



INFORME FINAL DE AUDITORÍA

CON INFORME EJECUTIVO

PROYECTO N° 3.21.04

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN HOSPITALES AGUDOS
DE ALTA COMPLEJIDAD : D.F SANTOJANNI- DR. C. ARGERICH Y
DR. J.A FERNÁNDEZ**

AUDITORÍA DE GESTIÓN

PERÍODO 2020

Buenos Aires, Noviembre 2023

AUDITORIA GENERAL
DE LA CIUDAD DE
BUENOS AIRES

**Jean Jaures 220 -
Ciudad Autónoma De Buenos Aires**

Presidente

Dra. Mariana Inés Gagliardi

Auditores Generales

Dr. Juan José Calandri

Dr. Pablo Clusellas

Cdra. Mariela Giselle Coletta

Lic. María Raquel Herrero

Dr. Daniel Agustín Presti

Dr. Lisandro Mariano Teszkiewicz

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.21.04

NOMBRE DEL PROYECTO: Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández - Auditoría de Gestión.

PERÍODO BAJO EXAMEN: 2020

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:

EQUIPO DESIGNADO:

Directora de Proyecto: Dra. Agustina Zorrilla
Supervisor: C.P. Hugo Marchizotti

FECHA DE APROBACIÓN DEL INFORME: 08 DE NOVIEMBRE DE 2023

APROBADO POR: DISIDENCIA PARCIAL

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

INFORME EJECUTIVO.

Lugar y fecha de emisión: Buenos Aires, 08 de Noviembre de 2023.

Código de Proyecto: 3.21.04

Denominación del Proyecto: Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández.

Tipo de Auditoría: Gestión.

Dirección General: Dirección General de Control de Salud.

Período bajo examen: Año 2020.

Objeto de la Auditoría: Unidad de Cuidados Intensivos en los Hospitales: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández.

Objetivo de la Auditoría: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de economía, eficiencia y eficacia.

Alcance: Evaluar la ejecución del presupuesto aprobado; el logro de los objetivos previstos y otros indicadores de gestión.

Limitaciones al Alcance: no existen.

Observaciones:

- ❖ **Estructura formal.** La estructura formal aprobada por normativa no es coincidente con la estructura real verificada en los 3 hospitales analizados.
- ❖ **Existencia real de unidades.** Hospital Santojanni. El sector de Unidad Coronaria informó que no contaba con unidad de cuidados intermedios, cuando en realidad la misma había sido trasladada al cuarto piso del hospital luego de haber sido reconvertido su espacio físico en UTI 2 debido a las modificaciones estructurales necesarias realizadas por la pandemia.
- ❖ **Turnos horarios.** En los 3 hospitales analizados existen turnos horarios de agentes del plantel de enfermería en los días sábados, domingos y feriados que son de 12 horas, siendo que el turno

habitual es de 6 horas por tratarse de cumplimiento de funciones en áreas cerradas, implicando trabajar una hora menos que los turnos de áreas abiertas que son de 7 horas.

- ❖ **Módulos.** De acuerdo a la información obtenida de la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Santojanni, debido a la falta existente de enfermería, los agentes deben realizar módulos siendo un área crítica o cerrada que tiene de por sí una reducción horaria de 1 hora menos por turno (6 horas).
- ❖ **Déficit de personal.** Se ha efectuado un análisis del déficit de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santojanni, concluyendo que existe un déficit promedio en turnos del 68,06%, siendo el turno noche (de 0 horas a 6 horas) el más afectado con un déficit del 77,78%.
- ❖ **Cargos vacantes.** De acuerdo a la información obrante de las distintas unidades de cuidados intensivos analizados, hay necesidad de cubrir diversos cargos vacantes de personal profesional médico y de enfermería, según se describe en el presente informe.
- ❖ **Cuidado de la salud del personal de atención médica.** Los elementos de protección brindados al personal en el período 2020, de las unidades analizadas, no fueron adecuados ni suficientes en el caso de la Unidad Coronaria y la Sección Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Argerich, de la División Terapia Intensiva del Hospital Fernández y de la Unidad Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y la Sección Unidad Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santojanni.
- ❖ **Unidades Coronarias.** La Unidad Coronaria del Hospital Argerich no cuenta con material descartable y medicamentos en stock suficiente para cubrir las necesidades de la unidad por lo menos por 72 horas.
- ❖ **Identificación del paciente.** Se han detectado falencias en cuanto a la identificación del paciente según se describe en el presente informe, en particular en la División Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Argerich y en la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni.
- ❖ **Servicios auxiliares y/o áreas de apoyo. Endoscopia.** Los Hospitales Argerich y Fernández no cuentan con disponibilidad a endoscopia digestiva y respiratoria las 24 horas del día.
- ❖ **El Hospital Fernández no cuenta con un sistema de autoprotección aprobado vigente, siendo que tal presentación se encuentra en**

trámite. La vigencia del último sistema aprobado ha sido hasta el 17/10/2019.

- ❖ Hospital Argerich. La UTI B no cuenta con al menos dos electrocardiógrafos en la unidad, dado que no se encontró electrocardiógrafo disponible en el área.
- ❖ Hospital Santojanni. La UTI 1 no cuenta con al menos dos electrocardiógrafos en la unidad, dado que no había ninguno disponible al momento de la verificación. Los 3 que posee la unidad y otro prestado se encontraban en reparación.
- ❖ Equipo portátil de rayos. Las Unidades Coronarias del Hospital Argerich y del Hospital Santojanni no cuentan con equipo portátil de rayos exclusivo para cada unidad.
- ❖ Hospital Santojanni. Desde dentro de las áreas de la Unidad Coronaria y de las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales no puede accederse al exterior en forma directa por puerta o escalera, la salida en caso de evacuación se realiza por los pasillos interiores del efector.
- ❖ Hospital Fernández. La estación de enfermería de la UTI C cuenta con paredes que no permiten la visualización de los pacientes y no está emplazada en el centro del área de internación. No cuenta con sistema de cámaras o monitores y el sistema de alarma de los pacientes se limita a un sonido dentro del box, lo que posee el riesgo de no ser escuchado.
- ❖ Hospital Fernández. La Unidad Coronaria no posee la disponibilidad desde la cabecera del paciente de poder activar un interruptor que dé la señal de alarma en la estación central de enfermería, la habitación del médico de guardia y la sala de trabajo médico en caso de emergencia.
- ❖ Sistema de iluminación de emergencia. La UTI A, UTI B, UTI ex Intermedia y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Argerich, la UTI A, UTI B y UTI C del Hospital Fernández, la UTI 1, UTI 2, UTI 3 y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Santojanni, no poseen sistema de iluminación de emergencia.
- ❖ Hospital Santojanni. La UTI 2 no posee puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.
- ❖ Hospital Fernández. La UTI A, la UTI B y la Unidad Coronaria no poseen un grupo electrógeno para la unidad, ante un corte del servicio eléctrico hay conexión a un generador del hospital.

- ❖ **Hospital Santojanni.** La Unidad Coronaria y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales no cuentan con un grupo electrógeno para la unidad, las áreas están conectadas a la red de emergencia que cuenta con grupo electrógeno.
- ❖ **Alarma de humo.** La Unidad Coronaria, las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Argerich, la UTI A, UTI B, Unidad Coronaria, las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Fernández, y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Santojanni, no poseen instalada alarma de humo.
- ❖ **Hospital Argerich.** Los responsables de la UTI A, de la UTI B, de la UTI ex Intermedia y de la Unidad Coronaria desconocen la existencia de un plan de evacuación específico para la unidad.
- ❖ **Hospital Fernández.** El Jefe de Enfermería de la UTI A, el Coordinador de Enfermería presente en el área de la UTI C y el Jefe de Enfermería de la Unidad Coronaria, desconocen un plan de evacuación específico para cada área.
- ❖ **Hospital Santojanni.** Desde la UTI 1, la UTI 2, la UTI 3 y la Unidad Coronaria se desconoce el protocolo de evacuación de la unidad.

Conclusiones: En base a lo desarrollado en esta auditoría, se ha podido apreciar la atención brindada por parte del personal de salud de las unidades de cuidados intensivos analizadas, en contexto de pandemia en el período 2020 con los recursos disponibles en un inicio y luego, al pasar los primeros meses ya con la provisión de todo lo necesario. En estas áreas, las más críticas, no hubo personal de salud fallecidos, lo que indica que se tomaron las precauciones correspondientes de la mejor manera. Se han reconvertido distintas áreas de otros espacios para crear nuevas unidades de terapia intensiva en los tres hospitales bajo análisis. La cantidad de camas de las unidades de cuidados intensivos pasó de 201 al 1/1/2020 a 272 al 31/12/2020. Se han identificado 26 unidades de cuidados intensivos, de las cuales se ha trabajado sobre 18 de ellas, es decir que se ha analizado el 69% del total.

Con motivo de las adecuaciones efectuadas, las estructuras organizativas aprobadas por normativa no coinciden con la real existente en los efectores, a pesar de haber transcurrido ya más de entre 2 y 3 años desde tales cambios.

Con motivo de la situación de salud del período 2020, se han dictado una serie de medidas y se tomaron una serie de acciones en el marco de la emergencia sanitaria.

En el período 2020, los tres hospitales bajo análisis estaban incluidos en el denominado anillo rojo, recibiendo los casos más graves de covid-19. Estos efectores han podido atender adaptando recursos físicos en poco tiempo y tomando decisiones en el aspecto médico que tendieron a brindar la mejor

atención posible. Se designó personal adicional en forma transitoria por parte del Ministerio de Salud para ayudar con la atención. Los jefes de las unidades de cuidados intensivos han descripto en forma amplia como han pasado esos días tan difíciles en cada una de sus unidades, especialmente las terapias intensivas. En cuanto a los recursos humanos se ha notado que se están jubilando profesionales con antigüedad importante, que están a cargo de jefaturas y que hay déficit de plantel de enfermería y que éstos agentes realizan módulos y turnos de 12 horas en las áreas cerradas analizadas.

También se ha notado falta de personal administrativo en determinados casos implicando que los profesionales médicos tengan que ocuparse de ciertas tareas administrativas. Por último, según la información obtenida, hay cargos vacantes que deberían cubrirse.

En relación a la seguridad del paciente, el personal de salud de las áreas analizadas no cuenta con identificación y se ha verificado falta de confiabilidad en los datos estadísticos comparativos de distintas fuentes.

Se han detectado determinadas falencias en cuanto a equipamiento que, en algunos casos, se relacionan con la reconversión de ciertos espacios, pero aún al momento de desarrollo de las tareas de auditoría, continuaban sin resolverse. En lo que se refiere a estructura física, ha habido reconversión de espacios en el período auditado y ciertas falencias en la distribución de áreas al momento de desarrollo de las tareas de auditoría. En consecuencia falta adecuar señalización, sistemas de monitoreo de pacientes, piletas para lavado de manos por cama; implementar sistema de iluminación de emergencia, grupos electrógenos propios en algunas unidades, alarmas de humo y conocer la existencia de un plan específico de evacuación por partes de los responsables de las distintas unidades de cuidados intensivos.

Por último cabe señalar la buena predisposición de los funcionarios entrevistados y la colaboración brindada al equipo de auditoría.

Palabras Claves: Cuidados intensivos. Pandemia. Emergencia sanitaria.

INFORME FINAL DE AUDITORÍA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN HOSPITALES AGUDOS DE
ALTA COMPLEJIDAD: D. F. SANTOJANNI, DR. C. ARGERICH Y DR. J. A.
FERNÁNDEZ – AUDITORÍA DE GESTIÓN.
PROYECTO N° 3.21.04

DESTINATARIO

Señor
Vicepresidente Primero de la
Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lic. Emmanuel Ferrario
S _____ / _____ D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70, y conforme a lo dispuesto en el Art. 135 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, se ha procedido a efectuar un examen en el ámbito de los Hospitales Argerich, Fernández y Santojanni dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado I.

I. OBJETO DE LA AUDITORÍA.

Unidad de Cuidados Intensivos en los Hospitales: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández.

II. ALCANCE DEL EXAMEN.

El examen se realizó de conformidad con las Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución N° 161/00-AGCBA y su modificatoria Resolución N° 152/17-AGCBA.
Para la realización de la auditoría se llevaron a cabo los siguientes procedimientos:

- 1) Presentación del proyecto ante la Dirección de los tres hospitales incluidos en esta auditoría.
- 2) Elaboración de una breve introducción al sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- 3) Presentación de la identificación de los organismos auditados.
- 4) Recopilación y análisis de normativa general relacionada con el objeto de auditoría y en particular con lo pertinente al contexto de pandemia covid 19 para el período 2020.
- 5) Elaboración de una breve reseña conteniendo los antecedentes históricos de los efectores auditados.
- 6) Realización de entrevistas con responsables de las áreas pertinentes de los tres hospitales incluidos en esta auditoría.
 - a. Hospital Argerich.
 - i. Jefe de División Terapia Intensiva.
 - ii. Jefe de Unidad Coronaria.
 - iii. Jefa de Sección Neonatología.
 - b. Hospital Fernández.
 - i. Jefe de División Terapia Intensiva.
 - ii. Jefa de Unidad Coronaria.
 - iii. Jefa de Sección Neonatología Cuidados Intensivos.
 - c. Hospital Santojanni.
 - i. Subdirector Médico.
 - ii. Jefe de Unidad Terapia Intensiva.
 - iii. Jefe de Unidad Coronaria.
 - iv. Jefa de Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.
- 7) Descripción de generalidades pertinentes a las unidades de cuidados intensivos que incluye concepto general, antecedentes históricos de la terapia intensiva de adultos e infantil, tipos de unidades de cuidados intensivos, terapia intensiva como especialidad médica, análisis conceptual de unidad de reanimación o shock room y su evaluación acerca de su inclusión en las tareas a efectuar y otras consideraciones en relación a las 26 unidades de cuidados intensivos detectadas en los 3 efectores.
- 8) Identificación de las unidades de cuidados intensivos en los 3 efectores en la actualidad, al 1/1/2020 y al 31/12/2020, indicando su denominación y la cantidad de camas con que cuenta cada unidad.
- 9) Detalle de la dependencia jerárquica de las distintas unidades de cuidados intensivos según las respectivas estructuras orgánico funcionales aprobadas por normativa.

- 10)Detalle de la ubicación física de las unidades de cuidados intensivos en cada uno de los 3 hospitales analizados.
- 11)Relevamiento del plantel profesional médico y de enfermería afectado a las unidades de cuidados intensivos al inicio y al final del período auditado (2020) en el caso de las unidades de terapia intensiva y a la actualidad en el caso de todas las unidades de cuidados intensivos analizadas.
- 12)Análisis de una unidad de cuidados intensivos en relación al cálculo de déficit de plantel de enfermería.
- 13)Relevamiento de otros recursos humanos relacionados con las unidades de cuidados intensivos.
- 14)Descripción de respuestas de determinadas consultas efectuadas en las unidades de cuidados intensivos en relación al cuidado de la salud del personal de atención médica.
- 15)Descripción de las características de la capacitación desarrollada durante el período 2020 en relación al personal de salud de las unidades de cuidados intensivos.
- 16)Detalle de aspectos relacionados con la atención al paciente como utilización de protocolos de atención por parte de las unidades de terapia intensiva, disponibilidad de un programa de control de infecciones, de un flujograma de atención de todas las unidades de cuidados intensivos analizadas. También se describen características en relación a la admisión y alta de pacientes, horarios de visita y horarios de informes, responsabilidad de la información de rutina diaria y de emergencia a familiares de los pacientes de todas las unidades analizadas.
- 17)Descripción narrativa de la atención brindada durante el período 2020, atención, rechazo, derivación y recepción de pacientes en el período mencionado en el caso de las unidades de terapia intensiva. Presentación de otros datos relacionados con la atención en ese año (porcentaje de ocupación de camas, forma de información al familiar del paciente) en el caso de todas las unidades analizadas. Por último, presentación de una breve reseña de la atención en la actualidad de todas las unidades auditadas.
- 18)Precisiones sobre seguridad del paciente y relevamiento de determinados aspectos en efectores (gestión de administración de medicamentos, medidas para prevención de infecciones, identificación del paciente e identificación del personal de salud).
- 19)Verificación del cumplimiento de determinadas características de los servicios auxiliares necesarios para un buen funcionamiento de las unidades de terapia intensiva.

- 20) Síntesis de la participación de personal de las unidades de cuidados intensivos en comités y comisiones de los hospitales.
- 21) Evaluación del funcionamiento de los distintos servicios tercerizados en todas las unidades analizadas, mediante la información obtenida de los respectivos jefes consultados y clasificando la misma en “bueno, regular y malo”.
- 22) Obtención de información acerca de la provisión de medicamentos e insumos biomédicos de todas las unidades auditadas, considerando particularmente el año 2020.
- 23) Confección de cuadro con información obtenida relacionada con determinados registros y la situación existente referente a la informatización en todas las unidades bajo análisis.
- 24) Compulsa acerca de la realización de otras auditorías y/o informes efectuados por otros organismos en relación a las unidades de cuidados intensivos auditadas.
- 25) Breve detalle de determinados conceptos relacionados con la detección de pacientes con obra social que se desarrollan en las áreas de las unidades de cuidados intensivos.
- 26) Evaluación realizada, mediante grillas preparadas y recorridas in situ, con el fin de verificar determinadas características propias de cada unidad de cuidados intensivos relacionadas con estructura física.
- 27) Evaluación realizada, mediante grillas preparadas y recorridas in situ, con el fin de verificar determinadas características propias de las unidades de terapia intensiva y unidades coronarias, relacionadas con equipamiento.
- 28) Verificación del estado de situación respecto a la presentación obligatoria correspondiente a los sistemas de autoprotección de los 3 hospitales. Incluye también la verificación de plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí”.
- 29) Obtención de datos estadísticos de todas las unidades analizadas.
- 30) Análisis de datos presupuestarios del período 2020 correspondientes a los 3 hospitales bajo análisis. Incluye también un análisis de las metas físicas del mencionado período.

Las tareas propias del objeto de examen fueron desarrolladas entre las siguientes fechas:

- ❖ Tareas de campo: 18 de julio de 2022 al 20 de abril de 2023.
- ❖ Tareas del proyecto en general: 21 de marzo de 2022 al 24 de abril de 2023.

Cabe mencionar que en Aclaraciones Previas y en Anexos todos los cuadros, tablas y organigramas presentados son de elaboración propia, salvo en aquellos casos donde se expresamente se indica la fuente de información.

Limitaciones al alcance.

No existen.

III. ACLARACIONES PREVIAS.

1. Sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

1.1. Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, en su Libro Primero “Principios: Derechos, Garantías y Políticas Especiales”, Título Segundo “Políticas Especiales”, Capítulo Segundo “Salud”, artículo 20, garantiza el derecho a la salud integral, que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El mismo artículo establece que se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Define que se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo y que rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades y de igual modo se procede con otras jurisdicciones.

El artículo 21 expresa que “la Legislatura debe sancionar una Ley Básica de Salud” y fija sus lineamientos, los que fueron receptados en la Ley N° 153/99 denominada “Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires”. Entre los lineamientos fijados por el artículo 21 mencionado se define que “La Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud. Financia el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privado y los organismos de seguridad social”. Otro lineamiento expresa que “El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel. Determina la articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el área

metropolitana; y concerta políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales”.

Además, entre otros lineamientos, se definen los siguientes:

- ✓ Reconoce a la tercera edad el derecho a una asistencia particularizada.
- ✓ Garantiza la prevención de la discapacidad y la atención integral de personas con necesidades especiales.
- ✓ Previene las dependencias y el alcoholismo y asiste a quienes los padecen.
- ✓ Desarrolla una política de medicamentos que garantiza eficacia, seguridad y acceso a toda la población. Promueve el suministro gratuito de medicamentos básicos.
- ✓ Incentiva la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud, en vinculación con las universidades.
- ✓ Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales.

1.2. Ley Básica de Salud.

El Sistema de Salud está integrado por el conjunto de recursos de salud de dependencia: estatal, de la seguridad social y privada que se desempeñan en el territorio de la Ciudad¹.

El subsector estatal de la Ciudad está integrado por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires².

El subsector estatal se compone de redes integradas de servicios de salud con eje en el primer nivel de atención, conformando una red de cuidados progresivos y coordinados, con regionalización preferente, para servicios ambulatorios y de mayor complejidad, hasta la internación compleja³.

Los efectores son los hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud⁴.

1.3. Resolución N° 31/MSGC/08.

Mediante esta resolución se crearon las regiones sanitarias. Se trata de unidades de organización sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud, para organizar territorialmente el subsector estatal de salud.

Son 4 y comprenden geográficamente a distintas comunas.

¹ Ley N° 153/99 (Texto consolidado 2018) – Artículo 10.

² Ley N° 153/99 (Texto consolidado 2018) – Artículo 13.

³ Ley N° 153/99 (Texto consolidado 2018) – Artículo 27.

⁴ Ley N° 153/99 (Texto consolidado 2018) – Artículo 24.

Región Sanitaria	Comunas
I	1, 3 y 4.
II	7, 8 y 9.
III	5, 6, 10, 11 y 15
IV	2, 12, 13 y 14

Por lo expuesto, los hospitales sobre los que se desarrollarán las tareas en esta auditoría se encuentran comprendidos de la siguiente manera:

Hospital	Región Sanitaria	Comuna
Argerich	I	4
Fernández	IV	14
Santojanni	II	9

2. Identificación del organismo.

Seguidamente se identifican los efectores en los cuales se desarrollarán las tareas de auditoría.

2.1. Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich.

El Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich se encuentra ubicado en Pi y Margall 750 en el Barrio de La Boca, Comuna 4.

El Director Médico fue designado mediante el Decreto N° 319/GCABA/2016, en carácter titular transitorio con 44 horas semanales.

2.2. Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández.

El Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández se encuentra ubicado en Av. Cerviño 3356 en el Barrio de Palermo, Comuna 14.

El Director Médico fue designado mediante el Decreto N° 456/GCABA/2016, en carácter interino con 44 horas semanales.

2.3. Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni.

El Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni se encuentra ubicado en Pilar 950 en el Barrio de Mataderos, Comuna 9.

El Director Médico fue designado mediante el Decreto N° 353/GCABA/2016, en carácter interino con 44 horas semanales.

3. Antecedentes históricos de los efectores.

Los antecedentes históricos de los efectores están descriptos en el Anexo III.

4. Marco normativo.

En el cuerpo del informe y en anexos se cita normativa general, en el Anexo I denominado “Marco normativo” se detalla el tipo de norma, número, año, fecha de publicación oficial y breve síntesis acerca de su contenido.

5. Contexto de pandemia.

En el contexto de la pandemia Coronavirus (COVID-19) se han tomado determinadas medidas y acciones. Seguidamente se indican las principales.

- ❖ Emergencia sanitaria.
- ❖ Centro de Operaciones de Emergencia.
- ❖ Anillo rojo.
- ❖ Recursos humanos. Planta transitoria.
- ❖ Otras medidas.

En el Anexo V se encuentra la descripción de cada una de ellas.

6. Estructura organizativa.

Se presenta en el Anexo IV la estructura organizativa del Ministerio de Salud y de los efectores incluidos en esta auditoría, en el período auditado (2020) y la vigente al 23/4/2023.

7. Unidades de cuidados intensivos. Generalidades.

7.1. Concepto general.

En el contenido del Programa docente de la residencia de clínica médica con orientación en terapia intensiva del Ministerio de Salud del GCBA, año 2012, se expresa que las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son los lugares en donde se realiza la labor asistencial de la especialidad. Se tratan de servicios de carácter polivalente, que funcionan con una íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del Área de Salud y se atienden a pacientes con patología clínica como quirúrgica, con el denominador común de su carácter crítico y potencialmente recuperable.

7.2. Definición de Unidad de Terapia Intensiva.

Se describe en el Anexo VI.

7.3. Antecedentes históricos de la Terapia Intensiva.

Se describen en el Anexo VI.

7.4. Tipos de unidades de cuidados intensivos.

Entre los distintos tipos de unidades de cuidados intensivos a considerar en esta auditoría se encuentran los siguientes.

Tipos de unidades de cuidados intensivos	
Según	Unidad
*Anexo I de la Resolución N° 748/2014 del Ministerio de Salud de Nación	Unidad de Reanimación (UR)
	Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 2 (UCI 2)
	Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 1 (UCI 1)
	Unidad de Cuidados Intermedios (UTI 1/2 o UTIM)
*Anexo I de la Resolución N° 747/2014 del Ministerio de Salud de Nación	Unidad de Reanimación (UR)
	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica Nivel 2 (UCIP 2)
	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica Nivel 1 (UCIP 1)
	Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCIM)
*Anexo I de la Resolución N° 641/2012 del Ministerio de Salud de Nación	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Nivel 2
	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Nivel 3A
	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Nivel 3B
*Anexo I de la Resolución N° 375/2002 del Ministerio de Salud de Nación	Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (Unidades Coronarias – UCO)
*Información brindada por el Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández	Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP)
	Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI)
	Sala de Recuperación Intensiva Post UTI (SARIP)

Las respectivas definiciones de las unidades mencionadas se encuentran descriptas en el Anexo VI.

En el mencionado anexo también se presentan determinados aspectos acerca de la Terapia Intensiva como especialidad médica y acerca de algunas consideraciones a tener en cuenta sobre Unidad de Reanimación o Shock Room.

Además en el Anexo VI se detalla como otras consideraciones cuáles son las unidades de cuidados intensivos que no son objeto de análisis en esta auditoría.

7.5. Universo de unidades de cuidados intensivos.

Seguidamente se presenta un cuadro resumen acerca del universo de unidades de cuidados intensivos existentes en los mencionados efectores y cuáles y cuántas son las unidades a considerar en este proyecto de auditoría.

Unidades de cuidados intensivos												
Hospital	UR	UTI	UTI Interm.	UCO	UCO Interm.	UCIN	UCIN Interm.	UCIP	USoVNI	SARIP	Total	%
Argerich	1	3	0	1	0	1	1	0	0	1	8	31%
Fernández	1	3	0	1	0	1	1	1	1	1	10	38%
Santojanni	1	3	0	1	1	1	1	0	0	0	8	31%
Totales	3	9	0	3	1	3	3	1	1	2	26	100%
Analizadas	0	9	0	3	0	3	3	0	0	0	18	69%
No analizadas	3	0	0	0	1	0	0	1	1	2	8	31%
Totales	3	9	0	3	1	3	3	1	1	2	26	100%

Se puede apreciar que de un total de 26 unidades de cuidados intensivos, el 38% corresponde al H. Fernández, el 31% al H. Argerich y el restante 31% al H. Santojanni.

En cuanto a las unidades analizadas en este proyecto, constituyen el 69% del total, considerando que hay 3 unidades UR que ya fueron auditadas como se ha mencionado previamente. Si se incorporarían esas 3 unidades como auditadas (aunque haya sido en otro proyecto de auditoría) quedarían 21 unidades verificadas contra 5 no analizadas, lo que constituiría en ese caso un 81% de análisis efectuado por auditorías.

8. Unidades de cuidados intensivos. Particularidades.

Se presentan los aspectos particulares de las unidades de cuidados intensivos de los efectores analizados en esta auditoría.

8.1. Identificación de las unidades.

Se exhiben cuales son las unidades de cuidados intensivos existentes en los tres efectores bajo análisis y la cantidad de camas de cada una, así también cómo fue la evolución que se ha desarrollado en el período auditado desde el inicio y hasta el fin del año 2020.

8.1.1. En la actualidad.

El detalle correspondiente a las unidades de cuidados intensivos existentes en la actualidad y la cantidad de camas que poseen, se encuentra en el Anexo VII.

8.1.2. Evolución en el período auditado.

8.1.2.1. Al 1/1/2020.

Los tres efectores contaban con las siguientes unidades de cuidados intensivos al 1/1/2020, inicio del período auditado.

8.1.2.1.1. H. Argerich.

H. Argerich		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de reanimación (Shock room)	14
2	Unidad de terapia intensiva UTI A	24
3	Unidad de terapia intensiva UTI B	
4	Unidad de terapia intensiva intermedia	
5	Unidad coronaria	8
6	Unidad cuidados intensivos neonatales	7
7	Unidad cuidados intermedios neonatales	12
Total camas de unidades de cuidados intensivos		65

8.1.2.1.2. H. Fernández.

H. Fernández		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de Reanimación (Shock room)	5
2	Unidad de Terapia Intensiva UTI A	8
3	Unidad de Terapia Intensiva UTI B	8
4	Unidad de Terapia Intensiva Intermedia	12
5	Unidad Coronaria	10
6	Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP)	5
7	Unidad Cuidados Intensivos Neonatales	9
8	Unidad Cuidados Intermedios Neonatales	7
Total camas de unidades de cuidados intensivos		64

8.1.2.1.3. H. Santojanni.

H. Santojanni		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de Reanimación (Shock room)	8
2	Unidad de Terapia Intensiva UTI 1	12
3	Unidad Coronaria	8
4	Unidad Coronaria Intermedia	14
5	Unidad Cuidados Intensivos Neonatales	10
6	Unidad Cuidados Intermedios Neonatales	20
Total camas de unidades de cuidados intensivos		72

8.1.2.2. Al 31/12/2020.

Los tres hospitales contaban con las siguientes unidades de cuidados intensivos al 31/12/2020, final del período auditado.

8.1.2.2.1. H. Argerich.

H. Argerich		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de reanimación (Shock room)	14
2	Unidad de terapia intensiva UTI A	12
3	Unidad de terapia intensiva UTI B	13
4	Unidad de terapia intensiva UTI (Ex intermedia)	6
5	Unidad de terapia intensiva UTI (Ex Unidad coronaria)	5
6	Sala de Rehabilitación Intensiva Post Covid-19 (SARIP)	4
7	Unidad coronaria	7
8	Unidad cuidados intensivos neonatales	7
9	Unidad cuidados intermedios neonatales	12
Total camas de unidades de cuidados intensivos		80

La Unidad de terapia intensiva UTI (Ex Unidad coronaria) fue creada en el año 2020 como cuarta unidad, se trata del espacio físico de la vieja unidad coronaria de 8 camas que funcionaba lindera al sector de terapia intensiva, y fue reacondicionada con 5 camas. La Unidad coronaria fue trasladada a la Sala de recuperación posquirúrgica en el 6º piso del hospital donde funciona la planta quirúrgica. Esta cuarta unidad tuvo que ser reacondicionada para poder ser usada con pacientes covid-19 por las necesidades de aislamiento de esos pacientes altamente contagiantes. En la actualidad, y por la evolución de la pandemia, se encuentra fuera de uso.

Se puede apreciar que en el año 2020 hubo tres modificaciones efectuadas a fin de atender las necesidades surgidas por la pandemia. Se reconvirtió la Unidad de terapia intermedia en unidad de terapia intensiva, se creó una cuarta unidad en el espacio de la ex Unidad coronaria y se creó la Sala de Rehabilitación Intensiva Post Covid-19 (SARIP).

En el año 2020 la Unidad Coronaria pasó de tener 8 camas a 7 debido a la mudanza al 6º piso del hospital dado que su sector edilicio se transformó en una unidad de terapia intensiva.

8.1.2.2.2. H. Fernández.

H. Fernández		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de reanimación (Shock room)	13
2	Unidad de terapia intensiva UTI A	10
3	Unidad de terapia intensiva UTI B	12
4	Unidad de terapia intensiva UTI C	12
5	Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP)	15
6	Unidad coronaria	10
7	Sala de Recuperación Intensiva Post UTI (SARIP)	16
8	Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI)	7
9	Unidad cuidados intensivos neonatales	9
10	Unidad cuidados intermedios neonatales	7
Total camas de unidades de cuidados intensivos		111

En este efector la Unidad de Terapia Intensiva Intermedia se reconvirtió en la UTI C. Se crearon la SARIP y la USoVNI durante el período auditado. La UCIP tuvo un incremento de 10 camas más para la atención en pandemia.

8.1.2.2.3. H. Santojanni.

H. Santojanni⁵		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de reanimación (Shock room)	(a)
2	Unidad de terapia intensiva UTI 1	12
3	Unidad de terapia intensiva UTI 2	12
4	Unidad de terapia intensiva UTI 3	11
5	Unidad coronaria	8
6	Unidad coronaria intermedia	8
7	Unidad cuidados intensivos neonatales	10
8	Unidad cuidados intermedios neonatales	20
Total camas de unidades de cuidados intensivos		81

(a) Posee una camilla.

En relación a la Unidad de Reanimación o Shock Room se aclara que ocupa un rincón del espacio físico en la Unidad de Terapia Intensiva UTI 3, quedando apartado del sector de pacientes covid positivos, para la evaluación continua de pacientes ingresados por urgencias y por helicóptero.

⁵ La información brindada por el Hospital Santojanni expresa que ya en el mes de mayo de 2020 contaba con esta estructura de unidades de cuidados intensivos.

Se puede apreciar que, con motivo de la situación sanitaria ocurrida en el transcurso del año 2020, ha habido modificaciones en las unidades de cuidados intensivos en este efector.

