el ámbito privado y de la seguridad social: regionalización perinatal, categorización de establecimientos, Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, entre otros.

La situación diferente de la Ciudad de Buenos Aires respecto de la concentración de nacimientos procedentes de la Provincia de Buenos Aires, refuerzan la necesidad de trabajar con la concepción de Área Metropolitana (AMBA). Para ello resulta necesario el establecimiento de una coordinación perinatal que permita el funcionamiento en red de ambas jurisdicciones en virtud y bajo el amparo del convenio firmado en el año 2016 por los gobiernos de CABA y la Provincia de Bs As.

Sobre las malformaciones congénitas, es necesario trabajar en estrategias en todos los niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria.

En la prevención primaria, a partir del cuidado preconcepcional atendiendo la salud integral de la mujer y su pareja.

En prevención secundaria, resulta necesario impulsar un programa de diagnóstico prenatal, que permita identificar alteraciones fetales para intervenciones oportunas, en particular en el 1° y 2° trimestre del embarazo. A esto se suma la Ley 1044 del año 2003 de la CABA sobre anencefalia y patologías incompatibles con la vida, sobre la cual se está trabajando al interior del sistema a fin de intentar contribuir a reducir la mortalidad infantil.

Por su parte, la prevención terciaria corresponde a todas las medidas destinadas a corregir la malformación, evitar sus consecuencias, mejorar la calidad de vida y atender sus complicaciones, como ocurre con el Programa

Nacional de Cardiopatías Congénitas al que se debería incorporar el subsector de obras sociales y privados.

La documentación analizada muestra también la necesidad de capacitación de los profesionales que tienen a su cargo el llenado de los certificados de defunción a fin de reducir las variaciones en la clasificación de la causa básica de muerte.

- SIP (Sistema Informático Perinatal)

El SIP, es un sistema de información de alcance nacional y vigente en la Ciudad de Buenos Aires desde el año 1986, con carácter de obligatoriedad desde el 2002¹⁶

En este contexto, dentro de la información que aporta a la gestión del área materno infantil de la Ciudad, en el año 2015 se inició el proceso de Vigilancia de la Mortalidad materna¹⁷ y de las defunciones de mujeres entre 10 a 49.

Este sistema es una herramienta de gestión para el monitoreo y evaluación de resultados de las intervenciones en materia de salud perinatal aportando indicadores que muestran brechas, rangos y determinaciones indispensables para la mejora de la atención perinatal como de la calidad de vida de las mujeres y los niños/as por nacer.

El Equipo Materno Infantil elaboró un informe con los datos registrados en el SIP correspondientes a las 12 maternidades públicas del GCBA. Si bien se contó con algunos datos del año 2017, los indicadores desagregados por maternidad correspondieron al trienio 2014 a 2016¹⁸.

No obstante, en el proceso de relevamiento inicial, se contó con la colaboración del área SIP-Gestión del Ministerio de Salud de la Nación que aportó información sustancial de años anteriores.

El Equipo Materno Infantil manifestó que el Ministerio de Salud de la Nación había comenzado a impulsar la implementación de nuevos módulos que aportaran información diferenciada sobre la salud neonatal y materna en aspectos clínicos y epidemiológicos. En este grupo se encontraba el NEAR MISS, que proyecta registrar aquellas situaciones mórbidas que pueden ocasionar la muerte de una mujer embarazada.

El Equipo Materno Infantil, con los datos registrados en el SIP confeccionó las tablas y cuadros que se detallan a continuación.

La *Unidad de análisis* fueron todos los partos ocurridos y registrados en cada una de las Maternidades Públicas de la Ciudad. Esto implicó el análisis de todos los embarazos, partos y nacimientos independientemente del lugar de residencia de la madre.

¹⁶ Involucra a las maternidades públicas del GCBA según Resolución 1286/2002.

¹⁷ Disp. 87/2015 DGRyP

¹⁸ Vale destacar que el área materno infantil, dependiente de la Dirección General de Hospitales, se refuncionaliza a inicio del 2015, por lo que el 2014 se constituye la línea de base (LB).

La Ciudad contaba con información consolidada desde el año 2014 al 2017, en las tendencias temporales se incluyeron datos del año 2010 al 2013¹⁹.

Para los valores máximos y mínimos observados entre servicios, se utilizó la información correspondiente al año 2016.

Cobertura SIP

Para el año 2014, fueron ingresados en el SIP 23.001 nacimientos, que representaban más del 75% de los nacimientos informados por la Dirección General de Estadísticas de la Salud del GCBA (29.928) para el mismo periodo.

Se observó una tendencia en ascenso y sostenido, del grado de cobertura del SIP, fundamentalmente a partir del 2015. El grado de cobertura/efectividad, es la relación entre el número de Historias Clínicas perinatales ingresadas al sistema, sobre el total de partos registrados en cada maternidad pública, expresado en %.

Efectividad comparada SIP CABA – Años 2011 al 2017							
CABA	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	75,40%	73,60%	86,50%	76,80%	80,1%	86,0%	91,6%

Se observó una amplia variabilidad en el porcentaje de cobertura intra e interhospitalaria, con un rango que iba del 23,1% (Htal. Pirovano) al 100% (Htal. Piñero).

Efectividad comparada SIP por Maternidad Pública – Años 2011 al 2017							
HOSPITAL	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Álvarez	86,2	72,6	100	96,4	94	98,6	100
Argerich	62,5	91,2	81,1	80,3	51	55,2	99,7
Durand	69,9	30,7	98,3	100	80	72,8	74,4
Fernández	90,1	62,8	75,4	18,3	27	98,4	98,9
Penna	99,9	96,7	100	100	100	99,5	100
Piñero	96,7	83,3	90,1	99,9	100	100	99,7
Pirovano	56,1	36,9	61,3	64	57	23,1	31,3
Ramos Mejía	0	26,8	75,3	95	90	55,4	98,1
Rivadavia	80,7	74,2	39,5	57,5	19	84,1	70,4
Santojanni	50,4	54,3	82,3	45,6	100	95,3	89,3
Sardá	88,6	97,9	93	88,3	92	93,3	94,9
Vélez	93,8	91,5	72,3	21,9	88	92,9	90,8

Rangos de cobertura:

- Bajo / Regular: <75
- Bueno: 75 a <95

¹⁹ Fuente: Área SIP del Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Maternidad e Infancia

- Muy bueno: 95 a 100

En relación a los valores de efectividad para cada una de las maternidades, en el año 2017, 6 (seis) maternidades alcanzaron un nivel óptimo de cobertura (>95%) Álvarez, Argerich, Fernández, Penna, Piñero, Ramos.

Al inicio de las gestiones por parte del área Materno Infantil, la baja performance en algunos hospitales pudo deberse a:

- falta de recursos informáticos adecuados (computadoras obsoletas y desactualizadas)
- escasa jerarquización del SIP por parte de los servicios
- poco uso de la información para la gestión
- alta rotación de profesionales que ingresaban Historias Clínicas, con poca capacitación (ej: médicos de guardia)
- falta de supervisión y auditoría local de calidad del llenado de las Historias Clínicas
- baja capacitación en servicio

En este sentido, desde la gestión del Departamento, se comenzaron las gestiones para la mejora de la carga de datos. Para ello, se dotó a cada uno de los servicios de Obstetricia, Neonatología y Seguimiento de Prematuros, de computadora para la carga del SIP y/ o sistemas de registros, que permitirían consolidar a nivel central la información sobre la atención materno infantil.

De la misma manera, la incorporación de la Residencia de Obstétricas había sido fundamental en algunos servicios, llevando a alcanzar valores óptimos de carga. Este proceso requiere seguimiento y capacitación.

En el transcurso del año 2016, como estrategia de fortalecimiento de del SIP, se llevaron a cabo talleres de capacitación, dirigidos a profesionales responsables y referentes de carga de datos.

La tendencia de falta de información fue del 20%, mostrando entre cada grupo de variables rangos de casos sin información que iban del 6% (patronímicos) al 47% para el grupo de variables de Egresos del recién nacido.

La siguiente tabla refleja la distribución de los indicadores promedios de CABA para cada año, según eje y dimensión considerada.

Tablero de indicadores seleccionados SIP-G- CABA 2014 – 2017					
DIMENSIÓN	INDICADOR	2014	2015	2016	2017
ACCESIBILIDAD	Embarazadas con 5 o más controles	70,00%	72,20%	73,20%	74,70%
	Sin control prenatal	6,30%	5,50%	4,60%	4,30%
	Control insuficiente (1 a 4 controles)	23,70%	22,30%	22,20%	21,20%
	Primer control antes de la semana 14	29,30%	30,50%	33,20%	33,70%
	Primer control antes de la semana 20	57,10%	60,20%	62,60%	61,70%
CONTEXTO	Razón de madres adolescentes (<20 años)	17,10%	16,60%	14,90%	13,60%
	Razón de madres de >35 años	9,30%	9,50%	10,10%	10,70%
USO DE SERVICIOS	Tasa de cesáreas	29,40%	30,80%	31,60%	33,30%
	Uso de corticoides	64,40%	64,50%	66,50%	71,90%
	Suplementación con Hierro y ácido fólico	68,50%	69,70%	73,10%	78,00%
CALIDAD DEL CUIDADO Y SALUD SEXUAL	Embarazo no planificado	62,20%	63,90%	59,80%	59,60%
	No usaba método anticonceptivo	79,80%	79,70%	80,10%	75,80%
	Consejería al alta	99,10%	99,40%	99,10%	99,40%
	Entrega de algún MAC al alta	91,50%	94,10%	95,70%	97,80%
	Acompañamiento TP	35,40%	45,70%	53,80%	66,80%
IMPACTO NEONATAL	RN<2500 grs. al nacer	6,70%	7,10%	7,30%	7,00%
	RN<1500 grs. al nacer	1,20%	1,30%	1,60%	1,20%
	RN<1000 grs. al nacer	0,50%	0,50%	0,70%	0,50%
	TASA PREMATUREZ	10,50%	10,50%	10,60%	10,50%
IMPACTO MATERNO NEONATAL	VDRL +	2,60%	2,50%	3,20%	3,20%
	PREVALENCIA CHAGAS	2,70%	2,30%	2,30%	2,10%
TOTAL DE PARTOS REGISTRADOS EN EL SIP		23001	22.090	21.470	21.621
PARTOS TOTALES ASISTIDOS EN MATERNIDADES PUBLICAS		29328	27.372	24.958	23.612
Cobertura SIP (n° HCP ingresadas al SIP / Total partos registrados)		78,40%	80,70%	86,00%	87,70%

Se observó un comportamiento favorable de algunos indicadores, que muy probablemente reflejaban la respuesta a las líneas de intervención definidas desde el área materno infantil. Dentro de las acciones implementadas, está dirigida a mejorar la calidad de atención del proceso de atención de las embarazadas.

“El Camino de la embarazada” conecta también con otro eje, la “Regionalización perinatal”, dirigida a brindar una atención oportuna y adecuada en el efector de salud con capacidad de resolución el grado de riesgo que presente la madre y/o el feto.

Una de las maneras de evaluar el contacto y oportunidad de atención con el sistema de salud son los *controles prenatales* registrados en el universo de partos registrados en el SIP: *Accesibilidad*. Hay que tener en cuenta dos indicadores asociados a la accesibilidad y uso del sistema, relacionados con los *embarazos con controles insuficientes (1 a 4)* y el *momento o Edad Gestacional del primer control*. Respecto del primero, los valores mostraron una mejora hacia el 2017, si bien aún el 20% no había alcanzado un nivel óptimo de controles.

En referencia a los datos sobre parto, la tasa de **cesáreas** para la Ciudad, registra aumento en este tipo de intervención y una variabilidad inter servicios que se resume en la siguiente tabla, según datos SIP 2016.

CESÁREAS	
CABA	31,60%
Valor Mx	38,10%
Valor Mn	23,60%
Brecha	1,6
Rango	14,5

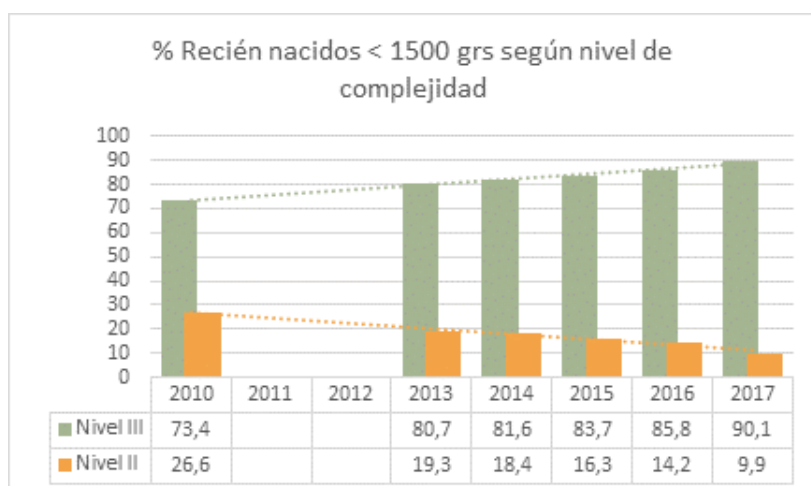
El promedio general se mantiene estable, pero alto para los valores esperables reflejando que, de cada 100 nacimientos, 32 terminan en cesárea.

El promedio global sobre el uso de corticoides prenatales claramente arrojó valores mejorados teniendo en cuenta la efectividad de la práctica en la prevención de la morbilidad neonatal. En el 2010 fue de 42%, cubriendo el 72% en el 2017. Existe una amplia variación inter servicios y un porcentaje todavía elevado sin datos que merece corregirse.

Impacto materno / neonatal

El número total de recién nacidos con peso menor a 1500 gramos registrados en la Ciudad para el 2014, fue de 278, Tasa del 1,2% NV y estable al 2017 tanto en porcentajes como en números absolutos (266 vs 262)

El punto de corte que representa el peso al nacer respecto del riesgo de enfermar y morir en estos niños, determina la necesidad de monitoreo de las APP (amenaza de parto prematuro) con edades menores a 32 semanas y/o menores de 1500 gramos. Estos casos deben ser asistidos en maternidades de nivel IIIB y su adecuación en términos de porcentaje, es uno de los indicadores utilizados para evaluar el resultado de la Regionalización perinatal.



La oportunidad de acceso a establecimientos de complejidad para la atención de embarazos con amenaza de parto prematuro con peso estimado menor de 1500 o <32 semanas, requiere fortalecer los procesos de regionalización perinatal a fin de contribuir a la adecuación del nivel de riesgo a la capacidad de resolución del establecimiento de salud. Esta estrategia es de probada evidencia en la disminución del riesgo de morbilidad infantil, fundamentalmente en lo que hace a la mortalidad neonatal.

Un dato a destacar fue la seroprevalencia de sífilis gestacional y su aumento en los últimos años, aun cuando la cobertura diagnóstica era alta (mayor del 90%). Este indicador es considerado un trazador de calidad de la atención prenatal y si bien su amento se da conjuntamente con una mejora de indicadores de acceso, es evidente que existen factores y/o situaciones que contribuyeron a este aumento como la consulta tardía; las demoras en la entrega de resultados y tratamiento oportuno; cobertura terapéutica de las parejas, han contribuido al aumento observado. El valor promedio en la Ciudad, se encontraba por encima de lo establecido como referencia por la OMS (< 1% en el embarazo).



VDRL +	
CABA	0,032
Valor Mx	0,046
Valor Mn	0,01
Brecha	4,6
Rango	3,6

Desde el área Materno Infantil, se trabaja junto con la Subsecretaría de Atención Primaria, el programa de Salud Sexual y Reproductiva, en ajustar todo

proceso de atención y notificación que permita mejorar la detección temprana, el tratamiento y seguimiento de parejas e hijos/as.

Respecto de la salud materna, el 53% de las embarazadas registradas presentaron alguna patología en el 2017, (11% más que en el 2014). Dentro de las morbilidades graves en el embarazo se observaron porcentajes levemente más altos que años anteriores en patologías como: hipertensión arterial, eclampsia, preeclampsia, diabetes, por este motivo es necesario pesquisar lo antes posible estas morbilidades a fin de prevenir riesgos. La implementación del Near Miss intenta mejorar la calidad y cobertura de la información.

E) Movimiento Hospitalario correspondiente a los Servicios de Neonatología de los Hospitales Generales de Agudos de la CABA. Año 1016

Hospital	Nivel de complejidad del servicio de Neonatología	Ingresos Neonatología	Recién Nacidos Sanos	Total
ALVAREZ	II	359	1253	1612
ARGERICH	IIIB	562	1646	2208
DURAND	IIIB	335	1124	1459
FERNANDEZ	IIIB	356	1369	1725
PENNA	IIIA	514	3045	3559
PIÑERO	II	88	2113	2201
PIROVANO	II	231	784	1015
RAMOS MEJÍAS	II	152	1261	1413
RIVADAVIA	II	304	837	1141
SANTOJANNI	IIIB	335	2331	2666
VELEZ SARSFIELD	II	490	705	1195
TOTAL		3726	16468	20194

Fuente: Movimiento Hospitalario

Hospital	Ingresos Neonatología	Recién Nacidos Sanos	Totales	% de nacimientos sobre el total CABA	% Nacidos ingresados a Neonatología sobre total de Nacimientos en el htal
ALVAREZ	359	1253	1612	8,0	22,3
ARGERICH	562	1646	2208	10,9	25,5
DURAND	335	1124	1459	7,2	23,0
FERNANDEZ	356	1369	1725	8,5	20,6
PENNA	514	3045	3559	17,6	14,4
PIÑERO	88	2113	2201	10,9	4,0
PIROVANO	231	784	1015	5,0	22,8
RAMOS MEJÍAS	152	1261	1413	7,0	10,8
RIVADAVIA	304	837	1141	5,7	26,6
SANTOJANNI	335	2331	2666	13,2	12,6
VELEZ SARSFIELD	490	705	1195	5,9	41,0
TOTAL CABA	3726	16468	20194	100,0	

Fuente: elaboración propia

Del total de los nacimientos ocurridos en la Ciudad de Buenos Aires, el 18.5 % ingresó a los servicios de Neonatología de los Hospitales de Agudos de la CABA.

Nivel de complejidad del servicio de Neonatología	Hospital	Camas UTI	Camas Bajo Riesgo
II	ALVAREZ	2	8
IIIB	ARGERICH	8	21
IIIB	DURAND	6	20
IIIB	FERNANDEZ	9	23
IIIA	PENNA	*	*
II	PIÑERO	4	18
II	PIROVANO	4	12
II	RAMOS MEJÍAS	2	8
II	RIVADAVIA	5	20
IIIB	SANTOJANNI	10	24
II	VELEZ SARSFIELD	2	7
	TOTAL	52	161

Fuente: DG Hospitales y Red de Neonatología

*En el año 2016 se estaba terminando de construir el nuevo Servicio de Neonatología del Htal Penna. En el año 2017 contaba con 24 camas.

En base a los datos correspondientes al Movimiento Hospitalario (año 2016), a la categorización de los servicios de Neonatología y a la capacidad de atención de cada servicio (cantidad de camas), se seleccionó la muestra de hospitales a ser auditados en el presente informe.

Los hospitales seleccionados fueron: Argerich, Durand, Penna; Piñero, Pirovano y Rivadavia.

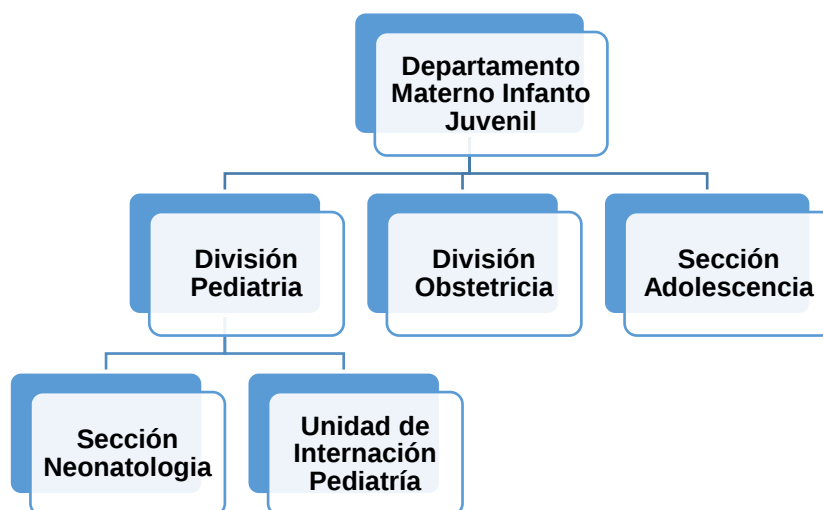
Nivel de complejidad del servicio de Neonatología	Hospital	Ingresos Neonatología	Recién Nacidos Sanos	Totales	% de nacimientos sobre el total CABA	% Nacidos ingresados a Neonatología sobre total de Nacimientos en el htl	Camas UTI	Camas Bajo Riesgo
IIIB	ARGERICH	562	1646	2208	10,9	25,5	8	21
IIIB	DURAND	335	1124	1459	7,2	23,0	6	20
IIIA	PENNA	514	3045	3559	17,6	14,4	*	*
II	PIÑERO	88	2113	2201	10,9	4,0	4	18
II	PIROVANO	231	784	1015	5,0	22,8	4	12
II	RIVADAVIA	304	837	1141	5,7	26,6	5	20
	TOTAL CABA	3726	16468	20194	-	-	27	91

*La Red no contaba con el dato de las camas del Hospital Penna al momento de la entrevista.

F) Hospitales

F1) Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”

La Sección Neonatología depende de la División Pediatría. La jefa del servicio se encuentra a cargo del mismo desde el año 2008 y su nombramiento formal data del año 2010.



La categorización de la Sección de Neonatología del Hospital Argerich era de Nivel III B. A pesar de esta categorización, la patología quirúrgica era derivada a los hospitales pediátricos. En el servicio sólo se realiza cirugía láser/criocirugía en los casos de retinopatía grave que requieran tratamiento. La práctica era llevada a cabo por una médica oftalmóloga del Hospital Gutiérrez. **Observación N° 3**

La jefa del servicio informó que con fecha 22 de agosto del 2017 se presentó al CATA del Hospital Argerich una nota a través de la cual se reiteraba el pedido sobre el cambio de estructura, elevar de Sección a Unidad el servicio de Neonatología. Esta solicitud se basó considerando la complejidad asistencial del sector, la cantidad de pacientes atendidos como así también las tareas realizadas.²⁰

La responsable del área informó además, que estaba proyectada la ampliación del Área de Cuidados Intensivos para dotarla de mayores unidades de atención. El número de plazas pasaría de 7 a 13, a los efectos de poder dar respuesta a la demanda. A pesar de ello, no se encontraba programada ninguna modificación en la estructura edilicia del sector

El servicio se encontraba ubicado en el ala noroeste del hospital en el 5° Piso, frente al Centro Obstétrico. Disponía de una superficie aproximada de 300

²⁰ En marzo del año 2019 el CATA aprobó el pedido de cambio de estructura y a la fecha de cierre del presente informe, el hospital no había iniciado el expediente correspondiente, para enviar al Ministerio de Salud

m² y contaba con buena iluminación natural. Poseía áreas bien definidas para la atención de las distintas patologías que en ellas se trataban.

La Sección disponía de 29 Camas distribuidas de la siguiente manera: 7 (siete) en Terapia Intensiva; 8 (ocho) en Terapia Intermedia; 10 (diez) de Bajo Riesgo, y 4 (cuatro) de Aislamiento.

El espacio físico de la Sección se encontraba dividido en 3 (tres) áreas:

- I) Área de Cuidados Especiales Neonatales (ACEN)
 - Terapia Intensiva Neonatal
 - Terapia Intermedia Neonatal
 - Aislamiento para Terapia Intensiva e Intermedia
 - Área de Baja Complejidad y Crecimiento de Prematuros
 - Recepción del Recién Nacido Normal y Patológico.
 - Residencia de Madres
 - Registros y Auditoria
- II) Área de Internación Conjunta
- III) Consultorios Externos de Seguimiento: Recién Nacidos Sanos y Patológicos

I) Área de Cuidados Especiales Neonatales:

El área de internación de Recién Nacidos Patológicos contaba con 29 camas de dotación, distribuidas según niveles de complejidad: Terapia Intensiva, Terapia Intermedia, Bajo Riesgo, y Aislamiento. El acceso a las mismas era restringido. Todas las plazas contaban con sistema de provisión de Oxígeno, Aire Comprimido y Aspiración Centrales con alarma de volumen

El área de internación disponía de un sistema de ventilación y refrigeración/calefacción con aire filtrado y control de temperatura con termostatos.