- ❖ Se armó la Unidad de Terapia Intensiva UTI 2 con 12 camas en boxes separados por mamparas. Fue creada en un espacio del segundo piso del hospital, el mismo fue modificado acorde a la planta física de una terapia intensiva (cerramiento de ventana, colocación de camas, respiradores, etc.) acondicionando el sector para convertirse en la UTI 2. Anteriormente este espacio estaba ocupado por la División Cardiología que contaba con 14 camas de internación de cuidados intermedios.
- ❖ Se transformó el Shock Room de la Guardia del hospital en la Unidad de Terapia Intensiva UTI 3 contando con 11 camas. Anteriormente el Shock Room contaba con 7 camas. El Shock Room es una sala preparada especialmente para recibir emergencias médicas, equipada para atender pacientes politraumatizados, con infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, ACV, estado de shock, paro cardiorrespiratorio y todo tipo de patología que requiera atención inmediata y con alta tecnología. En la transformación se ha conservado un pequeño espacio en el mismo lugar para tal función con una camilla, el monitor y el ecógrafo para la recepción, evaluación y diagnóstico de los pacientes que llegan graves por helicóptero o ambulancia en forma transitoria, luego, o queda en UTI 3 o se lo deriva a Clínica Médica porque superó la complejidad.

Acorde a lo expresado por el Subdirector Médico⁶, la reconversión de la Unidad Coronaria Intermedia en UTI 2 y el Shock Room en UTI 3 ha sido una decisión tomada por inducción ministerial, dado que la Ciudad en el período de pandemia necesitaba un total de 340 camas de terapia intensiva disponibles.

Según lo manifestado por el Jefe de Unidad Terapia Intensiva, ha funcionado por un mes una Unidad de Terapia Intermedia que contaba con 4 camas. El total de camas (81) al 31/12/2020 se ha mantenido en la actualidad.

8.1.2.3. Resumen evolución período 2020.

A continuación se presenta un resumen de la evolución de las unidades de cuidados intensivos en cuanto a las camas con que contaban al inicio del

⁶ En el año 2019 era Jefe de la Unidad Terapia Intensiva del hospital.

período mencionado y al final, indicando finalmente cual fue el incremento de camas en el año con motivo de la aparición de la pandemia covid 19.

Hospital	Camas de unidades de cuidados intensivos		
	Al 1/1/2020	Al 31/12/2020	Evolución
Argerich	65	80	15
Fernández	64	111	47
Santojanni	72	81	9
Totales	201	272	71

Puede apreciarse que en el conjunto de estos 3 hospitales se pasó de 201 camas de cuidados intensivos a 272 hacia el final del año 2020, incrementándose en un 35% (71 camas).

8.1.3. Ubicación de las unidades en estructura formal.

Se detalla en el Anexo VIII la dependencia jerárquica de las distintas unidades de cuidados intensivos según las respectivas estructuras orgánico funcionales aprobadas por normativa.

En los tres efectores se ha apreciado que la estructura formal no coincide con la estructura real de tales efectores.

8.1.4. Ubicación física de las unidades.

Se describe en el Anexo IX la ubicación física de las unidades de cuidados intensivos en cada uno de los tres hospitales analizados.

8.2. Recursos humanos.

8.2.1. Profesionales médicos.

8.2.1.1. Al 1/1/20.

Se indica la cantidad de profesionales médicos afectados a las unidades de cuidados intensivos conformadas para este análisis por las terapias intensivas de cada hospital a esa fecha, inicio del período auditado.

Hospital	Unidad	Cantidad	Detalles
Argerich	Terapia Intensiva A, B e Intermedia	*43 profesionales	Todos especialistas en terapia intensiva.
Fernández	Terapia Intensiva A, B e Intermedia	*53 profesionales	Incluye: *3 médicos especialistas en terapia intensiva jefes de división y unidades *42 médicos especialistas en terapia intensiva de guardia. *3 médicos especialistas en terapia intensiva de planta. *5 médicos especialistas en terapia intensiva suplentes de guardia.
Santojanni	Terapia Intensiva 1	*5 terapistas de guardia por día *6 médicos de planta *2 jefes a cargo	Incluye a Shock Room

8.2.1.2. Al 31/12/20.

Se indica la cantidad de profesionales médicos afectados a las unidades de cuidados intensivos conformadas para este análisis por las terapias intensivas de cada hospital a esa fecha, final del período auditado.

Hospital	Unidad	Cantidad	Detalles
Argerich	Terapia Intensiva A, B, ex Intermedia y ex Unidad Coronaria	*47 profesionales	Todos especialistas en terapia intensiva.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	*73 profesionales	Incluye: *3 médicos especialistas en terapia intensiva jefes de división y unidades *42 médicos especialistas en terapia intensiva de guardia. *3 médicos especialistas en terapia intensiva de planta. *5 médicos especialistas en terapia intensiva suplentes de guardia. *20 médicos especialistas en terapia intensiva adultos y pediátricos, cardiólogos, residentes de terapia intensiva y cardiología que se desempeñaron en la guardia, provenientes de otro hospital o con contratos de planta transitoria.

Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	*8 terapistas de guardia por día *6 médicos de planta *3 jefes a cargo *8 médicos asignados por el Ministerio de Salud	Incluye a Shock Room
------------	----------------------------	---	----------------------

8.2.1.3. A la actualidad.

Se indica la cantidad de profesionales médicos afectados a las unidades de cuidados intensivos analizadas de cada hospital al momento de desarrollo de las tareas de auditoría. En este punto se agrega la información de los recursos de las unidades de terapia intensiva, unidades coronarias y unidades de cuidados intensivos neonatales.

Hospital	Unidad	Cantidad	Detalles
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	*50 profesionales	Todos especialistas en terapia intensiva. La cifra de 50 profesionales corresponde a la fecha 9/5/2022. A la fecha 14/9/2022 esa cifra ha disminuido a 49 profesionales que conforman el plantel, desglosándose de la siguiente forma: *Planta = 15 *Guardia y planta = 9 *Guardia = 20 *Suplente de guardia = 5 Además se cuenta con 10 residentes y 1 jefe de residentes.
	Coronaria	*1 jefe *1 médico de planta coordinador *médicos residentes de segundo a cuarto año de Cardiología. *7 médicos de planta de Cardiología	Hasta iniciado este milenio la plantilla médica estaba constituida por 1 jefe y 1 médico de planta coordinador, la atención directa del paciente y el funcionamiento eran sostenidos exclusivamente por médicos residentes de segundo a cuarto año de Cardiología. A partir del año 2000 y hasta la actualidad la actividad se complementa con 5 médicos de planta de Cardiología que cumplen sus funciones de lunes a viernes a cargo de una guardia diaria de 24 horas y 2 que supervisan a los residentes los sábados y domingos durante 12 horas cada uno.
	Cuidados Intensivos e	*1 jefe *30 profesionales	Incluye 12 profesionales de planta, 8 de guardia y 10 de planta y guardia. Al 7/11/2022 había un agente al que se le ha solicitado el trámite de jubilación, otro

	Intermedios Neonatales		agente continúa con licencia covid desde comienzo de la pandemia, una médica se encuentra con licencia por embarazo, otra médica se encuentra cursando un embarazo de alto riesgo y otra médica puérpera.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	*53 profesionales	Incluye: *3 médicos especialistas en terapia intensiva jefes de división y unidades *42 médicos especialistas en terapia intensiva de guardia. *3 médicos especialistas en terapia intensiva de planta. *5 médicos especialistas en terapia intensiva suplentes de guardia.
	Coronaria	*10 profesionales	Incluye: *1 médico especialista en cardiología. *2 médicos especialistas en cardiología de planta. *7 médicos especialistas en cardiología de guardias que pertenecen al Departamento de Urgencias.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	*26 profesionales	Incluye: *13 profesionales en neonatología de planta. *4 profesionales en neonatología de planta y guardia. *9 profesionales en neonatología de guardia.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	*7 terapistas de guardia por día *7 médicos de planta *3 jefes a cargo	Incluye a Shock Room
	Coronaria	*1 jefe *3 cardiólogos de planta *3 cardiólogos de guardia por día	En relación a los cargos de guardia, el día miércoles hay 2 dado que se está esperando una designación, en el día jueves hay 2 profesionales y un cargo sin cubrir, en el día viernes hay 1 profesional dado que se espera una designación y un profesional está de licencia por enfermedad desde 2020, el día sábado hay 1 profesional y 2 cargos sin cubrir, el día domingo hay 2 profesionales dado que hay un profesional de licencia con retención de cargo.
	Cuidados Intensivos e	*1 jefe de unidad *2 jefes de sección	Los jefes de sección son de Terapia Intensiva y de Terapia Intermedia. De los 2 médicos de planta uno es de 30 horas y el otro de 40 horas. En relación a los

	Intermedios Neonatales	*2 médicos de planta *3 médicos de guardia por día	médicos de guardia por día son 3, excepto miércoles y domingos que se cuenta con 4 y viernes que se cuenta con 1.
--	------------------------	---	---

Seguidamente se efectúan algunos comentarios acerca de la evolución de las cantidades de profesionales médicos en el período 2020 por hospital para el caso de las unidades de terapia intensiva.

❖ Hospital Argerich.

Se puede apreciar en este hospital que en relación a las unidades de terapia intensiva, en el período 2020 ha tenido un incremento de 4 profesionales entre el inicio y fin del año y de 7 profesionales entre el inicio de 2020 y la actualidad.

❖ Hospital Fernández.

En este efector se puede visualizar que durante el año 2020 el plantel de profesionales médicos en las unidades de terapia intensiva se ha incrementado en 20 profesionales más. En la actualidad se volvió a contar con la misma cantidad de plantel que al 1/1/2020.

❖ Hospital Santojanni.

En el caso del Hospital Santojanni se puede apreciar que durante el período 2020 ha tenido un incremento en la cantidad de profesionales médicos en la Unidad de Terapia Intensiva, pasó de contar con 5 terapistas diarios a 8 manteniéndose al 4/10/22 en 7 terapistas diarios a pesar de no tener pacientes covid, se sigue manteniendo una demanda in crescendo de varias especialidades y de diversos efectores de la CABA, según lo manifestado en la respuesta de este hospital a la nota de requerimiento de información básica efectuada. En el período 2020 se ha reforzado el plantel con la asignación de 8 médicos para la cobertura de la pandemia.

Según señala el Subdirector Médico, cabe destacar que, actualmente, ante la deserción de médicos residentes y la jubilación obligatoria de los médicos mayores, en su mayoría jefes, se cuenta con un recurso humano muy joven afectado salarialmente, que se ve obligado a tener otros trabajos y que, asimismo, no se encuentra en condiciones para acceder a las jefaturas. Por otro lado, hay una posición gremial combativa que se niega a las permutaciones fundamentadas académicamente de la necesidad hospitalaria, acarrea un descontrol organizativo ante los cambios de optimización funcional.

8.2.2. Enfermería.

8.2.2.1. Al 1/1/20.

Se indica la cantidad de personal de enfermería afectado a las unidades de cuidados intensivos conformadas para este análisis por las terapias intensivas de cada hospital a esa fecha, inicio del período auditado.

Hospital	Unidad	Cantidad	Detalles
Argerich	Terapia Intensiva A, B e Intermedia	81 agentes	***
Fernández	Terapia Intensiva A, B e Intermedia	79 agentes	***
Santojanni	Terapia intensiva 1	5 por turno	En Shock Room 3 por turno

8.2.2.2. Al 31/12/20.

Se indica la cantidad de personal de enfermería afectado a las unidades de cuidados intensivos conformadas para este análisis por las terapias intensivas de cada hospital a esa fecha, final del período auditado.

Hospital	Unidad	Cantidad	Detalles
Argerich	Terapia Intensiva A, B, ex Intermedia y ex Unidad Coronaria	133 agentes	***
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	134 agentes	***
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	5 por turno en UTI 1 y UTI 2 y 4 por turno en UTI 3	Incluye Shock Room

Hospital Santojanni. De acuerdo a lo comentado por el Jefe de Unidad Terapia Intensiva, al inicio del período pandémico se convocó personal de enfermería, acudiendo desde distintos lugares. La mayoría de los que se presentaron no tenían suficientes conocimientos para el desempeño aunque aún así sirvieron de apoyo, pero por motivos económicos de a poco fueron abandonando su cargo, lo que provocó la desarticulación de este recurso humano. La enfermería del área crítica quedó con enfermeras en funciones recién recibidas sin expertiz suficiente.

8.2.2.3. A la actualidad.

Se indica la cantidad de personal de enfermería afectado a las unidades de cuidados intensivos analizadas de cada hospital al momento de desarrollo de las tareas de auditoría. En este caso se detalla el plantel de todas las unidades de cuidados intensivos de cada efector.

Hospital	Unidad	Cantidad	Detalles
----------	--------	----------	----------

“1983-2023. 40 Años de Democracia”

Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	121 agentes	***
	Coronaria	3 de 0 a 6 hs. 4 de 6 a 12 hs. 3 de 12 a 18 hs. 3 de 18 a 24 hs. 1 de 0 a 6 hs. (Sábados, domingos y feriados) 1 de 6 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 2 de 0 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 3 de 12 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados)	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	7 de 0 a 6 hs. 9 de 6 a 12 hs. 7 de 12 a 18 hs. 6 de 18 a 24 hs. 7 de 0 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 2 de 12 a 18 hs. (Sábados, domingos y feriados) 3 de 12 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados) 2 de 18 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados)	La Jefa de Sección ha informado que al 7/11/2022 3 enfermeras de fin de semana han solicitado recurso de amparo para cumplir turno de 6 horas en lugar del habitual de 12 horas que cumple el resto del personal de enfermería de fin de semana.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	15 de 0 a 6 hs. 23 de 6 a 12 hs. 18 de 12 a 18 hs. 16 de 18 a 24 hs. 21 de 0 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 17 de 12 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados)	Se conforma un plantel de 110 agentes. Datos brindados por el Subgerente de Enfermería.

“1983-2023. 40 Años de Democracia”

	Coronaria	4 de 0 a 6 hs. 8 de 6 a 12 hs. 5 de 12 a 18 hs. 4 de 18 a 24 hs. 5 de 0 a 12 (Sábados, domingos y feriados) 6 de 12 a 24 (Sábados, domingos y feriados)	Se conforma un plantel de 32 agentes. Datos brindados por el Subgerente de Enfermería.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	6 de 0 a 6 hs. 7 de 6 a 12 hs. 9 de 12 a 18 hs. 7 de 18 a 24 hs. 12 de 0 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 8 de 12 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados)	Se conforma un plantel de 49 agentes. Datos brindados por el Subgerente de Enfermería.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	5 por turno en UTI 1 y UTI 2 y 4 por turno en UTI 3	Incluye Shock Room
	Coronaria	6 de 6 a 12 hs. 3 de 12 a 18 hs. 5 de 18 a 24 hs. 4 de 0 a 6 hs. 5 de 0 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 5 de 12 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados)	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	<u>Intensiva</u> 4 de 0 a 6 hs. 7 de 6 a 12 hs. 6 de 12 a 18 hs. 4 de 18 a 24 hs. 2 de 0 a 6 hs. (Sábados, domingos y feriados) 2 de 0 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 4 de 6 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados)	En terapia intensiva hay un plantel de 34 enfermeras/os, de los cuales 17 (50%) son licenciadas/os en enfermería. En terapia intermedia hay un plantel de 32 enfermeras/os, de los cuales 16 (50%) son licenciadas/os en enfermería.

		1 de 12 a 18 hs. (Sábados, domingos y feriados) 3 de 12 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados) 1 de 18 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados) <u>Intermedia</u> 7 de 6 a 12 hs. 5 de 12 a 18 hs. 6 de 18 a 24 hs. 5 de 0 a 6 hs. 5 de 0 a 12 hs. (Sábados, domingos y feriados) 4 de 12 a 24 hs. (Sábados, domingos y feriados)	
--	--	---	--

Seguidamente se efectúan algunos comentarios acerca del plantel de enfermería en las unidades de cuidados intensivos analizadas. Por otra parte, se ha realizado un desarrollo analizando el déficit en el mencionado plantel en el caso de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santojanni.

Se ha notado, además, que en los tres hospitales los turnos horarios de agentes del plantel de enfermería en los días sábados, domingos y feriados son en su gran parte de 12 horas, siendo que justamente el turno habitual es de 6 horas por tratarse de áreas cerradas implicando trabajar una hora menos que los turnos horarios de las áreas abiertas que son de 7 horas. Esta situación podría generar un riesgo en la salud del agente que cumple ese horario.

Hospital Argerich.

Se puede apreciar que en el período 2020, en el área de Terapia Intensiva, la cantidad de agentes de enfermería se ha incrementado desde el inicio hasta el fin del mencionado año en 52 agentes. En la actualidad hay 121 agentes, habiendo disminuido la cantidad respecto al 31/12/2020 en 12 agentes.

Hospital Fernández.

En este efector, el plantel de enfermería de la División Terapia Intensiva al 1/1/2020 (79 agentes), se vio incrementado al 31/12/2020 (134 agentes) en 55 agentes más. En la actualidad se cuenta con un plantel de 110 agentes.

Hospital Santojanni.

En este hospital, el plantel de enfermería de la Unidad Terapia Intensiva pasó de tener 5 agentes de enfermería por turno en la UTI 1 al 1/1/2020, a 5 agentes por turno en la UTI 1 y UTI 2 y 4 agentes por turno en la UTI 3 al 31/12/2020.

En forma complementaria a las entrevistas realizadas con el Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santojanni en los días 18 y 19 de julio de 2022, se obtuvo documentación con detalle de recursos humanos afectados a tal sector que incluye el plantel de enfermería.

En el listado obtenido se detallan 41 agentes del plantel de enfermería, incluyendo al jefe. Para el turno mañana hay 7 agentes, para el turno tarde hay 6, para el turno vespertino hay 6, para el turno noche hay 4 y para sábados, domingos y feriados hay 18 entre los distintos turnos. Hay 22 licenciados en enfermería y 19 enfermeros profesionales. Totalizan así los 41 agentes.

El Jefe de Unidad expresó que se han cerrado 2 camas de la UTI 2 por falta de personal de enfermería. Menciona que se realizó un concurso y que la mayoría no tenía conocimientos para el desempeño aunque aun así sirvieron de apoyo, pero se fue desarticulando y quedaron enfermeras recién recibidas sin experiencia suficiente. En los últimos 2 meses anteriores a las entrevistas mencionadas se sometió a las mismas a un examen que resultó desaprobado, por lo que fueron desafectadas en lugar de formarlas o reemplazarlas dejando así deficiente la cobertura de enfermería. También ha manifestado que en lo que se refiere a Terapia Intensiva el staff de enfermería se encuentra al 50% de lo que debería. El problema más grave que tiene el hospital es la falta de enfermería, son sólo 3 o 4 por turno cada 6 hs. por lo que deben hacer módulos aun siendo área crítica que tiene de por sí una reducción de horario (6 hs.). La mayoría de las veces no llegan a bañar al paciente y las rotaciones de postura tampoco se realizan con la asiduidad necesaria, por lo que el paciente se termina escarando lo que conlleva a una complicación infecciosa más. Por normativa, dice el mencionado Jefe de Unidad, debe haber 1 enfermero cada 2 pacientes.

Por otra parte, se menciona como debilidad la falta de enfermeros, en más de una oportunidad los mismos médicos tienen que administrar la medicación. Si

no hay enfermeros suficientes se dilata el monitoreo de pacientes lo que conlleva a la complicación del estado clínico de los mismos donde algunos hasta se escaran por no contar con la higiene y la rotación necesaria cada 2 horas en cama.

A continuación se presentan los datos del plantel de enfermería desglosado por turnos de lunes a viernes (mañana, tarde, vespertino y noche) y de sábados, domingos y feriados (SDF), de acuerdo al horario que cumple cada agente. En la columna “Por turno” se han redistribuido los agentes de SDF de 0 – 12 y 12 – 24 en los turnos de 6 horas para visualizar en cada horario cuántos enfermeros/as cumplen su función. En la columna “Ideal” se expone la cantidad de enfermeras (18) que debería contar la unidad en cada turno considerando que hay 35 camas y se necesita según informó el Jefe de Unidad, 1 enfermero/a cada 2 pacientes. Luego se obtiene la diferencia de la cantidad de agentes que faltarían y el porcentaje de cobertura actual y por diferencia el porcentaje del déficit por turno, obteniendo finalmente un porcentaje promedio de déficit de la unidad.

H. Santojanni - UTI - Análisis plantel de enfermería						
Turno	Cantidad			Diferencia	Cobertura	Déficit
	Agentes	Por turno	Ideal			
Mañana	7	7	18	11	38,89%	61,11%
Tarde	6	6	18	12	33,33%	66,67%
Vespertino	6	6	18	12	33,33%	66,67%
Noche	4	4	18	14	22,22%	77,78%
	23	23	72			
SDF - 0 a 6	4	6	18	12	33,33%	66,67%
SDF - 6 a 12	4	6	18	12	33,33%	66,67%
SDF - 12 a 18	3	6	18	12	33,33%	66,67%
SDF - 18 a 24	2	5	18	13	27,78%	72,22%
	13	23	72			
SDF - 0 a 12	2					
SDF - 12 a 24	3					
	5					
Total	41					
Déficit promedio en turnos:					68,06%	

Se puede observar que de acuerdo a las consideraciones mencionadas, la Unidad Terapia Intensiva tiene un déficit promedio en turnos de plantel de enfermería del 68,06%. El turno con más cobertura (38.89%) es el turno mañana de lunes a viernes y el de menos cobertura (22,22%) el turno noche de lunes a viernes. Por otra parte cabe destacar lo expresado por el Jefe de Unidad y confirmado en estos datos acerca del personal de enfermería que trabaja 12 hs. (SDF) cuando se trata de un área crítica en la que se debería trabajar por ese motivo solamente turnos de 6 horas.

De acuerdo a lo manifestado por el Jefe de Unidad Coronaria, la enfermería se encuentra totalmente fragmentada por falta de personal. En esta unidad trabajan 10 enfermeras los sábados, domingos y feriados cumpliendo 12 horas de trabajo cuando se trata de un área crítica en la que se debería trabajar por ese motivo solamente turnos de 6 horas.

Según la información suministrada por la Jefa de Unidad Neonatología, en los sectores de terapia intensiva y terapia intermedia neonatal, trabajan 9 enfermeras/os los sábados, domingos y feriados cumpliendo 12 horas de trabajo cuando se trata de un área crítica en la que se debería trabajar por ese motivo solamente turnos de 6 horas.

8.2.3. Administrativos.

Se especifica a continuación el personal administrativo existente en la actualidad en las áreas de cuidados intensivos de los 3 efectores analizados.

Hospital	Unidad	Cantidad	Detalles
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	1	*Secretaria. *En todo el período pandémico este sector no contó con personal administrativo.
	Coronaria	Personal compartido con Cardiología	*En el período 2020 el personal administrativo no era propio sino compartido con Cardiología y su trabajo era presencial. Todo el trabajo administrativo de registración lo efectúa el plantel profesional médico, el personal administrativo propiamente dicho realiza con historia clínica cerrada, los trámites para la facturación del hospital.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	2	*Secretarías administrativas. Una de ellas había iniciado el trámite jubilatorio según lo informado por la Jefa de Sección el 7/11/2022. En el año 2020 se contó con la presencialidad de una de las dos secretarías asignadas porque una de ellas contaba con dispensación laboral por riesgo de salud.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	1	En el 2020 contaba el área con 2 personas, una propia del sector que es el que continúa en la actualidad y otra que era la secretaria de Unidad Coronaria que no contaba con lugar físico propio, por lo cual ayudaba en la tarea del sector.

	Coronaria	No hay.	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	No hay.	*La tarea administrativa del área es realizada por los médicos. En el año 2020 tampoco contaban con personal administrativo.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	1 (Compartido con UCO)	*Secretaría compartida con UCO, desenvuelve sus tareas en UTI 1. Se incorporó en abril de 2022. *Durante el año 2020 este sector no contó con personal administrativo.
	Coronaria	No hay.	*La Unidad Coronaria jamás contó con personal administrativo, la tarea la realizan los mismos médicos desde siempre.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	1	*En el Servicio de Neonatología hay 2 secretarías, 1 en el sector de Maternidad y Obstetricia y 1 compartida con la Unidad de Cuidados Intermedios y Pediatría. *En período pandémico el personal administrativo trabajaba en días alternos con un régimen acotado de asistencia, es decir que en ese período hubo días que no se contó con personal administrativo.

Se puede apreciar que la Unidad Coronaria y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Fernández y la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni no cuentan con personal administrativo, debiendo los profesionales médicos realizar las tareas pertinentes.

8.2.4. Otros.

Se detalla la participación de otros agentes que forman parte de la atención en las distintas unidades de cuidados intensivos en la actualidad.

Kinesiólogos.

Hospital	Unidad	Detalle
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	*Se cuenta con la disponibilidad de 66 profesionales de kinesiología, desglosándose de la siguiente forma: -Planta = 5 -Planta transitoria = 9 -Planta transitoria contratada = 2 -Guardia y planta = 5 -Guardia = 11 -Suplente de guardia = 23 -Suplente de guardia y planta = 4 -Suplente de guardia contratado = 7
	Coronaria	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	***
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	***
	Coronaria	***

	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	***
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	*Cuenta con 6 kinesiólogos por día, 2 por cada unidad. De acuerdo a lo expresado por el Jefe de la Unidad, se contempla para la atención 1 kinesiólogo hasta 8 pacientes. También admitió que serían necesarios 10 cargos de kinesiología. En el listado entregado por el mencionado jefe constan 20 kinesiólogos.
	Coronaria	*La Unidad Coronaria cuenta con 1 kinesiólogo para el sector, no es siempre el mismo, acude el que se encuentra disponible.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	***

Trabajadores sociales y farmacéuticos.

Se ha obtenido información de las unidades de cuidados intensivos de terapia intensiva de los 3 efectores bajo análisis acerca de si hay disponibilidad en el hospital de trabajador social en el Servicio Social y si se cuenta con farmacéutico disponible en el hospital las 24 horas de cada día.

Hospital	Unidad	Trabajador social	Farmacéutico 24 hs.
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Si. El hospital dispone de trabajadores sociales.	Si. Se cuenta con farmacéutico a disposición y con una farmacia satélite dentro de la UTI A que durante la pandemia cubría las 24 hs y en la actualidad funciona de 8 a 20 hs.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	Si. El servicio cuenta con un trabajador social.	Si. Además de la Farmacia Central del hospital, se cuenta con un farmacéutico clínico en el sector.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Si. Hay trabajadores sociales que están todos los días y van rotando de guardia.	Si.

Se puede apreciar que en los 3 hospitales hay disponibilidad de trabajador social en el Servicio Social y además en el propio servicio en el caso del Hospital Fernández.

También se cuenta con farmacéutico disponible en el hospital las 24 hs. del día en los 3 efectores, en el caso del Hospital Argerich se cuenta además con una farmacia satélite dentro de la UTI A en horario parcial y en el caso del Hospital Fernández se cuenta con un farmacéutico clínico en el sector.

8.2.5. Cargos vacantes.

Se ha recopilado información de las unidades de cuidados intensivos acerca de la existencia de cargos vacantes en sus respectivas áreas de atención.

Hospital	Unidad	Cargos vacantes
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Existen muchos cargos vacantes, de hecho se ha solicitado desde la jefatura de UTI a Recursos Humanos, que provean la información acerca de la cantidad de horas vacantes a concursar de jefaturas, de planta y de titulares de guardia con el fin de tener el plantel ordenado antes del año 2023, previo al retiro del Jefe de División por jubilación, pero al 14/9/22 aún no se tenía respuesta. Existen profesionales médicos que cobran por 30 horas cuando en realidad se desempeñan efectivamente por 40 horas, además de los suplentes de guardia que cobran muy por debajo de lo que se paga en lugares privados y de los titulares por mes. Desde el año 2020 hay médicos que trabajan de corrido 48 horas y hasta también suman algún reemplazo por necesidad económica. El reclamo de estas cuestiones que tienen que ver con la remuneración se ha hecho llegar al Ministerio de Salud, dado que repercutirá en la disminución del recurso humano médico indefectiblemente.
	Coronaria	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	2 cargos de planta (a cubrir por jubilación). 3 tercer profesional en neonatología de guardia para los días lunes, martes y viernes. 1 cargo en la guardia del día viernes. 1 cargo en la guardia del día martes. 1 cargo en la guardia del día sábado.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	7 titulares de guardia, 8 cargos para guardia de 24 hs. para pase de médicos que tienen cargo de planta, y 7 suplentes de guardia, totalizando 22 puestos.
	Coronaria	Existe una carencia de médicos cardiólogos de guardia, sólo se cuenta con dos para todo el hospital incluyendo la unidad cuando debería haber cuatro. La Jefa del área informa que hay renunciaciones de los médicos, y hay concursos que quedan vacantes. Se han generado pedidos en los últimos años para un tercer cardiólogo ampliando la dotación del hospital para contar con 3 cardiólogos por día pero no hubo respuesta. Además se agrega la demora en la efectivización de un nuevo cargo cuando se genera una vacante. La escasez de médicos suplentes es notoria y los días en que no está un titular se cubre con residentes o profesionales de otro hospital en el mejor de los casos.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Existe un gran déficit de enfermería siendo que faltan 27 agentes para cubrir la necesidad del sector.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	6 médicos.
	Coronaria	5 cardiólogos de guardia (1 del día miércoles, se hizo concurso y se espera la designación, 1 del día jueves, 1 del día viernes, se hizo concurso y se espera la designación, 2 del día sábado).
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	La jefatura del sector de Internación Conjunta se encuentra vacante desde enero de 2022. En el Servicio de Neonatología, dependiendo del sector se requieren 10 médicos de planta, de los cuales 3 son para terapia intensiva, pero en la actualidad no cuenta el servicio ni con la mitad debido a las jubilaciones que han ocurrido y su reemplazo es muy lento.

Se puede visualizar por la información obtenida de las unidades de cuidados intensivos, la necesidad de cubrir los cargos vacantes detallados.

8.2.6. Cuidado de la salud del personal de atención médica en las unidades de cuidados intensivos.

Seguidamente se describen respuestas a determinadas preguntas efectuadas en relación al cuidado de la salud del personal de atención médica en las unidades de cuidados intensivos durante el período auditado (2020).

Hospital Argerich			
Detalle	Unidades		
	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Coronaria	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales
¿Se ha provisto al personal de los elementos necesarios para la protección ante la pandemia?	En el período 2020, si bien con dificultades en un comienzo (aproximadamente hasta mediados de año), en relación a la cantidad y calidad de insumos, se fue proveyendo a todo el personal de los elementos de protección necesarios.	Durante la pandemia se proveyó de elementos necesarios de protección personal.	En el período 2020, se proveyó de elementos de protección personal, camisolines y barbijos.
¿Qué elementos se le proveyó al personal para su protección en el período 2020?	Básicamente se proveyó los EPP, aunque fue muy difícil conseguir barbijos N95 y 3M que eran los apropiados. Hubo contribuciones de aporte de máscaras faciales de la obra social OSPOCE, y particularmente de su secretario gremial se recibieron donadas 15 máscaras con filtro.	Se recibieron barbijos quirúrgicos, barbijos N95, gafas y camisolines; EPP completo excepto las máscaras (full mask). Cabe destacar que las gafas fueron recibidas por donaciones.	Camisolines hemorrepelentes, barbijos quirúrgicos y máscaras.
¿Han sido adecuados y suficientes los elementos de protección brindados al personal de las unidades en el período 2020?	Como se mencionó previamente, se fue proveyendo de los insumos de protección necesarios al personal de salud, si bien hubo dificultades hasta aproximadamente mediados del año 2020.	Los elementos proporcionados no fueron adecuados ni suficientes, las gafas se recibieron por donaciones y en cuanto a los barbijos N95, sólo se proveía 1 por mes, siendo que tiene una vida útil de tan sólo 24 horas.	Los barbijos N95 fueron muy escasos, al punto que los mismos profesionales se compraban los propios y las máscaras que se proveían no eran buenas.
¿Ha tenido modificación el régimen horario del personal de salud en el período de pandemia?	El personal de salud en el período pandémico ha sufrido modificaciones en cuanto al reacomodamiento de horarios.	No ha habido modificación del régimen horario del personal de salud en el período de pandemia.	Se alternaba días para asegurar la presencialidad. Un alto porcentaje de los profesionales concurrieron al servicio para brindar atención.

¿Se han restringido licencias del personal de salud en el período 2020?	Las licencias del personal fueron suspendidas, pero a fines del año 2020 se comenzaron a otorgar algunas licencias por stress, aunque no muchas ya que no había reemplazos.	Se han restringido licencias.	Las licencias del personal fueron suspendidas. Hubo médicos que se dispensaron por comorbilidades.
¿Se ha redistribuido el personal de salud a fin de contar con la asistencia necesaria para pacientes covid?	Se han redistribuido los médicos de planta de modo tal que las salas no quedaran superpobladas y al mismo tiempo no dejar huecos de espacios y tiempo sin colaboración. Se organizó de tal manera que hubiera médicos de planta cubriendo las Unidades A y B hasta más allá de las 20 hs. y luego un médico de guardia que era residente o rotante.	No hubo redistribución del personal de salud. Esta unidad fue un sector no covid.	El personal alternaba días para asegurar la presencialidad.
¿Hubo contagiados con covid en el personal de salud en el período 2020?	Durante el año 2020 hubo personal contagiado.	Hubo personal contagiado.	Ante el multiempleo de muchos agentes, existieron muchos contagios.
¿Hubo fallecidos por covid en el personal de salud en el período 2020?	Hubo personal de salud del hospital fallecido pero no perteneciente al área de Terapia Intensiva.	No hubo fallecidos ente el personal.	No hubo fallecidos entre el personal.
¿Se ha incorporado personal de salud a las unidades de cuidados intensivos desde otras áreas del hospital?	Hubo colaboración de parte de otras áreas del hospital, de Cardiología y Anestesia.	Por ser una UCO/UTI polivalente, durante el período pandémico se incorporó personal de coordinación con especialidad en neumología y terapia intensiva, desde el mismo hospital.	No se incorporaron médicos al servicio, pero si se han incorporado enfermeras, aunque éstas, al carecer de especialidad en neonatología, sólo podían tener la tarea de dar mamaderas y no de otras más complejas como la intubación de un neonato por falta de expertiz.
¿Se ha incorporado personal de salud a las unidades de cuidados intensivos, que no se desempeñaban en el hospital?	Hubo personal ofrecido y enviado por el Ministerio de Salud. También hubo otros médicos terapeutas que se sumaron a la atención, desempeñándose como suplentes.	No se ha sumado personal externo a este sector.	Hubo nombramiento de 2 médicos que no se desempeñaban en el hospital.
¿Hubo renunciaciones de agentes del personal de salud?	No hubo renunciaciones.	No hubo renunciaciones.	No hubo renunciaciones.

“1983-2023. 40 Años de Democracia”

en el período 2020?			
¿Hubo pedidos de traslado de área por parte del personal de salud en el período 2020?	No hubo pedidos de traslado a otras áreas.	No hubo pedidos de traslado a otras áreas.	No hubo pedidos de traslado a otras áreas.
¿Hay registro en el área, sobre accidentes de trabajo?	No hay registro. En cuanto al personal que se contagió de covid desempeñando su tarea, se hizo la denuncia a la ART.	No hay registro. Hubo registro en la ART del personal infectado de covid.	No hay registro. En el período 2020 no hubo accidentes de trabajo ni enfermedades profesionales en el sector.

Hospital Fernández			
Detalle	Unidades		
	Terapia Intensiva A, B y C	Coronaria	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales
¿Se ha provisto al personal de los elementos necesarios para la protección ante la pandemia?	En el período 2020, para el cuidado de la salud del personal de atención médica en las unidades de cuidados intensivos, se han provisto todos los elementos necesarios de protección personal (EPP), tras insistentes y reiteradas solicitudes.	En un principio fue muy difícil la obtención de dicho material, el cual llegaba muy de a poco o equivocado por desorganización dentro de los hospitales durante varios meses incluyendo el desconocimiento y la necesidad de entrenamiento para la utilización de la vestimenta apropiada en relación a su colocación, retiro y descarte en forma correcta, lo cual se fue ejercitando durante el año y luego, con el tiempo, se fue regularizando.	Se ha provisto al personal de atención médica de todos los elementos necesarios de protección ante la pandemia para el cuidado de la salud.
¿Qué elementos se le proveyó al personal para su protección en el período 2020?	Los elementos provistos fueron máscaras faciales, barbijos quirúrgicos y N95 y camisolines hemorrepelescentes.	Se proveyó al personal de barbijos, camisolines, máscaras y guantes, poco a poco se pudo contar con el EPP completo.	Se proveyó al personal de atención médica de todos los elementos necesarios de protección.
¿Han sido adecuados y suficientes los elementos de protección brindados al personal de las unidades en el período 2020?	Los elementos provistos en cuanto a calidad y cantidad en el año 2020 fueron irregularmente adecuados y suficientes. Hubo elementos escasos o faltantes mundialmente y otros, aunque se proveían en cantidad, eran de pésima calidad. Cuando la demanda bajó, comenzó a regularizarse la provisión, además de una mejor	Como se ha mencionado, en un principio fue muy difícil la obtención de tales elementos, luego poco a poco se pudo contar con el EPP completo que finalmente resultaron adecuados y suficientes después de un largo período de algunas faltas y escasez mejorando la situación en tiempo y cantidad provista.	La provisión de elementos necesarios de protección fue en forma completa, suficiente y con celeridad a partir de los primeros 10 días del comienzo de la pandemia protegiendo muy bien al personal.

	adecuación de los recursos habiendo aprendido a trabajar en la adversidad.		
¿Ha tenido modificación el régimen horario del personal de salud en el período de pandemia?	El personal de salud en el año 2020 sufrió modificaciones horarias, había que asegurar un cierto nivel de atención por lo que se organizaron rotaciones del mencionado personal.	Hubo una modificación obligada del régimen horario del personal, dado que durante la pandemia existió una merma de personal considerable por la gran ola de contagios, las comorbilidades y aquellos que hacían teletrabajo realizando consultas virtuales, que si bien cubrían lo asistencial no cubrían lo presencial, generando grandes inconvenientes para efectivizar los reemplazos de las guardias.	En cuanto al régimen horario del personal de salud en el año 2020, el mismo sufrió las modificaciones necesarias de acuerdo a las necesidades del momento con anuencia de la Dirección del hospital para poder resolver la cantidad de médicos que quedaban aislados por enfermedades o licencias.
¿Se han restringido licencias del personal de salud en el período 2020?	Aunque se restringieron las licencias, en el sector no se licenció ninguno de los médicos a pesar de la existencia de comorbilidades. En la actualidad existen períodos muy extensos de licencias acumuladas.	Las licencias fueron restringidas.	Cabe destacar que si bien las licencias fueron restringidas según la normativa, por distintas razones en los casos de mayores de 60 años y padres de niños pequeños, hubo una baja en el servicio de 18 personas.
¿Se ha redistribuido el personal de salud a fin de contar con la asistencia necesaria para pacientes covid?	Se organizaron rotaciones en el personal. Ante la pronación de pacientes en insuficiencia respiratoria, maniobra para la que se precisan 6 personas, se llegó a tener 1 médico cada 4 camas en la UTI B, que junto con la UTI C fueron las más importantes por su estructura edilicia.	Hubo redistribución del personal de Unidad Coronaria para la atención de pacientes covid (uno de los cardiólogos de guardia debió cumplir sus funciones en terapia intensiva).	La Jefa de este servicio contó con la libertad necesaria para la redistribución del personal de acuerdo a la dinámica diaria.
¿Hubo contagiados con covid en el personal de salud en el período 2020?	Hubo personal de salud contagiado, internados y no internados.	Hubo muchos contagiados con covid entre el personal de Unidad Coronaria.	El servicio siempre estuvo abierto ya que el H. Fernández fue un hospital de atención de covid y cabe mencionar que entre el plantel médico no hubo contagiados, pero sí en el caso de los enfermeros.
¿Hubo fallecidos por covid en el personal de salud	En el sector no hubo fallecidos pero sí una médica del área de emergencias.	No hubo fallecidos.	No hubo fallecidos.

en el período 2020?			
¿Se ha incorporado personal de salud a las unidades de cuidados intensivos desde otras áreas del hospital?	Cabe mencionar que se obtuvo colaboración de otros servicios médicos como del sector de cirugía cardiovascular colocando catéteres, anestesistas, teniendo en cuenta que, aún habiéndose restringido las licencias del personal, de los 42 médicos pertenecientes al sector no se licenció ninguno a pesar de la existencia de comorbilidades en personas del staff, siendo que la mitad del personal se podría haber quedado en su casa, y aún así decidieron no tomar el beneficio como lo hizo el 60% del personal del hospital, según lo manifestado por el Jefe de División.	No fue incorporado personal desde otras áreas del hospital.	No fue incorporado personal de salud desde otras áreas del hospital.
¿Se ha incorporado personal de salud a las unidades de cuidados intensivos, que no se desempeñaban en el hospital?	Durante el período pandémico existió la incorporación de personal médico no especialista enviados por el Ministerio de Salud, pediatras de los Hospitales Gutiérrez y Elizalde, médicos de unidad coronaria y médicos de Buenos Aires Trasplante, que fueron dirigidos por los médicos terapeutas especialistas del Hospital Fernández instruyéndolos para la atención de acuerdo a la necesidad. Gran parte del recurso humano desertó y otra parte se jubiló, motivo por el cual hubo la necesidad de cerrar camas disponibles.	No fue incorporado personal desde otros hospitales en esta unidad.	No fue incorporado personal de salud que no se desempeñaban en el hospital, excepto el apoyo de enfermeros de otros hospitales suministrado por el área central para que no faltara plantel de enfermería que, luego de terminada la pandemia, se fueron.
¿Hubo renunciaciones de agentes del personal de salud en el período 2020?	Hubo entre 8 y 10 renunciaciones en el período pandémico para trabajar en el sector privado por mejor remuneración.	No.	No
¿Hubo pedidos de traslado de área por parte del personal de salud?	No hubo pedidos de traslado a otras áreas.	Hubo una solicitud de traslado por parte de una profesional médica que iba a ser pasada a UTI y	No

“1983-2023. 40 Años de Democracia”

en el período 2020?		se negó por no sentirse capacitada para dicho sector, pero más tarde solicitó licencia médica prolongada y en la actualidad ya ha renunciado al cargo.	
¿Hay registro en el área, sobre accidentes de trabajo?	No hay registro. El área Medicina Programática y Preventiva manejaba las situaciones de enfermedad del personal.	No hay registro.	No hay registro. No se registraron accidentes de trabajo ni enfermedades profesionales en 2020.

Hospital Santojanni			
Detalle	Unidades		
	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Coronaria	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales
¿Se ha provisto al personal de los elementos necesarios para la protección ante la pandemia?	Al principio de la pandemia no se proveía de medios de protección personal. Hasta julio/agosto de 2020 no tenían prácticamente nada para afrontar la protección ante la pandemia.	La provisión ha sido parcial debido a que la situación enfrentada era caótica y confusa, había falta de insumos en general. Las fuentes de provisión frente a la pandemia han sido privadas, individuales, de distintos laboratorios y del estado. A mediados de 2020 se normalizó la provisión a excepción de las máscaras que llegaron recién en 2021.	En los primeros 6 meses del año 2020 se atravesó por una situación muy difícil ya que el personal de salud no contaba con los equipos de protección suficientes ante la pandemia. La Jefa de Enfermería, ante la escasez de barbijos N95, tuvo que buscarlos en otros sectores, no obstante, los guantes nunca faltaron y a medida que la situación se fue normalizando a partir de mayo/junio del mismo año, los equipos de protección personal (EPP) compuestos por cofia, botas, camisolín hemorrepelente, barbijo y máscara, fueron provistos en forma completa, adecuada y suficiente.
¿Qué elementos se le proveyó al personal para su protección en el período 2020?	A partir de julio/agosto de 2020 se recibieron los trajes de protección personal completos (EPP) compuestos por	Se proporcionó todo lo necesario, barbijos quirúrgicos, barbijos N95, camisolines, guantes, el EPP	Como se ha mencionado se proveyó de equipos EPP compuestos por cofia, botas, camisolín

	cofia, barbijo, guantes, botas, pantallas y el camisolín hemorrepele. Éstos últimos son utilizables uno por cada vez que se ingresa a la sala de internación, luego se descarta a la salida, por lo que se entraba sólo dos veces por día y en cada ocasión se hacía todo lo que había que hacer porque sino los equipos no alcanzaban.	completo, menos las máscaras que llegaron en 2021.	hemorrepele, barbijo y máscara, a partir de mayo/junio de 2020.
¿Han sido adecuados y suficientes los elementos de protección brindados al personal de las unidades en el período 2020?	Por cinco meses el personal no tuvo todo lo necesario, escaseaban elementos o directamente no había, lo que hizo muy dura la atención.	La provisión fue parcial comenzando el año 2020 pero a mediados de año se normalizó, a excepción de las máscaras. En un momento se cuestionó la calidad de los materiales de los insumos que llegaban ya que era pésima y no cumplían con la función necesaria teniendo que retirar del uso algunos elementos por ineficientes.	En los primeros 6 meses del año 2020 no se contaba con los equipos de protección suficientes. A partir de mayo/junio se fue normalizando la situación.
¿Ha tenido modificación el régimen horario del personal de salud en el período de pandemia?	Se realizaron cambios de horario a necesidad y también por cuestiones de salud o enfermedad del personal.	A diferencia del personal de salud de otros sectores del hospital, el personal de UCO iba a cumplir sus tareas todos los días. Los grupos de enfermería rotaban cada 15 días.	El personal de enfermería asignado al servicio tenía un horario especial que era restringido y organizado por turnos de asistencia.
¿Se han restringido licencias del personal de salud en el período 2020?	Los días de licencia ordinaria por vacaciones se consensuaban entre todos para que no faltara personal.	En dicho período, las licencias para el personal de salud fueron suspendidas.	En dicho período, las licencias para el personal de salud fueron suspendidas.

¿Se ha redistribuido el personal de salud a fin de contar con la asistencia necesaria para pacientes covid?	Hubo movimientos de lugar de manera informal.	En el período 2020 el personal de UCO podía ser reasignado a otra área por emergencia covid-19 y efectivamente uno de los 3 médicos de la unidad fue enviado a la UTI 2.	En el año 2020 hubo que redistribuir los sectores y asignar uno para los pacientes sospechosos, otro para los pacientes positivos y otro para los negativos. El sector de aislamiento contaba con un médico asignado de forma exclusiva.
¿Hubo contagiados con covid en el personal de salud en el período 2020?	Se contagiaron casi todos los agentes que cumplían funciones en esta área pero ninguno estuvo con riesgo de muerte.	Hubo personal del sector contagiado de covid pero ninguno con consecuencias graves. Si alguien del personal se contagiaba, se comunicaba a Infectología que llevaba la estadística necesaria a los fines de evaluar los contactos cruzados.	En el staff, se tuvo en el total del período pandémico, alrededor de 15 agentes contagiados positivos entre asintomáticos e internados.
¿Hubo fallecidos por covid en el personal de salud en el período 2020?	No falleció ninguna persona de todo el personal de salud.	Hubo fallecidos en el hospital pero ninguna persona de esta unidad.	No hubo fallecidos.
¿Se ha incorporado personal de salud a las unidades de cuidados intensivos desde otras áreas del hospital?	Esta área no recibió personal de otras áreas del hospital.	No.	No.
¿Se ha incorporado personal de salud a las unidades de cuidados intensivos, que no se desempeñaban en el hospital?	No recibió personal de afuera del hospital al inicio de la pandemia pero luego ante una solicitud de incorporación el Ministerio de Salud asignó al área 7 médicos no terapeutas y se incorporaron más residentes.	No.	Debido a la emergencia sanitaria, existió un llamado a concurso a nivel ministerial, a fin de cubrir el cuarto neonatólogo necesario en el sector que había sido solicitado hacía ya muchos años, dado que de los 4 médicos requeridos por día por

			guardia, sólo se contaba con 2 o 3. Ingresaron 7 médicos por guardia, es decir 1 por día.
¿Hubo renunciaciones de agentes del personal de salud en el período 2020?	Ocurrió un solo caso y por razones particulares.	No.	La Jefa de Enfermería de la Unidad Cuidados Intensivos renunció en el período 2020, actualmente el cargo está cubierto.
¿Hubo pedidos de traslado de área por parte del personal de salud en el período 2020?	No hubo pedidos de traslado a otras áreas.	No.	No hubo personal que saliera del sector.
¿Hay registro en el área, sobre accidentes de trabajo?	No existe.	No existe.	No existe. Ocurrieron accidentes por punciones con agujas utilizadas en bebés de madres HIV positivas lo cual convertía a cada bebé en portador sospechoso y por lo tanto los agentes accidentados debieron realizarse todas las pruebas pertinentes por posible contagio.

8.2.7. Capacitación.

Se precisan en el Anexo X algunas características de la capacitación desarrollada durante el período 2020 en relación al personal de salud de las unidades de cuidados intensivos.

9. Atención al paciente.

Se describen algunas características de la atención al paciente relacionadas con protocolos y con atención general. Además se presenta la información obtenida acerca de cómo ha sido la atención durante el período 2020 y en la actualidad, y se agregan algunos conceptos referentes a la seguridad del paciente detallando algunos aspectos relevados en los efectores bajo análisis.

9.1. Protocolos de atención.

De acuerdo a la información obtenida de las unidades de terapia intensiva se indican los protocolos de atención utilizados y/o que tienen como referencia, los cuales se detallan en el Anexo XIII.

9.2. Atención general.

Se ha consultado en todas las unidades de cuidados intensivos analizadas si cuentan con un programa de control de infecciones. El detalle se encuentra en el Anexo XIV.

Se ha obtenido información de todas las unidades de cuidados intensivos analizadas sobre si cuentan con un flujograma de atención. El detalle se encuentra en el Anexo XV.

En el Anexo XII se describen características relacionadas con la admisión y el alta de pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

En el Anexo XVI se detallan conceptos relacionados con los familiares o acompañantes de los pacientes (responsable de la información de rutina diaria y de emergencia, horarios de visita y horarios de informes) de todas las unidades de cuidados intensivos analizadas.

9.3. Atención durante el período 2020.

9.3.1. Hospital Argerich.

División Terapia Intensiva.

El día 6 de marzo de 2020 ingresa el primer paciente covid positivo al Hospital Argerich, a la UTI A. Cabe destacar que en ese momento las salas de terapia intensiva (UTI A, UTI B y UTI intermedia) se encontraban ocupadas por pacientes no covid, por lo cual se decidió ir ocupándolas con pacientes infectados primeramente desde la UTI A por encontrarse allí el primer caso, luego la UTI B y por último la UTI Intermedia.

A medida que se fueron sacando pacientes se iba teniendo información acerca del nivel de contagiosidad de la enfermedad, sin olvidar que el Hospital Argerich es un hospital eminentemente quirúrgico y por ende sus terapias intensivas se encuentran preparadas para pacientes quirúrgicos por lo tanto,

sus habitaciones son boxeadas e individuales a presión positiva, es decir, que impiden que los gérmenes del exterior ingresen a la habitación implicando que los que se encuentran dentro salgan al exterior; por el contrario, la terapia intensiva del Hospital Muñiz, como está destinada a pacientes infecciosos, sus habitaciones son a presión negativa impidiendo que los gérmenes dentro de las mismas salgan al exterior.

En este sentido, cuando el Hospital Argerich ingresa los primeros pacientes con la información sobre covid proveniente de Europa en cuanto a la aero-ozonización de los ambientes, representó una ventaja para Argentina por encontrarse a 3 meses del inicio del brote. Pero, la desventaja, era manejar la contagiosidad con los otros pacientes y con el personal que por aquel momento no se hallaba vacunado, fue en ese momento que se comenzó a proponer el uso de la ventilación no invasiva sobre todo lo que se denomina cánula nasal de alto flujo (CAFO), pero fue denegada su utilización porque el Hospital Argerich debía evitar el uso de las CAFO en sus habitaciones para no diseminar gérmenes ya que, la máquina, tira un flujo altísimo mientras el paciente se encuentra con la boca abierta y tose regularmente expulsando microorganismos. Ya en la segunda ola covid pudieron ser utilizadas debido a que la gente se encontraba vacunada, se había perdido el temor a contraer la enfermedad y muchos ya la habían padecido. Cabe mencionar que, la mayoría del personal, se infectó fuera del hospital y las infecciones intrahospitalarias que se presentaron no fueron a través de los pacientes sino por no haberse cumplido las medidas de prevención de aislamiento establecidas como por ejemplo el no comer juntos compartiendo espacios reducidos sin barbijo. En ese momento, se desconocía el alcance de la enfermedad, solo se sabía a través de la información internacional, que era muy grave y que la gente fallecía desmedidamente.

Cuando se completó la UTI A, ya no existían prácticamente pacientes no covid, los pocos que había se distribuían entre la UTI B y la Terapia Intermedia. A partir de la ocupación total de la Unidad A con pacientes covid, se comenzó a internar a los próximos en la Unidad B. En esta unidad los dos primeros lo hicieron el día 24 de mayo de 2020. Una vez completada la ocupación de la Unidad B con esta patología, se ocupó también la UTI intermedia, que se reconvirtió de cuidados intermedios a intensivos. Durante todo el tiempo que transcurrió en lo relatado, se procedió al acomodamiento del servicio a las nuevas condiciones de atención y a completar los faltantes para afrontar esta situación. En este sentido, hasta el momento del inicio de los casos, las unidades de terapia tenían habilitadas y disponibles una parte del total de camas.

Cuando comienza la pandemia, se ven exigidos a aumentar la cantidad de camas, los insumos necesarios y el personal requerido todo lo cual fue llegando en los primeros 2 meses de reacomodamiento. La pandemia por covid logró que se pudieran munir de todo lo necesario, aunque en la

actualidad el problema que se enfrenta es el mantenimiento de toda esa nueva aparatología; sobran respiradores, cuentan con una dotación completa de monitores de última generación, así como también de camas, pero hay 5 o 6 respiradores que precisan mantenimiento y/o reparación y es muy problemático lograr que acudan a arreglarlos.

Al irse ocupando las 3 unidades de terapia intensiva, en esas instancias, fue imposible continuar con las cirugías programadas, el hospital se encontraba repleto de pacientes covid, los que se hallaban en terapia intensiva estaban todos ventilados y los de los pisos, al borde de la ventilación, por lo tanto, salvo alguna de urgencia, no se realizaban cirugías. En ese contexto, la Sala de recuperación anestésica del sexto piso, estaba sin uso por lo que la Unidad Coronaria (UCO) pudo mudarse allí pasando a ser no solo un lugar de atención para la patología cardíológica crítica sino de aquella que pudiera requerir de cuidados de terapia intensiva.

El espacio físico que quedó libre en el 2° piso, al ser trasladada la UCO al 6°, se reconvirtió en una cuarta Unidad de terapia intensiva con 5 camas, por lo que la División Terapia Intensiva pasó a tener un total de 36 camas críticas, las que en algún momento estuvieron todas ocupadas con pacientes covid.

La División pudo aumentar su dotación de camas y habilitar otra unidad dado que recibió desde el Ministerio de Salud, la aparatología (camas, monitores, respiradores, equipos de cánulas nasales de alto flujo (CAFO), filtros HEPA, etc.), personal de enfermería y kinesiología necesarios para poder ocupar la dotación completa de la División y de la cuarta unidad anexada, necesaria para afrontar la demanda de pacientes con covid. Respecto a los cambios físicos, tanto en la unidad anexada como en la Unidad de Terapia Intermedia, con el apoyo de la Dirección del Hospital y del Ministerio de Salud, se realizaron las modificaciones edilicias para poder asistir con mayor rango de seguridad para el personal, a ese grupo de pacientes de alta contagiosidad.

Expresa el Jefe de División que para la maniobra de pronación de un paciente en estado crítico (ponerlo boca abajo), se necesitan varias personas. En este sentido, los pacientes internados en la segunda ola en el 2021, eran mucho más jóvenes que los internados durante el 2020 que eran más añosos, con muchas enfermedades preexistentes como la diabetes y/o la hipertensión y comorbilidades como la obesidad mórbida por lo cual eran muy difíciles de girar a peso muerto en una cama pero, ineludiblemente cuando se decide ponerlos en prono es porque todas las maniobras previas respiratorias fracasaron o no fueron suficientes, se los mantiene paralizados o dormidos, intubados y con catéteres colocados por lo cual se precisan entre 5 y 6 personas para poder darlos vuelta cada 12 hs. siendo una maniobra en la que se tarda entre 40 y 50 minutos para realizarla. Dependiendo del caso particular de cada paciente, la despronación, que debería ser a las 12 horas, podía extenderse en tiempo.

La mortalidad global en pacientes covid que requirieron ventilación mecánica invasiva fue inicialmente del 70%, principalmente asociada con complicaciones respiratorias infecciosas, como la neumonía asociada a la ventilación mecánica. En un alto porcentaje de los casos fue ocasionada por la emergencia de gérmenes multirresistentes en pacientes con severo compromiso de su inmunidad.

Inicialmente y siguiendo las guías y protocolos de tratamiento inicial de pacientes con neumonía covid, se administraban además de corticoides, antibióticos de amplio espectro y antivirales como el oseltamivir, en este último caso hasta descartar la gripe H1N1. Sin embargo, en la medida que se observaba la emergencia de la flora multirresistente referida, durante el segundo semestre de 2020 se fue reconsiderando esos protocolos hasta llegar a indicar solo esteroides a baja dosis en neumonías covid con desaturación, no utilizar más el oseltamivir e indicar tratamiento antibiótico solo en casos de sobreinfección bacteriana confirmada. A pesar de ello, la multirresistencia ya se encontraba presente y, por ende, cada día de asistencia respiratoria mecánica (ARM), el riesgo de desarrollar neumonías por gérmenes complicados era altísimo. Como ejemplo de lo referido, basta mencionar que durante la primera ola se vio la emergencia de aspergilosis pulmonar invasiva (hongos en los pulmones), que a pesar de ser tratados con medicaciones de alto costo (equinocandinas) que el hospital compró, tuvieron alta mortalidad.

Unidad Coronaria.

Desde su fundación en 1965 hasta la crisis de la pandemia de 2020 la Unidad Coronaria contaba con 8 camas de internación crítica, alcanzando en 2019 una tasa de ocupación de más del 85%. En el año 2020 se redujo la dotación a 7 camas debido a que en el período mayo 2020 a marzo 2022 la UCO se mudó al sexto piso del hospital donde funcionó como unidad de cuidados críticos de pacientes no covid (UCO-UTI) pues su sector edilicio se transformó en una UTI. Se retornó al lugar original en marzo de 2022, pero contando con 6 camas debido a la adecuación edilicia realizada por esa transformación que requirió cambios en su estructura que obligaron al retornar a disminuir su capacidad original de 8 a 6 camas.

Durante el covid no se realizaron procedimientos de hemodinamia programados y las urgencias, como los infartos post angioplastia primaria debían ingresar a UCO luego de un período de permanencia transitoria en guardia donde se descartaba el diagnóstico de covid.

Sección Neonatología.

El período pandémico, a decir de la Jefa de Sección, fue muy difícil de sobrellevar, se registraron fallecimientos maternos por covid cuyos bebés prematuros sobrevivieron. El Hospital Argerich fue uno de los hospitales que más casos de covid atendió y, ante el multiempleo de muchos agentes, existieron muchos contagios. Las medidas de protección eran extremas. Los pacientes covid atendidos eran hijos de madres covid, ingresaron bebés covid positivos tanto neonatos como lactantes, que eran atendidos en el servicio. En el año 2020 se registró un descenso en el número de nacimientos, siendo que habitualmente se tenía entre 2500 y 2600 partos, en el año 2020 hubo 1167 nacidos vivos.

Otros datos.

Se han recopilado otros datos sobre la atención en el período 2020.

Hospital Argerich - 2020	
Detalle	Unidades
	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia
¿Se han atendido pacientes no covid en el período 2020?	Si.
¿Se han rechazado pacientes no covid en el período 2020?	Si.
¿Se han rechazado pacientes covid en el período 2020?	Si.
¿Se han derivado pacientes en el período 2020?	Si.
¿Se han recibido pacientes derivados de otros efectores en el período 2020?	Si.

Hospital Argerich - 2020			
Detalle	Unidades		
	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Coronaria	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales
¿Qué porcentaje de ocupación de camas ha tenido la unidad en el período 2020?	100% (Se internaba a "cama caliente", si por ejemplo Clínica Médica debía pasar a un paciente a terapia intensiva y no había lugar, se lo pasaba a Guardia para ser intubado y esperar la desocupación de cama de intensiva allí).	Debido a que la atención en UCO era para pacientes no covid y que por lo tanto para ingresarlos se debía esperar entre 24 y 48 hs. el resultado de un hisopado, el porcentaje de ocupación de camas en general no ha sido el histórico, teniendo por momentos camas libres. Asimismo, en	Sin datos

		pandemia, como la guardia se encontraba repleta de pacientes covid, el paciente no covid no realizaba consultas por lo que, por el mes de junio de 2020, el porcentaje de ocupación en UCO disminuyó muchísimo, luego la tasa se fue normalizando, aunque la ocupación era fluctuante según el mes.	
¿Cómo se informaba al familiar sobre la situación del paciente?	Diariamente, cerca de mediodía, los jefes de unidad, médicos de planta e incluso a veces los médicos de guardia, llamaban telefónicamente a los familiares para dar el informe. Además, de ocurrir alguna novedad, el médico de guardia se comunicaba con los familiares para informar la misma, ya que no había presencialidad y nadie podía entrar al área.	Los informes a los familiares eran telefónicos (dos veces por día, a las 12 hs. del mediodía y a las 19 hs.). Los encargados de los informes eran el médico de guardia o la médica coordinadora de planta de UCO.	Los informes a las madres (los padres no ingresaban al área) eran dados en forma diaria y con la frecuencia necesaria, por el médico de guardia, ante casos de extrema complejidad o a requerimiento de los padres, la Jefa de Servicio (en ese entonces era coordinadora de la terapia) daba informes en su despacho. Como las madres se encuentran siempre presentes en el área, los informes eran presenciales.

9.3.2. Hospital Fernández.

División Terapia Intensiva.

En el período 2020 el Hospital Fernández era un hospital para covid aunque también se han atendido pacientes no covid a pesar de que algunos eran rechazados bien por prioridad de camas para pacientes covid, o bien por no poder resolver la patología presentada o por falta de personal para multiplicar la atención. También existió la necesidad de derivación de 10 pacientes crónicos de intermedia para rehabilitación al Hospital Rocca para poder transformar el sector para pacientes covid, otra causa de derivación no hubo, en cambio se han recibido muchísimos pacientes derivados de otros

efectores. Los pacientes arribaban al servicio desde la Guardia externa o derivados de los anillos, o pacientes internados en el área clínica que se agravaban, o desde USoVNI y desde las Unidades Febriles de Urgencia (UFU).

Unidad Coronaria.

Durante el período 2020 la ocupación de camas fue completa. La Unidad Coronaria en pandemia se encargó del cuidado de recuperación de pacientes intensivos crónicos que requerían cuidado kinesiológico. La falta de médicos también condicionó la atención. Para la Unidad Coronaria, la ventilación era muy importante y la misma no contaba con el requisito de una ventilación cruzada a fin de evitar el riesgo de contagio, esto motivó a que, inicialmente, no se utilizara el sector para atender pacientes covid, y si así sucedía ante la falta de un adecuado aislamiento debía someterse a todo el personal y a los pacientes a cuidados equivalentes. Luego la unidad fue llevada al cuarto piso donde funciona Unidad Obstetricia de Alto Riesgo. Esta situación requirió un acondicionamiento ya que hubo que adaptarla a los requerimientos de unidad coronaria (monitores, respiradores, panel de gases, etc.). El acondicionamiento no pudo realizarse de forma completa, ya que no se cuenta con monitor central. La idea fue utilizar el primer piso de UCO como terapia intensiva, lo cual no resultó por falta de médicos. La UCO posee 5 camas boxeadas y 5 camas libres en un pasillo, por lo que se podía destinar las boxeadas a pacientes ya diagnosticados o posibles covid. Estas decisiones las iba tomando la Dirección junto con un Comité de Crisis creado a tal fin. También se colocó en el área dos aparatos removedores del aire que ocupaban muchísimo espacio en una unidad que ediliciamente no cuenta con espacio suficiente y adecuado dado que, la aparatología específica de la UCO como monitores y respiradores, los deben tener en el único pasillo que posee el sector. En este sentido, la unidad se encuentra lindera a un enorme balcón terraza que podría sumarse al sector para proveer más espacio y comodidad para su distribución y desarrollo de atención, pero no se ha conseguido gestionarlo hasta la actualidad.

Sección Cuidados Intensivos Neonatales.

En el período 2020 el área ha tenido bebés portadores de virus covid pero con enfermedades leves que se recuperaron bien y antes del alta pasaban a terapia intermedia. El servicio siempre estuvo abierto en el mencionado período. Durante el año 2020 el porcentaje de ocupación de camas fue fluctuante existiendo picos de máxima ocupación; cabe destacar que ante la falta de camas existe una red de derivación ya que es habitual que suceda

llegar al tope de capacidad, aún así, en período covid, pudo manejarse la situación en máxima capacidad de trabajo..

Otros datos.

Se han recopilado otros datos sobre la atención en el período 2020.