El área de Recepción del Recién Nacidos, se encontraba contigua a las 3 (tres) Salas de Partos y al Quirófano. Estaba destinada exclusivamente a la recepción/reanimación del Recién Nacidos sano y patológico. Atendía entre 2200-2500 partos anuales. Estaba provista de 2 (dos) cunas térmicas, un poliducto con dos bocas de O₂, y 2 (dos) de aire comprimido, mezclador y 2 (dos) tomas de aspiración, saturimetría, Neopuf –reanimador neonatal- y comunicación telefónica con la Sección de Cuidados Intensivos. Estaba acondicionada para la reanimación simultánea de 2 (dos) Recién Nacidos

La Residencia para Madres contaba con 4 (cuatro) plazas. Su finalidad era la de brindar alojamiento a las madres de los Recién Nacidos que debían permanecer internados en Neonatología luego del alta obstétrica, y así evitar la separación madre-hijo, establecer un buen vínculo, fortalecer la autoestima materna, incorporar a las madres a los equipos de salud posibilitando acciones supervisadas para el cuidado de sus hijos y mantener la lactancia materna. La

Residencia para Madres se encontraba bajo la supervisión de médicos y enfermeras, ubicada en el 5° piso a la entrada de la Unidad de Internación.

La Sección disponía de lactario el cual contaba con 2 o 3 bombas eléctricas para extracción de leche. El estado de los mismos era regular.

En el área de Registros y Auditoría se confeccionaban las bases de datos manuales e informatizadas de ingresos, egresos, diagnósticos, índices de mortalidad, índices de productividad, Recién Nacidos menores de 2500 gr. y base de datos de Recién Nacidos menores de 1500 gr. Esta tarea era realizada por médicos y administrativos del área.

II) Área de Internación Conjunta:

- Actividad asistencial de 30 camas
- Detección de patologías perinatales
- Promoción de la lactancia: concurrían 2 puericultoras y apoyo de los médicos del área
- Cursos de puericultura
- Recitación para extracción de muestras del PPN
- Seguimiento a corto plazo del crecimiento y detección precoz de hiperbilirrubinemia
- Seguimiento clínico y serológico de pacientes en estudio perinatal
- Asesoramiento Genético
- Extracción precoz de PCR HIV en pacientes hijos de madres HIV + y derivación de la muestra al Hospital Muñiz
- Seguimiento interdisciplinario de RN con riesgo de transmisión vertical de infecciones

III) Área de Consultorios Externos:

Se controlaban los pacientes externados del Área Internación Conjunta (Recién Nacido Sanos) así como los del Área de Cuidados Intensivos, Intermedia, Baja Complejidad (Recién Nacido Patológicos) y Demanda Espontánea.

Para el seguimiento del Recién Nacido patológico se disponía de Consultorios Especializados en: Infectología, Cardiología, Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo, Seguimiento de Prematuros Menores de 1500 gr., Estimulación, Hijos de madre HIV positivas e infecciones intrauterinas, Lactancia y Ecografía Cerebral.

El sector atendía un promedio de 9000 consultas anuales. Alrededor del 15% de las consultas correspondían al seguimiento de prematuros.

El Consultorio Externo de Neonatología se encontraba ubicado en la Planta Baja. Funcionaba de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs y los días miércoles en horario vespertino de 13:00 a 17:00 hs.

Dentro de las consultas, entre un 30 y un 35% correspondían a turnos programados para todos los controles de seguimiento.

La Sección disponía además de:

- Antesala para padres, hermanos y abuelos del Recién Nacido y para el personal, con lavatorios, toalleros de papel, armarios y percheros.
- Sala de reunión de padres.
- Depósito para instrumental, equipos, medicamentos, ropa.
- Aula para capacitación docente del personal (médicos, residentes, enfermeras, alumnos de la cátedra, padres de pacientes, etc.).
- Señalización adecuada.
- Salida de Emergencia.
- Sala de trabajo de médicos y dormitorios de médicos y residentes en la planta.
- Circuitos eléctricos alternativos.
- Lavatorios con canillas de manos libres.
- Piletas con profundidad adecuada para no salpicar

El ingreso al servicio era irrestricto tanto para las madres como para los padres de los pacientes, dando cumplimiento a lo establecido por la Ley N°25.929.²¹

En el caso de abuelos/as, hermanos/as y otros familiares podían ingresar a la sala 2 veces por semana previa inscripción en la jefatura de Neonatología. Los días lunes se inscribían para el día martes y, los días miércoles para los días jueves.

Los pacientes ingresaban al servicio en la mayoría de los casos, por Sala de Partos, donde se registraban los datos en el libro de nacimiento de neonatología y si requiriesen internación eran trasladados al sector correspondiente (UTIN o UCE). Asimismo, podían ingresar al servicio derivados de Internación Conjunta, por demanda espontánea desde Consultorio de Guardia.

El Hospital Argerich aceptaba madres con embarazos de alto riesgo derivadas por el SAME. Las derivaciones se realizaban desde el Equipo Materno Infantil.

En aquellos casos en los que los pacientes requiriesen un tratamiento quirúrgico o estudios especiales, el servicio contaba con protocolos de derivación a los hospitales pediátricos.

Al nacimiento, la madre y el bebé eran identificados con pulseras numeradas. Se completaba la Historia Clínica Neonatal con los datos filiarios de los mismos. Al egreso del paciente, el personal de seguridad controlaba los datos con la orden de egreso institucional y con el DNI materno.

²¹ Ley N°25.929- Parto Humanizado. Art 4° *El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos: 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.*

El ingreso del servicio en el 5° Piso se encontraba vigilado por 2 (dos) agentes de seguridad. Para ingresar al mismo, era necesaria la presentación del Documento de Identidad.

Los agentes de seguridad realizaban turnos de 12 horas, de 7:00 a 19:00 hs y 19:00 a 7:00 hs. El personal contaba con la lista de pacientes citados para la realización de ciertas prácticas, como así también aquellos familiares autorizados para ingresar al servicio.

A fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 26.279 (Programa de Pesquisa Neonatal) el servicio procedía a tomar una muestra de sangre, extraída del talón del bebé entre las 48 y 72hs de vida, y como máximo al 5° día de vida. Las muestras eran ensobradas y enviadas al laboratorio de proceso, mediante correo. El Hospital Argerich envía sus muestras al Hospital Durand, y los envíos se realizaban cada 2 (dos) días²². Los datos de las mismas eran registrados en un libro destinado a tal efecto.

En los caso de resultados negativos o normales el servicio se encargaba de entregar los resultados a los familiares de los/las pacientes de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 en los Consultorios de Neonatología N° 39 y 40 ubicados en PB. Transcurridos 3 meses, los resultados se entregaban en la jefatura de Neonatología en el mismo horario.

El recurso humano de la Sección Neonatología estaba constituido por profesionales de Planta y de Guardia.

Disponían de 2 (dos) Médicos Neonatólogos de Guardia y en ocasiones contaban con 3 (tres) profesionales. Asistían en la recepción del Recién Nacido Sano y Patológico, las internaciones que se produjeran luego del horario de planta, el Consultorio de Urgencias Neonatales y los pacientes internados en el Área de Internación Conjuntas y en la Unidad de Cuidados Especiales. Asimismo, se encargaban de los traslados de urgencias y programados ya que el sistema no contaba con profesionales para traslado neonatal.

Los profesionales de Planta cubrían las distintas áreas del servicio, pero por las diferentes licencias (ordinaria, por stress, enfermedad) no siempre el staff se encontraba completo.

Además, contaba con un Médico Cardiólogo Infantil quien era el encargado del diagnóstico de cardiopatías congénitas y del diagnóstico prenatal. Realizaba los Ecocardiogramas Doppler a recién nacidos y eco fetales en madres de alto riesgo.

Contaba con la colaboración del servicio de Oftalmología, el cual disponía de una especialista entrenada en retinopatía del prematuro y otras patologías oftalmológicas. El equipamiento que utilizaba (oftalmoscopio binocular) pertenecía al servicio

²² La jefa del servicio informó que las muestras se retiraban martes y jueves, y en caso de ser día feriado, se reprograma el envío con antelación. (Nota N° 1566/2019).

En el sector, se realizaban además estudios de Imágenes: ecografías cerebrales, abdominales, renales, entre otras.

El servicio no contaba con Residencia en Neonatología, pero era sede de la Carrera de Especialistas de Neonatología de la UBA

El sector recibía Residentes y becarios de Pediatría de los hospitales Garrahan y Perón de Avellaneda, además de los residentes de pediatría del Hospital Argerich.

El personal de Enfermería se encontraba distribuido en 4 (cuatro) turnos de 6 horas, de lunes a viernes y 2 (dos) turnos de 12 hs los fines de semana y feriados.

La responsable del área manifestó que el personal de enfermería con alta especialización con el que contaba había sido formado en su mayoría en el servicio.

Destacó además, que este tipo de profesionales resultaba insuficiente dadas las características asistenciales de los pacientes internados en el servicio. El sector contaba con 5 enfermeras por turno siendo, a criterio de la jefa del área, necesarios 10 agentes.

La limpieza del servicio se encontraba organizada por turnos de 7 hs, con excepción de un turno de 3 hs (20:00 a 23:00 hs). La responsable del servicio informó que el personal a cargo de la misma se encontraba capacitado para realizar esta tarea.

La Sección contaba con 2 (dos) empleados para tareas administrativas. Asimismo, de las mismas participaban médicos del área para la confección de los registros, citaciones de pacientes y otras tareas administrativas. El área de registros contaba con un sistema informático integrado.

Con respecto a la capacitación, durante el año 2016 se realizaron los siguientes cursos:

- Cursos de Lactancia Materna para enfermería, médicos de planta y residentes de neonatología y pediatría.
- Talleres para madres, padres y familiares sobre lactancia.
- Curso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) para familias de neonatos de riesgo.
- Talleres de puericultura y patología respiratoria (en la sala de internación).

Los médicos del servicio dictaban los cursos de *Reanimación para padres de neonatos de riesgo* y *Actualización de RCP para profesionales de la Salud* de los hospitales del GCBA (Htal. Álvarez, Vélez Sarsfield, Zubizarreta).

Participaban en las clases conjuntas con el servicio de Obstetricia, "*Parto sin Temor*", donde dictaban charlas de puericultura y lactancia con apoyo del plantel de enfermería.

El servicio contaba con los siguientes registros:

- Base que registra los datos de los pacientes ingresados al servicio desde el año 2000 (más de 35000 HC).
- Registro de menores de 1500 g y fallecidos que se envían al Ministerio de Salud mensualmente.
- Protocolo de pacientes fallecidos menores de 5 años (desde enero del 2017).
- Sistema que registra los nacidos internados y fallecidos que pasasen por UCE y UTIN desde el 2017 con la finalidad de unificar datos de las Neonatologías (en revisión).
- Libro de nacimientos: este se encuentra en la sala de partos donde se realiza la recepción de los recién nacidos y el registro de los datos a cargo del Neonatólogo.
- Libro de muestras de pesquisa neonatal (Nombre y Apellido; Domicilio; Fecha de envío de la muestra (a veces coincide con el egreso del paciente); Peso; Antecedentes obstétricos; Protocolo de Pesquisa Neonatal; DNI de la madre; Médico solicitante).
- Planillas de PPN: N° de muestra; Nombre y Apellido; Sexo; Edad gestacional; Peso al nacer; Fecha de nacimiento; Teléfono; Nombre de la Madre; DNI; Localidad; Observaciones. Al momento de la entrevista; el servicio no podía enviar de manera electrónica las planillas dado que el equipamiento informático para tal fin hacía 6 meses que no funcionaba. Se realizaban las planillas en Excel y eran enviadas por correo.
- Libro de Imágenes: se registran ecografías abdominales, cerebrales, renales y entre otras.
- Libro de Ecocardiogramas fetales.
- Libro de pase diario.
- Formulario 105 que entregan a Estadística con Diagnóstico final de egreso.

El servicio desarrolló los siguientes indicadores en base a los niños nacidos vivos durante el año 2016.

La cantidad de niños nacidos vivos fue de 2208.

Área de Recién Nacidos Patológicos

- Promedio de camas disponibles: 27.16
- Promedio paciente día: 16.92
- Promedio camas ocupadas: 62.30%
- Giro cama: 24.04
- Egresos: 653
- Días camas disponible: 9942
- Paciente/día: 6194

Área de Recién Nacidos Sano

- Promedio de camas disponibles: 37.00
- Promedio paciente día: 13.47
- Promedio camas ocupadas: 36.40%
- Promedio permanencia: 2.69 días
- Giro cama: 49.59
- Egresos: 1835
- Días camas disponible: 13542
- Paciente/día: 4929

Tasas de Mortalidad

- Tasa de Mortalidad Neonatal Global: 13.6%
- Tasa de Mortalidad Neonatal Depurada: 4.5%
- Tasa Mortalidad Neonatal Precoz Depurada: 2.3%

La jefa del servicio informó que los indicadores referidos a porcentaje de camas ocupadas y paciente-día eran bajos debido a la falta de personal de enfermería, esto limitaba la recepción de pacientes provenientes de otros hospitales a solicitud del SAME.

La responsable del servicio manifestó que la mayor dificultad que atravesaba el servicio de Neonatología era la falta de médicos neonatólogos para cubrir las guardias. No contaban con reemplazos para los distintos tipos de licencias (ordinarias, stress y enfermedad), quedando en un sólo médico para sostener el servicio fuera de las horas de planta. **Observación N° 4b**

Manifestó además, la falta de recambio de personal. El 50% de los profesionales de Guardia en promedio, superaba los 50 años.

Mencionó también el déficit de enfermería, no contaban con personal en áreas de internación conjunta, ni en sala de partos.

Informó que en la mayoría de los turnos no se cumplía la relación de enfermería óptima indicada: 1 agente de enfermería por paciente en ARM inestable en UTIN; 1 agente de enfermería cada 4 pacientes en Terapia Intermedia, 1 agente de enfermería cada 6 pacientes de Bajo Riesgo.

Asimismo, para la resolución de diagnósticos y tratamientos, al ser este un hospital general de agudos, no contaban con especialistas pediátricos. Por este motivo, los pacientes que lo requiriesen debían ser derivados a otros efectores. El traslado de los mismos se dificultaba dada la falta de médicos y enfermeros para el traslado neonatal por parte del SAME. **Observación N° 5**

Dentro de las fortalezas de la Sección, la responsable del servicio informó que existía un convenio entre el Depto. Materno Infantil y el Hospital Garrahan para la atención de pacientes con malformaciones congénitas.

Destacó la labor del equipo profesional, médicos y enfermeros, tanto en su desempeño profesional como en la gestión del servicio.

Estadísticas generadas por el servicio

	2015	2016
Ecocardiograma	435	536
Ecocerebral	519	591
Fondo de Ojos	337	500
Imágenes	984	1176
OEAS	316	766
PEAT	62	204
Pesquisa Neonatal	2360	2128
Vacuna Hep B	2172	2099

Fuente: Sección Neonatología Htal Argerich

Con respecto al estudio de Otoemisiones (OAES) la responsable del servicio informó que durante el primer y segundo trimestre del año 2015, y parte del cuarto trimestre, el equipo de otoemisiones acústicas se encontraba en reparación²³.

Durante el año 2016 el equipo de otoemisiones estuvo en reparación hasta el 5/6/2016 (2° trimestre: 84, 3° trimestre: 390 y 4° trimestre: 292).

F2) Hospital General de Agudos “Dr. Carlos Durand”

La Unidad Neonatología depende del Departamento Materno Infantil. La Unidad estaba constituida por 3 (tres) Secciones: Sección de Terapia Intensiva, Sección de Terapia Intermedia, y la Sección de Internación Conjunta. La jefa del servicio fue nombrada en el año 2014.



²³ Sin funcionamiento hasta el 23/7/15 y durante el 4° trimestre sin funcionamiento hasta el 9/12/15.

La categorización de la Unidad de Neonatología del Hospital Durand era de Nivel III B.

El servicio se encontraba ubicado en el 1° Piso. Disponía de una superficie aproximada de 500 m². Dentro del mismo piso se encontraban las Salas de Partos y quirófanos propios de Obstetricia.

En el 2° piso funcionaba el *Alojamiento Conjunto Madre –Hijo*, dentro del área de internación obstétrica.

La Unidad disponía de 20 Camas distribuidas de la siguiente manera: 8 (ocho) en Terapia Intensiva; 8 (ocho) en Cuidados Intensivos; y 4 (cuatro) camas en Recuperación Nutricional.

Los padres podían ingresar al servicio los 7 días de la semana, de 8:00 a 20:00 hs. Los días miércoles se permitía el ingreso de hermanos/as y abuelos/as, previo registro en el puesto de Vigilancia del Servicio.

El ingreso del servicio en el 1° Piso se encontraba vigilado por agentes de seguridad. A cada persona que ingresaba al servicio le solicitaban el Documento de Identidad. Realizaban turnos de 12 horas.

La Unidad disponía de un lactario profesional.

En el año 2016 la Unidad de Neonatología recibió 76 neonatos por derivación externa coordinada por el SAME.

Recibían derivaciones de pacientes en estado crítico de los hospitales con servicios de Neonatología de Nivel II, como los hospitales Álvarez y Piñero.

El servicio contaba con un Consultorio Externo de Seguimiento de Recién Nacidos Prematuros de un peso menor a 1500 gr. Era atendido por profesionales de Planta. Funcionaba de lunes a viernes de 12:00 a 16:00 hs.

Con referencia al cumplimiento del Programa de Pesquisa Neonatal, las muestras de sangre extraídas de los recién nacidos eran enviadas al laboratorio de pesquisa neonatal que funcionaba dentro del mismo hospital. La responsable del servicio informó que ante un resultado positivo era el mismo laboratorio el encargado de realizar las derivaciones correspondientes.

El Recurso Humano de la Sección Neonatología estaba constituido por profesionales de Planta y de Guardia. Disponían de 2 (dos) Médicos Neonatólogos de Guardia.

Los profesionales de Planta cubrían las distintas áreas del servicio.

El Hospital Durand contaba con 2 (dos) médicos cirujanos neonatales. En la Unidad solo se realizaban cirugías menores; el punto crítico era que no contaban con personal de anestesia en forma continua. Por este motivo, los casos que revestían gravedad eran derivados a los hospitales Elizalde y Gutiérrez.

El servicio contaba con Residencia en Neonatología, de 1° y 2° año. A la misma ingresaba un residente por año. Recibían también, 8 (ocho) alumnos de la Residencia de Pediatría que realizaban la rotación en Neonatología, 4 (cuatro)

eran residentes del Hospital Durand y los otros 4 (cuatro) pertenecían a otros efectores.

En el año 2016 contaron con la presencia de concurrentes en el servicio.

El personal de Enfermería se encontraba distribuido en 4 (cuatro) turnos de 6 horas, de lunes a viernes y 2 (dos) turnos de 12 hs los fines de semana y feriados. El personal de enfermería con alta especialización, había sido mayormente formado en el servicio.

La Unidad de Neonatología contaba con una secretaria en el servicio cuya dependencia era del sector de Estadísticas. La jefa del servicio desconocía los días y horario en los cuales se desempeñaba el personal administrativo.

La limpieza del servicio se encontraba organizada con una mucama por turnos de 7 hs cada uno. La responsable del servicio informó que el personal a cargo de la misma se encontraba capacitado para realizar esa tarea.

Con respecto a la capacitación, durante el año 2016 se realizaron los siguientes cursos:

- Curso anual de Pediatría – Neonatología.
- Congreso Latinoamericano en Neonatología.
- Curso Guías de Atención RN en Servicios de Neonatología IIIB.
- Congreso de Pediatría.
- Simposios de Alimentación.
- Curso de RCP para Familias de Neonatos en Riesgo.
- Talleres para las madres, padres y familiares sobre lactancia.

Actividades incorporadas durante el año 2016:

- Taller de Lactancia Materna - Ministerio de Salud CABA - Comisión de Lactancia Materna. Incorporación del servicio de Neonatología, para completar la implementación de las condiciones para la lactancia materna requerida por Unicef.
- Registro de Programa Vida para Control de Infecciones Intrahospitalaria en Neonatología.
- Ateneos Neonatales.
- Ateneos Perinatales.
- Registro de PPN.
- Seguimiento de Hijos de Madres Drogadictas por un Equipo Multidisciplinario (a partir del año 2017).

Dentro de los registros con los que contaba el servicio se puede mencionar:

- Base de datos que registraba todos los datos de los pacientes ingresados al servicio.
- Registro de menores de 1500 gr.

- Libro de muestras de pesquisa neonatal. El libro se completaba con los siguientes datos: Nombre y Apellido; Domicilio; Fecha de envío de la muestra; Peso; Antecedentes obstétricos; Protocolo de PN; DNI madre; Médico solicitante.
- Planillas de PPN: N° de muestra; Nombre y Apellido; Sexo; Edad gestacional; Peso al nacer; Fecha de nacimiento; Teléfono de la Madre; DNI; Localidad; Observaciones.
- Base de Mortalidad Neonatal: Sistema que registra los nacidos internados y fallecidos que pasasen por UCE y UTIN desde el 2017 para unificar datos de todos los servicios de Neonatologías.
- Carpeta de partos: se encontraba en la sala de partos donde se realiza la recepción de los recién nacidos y el registro de los datos a cargo del Neonatólogo. La Unidad cuenta con un libro y una base de datos propia.
- Libro de Ecografías.
- Libro de Vigilancia.
- Formulario 105 que entregan a Estadística con Diagnóstico final de egreso.
- Plan Sumar: envío de trazadores de forma cuatrimestral.

Prácticas médicas:

- Laboratorio
- Fondo de ojo: el servicio de Oftalmología no contaba con personal entrenado para la atención de bebés. La jefa del área de Neonatología informó que la profesional que realizaba estas tareas, se había jubilado. Concurría los días jueves un profesional proveniente del Hospital Ramos Mejía para practicar el estudio en los pacientes. **Observación N° 8**
- Ecografías: cuentan con 2 (dos) equipos para realizar ecografías, y con un médico de planta ecografista.

Con respecto a las interconsultas, se realizaban interconsultas todos los días con cardiología, neurología y fonoaudiología, en función de la demanda existente.

La jefa del servicio informó que todos los neonatos de alto riesgo y los Recién Nacidos Sanos al alta contaban con el estudio de Otoemisiones Acústicas (OEA).

En cuanto a los Potenciales Evocados los pacientes son derivados al Hospital Roca para su realización.

Indicadores generados por el servicio

Tasas de Mortalidad

Tasa de Mortalidad Neonatal bruta: 8,75%

Tasa de mortalidad Neonatal Depurada: 5,8%

Tasa Mortalidad Neonatal Precoz Depurada: 3%

Tasa Mortalidad Neonatal tardía: 0,5%

Tasa Mortalidad Neonatal posnatal: 0,5%

La jefa del servicio informó que dentro del recurso humano, la falta de médicos anestesiistas y de personal de enfermería era la principal debilidad.

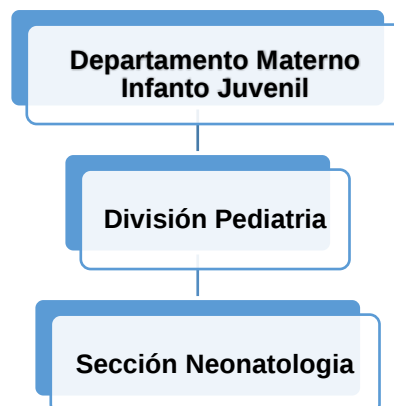
Estadísticas generadas por el servicio

	2015	2016
Ecocardiograma	235	446
Ecocerebral	116	203
Fondo de Ojos	S/D	S/D
Imágenes	S/D	S/D
OEAS	858	1168
PEAT	S/D	S/D
Pesquisa Neonatal	2360	2128
Vacunas BCG	1534	1371
Vacuna Hep B	1534	1371

Fuente: Unidad Neonatología Htal Durand

F3) Hospital General de Agudos “Penna”

La Sección Neonatología dependía de la División Pediatría. El jefe del servicio fue nombrado en el año 2017. Cumplía funciones en el hospital desde el año 1995.



La categorización de la Sección de Neonatología del Hospital Penna al igual que su maternidad era de Nivel II B. Se hallaba en trámite, desde fines de

2017, la recategorización a Nivel III B. El tema estaba en tratamiento en el Ministerio de Salud de la CABA²⁴.

El servicio se encontraba ubicado en la zona anexa al Centro Obstétrico. Constaba de 2 (dos) recepciones para los Recién Nacidos en la zona de los quirófanos y otras 2 (dos) en la zona de la Trabajo de Parto y Recuperación (TPR).

La Sección disponía de 24 Camas distribuidas de la siguiente manera: 8 (ocho) en Terapia Intensiva; 6 (seis) en Terapia Intermedia; y 10 (diez) de Bajo Riesgo.

A continuación se detalla la organización del servicio en sus diferentes áreas:

- Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).
- Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIN).
- Sector de Crecimiento y Cuidados Mínimos. El responsable el sector manifestó que este sector tenía la posibilidad de transformarse en UTIN para resolución de patología respiratoria estacional.
- Alojamiento para madres. Disponía de 7 (siete) plazas.
- Presencia de pequeño lactario, solo para 2 (dos) madres. A la fecha de la entrevista el servicio se encontraba a la espera de la inauguración de la nueva planta.