Hospital Fernández - 2020	
Detalle	Unidades
	Terapia Intensiva A, B y C
¿Se han atendido pacientes no covid en el período 2020?	Si
¿Se han rechazado pacientes no covid en el período 2020?	Si
¿Se han rechazado pacientes covid en el período 2020?	No
¿Se han derivado pacientes en el período 2020?	Si
¿Se han recibido pacientes derivados de otros efectores en el período 2020?	Si

Hospital Fernández - 2020			
Detalle	Unidades		
	Terapia Intensiva A, B y C	Coronaria	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales
¿Qué porcentaje de ocupación de camas ha tenido la unidad en el período 2020?	El porcentaje de ocupación de camas siempre fue mayor al 100%, ya que se internaba a cama caliente, en un mismo día una misma cama podía ser ocupada por más de un paciente, lo cual aumentaba el porcentaje pese a lo cual se ha podido brindar una calidad de atención de la mejor con resultados excelentes, según ha manifestado el Jefe de División.	La internación durante el período 2020 fue a “cama caliente”, es decir que la ocupación fue completa. La Unidad Coronaria en pandemia hizo las veces de cuidado de recuperación para pacientes intensivos crónicos que requerían cuidado kinesiológico.	Fue fluctuante el porcentaje de ocupación, cabe destacar que ante la falta de camas existe una red de derivación ya que es habitual que suceda llegar al tope de capacidad, aún así, en período covid, pudo manejarse la situación en máxima capacidad de trabajo.
¿Cómo se informaba al familiar sobre la situación del paciente?	La información a familiares del estado de situación del paciente la realizaba telefónicamente el médico tratante responsable de la cama ya que las visitas se encontraban suspendidas en 2020 y hasta gran parte de 2021. Los familiares dejaban de tener contacto físico y, si el paciente fallecía, el cadáver era trasladado para su cremación inmediata.	En el transcurso del año 2020 y durante el proceso de pandemia, los informes a los familiares de los pacientes fueron dados telefónicamente por parte del médico de guardia a cargo.	Se informaba a los familiares acerca de la situación evolutiva del paciente por vía telefónica con videollamadas en el caso de madres enfermas que no pudieran estar con los bebés o a los padres o familiares directos.

9.3.3. Hospital Santojanni.

Unidad Terapia Intensiva.

En el año 2020 frente a la pandemia por covid, la Unidad Terapia Intensiva del hospital se encontró con la obligación de ampliar su alcance creando las unidades de terapia intensiva UTI 2 y UTI 3, con igual equipamiento que la UTI 1 para desarrollar la misma complejidad.

En primera instancia se destinó a la UTI 3 como sector de aislamiento para pacientes covid positivos resguardando un rincón de espacio físico para la evaluación de pacientes de Shock Room, dado que el espacio de este sector fue transformado en UTI 3. Luego, una vez colmado ese sector, se continuó aislando pacientes en UTI 2 y finalmente utilizando la UTI 1 que cuenta con 3 boxes de aislamiento bien cerrados y reservado para pacientes muy graves.

Los pacientes no covid que necesitaban cama en cuidados intensivos por otras patologías, fueron evacuados a otros hospitales y a clínicas privadas.

Al inicio no hubo incorporación de recursos humanos nuevos, se redistribuyó el personal existente en el hospital lo cual conllevó a que enfermeras y kinesiólogos sin experiencia en terapia intensiva tuvieran que incorporarse a tal atención.

Se armó una comisión con representantes de los Hospitales Argerich, Fernández, Muñiz y Santojanni, por este último participó el Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva, a fin de definir con las autoridades en el Ministerio de Salud con el Ministro de Salud, la Subsecretaria de Atención Hospitalaria y el Director General de Hospitales, cómo proceder en CABA frente a la pandemia y obtener directivas sobre los pasos a seguir. Ante la situación de no contar aún con respuestas de cada una de las partes, todo transcurrió aprendiendo sobre la marcha.

En el mes de mayo de 2020, el Jefe de Unidad fue internado con supuesto covid que finalmente nunca dio positivo. Superada esa situación y luego de varios chequeos clínicos, se presentó ante las autoridades del Ministerio de Salud reclamando lo necesario para la atención.

Los primeros 90 fallecidos fueron dando pautas para que se supiera que implementar ante estos casos. El Jefe de Unidad contó con información acerca de que las personas fallecían por microtrombosis generalizada, cuestión que fue determinada después de varias autopsias y que era eso lo que el SARS-CoV2 producía, por lo que se planteó la necesidad de anticoagular a los pacientes, el Hospital Santojanni comenzó a hacerlo y se comenzó a no tener más fallecidos. Otra de las terapias planteadas a llevar a cabo era la antibiótica a la cual se oponía Infectología, pero la aplicación al cien por ciento de antibióticos evitó también las muertes.

Ante la segunda ola los representantes de los Hospitales Argerich y Muñiz ya no asistían a las reuniones en el Ministerio de Salud, aunque entre todos tenían que definir cómo actuar. Fue en ese momento y ante la insistencia del Jefe de Unidad que llegó al Hospital Santojanni un container con respiradores, bombas, etc.

Describe el Subdirector Médico que con anterioridad al período 2020 había iniciado un proyecto en conjunto con la Universidad Católica Argentina (UCA) para la formación de profesionales en terapia intensiva de no más de 20 personas, idealmente entre 10 y 12, para poder asimilar ese recurso humano en caso de necesidad ante la falta de terapistas, y convirtió al Hospital Santojanni en época de pandemia, con la colaboración del Jefe de la Unidad Terapia Intensiva, en el hospital con capacidad de proveer profesionales con orientación de terapistas. En este sentido, el hospital pudo soportar la superpoblación de camas de terapia por la existencia de dicho emprendimiento. Cabe destacar que el Subdirector Médico, en la actualidad, es Director de la Carrera de Especialista en Terapia Intensiva de la UCA.

Si bien en esta auditoría, como se ha mencionado previamente, no se analiza la unidad de cuidados intensivos denominada “shock room”, cabe mencionar algunas consideraciones que se interrelacionan con la terapia intensiva en este caso, en base a la información brindada por el Subdirector Médico. El Shock Room del hospital es un proyecto que se inicia en el año 2000 cuando el entonces Director le solicitó al ahora Subdirector Médico la creación de una terapia intensiva paralela que pudiera resolver en forma rápida lo que la UTI, por falta de camas, no tuviera la capacidad de solventar, es decir, todas las situaciones intensivas de urgencia, creándose así por primera vez, una terapia intensiva en la Guardia que no existía hasta ese momento y a la que se denominó Shock Room para pacientes de pronta atención posibilitando su traslado posterior al piso o a la unidad correspondiente. Tanto el Jefe asignado como los dos médicos titulares del sector, son terapistas, convirtiéndose en un lugar híbrido entre guardia y terapia intensiva con una cama en la primera posición para diagnosticar rápidamente a todo paciente que arribe por el helipuerto. Señala el Subdirector Médico que ningún otro hospital posee un shock room de estas características, por lo cual siempre se la quiso denominar UTI 3 pero, como en ese caso debía tener un jefe específico, no se logró su nominación y quedó históricamente como shock room, de por sí funcionalmente es la terapia intensiva de la guardia.

Unidad Coronaria.

Según lo exteriorizado por el Jefe de Unidad Coronaria, en período pandémico, no se atendían pacientes covid en este sector, si algún paciente contraía la enfermedad se lo colocaba en alguno de los 2 boxes de aislamiento con los que siempre ha contado estructuralmente la unidad, y pronto a ser

sacado del área lo antes posible, es así que, además de su función específica, la unidad se refuncionalizó en terapia intensiva de pacientes no covid debido a que la Unidad de Terapia Intensiva 1 se vio colapsada. Se puede decir que el covid terminó siendo una comorbilidad de la patología con la que ingresaba el paciente al hospital, llegaba con su enfermedad cardíaca y era atendido por los cardiólogos en la Unidad de Terapia Intensiva 2. En dicho período, los pacientes cardiológicos dejaron de asistir, a partir de julio de 2020 la Unidad Coronaria comenzó a funcionar como polivalente, atendían pancreatitis, neumonías, post operatorios, neurocirugías, etc. por ser la única área del hospital que era no covid.

La División Cardiología, que funcionaba en el segundo piso, contaba con 14 camas y estaban también a cargo del Jefe de Unidad Coronaria al igual que las 8 camas de la Unidad Coronaria que en la actualidad posee en cuidados intensivos del primer piso. A partir de la pandemia, la división mencionada se quedó sin las camas de internación intermedia y sin sala de residentes, dada la refuncionalización mencionada, de acuerdo a lo manifestado por el mencionado Jefe de Unidad Coronaria.

En el espacio físico utilizado en pandemia en el segundo piso para UTI 2, anteriormente desde el año 2013 a 2015 funcionó la Unidad Coronaria, la cual, terminada la construcción del primer piso, se muda a ese nuevo espacio funcionando hasta la actualidad quedando el área desalojada como sector cardiológico donde la UCO descargaba los pacientes que precisan cuidados intermedios cardiológicos.

Tal como recuerda el Jefe de Unidad Coronaria, en la estructura aprobada por el Decreto N° 348/GCABA/12, se incluye una Sección Unidad Coronaria Intermedia y que esta no se encontró operativa por falta de equipamiento hasta que en el año 2018 se logra equiparla con 6 camas y 6 monitores nuevos funcionando hasta la llegada de la pandemia en que se reconvirtió en UTI 2. Por otra parte el Subdirector Médico ha comentado que el Hospital Santojanni es un hospital con modelo francés para 12 horas de atención que, sin sufrir modificaciones estructurales y de funcionamiento, al día de hoy es de 24 horas creciendo así en el tiempo donde las subespecialidades superaron a las troncales comenzando a ser centro de desagote o derivación de pacientes de otros hospitales a pesar de no contar con capacidad real para sostener en la alta complejidad a 4 hospitales más (Álvarez, Piñero, Vélez Sársfield y Zubizarreta), debiendo realizar variaciones para la compensación por el crecimiento de prestaciones como neurocirugía, terapéutica percutánea y cirugía cardiovascular debido a la falta de una estructura edilicia acorde. En este sentido, si bien a la Unidad Coronaria se la despojó de un lugar específico en el segundo piso, la conversión realizada permitió el inicio de un hospital diferente. No obstante, cabe aclarar que, aún así, la Unidad Coronaria

Intermedia continuó existiendo trasladada al cuarto piso⁷ al sector de Cirugía Plástica, y posiblemente, se vuelva a cambiar de lugar porque los procesos de gestión superan las cuestiones territoriales. Asimismo, la Unidad Coronaria Intermedia, nunca dejó de tener la funcionalidad que tenía ya que es trasladada de lugar con los mismos implementos con los que contaba y algunos superiores sin bajar su complejidad. La razonabilidad de su procedimiento se sustenta en que poseer un sector de 12 camas para sólo 344 pacientes anuales de los 419 ingresados a Cardiología (estadística año 2019), fundamente el cambio al cuarto piso con disponibilidad de 8 camas que en la actualidad se encuentra ocupada con 3 o 4 pacientes diarios. Post coronaria es una sección con un jefe y sin médicos de guardia, atendida por la planta de Cardiología dentro de su horario, luego por la residencia; en dicho lugar pernocta el residente dada la baja complejidad del paciente internado en ese lugar. La Unidad Coronaria tiene diariamente 3 médicos de guardia que son un recuperador cardiovascular, uno de unidad coronaria y el cardiólogo de guardia del hospital. En el cuarto piso desde el 2020, cuenta con 2 habitaciones (la 416 y la 418), una para mujeres y otra para hombres, de 4 camas cada una, un estar de enfermería, un estar médico y un espacio para acopio de material post coronaria.

Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.

De acuerdo a lo manifestado por la Jefa de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en los dos años de pandemia, sólo hubo un par de bebés internados por covid, pero no complicados habiendo transitado la enfermedad en forma leve. Cabe destacar que, los pacientes neonatales eran “sospechosos covid” en los casos de recién nacidos de madres con covid positivo. Todo el personal usaba EPP que sólo descartaban si habían ingresado al sector de aislamiento. En un momento tuvieron que enfrentar un brote de una bacteria multirresistente, *klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa, cuyo desarrollo se ve favorecido en presencia de humedad, que transmitió una de las madres, que había estado en unidad coronaria y en unidad de terapia intensiva, a su bebé en Neonatología. La colonización se extendió a otros bebés, aunque fue controlada. En este sentido el servicio cuenta con un programa de control de infecciones por el cual se hisopa semanalmente a todos los pacientes a fin de detectar la bacteria, además del seguimiento, realizado en conjunto con Infectología, de cada bebé que presente una infección en cuanto a días de tratamiento antibiótico mediante

⁷ En este sentido, la información brindada por el Subdirector Médico se contrapone a lo afirmado por el Jefe de Unidad Coronaria que como se ha mencionado, expresó que a partir de la pandemia el sector se quedó sin las camas de internación intermedia. Por otra parte la Jefa a cargo del Departamento de Recursos Físicos del hospital, confirma un espacio físico perteneciente a Unidad Coronaria en el cuarto piso.

el control de los cultivos y así poder hacer un uso racional de la medicación para evitar el desarrollo de microorganismos multirresistentes. A partir de la pandemia en el período 2020 se utilizaron las incubadoras como aislantes, aunque no la precisaran todos los niños, se los ponía igual en ellas como protección quedando de lado las cunitas que estaban deterioradas.

Otros datos

Se han recopilado otros datos sobre la atención en el período 2020.

Hospital Santojanni - 2020	
Detalle	Unidades
	Terapia Intensiva 1, 2 y 3
¿Se han atendido pacientes no covid en el período 2020?	No se han rechazado pacientes no covid en época de pandemia.
¿Se han rechazado pacientes no covid en el período 2020?	No se han rechazado pacientes no covid en época de pandemia.
¿Se han rechazado pacientes covid en el período 2020?	No.
¿Se han derivado pacientes en el período 2020?	Hubo 5 pacientes en Shock Room que fueron derivados a otros hospitales más chicos para su atención.
¿Se han recibido pacientes derivados de otros efectores en el período 2020?	Siempre se recibieron pacientes de otros efectores.

Hospital Santojanni - 2020			
Detalle	Unidades		
	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Coronaria	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales
¿Qué porcentaje de ocupación de camas ha tenido la unidad en el período 2020?	100% (Además de las camas se habilitó una camilla en un pasillo).	100%	55% (Aproximado, el servicio no tuvo que atravesar la misma situación que el sector de adultos).
¿Cómo se informaba al familiar sobre la situación del paciente?	A los familiares se los informaba telefónicamente entre las 9 hs. y las 11 hs. de la mañana cada día.	Los informes médicos de situación los emitía la cardióloga de planta que cumple la función de coordinadora, diariamente por la mañana desde su teléfono celular.	En caso de que la madre del paciente fuera covid positivo y por tanto no pudiera ingresar al servicio requiriendo su bebé la internación por prematuridad, dificultad respiratoria o cualquiera otra afección, se mantenía comunicación telefónica con la madre diariamente y cuando fuera necesario.

9.4. Atención en la actualidad.

En el Anexo XVII se describen determinados aspectos de la atención en la actualidad de todas las unidades de cuidados intensivos bajo análisis.

9.5. Seguridad del paciente.

Se precisan algunas definiciones y acciones acerca de este tema y se describen aspectos relevados en los 3 efectores analizados.

9.5.1. Definiciones y acciones.

Se describen en el Anexo XVIII definiciones y acciones según la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud de Nación y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

9.5.2. Relevamiento de determinados aspectos en efectores.

Se ha recabado información general de determinados aspectos relacionados con la seguridad del paciente de todas las unidades de cuidados intensivos.

9.5.2.1. Gestión de administración de medicamentos.

Hospital	Unidad	Descripción
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	La gestión de administración de medicamentos se realiza en base a las indicaciones médicas volcadas en la carpeta personal de cada paciente identificada por número de cama. Las indicaciones son diarias, la enfermera corrobora cambios posibles con respecto al día anterior para realizar la administración. En caso de cambios, si se administra de 8 a 20 hs. recurre a la farmacia satélite para solicitar los medicamentos, fuera de ese horario se dirige a la farmacia central. Una vez aplicada la medicación, la enfermera asienta en planilla de enfermería qué aplicó y en qué horario.
	Coronaria	Hay una farmacéutica dedicada a controlar con enfermería la existencia de toda la medicación necesaria, para solicitar a Farmacia en base a la orden médica que es realizada diariamente y asegurando la provisión de la misma. Asimismo, el suministro a los pacientes de dicha medicación, la realiza enfermería de acuerdo a las indicaciones médicas.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	La indicación de administración de medicamentos la realiza el médico personalizando de acuerdo al peso de cada paciente cada día, en una planilla de indicaciones de enfermería, donde la enfermera asienta la aplicación realizada y todo lo que suceda con el paciente

		detalladamente. Es un sistema controlado, existen protocolos para todo.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	El servicio cuenta con programa de control de infecciones, a través de una enfermera y un infectólogo propios de la terapia que realizan el monitoreo diario de pacientes, el cumplimiento de las medidas y los protocolos de atención y, cada 3 meses, realizan la estadística propia del sector. Todo lo detectado lo conversan con el intensivista quien determina la terapia medicamentosa a implementar según el paciente, el médico tratante consensua con el infectólogo y también con la nutricionista para el mejor tratamiento nutricional. Todas las indicaciones correspondientes se asientan en la HCl y el enfermero asignado al paciente lleva a cabo la aplicación de lo indicado.
	Coronaria	La gestión para la administración de medicamentos desarrollada en el servicio se realiza bajo la supervisión de Infectología. El enfermero a cargo busca la medicación prescripta en Farmacia.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	La administración de medicamentos es aplicada por Enfermería. El uso de antibióticos en las terapias neonatales es pertinente al área, lo decide el médico que está en la misma. La prescripción de medicamentos es siempre con la anuencia del Servicio de Infectología. La medicación se obtiene de la Farmacia, el stock con el que cuenta el servicio es para la administración de urgencia, el mismo es mínimo. En cuanto a los insumos biomédicos hay provisión para la terapia, el stock es pequeño, pero se encuentra dentro de la unidad.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	La farmacéutica de planta ayuda en la administración de medicamentos y la farmacéutica de guardia controla y para enfermería se informa lo necesario realizando control de stock permanente.
	Coronaria	Se hace dificultosa por la falta de identificación del paciente, el personal de enfermería administra a partir de las indicaciones médicas encarpetadas por número de cama. Ante las urgencias primero se administra y luego se registra.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Normalmente existe una medicación básica de la cual se realiza un pedido anual a Farmacia. En antibióticos (ATB), tienen que tener el aval de Infectología para que les acepten el pedido. El stock asignado queda en Farmacia, la cual provee a requerimiento, el control de stock en el servicio lo realiza diariamente el personal de enfermería.

9.5.2.2. Medidas para prevención de infecciones.

Hospital	Unidad	Descripción
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	La División cuenta con un programa de control de infecciones. Una enfermera especialista en control de infecciones del Servicio de Infectología recorre diariamente las unidades y verifica in situ que todo esté bien. En el sector, los médicos hisopan a los pacientes una vez por

		semana para verificar si existe alguna nueva colonización de microorganismos que los transformen en pacientes de riesgo. De acuerdo al resultado de los cultivos, la enfermera avisa de la situación para poner en marcha las medidas de aislamiento (de contacto y respiratorio).
	Coronaria	La Unidad Coronaria cuenta con el programa de control de infecciones del hospital suministrado por el área de Infectología, que acude al servicio diariamente a fin de informarse de la presencia de infecciones en algún paciente y proceder a su aislamiento realizando la indicación de tratamiento antibiótico cuyo suministro es controlado también a posteriori. Se pueden señalar como medidas tomadas para la prevención de infecciones, el control de las vías de acceso (catéteres intra - vasculares, sondas vesicales y todo aquello invasivo para el paciente), y su mantenimiento diario, se determina también el aislamiento de contacto en caso de que el paciente lo requiera dependiendo del tipo de germen del que se trate, y el uso de EPP ante la revisión de un paciente siendo el mismo cambiado o descartado según el caso.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El servicio cuenta con programa de control de infecciones a cargo del infectólogo del área y además hay un enfermero especializado en control de infecciones que controla la seguridad del paciente.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	El servicio cuenta con un programa de control de infecciones, a través de una enfermera y un infectólogo propios de la terapia que realizan el monitoreo diario de pacientes, el cumplimiento de las medidas y los protocolos de atención y, cada 3 meses, realizan la estadística propia del sector. Todo lo detectado lo conversan con el intensivista quien determina la terapia medicamentosa a implementar según el paciente, el médico tratante consensua con el infectólogo y también con la nutricionista para el mejor tratamiento nutricional. Todas las indicaciones correspondientes se asientan en la historia clínica y el enfermero asignado al paciente lleva a cabo la aplicación de lo indicado. Existen varias acciones que se llevan a cabo en terapia intensiva como por ejemplo sentar a los pacientes con ventilación mecánica a 40° a fin de disminuir la neumonía asociada al ventilador, lavado de cavidad bucal con clorhexidina u otra sustancia, aspiración de las secreciones en forma permanente realizada por enfermeros; cada patología tiene una norma de prevención, depende del enfermo y de la circunstancia, si el paciente proviene derivado de otro efector se lo aísla, se lo baña y se lo hisopa para comprobar resistencias. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) junto con la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) ⁸ han sido líderes en control de calidad de

⁸ The European Society of Intensive Care Medicine (ESICM).

		las patologías para disminuir riesgos elaborando 144 medidas a partir de indicadores de calidad que se recomiendan para disminuir infecciones. Por ejemplo, si un paciente se cae de la cama es un mal indicador de seguridad ya que no debe caerse, cada indicador tiene un valor para medir si esa unidad tiene niveles de seguridad adecuados. Estos indicadores se realizaron en el año 2005 y se fueron actualizando a través de los años, inclusive antes de la pandemia (última actualización en 2017), y están plasmados en un libro de 119 páginas, divididos por especialidad. Si terapia intensiva no provee seguridad de paciente, no estaría en condiciones de funcionar para lo cual se precisa recursos humanos entrenados, según manifiesta el Jefe de División.
	Coronaria	Las medidas para la prevención de infecciones desarrolladas en el servicio, se realiza bajo la supervisión de Infectología. Los médicos infectólogos hacen el seguimiento del tratamiento de cada paciente.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El sector dispone de un programa de control de infecciones con las medidas pertinentes para el control de las mismas. Para el control de infecciones grupales existe una comisión interna conformada por un grupo de profesionales mancomunados con el Servicio de Infectología, combinando lo interno con lo externo donde este último proporciona las directivas y/o normativa a seguir.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	La Unidad se ajusta a un programa de control de infecciones, siendo básico para la prevención el lavado de manos, la higiene del paciente, la utilización de equipo de protección personal (EPP) por parte del personal y la profilaxis antibiótica.
	Coronaria	Cuenta con un programa de control de infecciones a través del Servicio de Infectología que informa al sector de las estadísticas de las infecciones que se suscitan.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Cuenta con programa de control de infecciones. Cabe mencionar que las infecciones se previenen básicamente a través de medidas como el lavado de manos primeramente, el uso racional de antibióticos luego, además una buena manipulación de catéteres cuando se realiza el cambio de la nutrición parenteral al canalizar a los niños, en este caso el personal se viste como para ingresar a quirófano como medida de prevención.

9.5.2.3. Identificación del paciente.

Hospital	Unidad	Descripción
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	El proceso de identificación administrativa del paciente se lleva a cabo por el sector de Admisión y Egresos. Al principio de la pandemia se estableció una modalidad de identificación con pulsera, pero no tuvo un alto acatamiento dado que el temor reinante con el acercamiento al paciente y al no poder alcanzarse un acuerdo de quien debía proceder a la colocación de la misma, si el personal administrativo de

		Admisión y Egresos o Enfermería o el personal médico. Además hubo otra dificultad que surgió, hubo largos períodos en los que la ticketera estuvo descompuesta con grandes dificultades para lograr repararla. También sucedió que hubo faltantes de precintos para confeccionar las pulseras.
	Coronaria	La identificación del paciente es por historia clínica y número de cama, los mismos no cuentan con brazaletes identificatorios.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	En la sala de partos, la partera identifica al paciente mediante la plantigrafía (impresión de la planta del pie), y la colocación de una pulsera con número de nacimiento y el nombre en coincidencia con la de la madre.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	Normalmente desde el sector de admisión, en situaciones normales, el paciente llega al servicio con todos sus datos recabados por dicho sector lo que permite su identificación. En los casos que ante la urgencia no cuente con el brazalete identificatorio correspondiente, se lo interna, y el personal de terapia se lo coloca y se lo identifica por el número de cama asignada. La certificación de la identidad se realiza ante la existencia de un documento o de lo contrario se da intervención policial ya que la certificación de identidad sin documentación no es un acto médico, luego se realiza la apertura de historia clínica (HCI). Ante el alta el paciente ya está identificado, aunque ha habido casos en que han fallecido personas sin identificación (NN), ante lo cual se da intervención policial.
	Coronaria	Los pacientes se encuentran identificados mediante muñequeras y teniendo en cuenta el número de cama que ocupa y documento de identidad.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El bebé llega al sector identificado con su nombre y número de historia clínica de la madre, luego se le asigna el número de historia clínica propio.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Los pacientes se identifican en la historia clínica, en las indicaciones y en el monitor central con nombre y apellido, número de cama, UTI en la que se encuentra y diagnóstico.
	Coronaria	No existe identificación del paciente a su ingreso, no se usan pulseras identificadoras ni fotocopia del documento de identidad, en la unidad se encarpeta su planilla de identificación con el número de cama asignada y de ese modo se lo identifica confiando en que el paciente proporcione datos fidedignos ya que a su ingreso al hospital nadie lo registra, los médicos realizan la tarea. En la actualidad hay un administrativo del hospital que oficia de cadete entre el servicio y la admisión del mismo llevando la documentación que los médicos registran. El gran inconveniente es que hay veces en que el paciente ingresa sin documento, y si ingresa solo puede también no acordarse ni siquiera de su número de teléfono. Cuando fallece uno de estos pacientes, pueden llegar a permanecer

		hasta 12 horas en la unidad por ser un “NN” y no se puede completar el certificado de defunción hasta que llegue un familiar y realice la identificación.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Al bebé se le colocan 2 pulseras identificadoras con su nombre de pila y el apellido de la madre, una en la mano y la otra en el tobillo.

9.5.2.4. Identificación del personal de salud.

Hospital	Unidad	Descripción
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	El personal de salud cuenta con identificación, pero por lo general no es usado.
	Coronaria	El personal de salud no posee identificación física.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El personal de salud no posee una credencial filiatoria con su nombre y cargo en su uniforme.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	Sin datos.
	Coronaria	El personal de salud sólo en algunos casos porta su nombre en la vestimenta.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El personal de salud no se encuentra identificado.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	El personal no tiene identificación alguna.
	Coronaria	Los profesionales no cuentan con identificación.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El personal de salud no posee identificación.

10. Servicios auxiliares y/o áreas de apoyo.

Se describen determinadas características de los servicios auxiliares que son necesarios para un funcionamiento adecuado de las unidades de terapia intensiva de acuerdo a información brindada por los responsables de las mencionadas unidades.

10.1. Laboratorio de análisis.

Concepto	Argerich	Fernández	Santojanni
¿Está a cargo de un bioquímico?	Si	Si	Si
¿Cuenta con un técnico de guardia activa las 24 horas del día?	Si	Si	Si

Se puede observar que en los dos conceptos analizados los 3 hospitales tienen Laboratorio de análisis a cargo de un bioquímico y cuentan con un técnico de guardia activa las 24 horas del día. Además de los dos conceptos verificados se destacan a continuación otros comentarios vertidos sobre este servicio auxiliar.

H. Argerich.

Se cuenta además del laboratorio central, con un laboratorio satélite junto al servicio.

H. Santojanni.

El Jefe de Unidad Terapia Intensiva manifiesta que el laboratorio es muy bueno, excepcional y que su ámbito se encuentra equipado con excelente tecnología por lo que se pueden solicitar mediciones de todo tipo como las determinaciones cardiológicas, de infarto, de terapia entre otras, con muchísima facilidad. Cabe destacar el cuidado que se realiza de los recursos debido a la escasez y el costo de algunos reactivos, como por ejemplo las troponinas para infarto cuyo stock se divide entre la Unidad Coronaria y Terapia Intensiva aplicándose en pacientes específicos.

Hay 3 técnicos de laboratorio de guardia y 1 de bacteriología que hace guardia hasta las 16 hs. Bacteriología funciona separadamente frente al laboratorio aunque pertenece al área de bioquímica.

10.2.Endoscopia.

Concepto	Argerich	Fernández	Santojanni
¿Hay disponibilidad a endoscopia digestiva y respiratoria las 24 horas del día.	No	No	Si

Se puede apreciar que únicamente en el Hospital Santojanni hay disponibilidad a endoscopia digestiva y respiratoria las 24 horas del día. Además del concepto verificado se destacan a continuación otros comentarios vertidos sobre este servicio auxiliar.

H. Argerich.

No hay disponibilidad de endoscopia digestiva y respiratoria las 24 horas, la digestiva está disponible sólo en el horario de endoscopias, y muchas de las respiratorias son realizadas por los médicos de terapia por poseer endoscopio, pero ellos no son endoscopistas.

H. Fernández.

No se cuenta las 24 horas con el servicio de endoscopia digestiva y respiratoria, se destaca que hay suficiente personal calificado pero falta equipamiento.

H. Santojanni.

Existe amplia disponibilidad a endoscopia digestiva y respiratoria las 24 horas del día y según manifiesta el Jefe de Unidad Terapia Intensiva, funciona muy bien.

10.3.Hemoterapia.

Concepto	Argerich	Fernández	Santojanni
¿Hay atención con guardia activa las 24 hs?	Si	Si	Si
¿Está a cargo un médico hemoterapeuta?	Si	Si	Si

En los dos conceptos analizados en los 3 hospitales se puede confirmar que hay atención con guardia activa las 24 horas y que el servicio en cuestión está a cargo de un médico hemoterapeuta.

10.4.Servicio de imágenes.

Concepto	Argerich	Fernández	Santojanni
¿Cuenta el servicio con un equipo portátil (ecógrafo)?	Si	Si	Si
¿Cuenta el Servicio de Ecografías con capacidad operativa las 24 horas?	Si	Si	Si
¿Cuenta con guardia activa de técnico radiólogo y ecografista?	Si	Si	Si
¿Cuenta con accesibilidad a tomografía computada de rutina y de urgencia durante las 24 horas del día?	Si	Si	Si

Se puede apreciar en el cuadro precedente que el área de Servicio de Imágenes cuenta con lo indicado en los cuatro conceptos mencionados en los 3 hospitales auditados.

Además de los conceptos verificados se destacan a continuación otros comentarios vertidos sobre este servicio auxiliar.

H. Argerich.

Se cuenta con un técnico radiólogo y con un médico radiólogo. La mayoría de los médicos de terapia intensiva han realizado el curso de ecografía en cuidados críticos.

H. Fernández.

El área de Terapia Intensiva cuenta con un equipo de rayos portátil. Las ecografías y tomografías se realizan en el sector del hospital donde se encuentran el ecógrafo y tomógrafo con capacidad operativa las 24 horas,

aunque sin disponibilidad de un médico especialista en imágenes y si bien, muchos de los profesionales terapeutas realizaron el curso de capacitación con titulación en ecografías, el estudio debería ser realizado por un médico especialista en el tema, así lo exterioriza el Jefe de la División Terapia Intensiva. La División de Terapia Intensiva cuenta con equipos de ecografía.

H. Santojanni.

Más allá del Servicio de Ecografías del hospital, la Unidad de Terapia Intensiva cuenta con ecógrafo propio y los ecografistas son los médicos del sector. En el Servicio de Ecografías se cuenta con 5 especialidades (abdomen, doppler, cardiología, ginecología y tórax).

El Servicio de Imágenes cuenta con técnico radiólogo y técnico de tomografía las 24 horas (tomografía computada de rutina y de urgencia).

11. Comités y comisiones.

En el Anexo XIX se detallan cuales son los comités y comisiones en donde participa personal de las unidades de cuidados intensivos de los 3 efectores analizados.

12. Servicios tercerizados.

Se ha relevado información en relación al funcionamiento de determinados servicios tercerizados que se llevan a cabo en los sectores analizados. En este caso el detalle se agrupa por sector, es decir terapia intensiva, coronaria y cuidados neonatales de cada hospital.

El detalle es sobre los siguientes servicios:

- ❖ Limpieza.
- ❖ Mantenimiento edilicio.
- ❖ Seguridad.
- ❖ Recolección de residuos patogénicos.
- ❖ Recolección de residuos líquidos peligrosos.
- ❖ Elaboración y distribución de comida.
- ❖ Lavado de ropa.

En el Anexo XXV se presenta esta información.

13. Insumos.

En el Anexo XX se presenta información relevada acerca de la provisión de medicamentos y de insumos biomédicos considerando sobre todo el año 2020.

14. Registros.

Se ha obtenido información relacionada con determinados registros y la situación existente en las unidades de cuidados intensivos. El detalle consta en el Anexo XXI.

15. Otras auditorías.

Se ha consultado sobre la realización de otras auditorías y/o informes efectuados por otros organismos en relación con las unidades de cuidados intensivos. El detalle se encuentra en el Anexo XXIII.

16. Pacientes con obra social.

En el Anexo XXIV se describen determinados conceptos relacionados con la detección de pacientes con obra social que se desarrollan en las áreas de las unidades de cuidados intensivos.

17. Estructura física.

Se han evaluado determinadas características propias de cada unidad de cuidados intensivos relacionadas con estructura física en los 3 hospitales bajo análisis.

A efectos de recabar la información pertinente, se han realizado recorridas en las unidades de cuidados intensivos con el acompañamiento de representantes del área de recursos físicos.

Se presentan en los siguientes cuadros las cuestiones verificadas que comprenden aspectos de carácter general de cada una de las unidades y además otros de carácter más específico de cada tipo de unidad (en unidades de terapia intensiva y unidades coronarias), habiéndose considerado para ello lo previsto en la Resolución N° 748/14 del Ministerio de Salud de Nación para el caso de las unidades de terapia intensiva y lo previsto en la Resolución N° 375/02 del mencionado ministerio para el caso de las unidades coronarias.

17.1. Hospital Argerich.

17.1.1. División Terapia Intensiva.

Se ha visualizado que la oficina del Jefe de División Terapia Intensiva, también oficia de dormitorio de los bioquímicos.

17.1.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.

Los datos fueron recabados el día 1/12/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización es clara. Existe indicación del piso para el servicio en la entrada principal del hospital y luego en el piso correspondiente existen carteles indicativos de la ubicación del servicio. La señalización no distingue entre UTI A o B. ⁹
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Las rampas existentes sólo sirven para acceder a la planta baja del hospital.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Existen 2 ascensores exclusivos para pacientes. En total son 11 elevadores operativos que en los horarios de visita no son suficientes por lo que pueden presentarse demoras para el descenso o ascenso.
Salida de emergencias (escaleras).	Existen 3 escaleras internas, con su correspondiente señalización de salida de emergencia. El edificio no posee escalera externa.
Existencia de alarma de humo.	Existen 25 detectores de humo dentro de la unidad. Existe uno en cada cubículo.
Existencia de doble circulación en el sector.	No posee.
Sistema de calefacción.	Posee equipo de calefacción central. Funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Posee equipo central, funciona correctamente.
Iluminación	Los artefactos funcionan correctamente. Cada cubículo posee instaladas 2 lámparas germicidas.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si. Posee contingencia de equipo electrógeno y UPS.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente	Posee 7 piletas para 12 camas. Se operan manualmente.

⁹ En el descargo recibido de este hospital, se manifiesta lo siguiente: “Si, al día de la fecha se encuentra señalizados” (textual), situación a verificar en futuras auditorías.

profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Si. Posee uno para cada cama.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	Si. El área se ubica en una zona restringida con sistema de clave.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. El área posee contingencia de equipo electrógeno y UPS. No posee otro tipo de iluminación de emergencia.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	Si. Posee.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	La estación central no posee paredes de vidrio o plástico. En cambio todas las camas se encuentran en cubículos construidos con paredes transparentes que permiten la observación del paciente. El diseño de la UTI A no permite la vista de cada paciente desde el sector de enfermería, pero se ha instalado un sistema de video con monitor en la mencionada área de enfermería que permite la vigilancia simultánea.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Posee un nicho hidrante y matafuegos.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	Si. Cumple. El área posee 220 m ² superando los 216 m ² (9*2*12).
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	Si. Cumple. Los cubículos poseen 9 m ² de superficie.
Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Las paredes del área están revestidas por pintura lavable. Según se informó, existe un plan de mantenimiento donde se renueva cada 4 años como máximo.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Los pisos instalados en el área son mosaicos graníticos en el pasillo y distribuidores, no posee cobertura antideslizante. Dentro de los cubículos los pisos son de vinílico por lo que cumplen con lo requerido. El área posee zócalo sanitario.
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	Si. El área posee la cantidad necesaria de enchufes y se encuentran ubicados sobre los 70 cm. de altura.

Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	Si. El área cuenta con dos salidas de oxígeno; dos de aire comprimido y dos de aspiración central.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El responsable del área fue consultado y manifestó conocer la existencia de un plan general para el hospital. Desconoce la existencia de un plan de evacuación específico para las áreas de cuidados intensivos.

El área de UTI A no posee lugar para depósito de equipos en funcionamiento y que no se usan. Por ello se encuentran equipos en los pasillos del área que entorpecen el desplazamiento en la misma.¹⁰

Cada cama se encuentra emplazada dentro de un box con paredes de vidrio y puerta, además, dos de estos boxes son para aislación especial con equipos que generan presión positiva.

Estos boxes se diseñaron sobre todo para pacientes postquirúrgicos. En los momentos en que se debió utilizar los boxes con presión positiva para recibir a pacientes con covid, se la deshabilitó para aminorar el riesgo de diseminación del virus dentro del área. Además se instalaron equipos que filtraban el aire, actualmente no se están usando.

17.1.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.

Los datos fueron recabados el día 1/12/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización es clara. Existe indicación del piso para el servicio en la entrada principal del hospital y luego en el piso correspondiente existen carteles indicativos de la ubicación del servicio. La señalización no distingue entre UTI A o B. ¹¹
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Las rampas existentes sólo sirven para acceder a la planta baja del hospital.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Existen 2 ascensores exclusivos para pacientes. En total son 11 elevadores operativos que en los horarios de visita no son suficientes por lo que pueden presentarse demoras para el descenso o ascenso.

¹⁰ En el descargo recibido de este hospital se manifiesta lo siguiente: “En la actualidad, se resolvió con depósitos de equipamiento en el área de subsuelo”, situación a verificar en futuras auditorías.

¹¹ En el descargo recibido de este hospital se manifiesta lo siguiente: “Al día de hoy se encuentra señalizadas las ubicaciones de la UTI A y B” (textual), situación a verificar en futuras auditorías.

Salida de emergencias (escaleras).	Existen 3 escaleras internas, con su correspondiente señalización de salida de emergencia. El edificio no posee escalera externa.
Existencia de alarma de humo.	Existe un único detector de humo dentro de la unidad, ubicado en el pasillo central.
Existencia de doble circulación en el sector.	No posee.
Sistema de calefacción.	Posee equipo de calefacción central. Funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Posee equipo central, en verano no es suficiente para generar una temperatura adecuada.
Iluminación	Los artefactos funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si. Posee contingencia de equipo electrógeno y UPS.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	No posee pileta para cada cama. Posee solo 2 y se operan manualmente.
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Si. Posee uno para cada cama.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee. Se pudo apreciar falta de mantenimiento de limpieza exterior.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	Si. El área se ubica en una zona restringida.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. El área posee contingencia de equipo electrógeno y UPS. No posee otro tipo de iluminación de emergencia.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	Si. Posee.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	Si. Posee. El diseño de la UTI B no permite la vista de cada paciente desde el sector de enfermería.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Posee un nicho hidrante y matafuegos.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	Si. Cumple. El área posee 249 m ² superando los 234 m ² (9*2*13).
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	Sólo 2 cubículos no alcanzan los 9 m ² de superficie, con 7,8 m ² .
Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Las paredes del área están revestidas por pintura lavable. Según se informó, existe un plan de mantenimiento donde se renueva cada 4 años como máximo.

Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Los pisos instalados en el área son mosaicos graníticos, por lo tanto son lavables, pero no poseen cobertura antideslizante. El área posee zócalo sanitario.
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	Si. El área posee la cantidad necesaria de enchufes y se encuentran ubicados sobre los 70 cm. de altura.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	El área cuenta con dos salidas de oxígeno; una de aire comprimido y una de aspiración central.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El responsable del área fue consultado y manifestó conocer la existencia de un plan general para el hospital. Desconoce la existencia de un plan de evacuación específico para las áreas de cuidados intensivos.

El área de UTI B no posee lugar para depósito de equipos en funcionamiento y que no se usan. Por ello se encuentran equipos en los pasillos del área que entorpecen el desplazamiento en la misma.¹²

La unidad no posee área limpia para realizar las tareas de limpieza de elementos utilizados en los equipos, se dejan colgados en el mismo lugar en que existe un chatero.

Se observó falta de limpieza externa, con acumulación de telas de araña en algunas ventanas.

Existe evidencia de filtraciones desde el tercer piso en el sector del baño al ingreso del área.

17.1.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI ex Intermedia.

Los datos fueron recabados el día 1/12/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización no se ha adecuado a la nueva función destinada al área. La señalética todavía vincula al área a la ex Terapia Intermedia. ¹³
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Las rampas existentes sólo sirven para acceder a la planta baja del hospital.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Existen 2 ascensores exclusivos para pacientes. En total son 11 elevadores

¹² En el descargo recibido de este hospital se manifiesta lo siguiente: “Actualmente, el depósito se encuentra en el área de subsuelo”, situación a verificar en futuras auditorías.

¹³ En el descargo recibido de este hospital se manifiesta lo siguiente: “Se encuentra subsanado”, situación a verificar en futuras auditorías.

	operativos que en los horarios de visita no son suficientes por lo que pueden presentarse demoras para el descenso o ascenso.
Salida de emergencias (escaleras).	Existen 3 escaleras internas, con su correspondiente señalización de salida de emergencia. El edificio no posee escalera externa.
Existencia de alarma de humo.	Existe un único detector de humo dentro de la unidad, ubicado en el pasillo central.
Existencia de doble circulación en el sector.	No posee.
Sistema de calefacción.	Posee equipo de calefacción central. Funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Posee equipo central, en verano no es suficiente para generar una temperatura adecuada.
Iluminación	Los artefactos funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si. Posee contingencia de equipo electrógeno.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	No posee pileta para cada cama. Posee solo 1 y se opera manualmente.
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Si. Posee uno para cada cama.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	Si. El área se ubica en una zona semi-restringida.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. El área posee contingencia de equipo electrógeno. No posee otro tipo de iluminación de emergencia.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	Si. Posee.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	El diseño es para una unidad de terapia intermedia, por lo cual el área de enfermería está ubicada en una habitación común. Esto no permite la vista de cada paciente desde el sector, pero se ha subsanado con la instalación de un circuito cerrado de video que muestra en un monitor las 6 camas.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Posee un nicho hidrante y matafuegos.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	Si. Cumple. El área posee 197 m ² superando los 108 m ² (9*2*6).

Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	Los cubículos superan los 9 m ² . Estos estaban preparados para tener 2 camas de cuidados intermedios por habitación, pero el equipamiento incluido en camas de cuidados intensivos no permite 2 camas por cubículo.
Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Las paredes del área están revestidas por pintura lavable. Según se informó, existe un plan de mantenimiento donde se renueva cada 4 años como máximo.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Los pisos instalados en las áreas de circulación y otros espacios son de mosaicos graníticos, por lo tanto son lavables, pero no poseen cobertura antideslizante. Sólo los cubículos poseen piso antideslizante de vinílico. Toda el área posee zócalo sanitario.
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	Si. El área posee la cantidad necesaria de enchufes y se encuentran ubicados sobre los 70 cm. de altura.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	Cada cubículo posee un doble panel de conexiones, pues estaba preparada para 2 camas de cuidados intermedios. De esta manera en cada cubículo cuenta con cuatro salidas de oxígeno; dos de aire comprimido y dos de aspiración central.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El responsable del área fue consultado y manifestó conocer la existencia de un plan general para el hospital. Desconoce la existencia de un plan de evacuación específico para las áreas de cuidados intensivos.

17.1.1.4. Unidad Coronaria.

Los datos fueron recabados el día 1/12/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización es clara. Existe indicación del piso de cada servicio en la entrada principal del hospital y luego en el piso correspondiente existen carteles indicativos de la ubicación del servicio.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Las rampas existentes sólo sirven para acceder a la planta baja del hospital.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Existen 2 ascensores exclusivos para pacientes. En total son 11 elevadores operativos que en los horarios de visita no son suficientes por lo que pueden presentarse demoras para el descenso o ascenso.

Salida de emergencias (escaleras).	Existen 3 escaleras internas, con su correspondiente señalización de salida de emergencia. El edificio no posee escalera externa.
Existencia de alarma de humo.	No. No posee instalada alarma de humo.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee doble circulación.
Sistema de calefacción.	Si. El sistema de calefacción es central y funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Si. El sistema de refrigeración es central. En verano, con altas temperaturas no se alcanza una temperatura adecuada.
Iluminación	Los artefactos funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si. Posee respaldo de grupo electrógeno y UPS.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	La unidad debe contar con 108 m ² (6*9*2) y según la medición en plano, la superficie es de 107,54 m ² .
Unidad con habitaciones o boxes individuales que permitan la observación directa de los pacientes desde la estación central de enfermería, o a través de equipos de circuito cerrado de televisión, con fácil acceso del personal sanitario y de equipos de diverso tamaño (ECG, carro de paros, ecocardiógrafo, respirador volumétrico, aparato de rayos x portátil, camillas, etc.).	Desde la estación central de enfermería se pueden observar todas las camas. El acceso se ve dificultado porque las camas están concentradas en un sector reducido de la unidad.
Habitaciones o boxes con una superficie mínima de 9 m ² .	Existen 2 camas instaladas en boxes que poseen 9 m ² cada uno, pero para las 4 camas restantes de cada box no supera los 4 m ² . En este sentido el responsable del área ha manifestado la existencia de un proyecto de ampliación presentado en el período 2019. ¹⁴
Puerta de cada habitación o box suficientemente ancha para que entre con facilidad la cama del paciente y los diversos equipos citados anteriormente.	La superficie reducida respecto a la cantidad de camas existentes no facilita la movilidad de las camas y profesionales. ¹⁵
Paredes lavables y de material ignífugo	El área de esta unidad posee paredes lavables y de material ignífugo, salvo por los tabiques divisores instalados para los boxes individuales.

¹⁴ Proyecto elaborado por la Dirección General de Recursos Físicos en Salud para la remodelación del Servicio de Unidad Coronaria del Hospital Argerich, denominado “Remodelación de Unidad Coronaria y relocalización de Consultorios de Ecocardiografía en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich”.

¹⁵ En el descargo recibido de este hospital se manifiesta lo siguiente: “Actualmente, se encuentra subsanada tal inconveniente dado que en ese momento había emergencia sanitaria”, situación a verificar en futuras auditorías.

Pisos de superficie perfectamente lavable y antideslizante y con zócalo sanitario.	Los pisos son de mosaico granítico, por lo cual son lavables pero no antideslizantes. Posee zócalo sanitario.
Disposición de 2 tomas de oxígeno, 1 de aire comprimido y 1 de vacío en la cabecera de la cama con acoples distintos para cada tipo de gases.	Si. Las camas poseen 2 tomas de oxígeno, 1 de aire comprimido y 1 de vacío por cama.
Disposición de luz de lectura para el paciente y luz articulable para procedimientos invasivos.	Si. Posee luz de lectura en los boxes individuales. Posee 2 lámparas articulables para todas las camas.
Habitaciones o boxes con luz natural.	Si. El área posee ventanas para el ingreso de luz natural.
Habitaciones o boxes con aire climatizado.	Si. Posee aire climatizado.
Habitaciones o boxes insonorizadas del ambiente externo.	Si. El área está insonorizada.
Habitaciones o boxes que permitan el acceso a la cama del paciente desde los cuatro lados.	Si. El acceso se puede realizar desde los cuatro lados, pero el lado de la cabecera de las camas es dificultoso por las conexiones a los equipos.
Disposición de al menos 10 tomas corrientes de 220 volts.	Si. Las camas poseen la cantidad suficiente de tomas.
Tomas corrientes que se encuentren por encima de los 70 cm. del nivel del piso.	Si. Las tomas están por encima de los 70 cm.
Sistemas de toma de tierra con jabalina y paneles de aislamiento en las cabeceras de cada paciente como medida de seguridad frente a posibles fugas de corriente.	Si. El área posee la instalación de jabalina que es para todo el hospital y paneles de aislamiento en las cabeceras de cada paciente.
Disponibilidad desde la cabecera del paciente de poder activar con facilidad un interruptor que dé la señal de alarma en la estación central de enfermería, la habitación del médico de guardia y la sala de trabajo médico en caso de emergencia, que se encuentre perfectamente individualizada y de color distinguible de los demás.	Si. Hay disponibilidad.
Disponibilidad de habitaciones de médicos de guardia.	Si. El área posee habitaciones de médicos de guardia.
Sala de espera e información para familiares.	No. La sala de espera e información no está dentro del área.
Zona sucia con chatero (con salida preferente hacia el exterior).	No. Posee zona sucia, sin chatero y con salida al exterior del área.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El responsable del área fue consultado y manifestó conocer la existencia de un plan general para el hospital. Desconoce la existencia de un plan de evacuación específico para el área de Unidad Coronaria.

17.1.1.5. Unidad Neonatología.

Se incluyen conceptos de la Sección Cuidados Intensivos Neonatología y de la Sección Cuidados Intermedios Neonatología.

Los datos fueron recabados el día 1/12/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización es clara. Existe indicación del piso de cada servicio en la entrada principal del hospital y luego en el piso correspondiente existen carteles indicativos de la ubicación del servicio. Cabe destacar que la señalización no distingue entre cuidados intermedios e intensivos. ¹⁶
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Las rampas existentes sólo sirven para acceder a la planta baja del hospital.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Existen 2 ascensores exclusivos para pacientes. En total son 11 elevadores operativos que en los horarios de visita no son suficientes por lo que pueden presentarse demoras para el descenso o ascenso.
Salida de emergencias (escaleras).	Existen 3 escaleras internas, con su correspondiente señalización de salida de emergencia. El edificio no posee escalera externa.
Existencia de alarma de humo.	No. Ninguna de las dos unidades posee detectores de humo.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. Las dos unidades relevadas no poseen doble circulación.
Sistema de calefacción.	Si. El sistema de calefacción es central y funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Si. El sistema de refrigeración es central. En verano, con altas temperaturas no se alcanza una temperatura adecuada.
Iluminación	Los artefactos funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si. Posee respaldo de grupo electrógeno y UPS.
Salida de emergencia	La salida de emergencia se realiza por escaleras internas.
Ventilación y climatización adecuada	La ventilación y climatización se realiza centralmente. Sólo es insuficiente la refrigeración en los días de verano con calor extremo.
Luces de emergencia	No. Posee asistencia de generador eléctrico y UPS en casos de corte de energía. No posee otro tipo de luces de emergencia.

¹⁶ En el descargo recibido de este hospital se manifiesta lo siguiente: “Se encuentra subsanada tal distinción”, situación a verificar en futuras auditorías.

17.2.Hospital Fernández.

17.2.1.División Terapia Intensiva.

17.2.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.

Los datos fueron recabados el día 9/3/2023.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización para ubicar el área de Terapia Intensiva fue efectiva, pero no se identifica cada UTI como A, B o C.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	El área no posee otra rampa que la existente en planta baja para acceder al hall de entrada.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Se comparte con el público en general los 9 ascensores distribuidos en el hospital. Existen carteles que indican prioridad para pacientes, pero esto no impide el uso del público en general. No posee ascensor de uso exclusivo para pacientes.
Salida de emergencias (escaleras).	Si. Se evacúa hacia las 3 escaleras existentes, 1 central y 1 en cada lateral. El área de internación posee dos salidas al pasillo central, pero solo una habilitada. Existe otra posible salida a través de una oficina construida sobre el pasillo central, pero las puertas están cerradas con llave. Esta oficina redujo la capacidad de tránsito del pasillo central por donde se debe evacuar, no solo la UTI A sino también la UTI B. No hay escalera externa.
Existencia de alarma de humo.	No. No se ha detectado este tipo de instrumento en esta área.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee doble circulación.
Sistema de calefacción.	Si. El sistema de calefacción es central y funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Si. Es central y funciona correctamente.
Iluminación	Los artefactos de iluminación funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	No. Ante un corte del servicio eléctrico, hay conexión a un generador eléctrico del hospital.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	El área cuenta con pileta de lavado de manos en 4 boxes. No son lo suficientemente profundas para evitar salpicaduras.

Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Si. Se implementó un sistema para cada box de internación.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	Esta unidad se encuentra en una zona restringida. Las puertas de ingreso al área poseen un sistema de acceso seguro que restringe el acceso a personas no autorizadas. Al momento del relevamiento una de estas puertas se encontraba sin funcionar.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. No hay iluminación de emergencia. Ante un corte de energía se acciona automáticamente un generador que provee de energía al área.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	Si. La puerta de acceso al área permite el paso de camillas y equipos. Las puertas de los boxes permiten el paso de las camas. Estas puertas son plegables (tipo acordeón) lo que facilita el acceso o traslado del paciente. No obstante estas puertas están deterioradas y su apertura o cierre puede presentar dificultades para el personal. Desde la empresa de mantenimiento se expresa que si bien las puertas se mantienen y están funcionando, su antigüedad y características hacen que aumente la posibilidad de roturas y dificultad para su accionamiento.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	No. La estación de enfermería no cuenta con unidad completamente cubiculada. Cuenta con 2 paredes, con vidrio desde 1,2 m. aproximadamente que permite la visualización de los pacientes. No cuenta con sistema de cámaras.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Dentro del área hay matafuego y nicho hidrante.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	Si. Cumple. El área posee disponibles 350 m ² .
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	Si. Cada box posee 10 m ² .
Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Las paredes son lavables.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Los pisos del área no poseen cobertura antideslizante. Son lavables y poseen zócalo sanitario.

Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	Posee al menos 12 enchufes en cada box. Se observa una instalación de enchufes con antigüedad de más de 15 años. Existen enchufes que están por debajo de los 70 cm. Se instalaron para los equipos de rayos X.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	Hay 4 boxes que poseen al menos dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central. Los 4 restantes poseen dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y una de aspiración central.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	Se solicitó la descripción del plan a la Jefa de Enfermería presente en el área quien mencionó una capacitación de años atrás en que se capacitó a personal de UTI. En la misma se les indicó que en caso de emergencia debían quedarse con el paciente.

17.2.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.

Los datos fueron recabados el día 9/3/2023.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización para ubicar el área de Terapia Intensiva fue efectiva, pero no se identifica cada UTI como A, B o C.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	El área no posee otra rampa que la existente en planta baja para acceder al hall de entrada.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Se comparte con el público en general los 9 ascensores distribuidos en el hospital. Existen carteles que indican prioridad para pacientes, pero esto no impide el uso del público en general.
Salida de emergencias (escaleras).	Si. Se evacúa hacia las 3 escaleras existentes, 1 central y 1 en cada lateral. El área de internación posee dos salidas al pasillo central. No posee escaleras externas. El pasillo central que evacúa hacia la escalera central se encuentra con paso reducido por la construcción de una oficina para UTI A.
Existencia de alarma de humo.	No. No se ha detectado este tipo de instrumento en esta área.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee doble circulación.
Sistema de calefacción.	Si. El sistema de calefacción es central y funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	El sistema es central y funciona correctamente en el área. Posee filtro HEPA.
Iluminación	Los artefactos de iluminación funcionan correctamente.

Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	No. Ante un corte del servicio eléctrico, posee conexión a un generador eléctrico del hospital.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	Si. El área cuenta con pileta para lavado de manos para cada cama.
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Si. Se implementó un sistema para cada box de internación.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee. Cuenta con ventanas que permiten el ingreso de luz natural.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	La UTI B se encuentra en una zona restringida. Las puertas de ingreso al área poseen un sistema de acceso seguro que restringe el acceso a personas no autorizadas. Al momento del relevamiento una de estas puertas se encontraba sin funcionar.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. No hay iluminación de emergencia. Ante un corte de energía se acciona automáticamente un generador que provee de energía al área.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	La puerta de acceso al área permite el paso de camillas y equipos. Las puertas de los boxes permiten el paso de las camas y poseen sólo apertura hacia adentro. Estas puertas permiten la apertura de un complemento para facilitar el ingreso de camilla o retiro de cama.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	La estación de enfermería no cuenta con unidad completamente cubiculada. La distribución del área no permite la observación de todas las camas desde la estación central de enfermería, además, las puertas de las habitaciones de los pacientes no son totalmente transparentes, salvo por dos ventanillas que poseen instaladas cortinas rebatibles. No cuenta con sistema de cámaras funcionando.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Dentro del área hay matafuego y nicho hidrante.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	Si. La UTI B posee disponibles 400 m ² .
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	Si. Las habitaciones poseen 10 m ² .

Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Las paredes son lavables.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Los pisos del área poseen cobertura antideslizante. Son lavables y poseen zócalo sanitario.
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	Posee 11 enchufes en cada box. Todos están por encima de los 70 cm.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	Si. Cada cama posee dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El Jefe de Enfermería consultado, manifestó desconocer el plan de evacuación específico para el área.

Al momento del relevamiento se encontraba equipamiento médico en el pasillo central y dentro de las salas que no están habilitadas. Esto se debe a que no posee el área un depósito destinado a tal fin.

17.2.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI C.

Los datos fueron recabados el día 9/3/2023.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización para ubicar el área de Terapia Intensiva fue efectiva, pero no se identifica cada UTI como A, B o C.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	El área no posee otra rampa que la existente en planta baja para acceder al hall de entrada.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Se comparte con el público en general los 9 ascensores distribuidos en el hospital. Existen carteles que indican prioridad para pacientes, pero esto no impide el uso del público en general. No posee ascensor de uso exclusivo para pacientes.
Salida de emergencias (escaleras).	Si. Se evacúa hacia las 3 escaleras existentes, 1 central y 1 en cada lateral. No posee escaleras externas.
Existencia de alarma de humo.	Si. Posee.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee doble circulación.
Sistema de calefacción.	Si. El sistema de calefacción es central y funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	El sistema de refrigeración consta de un aire de tipo split en cada box y en algunos sectores dentro del área (son 12 equipos en total). Al momento del relevamiento estaban en mantenimiento 3 de esos equipos.

Iluminación	Las lámparas existentes funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si. Ante un corte de energía se acciona automáticamente un generador que provee de energía al área.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	El área cuenta con pileta para lavado de manos sólo en el office de enfermería.
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Si. Se implementó un sistema para cada box de internación.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee. El área cuenta con ventanas que permiten el ingreso de luz natural.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	La UTI C se encuentra en una zona semi-restringida. La puerta de ingreso al área no posee un sistema de acceso seguro que restrinja el acceso a personas no autorizadas.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. No posee iluminación de emergencia. Ante un corte de energía se acciona automáticamente un generador que provee de energía al área.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	Las puertas de acceso permiten el paso de camillas y equipos. Son de tipo tijera por lo que permiten la apertura hacia afuera. Las puertas de los boxes permiten con dificultad el paso de las camas y poseen sólo apertura hacia adentro.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	La estación de enfermería cuenta con paredes que no permiten la visualización de los pacientes y no está emplazada en el centro del área de internación. Además, las habitaciones son de mampostería y sólo puede verse dentro a través de una ventanilla ubicada en las puertas. Tampoco cuenta con sistema de cámaras o monitores. El sistema de alarma de los pacientes se limita a un sonido dentro del box, lo que posee el riesgo de no ser escuchado.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Dentro del área hay matafuego y nicho hidrante y sensor de humo.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	Si. Cumple. El área posee 310 m ² .
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la	Si. Cumple. Las habitaciones poseen 12 m ² .

cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	
Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Las paredes son lavables.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Los pisos del área no poseen cobertura antideslizante. Son lavables y poseen zócalo sanitario.
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	Posee 6 enchufes en cada cabecera y 3 en el resto de la habitación, éstos últimos por debajo de los 70 cm. del piso.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	Las habitaciones de los pacientes poseen una salida de oxígeno, una de aire comprimido y una de aspiración.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	Se solicitó la descripción del plan al Coordinador de Enfermería presente en el área, que conoce el plan de evacuación general del hospital, pero desconoce si existe un plan particular para el área de terapia intensiva.

Al momento del relevamiento se encontraba equipamiento médico en el pasillo central y dentro de las salas que no están habilitadas. Esto se debe a que no posee el área un depósito destinado a tal fin.

17.2.2.Unidad Coronaria.

Los datos fueron recabados el día 9/3/2023.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	La señalización para ubicar el área fue efectiva.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	El área no posee otra rampa que la existente en planta baja para acceder al hall de entrada.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Se comparte con el público en general los 9 ascensores distribuidos en el hospital. Existen carteles que indican prioridad para pacientes, pero esto no impide el uso del público en general.
Salida de emergencias (escaleras).	Si. Se evacúa hacia las 3 escaleras existentes, 1 central y 1 en cada lateral.
Existencia de alarma de humo.	No. No se ha detectado este tipo de instrumento en esta área.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee doble circulación.
Sistema de calefacción.	Si. El sistema de calefacción es central y funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Posee refrigeración.
Iluminación	Los artefactos existentes en la sala funcionan correctamente.

Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	No. En caso de corte del servicio de energía eléctrica, se reemplaza de forma automática por un generador del hospital.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	Si. La superficie de UCO es de 238 m ² .
Unidad con habitaciones o boxes individuales que permitan la observación directa de los pacientes desde la estación central de enfermería, o a través de equipos de circuito cerrado de televisión, con fácil acceso del personal sanitario y de equipos de diverso tamaño (ECG, carro de paros, ecocardiógrafo, respirador volumétrico, aparato de rayos x portátil, camillas, etc.).	La distribución del área de internación se realiza de la siguiente manera: 5 boxes individuales y 5 camas en un espacio común. Todos los pacientes pueden ser observados desde la estación central de enfermería. El acceso a los pacientes puede encontrar obstáculos para el traslado de equipos de tamaño importante, como aparato de rayos X o camilla, especialmente en el espacio común ocupado por 5 camas para cuidados intensivos.
Habitaciones o boxes con una superficie mínima de 9 m ² .	La distribución de las camas se realiza de la siguiente forma: 3 camas dentro de boxes con 9,5 m ² cada uno, 2 boxes con 8 m ² y 5 camas en un espacio común de 40 m ² (8 m ² para cada cama).
Puerta de cada habitación o box suficientemente ancha para que entre con facilidad la cama del paciente y los diversos equipos citados anteriormente.	Las puertas de los boxes permiten el paso de una cama y sus equipos con dificultad. Todas poseen apertura hacia adentro del box.
Paredes lavables y de material ignífugo	Las paredes son lavables. Las divisiones de los boxes poseen puertas y divisores de madera y vidrio.
Pisos de superficie perfectamente lavable y antideslizante y con zócalo sanitario.	Los pisos son de mosaico, por lo tanto son lavables pero no antideslizantes. Posee zócalo sanitario.
Disposición de 2 tomas de oxígeno, 1 de aire comprimido y 1 de vacío en la cabecera de la cama con acoples distintos para cada tipo de gases.	Si. Las cabeceras poseen dos tomas de oxígeno, una de aire comprimido y una de vacío.
Disposición de luz de lectura para el paciente y luz articulable para procedimientos invasivos.	No se observa luz central. Posee artefactos distribuidos en la sala con funcionamiento correcto. No posee luz de lectura para el paciente, ni luz articulable para procedimientos invasivos.
Habitaciones o boxes con luz natural.	Todos los boxes no poseen luz natural, aunque al ser vidriados reciben cierta claridad natural. El espacio general permite el ingreso desde una sola de las paredes.
Habitaciones o boxes con aire climatizado.	Si. Posee refrigeración, no posee filtro HEPA. Personal del área manifestó que hay períodos de ineficiencia para alcanzar temperaturas recomendadas. La empresa de mantenimiento ha explicado que, si bien el equipo de refrigeración funciona, la instalación del mismo se realizó hace más

	de 40 años con un cálculo de carga térmica diferente al uso actual ya que no sólo existen más pacientes dentro del área, sino también más profesionales que los asisten. A ello se le suma la pérdida de eficiencia del equipo por el paso del tiempo
Habitaciones o boxes insonorizadas del ambiente externo.	Si. El área cuenta con la insonorización apropiada.
Habitaciones o boxes que permitan el acceso a la cama del paciente desde los cuatro lados.	Se puede acceder al paciente desde los cuatro lados de la cama, pero con dificultad desde la cabecera porque el espacio a la pared es reducido. En el caso de las camas en espacio común, se corre el riesgo de necesitar procedimientos en camas contiguas, que sería muy dificultoso por el espacio entre las mismas.
Disposición de al menos 10 tomas corrientes de 220 volts.	Se observaron 9 tomas.
Tomas corrientes que se encuentren por encima de los 70 cm. del nivel del piso.	Si. Poseen la altura correcta.
Sistemas de toma de tierra con jabalina y paneles de aislamiento en las cabeceras de cada paciente como medida de seguridad frente a posibles fugas de corriente.	Se aprecia que las tomas de tierra existen y están instalados paneles de aislamiento en las cabeceras. Según la empresa de mantenimiento la instalación posee jabalina.
Disponibilidad desde la cabecera del paciente de poder activar con facilidad un interruptor que dé la señal de alarma en la estación central de enfermería, la habitación del médico de guardia y la sala de trabajo médico en caso de emergencia, que se encuentre perfectamente individualizada y de color distinguible de los demás.	No. No hay interruptor.
Disponibilidad de habitaciones de médicos de guardia.	Si. Posee.
Sala de espera e información para familiares.	No. No posee. La espera se realiza en el pasillo de circulación principal.
Zona sucia con chatero (con salida preferente hacia el exterior).	Posee zona sucia, su salida es hacia el interior del área general, no hacia la zona de camas.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El Jefe de Enfermería de UCO consultado, manifestó desconocer el plan de evacuación para tal caso.