En el año 2016 contaban con 2 (dos) bombas sacaleches eléctricos, que resultaban insuficientes. A la fecha de la entrevista estas últimas no funcionaban y las madres debían utilizar sacaleches manuales

El responsable del servicio informó que estaba prevista la inauguración del nuevo lactario en el transcurso del año 2018²⁵. Informó además, que se habían adquirido 6 (seis) bombas extractoras de leche para ser instaladas en el nuevo lactario. Este espacio tendría mayor amplitud y comodidad, contaría con flujo laminar. El jefe del servicio indicó que tanto la puesta en marcha, así como el funcionamiento posterior del lactario, estaría a cargo de la empresa SIAL S.A (Servicios Integrales de Alimentación).

El área de Neonatología no tendría injerencia sobre el funcionamiento de la empresa, siendo el área de Nutrición el nexo con el servicio y la encargada de controlar a la empresa tercerizada.

El fraccionamiento de las leches era realizado por las Instrumentadoras.

El ingreso al sector de Internación del servicio era irrestricto tanto para las madres como para los padres de los pacientes. Para el resto de los familiares, contaban con días de visita para abuelos (miércoles) y hermanos (jueves), previo control de la libreta de vacunación. Tanto a los padres como a familiares que visitasen a los niños, se les confeccionaba un pase con su identificación para el registro

²⁴ Al cierre del presente informe habían accedido a la categorización de Nivel III B

²⁵ Al cierre del presente informe aún no se había inaugurado.

El ingreso de los recién nacidos desde el Centro Obstétrico al área de internación disponía de una puerta de entrada con acceso biométrico y timbre de emergencia. La puerta contaba también con alarma de apertura de puerta (temporizada). Cuando el ingreso de los niños derivaba de otros sectores, como por ejemplo, Internación Conjunta o Consultorio de Guardia, el acceso era por la puerta delantera de entrada al servicio. Debían ser acompañados por un médico y/o enfermera, realizándose la admisión en la ventanilla correspondiente.

La Sección contaba con personal de seguridad las 24hs, con turnos de 8 horas de lunes a domingo.

Las derivaciones de pacientes se realizaban a través del SAME. Las interconsultas y/o estudios en otros hospitales pediátricos, también se canalizaban a través del SAME, previa comunicación con el servicio en cuestión para la solicitud del turno. En ocasiones, la Orden de Interconsulta de la práctica era trasladada por la madre al efector correspondiente.

Con referencia al cumplimiento del Programa de Pesquisa Neonatal, las muestras de sangre extraídas de los recién nacidos eran entregadas a la jefatura del área de Internación Conjunta, quienes registraban y derivaban la muestra al hospital que correspondiese.

El Hospital Penna derivaba las muestras para el Programa de Pesquisa a los hospitales Ramos Mejía y Durand.

Los resultados se recepcionaban en la jefatura de Internación Conjunta. Se citaba a las familias para la entrega de los resultados. Se realizaba semanalmente, en días asignados.

En caso de positividad de algún resultado, la jefatura de Internación Conjunta y el laboratorio de pesquisa del hospital asignado, se encargaban de la localización del paciente para su derivación y tratamiento.

La limpieza del servicio se encontraba organizada por turnos de 8 hs, contando con 2 (dos) empleados por turno. El responsable del servicio informó que el personal a cargo de la misma había recibido capacitación por parte del servicio de Infectología, de los Enfermeros en Control de Infecciones y de la empresa de limpieza encargada de proveer el servicio.

Con respecto a la capacitación, se realizaron los siguientes cursos:

- Curso de actualización en temas neonatales.
- Curso de RCP para padres (2017).
- Reuniones semanales con las madres, abordando temas de cuidado, prevención, lactancia y/o cualquier inquietud que surgiese (2018).
- Semana del Prematuro, del 13 al 17 de noviembre de 2017.
 - o Dramatización de la Reanimación Cardiopulmonar de un recién nacido.

- Charla sobre aspectos emocionales y los cuidados de la familia del prematuro.
- Reunión con familias de prematuros para la creación de un espacio de reflexión e intercambio de experiencias con médicas de seguimiento, psicólogos como coordinadores.
- Derecho 8. La Familia tiene Derecho a la Información y Participación en las decisiones sobre su salud a lo largo de la vida neonatal y pediátrica. Entrega de regalos a los pacientes internados.
- Fiesta del Prematuro.

Capacitación del personal de Enfermería en la UCIN:

- Taller de ARM (2016).
- Taller de bombas de infusión (2017).
- Curso de RCP avanzado. (2017).
- Taller de traslado neonatal (2017).
- Taller de incubadoras-microclima (2017).
- Diplomatura de enfermería en neonatología crítica (2017).
- Taller del programa PREMA (2016).
- Charlas sobre Maternidad Centrada en la Familia y Parto Respetado (2016).
- Taller sobre resolución de conflictos del personal de enfermería (2016).
- Taller de catéteres percutáneos (2016).
- Curso de lactancia materna (2016).
- Talleres de concientización en la semana de prematuro (2017).
- Seminario de cardiopatías neonatales (2017).
- Seminario de termorregulación del neonato (2017).

El responsable del servicio informó que los pacientes al alta se retiraban con el turno tanto para Consultorio de Bajo y como de Alto Riesgo. Indicó además, que el circuito de las prácticas y/o interconsultas indicadas al alta era el siguiente:

- Fondo de ojo: en caso de no poder realizarse con el Oftalmólogo del hospital, se deriva al paciente a los hospitales pediátricos. Cabe destacar que el Oftalmólogo perteneciente al hospital no contaba con reemplazo durante sus licencias. En ausencia del profesional, se dificultaba la derivación de pacientes recién nacidos de pretérmino, con asistencia respiratoria, entre otros.

Observación N° 4c

- Ecografías de cadera: eran realizadas en el hospital.
- Ecografías cerebrales: eran realizadas en el servicio.
- Otoemisiones Acústicas (OEA): se realizaban en el hospital. La fonoaudióloga perteneciente al efector realiza la derivación a BERA, que se instrumentaba en los hospitales Rivadavia y/o Roca.

- **Cardiología:** el hospital contaba con 2 (dos) cardiólogos infantiles que concurrían al servicio 2 veces por semana. Además, contaba con consultorio de seguimiento de pacientes.
- **Kinesiología:** se resolvía con personal perteneciente al hospital (respiratoria, motora como así también estimulación temprana).
- **Laboratorio:** aquellas prácticas que no pudiesen ser realizadas en el efector, las muestras eran derivadas a otros efectores. El jefe del servicio manifestó que a los efectos de facilitar y contar con el resultado en el menor tiempo posible, se recurría a los familiares del paciente para el traslado de la muestra. Esta situación se daba en aquellos casos en los cuales no se pudiese esperar por el traslado de la muestra por parte del hospital.
- **Rx:** contaban con un equipo portátil de Rx. Con referencia a los estudios contrastados, algunos podían ser realizados en el efector y aquellos que no, se derivaba al paciente a los hospitales pediátricos. Las TAC se realizaban en el hospital, pero no contaban con personal que interpretara el resultado de las mismas. Estos estudios eran enviados al Hospital Gutiérrez. Las Resonancias Magnéticas Nucleares (RMN) requerían derivación.

El servicio contaba, dentro de la misma planta física, con un analizador de gases en sangre, química, y una centrífuga. El resto de las determinaciones, se realizaban en el Laboratorio Central y/o de Guardia del hospital.

En relación a las interconsultas médicas, las especialidades médicas como Oftalmología, Cardiología, Infectología, concurrían semanalmente al servicio para el control y seguimiento de los pacientes.

En caso de ser necesaria la interconsulta con otras especialidades, se comunicaban telefónicamente con el servicio en cuestión y por escrito. El jefe del servicio manifestó que en general la respuesta era rápida, con excepción del servicio de Traumatología.

El hospital carecía de neurólogo pediátrico. Contaba con una Técnica en Electroencefalograma. Este agente carecía de reemplazo durante sus licencias.

Observación N° 4c

Dentro de las necesidades, el responsable del área manifestó la importancia de contar con el plantel médico completo. Durante el trabajo de campo, de los 16 médicos pertenecientes al servicio, 2 (dos) profesionales eran de planta exclusiva y 2 (dos) con extensión horaria. El resto, sólo cumplían una Guardia. **Observación N° 4a**

Con referencia el personal de enfermería mencionó la necesidad de completar la capacitación del mismo por parte del servicio.

El Hospital Penna era sede del Curso Superior de Especialista en Neonatología que se desarrollaba conjuntamente con la residencia postbásica de Neonatología. En el año 2016 contaron con un residente. En el año 2017 ese cargo de residencia quedó vacante.

Dentro de las debilidades mencionó la imposibilidad de contar con profesionales Psicólogos que permitiesen lograr un nexo inmediato con las familias, y luego implementar reuniones semanales con las mismas.

El jefe del servicio manifestó que el Hospital Penna contaba con la primera maternidad de la CABA, en implementar el Programa “*Pulpitos Solidarios*”²⁶, como una de las estrategias en el cuidado del neurodesarrollo en los Recién Nacidos de Pretérmino

Indicadores generados por el servicio

La tasa de mortalidad fue de 4,06 /1000 RNV (14 pacientes)

La mortalidad neonatal precoz fue de 3,48 /1000 RNV (12 pacientes)

La mortalidad neonatal tardía fue de 0,58 /1000 RNV (2 pacientes)

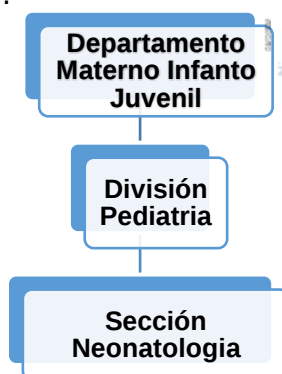
Estadísticas generadas por el servicio

	2015	2016
Ecocardiograma	144	143
Ecocerebral	238	246
Fondo de Ojos	162	139
Imágenes	S/D	S/D
OEAS	2899	3323
Pesquisa Neonatal	3448	3507
Vacunas BCG	3429	3426
Vacuna Hep B	3440	3444

Fuente: Sección Neonatología Htal Penna

F4) Hospital General de Agudos “Dr. Parmenio Piñero”

La Sección Neonatología dependía de la División Pediatría. La jefa del servicio se encontraba a cargo del mismo desde el año 2007 y su nombramiento formal data del año 2010.



²⁶ Proyecto de investigación oriundo de Dinamarca. Abrazos de Pulpito, muñecos de apegó, cuyos tentáculos recrean el cordón umbilical, reduciendo el stress del bebé, impidiendo que manipulen las sondas y acelerando su recuperación.

La categorización de la Sección de Neonatología del Hospital Piñero era de Nivel II A, al igual que la Maternidad.

El servicio se encontraba ubicado en el 1° Piso del Pabellón IV.

La Sección disponía de 20 Camas distribuidas de la siguiente manera: 4 (cuatro) en Unidad Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); 8 (ocho) en Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIN); 6 (seis) de Cuidados Mínimos, y 2 (dos) de Aislamiento.

El sector de Recepción y Reanimación del Recién Nacido en Sala de Partos contaba con 2 (dos) puestos de reanimación.

Disponía de un sector de alojamiento para madres con 5 (cinco) plazas, lockers, cocina, antebañó y baño. Se encontraba ubicado al lado del servicio de Neonatología.

La Sección contaba con un lactario, sin baño propio y con capacidad para 2 o 3 madres.

El ingreso al servicio era irrestricto para las madres. En el caso de los padres, podían ingresar hasta las 22:00 hs. Disponían además de días y horarios para hermanos y abuelos.

Habitualmente el servicio de Neonatología del Hospital Piñero no recibía derivaciones. En aquellos casos de ser necesaria la derivación de un paciente, se comunicaban con la Coordinación Médica el SAME. Esos llamados quedaban registrados en la historia clínica. El traslado se realizaba con la ambulancia Neonatal del SAME de alta complejidad. Ante la ausencia de un médico neonatólogo en la ambulancia de traslado, el paciente era acompañado por un médico del servicio.

En el hospital se realizaban las siguientes prácticas: Laboratorio, Fondo de Ojo y Ecografías. Al no contar con un equipo de ecografía propio, utilizaban el que se encontraba en el servicio de Obstetricia ubicado en el 2° Piso.

La Sección realizaba interconsultas con los servicios de: Oftalmología, Cardiología, Neurología, Nefrología y Neumonología. Contaba con Kinesiólogos de Guardia todos los días.

Con referencia al cumplimiento del Programa de Pesquisa Neonatal, las muestras de sangre extraídas de los recién nacidos eran enviadas por correo al laboratorio de pesquisa neonatal del Hospital Durand. Dos veces por semana concurría un servicio tercerizado de correo, que buscaba las muestras y las trasladaba. Los resultados se recibían por correo interno.

En caso de dar positivo para alguna de las patologías analizadas, el Hospital Durand era el encargado de localizar y derivar a los pacientes. En ocasiones, el servicio de Neonatología se encargaba de la toma una segunda muestra, quedando a cargo del laboratorio de pesquisa la notificación del resultado a la familia.

El pedido de insumos a Farmacia, Laboratorio y Ropería se realizaba una vez por semana.

El personal de limpieza era exclusivo del servicio.

El servicio contaba con:

- Consultorio de Recién Nacido Sano: atendía alrededor de 2000 a 2400 consultas por año, de lunes a viernes por la mañana y dos veces a la semana por la tarde.
- Consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo: atendía de lunes a viernes por la mañana con un total de 800 consultas al año. Abarcaba desde recién nacidos hasta los 6 años.
- Grupo de Trabajo de Seguimiento: conformado por Neonatóloga, Neuróloga, Kinesiólogo, Estimuladora, Fonoaudióloga, Psicopedagoga, Psicóloga, Trabajadoras Sociales. Desde recién nacidos hasta los 6 años.
- Consultorio de Infecciones Perinatales: atendía pacientes con sífilis congénita, chagas congénito, VIH; además de los controles de los niños expuestos a estas patologías (Toxoplasmosis, Hepatitis B, entre otras). Atendía alrededor de 350 consultas.

Con respecto a la capacitación, durante el año 2016 se realizaron los siguientes cursos:

- Talleres de Lactancia (una vez por semana).
- Talleres de Prevención de Infecciones (una vez por semana).
- Taller de RCP para madres y padres.
- Taller de RCP para Médicos y Enfermeras.
- Actividad Docente: Pre y posgrado Médico. Pre y posgrado de Enfermería.
- Ateneos clínicos y bibliográficos.

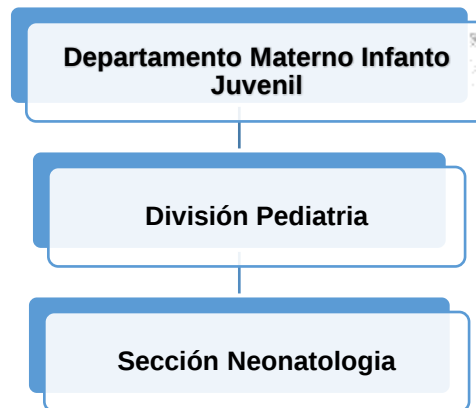
Estadísticas generadas por el servicio

	2015	2016
Ecocardiograma	S/D	S/D
Ecocerebral	S/D	S/D
Fondo de Ojos	S/D	S/D
Imágenes	S/D	S/D
OEAS	2298	2073
PEAT	102	129
Pesquisa Neonatal	2370	2123
Vacunas BCG	2364	2115
Vacuna Hep B	2364	2115

Fuente: Sección Neonatología Htal Piñero

F5) Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”

La Sección Neonatología dependía de la División Pediatría. La jefa del servicio se desempeñaba en el cargo desde el año 2012.



La categorización de la Sección de Neonatología del Hospital Pirovano era de Nivel II A, al igual que la categorización de la maternidad. La responsable del servicio manifestó que en mayo del año 2017 la Maternidad del hospital había sido reevaluada por el Equipo Materno Infantil y clasificada como Nivel IIIA. Esta re categorización en Agosto del año 2018 fue desestimada por el Ministerio de Salud de la Nación, dejando constancia que la categorización para este servicio era Nivel II de baja complejidad.

La Sección disponía de 13 Camas distribuidas de la siguiente manera: 4 (cuatro) en UCIN; 3 (tres) en Cuidados Intermedia; 6 (seis) de Bajo Riesgo.

La planta física de Neonatología se conectaba directamente con el Centro Obstétrico y la Maternidad.

La Sección contaba con un sector de recepción y reanimación del recién nacido en sala de partos. Asimismo, poseía Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIN) y además tiene un Sector de Crecimiento y Cuidados Mínimos.

Disponía de una Residencia de Madres con capacidad para albergar a 4 (cuatro) madres simultáneamente.

Carecía de Lactario, su construcción fue solicitada a la Dirección del hospital en junio del año 2017.

El ingreso al servicio de los padres al sector de internación era sin restricción horaria y estaba pautada la visita de abuelos una vez a la semana. Con respecto a la visita de hermanos, no estaba autorizada por no contar con un protocolo de ingreso de los mismos.

El Consultorio de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo funcionaba los días martes y viernes de 8:00 a 12:30 hs. Mensualmente, se atendían entre 40 a 50 pacientes.

Los pacientes ingresaban al servicio desde la Sala de Partos y por derivaciones externas gestionadas vía SAME.

El ingreso a la Maternidad contaba con una guardia de seguridad permanente. El sector de Neonatología era un área cerrada a la cual se ingresaba mediante un portero eléctrico. Contaban con cámaras de seguridad al ingreso de la Maternidad y del servicio de Neonatología.

En aquellos casos de ser necesaria la derivación de un paciente, el Neonatólogo de guardia del hospital se comunicaba con el Centro de Coordinación de Regionalización Perinatal. El pedido de derivación lo realizaban médicos de Guardia a través de Coordinación de SAME (regionalización CABA). Una vez aceptada la misma, existía comunicación directa con el Servicio Receptor y la logística del Traslado. La jefa del servicio manifestó que una de las principales dificultades para el traslado era la falta de médico Neonatólogo en la unidad de traslado. Es por ello, que en muchas ocasiones, era necesario que uno de los Neonatólogos de Guardia del hospital acompañase al paciente en el móvil del SAME. **Observación N° 5**

Prácticas Médicas:

- Laboratorio
- Otoemisiones acústicas: Los pacientes que requiriesen estudio BERA, eran derivados por la fonoaudióloga a los hospitales Fernández o de Clínicas.
- Fondo de ojo
- Ecografías
- Radiografías (dentro del área cerrada, neonatología).

El Hospital Pirovano contaba con subespecialidades pediátricas como: gastroenterología, dermatología, oftalmología, nutrición, fonoaudiología, kinesiología.

En el caso de especialidades como cardiología, neurología, y cirugía, se debía realizar interconsultas externas vía SAME a hospitales de tercer nivel. El circuito de pedido de traslados para estudios e interconsultas era el mismo que el mencionado en los párrafos anteriores.

Los pacientes que debían ser trasladados para interconsultas externas eran acompañados por neonatólogos de guardia pertenecientes al servicio de neonatología.

Los profesionales del servicio eran los encargados de pactar día y horario de atención del paciente con el servicio a consultar. Esto se realizaba telefónicamente. Los pedidos de interconsultas quedaban registrados en la Historia Clínica del paciente.

Los pacientes que requiriesen consulta cardiológica al alta, se retiran con el turno otorgado por el servicio de cardiología del Hospital Gutiérrez.

Con referencia al cumplimiento del Programa de Pesquisa Neonatal, las muestras de sangre extraídas de los recién nacidos eran enviadas al través del Laboratorio, al Hospital Durand para ser analizadas.

El resultado era enviado por el laboratorio del Hospital Durand al laboratorio del Hospital Pirovano.

En caso de ser positivo para alguna de las patologías analizadas, que requiriesen repetición, se comunicaban vía mail y/o telefónica con los referentes del servicio de neonatología a los efectos de repetir el estudio. En caso de detectarse alguna de las patologías estudiadas o cuando surgen hallazgos asociados a patología incluida en la pesquisa neonatal, se procedía a citar a los pacientes, de manera conjunta con el Laboratorio y el Servicio Social. En virtud del hallazgo, los pacientes eran derivados a 3er nivel de atención.

La limpieza del servicio se encontraba organizada en 2 (dos) turnos de limpieza (6 a 14 hs y 14 a 22 hs), con 1 (una) mucama en cada uno de ellos, quién desarrollaba tareas exclusiva en Neonatología. El personal de enfermería se encargaba de la capacitación periódica de dicho personal.

El servicio contaba además con:

- Consultorio de Recién Nacidos menores de 1500 gr.
- Consultorio de Recién Nacidos Sanos hasta el mes de vida (demanda espontánea).
- Residencia de madres.
- Asesoramiento en lactancia materna.
- Coordinación con el Servicio de Pediatría de los recién nacidos internados en la Sala de Pediatría.
- Articulación con Servicio Social y Salud Mental para madres de los recién nacidos que lo requieran.
- Articulación al alta de los recién nacidos para el control de niño sano en Consultorios externos de Pediatría o en los CESAC según su domicilio.
- Participación en la Red de Neonatología del GCBA.
- Participación en la comisión de morbi-mortalidad perinatal.

Con respecto a la capacitación, la responsable del servicio mencionó:

- Curso de RCP para médicos, obstétricas y enfermeras.
- Curso de RCP para padres.
- Talleres para padres para prevención de enfermedades respiratorias y cuidados del recién nacido en internación conjunta.

Registros:

- Registro de recién nacidos con patología genética.
- Registro de recién nacidos menores de 1500 gr.

- Registro de fallecidos.
- Inscripción en Plan Nacer.

Dentro de las necesidades, la responsable del área manifestó la importancia de contar con interconsultores especialistas en neurología y cardiología.

Asimismo contar con el plantel de enfermería adecuado. Manifestó además, la necesidad de contar con médicos neonatólogos Suplentes de Guardia.

Los pacientes al alta se retiraban orientados según su característica:

- Recién Nacidos Sanos: concurrían al control según la indicación del médico que otorga el alta, pudiendo ser dentro de las 48 hs a 7 días de vida. Concurría al Consultorio Externo de Recién Nacidos Sano. Obtenían el turno en el día.
- Recién Nacidos Patológicos: los pacientes que no hubiesen permanecido internados en UTI concurren a Consultorio de Residentes de Pediatría. Obtenían el turno en el día.
- Recién Nacidos Pretérmino y de Alto Riesgo: concurrían al Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo con turno programado en función de su egreso.

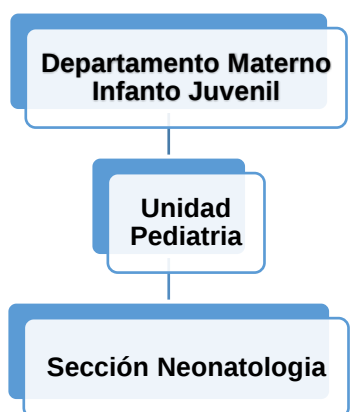
Estadísticas generadas por el servicio

	2015	2016
Ecocardiograma	87	99
Ecocerebral	250	250
Fondo de Ojos	1050	959
Repeticiones de FO	100	80
Imágenes	S/D	S/D
OEAS	1044	887
PEAT	s/d	s/d
Pesquisa Neonatal	1057	1004
Vacunas BCG	1081	1003
Vacuna Hep B	1050	959

Fuente: Sección Neonatología Htal Pirovano

F6) Hospital General de Agudos “Rivadavia”

La Sección Neonatología dependía de la Unidad Pediatría. La jefa del servicio se desempeñaba en el cargo desde el año 2015.



La categorización de la Sección de Neonatología del Hospital Rivadavia era de Nivel II A, al igual que la categorización de la Maternidad. La responsable del servicio manifestó que el servicio de Neonatología funcionaba como Nivel IIIA y que se había solicitado su re categorización. Asimismo informó, que en febrero del año 2016 desde el Departamento Materno Infantil le informaron que la recategorización del sector se encontraba en marcha.

El servicio se encontraba ubicado en el Pabellón de Maternidad, ocupando parte del segundo y tercer piso. La Sala de Partos, el Quirófano Partos y la Recepción del Recién Nacido se encontraba en el 3er piso, al igual que la UTIN y el Quirófano de Neonatología.

La Sección disponía de 23 Camas distribuidas de la siguiente manera: 4 (cuatro) en UTIN; 10 (diez) en UCIN; 3 (tres) en Aislamiento y 6 (seis) de Cuidados Mínimos.

El espacio físico de la Sección se hallaba dividido en las siguientes áreas:

a-Sector de recepción y reanimación del Recién Nacido en sala de partos: Ubicado contiguo a la sala de Trabajo de Parto, Salas de Partos y quirófano, en el mismo sector que se encontraba la Terapia Intensiva Neonatal.

b- Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN):

Compuesta de 4 (cuatro) unidades para asistencia de pacientes de alta complejidad.

c-Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIN):

Contaba con 10 (diez) unidades donde se podía tratar patologías que requiriesen oxigenoterapia por halo o CPAP.

d- Sector de Crecimiento y cuidados mínimos.