17.2.3. Sección Cuidados Intensivos Neonatales.

Se incluyen conceptos de la Sección Cuidados Intensivos Neonatología y de la Sección Cuidados Intermedios Neonatología.

Los datos fueron recabados el día 9/3/2023.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	Sólo aparece un cartel indicador a partir del cuarto piso.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	El área no posee otra rampa que la existente en planta baja para acceder al hall de entrada.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Se comparte con el público en general los 9 ascensores distribuidos en el hospital. Existen carteles que indican prioridad para pacientes, pero esto no impide el uso del público en general.
Salida de emergencias (escaleras).	Si. Se evacúa hacia las 3 escaleras existentes, 1 central y 1 en cada lateral.
Existencia de alarma de humo.	No. No se ha detectado este tipo de instrumento en esta área.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee doble circulación.
Sistema de calefacción.	Si. El sistema de calefacción es central y funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Si. Funciona correctamente.
Iluminación	Los artefactos de iluminación funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Posee respaldo de grupo electrógeno en caso de corte del servicio eléctrico.
Salida de emergencia	Posee una única salida del área. La evacuación se debe realizar por las escaleras internas.
Ventilación y climatización adecuada	Posee sistema de ventilación. Posee filtro de alta eficiencia (HEPA).
Luces de emergencia	Si. Posee luces de emergencia.

17.3.Hospital Santojanni.

17.3.1.Unidad Terapia Intensiva.

17.3.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI 1.

Los datos fueron recabados el día 20/9/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	Su nivel es aceptable y claro de identificar.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	La rampa existente, cuyas medidas permiten la circulación de camas y equipos, sólo es accesible para el traslado a otro sector del edificio. Para acceder desde la planta baja al primer piso se debe subir por ascensor o escalera.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Se pudo observar la existencia de 4 ascensores cercanos al área y que también tienen capacidad para transportar camillas.

Salida de emergencias (escaleras).	Desde dentro del área de UTI 1 no se puede acceder a escalera de emergencia externa al hospital, solo existe una escalera accesible desde el pasillo de tránsito general.
Existencia de alarma de humo.	Si. Existe.
Existencia de doble circulación en el sector.	Si. Existe.
Sistema de calefacción.	El sistema está centralizado por caldera y provee calefacción a todo el hospital en su conjunto. Funciona correctamente en el área.
Sistema de refrigeración.	El sistema es central y provee refrigeración a todo el hospital en su conjunto. Funciona correctamente en el área.
Iluminación	Las lámparas existentes funcionan correctamente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	Si. Posee, se accionan manualmente y tienen suficiente profundidad.
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	Si. Posee a la entrada un cartel colocado en la pared.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. No hay iluminación de emergencia más allá del respaldo del generador central.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	Si. Posee.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	Si. Posee.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Dentro del área hay matafuego y nicho hidrante.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	No. No cumple.
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	No. No cumple.

Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Son lavables aunque no se ha repintado desde hace más de 10 años.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	El piso (vinílico) posee sectores (sala de médicos y pasillo interno de acceso a las camas) en mal estado de conservación. Posee zócalo sanitario.
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	No. La cantidad de enchufes por cama es menor a 12 (11 en este caso). Cumple con los 70 cm. del piso.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	Cumplimiento parcial. En cada cama existe un cabezal que involucra las diferentes tomas y demás dispositivos correspondientes: dos salidas de oxígeno, una de aspiración y una salida de aire comprimido. Es decir que faltaría una de aspiración central.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	Se desconoce el protocolo de evacuación.

El acceso a la UTI 1 es por una puerta tijera. Posee también una puerta posterior que comunica al pasillo. En esta unidad la circulación se halla reducida por presencia de insumos y otros elementos. Además existe una puerta de servicio que permite la extracción de los residuos patogénicos.

17.3.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI 2.

Los datos fueron recabados el día 20/9/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	No se halla actualizada la señalética. Las indicaciones figuran como Unidad de Cardiología.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	No hay rampas.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Hay ascensores exclusivos para pacientes.
Salida de emergencias (escaleras).	No hay escalera de emergencia externa al hospital, solo existe una escalera que se comparte para todo el personal y público en general.
Existencia de alarma de humo.	Si. Existe.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee.
Sistema de calefacción.	El sistema está centralizado por caldera y provee calefacción a todo el hospital en su conjunto.
Sistema de refrigeración.	El sistema es central. No funciona correctamente. Se instaló un aire acondicionado local para remediar la situación pero no es suficiente.

Iluminación	El estado de la iluminación no corresponde a un área de cuidados intensivos, pues el servicio está emplazado dentro de un espacio de dos habitaciones de diferentes características.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	Si bien la organización del área no corresponde a un área de cuidados intensivos, posee baños emplazados dentro de cada una de las dos habitaciones y hay una pileta para lavado cada 6 camas. Se operan manualmente.
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Posee el sistema pero no se ha instalado uno por cama.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.
Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	No. No posee.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. Ante un corte de luz dependen del generador central.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	No. No posee.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	No. La estación de enfermería está diseñada para una menor cantidad de camas, además las enfermeras no pueden controlar visualmente lo que sucede con los pacientes de la habitación contigua.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Se encuentran dentro de los pasillos de circulación un matafuego y nicho hidrante.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	No. No cumple.
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	No. No cumple.
Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Son lavables con más de 10 años sin renovar la pintura. Se observa pintura descascarada y desprendimientos en la pared del pasillo.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Es lavable. Posee zócalo sanitario. Es antideslizante pero se encuentra en mal estado con faltantes y desniveles.
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	No. Cuenta con menos de 10 enchufes y uno de ellos se utiliza para transmitir

	energía al próximo cabezal. Cumple con los 70 cm. del piso.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	En cada cama existe un cabezal que involucra las diferentes tomas y demás dispositivos correspondientes: dos salidas de oxígeno, una de aspiración y una salida de aire comprimido. Es decir que falta una salida de aspiración central.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El médico a cargo del servicio desconocía la existencia de un protocolo de evacuación en caso de catástrofe.

En el pasillo de acceso se pudieron observar cables expuestos y paneles del cielorraso con deterioro.

La organización del área dificulta la delimitación de área sucia y área limpia.

17.3.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI 3.

Los datos fueron recabados el día 22/9/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	No se ha observado señalética que identifique el área como UTI 3.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Posee rampas.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	No aplicable dado que se encuentra en planta baja.
Salida de emergencias (escaleras).	Hay 3 puertas de entrada y salida del sector.
Existencia de alarma de humo.	Si. Existe.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee.
Sistema de calefacción.	El sistema está centralizado por caldera y provee calefacción a todo el hospital en su conjunto.
Sistema de refrigeración.	No. No posee.
Iluminación	Todos los dispositivos se encontraban funcionando.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	Si.
Área de internación de pacientes con pileta para lavado de manos preferentemente una por cama y no menos de una cada dos camas, no operadas manualmente y de suficiente profundidad para evitar salpicar en los alrededores de la misma.	Si bien la organización del área no corresponde a un área de cuidados intensivos, posee una pileta de lavado para todo el sector. Además dentro del mismo espacio se encuentra instalado un bachero.
Área de internación de pacientes con implementación de un sistema de alcohol – gel para la higiene de manos en cada cama.	Posee el sistema pero no se ha instalado uno por cama.
Área de internación de pacientes con un descartador para cortopunzocortantes.	Si. Posee.

Área de internación de pacientes con ventanas para dar luz natural.	Si. Posee.
Ubicación en una zona de circulación semi-restringida.	Si. Posee.
Existencia de un sistema de iluminación de emergencia.	No. Ante un corte de luz dependen del generador central.
Puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.	Si. Posee.
Estación central de enfermería que cuente con paredes de las unidades cubiculadas de vidrio o plástico transparente desde el techo y hasta la altura de la cama del paciente.	No. La estación de enfermería es abierta, es decir, solo posee un mesón sin paredes transparentes hasta el techo. Además está a menos de un metro de las camas de los pacientes.
Medidas de protección contra incendios.	Si. Se encuentran dentro de los pasillos de circulación un matafuego y nicho hidrante.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	No. No cumple.
Área de internación de pacientes con superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama de internación del paciente no menor a 9 m ² de superficie.	No. No cumple.
Área de internación de pacientes con paredes lavables.	Si. Son lavables.
Área de internación de pacientes con piso con cobertura antideslizante, lavable y con zócalo sanitario.	Es lavable. Posee zócalo sanitario. No posee cobertura antideslizante (es un piso de cerámicos).
Área de internación con enchufes en cantidad necesaria y no menos de 12 y ubicados a 70 cm. del piso.	No. Posee menos de 12 enchufes por cama. Cumple con los 70 cm. del piso.
Sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido y dos de aspiración central por cama a la cabecera del paciente.	En cada cama existe un cabezal que involucra las diferentes tomas y demás dispositivos correspondientes: dos salidas de oxígeno, una de aspiración y una salida de aire comprimido. Es decir que falta una salida de aspiración central.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	El médico a cargo del servicio desconocía la existencia de un protocolo de evacuación en caso de catástrofe.

17.3.2.Unidad Coronaria UCO.

Los datos fueron recabados el día 22/9/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	Teniendo en cuenta tanto la entrada por la calle Martiniano Leguizamón como por la calle Pilar, se encuentra cartelería que indica la ubicación del área de la Unidad Coronaria.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Si. La rampa existe en las cercanías del área, cuyas medidas permiten la circulación de camas y equipos y solo permite el traslado a otro sector. Para acceder desde la planta baja al primer piso se debe utilizar la escalera o el ascensor.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Si. Se pudo observar la existencia de 4 ascensores cercanos al área de Unidad Coronaria con capacidad de transportar camillas.
Salida de emergencias (escaleras).	No. Desde dentro del área no puede accederse al exterior en forma directa por puerta o escalera, la salida en caso de evacuación se realiza por los pasillos interiores del efector.
Existencia de alarma de humo.	Si. Posee detectores de humo.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. No posee delimitación para doble circulación dentro del área.
Sistema de calefacción.	Si. Está centralizado por caldera que provee calefacción a todo el edificio en su conjunto. Funciona correctamente.
Sistema de refrigeración.	Si. El sistema es central y provee refrigeración a todo el edificio en su conjunto. Funciona, pero en los días de mucho calor resulta deficiente.
Iluminación	Si. Las lámparas existentes funcionan correctamente. El sector cuenta con ventanas muy pequeñas por lo que la iluminación natural es deficiente.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	No. El área está conectada a la red de emergencia que cuenta con grupo electrógeno.
Unidad con una superficie total no menor a 9 m ² x 2 x número de camas de la unidad.	No. No cumple
Unidad con habitaciones o boxes individuales que permitan la observación directa de los pacientes desde la estación central de enfermería, o a través de equipos de circuito cerrado de televisión, con	2 de las 8 camas quedan fuera de la vista de las enfermeras desde la estación central de enfermería. La estación posee un monitor central con

fácil acceso del personal sanitario y de equipos de diverso tamaño (ECG, carro de paros, ecocardiógrafo, respirador volumétrico, aparato de rayos x portátil, camillas, etc.).	los datos de los monitores de las camas.
Habitaciones o boxes con una superficie mínima de 9 m².	Si. Cumple.
Puerta de cada habitación o box suficientemente ancha para que entre con facilidad la cama del paciente y los diversos equipos citados anteriormente.	Si. Cumple.
Paredes lavables y de material ignífugo	Las paredes son lavables, aunque la pintura no se renueva hace más de 10 años.
Pisos de superficie perfectamente lavable y antideslizante y con zócalo sanitario.	Los pisos son lavables, de material antideslizante, Posee desniveles y faltantes.
Disposición de 2 tomas de oxígeno, 1 de aire comprimido y 1 de vacío en la cabecera de la cama con acoples distintos para cada tipo de gases.	Si. Cumple.
Disposición de luz de lectura para el paciente y luz articulable para procedimientos invasivos.	No posee luz articulable.
Habitaciones o boxes con luz natural.	Si. Cumple.
Habitaciones o boxes con aire climatizado.	El aire es climatizado de manera centralizada, pero no funciona correctamente.
Habitaciones o boxes insonorizadas del ambiente externo.	Si. Cumple.
Habitaciones o boxes que permitan el acceso a la cama del paciente desde los cuatro lados.	No se puede acceder desde atrás.
Disposición de al menos 10 tomas corrientes de 220 volts.	Si. Cumple.
Tomas corrientes que se encuentren por encima de los 70 cm. del nivel del piso.	Si. Cumple.
Sistemas de toma de tierra con jabalina y paneles de aislamiento en las cabeceras de cada paciente como medida de seguridad frente a posibles fugas de corriente.	Si. Cumple.
Disponibilidad desde la cabecera del paciente de poder activar con facilidad un interruptor que dé la señal de alarma en la estación central de enfermería, la habitación del médico de guardia y la sala de trabajo médico en caso de emergencia, que se encuentre perfectamente individualizada y de color distinguible de los demás.	Si. Cumple.
Disponibilidad de habitaciones de médicos de guardia.	No. No posee dentro del ámbito de UCO.
Sala de espera e información para familiares.	No. No posee.
Zona sucia con chatero (con salida preferente hacia el exterior).	No. No posee.
Descripción de plan de evacuación en caso de catástrofe.	Se desconoce el protocolo.

De acuerdo a lo manifestado por el Jefe de Unidad Coronaria, el espacio de trabajo médico en los planos del hospital era un depósito sin ventana, la cual se tuvo que colocar por el plantel de profesionales para dar una sensación de alivio ya que se ocupa ese lugar 24 horas. Tampoco se contaba con dormitorio médico por lo que hubo que reacomodar el espacio de un baño tirando una pared para transformarlo en dormitorio y contar así con un espacio de descanso.

17.3.3.Unidad Neonatología.

Se incluyen conceptos de la Sección Cuidados Intensivos Neonatología y de la Sección Cuidados Intermedios Neonatología.

Los datos fueron recabados el día 30/9/2022.

Concepto	Detalle
Estado de la señalización para ubicar y llegar al sector de la unidad de cuidados intensivos.	Considerando la entrada por la calle Martiniano Leguizamón como por la calle Pilar, se encuentra cartelaría que indica la ubicación del área de Neonatología, pero no se indica si se trata de Terapia Intensiva o Intermedia, sino que se refiere de forma genérica al Servicio de Neonatología.
Accesibilidad física - Existencia de rampas.	Si. En el caso de Terapia Intermedia Neonatal la rampa existente se encuentra en las cercanías del área, cuyas medidas permiten la circulación de camas y equipos, pero solo a otro sector, para acceder al primer piso se debe utilizar escalera o ascensor. En el caso de Terapia Intensiva Neonatal que se encuentra en planta baja, cuenta con acceso de rampas desde el exterior.
Accesibilidad física – Existencia de ascensores para pacientes.	Si. Se pudo observar la existencia de 4 ascensores cercanos al área de Terapia Intermedia Neonatal, la Terapia Intensiva Neonatal se encuentra en planta baja.
Salida de emergencias (escaleras).	No. Desde dentro de las dos áreas (Intensiva e Intermedia) no puede accederse al exterior en forma directa por puerta o escalera, la salida en caso de evacuación se realiza en ambos casos por los pasillos interiores del efector.
Existencia de alarma de humo.	No. Ninguna de las dos unidades posee detectores de humo.
Existencia de doble circulación en el sector.	No. Las dos unidades relevadas no poseen delimitación para doble circulación dentro del área.
Sistema de calefacción.	Si. En ambas unidades se cuenta con un equipo de climatización central pero no funciona adecuadamente.
Sistema de refrigeración.	Si. El área de Terapia Intermedia Neonatal posee instalados 2 equipos de aire acondicionado aunque en días de altas temperaturas no son suficientes. En el área de Terapia Intensiva Neonatal se posee un equipo donado que mantiene el área en una temperatura de unos 24 grados de forma constante todo el año.

Iluminación	Si. Las lámparas existentes en el área funcionan correctamente en ambos sectores. Terapia Intermedia Neonatal también cuenta con algunas ventanas, pero, como la aislación térmica que poseen es insuficiente, en días de alta temperatura, permanecen las persianas bajas para minimizar los efectos de la luz solar. Terapia Intensiva Neonatal cuenta con ventanas grandes, por lo cual tiene iluminación natural. El problema es que algunas no poseen persianas y durante el verano y debido a las radiaciones solares, se produce un aumento de la temperatura ambiental. Se colocó en los vidrios un protector pero se fue deteriorando con el tiempo.
Existencia de grupo electrógeno para la unidad.	No. Ambos sectores están conectados a la red de emergencia que cuenta con grupo electrógeno.
Salida de emergencia	Ambas secciones poseen salida alternativa a la entrada de servicios. La Sección Cuidados Intermedios Neonatología no posee escalera de evacuación externa.
Ventilación y climatización adecuada	Ambos sectores cuentan con equipo de climatización central pero no funciona adecuadamente. En la Sección Cuidados Intensivos Neonatología en planta baja hay un equipo donado que se utiliza y que debe mantener una temperatura de 24 grados de forma constante.
Luces de emergencia	Los dos sectores no cuentan con luces de emergencia.

18. Equipamiento.

Introducción.

Se describen a continuación determinados aspectos relacionados con equipamiento de unidades de cuidados intensivos.

Además de esta introducción sobre cuestiones generales y otras particulares de los efectores que caben destacarse por la información obtenida de las unidades de cuidados intensivos, se presenta información sobre los filtros HEPA, sistemas alternativos de generación de energía y un cuadro de verificación de aspectos pertinentes, por cada unidad de terapia intensiva y unidad coronaria de los 3 efectores auditados. Para el contenido de cada cuadro correspondiente mencionado se ha tenido en consideración lo previsto en la Resolución N° 748/14 Min. Salud Nación para el caso de las unidades de terapia intensiva y lo previsto en la Resolución N° 375/02 Min. Salud Nación para el caso de las unidades coronarias.

A fin de recabar los datos in situ en cada unidad de cuidados intensivos, se han realizado las recorridas contando con el acompañamiento de bioingenieros que desempeñan sus funciones en cada efector, a excepción del Hospital Fernández que no contaba con bioingeniero al momento de desarrollo de las tareas de auditoría realizadas y en su lugar se tuvo el

acompañamiento de un Enfermero Coordinador de Equipamientos Biomédicos.

Los bioingenieros, que dependen de la Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud, se encargan, básicamente entre otras cuestiones, de la gestión de compra y reparación de equipamiento (pliegos, especificaciones técnicas, movimiento y control de equipos). También participan en actividades de fiscalización de mantenimiento de equipos y de reparaciones menores, gestionan las bajas o el resguardo de equipos que no están en uso, y llevan inventario de los equipos.

Hospital Argerich.

De acuerdo a lo exteriorizado por el Jefe de División Terapia Intensiva, el hospital posee un sector de Bioingeniería cuyo bioingeniero se comunica con los proveedores de equipamiento a fin de que se proceda a la reparación cuando es necesario. Si bien se cuenta con un mantenimiento periódico por parte de estos proveedores, el mismo es muy superficial. El relevamiento de los equipos y el análisis acerca de su funcionamiento es realizado diariamente por los médicos y kinesiólogos que precisan conocer como podrán atender a los pacientes, ellos son quienes ante alguna dificultad avisan a Bioingeniería para que el bioingeniero resuelva. Al 14/9/2022 había una sola bioingeniera, al comienzo de la pandemia se contaba con 3 o 4 personas, pero al comienzo de la tercera ola ya se habían ido algunos debido a la falta de nombramiento y la inconveniencia de su remuneración. Es un sector fundamental para el diagnóstico de funcionamiento y la solución inmediata de algunos arreglos a su alcance.

Hospital Fernández.

Según lo manifestado por el Jefe de División Terapia Intensiva, los bioingenieros van cambiando cada tres meses debido a que desisten de su función por inconveniencia en su remuneración. La presencia de ellos es casi nula y deficiente, las personas que acuden al servicio para los controles pertenecen al sector de mantenimiento del hospital y a las empresas proveedoras de aparatología. No obstante ello, hay personas que realizan mantenimiento preventivo contratadas por el GCBA y cabe destacar que la mayoría del equipamiento no cuenta con mantenimiento preventivo y que también hay otros en comodato que tienen cubierta tanto la revisión técnica como su reparación.

Al momento del relevamiento de equipos no había bioingenieros en funciones en el hospital. El cargo estuvo ocupado hasta diciembre de 2022 y desde 2018 hubo una alta rotación de los mismos. En el período 2020 había 3 bioingenieros.

Hospital Santojanni.

El Jefe de la Unidad Terapia Intensiva ha comentado que si bien el hospital cuenta con un bioingeniero, el mismo no acude al servicio.

Según consideraciones del Jefe de Unidad Coronaria el mantenimiento del equipamiento, que es preventivo, está a cargo de un bioingeniero, pero carece de la capacidad técnica para poder reparar la aparatología actual, por lo tanto sólo hace registro de daños, ya que el hospital no posee capacidad propia de resolución ante la complejidad requerida. El médico de turno avisa cuando algo no funciona ya que no hay un relevamiento programado para verificar el funcionamiento de la aparatología, siempre es a requerimiento de los profesionales. Se repara aquello que es más económico, pero ante lo costoso pueden pasar meses antes de la ocupación de repararlo.

18.1.Filtros HEPA.

De acuerdo a lo publicado por la Organización Panamericana de la Salud en relación a covid-19 en las “Recomendaciones para calefacción, ventilación y aire acondicionado en establecimientos de salud”¹⁷, de fecha octubre de 2020, se describen determinados conceptos previstos en esas recomendaciones acerca de la utilización de filtros HEPA.

Los sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado (HVAC¹⁸, por sus siglas en inglés) son un componente importante del servicio en los establecimientos de salud. Proporcionar condiciones térmicas y sistemas de ventilación adecuados que eviten la dispersión de patógenos es fundamental para proteger la salud de los pacientes, de los profesionales médicos y de enfermería, y del resto del personal, así como para el funcionamiento general de los equipos sensibles.

En las Recomendaciones generales para sistemas de calefacción, ventilación y aire acondicionado y sistemas de ventilación natural para prevenir la transmisión mientras se mantienen las condiciones térmicas y de ventilación adecuadas, se describen “Temas” y “Medidas clave”. En el tema “Consideraciones especiales para áreas clínicas, gestión clínica y procedimientos médicos con sistema HVAC”, se describen varias medidas clave. En relación a “Filtración de aire” se destacan las siguientes:

¹⁷ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52220/OPSCDEHTCOVID-19200029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁸ HVAC: Heating – Ventilating – Air Conditioning.

- ❖ Usar la filtración de aire de partículas de alta eficiencia (HEPA¹⁹, por sus siglas en inglés) para las áreas de cuidados especiales. Los filtros HEPA generalmente se fijan en el sistema HVAC que sirve a esas áreas.
- ❖ Asegurar que el aire de las salas de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire salga directamente al exterior o se filtre directamente a través de un filtro HEPA.
- ❖ Utilizar unidades portátiles de filtración HEPA en áreas de cuidados especiales que no cuentan con un sistema de HVAC.

18.2. Sistema alternativo de generación de energía.

Se ha obtenido información de los distintos sectores de los 3 hospitales analizados, acerca de la disponibilidad de sistema alternativo de generación de energía en cada uno de esos sectores.

Hospital Argerich	
Sector	Detalle
División Terapia Intensiva	El hospital dispone de un grupo generador de energía (grupo electrógeno), y la división también posee uno propio cuyo buen funcionamiento es corroborado mediante corte de energía previo aviso los últimos viernes de cada mes. Algunos respiradores y las bombas de infusión poseen baterías, las cuales por su uso continuo, tienen poca vida útil. ²⁰
Unidad Coronaria	La energía eléctrica necesaria para el sector, es generada por el grupo electrógeno del hospital, el sector no cuenta con uno propio.
Sección Cuidados Intensivos Neonatales	En relación al sistema alternativo de generación de energía, el servicio cuenta con el central del hospital, no es propio del área. Igualmente, las incubadoras y toda la aparatología poseen autonomía de carga de una hora en sus baterías, no ha habido inconvenientes en este sentido, según manifiesta la Jefa de Sección.

Hospital Fernández	
Sector	Detalle
División Terapia Intensiva	Como sistema alternativo de generación de energía para el sector, se cuenta con el que posee el hospital, no con uno propio, además se cuenta con un sistema de UPS para las áreas de emergencia.
Unidad Coronaria	La Unidad Coronaria cuenta con grupo electrógeno propio.
Sección Cuidados Intensivos Neonatales	El sistema alternativo de generación de energía con el que cuenta el sector es el general del hospital, el cual es nuevo y cuenta con todos los controles de seguridad, según lo expresado por la Jefa de Sección.

¹⁹ HEPA: High Efficiency Particle Arresting.

²⁰ En el descargo recibido de este hospital se manifiesta lo siguiente: “Se hace cambio de batería periódicamente”, situación a verificar en futuras auditorías.

Hospital Santojanni	
Sector	Detalle
Unidad Terapia Intensiva	Entre los años 2005 y 2006 se instalaron 3 generadores como sistema alternativo de generación de energía. En el año 2012, el actual Jefe de Unidad Terapia Intensiva, en ese entonces coordinador del Shock Room (en la actualidad UTI 3), solicitó y se realizó la colocación de 2 generadores más para ese sector.
Unidad Coronaria	El sistema alternativo de generación de energía con el que cuenta el sector, es el grupo electrógeno del hospital, a diferencia de la Unidad de Terapia Intensiva que cuenta con UPS (batería que queda cargada), la UCO no posee alternativa ante el mal funcionamiento del grupo electrógeno.
Unidad Cuidados Intensivos Neonatales	El suministro de energía en el servicio está garantizado las 24 horas los 7 días de la semana a través del grupo electrógeno del hospital, que se pone en marcha ante los cortes del suministro energético de la red general. Cada unidad cuenta con llaves termomagnéticas sectorizadas.

Se puede apreciar que los sectores que poseen sistema alternativo de generación de energía propio son:

- ❖ Hospital Argerich > División Terapia Intensiva.
- ❖ Hospital Fernández > Unidad Coronaria.
- ❖ Hospital Santojanni > Unidad Terapia Intensiva.

En el resto de los casos, los sectores dependen del grupo electrógeno del hospital. Es decir que de los 9 sectores analizados, 3 (33,33%) cuentan con un sistema alternativo de generación de energía propio y 6 (66,67%) cuentan con el sistema general del hospital.

18.3.Hospital Argerich.

18.3.1.División Terapia Intensiva.

18.3.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.

Los datos fueron recabados el 30/11/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	El sistema de calefacción y refrigeración posee un filtro HEPA general, cuyo mantenimiento está a cargo de la empresa de mantenimiento contratada para este hospital. Además cada cubículo de internación de la UTI A posee filtro HEPA particular.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	Si. Cumple. Posee 12 monitores multiparamétricos, uno por cama.

Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	Si. Cumple. Hay más de 48 bombas de infusión en el área. Las bombas existentes son provistas en comodato por una empresa que se encarga de su mantenimiento.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	Si. Cumple. Existen en el área más del 50% de las camas con una bomba de alimentación. La asignación de las bombas de alimentación enteral está a cargo del área de Nutrición.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	Si. Cumple. Hay disponibles 2 desfibriladores.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Hay 2 carros disponibles en la unidad.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee 1 bolsa de resucitación con reservorio por cama.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. No cumple. Hay 1 electrocardiógrafo disponible en el área, otro se encontraba en reparación.
Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Si. Hay 1 respirador por cama.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Si. Posee.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	Sólo posee kits para la colocación de vía central. Los kits para punción raquídea, torácica y abdominal son colocados por el servicio especializado para realizar el procedimiento.

El diseño de la UTI A no permite la vista de cada paciente desde el sector de enfermería. Para mitigar esta limitación se instaló un sistema de cámaras con un monitor en el sector de enfermería con la intención de visualizar las 12 camas. Sin embargo, ese sistema no está en funcionamiento por problemas tecnológicos que no pudieron ser resueltos hasta el momento. Tampoco está en funcionamiento el monitoreo central, estando a la espera de su resolución por parte del personal del área de sistemas del Ministerio de Salud.

18.3.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.

Los datos fueron recabados el 30/11/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	El sistema de calefacción y refrigeración posee un filtro HEPA general, cuyo mantenimiento está a cargo de la empresa de mantenimiento contratada para este hospital.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría	Si. Posee 13 monitores multiparamétricos, uno por cama.

de pulso, presión no invasiva y temperatura.	
Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	Si. Hay más de 52 bombas de infusión en el área. Las bombas existentes son provistas en comodato por una empresa que se encarga de su mantenimiento.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	Si. Existen en el área más del 50% de las camas con una bomba de alimentación. La asignación de las bombas de alimentación enteral está a cargo del área de Nutrición.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Hay disponible 1 desfibrilador.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Hay 2 carros disponibles en la unidad.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee 1 bolsa de resucitación con reservorio por cama.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. No se encontró electrocardiógrafo disponible en el área.
Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Si. Hay 1 respirador por cama.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Si. Posee.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	Sólo posee kits para la colocación de vía central. Los kits para punción raquídea, torácica y abdominal son colocados por el servicio especializado para realizar el procedimiento.

El área de enfermería posee un monitor central para el monitoreo centralizado de cada paciente, sin embargo, no se halla en funcionamiento dado problemas tecnológicos no solucionados hasta el momento. La unidad no cuenta con un sistema de vigilancia a través de un monitoreo de cámaras para cada paciente.

18.3.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI ex Intermedia.

Los datos fueron recabados el 30/11/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	El sistema de calefacción y refrigeración posee un filtro HEPA general, cuyo mantenimiento está a cargo de la empresa de mantenimiento contratada para este hospital.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	Si. Posee 6 monitores multiparamétricos, uno por cama.

Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	Si. Hay más de 24 bombas de infusión en el área. Las bombas existentes son provistas en comodato por una empresa que se encarga de su mantenimiento.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	Si. Existen en el área más del 50% de las camas con una bomba de alimentación. La asignación de las bombas de alimentación enteral está a cargo del área de Nutrición.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	Si. Posee 2 desfibriladores disponibles en la unidad.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Hay 1 carros disponible en la unidad.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee 1 bolsa de resucitación con reservorio por cama.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	Si. Hay 1 electrocardiógrafo disponible.
Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Si. Hay 1 respirador por cama.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Si. Posee.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	Sólo posee kits para la colocación de vía central. Los kits para punción raquídea, torácica y abdominal son colocados por el servicio especializado para realizar el procedimiento.

El diseño de esta unidad no permite la vista de cada paciente desde el sector de enfermería. Para mitigar esta limitación se instaló un sistema de cámaras con un monitor en el sector de enfermería donde pueden verse todas las camas. La unidad no cuenta con un sistema centralizado de monitoreo en la central de enfermería.

18.3.2.Unidad Coronaria.

Los datos fueron recabados el 30/11/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	Si. Posee filtros HEPA general.
Monitor de ECG en la cabecera del paciente (1 por cama).	Si. Posee.
Estación central con control visual y registrador en papel del ECG de cada paciente.	Posee una estación central con control visual de los pacientes y monitor multiparamétrico. No posee registrador en papel del ECG de cada paciente, pero se guarda en la memoria de los monitores hasta 48 hs. Si bien esto cubre la necesidad de consulta inmediata del historial del paciente, el área no posee

	disponibilidad de insumos para imprimir los eventos importantes que se guardan en la historia clínica.
Sistema de activación y detección de alarmas prefijadas en el monitor de cabecera.	Si. Posee.
Desfibriladores sincronizables. 1 cada 4 camas y no menos de 2 en la unidad.	Si. Hay 2 desfibriladores sincronizables.
Generadores de marcapasos temporales para atender las necesidades de electroestimulación mono y bicameral. 1 por cada 4 camas o fracción y no menos de 2 en la unidad.	Si. Posee 2 equipos.
Carro de emergencia con equipo para intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Equipos completos para punción raquídea, torácica y abdominal para lavado peritoneal diagnóstico.	Estos equipos se solicitan al servicio que ejecuta estos procedimientos.
Bombas de infusión (2 por cada cama como mínimo).	Si. El área posee 17 bombas. (En comodato asociado a las compras de guías de suero descartables y dedicadas a las mismas).
Aparato de ECG en la unidad (2 aparatos como mínimo).	Si. Posee 2.
Respirador mecánico a presión positiva volumétrico (1 por cada 3 camas).	Si. Posee 4 respiradores.
Oxímetro de pulso (1 cada 2 camas).	Si. Cada cama posee el oxímetro incorporado al monitor multiparamétrico.
Equipo portátil de rayos exclusivo para la unidad.	No. Existe equipo de rayos portátil pero no es exclusivo para la unidad.
Ecocardiógrafo portátil, fácilmente trasladable a la unidad, puede ser compartido con el Servicio de Cardiología.	Si. Posee.