Disponía de 6 (seis) unidades con monitoreo de saturimetría, para pacientes de baja complejidad.

e- Alojamiento para madres:

La Sección contaba con residencia de madres en el 3° piso con seis camas y una sala de Nesting (internación conjunta) para fortalecimiento del vínculo y entrenamiento materno previo al alta, para pacientes que

permanecieron por períodos prolongados en neonatología debido a su patología (especialmente en aquellos neonatos que presentaron patología quirúrgica).

f- Lactario:

El sector de lactario se hallaba en la misma planta que el servicio de Neonatología. Era un espacio amplio en el que podían extraer leche, en simultáneo, 3 (tres) madres. Contaba con 2 (dos) bombas de extracción eléctricas y 3 (tres) bombas manuales; 1 (una) heladera y un freezer. En el año 2016 contaban con 3 (tres) bombas de extracción pero una dejó de funcionar.

El ingreso al servicio era irrestricto tanto para las madres como para los padres de los pacientes. Disponían de un protocolo para visitas programadas de hermanos menores de 12 años; el mismo consistía en una evaluación previa al ingreso de los menores al servicio. El equipo de trabajo estaba conformado por Médicos Clínicos, Psicólogos y Psicopedagogos.

Las visitas de abuelos se realizaban los días domingos por la tarde.

Al nacimiento, la madre y el bebé eran identificados con pulseras numeradas.

El sector contaba con personal de seguridad permanente en el área de Neonatología e Internación Conjunta.

Con referencia al cumplimiento del Programa de Pesquisa Neonatal, las muestras de sangre extraídas de los recién nacidos eran enviadas por correo al laboratorio de pesquisa neonatal del Hospital Durand. Los resultados eran enviados al Laboratorio Central del hospital donde los padres debían retirarlos al mes de realizado el estudio.

El Laboratorio del Hospital Durand en caso de obtener un resultado positivo, informaba por vía telefónica al servicio. Se procedía a localizar al paciente, inicialmente por vía telefónica citándolo a los fines de obtener una nueva muestra.

En caso de no lograr comunicarse con el mismo o que no concurra a la consulta se daba intervención a servicio social para que efectúe la búsqueda del paciente. Una vez confirmada la patología se derivaba al paciente al profesional y centro donde se realizaría el seguimiento y tratamiento de la misma.

El recurso humano de la Sección Neonatología estaba constituido por profesionales de Planta y de Guardia. Disponían de 2 (dos) Médicos Neonatólogos de Guardia.

Por tratarse de una Sección, la responsable del servicio informó que la división de funciones en las diferentes áreas respondía a un nivel organizacional horizontal:

- Neonatología (Terapia intensiva – Terapia intermedia – Bajo Riesgo):
- ✓ Contaban con 4 (cuatro) Médicos de Planta de 40 horas semanales: 3 eran pediatras con más de 30 años de experiencia en el servicio y uno era

Neonatólogo. Concurrían de lunes a viernes, eran referentes de diversos programas (Pesquisa neonatal, RENAC²⁷, ROP²⁸, Madres con consumo problemático de sustancias, entre otros). Formaban dos parejas que oficiaban a modo de coordinación en la atención de los pacientes internados en la sala, realizando el seguimiento lineal de los mismos y siendo el nexo con los restantes profesionales que concurrían dos días a la semana (extensión horaria), rotando en dicha función cada 3 meses.

✓ 6 (seis) Médicos de 40 horas, en guardia y planta, que concurrían a una guardia semanal de 24 horas y, 2 veces por semana prestaban servicio en planta.

✓ 7 (siete) Médicos de guardia de 30 horas semanales. Concurrían a una guardia semanal de 24 horas.

✓ Internación conjunta.

✓ Médicas de planta de 30 horas semanales que concurrían 4 veces por semana cubriendo entre ambas los cinco días hábiles.

- Consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de alto riesgo.

✓ 2 (dos) Médicas de planta de 30 horas semanales que concurrían 4 veces por semana. A causa de la renuncia de una de ellas a partir de enero del año 2017, funcionaba de lunes a jueves de 8.30 a 14.30 hs. Se encontraban a la espera de habilitación para llamar a concurso ese cargo.

Las derivaciones de urgencia se solicitaban vía telefónica a través del SAME, una vez conseguida la cama se solicitaba la ambulancia de traslado neonatal de acuerdo a la complejidad del paciente para su traslado. Los registros se realizaban en la historia clínica del paciente tanto del pedido de derivación como el nombre del profesional que acepta al paciente.

Las derivaciones programadas se realizaban vía telefónica con los profesionales de planta del efector al que se solicitaba la derivación, quienes se encargaban en caso de recibirlo, de conseguir la cama para el paciente. Una vez conseguida la cama se solicitaba al SAME el móvil para trasladar al paciente de acuerdo a la complejidad del mismo.

La solicitud de interconsultas para realizar estudios se realizaba vía telefónica con los profesionales de la especialidad solicitando turno para el estudio y/o procedimiento, quedando registrado en la historia clínica del paciente la fecha otorgada para el mismo y los requisitos para realizar el estudio/procedimiento. Se solicitaba la ambulancia para traslado neonatal de acuerdo a la complejidad del paciente. Los resultados de los estudios y procedimientos realizados quedaban registrados en la historia clínica del paciente.

Los estudios que se realizaban en el hospital, en general se resolvían en

²⁷ RENAC: Registro Nacional de Anomalías Congénitas.

²⁸ ROP: Retinopatía del Prematuro.

el día, solicitando el turno por teléfono al área en cuestión.

En el caso de turnos, para prácticas y estudios fuera del hospital, se solicitaban por teléfono, y el tiempo de espera podía variar según la especialidad.

Para una tomografía, la demora del turno podía ser desde 48hs a una semana, y para una resonancia la demora llegaría al mes.

En el caso de pacientes que necesitasen traslado para realizar estudios fuera del efector, el mismo era realizado por el SAME acompañado por el médico que solicitó el examen. Para derivaciones a otros efectores, la unidad del SAME no siempre concurría con médico neonatólogo. En ningún caso concurrían con enfermero. En estos casos, el personal profesional era cubierto por personal del servicio. **Observación N° 5**

Prácticas Médicas:

- Laboratorio
- Otoemisiones acústicas- Potenciales Evocados
- Fondo de ojo
- Ecografías
- Ecocardiograma
- Radiografías
- Electroencefalograma
- Polisomnografía
- Electromiograma.

Los estudios que se realizaban fuera del Hospital Rivadavia eran: pHmetría, TAC y RMN. Dentro de las determinaciones de laboratorio además de la PPN, se derivaban estudios virológicos de secreciones nasofaríngeas, y cargas virales. Las muestras para estudios virológicos, eran trasladadas por los padres del paciente al Hospital Gutiérrez. Se derivaban, también los estudios neurometabólicos.

Los estudios de laboratorio que debían ser derivados a otro efector se solicitaban por formulario correspondiente, y el Laboratorio Central se encargaba de procesar y derivar las muestras, y realizar los registros correspondientes. Los resultados de los estudios se podían visualizar en las PC del servicio, ya que se cargaban en una nube con usuario y contraseña.

El hospital contaba con 2 (dos) médicos especialistas en cardiología infantil, un oftalmólogo para seguimiento de pacientes en riesgo de ROP, 2 profesionales especialistas en neurología infantil, una dermatóloga pediátrica, un pediatra infectólogo, y un especialista en imágenes pediátrico.

Disponían de un equipo de profesionales para contención y seguimiento de familias vulnerables integrado por psicóloga, psiquiatra, y terapeuta ocupacional.

Con respecto a la capacitación durante el año 2016 la responsable del

servicio informo:

- PRONEO (Programa de actualización de Neonatología).
- X° Curso Argentino VI° Latinoamericano de actualización en inmunizaciones a distancia.
- Curso de Consejería en Lactancia Materna.
- Asistencia al Tercer Congreso Argentino de Neonatología (CEFEN 28/06/2013).
- Talleres para madres dando pautas de cuidado, higiene y lactancia.
- Talleres de prevención de infecciones respiratorias bajas en lactantes.
- Curso de RCP para padres.

Los pacientes al alta se retiraban con los turnos para control, tanto clínicos como de prácticas especiales. Antes de dar el alta se solicitaban los turnos para el control en consultorio.

Los pacientes que serán atendidos en Consultorio de recién nacido de alto riesgo, el médico que lo siguió durante la internación solicitaba el turno y entregaba epicrisis al médico de seguimiento.

Los recién nacidos sanos, antes de egresar solicitaban el turno para el control de consultorio por ventanilla en el Mesón de Turnos antes del alta del recién nacido.

La responsable del servicio informo que todos los neonatos eran dados de alta con la vacuna BCG aplicada y el estudio de otoemisiones realizado.

VII) PROCEDIMIENTOS

A) Recurso Humano afectado a los servicios de Neonatología

A los fines de determinar el recurso humano perteneciente a los servicios, de Neonatología (personal médico y de enfermería), se solicitó información a los responsables de los mismos.

Dentro de los datos requeridos se puede mencionar: nombre y apellido, ficha municipal, sexo, edad, antigüedad en el servicio (al 2016), situación de revista carga horaria, servicio en el cual se desempeña (indicando días y horario), licencias (tipo de licencia y cantidad de días), entre otros datos.

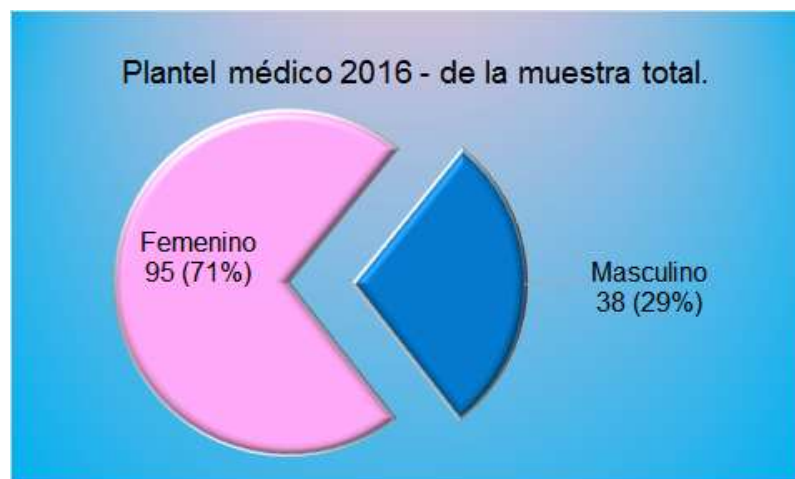
Análisis de los datos aportados por los 6 (seis) efectores que forman parte de la muestra.

a) Plantel Médico

Durante el año 2016, los 6 (seis) efectores contaban con 133 médicos. La mencionada dotación, se distribuía de la siguiente manera:

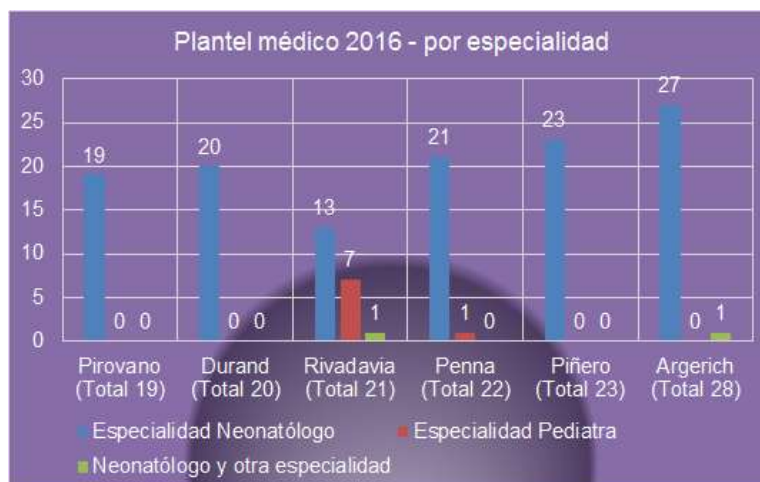
Hospital	Cantidad de Médicos
Argerich	28
Durand	20
Penna	22
Piñero	23
Pirovano	19
Rivadavia	21
	133

De la documentación relevada, se observó que el plantel médico estaba compuesto en un 71% por mujeres y en un 29% por varones.



- Especialidad:

De los 133 profesionales, el 92% (123 agentes) eran médicos neonatólogos, un 6% (8 agentes) pediatras y un 2% (2 agentes) además de neonatólogos contaban con otra especialidad.

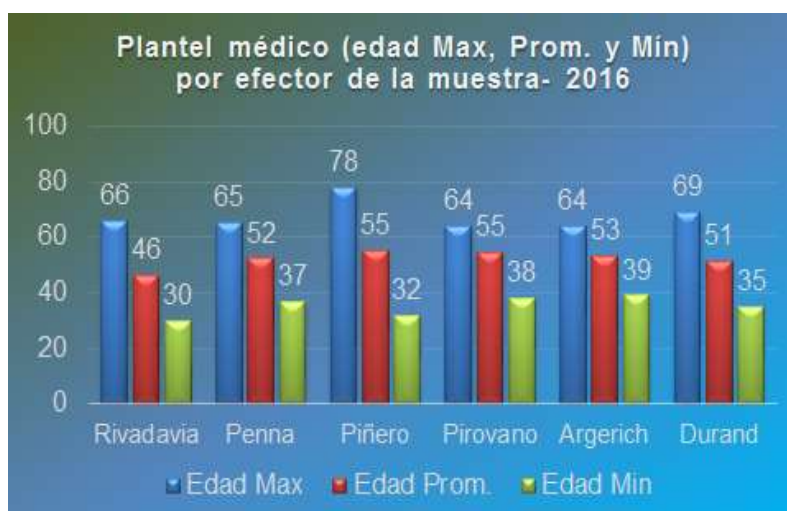


En el Hospital Argerich, uno de los neonatólogos además era cardiólogo pediátrico. En el caso del Hospital Rivadavia, uno de los profesionales era neonatólogo y pediatra.

- Edad:

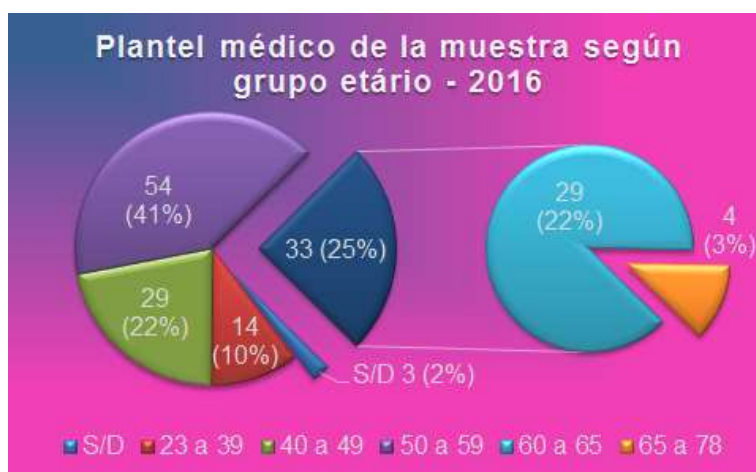
En el siguiente cuadro, se indican las edades de los profesionales que conformaban la planta médica, por efector.

De los 133 profesionales médicos, no se pudo contar con este dato en 3 (tres) de ellos (dos profesionales del Htal. Rivadavia y uno del Htal. Argerich). La muestra para este punto fue de 130 agentes, 98% del total.



La edad promedio ponderada de la muestra fue de 52 años y las edades máximas y mínimas se observaron en los hospitales Piñero, 78 años y Rivadavia, 30 años.

Hospital	Edad		
	Max	Media	Min
Argerich	64	53	39
Durand	69	51	35
Penna	65	52	37
Piñero	78	55	32
Pirovano	64	55	38
Rivadavia	66	46	30

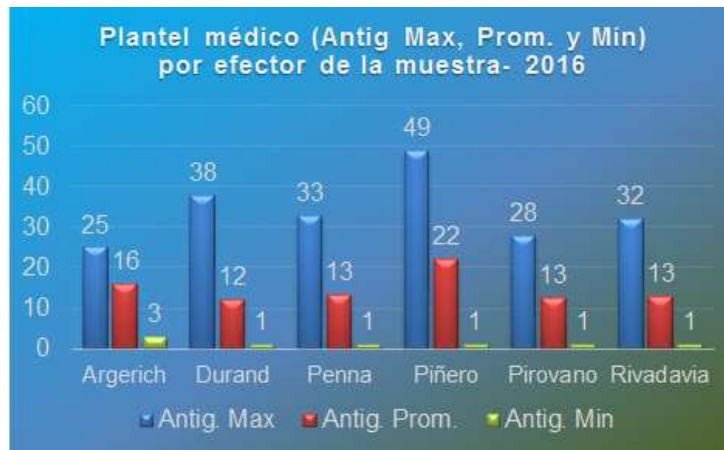


La mayor concentración de profesionales (41%) se encontraba en la franja de los 50 a 59 años, mientras que el segundo lugar (25%) estaba conformado por profesionales en edad próxima o en condiciones de jubilarse.

Hospital	Cantidad de Profesionales > 60 años	%
Argerich	5	18
Durand	4	20
Penna	6	27
Piñero	8	35
Pirovano	5	26
Rivadavia	5	24

- Antigüedad:

La antigüedad del plantel médico oscilaba entre 1 y 49 años, con un promedio ponderado de 15 años. De los 133 agentes no se pudo contar con el dato de 3 profesionales (Htales. Argerich; Piñero; Rivadavia).

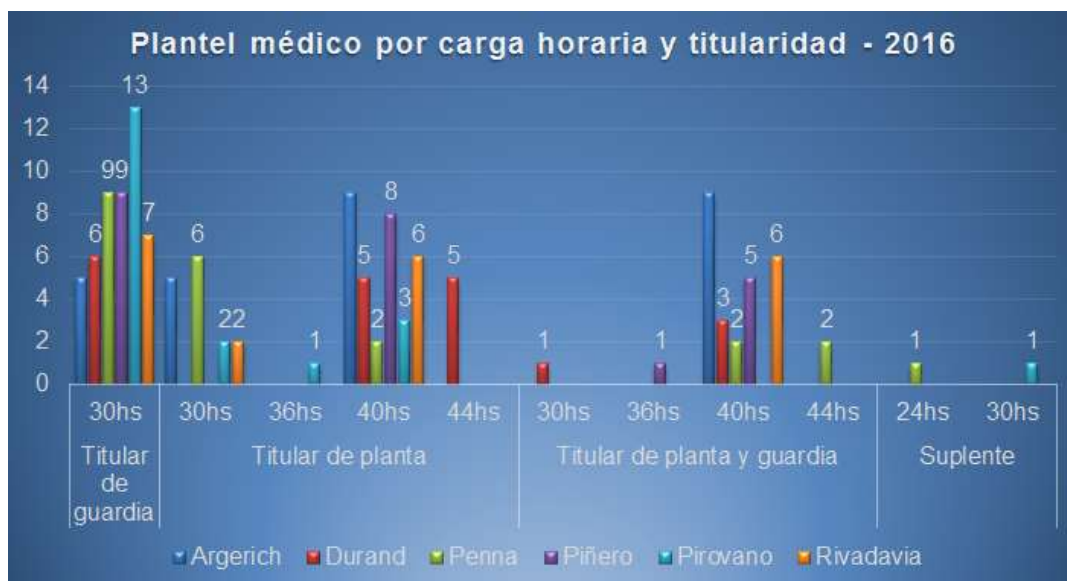


El 40% de los agentes presentaba una antigüedad menor a los 10 años, seguido de la franja que iba de los 21 a los 30 años (29%).

- Situación de Revista:

Hospital	Titular de Planta	Titular de Guardia	Titular de Guardia y Planta	Suplente de Guardia
Argerich	14	5	9	-
Durand	10	6	4	-
Penna	8	9	4	1
Piñero	8	9	6	-
Pirovano	6	13	-	1
Rivadavia	8	7	6	-

La carga horaria del personal médico de los 6 (seis) efectores se encontraba distribuida de la siguiente manera:



El Decreto N° 948 establece 2 (dos) Neonatólogos de Guardia por día para los servicios de Neonatología de los efectores de la muestra.

En base a la información proporcionada por los efectores para el año 2016 el Hospital Penna no contaba con médico neonatólogo de guardia los días domingo y disponía de solo 1 (uno) los días lunes. **Observación N° 4.a.1**

El Hospital Rivadavia contaba con un solo médico neonatólogo de guardia los días lunes. **Observación N° 4.a.2**

En el caso del Hospital Durand, contaba con un solo profesional de guardia los días miércoles, jueves y sábados. Los días martes y viernes tenía cubierta parcialmente la guardia. **Observación N° 4.a.3**

El Hospital Piñero, tenía cubierta parcialmente la guardia del día domingo. **Observación N° 4.a.4**

Hospital	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Argerich	2	2	2	2	2	2	2
Durand	2	1 1/2	1	1	1 1/2	1	2
Penna	1	2	3	3	2	2	0
Piñero	2	3	2 1/2	2	2	2	1 1/2
Pirovano	2	2	2	2	2	2	2
Rivadavia	1	2	2	2	2	2	2

- Licencias del personal:

La cantidad de días de ausentismo por licencias acumuladas fue la siguiente:

Hospital	Cantidad de días de ausentismo
Argerich	965
Durand	809
Penna	1466
Piñero	1141
Pirovano	835
Rivadavia	1508

Los días de ausentismo se encontraban distribuidos de la siguiente manera:

Cantidad de días	ARGERICH	DURAND	PENNA	PIÑERO	PIROVANO	RIVADAVIA	TOTAL
Tipo de Licencias							
Ordinaria	426	449	720	702	570	638	3505
Por Enfermedad	201	122	456	102	102	517	1500
Por Maternidad	240	0	15	0	0	80	335
Otras causas	98	238	275	337	163	273	1384
TOTAL	965	809	1466	1141	835	1508	6724

El año 2016 contó con 366²⁹ días totales de los cuales, 250 fueron hábiles.

De la información proporcionada, se observó que 4³⁰ (cuatro) profesionales titulares de planta prestaban servicio los días sábados y domingos. Se incorporaron 53 días correspondientes a los sábados y 52 a los domingos, dando un valor total de días laborales para los profesionales de Planta de 355.

Profesionales de Planta

Oferta laboral - Planta 2016													
Día de la semana	Días x año	Htal. Argerich Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Durand Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Penna Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Piñero Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Pirovano Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Rivadavia Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación
Lunes	47	12	564	11	517	9	423	9	423	5	235	11	517
Martes	51	13	663	11	561	7	357	9	459	4	204	11	561
Miércoles	51	13	663	11	561	10	510	10	510	5	255	9	459
Jueves	50	13	650	11	550	8	400	9	450	6	300	10	500
Viernes	51	13	663	11	561	6	306	9	459	6	306	9	459
Sábado	53	1	53	1	53	0	0	1	53	0	0	0	0
Domingo	52	1	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales	355	66	3308	50	2803	40	1996	47	2354	26	1300	50	2496

²⁹ Año 2016 bisiesto.

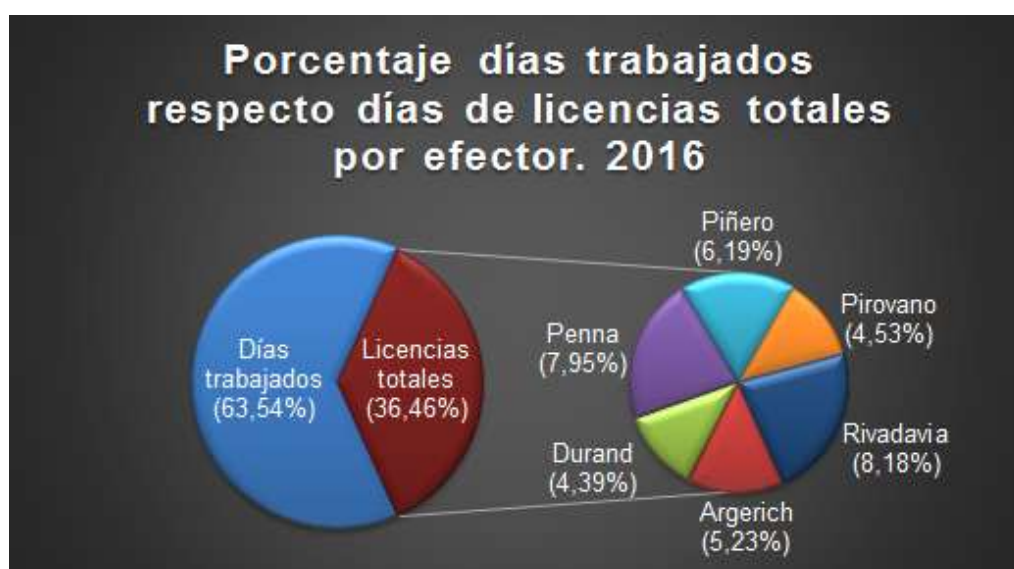
³⁰ Htal. Argerich: 1 profesional de planta día sábado y 1 día domingo. Htal. Durand: 1 profesional de planta día sábado. Htal. Piñero: 1 profesional de planta día sábado.

Profesionales de Guardia

Oferta laboral - Guardia 2016													
Días de la semana	Días a año	Htal. Argerich Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Durand Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Penna Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Piñero Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Pirovano Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación	Htal. Rivadavia Cant. de Prof.	Días totales laborables de la dotación
Lunes	52	2	104	2	104	1	52	2	104	2	104	1	52
Martes	52	2	104	2	104	2	104	3	156	2	104	2	104
Miércoles	52	2	104	1	52	3	156	3	156	2	104	2	104
Jueves	52	2	104	1	52	3	156	2	104	2	104	2	104
Viernes	53	2	106	2	106	2	106	2	106	2	106	2	106
Sábado	53	2	106	1	53	2	106	2	106	2	106	2	106
Domingo	52	2	104	2	104	0	0	2	104	1	52	2	104
Totales	366	14	732	11	576	13	680	16	836	13	680	13	680

Si se compara la cantidad total de días laborales (18.440), con los días totales de licencias (6.724), se establece que el porcentaje de días no trabajados de toda la muestra es del 36%.

Días totales de licencia por efector - 2016			
Hospital	Días de licencias totales	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	965	4040	24%
Durand	809	3378	24%
Penna	1466	2676	55%
Piñero	1141	3190	36%
Pirovano	835	1980	42%
Rivadavia	1508	3176	47%
Total general	6724	18440	36%



La totalidad de las licencias se encontraba distribuida de la siguiente forma:

Licencias por causa	Días de licencias totales	%
Ordinaria	3505	52%
Enfermedad	1500	22%
Maternidad	335	5%
Otros	1384	21%
Total general	6724	100%

- Licencia Ordinaria:

Licencia Ordinaria - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	426	4040	11%
Durand	449	3378	13%
Penna	720	2676	27%
Piñero	702	3190	22%
Pirovano	570	1980	29%
Rivadavia	638	3176	20%
Total general	3505	18440	19%

- Licencia por enfermedad:

Licencias por enfermedad - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	201	4040	5%
Durand	122	3378	4%
Penna	456	2676	17%
Piñero	102	3190	3%
Pirovano	102	1980	5%
Rivadavia	517	3176	16%
Total general	1500	18440	8%

- Licencia por Maternidad:

Licencias por maternidad - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	240	4040	6%
Durand	0	3378	0%
Penna	15	2676	1%
Piñero	0	3190	0%
Pirovano	0	1980	0%
Rivadavia	80	3176	3%
Total general	335	18440	2%

- Licencia por otras causas:

Licencias por otras causas - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	98	4040	2%
Durand	238	3378	7%
Penna	275	2676	10%
Piñero	337	3190	11%
Pirovano	163	1980	8%
Rivadavia	273	3176	9%
Total general	1384	18440	8%

b) Plantel Enfermería

De la documentación relevada, se observó que el plantel de enfermería que cumplía funciones en los servicios de Neonatología estaba conformado por un total de 227 agentes. El mismo estaba compuesto por 93% mujeres y 7% varones.



La distribución del personal de enfermería era la siguiente:

Hospital	Cantidad de Enfermeros
Argerich	22
Durand	32
Penna	33
Piñero	41
Pirovano	44
Rivadavia	55
	227



El 32 % (72) de los agentes eran Lic. en Enfermería; el 54% (122) eran Enfermeros y el 14 % (33), Auxiliares de Enfermería.



- Edad:

La edad promedio de los agentes de la muestra era de 43 años (promedio ponderado³¹). La edad máxima fue de 67 años (Hospital Rivadavia) siendo la edad mínima de 23 años (Hospital Piñero).

Hospital	Edad		
	Max	Media	Min
Argerich	66	39	27
Durand	61	46	26
Penna	60	43	25
Piñero	58	38	23
Pirovano	63	44	26
Rivadavia	67	45	28



³¹ El promedio ponderado es una medida más exacta para obtener resultados de diversos datos con diferentes pesos o grados de importancia

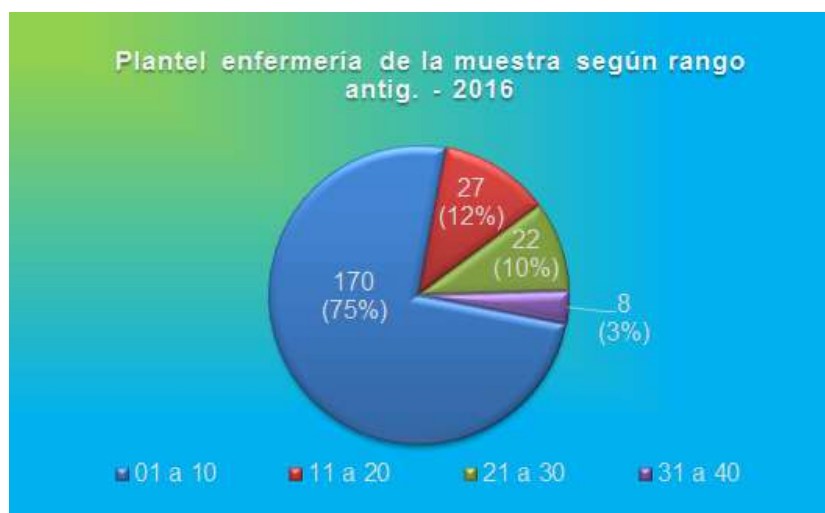
La mayor concentración de profesionales (43%) se encontraba en la franja de los 23 a 39 años. El 5% del plantel se encontraba en una edad próxima o en condiciones de jubilación.

- Antigüedad:

La antigüedad del plantel de enfermería oscilaba entre 1 y 39 años, con un promedio ponderado de 8 años.



El Hospital Piñero presentaba el tope máximo con 39 años de antigüedad, seguido por el Durand (36 años) y el Penna con 34 años.



- Situación de Revista:

Hospital	Auxiliar de enfermería			Enfermeros			Lic. en enfermería		
	24hs	30hs	35hs	24hs	30hs	35hs	24hs	30hs	35hs
Argerich	2	4		7	15			4	
Durand		5		1	9	2	3	10	3
Penna		5			36			14	
Piñero		3			20			18	
Pirovano		2			11			9	
Rivadavia		12			21			11	

- Licencias del personal:

La cantidad de días de ausentismo por licencias acumuladas fue la siguiente:

Hospital	Cantidad de días de ausentismo
Argerich	1520
Durand	2006
Penna	2653
Piñero	1921
Pirovano	884
Rivadavia	2772

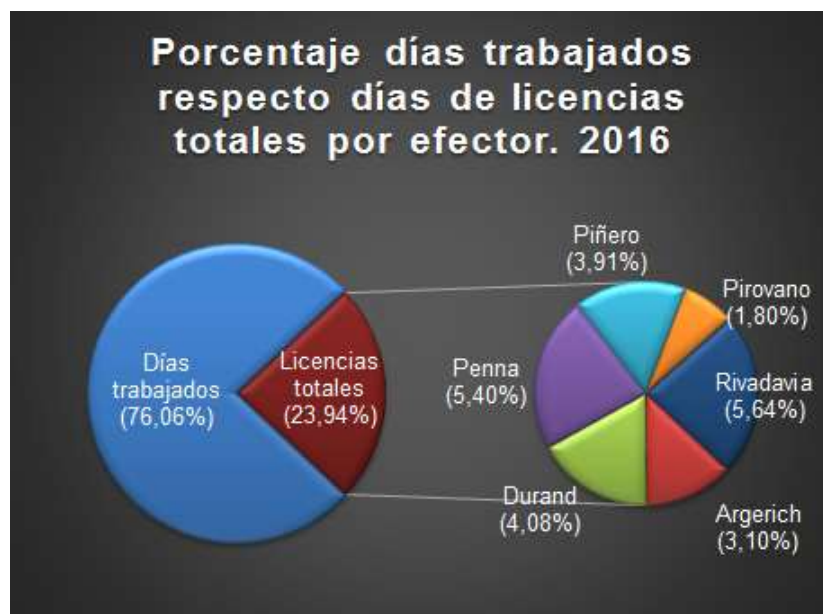
Los días de ausentismo se encontraban distribuidos de la siguiente manera:

Cantidad de días	ARGERICH	DURAND	PENNA	PIÑERO	PIROVANO	RIVADAVIA	TOTAL
Tipo de Licencias							
Ordinaria	534	557	1132	839	409	1049	4520
Por Enfermedad	299	662	1067	380	262	1034	3704
Por Maternidad	168	61	105	47	108	0	489
Otras causas	519	726	349	655	105	670	3024
TOTAL	1520	2006	2653	1921	884	2753	11737

Oferta laboral - enfermería 2016													
Días de la semana	Días x año	Htal Argerich Enfermería	Días totales laborables de la dotación	Htal. Durand Enfermería	Días totales laborables de la dotación	Htal. Penna Enfermería	Días totales laborables de la dotación	Htal. Piñero Enfermería	Días totales laborables de la dotación	Htal. Pirovano Enfermería	Días totales laborables de la dotación	Htal. Rivadavia Enfermería	Días totales laborables de la dotación
Lunes	52	23	1196	24	1248	38	1976	30	1560	17	884	30	1560
Martes	52	23	1196	24	1248	38	1976	30	1560	17	884	30	1560
Miércoles	52	23	1196	24	1248	38	1976	30	1560	17	884	30	1560
Jueves	52	23	1196	24	1248	38	1976	30	1560	17	884	30	1560
Viernes	53	23	1219	24	1272	38	2014	30	1590	17	901	30	1590
Sábado	53	9	477	9	477	17	901	11	583	5	265	14	742
Domingo	52	9	468	9	468	17	884	11	572	5	260	14	728
Totales	366		6948		7209		11703		8985		4962		9300

Si se compara la cantidad total de días laborales (49.107), con los días totales de licencias (11.756), se establece que el porcentaje de días no trabajados de toda la muestra es del 24%.

Días totales de licencia por efector - 2016			
Hospital	Días de licencias totales	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	1520	6948	22%
Durand	2006	7209	28%
Penna	2653	11703	23%
Piñero	1921	8985	21%
Pirovano	884	4962	18%
Rivadavia	2772	9300	30%
Total general	11756	49107	24%



La totalidad de las licencias se encontraba distribuida de la siguiente forma:

Licencias por causa	Días de licencias totales	%
Ordinaria	4520	38%
Enfermedad	3704	32%
Maternidad	489	4%
Otros	3024	26%
Total general	11756	1

- Licencia Ordinaria:

Licencia Ordinaria - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	534	6948	8%
Durand	557	7209	8%
Penna	1132	11703	10%
Piñero	839	8985	9%
Pirovano	409	4962	8%
Rivadavia	1049	9300	11%
Total general	4520	49107	9%

- Licencia por enfermedad:

Licencias por enfermedad - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	299	6948	4%
Durand	662	7209	9%
Penna	1067	11703	9%
Piñero	380	8985	4%
Pirovano	262	4962	5%
Rivadavia	1034	9300	11%
Total general	3704	49107	8%

- Licencia por Maternidad:

Licencias por maternidad - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	168	6948	2%
Durand	61	7209	1%
Penna	105	11703	1%
Piñero	47	8985	1%
Pirovano	108	4962	2%
Rivadavia	0	9300	0%
Total general	489	49107	1%

- Licencia por otras causas:

Licencias por otras causas - 2016			
Hospital	Total días acumulados	Oferta laboral total	% de días no trabajados
Argerich	519	6948	7%
Durand	726	7209	10%
Penna	349	11703	3%
Piñero	655	8985	7%
Pirovano	105	4962	2%
Rivadavia	670	9300	7%
Total general	3024	49107	6%



Como se estableció en el gráfico, el 30,45% del plantel del Hospital Rivadavia, superó los 67 días de licencia; el Argerich lo superó en un 27,30%; el Durand un 26,37%; el Pirovano el 25,57%; en el Piñero el 18,38% y en el Penna el 14,78%.

B) Procedimiento Historias Clínicas

B.1. Descripción

Los objetivos de este procedimiento fueron: medir la corrección de los datos suministrados al equipo de auditoría por distintas fuentes de información, el cumplimiento de las rutinas de exámenes a los pacientes internados, el registro de dichas intervenciones en las historias clínicas y los tiempos de

demora entre la solicitud y la realización de estudios, interconsultas y derivaciones.

Para construir indicadores con la información arriba detallada, se solicitó a cada Servicio el listado de pacientes internados en el período auditado. Con esa base, se clasificaría a los pacientes según algunos criterios³², para luego seleccionar una muestra de historias clínicas y relevar los documentos en busca de la información.

La respuesta de los efectores fue dispar, no todos contaban con un listado de pacientes ni todos los listados contenían datos que permitieran clasificarlos.

Por esa causa, se decidió consultar otras fuentes primarias (como libro de nacimientos y listado de ingresos y egresos hospitalarios del área de Estadísticas)

A continuación se detallan los registros utilizados para obtener la información sobre pacientes internados en 2016 en el Servicio de Neonatología de cada efector:

	Información del Servicio de Neonatología		Información del área de Estadísticas del Hospital			
	Base de Datos	Libro de Nacimientos	Listado de Ingresos	Listado de Egresos	Listado de Pases	Censo Diario de Pacientes
HGA Dr. Cosme Argerich	x		x	x	x	
HGA Dr. Carlos Durand		x	x	x	x	x
HGA Dr. José M. Penna		x	x	x	x	
HGA Dr. Parmenio Piñero	x		x	x	x	
HGA Dr. Ignacio Pirovano	x	x	x	x	x	
HGA Dr. Bernardino Rivadavia	x		x	x	x	

Tabla 1

Las bases de datos recibidas fueron contrastadas con los listados de Estadísticas, para verificar la coincidencia entre datos. Como puede apreciarse en el cuadro precedente, no fue factible en todos los hospitales.

B.2. Selección de la muestra

Se clasificaron todas las bases de datos según los criterios antes mencionados, se aplicó la fórmula estadística utilizada en los proyectos de auditoría.

³²

- Tuvieron reingreso al hospital
- Requerieron derivación
- Tuvieron 15 o más días de estadía
- Edad gestacional y peso al nacer (menores de 36 semanas de gestación)
- Peso al nacer (menor a 2200 grs o mayor que 3900 grs)

- **HGA Dr. Cosme Argerich**

Para la muestra se seleccionaron todos los que cumplían con los 5 criterios (7 pacientes), 60 que cumplían con 4 criterio y 18 con 3 criterios. El hospital puso a disposición 83 historias clínicas, el resto no fue hallado.

- **HGA Dr. Carlos Durand**

Se sometió el número total de registros a la fórmula de tamaños de muestra que dio por resultado 76 historias clínicas. Se seleccionan los 82 casos 61 por días de estada, 5 por peso al nacer, 14 por reingreso y 2 por derivación.

- **HGA Dr. J. M. Penna**

Se seleccionaron los 83 pacientes que cumplían 3 o más criterios (54 pacientes con 3 criterios, 23 pacientes con 4, 5 pacientes con 5 criterios y 1 pacientes con 6 criterios.)

- **HGA Dr. Parmenio Piñero**

Se seleccionaron 83 historias clínicas, 42 por días de estada, 12 por edad gestacional, 11 por peso al nacer, 11 por reingreso y 7 por derivación.

El servicio puso a disposición del equipo el total de los documentos.

- **HGA Dr. Ignacio Pirovano**

Se seleccionó una muestra de 74 historias clínicas con 48 pacientes por edad gestacional, 15 por peso al nacer, 10 por diagnóstico, 4 por reingreso y 3 por días de estada.

- **HGA Dr. Bernardino Rivadavia**

Se seleccionó una muestra de 76 pacientes, 63 por días de estada, 5 por edad gestacional, 3 por peso al nacer, 3 por reingreso, 2 por criterio del auditor y 1 por causa materna.

B.3. Análisis de datos de las Historias Clínicas

- **Hospital Argerich**

Análisis de la muestra de 83 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología en el año 2016.

Intervalo de peso por edad gestacional

	Menor a 1500 g	Entre 1501 y 2200 g	Entre 2201 y 3900 g	Mayor a 3900 g	sin dato	Total general
26	1					1
27	1					1
28	2					2
29	2					2
30	5					5
31	1	2				3
32	2	2				4
33	1	5	1			7
34	2	12	7			21
35	1	7	5			13
36		2	2			4
37	1	4				5
38		1	1			2
39		2		1		3
40		4	2			6
41			1	1		2
sin dato					2	2
Total general	19	41	19	2	2	83

Tabla 2 Elaboración equipo de auditoría

Datos del paciente en el documento HC

Datos		
completos	54	65%
incompletos	29	35%
Total general	83	100%

Tabla 3 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.a.1

Estado de conservación HC

Estado		
Bueno	69	83%
Regular	12	14%
Malo	2	2%
Total general	83	100%

Tabla 4 Elaboración equipo de auditoría

Foliado HC

HHCC foliado		
Sí	2	2%
No	68	82%
Parcial	13	16%
Total general	83	100%

Tabla 5 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.b.1**Letra legible HC**

HHCC letra legible		
Sí	61	73%
Parcial	22	27%
Total general	83	100%

Tabla 6 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.c.1**Firma profesional HC**

HHCC firma profesional		
Sí	71	86%
No	7	8%
Parcial	5	6%
Total general	83	100%

Tabla 7 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.d.1

Sello profesional HC

HHCC sello profesional		
Sí	62	75%
No	7	8%
Parcial	14	17%
Total general	83	100%

Tabla 8 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.e.1**Presencia de Consentimiento Informado en HC**

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Sí	57	69%
No	14	17%
Incompleto/sin firmar	12	14%
Total general	83	100%

Tabla 9 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.f.1**Constancia de aplicación de vacuna BCG en HC**

BCG		
aplicada	14	17%
no consta aplicación	66	80%
Se indica	3	4%
Total general	83	100%

Tabla 10 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.a.1**Constancia de aplicación de vacuna Hepatitis B en HC**

HEPATITIS B		
aplicada	59	71%
no consta aplicación	24	29%
Total general	83	100%

Tabla 11 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.b.1

Cantidad de PPN realizadas registradas en HC

PPN		
no consta	4	5%
1	35	42%
2	43	52%
3	1	1%
Total general	83	100%

Tabla 12 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.a.1

De los 79 casos en que se halló registrada la realización de PPN, hubo 29 en que no constaba la fecha aunque sí el número de protocolo. Si se analizan los casos restantes, es decir los 50 pacientes que tenían registrada una PPN con fecha, el promedio de demora en la realización es 5 días, con máximo de 29 días.

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecografía cerebral

Ecografía cerebral		
Realizada	74	89%
no consta	9	11%
Total general	83	100%

Tabla 13 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.b.1**Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecocardiograma**

Ecocardiograma		
Realizado	40	48%
no consta	43	52%
Total general	83	100%

Tabla 14 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Fondo de ojos

Fondo de ojos		
Realizado	77	93%
no consta	5	6%
no aplica (reingreso)	1	1%
Total general	83	100%

Tabla 15 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.c.1**Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Otoemisiones**

Otoemisiones		
Realizado	5	6%
no consta	76	92%
Derivado	1	1%
no aplica (reingreso)	1	1%
Total general	83	100%

Tabla 16 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.d.1**Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Potenciales evocados**

Potenciales evocados		
no consta	82	99%
no aplica (reingreso)	1	1%
Total general	83	100%

Tabla 17 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.e.1**Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Placa de tórax**

Placa de tórax		
Realizado	53	64%
no consta	30	36%
Total general	83	100%

Tabla 18 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio de rutina

Laboratorio de rutina		
Realizado	82	99%
no consta	1	1%
Total general	83	100%

Tabla 19 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio especial

Laboratorio especial		
Realizado	67	81%
no consta	16	19%
Total general	83	100%

Tabla 20 Elaboración equipo de auditoría

Promedio días de estadía: 32,7

Días de estadía por intervalos

Menos de 30	57	69%
Entre 31 y 60	17	20%
61 o más	9	11%
Total general	83	100%

Tabla 21 menor: 15, mayor: 95

- Hospital Durand

Análisis de la muestra de 82 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología en el año 2016.

Intervalo de peso por edad gestacional

	Entre 450 y 1500	Entre 1501 y 2200	Entre 2201 y 3900	Mayor que 3900	sin dato	Total general
26	2					2
27	2					2
29	8					8
30	3	2				5

	Entre 450 y 1500	Entre 1501 y 2200	Entre 2201 y 3900	Mayor que 3900	sin dato	Total general
31	1	3				4
32	3	3				6
33		5				5
34	2	9	8		1	20
35		4	4			8
36		1	3			4
37		3		1		4
39		1	1	4		6
40				3		3
41				5		5
Total general	21	31	16	13	1	82

Tabla 22 Elaboración equipo de auditoría

Datos del paciente en el documento HC

Datos		
Completos	71	87%
incompletos	11	13%
Total general	82	100%

Tabla 23 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.a.2

Estado de conservación HC

Estado		
Bueno	74	90%
Regular	7	9%
Malo	1	1%
Total general	82	100%

Tabla 24 Elaboración equipo de auditoría

Foliado HC

HHCC foliado		
Sí	24	29%
No	53	65%
Parcial	5	6%
Total general	82	100%

Tabla 25 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.b.2**Letra legible HC**

HHCC letra legible		
Sí	43	52%
No	32	39%
Parcial	7	9%
Total general	82	100%

Tabla 26 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.c.2**Firma profesional HC**

HHCC firma profesional		
Sí	80	98%
Parcial	2	2%
Total general	82	100%

Tabla 27 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.d.2**Sello profesional HC**

HHCC sello profesional		
Sí	77	94%
No	2	2%
Parcial	3	4%
Total general	82	100%

Tabla 28 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.e.2

Presencia de Consentimiento Informado en HC

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
No	79	96%
Sí	2	2%
sin firmar	1	1%
Total general	82	100%

Tabla 29 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.f.2**Constancia de aplicación de vacuna BCG en HC**

BCG		
no consta	72	88%
aplicada	10	12%
Total general	82	100%

Tabla 30 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.a.2**Constancia de aplicación de vacuna Hepatitis B en HC**

HEPATITIS B		
no consta	34	41%
aplicada	48	59%
Total general	82	100%

Tabla 31 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.b.2**Cantidad de PPN realizadas registradas en HC**

PPN		
no consta	19	23%
1	31	38%
2	32	39%
Total general	82	100%

Tabla 32 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.a.2

De los 63 casos en que se halló registrada la realización de PPN, hubo 28 en que no constaba la fecha aunque sí el número de protocolo. Si se analizan

los casos restantes, es decir los 35 pacientes que tenían registrada una PPN con fecha, el promedio de demora en la realización es 6 días, con máximo de 29 días.

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecografía cerebral

Ecografía cerebral		
no consta	14	17%
Realizada	68	83%
Total general	82	100%

Tabla 33 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.b.2

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecocardiograma

Ecocardiograma		
no consta	12	15%
Realizado	70	85%
Total general	82	100%

Tabla 34 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Fondo de ojos

Fondo de ojos		
no consta	20	24%
Realizado	62	76%
Total general	82	100%

Tabla 35 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.c.2

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Otoemisiones

Otoemisiones		
no consta	25	30%
Realizado	57	70%
Total general	82	100%

Tabla 36 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.d.2

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Potenciales evocados

Potenciales evocados		
no consta	79	96%
Realizado	2	2%
Derivado	1	1%
Total general	82	100%

Tabla 37 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.e.2

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Placa de tórax

Placa de tórax		
no consta	39	48%
Realizado	43	52%
Total general	82	100%

Tabla 38 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio de rutina

Laboratorio de rutina		
no consta	3	4%
Realizado	79	96%
Total general	82	100%

Tabla 39 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio especial

Laboratorio especial		
no consta	25	30%
Realizado	57	70%
Total general	82	100%

Tabla 40 Elaboración equipo de auditoría

Promedio días de estadía: 32

Días de estadía por intervalos

Menos de 10	12	15%
entre 10 y 29	35	43%
30 o más	35	43%
Total general	82	100%

Tabla 41 menor: 2, mayor: 134 Elaboración equipo de auditoría

- Hospital Penna

Análisis de la muestra de 83 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología en el año 2016.