18.4.Hospital Fernández.

18.4.1.División Terapia Intensiva.

18.4.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.

Los datos fueron recabados el 16/3/2023.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	La administración de filtros HEPA es responsabilidad de la empresa de mantenimiento. La ventilación central no posee filtro HEPA.

Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	El área posee un monitor multiparamétrico por cama.
Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	La provisión de bombas de infusión se realiza por comodato. El hospital organiza su distribución de forma centralizada a través del Coordinador de Equipos Biomédicos. Los servicios solicitan las bombas según el requerimiento de la patología del paciente. Hay en el hospital un total de 250 bombas, y en su gran mayoría están distribuidas en las unidades de cuidados intensivos. Al momento del relevamiento la cantidad de bombas por camas no superaba las 2 en promedio, pero hay que tener en cuenta que la bombas utilizadas pueden mantener 2 canales de forma concomitante.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	Algo similar al punto anterior sucede con las bombas de alimentación enteral, sólo que la administración está a cargo del Servicio de Nutrición y que algunas bombas son del hospital. Al momento del relevamiento existían más de 4 bombas en el área.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Se encontró un desfibrilador en el área.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Se encontró un electrocardiógrafo en el área.
Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Hay un respirador para cada cama.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Se posee los insumos necesarios para estos procedimientos.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	Existen elementos necesarios para punción raquídea. Para el resto de los procedimientos el médico responsable gestiona la provisión de los elementos necesarios.

Respecto al monitoreo central (que permite la lectura, desde el office de enfermería, de los registros locales del monitor multiparamétrico de cada paciente), no puede conectarse al monitor central porque es incompatible con los monitores locales emplazados en cada habitación.

18.4.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.

Los datos fueron recabados el 16/3/2023.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	Posee filtros HEPA y su mantenimiento es realizado por la empresa de mantenimiento del hospital. El área posee un equipo de ventilación y refrigeración posee filtro HEPA. Hay 2 habitaciones con 2 equipos que poseen filtros HEPA para pacientes en aislamiento por infecciones que exponen al contagio al personal (TBC, coronavirus). Estos equipos estaban instalados (empotrados a la pared) antes de la pandemia.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	El área posee un monitor multiparamétrico por cama.
Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	La provisión de bombas de infusión se realiza por comodato. El hospital organiza su distribución de forma centralizada a través del Coordinador de Equipos Biomédicos. Los servicios solicitan las bombas según el requerimiento de la patología del paciente. Hay en el hospital un total de 250 bombas, y en su gran mayoría están distribuidas en las unidades de cuidados intensivos. Al momento del relevamiento la cantidad de bombas por camas no superaba las 2 en promedio, pero hay que tener en cuenta que la bombas utilizadas pueden mantener 2 canales de forma concomitante.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	Algo similar al punto anterior sucede con las bombas de alimentación enteral, sólo que la administración está a cargo del Servicio de Nutrición y que algunas bombas son del hospital. Al momento del relevamiento existían más de 4 bombas en el área.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Se encontró un desfibrilador en el área.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Se encontró un electrocardiógrafo en el área.
Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Hay un respirador para cada cama.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Se posee los insumos necesarios para estos procedimientos.

Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	Existen elementos necesarios para punción raquídea. Para el resto de los procedimientos el médico responsable gestiona la provisión de los elementos necesarios.
--	--

Respecto al monitoreo central (que permite la lectura desde el office de enfermería, de los registros locales del monitor multiparamétrico de cada paciente), el mismo no funcionaba.

18.4.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI C.

Los datos fueron recabados el 16/3/2023.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	La ventilación central no posee filtro HEPA. Se instalaron durante la pandemia recirculadores de aire con capacidad de filtrado de aire a través de filtro HEPA, pero sólo se utilizan en caso del ingreso de un paciente con covid.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	El área posee un monitor multiparamétrico por cama.
Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	La provisión de bombas de infusión se realiza por comodato. El hospital organiza su distribución de forma centralizada a través del Coordinador de Equipos Biomédicos. Los servicios solicitan las bombas según el requerimiento de la patología del paciente. Hay en el hospital un total de 250 bombas, y en su gran mayoría están distribuidas en las unidades de cuidados intensivos. Al momento del relevamiento la cantidad de bombas por camas no superaba las 2 en promedio, pero hay que tener en cuenta que la bombas utilizadas pueden mantener 2 canales de forma concomitante.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	Algo similar al punto anterior sucede con las bombas de alimentación enteral, sólo que la administración está a cargo del Servicio de Nutrición y que algunas bombas son del hospital. Al momento del relevamiento existían más de 4 bombas en el área.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Se encontró un desfibrilador en el área.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Se encontró un electrocardiógrafo en el área.

Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Hay un respirador para cada cama.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Se posee los insumos necesarios para estos procedimientos.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	Existen elementos necesarios para punción raquídea. Para el resto de los procedimientos el médico responsable gestiona la provisión de los elementos necesarios.

Respecto al monitoreo central (que permite la lectura desde el office de enfermería, de los registros locales del monitor multiparamétrico de cada paciente), el área no posee un sistema instalado para ello.

18.4.2.Unidad Coronaria.

Los datos fueron recabados el 16/3/2023.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	Su mantenimiento está a cargo de la empresa que presta el servicio de mantenimiento del hospital. Existen en depósito recirculadores incorporados para la pandemia de coronavirus. Los filtros se proveen a requerimiento del servicio.
Monitor de ECG en la cabecera del paciente (1 por cama).	Si. Posee.
Estación central con control visual y registrador en papel del ECG de cada paciente.	Existe una estación central de monitoreo (permite ver los parámetros de los pacientes desde la estación central) e impresora para el ECG de cada paciente.
Sistema de activación y detección de alarmas prefijadas en el monitor de cabecera.	Si. Posee.
Desfibriladores sincronizables. 1 cada 4 camas y no menos de 2 en la unidad.	Si. Hay 2 en funcionamiento.
Generadores de marcapasos temporales para atender las necesidades de electroestimulación mono y bicameral. 1 por cada 4 camas o fracción y no menos de 2 en la unidad.	Si. Posee 3.
Carro de emergencia con equipo para intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Equipos completos para punción raquídea, torácica y abdominal para lavado peritoneal diagnóstico.	Se posee los insumos necesarios para estos procedimientos.
Bombas de infusión (2 por cada cama como mínimo).	El sistema es de comodato y la administración centralizada. Al momento del relevamiento había 12 bombas en la unidad, pero cada bomba permite el uso de 2 canales.

Aparato de ECG en la unidad (2 aparatos como mínimo).	Existían 3 aparatos de ECG en la unidad.
Respirador mecánico a presión positiva volumétrico (1 por cada 3 camas).	Al menos 7 camas poseían un respirador.
Oxímetro de pulso (1 cada 2 camas).	El oxímetro de pulso viene incorporado en los monitores multiparamétricos.
Equipo portátil de rayos exclusivo para la unidad.	Si. Posee.
Ecocardiógrafo portátil, fácilmente trasladable a la unidad, puede ser compartido con el Servicio de Cardiología.	Si. Posee.

18.5.Hospital Santojanni.

18.5.1.Unidad Terapia Intensiva.

18.5.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI 1.

Los datos fueron recabados el 30/9/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	Existen filtros HEPA para las unidades de aislamiento correspondientes a los boxes 4, 9 y 12. No hay registro del último mantenimiento realizado. También hay filtros de oxígeno y filtros HEPA portátiles, pero no están funcionando.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	Si. Cumple. Existen problemas con la provisión de brazaletes neumáticos (manguitos) necesarios para realizar la medición de la presión de forma no invasiva. El suministro se ve perjudicado por el tiempo del proceso de compra.
Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	Si. Cumple. Hay 48 bombas. En general, este tipo de bombas son provistas en comodato por una empresa que se encarga de su mantenimiento, pero también existen otras propias del hospital.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	No. Posee 2 bombas. El resto es provisto por el Servicio de Alimentación.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. No cumple. Hay disponible 1 desfibrilador.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. No hay ninguno disponible de los 3 que posee la unidad porque se encontraban en reparación, así como 1 prestado que también se encontraba en la misma situación.

Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Si. Posee.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Si. Posee.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	Posee equipo para punción raquídea y vía central. No posee para punción torácica y abdominal.

De acuerdo a lo manifestado por el bioingeniero que cumple funciones en este hospital, hay falta de suministro de endotest desde hace más de 2 años.

18.5.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI 2.

Los datos fueron recabados el 5/10/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	No posee en forma permanente. Esta unidad posee filtros de oxígeno y filtros HEPA portátiles, pero no están funcionando.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	Si. Cumple. Existen problemas con la provisión de brazaletes neumáticos (manguitos) necesarios para realizar la medición de la presión de forma no invasiva. El suministro se ve perjudicado por el tiempo del proceso de compra.
Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	No. No cumple. Hay 3 bombas por cama. En general, este tipo de bombas son provistas en comodato por una empresa que se encarga de su mantenimiento, pero también existen otras propias del hospital.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	Hay 5 bombas fijas y el resto es provisto por el área de Nutrición a demanda del área.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	Si. Cumple. Hay dos desfibriladores.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. Posee disponible un electrocardiógrafo.
Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Si. Posee.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Si. Posee.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	No. No posee equipos para punción raquídea, torácica ni abdominal, solo hay para vía central. Para las 3 punciones

	mencionadas se preparan a pedido. Se manifiesta dificultad para la provisión de cables que se averían y sin los cuales los equipos no pueden funcionar. Se generan estas dificultades por los tiempos del proceso de compra.
--	--

18.5.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI 3.

Los datos fueron recabados el 5/10/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	No posee en forma permanente. Esta unidad posee un concentrador de oxígeno portátil, pero no está funcionando.
Monitor multiparamétrico por cama que incluya como mínimo: ECG, oximetría de pulso, presión no invasiva y temperatura.	Si. Cumple. Existen problemas con la provisión de brazaletes neumáticos (manguitos) necesarios para realizar la medición de la presión de forma no invasiva. El suministro se ve perjudicado por el tiempo del proceso de compra.
Bomba de infusión continua: 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas.	No. No cumple. Hay 16 bombas en el área. En general, este tipo de bombas son provistas en comodato por una empresa que se encarga de su mantenimiento, pero también existen otras propias del hospital.
Bombas de alimentación enteral en el 50% de las camas.	No. Hay 3 bombas. Son provistas por el Servicio de Alimentación a demanda del área.
Sincronizador – desfibrilador: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	No. No cumple. Hay 1 desfibrilador.
Carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Bolsa de resucitación con reservorio en cada cama.	Si. Posee.
Electrocardiógrafo: uno cada 8 camas o fracción y no menos de dos en la unidad.	Si. Posee 2.
Un respirador microprocesado para el 75% de las camas.	Si. Posee.
Equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa.	Si. Posee.
Equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.	No. No posee equipos para punción raquídea, torácica ni abdominal, solo hay para vía central. Para las 3 punciones mencionadas se preparan a pedido. Se manifiesta dificultad para la provisión de cables que se averían y sin los cuales los equipos no pueden funcionar. Se generan estas dificultades por los tiempos del proceso de compra.

18.5.2.Unidad Coronaria.

Los datos fueron recabados el 29/9/2022.

Concepto	Detalle
Existencia de filtros HEPA en la unidad.	Hay filtros HEPA en las unidades de aislamiento. Su mantenimiento está a cargo de la empresa que presta el servicio de mantenimiento del hospital. No se posee registro del último mantenimiento realizado, ni de los cambios de filtro.
Monitor de ECG en la cabecera del paciente (1 por cama).	Si. Posee.
Estación central con control visual y registrador en papel del ECG de cada paciente.	Si. Posee.
Sistema de activación y detección de alarmas prefijadas en el monitor de cabecera.	Si. Posee.
Desfibriladores sincronizables. 1 cada 4 camas y no menos de 2 en la unidad.	Si. Hay 2 en funcionamiento.
Generadores de marcapasos temporales para atender las necesidades de electroestimulación mono y bicameral. 1 por cada 4 camas o fracción y no menos de 2 en la unidad.	Si. Posee 3.
Carro de emergencia con equipo para intubación endotraqueal completo.	Si. Posee.
Equipos completos para punción raquídea, torácica y abdominal para lavado peritoneal diagnóstico.	Posee sólo vías centrales. El resto de los kits son proveídos por los servicios que realizan las punciones.
Bombas de infusión (2 por cada cama como mínimo).	Si. Posee 2 bombas como mínimo por cama ya que hay 17 bombas. Este tipo de bombas son provistas en comodato por una empresa que se encarga de su mantenimiento. También existen otras propias del hospital.
Aparato de ECG en la unidad (2 aparatos como mínimo).	No. Posee 2 pero tiene 1 que estaba en reparación.
Respirador mecánico a presión positiva volumétrico (1 por cada 3 camas).	Si. Posee 8 respiradores.
Oxímetro de pulso (1 cada 2 camas).	Si. El equipo de monitoreo posee un sensor para medir el oxígeno y además cuentan con oxímetros digitales.
Equipo portátil de rayos exclusivo para la unidad.	No. Posee compartido con el Servicio de Hemodinamia.
Ecocardiógrafo portátil, fácilmente trasladable a la unidad, puede ser compartido con el Servicio de Cardiología.	Si. Posee.

Según lo manifestado por el bioingeniero en la fecha citada, se menciona lo siguiente:

- ✓ hay inconvenientes con el proceso de suministro de cables de los equipos e insumos como los brazaletes neumáticos (manguitos) necesarios para realizar la medición de la presión de forma no invasiva (que es monitoreada automáticamente de forma permanente), dado que los procesos de compra de insumos sufren demoras.
- ✓ El mobiliario de la Unidad coronaria está en malas condiciones.
- ✓ Se ha solicitado la provisión de colchones antiescaras pero aún no se habían provisto.
- ✓ El mantenimiento preventivo de equipos no se estaba ejecutando eficientemente:
 - El mantenimiento preventivo de respiradores tenía la orden centralizada vencida a esa fecha.
 - El mantenimiento preventivo de equipo de rayos x portátil tenía la orden centralizada en curso.
 - El mantenimiento del resto del equipamiento es a demanda (sólo correctivo).

19. Sistemas de autoprotección.

Se presentan aspectos relacionados con los sistemas de autoprotección en los efectores analizados y una síntesis de la normativa pertinente.

19.1. Síntesis normativa.

En el Anexo XI se detalla la normativa pertinente.

19.2. Verificación en efectores.

Se han verificado algunas cuestiones relacionadas con los sistemas de autoprotección en los hospitales analizados.

19.2.1. Plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí”.

Se ha corroborado la existencia de plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí” en los pisos o sectores en que se encuentra cada unidad de cuidados intensivos de cada uno de los 3 hospitales analizados.

Plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí”		
Hospital	Unidad	Detalle
Argerich	Terapia Intensiva UTI A	Si. Existe en los pasillos cercanos y en el interior del área.
	Terapia Intensiva UTI B	Si. Existe en los pasillos cercanos y en el interior del área.
	Terapia Intensiva UTI ex Intermedia	Si. Existe en los pasillos cercanos y en el interior del área.
	Coronaria	Si. Los planos están ubicados dentro del pasillo frente a la Unidad Coronaria.
	Cuidados intensivos neonatales	Si. Un plano se encuentra dentro del área y otro en los pasillos y escalera cercanos a esta unidad.
	Cuidados intermedios neonatales	Si. Un plano se encuentra dentro del área y otro en los pasillos y escalera cercanos a esta unidad.
Fernández	Terapia Intensiva UTI A	Si. Se encuentra en el sector y en los pasillos de acceso.
	Terapia Intensiva UTI B	Si. Se encuentra en el sector y en los pasillos de acceso.
	Terapia Intensiva UTI C	Si. Se encuentra en el sector y en los pasillos de acceso.
	Coronaria	No. No se ha detectado.
	Cuidados intensivos neonatales	Si. Se encuentra en el sector y en los pasillos de acceso.
	Cuidados intermedios neonatales	Si. Se encuentra en el sector y en los pasillos de acceso.
Santojanni	Terapia Intensiva UTI 1	Si. Existe dentro de la Unidad y también ubicados en los pasillos de acceso, en las paredes.
	Terapia Intensiva UTI 2	Si. Existe dentro de la Unidad y también ubicados en los pasillos de acceso, en las paredes.
	Terapia Intensiva UTI 3	Si. Existen en los pasillos de acceso, en las paredes.
	Coronaria	Si. Existen en los pasillos de acceso, en las paredes.
	Cuidados Intensivos Neonatales	Si. Existen en los pasillos de acceso, en las paredes.
	Cuidados Intermedios Neonatales	Si. Existen en los pasillos de acceso, en las paredes.

Luego de la corroboración efectuada se ha notado que el único sector en donde no se ha detectado plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí” es el de la Unidad Coronaria del Hospital Fernández.

19.2.2. Presentación del Sistema de Autoprotección.

Se exhibe información relacionada con la presentación del Sistema de Autoprotección de los 3 hospitales analizados.

Presentación del Sistema de Autoprotección (vigente)	
Hospital	Detalle
Argerich	Si.
Fernández	No.
Santojanni	Si.

Resolución Defensa Civil de aprobación del Sistema de Autoprotección			
Hospital	Resolución	Fecha	Vigencia
Argerich	DI-2022-1235-GCABA-DGDCIV	01/02/2022	31/01/2024
Fernández	DI-2017-8989-GCABA-DGDCIV	***	17/10/2019
Santojanni	DI-2021-5766-GCABA-DGDCIV	29/10/2021	28/10/2023

Obtención de copia de presentación del Sistema de Autoprotección	
Hospital	Detalle
Argerich	Si.
Fernández	No.
Santojanni	Si.

Empresa que realizó presentación del Sistema de Autoprotección	
Hospital	Empresa
Argerich	AJYB S.R.L.
Fernández	Matafuegos Prevind S.R.L.
Santojanni	AJYB S.R.L.

Se puede apreciar que el Hospital Fernández no cuenta con un sistema de autoprotección aprobado vigente. De acuerdo a la información obtenida tal aprobación se encuentra en trámite. La vigencia del último sistema aprobado ha sido hasta el 17/10/2019 como se indica en el cuadro.

20. Datos estadísticos.

Los datos estadísticos relacionados con consultas externas, egresos y otros indicadores de los efectores dependientes del Ministerio de Salud se encuentran principalmente en la información denominada “Movimiento Hospitalario”.

20.1. Fuente oficial de información del Ministerio de Salud.

Se desarrollan seguidamente las características de la fuente oficial relacionada con la mencionada información estadística.

En el sitio oficial del Ministerio de Salud de CABA²¹, al 5/1/23, contiene la siguiente información acerca de datos estadísticos del movimiento hospitalario:

²¹ <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/movimiento-hospitalario>



Se puede apreciar que se encuentra totalmente desactivada y desactualizada esta información dado que figura hasta el año 2012 y tampoco contiene un link para acceder a la misma.

20.2.Datos de efectores.

20.2.1.Hospital Argerich.

20.2.1.1. División Terapia Intensiva.

De acuerdo a información brindada por la División Terapia Intensiva se presentan los siguientes datos correspondientes al período 2020.

Estadística global de la división.

- ✓ Ingresos año 2020 = 454 pacientes (género masculino: 276 pacientes – 60,8%, género femenino: 178 pacientes – 39,2%).
- ✓ Mortalidad global = 215 pacientes – 47,4%.
- ✓ Requerimiento de ventilación mecánica = 281 pacientes – 61,9%.
- ✓ Mortalidad en ventilación mecánica = 137 pacientes – 48,8%.
- ✓ Pacientes con covid-19 = 334 pacientes – 73,6%.
- ✓ Pacientes sin covid-19 = 120 pacientes – 26,4%.

- ✓ Edad media = 57 +-16 años.
- ✓ Días de ventilación mecánica = 14,5 +-12,7 días.
- ✓ Estadía en UTI = 12 +-11 días.

Estadística de los pacientes covid-19.

- ✓ Neumonía por covid = 91% de los casos.
- ✓ Infección por covid asociada a otra patología = 9% de los casos.
- ✓ Género masculino = 204 pacientes – 61%.
- ✓ Género femenino = 130 pacientes – 39%.
- ✓ Mortalidad en covid-19 = 142 pacientes – 42,5%.
- ✓ Requerimiento de ventilación mecánica = 207 pacientes – 62%.
- ✓ Mortalidad en ventilación mecánica = 145 pacientes – 70%.
- ✓ Edad media = 59 +- 14 años.
- ✓ Días de ventilación mecánica = 17 +-13 días.
- ✓ Estadía en UTI = 12 +-11 días.

Estadística de los pacientes no covid-19.

- ✓ Género masculino = 65 pacientes – 54%.
- ✓ Género femenino = 55 pacientes – 46%.
- ✓ Mortalidad = 32 pacientes – 26,7%.
- ✓ Requerimiento de ventilación mecánica = 72 pacientes – 60%.
- ✓ Mortalidad en ventilación mecánica = 57 pacientes – 79,2%.
- ✓ Edad media = 55 +-19 años.
- ✓ Días de ventilación mecánica = 11 +- 9 días.
- ✓ Estadía en UTI = 12,5 +-10 días.

20.2.1.2. Unidad Coronaria.

De acuerdo a la información brindada por el sector Estadística ingresaron a la Unidad Coronaria en el período 2020, 356 pacientes.

La mortalidad fue de 12,04%.

La estadía fue de 5,63 días promedio.

La tasa de infección intrahospitalaria fue de 17,7%.

20.2.1.3. Sección Cuidados Intensivos Neonatales.

Según la información brindada por la Jefa de Sección, en el período 2020 los pacientes que se encontraron en cuidados intensivos fueron 159.

También se ha recibido la información brindada por el sector Estadística donde se indica como cantidad de pacientes ingresados un total de 353 (cifra que también se encuentra en el Movimiento de Internación según

especialidades), habiendo una diferencia con lo informado por la Sección de 194 pacientes.

La mortalidad fue de 3,35%.

La estadía fue de 3,35 días promedio.

20.2.2.Hospital Fernández.

20.2.2.1. División Terapia Intensiva.

De acuerdo a la información brindada por el área, en el período 2020, incluyendo las 4 unidades de terapia intensiva, se internaron 609 pacientes. Según datos del área de Estadísticas del hospital hubo 341 pacientes, lo que implica una diferencia de 268 pacientes de diferencia con lo informado por la División.

20.2.2.2. Unidad Coronaria.

Según la información brindada por la Jefa de Unidad Coronaria, en el período 2020 hubo 325 pacientes internados en esa unidad.

De acuerdo a lo informado por el área Estadística hubo 394 pacientes internados en Unidad Coronaria, lo que implica una diferencia de 69 pacientes con lo informado por el área médica.

20.2.2.3. Sección Cuidados Intensivos Neonatales.

De acuerdo a lo informado por la Jefa de Sección en ese período no se pudo registrar dado que contó con 18 profesionales menos en el plantel.

Según la información brindada por el área de Estadísticas hubo 276 pacientes atendidos por la Sección.

20.2.3.Hospital Santojanni.

El Departamento Técnico del hospital ha informado que con respecto a la tasa de infección intrahospitalaria en áreas cerradas, durante el año 2020 y parte del año 2021, no se han llevado registros a raíz de la pandemia de coronavirus, según dato informado por el Servicio de Infectología del hospital y por los enfermeros que se ocupan del control de infecciones. Desde el mes de setiembre de 2021 existen registros digitales ya que se comenzó a implementar el sistema VIHDA²².

²² Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA).

20.2.3.1. Unidad Terapia Intensiva.

El Jefe de la Unidad Terapia Intensiva ha suministrado copia de datos estadísticos respecto de pacientes con covid durante la pandemia, se exhiben la siguiente información.

H. Santojanni – Unidad Terapia Intensiva - 2020		
Concepto	UTI 1	UTI 2
Pacientes ingresados ola 1	114	80
Pacientes ingresados ola 2	20	108
Pacientes ingresados ola 3	5	50
Total	139	238

Cabe señalar que en estos datos no se incluyen a pacientes no covid 19 y que lo que corresponde al período 2020 es lo que se ha referido como ola 1, es decir 114 pacientes en UTI 1 y 80 pacientes en UTI 2, totalizando 194 pacientes atendidos. También se señala que la información refiere como “covid room” a la UTI 3 con 40 pacientes ingresados en la pandemia, pero no se desglosa en las 3 olas.

Según los datos brindados por la División Estadísticas y el Departamento Técnico del hospital, se presentan los siguientes datos correspondientes al período 2020.

H. Santojanni – Unidad Terapia Intensiva - 2020		
Concepto	Cantidad	%
Cantidad de pacientes con covid 19	173	55,5%
Cantidad de pacientes sin covid 19	139	45,5%
Cantidad de pacientes ingresados (ingresos + pases)	312	100,0%
Cantidad de pacientes fallecidos y % de mortalidad	146	46,8%
Promedio de días de estadía	33,64	

Además de los datos precedentes, la información obtenida incluye la cantidad de 10 pacientes ingresados a Terapia Intensiva Intermedia con 1 paciente fallecido, para el año 2020.

Se ha notado que en el dato de cantidad de pacientes con covid 19 hay una diferencia de 21 pacientes entre los datos según la Unidad Terapia Intensiva (194) y los datos de la División Estadística (173), que puede ser mayor si hay casos que correspondan en la UTI 3.

El Departamento Técnico del hospital ha informado que los datos de terapia intensiva corresponden a los relevamientos realizados durante el año 2020,

en forma diaria a partir del inicio de la pandemia, pero de forma más ordenada y confiable desde el mes de julio de ese año, en el que se pudieron realizar registros digitales.

20.2.3.2. Unidad Coronaria.

De acuerdo a información brindada por la Unidad Coronaria se presentan los siguientes datos correspondientes al período 2020.

H. Santojanni – Unidad Coronaria - 2020		
Causa de ingreso	Cantidad	%
Infarto agudo miocardio (IAM)	191	40,5%
Insuficiencia cardíaca	87	18,4%
Procedimientos programados	81	17,2%
Arritmias y síncope	84	17,8%
Otros diagnósticos	29	6,1%
Total pacientes cardiovasculares	472	100%

Además de los pacientes cardiovasculares, se recibieron en ese período 36 pacientes derivados de la Unidad de Terapia Intensiva, totalizando 508 pacientes atendidos.

Por otra parte se tuvo acceso a la información estadística brindada por la División Estadística sobre el mismo período, que es la siguiente:

H. Santojanni – Unidad Coronaria - 2020		
Concepto	Cantidad	%
Cantidad de pacientes ingresados (ingresos + pases)	388	
Cantidad de pacientes fallecidos y % de mortalidad	61	15,7%
Promedio de días de estadía	10,54	

Se ha notado que existe una diferencia de 120 pacientes si se comparan los datos suministrados por la Unidad Coronaria (508) y los informados por la División Estadística (388).

20.2.3.3. Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.

De acuerdo a la información estadística brindada por la División Estadística correspondiente al período 2020, se presentan los siguientes datos:

H. Santojanni – Unidad Cuidados Intensivos Neonatales - 2020		
Concepto	Cantidad	%
Cantidad de pacientes ingresados (ingresos + pases)	489	
Cantidad de pacientes fallecidos y % de mortalidad	13	2,66%
Promedio de días de estadía	22.28	

La Unidad ha informado en forma parcial los datos estadísticos suministrando los correspondientes a terapia intermedia neonatal, siendo los pacientes atendidos en este sector, de 315 para el año 2020.

21. Aspectos presupuestarios.

Se ha obtenido información de la Cuenta de Inversión correspondiente al ejercicio 2020 según IF-2021-18084437-GCABA-DGCG elaborada por la Dirección General de Contaduría.

21.1. Clasificación del gasto.

Para el período 2020 estaba vigente la Resolución N° 807/MHGC/18 que ha aprobado a partir del ejercicio económico 2018 la actualización de las Clasificaciones de Recursos y de Gastos para el Sector Público del GCBA, de acuerdo con el detalle obrante en su Anexo (IF-2018-07472630-MHGC), modificada por la Resolución N° 1642/MEFGC/18.

21.2. Jurisdicción 40 – Ministerio de Salud.

De acuerdo a la información obrante en la mencionada Cuenta de Inversión correspondiente al ejercicio 2020, el presupuesto devengado para tal período de la Jurisdicción 40 – Ministerio de Salud ha sido de \$ 85.291.907.542,82.-

	Presupuesto
2020	Devengado
GCABA	\$ 482.921.154.707,10
Ministerio de Salud	\$ 85.291.907.542,82
	17,66%

El presupuesto devengado del GCABA para el mencionado período fue de \$ 482.921.154.707,10.- De acuerdo a las cifras presentadas, el presupuesto devengado de tal período del Ministerio de Salud corresponde a un 17,66% del total del presupuesto devengado.

21.3.Unidades Ejecutoras.

Se presentan las 3 unidades ejecutoras de los hospitales analizados indicando el presupuesto devengado de cada una del ejercicio 2020.

2020		Presupuesto	
U.E.	Hospital	Devengado	%
412	Argerich	\$ 4.403.253.253,61	35,43%
418	Fernández	\$ 4.126.575.940,41	33,20%
434	Santojanni	\$ 3.898.762.623,51	31,37%
		\$ 12.428.591.817,53	100,00%

El presupuesto devengado del conjunto de los 3 hospitales analizados suma un total de \$ 12.428.591.817,53.- y el porcentaje indica la proporción que constituye el presupuesto de cada uno de los hospitales en el total mencionado.

2020		Presupuesto		%	
U.E.	Hospital	Devengado	s/Min. Salud	s/GCABA	
412	Argerich	\$ 4.403.253.253,61	5,16%	0,91%	
418	Fernández	\$ 4.126.575.940,41	4,84%	0,85%	
434	Santojanni	\$ 3.898.762.623,51	4,57%	0,81%	
		\$ 12.428.591.817,53	14,57%	2,57%	

En el cuadro precedente se presenta la información del presupuesto devengado de cada unidad ejecutora y del conjunto de los 3 hospitales en relación al total devengado del Ministerio de Salud y del GCABA. Así, se puede apreciar que el conjunto de los 3 efectores constituye el 14,57% del presupuesto devengado del Ministerio de Salud y el 2,57% del presupuesto devengado del GCABA.

A continuación se presenta el presupuesto devengado del período 2020 de los 3 hospitales desglosado por inciso, indicando el porcentaje de cada inciso en relación al total devengado de cada efector.

Inciso	Presupuesto devengado - Año 2020					
	Argerich	%	Fernández	%	Santojanni	%
1-Gastos en personal	\$ 3.181.610.538,28	72,26%	\$ 2.763.770.813,67	66,97%	\$ 2.752.428.724,90	70,60%
2-Bienes de consumo	\$ 687.328.908,34	15,61%	\$ 724.082.650,00	17,55%	\$ 545.798.496,80	14,00%
3-Servicios no personales	\$ 358.904.919,20	8,15%	\$ 478.215.281,30	11,59%	\$ 434.721.752,33	11,15%
4-Bienes de uso	\$ 171.946.683,79	3,90%	\$ 150.644.777,44	3,65%	\$ 163.158.329,48	4,18%
5-Transferencias	\$ 3.462.204,00	0,08%	\$ 9.862.418,00	0,24%	\$ 2.655.320,00	0,07%
Totales	\$ 4.403.253.253,61	100,00%	\$ 4.126.575.940,41	100,00%	\$ 3.898.762.623,51	100,00%

Se nota en el cuadro precedente que el gasto del inciso 1, que es el de más importancia por las cifras, varía entre el 66,97% del total del presupuesto en el caso del Hospital Fernández y el 72,26% en el caso del Hospital Argerich.

Seguidamente se presenta el crédito de sanción, el crédito vigente, el devengado, el incremento sufrido (vigente menos sanción) y su porcentaje, y el porcentaje de ejecución presupuestaria de cada hospital.

Presupuesto 2020			
Concepto	Argerich	Fernández	Santojanni
Crédito de Sanción	\$ 3.853.856.730,00	\$ 3.351.653.236,00	\$ 3.227.577.715,00
Crédito Vigente	\$ 4.407.919.108,00	\$ 4.130.938.100,00	\$ 3.906.151.232,00
Devengado	\$ 4.403.253.253,61	\$ 4.126.575.940,41	\$ 3.898.762.623,51
Incremento crédito (Vigente - Sanción)	\$ 554.062.378,00	\$ 779.284.864,00	\$ 678.573.517,00
% Incremento	14,38%	23,25%	21,02%
% Ejecución	99,89%	99,89%	99,81%

Puede apreciarse que el caso de mayor incremento del crédito de sanción lo ha tenido el Hospital Fernández con un 23,25%. En cuanto a la ejecución presupuestaria (Devengado / Vigente) en los 3 hospitales se ha superado el 99%.

21.4.Metas físicas.

De acuerdo a los datos de Producción pública de la Cuenta de Inversión del año 2020, según el IF-2021-17729562-GCABA-DGOGPP, se presentan en el cuadro siguiente las metas físicas correspondiente a los 3 efectores bajo análisis.

La unidad de medida tomada según la Cuenta de Inversión es “paciente”, la descripción de la meta es “Pacientes atendidos en hospitales generales de agudos” y la cuantificación es “sumable”.