Intervalo de peso por edad gestacional

	Menor a 1500 g	Entre 1501 y 2200 g	Entre 2201 y 3900 g	Mayor a 3900 g	Total general
24	1				1
25	1				1
26	1				1
27	5				5
28	1				1
29	2				2
30	4	1			5
31	2	1			3
32	3	5			8
33	1	6			7
34	2	11	2		15
35		8	9		17
36			2		2
37		1	1		2
38		1	1		2
39			3	1	4
40			3	1	4
41			1	2	3
Total general	23	34	22	4	83

Tabla 42 Elaboración equipo de auditoría

Datos del paciente en el documento HC

Datos		
Completos	41	49%
Incompletos	42	51%
Total general	83	100%

Tabla 43 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.a.3**Estado de conservación HC**

Estado		
Bueno	68	82%
Regular	13	16%
Malo	2	2%
Total general	83	100%

Tabla 44 Elaboración equipo de auditoría

Foliado HC

HHCC foliado		
Sí	1	1%
No	82	99%
Total general	83	100%

Tabla 45 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.b.3**Letra legible HC**

HHCC letra legible		
Sí	47	57%
No	28	34%
Parcial	8	10%
Total general	83	90%

Tabla 46 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.c.3

Firma profesional HC

HHCC firma profesional		
Sí	80	96%
No	3	4%
Total general	83	100%

Tabla 47 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.d.3**Sello profesional HC**

HHCC sello profesional		
Sí	79	95%
No	1	1%
Parcial	3	4%
Total general	83	100%

Tabla 48 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.e.3**Presencia de Consentimiento Informado en HC**

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Sí	31	37%
No	35	42%
Incompleto	17	20%
Total general	83	100%

Tabla 49 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.f.3**Constancia de aplicación de vacuna BCG en HC**

BCG		
Aplicada	37	45%
no consta aplicación	46	55%
Total general	83	100%

Tabla 50 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.a.3

Constancia de aplicación de vacuna Hepatitis B en HC

HEPATITIS B		
Aplicada	20	24%
no consta aplicación	63	76%
Total general	83	100%

Tabla 51 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.b.3**Cantidad de PPN realizadas registradas en HC**

PPN		
No consta	36	43%
1	39	47%
2	8	10%
Total general	83	100%

Tabla 52 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.a.3

De los 47 casos en los que se halló registrada la realización de PPN hubo una demora de entre 1 y 22 días

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecografía cerebral

Ecografía cerebral		
Realizada	76	92%
no consta	7	8%
Total general	83	100%

Tabla 53 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.b.3**Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecocardiograma**

Ecocardiograma		
Realizado	63	76%
no consta	20	24%
Total general	83	100%

Tabla 54 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Fondo de ojos

Fondo de ojos		
Realizado	59	71%
no consta	21	25%
se indica	3	4%
Total general	83	100%

Tabla 55 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.c.3

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Otoemisiones

Otoemisiones		
Realizado	31	37%
no consta	45	54%
Indicado	7	8%
Total general	83	100%

Tabla 56 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.d.3

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Potenciales evocados

Potenciales evocados		
no consta	82	99%
Realizado	1	1%
Total general	83	100%

Tabla 57 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.e.3

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Placa de tórax

Placa de tórax		
Realizado	68	82%
no consta	15	18%
Total general	83	100%

Tabla 58 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio de rutina

Laboratorio de rutina		
Realizado	79	95%
no consta	4	5%
Total general	83	100%

Tabla 59 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio especial

Laboratorio especial		
Realizado	68	82%
no consta	15	18%
Total general	83	100%

Tabla 60 Elaboración equipo de auditoría

Promedio días de estadía: 28

Días de estadía por intervalos

menor que 30	50	60%
Entre 30 y 60	28	34%
Más de 60	5	6%
Total general	83	100%

Tabla 61 menor: 8, mayor: 74 Elaboración equipo de auditoría

- Hospital Piñero

Intervalo de peso por edad gestacional

Edad gestacional/peso	Menor a 1500 g	Entre 1501 y 2200 g	Entre 2201 y 3900 g	Mayor a 3900 g	Total general
24	1				1
26	5				5
27	1				1
28	2				2

Edad gestacional/peso	Menor a 1500 g	Entre 1501 y 2200 g	Entre 2201 y 3900 g	Mayor a 3900 g	Total general
29	4				4
30	2				2
31	1	1			2
32	3	3			6
33	2	4			6
34		11	2		13
35		8	3		11
36		5	7		12
37		3		1	4
38		4	1		5
39		1			1
40		2	3	2	7
41				1	1
Total general	21	42	16	4	83

Tabla 62 Elaboración equipo de auditoría

Datos del paciente en el documento HC

Datos		
completos	76	92%
Incorrectos/incompletos	7	8%
Total general	83	100%

Tabla 63 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.a.4

Estado de conservación HC

Estado		
bueno	83	100%
regular		
malo		
Total general	83	100%

Tabla 64 Elaboración equipo de auditoría

Foliado HC

HHCC foliado		
sí	2	2%
no	81	98%
parcial		
Total general	83	100%

Tabla 65 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.b.4**Letra legible HC**

HHCC letra legible		
sí	81	98%
parcial	2	2%
Total general	83	100%

Tabla 66 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.c.4**Firma profesional HC**

HHCC firma profesional		
sí	83	100%
no		
parcial		
Total general	83	100%

Tabla 67 Elaboración equipo de auditoría

Sello profesional HC

HHCC sello profesional		
sí	73	88%
no	10	12%
Total general	83	100%

Tabla 68 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.e.4

Presencia de Consentimiento Informado en HC

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
sí	25	30%
no	42	51%
Incompleto/sin firmar	16	19%
Total general	83	100%

Tabla 69 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.f.4**Constancia de aplicación de vacuna BCG en HC**

BCG		
aplicada	58	70%
no consta aplicación	25	30%
Total general	83	100%

Tabla 70 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.a.4**Constancia de aplicación de vacuna Hepatitis B en HC**

HEPATITIS B		
aplicada	80	96%
no consta aplicación	3	4%
Total general	83	100%

Tabla 71 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.b.4**Cantidad de PPN realizadas registradas en HC**

PPN		
no consta	1	1%
1	58	70%
2	24	29%
Total general	83	100%

Tabla 72 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.a.4

De los 82 casos en que se halló registrada la realización de PPN, hubo 16 en que no constaba la fecha aunque sí el número de protocolo. Si se analizan los casos restantes, es decir los 66 pacientes que tenían registrada una PPN con fecha, el promedio de demora en la realización es 5 días, con máximo de 33 días.

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecografía cerebral

Ecografía cerebral		
realizada	50	60%
no consta	29	35%
Indicada, pendiente al alta	4	5%
Total general	83	100%

Tabla 73 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.b.4

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecocardiograma

Ecocardiograma		
realizado	17	21%
no consta	65	78%
Indicado, pendiente al alta	1	1%
Total general	83	100%

Tabla 74 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Fondo de ojos

Fondo de ojos		
realizado	46	55%
no consta	34	41%
Indicado, pendiente al alta	3	4%
Total general	83	100%

Tabla 75 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.c.4

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Otoemisiones

Otoemisiones		
realizado	65	78%
no consta	18	22%
Total general	83	100%

Tabla 76 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.d.4**Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Potenciales evocados**

Potenciales evocados		
no consta	83	100%
Total general	83	100%

Tabla 77 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.e.4**Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Placa de tórax**

Placa de tórax		
realizado	43	52%
no consta	40	48%
Total general	83	100%

Tabla 78 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio de rutina

Laboratorio de rutina		
realizado	78	94%
no consta	5	6%
Total general	83	100%

Tabla 79 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio especial

Laboratorio especial		
realizado	52	64%
no consta	31	37%
Total general	83	100%

Tabla 80 Elaboración equipo de auditoría

- Promedio días de estadía: 25,8
- Días de estadía por intervalos

Menor de 10	17	20%
Entre 10 y 29	41	49%
30 o más	25	30%
Total general	83	100%

Tabla 81 menor: 0, mayor: 126 Elaboración equipo de auditoría

- Hospital Pirovano

Análisis de la muestra de 80 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología del Hospital en el año 2016.

Intervalo de peso por edad gestacional

	Entre 1000 y 1500 grs	entre 1501 y 2200 grs	entre 2201 y 3900 grs	mayor a 3901	Total general
22			1		1
27	1				1
30	3	1			4
32	1	3			4
33		7	3		10
34		5	4		9
35		9	8		17
36			3		3
37		1	1		2
38		1	9	1	11
39			2		2
40			9	3	12
41			3		3
42			1		1
Total general	5	27	44	4	80

Tabla 82 Elaboración equipo de auditoría

Solicitadas las HHCC en el efector, una había sido requerida por un Juzgado de Menores, por lo que no pudo ser relevada. Está incluida en los valores de Selección de la muestra, intervalos de peso y promedio de días de estada debido a que la información provino de otra fuente.

Datos del paciente en el documento HC

Datos		
completos	79	100%
Total general	79	100%

Tabla 83 Elaboración equipo de auditoría

Foliado HC

HHCC foliado		
sí	0	-
no	79	100%
Total general	79	100%

Tabla 84 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.c.5

Letra legible HC

HHCC letra legible		
sí	79	100%
no	0	-
Total general	79	100%

Tabla 85 Elaboración equipo de auditoría

Firma profesional HC

HHCC firma profesional		
sí	77	97%
no	2	3%
Total general	79	100%

Tabla 86 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.d.5

Sello profesional HC

HHCC sello profesional		
sí	77	97%
no	2	3%
Total general	79	100%

Tabla 87 Elaboración equipo de auditoría

Estado de conservación HC

Estado		
bueno	77	97%
regular	2	3%
Total general	79	100%

Tabla 88 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de aplicación de vacuna BCG en HC

BCG		
aplicada	7	9%
no consta aplicación	43	54%
se indica	29	37%
Total general	79	100%

Tabla 89 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.a.5**Constancia de aplicación de vacuna Hepatitis B en HC**

HEPATITIS B		
aplicada	78	99%
no consta aplicación	1	1%
Total general	79	100%

Tabla 90 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.b.5**Cantidad de PPN realizadas registradas en HC**

PPN		
No consta	2	2%
1	66	84%
2	11	14%
Total general	79	100%

Tabla 91 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.a.5

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecografía cerebral

Ecografía cerebral		
Realizada	63	80%
no consta	16	20%
Total general	79	100%

Tabla 92 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.b.5

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecocardiograma

Ecocardiograma		
Realizado	26	33%
no consta	53	67%
Total general	79	100%

Tabla 93 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Fondo de ojos

Fondo de ojos		
Realizado	33	42%
no consta	33	42%
se indica	13	16%
Total general	79	100%

Tabla 94 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.c.5

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Otoemisiones

Otoemisiones		
Realizado	20	25%
no consta	45	57%
indicado	14	18%
Total general	79	100%

Tabla 95 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.d.5

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Potenciales evocados

Potenciales evocados		
no consta	75	95%
realizado	1	1%
Se indica	3	4%
Total general	79	100%

Tabla 96 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.e.5

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio de rutina³³

Laboratorio de rutina		
Realizado	61	77%
no consta	18	23%
Total general	79	100%

Tabla 97 Elaboración equipo de auditoría

Promedio días de estadía: 19

Días de estadía por intervalos

menor que 10	17	21%
Entre 10 y 29	48	60%
30 o más	15	19%
Total general	80	100%

Tabla 98 Elaboración equipo de auditoría

- Hospital Rivadavia

Intervalo de peso por edad gestacional

Etiquetas de fila	Entre 1370 y 2200	Entre 2201 y 3900	Mayor que 3900	Total general
31	1			1
32	1			1
33	1	1		2

³³ Reconstruido

Etiquetas de fila	Entre 1370 y 2200	Entre 2201 y 3900	Mayor que 3900	Total general
34	7	6		13
35	5	7		12
36	1	6		7
37	4	5		9
38		6	1	7
39		10		10
40	2	8	3	13
41		1	1	2
Total general	22	50	5	77

Tabla 99 Elaboración equipo de auditoría

Datos del paciente en el documento HC

Datos		
Sí	74	96%
No	1	1%
incompletos	2	3%
Total general	77	100%

Tabla 100 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.a.6

Estado de conservación HC

Estado		
Bueno	75	97%
Regular	2	3%
Total general	77	100%

Tabla 101 Elaboración equipo de auditoría

Foliado HC

HHCC foliado		
Sí	3	17%
No	13	79%
Parcial	61	4%
Total general	77	100%

Tabla 102 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.b.6

Letra legible HC

HHCC letra legible		
Sí	72	94%
No	3	4%
Parcial	2	3%
Total general	77	100%

Tabla 103 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.c.6**Firma profesional HC**

HHCC firma profesional		
Sí	76	99%
Parcial	1	1%
Total general	77	100%

Tabla 104 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.d.6**Sello profesional HC**

HHCC sello profesional		
Sí	75	97%
No	2	3%
Total general	77	100%

Tabla 105 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.e.6**Presencia de Consentimiento Informado en HC**

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Sí	39	51%
No	5	6%
sin firmar	33	43%
Total general	77	100%

Tabla 106 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 6.f.6

Constancia de aplicación de vacuna BCG en HC

BCG		
Aplicada	55	74%
no consta	22	29%
Total general	77	100%

Tabla 107 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.a.6**Constancia de aplicación de vacuna Hepatitis B en HC**

HEPATITIS B		
Aplicada	45	58%
no consta	32	42%
Total general	77	100%

Tabla 108 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 7.b.6**Cantidad de PPN realizadas registradas en HC**

PPN		
no consta	5	6%
1	65	84%
2	7	9%
Total general	77	100%

Tabla 109 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.a.6

De los 77, hubo 14 en que no constaba la fecha aunque sí el número de protocolo (fueron reingresos). Si se analizan los 63 casos restantes el promedio de demora en la realización es 3 días, con máximo de 14 días.

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecografía cerebral

Ecografía cerebral		
Realizada	69	90%
no consta	8	10%
Total general	77	100%

Tabla 110 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.b.6

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Ecocardiograma

Ecocardiograma		
Realizado	75	97%
no consta	2	3%
Total general	77	100%

Tabla 111 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Fondo de ojos

Fondo de ojos		
Realizado	72	94%
no consta	5	6%
Total general	77	100%

Tabla 112 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.c.6

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Otoemisiones

Otoemisiones		
Realizado	73	95%
no consta	4	5%
Total general	77	100%

Tabla 113 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.d.6

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Potenciales evocados

Potenciales evocados		
Realizado	72	94%
no consta	4	5%
Pendiente al alta	1	1%
Total general	77	6%

Tabla 114 Elaboración equipo de auditoría

Observación N° 8.e.6

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Placa de tórax

Placa de tórax		
Realizado	49	64%
no consta	28	36%
Total general	77	100%

Tabla 115 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio de rutina

Laboratorio de rutina		
Realizado	72	94%
no consta	5	6%
Total general	77	100%

Tabla 116 Elaboración equipo de auditoría

Constancia de realización de estudios diagnósticos en HC – Laboratorio especial

Laboratorio especial		
Realizado	54	70%
no consta	23	30%
Total general	77	100%

Tabla 117 Elaboración equipo de auditoría

Promedio días de estadía de la muestra: 28**Días de estadía por intervalos**

Menos de 20	40	52%
entre 21 y 30	12	16%
31 o más	25	32%
Total general	77	100%

Tabla 118 menor: 13, mayor: 172 Elaboración equipo de auditoría

B.4. Análisis de registros de estudios complementarios presentes en las Historias Clínicas

Se solicitó a cada efector una muestra de historias clínicas de pacientes que habían sido internados en la Neonatología durante en el año 2016 y que habían atravesado el proceso de alta, un proceso mediante el cual se diagnostican las necesidades posteriores al egreso hospitalario de un niño y su familia y se elabora un plan para satisfacerlas.

Al momento del egreso hospitalario, los profesionales consideran tanto condiciones de estabilidad clínica, térmica y respiratoria como el adecuado ingreso calórico (que permita una curva de peso en ascenso) la inmunización asegurada con la aplicación de vacunas de calendario y la realización de exámenes complementarios.

Con el objetivo de verificar que se hubieran efectuado los pasos antes señalados y las demoras para su realización se diseñó el presente procedimiento en donde se calculó la cantidad de días de demora entre la solicitud y la realización de los estudios.

En muchos casos no pudo realizarse el cálculo debido a falta de alguna de las dos fechas (en la mayoría de los casos no estaba indicada la fecha de prescripción).

- Hospital Argerich

Estudio	Cantidad de datos válidos
Ecografía cerebral	42%
Ecocardiograma	13%
Fondo de ojos	40%
Otoemisiones	1%
Potenciales evocados	0%
Laboratorio de rutina	34%
Laboratorio especial	35%
Placa de tórax	22%

Tabla 119 Elaboración equipo de auditoría

Ecografía cerebral

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	5	14%
1	6	17%
2	7	20%
3	3	9%
4	2	6%
6	5	14%
7	2	6%
8	1	3%
9	1	3%
10	1	3%
15	1	3%
29	1	3%
Total general	35	100%

Tabla 120 Elaboración equipo de auditoría

En el relevamiento de HHCC se obtuvieron 35 datos completos (42%). El 14% de los pedidos fue resuelto en el día y el 37% dentro de los dos subsiguientes. El 35% demoró más de 6 días.

Ecocardiograma

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	3	27%
1	2	18%
2	3	27%
3	1	9%
4	1	9%
7	1	9%
Total general	11	100%

Tabla 121 Elaboración equipo de auditoría

En el caso de los ecocardiogramas solicitados, se obtuvo el 13% de los datos necesarios para calcular la demora. El 27% de los pedidos fue resuelto en el día de la solicitud y el 45% en los dos días subsiguientes.

Fondo de ojos

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	14	42%
1	7	21%
2	2	6%
3	4	12%
4	2	6%
5	1	3%
7	1	3%
16	1	3%
21	1	3%
Total general	33	100%

Tabla 122 Elaboración equipo de auditoría

Se obtuvo en el 39% de las historias clínicas la fecha de solicitud y realización del fondo de ojos. Esta práctica se resolvió en el día en el 42% de los casos. El 9% de los pacientes demoró más de una semana en recibir atención de la especialidad.

Otoemisiones

En el registro de solicitud de diagnóstico por otoemisiones, se obtuvo únicamente la fecha de solicitud y realización de un paciente, al que se le efectuó el estudio en el día. Del resto, 15 pacientes tenían fecha de indicación pero estaba pendiente al alta.

Potenciales evocados

La solicitud y realización de este estudio no fue registrada en ninguna historia clínica, por lo que fue imposible realizar el cálculo de demora.

Laboratorio de rutina

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	21	75%
1	3	11%
2	2	7%
3	2	7%
Total general	28	100%

Tabla 123 Elaboración equipo de auditoría

El 35% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio de rutina. El 75% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido

Laboratorio especial

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	27	93%
1	1	3%
2	1	3%
Total general	29	100%

Tabla 124 Elaboración equipo de auditoría

El 35% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio especial. El 93% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido.

Placa de tórax

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	14	78%
1	4	22%
Total general	18	100%

Tabla 125 Elaboración equipo de auditoría

El 21% de las historias clínicas contaban con el registro de la fecha de indicación y realización de la placa de tórax. Con esos datos se obtuvo que todos los pacientes contaban con el estudio diagnóstico entre el día de prescripción y el siguiente como máximo.

- Hospital Durand

Estudio	Cantidad de datos válidos
Ecografía cerebral	46%
Ecocardiograma	46%
Fondo de ojos	50%
Otoemisiones	55%
Potenciales evocados	-

Estudio	Cantidad de datos válidos
Laboratorio de rutina	62%
Laboratorio especial	24%
Placa de tórax	24%

Tabla 126 Elaboración equipo de auditoría

Ecografía cerebral

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	23	61%
1	4	11%
2	3	8%
4	1	3%
5	3	8%
11	1	3%
12	2	5%
18	1	3%
Total general	38	100%

Tabla 127 Elaboración equipo de auditoría

En el relevamiento de HHCC se obtuvieron 38 datos completos (46%). El 61% de los pedidos fue resuelto en el día y el 19% dentro de los dos subsiguientes. El 11% demoró más de 6 días.

Ecocardiograma

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	29	76%
1	5	13%
2	1	3%
7	1	3%
8	1	3%
33	1	3%
Total general	38	100%

Tabla 128 Elaboración equipo de auditoría

En el caso de los ecocardiogramas solicitados, se obtuvo el 46% de los datos necesarios para calcular la demora. El 76% de los pedidos fue resuelto en el día de la solicitud y el 16% en los dos días subsiguientes.

Fondo de ojos

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	28	68%
1	4	10%
2	2	5%
3	3	7%
5	1	2%
6	1	2%
7	1	2%
10	1	2%
Total general	41	100%

Tabla 129 Elaboración equipo de auditoría

Se obtuvo en el 50% de las historias clínicas la fecha de solicitud y realización del fondo de ojos. Esta práctica se resolvió en el día en el 68% de los casos. El 4% de los pacientes demoró más de una semana en recibir atención de la especialidad.

Otoemisiones

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	19	42%
1	7	15%
3	1	2%
5	3	7%
6	3	7%
Entre 8 y 41 días	12	27%
Total general	45	100%

Tabla 130 Elaboración equipo de auditoría

En el registro de solicitud de diagnóstico por otoemisiones, se obtuvo en el 55% de las historias clínicas analizadas. El 42% de los pedidos se resolvió en

el día. Hay una gran dispersión en el resto de los casos con demora de más de una semana en el 27% de la muestra.

Potenciales evocados

La solicitud y realización de este estudio no fue registrada en ninguna historia clínica, por lo que fue imposible realizar el cálculo de demora. Hallamos únicamente un paciente en que se encontraba registrada la fecha de solicitud pero no la de realización.

Laboratorio de rutina

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	44	86%
1	7	14%
Total general	51	100%

Tabla 131 Elaboración equipo de auditoría

El 62% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio de rutina. El 86% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido

Laboratorio especial

Cantidad de pacientes		
0	14	70%
1	3	15%
5	1	5%
10	1	5%
30	1	5%
Total general	20	100%

Tabla 132 Elaboración equipo de auditoría

El 24% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio especial. El 70% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido.

Placa de tórax

Cantidad de pacientes		
0	20	83%
1	2	8%
2	1	4%
3	1	4%
Total general	24	100%

Tabla 133 Elaboración equipo de auditoría

El 24% de las historias clínicas contaban con el registro de la fecha de indicación y realización de la placa de tórax. Con esos datos se obtuvo que 91% de los pacientes contaban con el estudio diagnóstico entre el día de prescripción y el siguiente como máximo.

- Hospital Penna

Estudio	Cantidad de datos válidos
Ecografía cerebral	42%
Ecocardiograma	34%
Fondo de ojos	40%
Otoemisiones	18%
Potenciales evocados	4%
Laboratorio de rutina	35%
Laboratorio especial	25%
Placa de tórax	51%

Tabla 134 Elaboración equipo de auditoría

Ecografía cerebral

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	18	51%
1	6	17%
2	3	9%
3	1	3%
4	1	3%

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
7	1	3%
8	2	6%
10	1	3%
22	1	3%
31	1	3%
Total general	35	

Tabla 135 Elaboración equipo de auditoría

En el relevamiento de HHCC se obtuvieron 35 datos completos (42%). Más de la mitad de los pedidos fue resuelto en el día y el 68% entre ese y el día posterior.

Ecocardiograma

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	20	71%
1	3	11%
2	1	4%
3	1	4%
5	1	4%
9	1	4%
30	1	4%
Total general	28	

Tabla 136 Elaboración equipo de auditoría

En el caso de los ecocardiogramas solicitados, se obtuvo el 34% de los datos necesarios para calcular la demora. El 71% de los pedidos fue resuelto en el día de la solicitud.

Fondo de ojos

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	14	42%
1	7	21%
3	1	3%

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
4	1	3%
5	1	3%
6	1	3%
8	1	3%
9	3	9%
15	1	3%
21	2	6%
24	1	3%
Total general	33	

Tabla 137 Elaboración equipo de auditoría

Se obtuvo en el 40% de las historias clínicas la fecha de solicitud y realización del fondo de ojos. Esta práctica se resolvió en el día en el 42% de los casos. El 23% de los pacientes demoró más de una semana en recibir atención de la especialidad.

Otoemisiones

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	12	80%
4	1	7%
5	1	7%
30	1	7%
Total general	15	

Tabla 138 Elaboración equipo de auditoría

En el registro de solicitud de diagnóstico por otoemisiones, se obtuvieron únicamente el 18% de datos válidos; la particularidad es que en este caso se registró en la historia clínica de algunos pacientes que se solicitaba pero que continuaba pendiente al egreso.

De los datos válidos, el 80% se resolvió el día en que se registró la solicitud.

Potenciales evocados

Este estudio fue solicitado en 3 historias clínicas y en ninguna de ellas constaba la realización. En cambio, en un caso se halló fecha de realización pero no de solicitud, por lo que fue imposible realizar el cálculo de demora.

Laboratorio de rutina

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	22	76%
1	4	14%
2	3	10%
Total general	29	

Tabla 139 Elaboración equipo de auditoría

El 35% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio de rutina. El 76% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido y ninguno demoró más de dos días.

Laboratorio especial

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	18	86%
1	2	10%
7	1	5%
Total general	21	

Tabla 140 Elaboración equipo de auditoría

El 25% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio especial. El 86% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido y un paciente demoró 7 días.

Placa de tórax

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	35	83%
1	4	10%
2	1	2%
3	1	2%
16	1	2%
Total general	42	

Tabla 141 Elaboración equipo de auditoría

El 51% de las historias clínicas contaban con el registro de la fecha de indicación y realización de la placa de tórax. Con esos datos se obtuvo que el 93% de los pacientes contaban con el estudio diagnóstico entre el día de prescripción y el siguiente como máximo. Se registró un paciente que demoró 16 días para la realización de la placa de tórax.

- Hospital Piñero

Estudio	Cantidad de datos válidos
Ecografía cerebral	34%
Ecocardiograma	14%
Fondo de ojos	28%
Otoemisiones	19%
Potenciales evocados	-
Laboratorio de rutina	58%
Laboratorio especial	33%
Placa de tórax	35%

Tabla 142 Elaboración equipo de auditoría

Ecografía cerebral

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	15	54%
1	4	14%
2	1	4%
3	3	11%
Entre 7 y 38 días	5	18%
Total general	28	100%

Tabla 143 Elaboración equipo de auditoría

En el relevamiento de HHCC se obtuvieron 28 datos completos (34%). Más de la mitad de los pedidos fue resuelto en el día y el 64% entre ese y el día posterior. El máximo de demora fue un paciente con el que se demoró más de un mes en efectuar el estudio.

Ecocardiograma

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	7	58%
1	1	8%
3	1	8%
4	1	8%
6	1	8%
12	1	8%
Total general	12	100%

Tabla 144 Elaboración equipo de auditoría

En el caso de los ecocardiogramas solicitados, se obtuvo el 14% de los datos necesarios para calcular la demora. El 58% de los pedidos fue resuelto en el día de la solicitud.

Fondo de ojos

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	13	57%
1	7	30%
2	1	4%
5	1	4%
8	1	4%
Total general	23	100%

Tabla 145 Elaboración equipo de auditoría

Se obtuvo en el 28% de las historias clínicas la fecha de solicitud y realización del fondo de ojos. Esta práctica se resolvió en el día en el 57% de los casos. El 4% de los pacientes demoró más de una semana en recibir atención de la especialidad.

Otoemisiones

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	11	69%
1	2	13%
3	2	13%
15	1	6%
Total general	16	100%

Tabla 146 Elaboración equipo de auditoría

En el registro de solicitud de diagnóstico por otoemisiones, se obtuvieron únicamente el 19% de datos válidos.

De los datos válidos, el 72% se resolvió el día en que se registró la solicitud o en el posterior.

Potenciales evocados

La solicitud de este estudio no quedó registrada en ninguna historia clínica y tampoco constaba en ellas constaba la realización, por lo que fue imposible realizar el cálculo de demora.

Laboratorio de rutina

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	34	71%
1	14	29%
Total general	48	100%

Tabla 147 Elaboración equipo de auditoría

El 71% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio de rutina. Todos los pacientes obtuvieron respuesta el mismo día o el posterior.

Laboratorio especial

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	21	78%
1	3	11%
3	1	4%
4	1	4%
5	1	4%
Total general	27	100%

Tabla 148 Elaboración equipo de auditoría

El 33% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio especial. El 78% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido y un paciente demoró 5 días.

Placa de tórax

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	24	83%
1	5	17%
Total general	29	100%

Tabla 149 Elaboración equipo de auditoría

El 35% de las historias clínicas contaban con el registro de la fecha de indicación y realización de la placa de tórax. Con esos datos se obtuvo que el 100% de los pacientes contaban con el estudio diagnóstico entre el día de prescripción y el siguiente como máximo.

- Hospital Pirovano

Estudio	datos válidos
Ecografía cerebral	53%
Ecocardiograma	18%
Fondo de ojos	25%
Otoemisiones	18%
Potenciales evocados	1%

Tabla 150 Elaboración equipo de auditoría

Ecografía cerebral

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	22	52%
1	8	19%
2	7	17%
4	2	5%
7	1	2%
9	1	2%
13	1	2%
Total general	42	100%

Tabla 151 Elaboración equipo de auditoría

En el relevamiento de HHCC se obtuvieron 42 datos completos (53%). Más de la mitad de los pedidos fue resuelto en el día y el 71% entre ese y el día posterior.

Ecocardiograma

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	8	57%
1	3	21%
2	2	14%
4	1	7%
Total general	14	100%

Tabla 152 Elaboración equipo de auditoría

En el caso de los ecocardiogramas solicitados, se obtuvo el 18% de los datos necesarios para calcular la demora. El 57% de los pedidos fue resuelto en el día de la solicitud.

Fondo de ojos

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	14	70%
2	3	15%
6	1	5%
7	1	5%
14	1	5%
Total general	20	100%

Tabla 153 Elaboración equipo de auditoría

Se obtuvo en el 25% de las historias clínicas la fecha de solicitud y realización del fondo de ojos. Esta práctica se resolvió en el día en el 70% de los casos.

Otoemisiones

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	10	71%
1	1	7%
2	2	14%
6	1	7%
Total general	14	100%

Tabla 154 Elaboración equipo de auditoría

En el registro de solicitud de diagnóstico por otoemisiones, se obtuvieron únicamente el 18% de datos válidos.

De los datos válidos, el 71% se resolvió el día en que se registró la solicitud.

Potenciales evocados

Este estudio fue solicitado en 3 historias clínicas y únicamente una tenía fecha de realización el mismo día de la solicitud.

- Hospital Rivadavia

Estudio	Cantidad de datos válidos
Ecografía cerebral	51%
Ecocardiograma	53%
Fondo de ojos	48%
Otoemisiones	49%
Potenciales evocados	-
Laboratorio de rutina	52%
Laboratorio especial	34%
Placa de tórax	45%

Tabla 155 Elaboración equipo de auditoría

Ecografía cerebral

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	17	44%
1	3	8%
3	2	5%
4	2	5%
5	4	10%
Entre 6 y 16 días	8	21%
Total general	39	100%

Tabla 156 Elaboración equipo de auditoría

En el relevamiento de HHCC se obtuvieron 39 datos completos (51%). El 44% de los pedidos fue resuelto en el día y el 13% dentro de los dos subsiguientes.

Ecocardiograma

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	32	78%
1	7	17%
2	2	5%
Total general	41	100%

Tabla 157 Elaboración equipo de auditoría

En el caso de los ecocardiogramas solicitados, se obtuvo el 53% de los datos necesarios para calcular la demora. El 78% de los pedidos fue resuelto en el día de la solicitud y el 22% en los dos días subsiguientes.

Fondo de ojos

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	17	46%
1	4	11%
2	3	8%
3	4	11%
5	2	5%
6	1	3%
7	3	8%
13	1	3%
24	2	5%
Total general	37	100%

Tabla 158 Elaboración equipo de auditoría

Se obtuvo en el 48% de las historias clínicas la fecha de solicitud y realización del fondo de ojos. Esta práctica se resolvió en el día en el 46% de los casos. El 16% de los pacientes demoró más de una semana en recibir atención de la especialidad.

Otoemisiones

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	15	39%
1	1	3%
2	1	3%
4	2	5%
5	3	8%
6	2	5%
7	3	8%
12	1	3%
13	1	3%

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
16	3	8%
17	1	3%
21	1	3%
22	2	5%
25	2	5%
Total general	38	100%

Tabla 159 Elaboración equipo de auditoría

En el registro de solicitud de diagnóstico por otoemisiones, se obtuvo en el 49% de las historias clínicas analizadas. El 39% de los pedidos se resolvió en el día. Hay una gran dispersión en el resto de los casos con demora de más de una semana en el 37% de la muestra.

Potenciales evocados

La solicitud y realización de este estudio no fue registrada en ninguna historia clínica, por lo que fue imposible realizar el cálculo de demora.

Laboratorio de rutina

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	36	90%
1	2	5%
2	2	5%
Total general	40	100%

Tabla 160 Elaboración equipo de auditoría

El 52% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio de rutina. El 90% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido.

Laboratorio especial

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	19	73%
1	5	19%
2	1	4%
3	1	4%
Total general	26	100%

Tabla 161 Elaboración equipo de auditoría

El 34% de las historias clínicas relevadas contaba con registro del dato de fecha de solicitud y realización de estudios de laboratorio especial. El 73% de esos pacientes obtuvo respuesta el mismo día del pedido.

Placa de tórax

Cantidad de días de demora	Cantidad de pacientes	
0	31	89%
1	2	6%
3	1	3%
8	1	3%
Total general	35	100%

Tabla 162 Elaboración equipo de auditoría

El 45% de las historias clínicas contaban con el registro de la fecha de indicación y realización de la placa de tórax. Con esos datos se obtuvo que el 95% de los pacientes contaban con el estudio diagnóstico entre el día de prescripción y el siguiente como máximo.

B.5. Análisis de registros de derivaciones presentes en las Historias Clínicas

Se relevaron las interconsultas efectuadas, los turnos de seguimiento y control indicados y las derivaciones y traslados efectuados en las historias clínicas analizadas.

Se registró en planillas diseñadas a tal fin, la especialidad con la que se solicitaba la interconsulta o el turno y el efector en caso de derivaciones. En aquellos documentos en que fue posible, se consignaron la fecha de solicitud y la de realización así como la constancia de que el pedido hubiese sido satisfecho. A continuación se muestran los resultados:

- Hospital Argerich

a) Registro de interconsultas

Cantidad de interconsultas registradas			consta en HC la realización?	
			no	sí
0	46	55%		
1	30	36%	5	25
2	4	5%		4
3	2	2%		2
4	1	1%		1
Total general	83	100%	5	32

Tabla 163 Elaboración equipo AGCBA

El 55% de los pacientes de la muestra no tenían registrada en su historia clínica ninguna interconsulta.

Del resto, el 36%³⁴ había requerido una interconsulta, pero en el 17% de los casos constaba el pedido pero no la realización. **Observación N° 9.1**

También se verificó un 8% de pacientes que había requerido más de una interconsulta, en todos los casos se encontraba registrada en la historia clínica.

b) Cantidad de turnos de seguimiento y control indicados

Cantidad de turnos indicados			consta en HC el turno otorgado?	
			no	Sí
0	58	70%		
1	24	29%	20	4
2	1	1%	1	
Total general	83	100%	21	4

Tabla 164 Elaboración equipo AGCBA

El 70% de las historias clínicas relevadas no tenían indicados turnos de seguimiento y control. **Observación N° 10.1**

Del 30% restante (los pacientes había recibido un turno para controles posteriores al egreso), el 15% de los turnos estaba registrado en la HC (4/26³⁵), el resto estaba consignado con la expresión “se indica” o similar.

c) Cantidad de derivaciones registradas

Cantidad de derivaciones registradas			derivación	traslado
no consta derivación/traslado	66	80%		
Hospital Elizalde	6	7%	2	4
Hospital Garrahan	10	12%	2	8
Hospital Gutiérrez	1	1%	1	
Total general	83	100%	5	12

Tabla 165 Elaboración equipo AGCBA

³⁴ 30/83

³⁵ 25 pacientes que requirieron 26 turnos

En el 80% de las historias clínicas relevadas no constaba la derivación a otros efectores de salud.

La mayor cantidad de pacientes fue trasladado al Hospital Garrahan, seguido por el Hospital Elizalde. Otros 5 pacientes fueron derivados a los hospitales Elizalde, Garrahan y Gutiérrez.

- Hospital Durand

Análisis de la muestra de 82 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología del Hospital en el año 2016.

a) Registro de interconsultas

Cantidad de interconsultas registradas			consta en HC la realización?	
			no	sí
0	46	56%		
1	13	16%	2	11
2	9	11%		9
3	9	11%		9
4	5	6%		5
Total general	82	100%	2	34

Tabla 166 Elaboración equipo AGCBA

El 56% de los pacientes de la muestra no tenían registrada en su historia clínica ninguna interconsulta.

Del resto, el 36%³⁶ había requerido la opinión de un único especialista, pero en el 15% de los casos constaba el pedido pero no la realización (2 pacientes). **Observación N° 9.2**

También se verificó que un 28% del total de pacientes, había requerido más de una interconsulta, en todos los casos se encontraba registrada en la Historia Clínica.

³⁶ 13/36

b) Cantidad de turnos de seguimiento y control indicados

Cantidad de turnos indicados			consta en HC el turno otorgado?	
			No	sí
0	70	85%		
1	8	10%	3	5
2	4	5%	2	2
Total general	82	100%	5	7

Tabla 167 Elaboración equipo AGCBA

El 85% de las historias clínicas relevadas no tenían indicados turnos de seguimiento y control.

Del 15% restante (los pacientes había recibido un turno para controles posteriores al egreso), el 58% estaba registrado en la HC (7/12), el resto estaba consignado con la expresión “se indica”. **Observación N° 10.2**

c) Cantidad de derivaciones registradas

Cantidad de derivaciones registradas			derivación		traslado
no consta derivación/traslado	67	82%			
Hospital Elizalde	2	2%	1		1
Hospital Rocca	7	9%	7		
Hospital Gutiérrez	1	1%			1
Hospital Pirovano	4	5%			4
Hospital Piñero	1	1%			1
Total general	82	100%	8		7

Tabla 168 Elaboración equipo AGCBA

En el 82% de las historias clínicas relevadas no constaba la derivación a otros efectores de salud.

La mayor cantidad de pacientes fue derivada a realizar el estudio de potenciales evocados auditivos de tronco encefálico (PEAT) al Hospital Rocca. Estas derivaciones son informales, no tienen reserva de turno.

- Hospital Penna

Análisis de la muestra de 83 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología del Hospital en el año 2016.

a) Registro de interconsultas

Cantidad de interconsultas registradas			consta en HC la realización?	
			no	Sí
0	62	75%		
1	10	12%	1	9
2	8	10%	2	6
3	2	2%		2
5	1	1%		1
Total general	83	100%	3	18

Tabla 169 Elaboración equipo AGCBA

El 75% de los pacientes de la muestra no tenían registrada en su historia clínica ninguna interconsulta. **Observación N° 9.3**

Del resto, el 48%³⁷ había requerido la opinión de un único especialista, pero en el 14% (3 casos) no constaba la realización.

b) Cantidad de turnos de seguimiento y control indicados

Cantidad de turnos indicados			consta en HC el turno otorgado?	
			no	Sí
0	64	77%		
1	14	17%	7	7
2	5	6%	4	1
Total general	83	100%	11	8

Tabla 170 Elaboración equipo AGCBA

El 77% de las historias clínicas relevadas no tenían indicados turnos de seguimiento y control.

³⁷ 10/21

Del 22% restante (los pacientes había recibido un turno para controles posteriores al egreso), el 58% estaba registrado en la HC (11/19), el resto estaba consignado con la expresión “se indica”. **Observación N° 10.3**

c) Cantidad de derivaciones registradas

Cantidad de derivaciones registradas			derivación	traslado
no consta derivación/traslado	70	84%		
Hospital Elizalde	3	4%	1	2
Hospital Garrahan	5	6%		5
Hospital Rocca	1	1%		1
Hospital Gutiérrez	2	3%		2
Hospital Durand	1	1%		1
Hospital Ramos Mejía	1	1%		1
Total general	83	100%	1	12

Tabla 171 Elaboración equipo AGCBA

En el 84% de las historias clínicas relevadas no constaba la derivación a otros efectores de salud.

De los pacientes que fueron trasladados, la mayor cantidad fue al Hospital Garrahan. Uno de los casos tuvo múltiples suspensiones por demoras del SAME.

- Hospital Piñero

Análisis de la muestra de 83 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología del Hospital en el año 2016.

a) Registro de interconsultas

Cantidad de interconsultas registradas			consta en HC la realización?	
			no	sí
0	33	40%		
1	29	35%	6	23
2	12	14%	2	10
3	7	8%		7
5	2	2%		2
Total general	83	100%	8	42

Tabla 172 Elaboración equipo AGCBA

El 40% de los pacientes de la muestra no tenían registrada en su historia clínica ninguna interconsulta.

Del resto, el 58%³⁸ había requerido la opinión de un único especialista. De los pacientes que requirieron alguna interconsulta, el 16% (8 casos) no tenía registrados los resultados de esa intervención en la historia clínica. **Observación N° 9.4**

b) Cantidad de turnos de seguimiento y control indicados

Cantidad de turnos indicados			consta en HC el turno otorgado?	
			no	Sí
0	43	52%	43	
1	19	23%	15	4
2	11	13%	8	3
3	8	10%	8	
4	2	2%	2	
Total general	83	100%	76	7

Tabla 173 Elaboración equipo AGCBA

El 52% de las historias clínicas relevadas no tenían indicados turnos de seguimiento y control.

Del 48% restante (los pacientes había recibido un turno para controles posteriores al egreso), el 18% estaba registrado en la HC (7/40), el resto estaba consignado con la expresión “se indica”. **Observación N° 10.4**

c) Cantidad de traslados y derivaciones registradas

Cantidad de derivaciones registradas			derivación	traslado
no consta derivación/traslado	75	90%		
Hospital Elizalde	2	2%	1	1
Hospital Garrahan	1	1%		1
Clínica privada	1	1%	1	
Hospital Gutiérrez	1	1%		1
Hospital Durand	2	2%		2
Maternidad Sardá	1	1%	1	
Total general	83	100%	3	5

Tabla 174 Elaboración equipo AGCBA

³⁸ 29/50

En el 90% de las historias clínicas relevadas no constaba la derivación a otros efectores de salud.

La mayor cantidad de pacientes fue trasladada y 3 (tres) pacientes fueron derivados para continuar su tratamiento en hospitales especializados y en una clínica de su obra social.

- Hospital Pirovano

Análisis de la muestra de 80 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología del Hospital en el año 2016.

a) Registro de interconsultas

Cantidad de interconsultas registradas			consta en HC la realización?	
			no	sí
0	55	69%		
1	13	16%	2	11
2	7	9%	3	4
3	5	6%		5
Total general	80	100%	5	20

Tabla 175 Elaboración equipo AGCBA

El 69% de los pacientes de la muestra no tenían registrada en su historia clínica ninguna interconsulta.

Del resto, el 52%³⁹ había requerido la opinión de un único especialista. De los pacientes que requirieron interconsultas, el 20% no tenía registrados los resultados de esa intervención en la historia clínica. **Observación N° 9.5**

La especialidad con más demora fue gastroenterología.

b) Cantidad de turnos de seguimiento y control indicados

Cantidad de turnos indicados			consta en HC el turno otorgado?	
			No	sí
0	42	53%		
1	32	40%	29	3
2	4	5%	4	
3	2	3%	2	
Total general	80	100%	35	3

Tabla 176 Elaboración equipo AGCBA

El 53% de las historias clínicas relevadas no tenían indicados turnos de seguimiento y control.

³⁹ 13/25

Del 47% restante (los pacientes que habían recibido un turno para controles posteriores al egreso), el 8% estaba registrado en la HC (3/38), el resto estaba consignado con la expresión “se indica”. **Observación N° 10.5**

c) Cantidad de traslados y derivaciones registradas

Cantidad de derivaciones registradas			derivación	Traslado
no consta derivación/traslado	59	74%		
Hospital Gutiérrez	16	20%	4	12
Hospital Elizalde	2	3%		2
Hogar Mariposas	1	1%	1	
Hospital Churrua	1	1%	1	
Maternidad Sardá	1	1%		1
Total general	80	100%	6	15

Tabla 177 Elaboración equipo AGCBA

En el 74% de las historias clínicas relevadas no constaba la derivación a otros efectores de salud.

La mayor cantidad de pacientes fue trasladada por estudios cardiológicos y 4 (cuatro) pacientes fueron derivados para continuar su tratamiento en hospitales especializados.

El 85% de los datos válidos fueron trasladados al Hospital Gutiérrez.

- Hospital Rivadavia

Análisis de la muestra de 86 casos de pacientes internados en el servicio de Neonatología del Hospital en el año 2016. El hospital no puso a disposición 9 documentos.

a) Registro de interconsultas

Cantidad de interconsultas registradas			consta en HC la realización?	
			No	Sí
0	45	58%		
1	14	18%	1	13
2	7	9%	1	6
3	7	9%		7
4	3	4%		3
5	1	1%		1
Total general	77	100%	2	30

Tabla 178 Elaboración equipo AGCBA

El 58% de los pacientes de la muestra no tenía registrada en su historia clínica ninguna interconsulta.

Del resto, el 44%⁴⁰ había requerido la opinión de un único especialista. De los pacientes que requirieron interconsultas, el 6% no tenía registrados los resultados de esa intervención en la historia clínica. **Observación N° 9.6**

b) Cantidad de turnos de seguimiento y control indicados

Cantidad de turnos indicados			consta en HC el turno otorgado?	
			no	sí
0	30	39%		
1	35	45%	31	4
2	7	9%	4	3
3	5	6%	4	1
Total general	77	100%	39	8

Tabla 179 Elaboración equipo AGCBA

El 39% de las historias clínicas relevadas no tenían indicados turnos de seguimiento y control.

Del 61% restante (los pacientes que habían recibido un turno para controles posteriores al egreso), el 17% estaba registrado en la HC (8/47), el resto estaba consignado con la expresión “se indica”. **Observación N° 10.6**

c) Cantidad de traslados y derivaciones registradas

Cantidad de derivaciones registradas			derivación	
			derivación	traslado
no consta derivación/traslado	67	87%		
Hospital Gutiérrez	5	6%	1	4
Hospital Garrahan	2	3%		2
Hogar de Cristo	1	1%	1	
Obra social	1	1%		1
Hospital Fernández	1	1%		1
Total general	80	100%	2	8

Tabla 180 Elaboración equipo AGCBA

⁴⁰ 14/32

En el 87% de las historias clínicas relevadas no constaba la derivación a otros efectores de salud.

C) Equipamiento

C.1. Descripción

Los objetivos de este procedimiento fueron: conocer la cantidad y calidad del equipamiento presente en los servicios de neonatología de los hospitales objeto de esta auditoría y su estado (bueno/regular/malo).

Se solicitó a cada servicio de Neonatología de los hospitales de la muestra el detalle del equipamiento disponible, indicando tipo, cantidad, antigüedad, estado del mismo (bueno/regular/malo) y si contaba con mantenimiento preventivo y correctivo.

Asimismo, se solicitó a la Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud el detalle del equipamiento de los servicios de neonatología objeto de esta auditoría. Se requirió, además de los datos solicitados a los hospitales, las altas y las bajas del equipamiento ocurridas entre los años 2016 y 2018.

C.2. Análisis de la información recopilada.

Con la información proporcionada por la Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud se confeccionaron los siguientes cuadros:

- Equipamiento año 2016

Equipamiento neonatología por hospital a dic/2016	Argerich	Durand	Penna	Piñero	Pirovano	Rivadavia	Total general
Bombas de infusión a jeringa			32				32
Desfibrilador Básico				1		1	2
Desfibrilador Básico con DESA			1				1
Ecógrafo Doppler color neonatal		2		1	1	1	5
Ecógrafo Doppler color pediátrico	1		1				2
Electrocardiógrafo 3 canales				1		1	2
Fototerapia a Led	5			4		2	11
Fototerapia a Tubo		9		8	8	11	36
Incubadora	4	4	13	13	3	4	41
Incubadora con servocontrol	14	10	4	5	9	14	56
Incubadora para transporte interhospitalario	1	2	2	4	1	1	11
Monitor de signos vitales SpO2 y PNI			18			2	20
Monitor multiparamétrico Modular Cinco parámetros	11			2			13
Monitor multiparamétrico Modular Cinco parámetros+ Pi			10				10
Monitor multiparamétrico Preconfigurado Cinco parámetros		8	1	8	4	2	23
Monitor multiparamétrico Preconfigurado Cinco parámetros+ Pi			2				2
Oxímetro de pulso de mesa	10	13		7		5	35
Rayos x rodante		1	2	1	1	1	6
Respirador de alta frecuencia - cuidados críticos Neo-pediátrico				1			1
Respirador de alta frecuencia Neo-pediátrico	2		1				3
Respirador de transporte inter-hospitalario Neo-pediátrico			1				1
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátrico	5	9	11	5	4	8	42
Resucitador para lactante con pieza en T	1					1	2
Servocuna	6	9	10	4	2	4	35

Fuente: Elaboración propia

Equipamiento abril 2018

Equipamiento neonatologías por hospital a abril/2018	Argerich	Durand	Penna	Piñero	Pirovano	Rivadavia	Total general
Bombas de infusión a jeringa			32				32
Desfibrilador Bifásico				1		1	2
Desfibrilador Bifásico con DESA			1				1
Ecógrafo Doppler color neonatal		2		1	1	1	5
Ecógrafo Doppler color pediátrico	1		1				2
Electrocardiógrafo 3 canales				1		1	2
Fototerapia a Led	5			4	2	2	13
Incubadora				10	3	1	14
Incubadora con servocontrol	14	10	4	5	9	14	56
Incubadora para transporte interhospitalario	1	2	2	4	1	1	11
Monitor de signos vitales SpO2 y PNI			18			2	20
Monitor multiparamétrico Modular Cinco parámetros	11			2			13
Monitor multiparamétrico Modular Cinco parámetros+ PI			10				10
Monitor multiparamétrico Preconfigurado Cinco parámetros		8		6	2	2	18
Monitor multiparamétrico Preconfigurado Cinco parámetros+ PI			2				2
Oxímetro de pulso de mesa	10	10		7		5	32
Rayos x rodante		1	2	1	1	1	6
Respirador de alta frecuencia - cuidados críticos Neo-pediátrico				1			1
Respirador de alta frecuencia Neo-pediátrico	2		1				3
Respirador de transporte inter-hospitalario Neo-pediátrico			1				1
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátrico	5	5	7	3	1	4	25
Resucitador para lactante con pieza en T	1					1	2
Servocuna	2	9	9	4	2	4	30

Fuente: Elaboración propia

- Altas de Equipamiento abril 2018

Altas a abril/2018	Argerich	Durand	Pirovano	Total general
Fototerapia a Led			2	2
Incubadora para transporte interhospitalario	1			1
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátrico	1	3		4

Fuente: Elaboración propia

- Bajas de Equipamiento abril 2018

Bajas a abril/2018	Argerich	Durand	Penna	Piñero	Pirovano	Rivadavia	Total general
Fototerapia a Tubo		9		8	8	11	36
Incubadora	5	4	13	3		3	28
Monitor multiparamétrico Preconfigurado Cinco parámetros			1	2	2		5
Oxímetro de pulso de mesa		3					3
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátrico	1	7	4	2	3	4	21
Servocuna	4		1				5

Fuente: Elaboración propia

Con la información proporcionada por los servicios de Neonatología de los hospitales de la muestra se confeccionó el siguiente cuadro:

Equipamiento	ARGERICH	DURAND	PENNA	PIÑERO	PIROVANO	RIVADAVIA	TOTAL HOSPITAL 2016	Observaciones
Aparato para medir gases en sangre			1	1		1	3	Piñero - Hospital: en comodato
Balanza para pesada de pañal	2	1					3	
Balanza digital	3	4	9	6	4	4	30	
Bilicheck						2	2	
Bolsas y mascarás		14	10	6	6	8	44	
Bombas de extracción de leche	2	2		1	1	6	12	Rivadavia - hospital: refiere que en 2016 tenía 6 bombas y en 2018 tiene 5.
Bombas de infusión		12		16	8	15	51	Durand - Hospital: Sin especificar mayores datos. Piñero - Hospital: Tienen 16 en comodato. Sin especificar mayores datos. Pirovano - Hospital: sin especificar. En comodato. Rivadavia - Hospital: sin especificar.
Bombas de infusión a jeringa	6		36		3		45	Durand - Hospital: 11 en buen estado, 1 para reparar. Pirovano - Hospital: todas en comodato.
Bombas de infusión continua	8						8	
Calefactores - humidificadores	6	6	11	14	9	17	63	
Carro de paro y Kit			5	1	1	4	11	
Cunas de UTI					4	14	18	Pirovano - hospital: sin especificar. Rivadavia - hospital: 11 y 3 de aislamiento
Cunas de bajo riesgo	12	16	23	6	6	13	76	
Desfibrilador Bifásico						1	1	
Ecógrafo con impresora (sin especificar)	1						1	Argerich - Hospital: 1 (con dos transductores e impresora).
Ecógrafo Doppler color neonatal					1	1	2	Durand - Hospital: Hay 2 en la institución pero no en el servicio. Pirovano - Hospital: sin especificar.
Ecógrafo Doppler color pediátrico			1				1	Penna - Hospital: sin especificar.
Electrocardiógrafo		1	1		1		3	Durand - Hospital: no especifica mayores datos. Penna - Hospital: no especifica mayores datos. Pirovano - Hospital: sin especificar.
Electrocardiógrafo 3 canales	1			1		1	3	Piñero - Hospital: sin especificar
Estación de óxido Nítrico	1						1	
Estetoscopio			20		12	18	50	

Equipamiento	ARGERICH	DURAND	PENNA	PIÑERO	PIROVANO	RIVADAVIA	TOTAL HOSPITAL 2018	Observaciones
Fototerapia (sin especificar)			6				6	
Fototerapia a Led (luminoterapia)	3			3	2	2	10	Piñero - Hospital: sin especificar
Fototerapia a Tubo (luminoterapia)		9			8	6	23	Durand - Hospital: En la actualidad hay 7 en funcionamiento. (sin especificar mayores datos). Rivadavia - Hospital: 6 (sin especificar mayores datos)
Heladeras	2						2	
Incubadora		4	13	12	12		41	Durand - Hospital: (no especifican mayores datos). Penna - Hospital: (no especifican mayores datos). Piñero - Hospital: sin especificar Pirovano - Hospital: sin especificar
Incubadora con servocontrol	14	10	4			14	42	Argerich - Hospital: No especifica mayores datos. Durand - Hospital: (no especifican mayores datos). Penna - Hospital: (no especifican mayores datos)
Incubadora para transporte interhospitalario	1	1				2	4	Argerich - Hospital: No especifica mayores datos. Durand - Hospital: (no especifican mayores datos)
Monitor multiparamétrico			15			6	21	Penna - Hospital: hay 15 (sin especificar mayores datos).
Monitor de signos vitales SpO2 y PH							0	
Monitor multiparamétrico Modular Cinco parámetros	8			4			12	Argerich - Hospital: No especifica mayores datos. Piñero - Hospital: sin especificar
Monitor multiparamétrico Preconfigurado Cinco parámetros					2		2	Pirovano - Hospital: sin especificar.
Oftalmoscopio binocular indirecto	1		1	1	1	1	5	
Oxímetro de pulso			28	14	11	25	78	Penna - Hospital: 23 saturómetros y 5 oxímetros de pulso convencionales. Piñero - Hospital: sin especificar Pirovano - Hospital: sin especificar. 7 saturómetros y 4 oxímetros de pulso. Rivadavia - Hospital: 24 saturómetros y 1 oxímetro de pulso
Oxímetro de pulso de mesa	12	13					25	Argerich - Hospital: 10 comunes y 2 led
Rayos x rotante	1	1	1	1	1	1	6	
Respiradores		1	11	4		4	20	Durand - Hospital: Sin mayores datos. Penna - Hospital: sin especificar mayores datos. Piñero - Hospital: sin especificar Pirovano - Hospital: hay 3 pero el servicio afirma que son obsoletos. Rivadavia - Hospital: sin especificar datos
Respirador de alta frecuencia Neo-pediátrico	2						2	Argerich - Hospital: No especifica mayores datos.
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátrico	4	5	2		1	3	15	Argerich - Hospital: 3 convencionales y 1 con módulo ARM sincronizado. Durand - Hospital: hay 5 con CPAP. Penna - Hospital: hay 2 con CPAP. Rivadavia - Hospital: 7 (sin especificar mayores datos). Pirovano - Hospital: con CPAP. Rivadavia - Hospital: 3 con CPAP
Resucitador para lactante con pieza en T (Neopuff)	3	1	10	1	1	2	18	
Servocuna	8	7	9	4	2	4	34	Argerich - Hospital: 6 para terapia intensiva y 2 para recepción

Fuente: Elaboración propia

Al comparar la información suministrada se observaron diferencias.

- Desfibrilador

La Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud, informó que en el período 2016 – abril 2018 los hospitales Argerich, Durand y Pirovano no contaban con al menos un desfibrilador en los servicios de Neonatología. Esta información era coincidente con los listados entregados por los servicios de Neonatología.

No obstante, los servicios de los hospitales Penna y Piñero informaron que no contaban con desfibrilador. **Observación N° 11**

- Carro de Paro y kit

La Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud no proporcionó información sobre este equipamiento.

Los servicios de los hospitales Argerich y Durand, carecían de este equipamiento.

- Fototerapia

La Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud, informó que en el período 2016 – abril 2018 el Hospital Penna no contaba al menos un equipo de fototerapia. El servicio informó que contaba con 6 equipos de fototerapia (no especificó si eran a Tubo o Led).

En el caso del Hospital Durand, en el año 2016 contaba con 9 (nueve) equipos de Fototerapia a Tubo, encontradas dadas de baja a abril del año 2018.

De la información provista por el servicio de Neonatología del Hospital Durand, se observó que el mismo contaba con 9 (nueve) equipos de fototerapia a Tubo.

- Bombas de Extracción de Leche

El servicio del Hospital Penna fue el único que informó que no contaba con este equipamiento.⁴¹

Con respecto al estado de conservación del equipamiento, se analizó la información proporcionada por la Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Hospital	Estado del Equipamiento		
	Bueno	Regular	Malo
Argerich	83%	17%	-
Durand	75%	24%	1%
Penna	91%	9%	-
Piñero	57%	42%	-
Pirovano	85%	12%	3%
Rivadavia	60%	35%	5%

⁴¹ A la fecha de presentación de este informe el problema se había resuelto, ya que contaban con 6 equipos

El equipamiento que se encontraba en estado regular era el siguiente:

- Hospital Argerich: 4 (cuatro) Incubadoras (4/4); 1 (uno) Respirador para cuidados críticos Neo- pediátrico (1/5) y 4 (cuatro) Servocunas (4/6).
- Hospital Durand: 9 (nueve) Fototerapia a Tubo (9/9); 6 (seis) Respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (6/9); 1 (uno) Rayos X Rodante (1/1); y en estado Malo, una incubadora (1/4).
- Hospital Penna: 6 (seis) Incubadoras (6/13); 1 (una) Servocuna (1/10); 1 (un) Monitor multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros (1/1); 2 (dos) Monitor multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros + PI (2/2).
- Hospital Piñero: 8 (ocho) Fototerapia a Tubo (8/8); 7 (siete) Incubadoras (7/13); 2 (dos) Servocunas (2/4); 4 (cuatro) Incubadoras de Transporte Hospitalario (4/4); 4 (cuatro) Monitores multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros (4/8); 2 (dos) Respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (2/5).
- Hospital Pirovano: 1 (uno) Equipo de Rayos X Rodante (1/1); 3 (tres) Respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (3/4); y en estado Malo, una incubadora (1/3).
- Hospital Rivadavia: 1 (una) Incubadora (1/4); 11 (once) Fototerapia a Tubo (11/11); 4 (cuatro) Respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (4/8); 1 (uno) Equipo de Rayos X Rodante (1/1); 2 (dos) oxímetro de pulso de mesa (2/5); 1 (uno) Electrocardiógrafo 3 canales (1/1), y en estado Malo, 2 (dos) Monitores de signos vitales SpO2 y PNI (2/2) y 1 (uno) Resucitador para lactante con pieza en T (1/1).

Al analizar la antigüedad del equipamiento al año 2016 se obtuvieron los siguientes resultados: el 45 % presentó una antigüedad entre 0 y 5 años; un 40% entre 6 y 10 años; un 9% entre 11 y 20 años y un 5 % superaba los 21 años.



El equipamiento que superaba los 10 años de antigüedad era el siguiente:

- Hospital Argerich:

Equipamiento	Antigüedad	Cantidad	%
Incubadora	1999	4 de 4	100
Incubadora para transporte intrahospitalario	1999	1 de 1	100
Oxímetro de pulso de mesa	2004	1 de 10	10
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátricos	1990	1 de 5	20
Servocuna	1999	4 de 6	67

- Hospital Durand:

Equipamiento	Antigüedad	Cantidad	%
Incubadora	1999	1 de 4	25
Rayos X Rodante	1999	1 de 1	100
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátricos	1985	5 de 9	67
	1992	1 de 9	

- Hospital Penna:

Equipamiento	Antigüedad	Cantidad	%
Incubadora	1993	2 de 13	38
	1994	3 de 13	
Monitor multiparamétrico preconfigurado 5 parámetros	1993	1 de 1	100
Monitor multiparamétrico preconfigurado 5 parámetros + PI	2005	2 de 2	100
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátricos	1994	1 de 11	36
	1999	1 de 11	
	2001	2 de 11	

- Hospital Piñero:

Equipamiento	Antigüedad	Cantidad	%
Incubadora	1996	2 de 13	15
Incubadora para transporte intrahospitalario	1998	1 de 4	25
Monitor multiparamétrico preconfigurado 5 parámetros	2000	2 de 8	25
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátricos	1992	2 de 5	40

- Hospital Pirovano:

Equipamiento	Antigüedad	Cantidad	%
Incubadora	1990	1 de 3	33
Monitor multiparamétrico preconfigurado 5 parámetros	2003	2 de 4	50
Rayos X Rodante	1999	1 de 1	100
Respirador para cuidados críticos Neo-pediátricos	1992	3 de 4	75

- Hospital Rivadavia:

Equipamiento	Antigüedad	Cantidad	%
Incubadora	1990	1 de 4	25%
Monitor multiparamétrico preconfigurado 5 parámetros	2003	2 de 2	100%
Rayos X Rodante	1999	1 de 1	100%
Respirador para cuidados críticos Neo- Pediátricos	1992	3 de 8	38%

Con referencia al mantenimiento del equipamiento, el 15% se encontraba en garantía; un 56% contaba con mantenimiento preventivo y correctivo y el 29% no tenía ningún tipo de mantenimiento. **Observación N° 14**

VIII) OBSERVACIONES

- 1) No se ha reglamentado la ley de Regionalización Perinatal (Ley N° 5.637 año 2016). En su art. 19° se establece que la misma debía ser reglamentada en el término de los 180 días de su promulgación (1/11/16).
- 2) La Red de Neonatología coordinada por el Equipo Materno Infantil, carecía de un libro foliado con el registro de las reuniones mantenidas.
- 3) Los servicios de Neonatología de Nivel III B (hospitales Argerich y Durand) a pesar de su categorización, no realizaban cirugías.
- 4) Recursos Humanos
 - a) En el año 2016 no se daba cumplimiento al Decreto N° 938 en lo referente a la cantidad de médicos neonatólogos de guardia establecidos.
 - a) Hospital Penna no contaba con médico neonatólogo para la guardia de los domingos, y disponía de solo un profesional para la guardia de los días lunes.
 - b) Hospital Rivadavia contaba con un médico neonatólogo para la guardia de los días lunes.

- c) Hospital Durand contaba con un médico neonatólogo en las guardias de los días miércoles, jueves y sábados. Las guardias de los días martes y viernes se hallaban cubiertas parcialmente.
- d) Hospital Piñero contaba con una cobertura parcial de la guardia de los días domingo.
- b) Falta de médicos Neonatólogos para cubrir las diferentes licencias (ordinaria, por enfermedad, entre otras).
- c) Falta de médicos especialistas pediátricos en los hospitales auditados, debiendo trasladar a los pacientes a otros efectores de salud para efectuar consultas.⁴²
- 5) Debido a la insuficiente dotación de médicos neonatólogos para el traslado neonatal del SAME, los servicios hospitalarios de pacientes utilizan recursos propios para dotar de personal médicos a las ambulancias.
- 6) Las Historias Clínicas no reunían los requisitos formales aplicados a dichos documentos (Ley N°26529)
 - a) Hoja de identificación del paciente
 - 1. Argerich 35% (25/83 HC)
 - 2. Durand 13% (11/ 82HC)
 - 3. Penna 51% (42/83 HC)
 - 4. Piñero 8% (7/83 HC)
 - 5. Rivadavia 4% (3/77 HC)
 - b) Foliado ausente o parcial
 - 1. Argerich 98% (81/83 HC)
 - 2. Durand 71% (58/82 HC)
 - 3. Penna 99% (82/93 HC)
 - 4. Piñero 98% (81/83 HC)
 - 5. Pirovano 100% (79/79 HC)
 - 6. Rivadavia 83% (74/77 HC)
 - c) Letra ilegible total o parcial
 - 1. Argerich 27% (22/83 HC)
 - 2. Durand 48% (39/82 HC)
 - 3. Penna 43% (36/83 HC)
 - 4. Piñero 2% (2/83 HC)
 - 5. Rivadavia 7% (5/77 HC)
 - d) Ausencia de firma del profesional
 - 1. Argerich 14% (12/83 HC)
 - 2. Durand 2% (2/82 HC)

⁴² El Htal Pirovano informó la incorporación de un Interconsultor Cardiólogo Infantil y esto le permite realizar ecocardiogramas. Se tendrá en cuenta en futuras auditorias.(Nota N° 1495/2019)

3. Penna 4% (3/83 HC)
 4. Pirovano 3% (2/79 HC)
 5. Rivadavia 1% (1/77 HC)
- e) Ausencia de sello del profesional
1. Argerich 25% (21/83 HC)
 2. Durand 6% (5/82 HC)
 3. Penna 5% (4/83 HC)
 4. Piñero 12% (10/83 HC)
 5. Pirovano 3% (2/79 HC)
 6. Rivadavia 3% (2/77 HC)
- f) Ausencia de consentimiento informado
1. Argerich 31% (26/83 HC)
 2. Durand 97% (80/82 HC)
 3. Penna 62% (52/83 HC)
 4. Piñero 70% (58/83 HC)
 5. Rivadavia 49% (38/77 HC)
- 7) Las historias clínicas no tenían constancia de aplicación de vacunas
- a) BCG
1. Argerich 80% (66/83 HC)
 2. Durand 88% (72/82 HC)
 3. Penna 55% (46/83 HC)
 4. Piñero 30% (25/83 HC)
 5. Pirovano 54% (43/79 HC)
 6. Rivadavia 29% (22/77 HC)
- b) Hepatitis B
1. Argerich 29% (24/83 HC)
 2. Durand 41% (34/82 HC)
 3. Penna 76%⁴³ (63/83 HC)
 4. Piñero 4% (3/83 HC)
 5. Pirovano 1% (1/79 HC)
 6. Rivadavia 42% (32/77 HC)⁴⁴
- 8) Las historias clínicas no tenían constancia de realización de estudios diagnósticos obligatorios, indicados en la *Planificación del Alta. Guía*

⁴³ El servicio de Neonatología del Htal Penna informa que la aplicación de la vacuna de Hepatitis B queda registrada en el libro de Nacimientos de Enfermería. Se adjunta copia del mencionado libro. (Nota N°1587/2019)

⁴⁴ El servicio de Neonatología del Htal Rivadavia informa que la aplicación de la vacuna de Hepatitis B queda registrada en la hoja 9 de la historia clínica materna, junto al troquel de la vacuna aplicada al nacimiento. (Nota N° 1567/2019)

Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2016

a) PPN

1. Argerich 5% (4/83 HC)
2. Durand 23% (19/82 HC)
3. Penna 43%⁴⁵ (36/83 HC)
4. Piñero 1% (1/83 HC)
5. Pirovano 2% (2/79 HC)
6. Rivadavia 6% (6/77 HC)

b) Ecografía cerebral

1. Argerich 11% (9/83 HC)
2. Durand 17% (14/82 HC)
3. Penna 8% (8/83 HC)
4. Piñero 35% (29/83 HC)
5. Pirovano 20% (16/79 HC)
6. Rivadavia 10% (8/77 HC)

c) Fondo de ojos

1. Argerich 6% (5/83 HC)
2. Durand 24% (20/82 HC)
3. Penna 25% (21/83 HC)
4. Piñero 41% (34/83 HC)
5. Pirovano 42% (33/79 HC)
6. Rivadavia 6% (5/77 HC)

d) Otoemisiones

1. Argerich 92% (76/83 HC)
2. Durand 30% (25/82 HC)
3. Penna 54% (45/83 HC)
4. Piñero 22% (18/83 HC)
5. Pirovano 57% (45/79 HC)
6. Rivadavia 5% (4/77 HC)

e) Potenciales evocados

1. Argerich 99% (82/83 HC)
2. Durand 96% (79/82 HC)
3. Penna 99% (82/83 HC)
4. Piñero 100% (83/83 HC)

⁴⁵ El servicio de Neonatología del Htal Penna informa que la realización de la PPN queda registrada en el libro Oficial de Pesquisa Neonatal. Se adjunta copia del mencionado libro. (Nota N°1587/2019)

5. Pirovano 95% (75/79 HC)
 6. Rivadavia 5% (4/77 HC)
- 9) En las historias clínicas que tenían pedido de interconsultas, no constaba la realización de la misma
1. Argerich 17% (5/30 HC)
 2. Durand 15%(2/13 HC)
 3. Penna 14%(3/21 HC)
 4. Piñero 16%(8/50 HC)
 5. Pirovano 20%(5/25 HC)
 6. Rivadavia 6%(2/32 HC)
- 10) Las historias clínicas no tenían indicados turnos de seguimiento y control
1. Argerich 70% (58/83 HC)
 2. Durand 85% (70/82 HC)
 3. Penna 77% (64/83 HC)
 4. Piñero 52% (43/83 HC)
 5. Pirovano 53% (42/79 HC)
 6. Rivadavia 39% (30/77 HC)
- 11) Los Hospitales Argerich, Durand, Penna, Piñero y Pirovano no contaban con desfibrilador. Asimismo, los dos primeros carecían de carro de paro y kit.⁴⁶
- 12) Equipamiento médico en estado regular
1. Argerich 17% [incubadoras (4/4); respirador para cuidados críticos Neo- pediátrico (1/5); Servocunas (4/6)].
 2. Durand 24% [fototerapia a Tubo (9/9); respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (6/9); Rayos X rodante (1/1)].
 3. Penna 9% [incubadoras (6/13); Servocuna (1/10); Monitor multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros (1/1); Monitor multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros + PI (2/2)].⁴⁴
 4. Piñero 42% [fototerapia a tubo (8/8); incubadoras (7/13); servocunas (2/4); incubadoras de Transporte Hospitalario (4/4); Monitores multiparamétrico preconfigurado cinco parámetros (4/8); Respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (2/5)].
 5. Pirovano 12% [Equipo de Rayos X Rodante (1/1); respiradores para cuidados críticos Neo- pediátric (3/4)].

⁴⁶ Por Nota N°1587/2019 el Hospital Penna informó que contaba con equipamiento nuevo acorde a su nueva categorización (Nivel 3B). No se adjuntó listado del equipamiento adquirido. Se tendrá en cuenta en futuras auditorias.

6. Rivadavia 35% [incubadora (1/4); fototerapia a Tubo (11/11); respiradores para cuidados críticos Neo- pediátrico (4/8); Equipo de Rayos X Rodante (1/1); oxímetro de pulso de mesa (2/5); Electrocardiógrafo 3 canales (1/1)].
- 13) Equipamiento médico en estado malo
 1. Durand 1% [incubadora (1/4)].
 2. Pirovano 3% [incubadora (1/3)].
 3. Rivadavia 5% [Monitores de signos vitales SpO2 y PNI (2/2); Resucitador para lactante con pieza en T (1/1)].
- 14) El 29% del equipamiento médico de los Servicios de Neonatología auditados no contaba con ningún tipo de mantenimiento

IX) RECOMENDACIONES

- El Ministerio de Salud debe proceder a la reglamentación de la ley de Regionalización Perinatal (Ley N° 5.637).
- Arbitrar los recursos necesarios, tanto humanos como de equipamiento, para que los efectores con Neonatologías categorizadas como de Nivel 3B puedan realizar cirugías según lo establecido en la normativa.
- Arbitrar las medidas necesarias para cubrir los cargos de Médicos Neonatólogos vacantes. Asimismo, implementar un mecanismo para cubrir los cargos durante las licencias de los profesionales a los efectos de no sobrecargar la labor asistencial de los mismos.
- Establecer un sistema para la concurrencia de médicos especialistas pediátricos en aquellos efectores que así lo requieran.
- La Red de Neonatología deber implementar un sistema formal para registrar las reuniones realizadas.
- Implementar los controles necesarios para dar cumplimiento a la Ley 26.529 (Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado).
- Efectuar controles periódicos de cumplimiento del art 15 de la Ley N° 26.529 que establece que *“Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas*

médicas”, con el fin de evitar la comisión de errores médicos originados en la deficiencia de registros. Dejar constancia expresa en los mismos documentos de la realización de estudios de diagnóstico obligatorios indicados en la Guía Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2016.

- Estrategias de seguimiento durante el período de internación como así también al alta del paciente a los efectos de garantizar el cumplimiento de la Ley N° 1808/2005
- Dotar para uso exclusivo de los Servicios de Neonatología de Hospitales Generales de Agudos del equipamiento necesario y adecuado para llevar a cabo su labor asistencial.
- Realizar una evaluación sobre el equipamiento médico existente estableciendo un plan de reposición y mantenimiento adecuado en cada caso.

X) CONCLUSIÓN

Los servicios de neonatología analizados forman parte de una compleja oferta asistencial que la CABA destina a satisfacer la demanda de atención de pacientes que nacen en sus efectores y a recibir derivaciones de pacientes que requieren intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas de alta complejidad.

Desde septiembre de 2016 la Ciudad cuenta con una Ley de Regionalización Perinatal, aún no ha sido reglamentada. De acuerdo con esta norma, la actividad de los Servicios debería lograr (Art. 2°) “disminuir la morbilidad materno-infantil a través del desarrollo e implementación de los recursos humanos, físicos y económicos indispensables para garantizar la mayor seguridad materno-neonatal desde el embarazo hasta el puerperio”

A la fecha del presente informe no se había cumplido con la obligación de reglamentar la Ley para darle aplicación práctica que permitirá disponer la manera, establecer circuitos, registros e instaurar procesos que sistematicen la atención de pacientes.

Aún hoy el área Materno Infantil requiere formalización en la estructura del Ministerio de Salud de la CABA. Se encuentra subordinada a la Dirección General de Hospitales pero carece de rango formal en la estructura oficial.

En cuanto a la asignación de recursos humanos, se observó la necesidad de dotar al sistema de recursos humanos críticos especializados en población infantil: neonatólogos, cardiólogos, neurólogos, entre otros.

La insuficiente cantidad de profesionales que se verifica en la actualidad tiene perspectivas de incrementarse debido a la disminución en la cantidad de

postulantes para formarse en esas especialidades; por lo tanto, resulta indispensable que a corto plazo se planifiquen y diseñen políticas de estímulo en tal sentido.

Se hace necesario fortalecer los equipos de pesquisa neonatal e insistir en la necesidad de un correcto y minucioso registro en la historia clínica de cada una de las oportunidades de intervención, ya que la falta y / o la demora en las acciones de pesquisa, redundarían en la pérdida de oportunidad de detección y atención de patologías muy frecuentes en pacientes con estas características.