Metas físicas - 2020					
Hospital	Sanción	Vigente	Realizado	Diferencia	% Subejecución física
Argerich	3.773.200	3.773.200	2.549.423	1.223.777	32,43%
Fernández	3.856.915	3.856.915	628.820	3.228.095	83,70%
Santojanni	1.093.308	1.093.308	624.059	469.249	42,92%
Totales	8.723.423	8.723.423	3.802.302	4.921.121	56,41%

En el cuadro precedente puede visualizarse que en el año 2020 hay una subejecución física de las metas previstas para ese período. El mayor porcentaje se da en el Hospital Fernández con un 83,70%, mientras que el menor se da en el Hospital Argerich con un 32,43%, mientras que la subejecución promedio de los 3 efectores asciende a un 56,41%, tratándose de pacientes atendidos y considerando que fue el año donde comenzó la pandemia covid-19.

IV. OBSERVACIONES.

1. Estructura organizativa.

a. Estructura formal. La estructura formal aprobada por normativa no es coincidente con la estructura real verificada en los 3 hospitales analizados.

- i. Unidad Terapia Intermedia. Este tipo de unidad que se encuentra incluida en la estructura formal no existe como tal dado que se ha reconvertido, situación ocurrida en los 3 hospitales analizados.
- ii. Hospital Argerich. En la estructura formal se detallan 2 unidades de terapia intensiva y en la realidad hay 3 unidades. En la estructura formal no están incluidas las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales ni la Sala de Rehabilitación Intensiva Post UTI (SARIP).
- iii. Hospital Fernández. En la estructura formal se detalla 1 unidad de terapia intensiva y en la realidad hay 3 unidades. En la estructura formal no están incluidas la Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP), la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, la Sala de Rehabilitación Intensiva Post UTI (SARIP) y la Unidad Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI).
- iv. Hospital Santojanni. En la estructura formal se detalla 1 unidad de terapia intensiva y en la realidad hay 3 unidades.

b. Identificación de unidades.

- i. **Identificación parcial.** En el caso de los Hospitales Argerich y Santojanni, en respuesta a la solicitud por nota de la identificación de las unidades de cuidados intensivos con que contaba cada efector, solamente informaron sobre la existencia de las unidades de terapia intensiva, omitiendo a las unidades coronarias y a las unidades de cuidados intensivos e intermedios neonatales. En el caso del Hospital Argerich tampoco informó sobre la existencia de la SARIP. En el caso del Hospital Fernández no informó acerca de la existencia de las unidades de cuidados intensivos e intermedios neonatales.
 - ii. **Identificación de cargo.** En el detalle del organigrama informado por el Hospital Santojanni al 31/12/2020 acerca de la Unidad Terapia Intensiva se indica al Jefe como “Jefe de División”, siendo que el área tiene nivel de unidad y en ese año el Jefe a cargo de tal unidad era médico de planta titular.
 - iii. **Existencia real de unidades.** Hospital Santojanni. El sector de Unidad Coronaria informó que no contaba con unidad de cuidados intermedios, cuando en realidad la misma había sido trasladada al cuarto piso del hospital luego de haber sido reconvertido su espacio físico en UTI 2 debido a las modificaciones estructurales necesarias realizadas por la pandemia.
 - c. **Designaciones de jefaturas.** En el Hospital Santojanni en el período 2020 las jefaturas de Unidad Terapia Intensiva y las de las 3 unidades de cuidados intensivos dependientes no contaban con designaciones formales²³.
- 2. **Recursos humanos.**
 - a. **Enfermería.**
 - i. **Turnos horarios.** En los 3 hospitales analizados existen turnos horarios de agentes del plantel de enfermería en los días sábados, domingos y feriados que son de 12 horas, siendo que el turno habitual es de 6 horas por tratarse de cumplimiento de funciones en áreas cerradas, implicando trabajar una hora menos que los turnos de áreas abiertas que son de 7 horas.
 - ii. **Módulos.** De acuerdo a la información obtenida de la Unidad Terapia Intensiva del Hospital Santojanni,

²³ A la fecha 13/10/2022 se contaba con la regularización de la cobertura de la Jefatura de la Unidad Terapia Intensiva pero restaba formalizar las de las UTI 1, UTI 2 y UTI 3.

debido a la falta existente de enfermería, los agentes deben realizar módulos siendo un área crítica o cerrada que tiene de por sí una reducción horaria de 1 hora menos por turno (6 horas).

- iii. **Déficit de personal.** Se ha efectuado un análisis del déficit de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santojanni, concluyendo que existe un déficit promedio en turnos del 68,06%, siendo el turno noche (de 0 horas a 6 horas) el más afectado con un déficit del 77,78%.
 - b. **Personal administrativo.** La Unidad Coronaria y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Fernández y la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni no cuentan con personal administrativo, debiendo los profesionales médicos realizar las tareas pertinentes.
 - c. **Cargos vacantes.** De acuerdo a la información obrante de las distintas unidades de cuidados intensivos analizados, hay necesidad de cubrir diversos cargos vacantes de personal profesional médico y de enfermería, según se describe en el presente informe.
 - d. **Cuidado de la salud del personal de atención médica.** Los elementos de protección brindados al personal en el período 2020, de las unidades analizadas, no fueron adecuados ni suficientes en el caso de la Unidad Coronaria y la Sección Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Argerich, de la División Terapia Intensiva del Hospital Fernández y de la Unidad Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y la Sección Unidad Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santojanni.
- 3. Insumos.**
- a. **Unidades Coronarias.** La Unidad Coronaria del Hospital Argerich no cuenta con material descartable y medicamentos en stock suficiente para cubrir las necesidades de la unidad por lo menos por 72 horas.
 - b. **Otros insumos.** Según información de la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santojanni, hay déficit de determinados insumos y la medicación vía oral llega con demora.
- 4. Seguridad del paciente.**
- a. **Identificación del paciente.** Se han detectado falencias en cuanto a la identificación del paciente según se describe en el presente informe, en particular en la División Terapia Intensiva

- y Unidad Coronaria del Hospital Argerich y en la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni.
- b. Identificación del personal de salud. Se ha detectado que el personal de salud no posee o no utiliza identificación física en las unidades de cuidados intensivos evaluadas.
5. Servicios auxiliares y/o áreas de apoyo. Endoscopia. Los Hospitales Argerich y Fernández no cuentan con disponibilidad a endoscopia digestiva y respiratoria las 24 horas del día.
6. Registros. De los 9 sectores de unidades de cuidados intensivos consultados hay 3 (33%) que no tienen informatizada el área. Se trata de la División Terapia Intensiva del Hospital Argerich y la Unidad de Terapia Intensiva y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santojanni.
7. Atención general. Flujograma. No cuentan con flujograma de atención los siguientes sectores:
- a. Hospital Fernández: División Terapia Intensiva.
- b. Hospital Santojanni: Unidad Terapia Intensiva y Unidad Coronaria.
8. Datos estadísticos.
- a. Ministerio de Salud. En el sitio oficial del Ministerio de Salud, al 5/1/2023, los datos estadísticos denominados “Movimiento hospitalario” se encuentran desactivados y desactualizados, dado que la información obrante es hasta el año 2012 y no hay acceso mediante un link a esa información.
- b. Hospitales. Existe falta de confiabilidad en los datos estadísticos si se compara la información brindada por las unidades de cuidados intensivos y las áreas de Estadística. Se han detectado diferencias importantes en los datos correspondientes a la Sección Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Argerich, a la División Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Fernández y a la Unidad Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Santojanni.
9. Sistema de autoprotección.
- a. Hospital Fernández.
- i. El Hospital Fernández no cuenta con un sistema de autoprotección aprobado vigente, siendo que tal presentación se encuentra en trámite. La vigencia del último sistema aprobado ha sido hasta el 17/10/2019.
- ii. En la Unidad Coronaria de este hospital no se ha detectado plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí”.
10. Equipamiento.

a. Aspectos generales.

i. Hospital Argerich.

1. En la UTI A el sistema de cámaras con un monitor en el sector de enfermería para visualizar las 12 camas no está en funcionamiento por problemas tecnológicos que no se resolvieron al momento de la visita al sector y tampoco está en funcionamiento el monitoreo central.
2. En la UTI B el área de enfermería posee un monitor central para el monitoreo centralizado de cada paciente que no se halla en funcionamiento por problemas tecnológicos no solucionados y la unidad no cuenta con un sistema de vigilancia a través de un monitoreo de cámaras para cada paciente.
3. En la UTI ex Intermedia no se cuenta con un sistema centralizado de monitoreo en la central de enfermería.

ii. Hospital Fernández.

1. Al momento de la visita del equipo de auditoría el hospital no contaba con bioingeniero.
2. En la UTI A el sistema de monitoreo no puede conectarse al monitor central porque es incompatible con los monitores locales emplazados en cada habitación.
3. En la UTI B el monitoreo central no funcionaba al momento de la visita al área.
4. La UTI C no posee un sistema instalado de monitoreo central.

iii. Hospital Santojanni.

1. El bioingeniero del hospital no acude al área de la Unidad Terapia Intensiva.
2. El bioingeniero que cumple funciones en el hospital señaló que hay falta de suministro de endotest desde hacía más de 2 años al momento de la visita al área.
3. Hay inconvenientes con el suministro de cables de los equipos e insumos, dado que los procesos de compra sufren demoras.

b. Electrocardiógrafo.

i. Hospital Argerich.

1. La UTI A no cuenta con al menos dos electrocardiógrafos en la unidad, dado que al

- momento de la verificación había uno disponible y otro se encontraba en reparación.
2. La UTI B no cuenta con al menos dos electrocardiógrafos en la unidad, dado que no se encontró electrocardiógrafo disponible en el área.
- ii. Hospital Fernández.
 1. La UTI A, la UTI B y la UTI C no cuentan con al menos dos electrocardiógrafos en la unidad, dado que al momento de la verificación había uno disponible en cada unidad.
 - iii. Hospital Santojanni.
 1. La UTI 1 no cuenta con al menos dos electrocardiógrafos en la unidad, dado que no había ninguno disponible al momento de la verificación. Los 3 que posee la unidad y otro prestado se encontraban en reparación.
 2. La UTI 2 no cuenta con al menos dos electrocardiógrafos en la unidad, dado que al momento de la verificación había uno disponible.
- c. Sincronizador – desfibrilador. En la UTI B del Hospital Argerich, en las UTI A, UTI B y UTI C del Hospital Fernández y en las UTI 1 y UTI 3 del Hospital Santojanni no cuentan con al menos dos sincronizadores – desfibriladores en la unidad, dado que al momento de la verificación había uno disponible en cada unidad.
- d. Equipo portátil de rayos. Las Unidades Coronarias del Hospital Argerich y del Hospital Santojanni no cuentan con equipo portátil de rayos exclusivo para cada unidad.
- e. Filtros HEPA.
 - i. Hospital Fernández.
 1. La ventilación central de la UTI A y de la UTI C no posee filtro HEPA.
- f. Equipo completo para punción.
 - i. Hospital Santojanni.
 1. La UTI 1 no posee equipo para punción torácica y abdominal.
 2. La UTI 2 y la UTI 3 no poseen equipo completo para punción raquídea, torácica y abdominal.
- g. Bombas de infusión continua.
 - i. Hospital Santojanni.
 1. La UTI 2 no cuenta con 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas, dado que hay 3 por cama.

2. La UTI 3 no cuenta con 4 bombas por cama para administración de drogas intravenosas, dado que posee menos cantidad por cama.

h. Aparato de ECG.

i. Hospital Santojanni.

1. La Unidad Coronaria no posee 2 aparatos como mínimo en la unidad, dado que al momento de la verificación poseía 1 y había otro que estaba en reparación.

11. Estructura física.

a. Aspectos generales.

i. Hospital Argerich.

1. Se ha visualizado que la oficina del Jefe de División Terapia Intensiva también oficia de dormitorio de los bioquímicos.
2. La UTI A y la UTI B no poseen lugar para depósito de equipos en funcionamiento y que no se usan, encontrándose en los pasillos del área, lo que entorpece el desplazamiento en la misma.
3. La UTI B no posee área limpia para realizar las tareas de limpieza de elementos utilizados en los equipos.
4. En la UTI B se ha detectado evidencia de filtraciones desde el tercer piso en el sector del baño al ingreso del área.

ii. Hospital Fernández.

1. La UTI A y la UTI C no poseen un depósito destinado a la guarda de equipamiento médico, los cuales se encuentran en el pasillo central.

iii. Hospital Santojanni.

1. En la UTI 1 la circulación se halla reducida por presencia de insumos y otros elementos.
2. En la UTI 2 en el pasillo de acceso se pudieron observar cables expuestos y paneles del cielorraso con deterioro.

b. Señalización.

i. Hospital Argerich.

1. La señalización de la UTI ex Intermedia no se ha adecuado a la nueva función destinada al área, dado que la señalética todavía vincula al área a la ex Terapia Intermedia.

ii. Hospital Fernández.

1. La señalización para ubicar el área de Terapia Intensiva es efectiva, pero no se identifica cada UTI como A, B o C.
- iii. Hospital Santojanni.
 1. La señalización de la UTI 2 no se halla actualizada, las indicaciones figuran como Unidad de Cardiología.
 2. No se ha observado señalética que identifique el área como UTI 3.
- c. Accesibilidad física.
 - i. Hospital Fernández.
 1. No posee ascensores de uso exclusivo para pacientes.
- d. Zona de circulación semi-restringida.
 - i. Hospital Santojanni.
 1. La UTI 2 no posee una ubicación en una zona de circulación semi-restringida.
- e. Salida de emergencias.
 - i. Hospital Santojanni.
 1. Desde dentro de las áreas de la Unidad Coronaria y de las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales no puede accederse al exterior en forma directa por puerta o escalera, la salida en caso de evacuación se realiza por los pasillos interiores del efector.
- f. Doble circulación. La UTI A, UTI B, UTI ex Intermedia, la Unidad Coronaria y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Argerich, la UTI A, UTI B, UTI C, la Unidad Coronaria y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Fernández, la UTI 2, UTI 3, la Unidad Coronaria y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Santojanni, no poseen doble circulación en el sector.
- g. Sala de espera. Las Unidades Coronarias de los 3 efectores bajo análisis no cuentan con sala de espera e información para familiares.
- h. Estación central de enfermería.
 - i. Hospital Fernández.
 1. La estación de enfermería de la UTI C cuenta con paredes que no permiten la visualización de los pacientes y no está emplazada en el centro del área de internación. No cuenta con sistema de cámaras o monitores y el sistema de alarma de

- los pacientes se limita a un sonido dentro del box, lo que posee el riesgo de no ser escuchado.
2. La Unidad Coronaria no posee la disponibilidad desde la cabecera del paciente de poder activar un interruptor que dé la señal de alarma en la estación central de enfermería, la habitación del médico de guardia y la sala de trabajo médico en caso de emergencia.
 - ii. Hospital Santojanni.
 1. La estación central de enfermería de la UTI 2 no posee visualización directa de los pacientes de la habitación contigua.
 - i. Habitación de médicos de guardia.
 - i. Hospital Santojanni.
 1. La Unidad Coronaria no posee dentro del ámbito de la unidad una habitación de médico de guardia.
 - j. Sistema de alcohol – gel.
 - i. Hospital Santojanni.
 1. En la UTI 2 y en la UTI 3 se ha instalado el sistema pero no poseen uno en cada cama.
 - k. Piletas para lavado de manos.
 - i. Hospital Argerich.
 1. La UTI A, la UTI B y la UTI ex Intermedia no poseen una piletta para lavado de manos por cama y las existentes se operan manualmente.
 - ii. Hospital Fernández.
 1. La UTI A no cuenta con una piletta para lavado de manos por cama.
 2. La UTI C no cuenta con piletta para lavado de manos por cama, solamente hay una en el office de enfermería.
 - l. Zona sucia.
 - i. Hospital Santojanni.
 1. La Unidad Coronaria no posee zona sucia con chatero.
 - m. Sistema de refrigeración.
 - i. Hospital Argerich.
 1. El equipo central de refrigeración en la UTI B, en la UTI ex Intermedia, en la Unidad Coronaria y en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, no es suficiente para generar una temperatura adecuada en verano.

- ii. Hospital Santojanni.
 - 1. En la UTI 2 el sistema central de refrigeración no funciona correctamente. Se instaló un aire acondicionado local para remediar la situación pero no es suficiente.
 - 2. La UTI 3 no posee sistema de refrigeración.
 - 3. En el área de Cuidados Intermedios Neonatales hay 2 equipos de aire acondicionado instalados pero en días de alta temperatura no son suficientes.
- n. Sistema de iluminación de emergencia. La UTI A, UTI B, UTI ex Intermedia y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Argerich, la UTI A, UTI B y UTI C del Hospital Fernández, la UTI 1, UTI 2, UTI 3 y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Santojanni, no poseen sistema de iluminación de emergencia.
- o. Sistema de ductos.
 - i. Hospital Argerich.
 - 1. La UTI B no cuenta con un sistema de ductos que contenga dos salidas de aspiración central, dado que posee una disponible.
 - ii. Hospital Fernández.
 - 1. Hay 4 boxes de la UTI A que no poseen dos salidas de aspiración central dado que solo cuentan con una disponible.
 - 2. La UTI C no cuenta con un sistema de ductos que contenga dos salidas de oxígeno (posee una salida) y dos salidas de aspiración central (posee una salida).
 - iii. Hospital Santojanni.
 - 1. La UTI 1, la UTI 2 y la UTI 3 no cuentan con un sistema de ductos que contenga dos salidas de aspiración central dado que cuentan solo con una disponible en cada unidad.
- p. Superficie área.
 - i. Hospital Argerich.
 - 1. En la UTI B hay 2 cubículos y en la Unidad Coronaria 8 camas, que no alcanzan una superficie de 9 m² en su habitación o box.
 - ii. Hospital Santojanni.
 - 1. La UTI 1, la UTI 2, la UTI 3 y la Unidad Coronaria, como unidades, poseen una superficie total

menor a 9 m² x 2 x número de camas de la unidad. Asimismo, las 3 unidades de terapia intensiva mencionadas no poseen, además, una superficie del área de la habitación o cubículo donde se halla emplazada la cama del paciente no menor a 9 m² de superficie.

- q. Pisos. La UTI A, UTI B, UTI ex Intermedia, la Unidad Coronaria del Hospital Argerich, la UTI A, UTI C, la Unidad Coronaria del Hospital Fernández y la UTI 3 del Hospital Santojanni, no poseen piso con cobertura antideslizante.
- r. Puertas.
 - i. Hospital Santojanni.
 - 1. La UTI 2 no posee puertas con abertura que permita el paso de camillas y equipos, apertura hacia afuera en el área de internación de pacientes.
- s. Luz.
 - i. Hospital Fernández.
 - 1. La Unidad Coronaria no posee luz articulable para procedimientos invasivos.
 - ii. Hospital Santojanni.
 - 1. La Unidad Coronaria no posee luz articulable para procedimientos invasivos.
- t. Grupo electrógeno.
 - i. Hospital Fernández.
 - 1. La UTI A, la UTI B y la Unidad Coronaria no poseen un grupo electrógeno para la unidad, ante un corte del servicio eléctrico hay conexión a un generador del hospital.
 - ii. Hospital Santojanni.
 - 1. La Unidad Coronaria y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales no cuentan con un grupo electrógeno para la unidad, las áreas están conectadas a la red de emergencia que cuenta con grupo electrógeno.
- u. Alarma de humo. La Unidad Coronaria, las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Argerich, la UTI A, UTI B, Unidad Coronaria, las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Fernández, y las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Santojanni, no poseen instalada alarma de humo.
- v. Plan de evacuación.

- i. Hospital Argerich.**
 - 1. Los responsables de la UTI A, de la UTI B, de la UTI ex Intermedia y de la Unidad Coronaria desconocen la existencia de un plan de evacuación específico para la unidad.**
- ii. Hospital Fernández.**
 - 1. El Jefe de Enfermería de la UTI A, el Coordinador de Enfermería presente en el área de la UTI C y el Jefe de Enfermería de la Unidad Coronaria, desconocen un plan de evacuación específico para cada área.**
- iii. Hospital Santojanni.**
 - 1. Desde la UTI 1, la UTI 2, la UTI 3 y la Unidad Coronaria se desconoce el protocolo de evacuación de la unidad.**

V. RECOMENDACIONES.

- 1. a. Adecuar las estructuras organizativas de los tres hospitales analizados a fin de coincidir las aprobadas por normativa y la real existente en esos efectores, considerando particularmente los cambios ocurridos en el período 2020. b y c. Precisar correctamente la información brindada por los efectores ante una solicitud de identificación de determinados sectores existentes en los mismos, incluyendo la veracidad de los cargos de los responsables de esos sectores y adecuando las designaciones formales de tales responsables.**
- 2. a. Tomar los recaudos para adaptar los turnos horarios del plantel de enfermería a las áreas críticas o cerradas, así como también regular la realización de módulos que no incurran en trabajar dos turnos consecutivos. Adoptar las medidas que correspondan a fin de que las unidades de cuidados intensivos cuenten con el plantel necesario de enfermería. b. Implementar los mecanismos correspondientes para que las unidades de cuidados intensivos cuenten con el pertinente personal administrativo. c. Cubrir los cargos vacantes existentes de personal profesional médico y de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. d. Tomar los recaudos para que el personal de salud cuente con los elementos de**

- protección adecuados y suficientes ante las situaciones que así lo ameriten.
3. a. Cubrir las necesidades de la Unidad Coronaria del Hospital Argerich por lo menos por 72 horas en cuanto a contar con material descartable y medicamentos en stock suficiente por ese término. b. Evitar el déficit de determinados insumos y que la medicación vía oral llegue con demora para la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santojanni.
 4. a. Corregir las falencias detectadas en relación a la identificación del paciente descriptas en el presente informe. b. Dotar al personal de salud de las unidades de cuidados intensivos de identificación física.
 5. Contar con disponibilidad a endoscopia digestiva y respiratoria las 24 horas del día en los Hospitales Argerich y Fernández.
 6. Informatizar los 3 sectores de unidades de cuidados intensivos que no cuentan con la herramienta informática en sus áreas.
 7. Disponer de flujograma en los sectores observados.
 8. a. Regularizar la información disponible en el sitio oficial del Ministerio de Salud relacionada con los datos estadísticos denominados “Movimiento hospitalario”. b. Tomar los recaudos correspondientes para dotar de confiabilidad a los datos estadísticos de las áreas analizadas.
 9. Formalizar la presentación correspondiente al sistema de autoprotección que se encontraba en trámite del Hospital Fernández, y colocar el plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí” en la Unidad Coronaria de ese efector.
 10. a. Regularizar lo observado en relación a los sistemas de monitoreo en los sectores de enfermería (Hospitales Argerich y Fernández). Contar con bioingeniero (Hospital Fernández) y que acudan a las unidades de cuidados intensivos correspondientes (Hospital Argerich). Regularizar el suministro de endotest y de cables de los equipos e insumos, minimizando las demoras (Hospital Santojanni). b. Adoptar las medidas pertinentes para que las unidades de terapia intensiva cuenten con la cantidad de electrocardiógrafos correspondientes. c. Dotar a las unidades de terapia intensiva de la cantidad de sincronizadores – desfibriladores correspondientes. d. Contar con equipo portátil de rayos en las unidades coronarias de los Hospitales Argerich y Santojanni. e. Agregar filtros HEPA a la ventilación central de las UTI A y UTI C del Hospital Fernández. f. Completar los equipos para punción faltantes en las unidades de terapia intensiva del Hospital Santojanni. g. Regularizar la cantidad

de bombas por cama para administración de drogas intravenosas en las UTI 2 y UTI 3 del Hospital Santojanni. h. Contar con dos aparatos mínimo en la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni.

11. Estructura física.

- a. Adecuar la distribución de espacios para determinados fines en las unidades de terapia intensiva. Arreglar las filtraciones en la UTI B del Hospital Argerich y los cables expuestos y paneles del cielorraso con deterioro en la UTI 2 del Hospital Santojanni.
- b. Completar y regularizar la señalización de las unidades de terapia intensiva dado los cambios ocurridos en el año 2020 con motivo de la reconversión de determinados espacios en los tres hospitales analizados.
- c. Adoptar las medidas correspondientes para que el Hospital Fernández posea ascensores de uso exclusivo para pacientes.
- d. Hacer una zona de circulación semi-restringida para la UTI 2 del Hospital Santojanni.
- e. Regularizar la situación de salida de emergencia de la Unidad Coronaria y de las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Santojanni para acceder al exterior en forma directa.
- f. Proveer de doble circulación en los sectores que no poseen en los tres hospitales analizados.
- g. Dotar a las unidades coronarias de los 3 efectores bajo análisis, de sala de espera e información para familiares.
- h. Mejorar la forma de visualización de los pacientes desde la estación de enfermería (UTI C del Hospital Fernández y UTI 2 del Hospital Santojanni), y dar disponibilidad de activar un interruptor que dé la señal de alarma en la estación central de enfermería, la habitación del médico de guardia y la sala de

trabajo médico en caso de emergencia (Unidad Coronaria del Hospital Fernández).

- i. Proveer de una habitación de médico de guardia para la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni.**
- j. Dotar de un sistema de alcohol – gel en la cantidad correspondiente en las UTI 2 y UTI 3 del Hospital Santojanni.**
- k. Contar con la cantidad correspondiente de piletas para lavado de manos en los sectores observados.**
- l. Proveer de zona sucia con chatero para la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni.**
- m. Mejorar el sistema de refrigeración para los sectores mencionados en la observación.**
- n. Proveer de sistema de iluminación de emergencia a los sectores observados.**
- o. Mejorar y completar los sistemas de ductos que disponen las unidades de terapia intensiva de los 3 efectores.**
- p. Mejorar las condiciones pertinentes referidas a la superficie de las áreas en las unidades de cuidados intensivos observadas.**
- q. Proveer de piso con cobertura antideslizante en los sectores observados.**
- r. Regularizar la situación relacionada con las puertas de la UTI 2 del Hospital Santojanni para que permita el paso de camillas y equipos.**
- s. Proveer de luz articulable para procedimientos invasivos a las unidades coronarias de los Hospitales Fernández y Santojanni.**
- t. Implementar los mecanismos adecuados para que cuenten con un grupo electrógeno para la unidad en el caso de los sectores observados.**
- u. Tomar las medidas necesarias para contar con la instalación de alarma de humo en los sectores observados.**
- v. Velar por el conocimiento de los planes de evacuación específico para las distintas unidades por parte de los responsables de las mismas, en caso de contar con un plan**

para cada unidad, más allá del plan general de evacuación para todo el hospital.

VI. CONCLUSIONES.

En base a lo desarrollado en esta auditoría, se ha podido apreciar la atención brindada por parte del personal de salud de las unidades de cuidados intensivos analizadas, en contexto de pandemia en el período 2020 con los recursos disponibles en un inicio y luego, al pasar los primeros meses ya con la provisión de todo lo necesario. En estas áreas, las más críticas, no hubo personal de salud fallecidos, lo que indica que se tomaron las precauciones correspondientes de la mejor manera. Se han reconvertido distintas áreas de otros espacios para crear nuevas unidades de terapia intensiva en los tres hospitales bajo análisis. La cantidad de camas de las unidades de cuidados intensivos pasó de 201 al 1/1/2020 a 272 al 31/12/2020. Se han identificado 26 unidades de cuidados intensivos, de las cuales se ha trabajado sobre 18 de ellas, es decir que se ha analizado el 69% del total.

Con motivo de las adecuaciones efectuadas, las estructuras organizativas aprobadas por normativa no coinciden con la real existente en los efectores, a pesar de haber transcurrido ya más de entre 2 y 3 años desde tales cambios. Con motivo de la situación de salud del período 2020, se han dictado una serie de medidas y se tomaron una serie de acciones en el marco de la emergencia sanitaria.

En el período 2020, los tres hospitales bajo análisis estaban incluidos en el denominado anillo rojo, recibiendo los casos más graves de covid-19. Estos efectores han podido atender adaptando recursos físicos en poco tiempo y tomando decisiones en el aspecto médico que tendieron a brindar la mejor atención posible. Se designó personal adicional en forma transitoria por parte del Ministerio de Salud para ayudar con la atención. Los jefes de las unidades de cuidados intensivos han descripto en forma amplia como han pasado esos días tan difíciles en cada una de sus unidades, especialmente las terapias intensivas.

En cuanto a los recursos humanos se ha notado que se están jubilando profesionales con antigüedad importante, que están a cargo de jefaturas y que hay déficit de plantel de enfermería y que éstos agentes realizan módulos y turnos de 12 horas en las áreas cerradas analizadas.

También se ha notado falta de personal administrativo en determinados casos implicando que los profesionales médicos tengan que ocuparse de ciertas

tareas administrativas. Por último, según la información obtenida, hay cargos vacantes que deberían cubrirse.

En relación a la seguridad del paciente, el personal de salud de las áreas analizadas no cuenta con identificación y se ha verificado falta de confiabilidad en los datos estadísticos comparativos de distintas fuentes.

Se han detectado determinadas falencias en cuanto a equipamiento que, en algunos casos, se relacionan con la reconversión de ciertos espacios, pero aún al momento de desarrollo de las tareas de auditoría, continuaban sin resolverse.

En lo que se refiere a estructura física, ha habido reconversión de espacios en el período auditado y ciertas falencias en la distribución de áreas al momento de desarrollo de las tareas de auditoría. En consecuencia falta adecuar señalización, sistemas de monitoreo de pacientes, piletas para lavado de manos por cama; implementar sistema de iluminación de emergencia, grupos electrógenos propios en algunas unidades, alarmas de humo y conocer la existencia de un plan específico de evacuación por partes de los responsables de las distintas unidades de cuidados intensivos.

Por último cabe señalar la buena predisposición de los funcionarios entrevistados y la colaboración brindada al equipo de auditoría.

VII. ANEXOS.

Anexo N°	Concepto
I	Marco normativo.
II	Índice del acápite Aclaraciones Previas.
III	Antecedentes históricos de los efectores.
IV	Estructura organizativa.
V	Contexto de pandemia.
VI	Unidades de cuidados intensivos. Generalidades.
VII	Identificación de las unidades.
VIII	Ubicación de las unidades en estructura formal.
IX	Ubicación física de las unidades.
X	Capacitación.
XI	Sistemas de autoprotección.
XII	Admisión y alta de pacientes.
XIII	Protocolos de atención.
XIV	Programa de control de infecciones.
XV	Flujograma de atención.
XVI	Conceptos relacionados con los familiares o acompañantes de los pacientes.
XVII	Atención en la actualidad.

“1983-2023. 40 Años de Democracia”

XVIII	Seguridad del paciente.
XIX	Comités y comisiones.
XX	Insumos.
XXI	Registros.
XXII	Servicios tercerizados.
XXIII	Otras auditorías.
XXIV	Pacientes con obra social.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO I

MARCO NORMATIVO.

Norma	Fecha publicación	Detalle
Constitución de la Ciudad de Buenos Aires	BOCBA 10/10/1996	*Libro Primero. Título Segundo. Capítulo Segundo. Salud. Artículos 20 a 22. Establece los lineamientos básicos del área salud. *Libro Segundo. Título Séptimo. Órganos de control. Capítulo Cuarto. Auditoría General. Art. 135 y 136. Especifica las características de este organismo.
Ley 6455/21	BOCBA 11/11/2021	Instituye en el ámbito de CABA el “Día de la seguridad del paciente”.
Ley 6292/19	BOCBA 09/12/2019	Sanciona la Ley de Ministerios del GCABA.
Ley 6035/18	BOCBA 28/11/2018	Regula las relaciones de empleo público de los profesionales de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Ley 5920/17	BOCBA 02/01/18	Crea el Sistema de Autoprotección de aplicación obligatoria en el ámbito de la CABA.
Ley 471/00	BOCBA 13/09/2000	Establece las relaciones de empleo público de los trabajadores del Poder Ejecutivo de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires.
Ley 153/99	BOCBA 28/05/1999	Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
Ley 70/98	BOCBA 29/09/1998	Fija los Sistemas de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la Ciudad de Buenos Aires y establece la organización y funcionamiento de sus órganos.
Decreto 117/GCABA/23	BOCBA 19/04/2023	Modifica, a partir del 1/3/23, la estructura organizativa del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Decreto 81/GCABA/23	BOCBA 13/03/2023	Modifica, a partir del 1/3/23, la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Decreto 164/GCABA/22	BOCBA 10/05/2022	Modifica, a partir del 1/5/22, la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Decreto 337/GCABA/21	BOCBA 27/10/2021	Modifica a partir del 1/11/21 la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la CABA.
Decreto 262/GCABA/21	BOCBA 03/08/2021	Modifica a partir del 1/8/2021 la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la CABA.
Decreto 164/GCABA/20	BOCBA 25/03/2020	Modifica la estructura organizativa del Ministerio de Salud del GCABA.

Decreto 160/GCABA/20	BOCBA 19/03/2020	Modifica el artículo 1° del Decreto N° 143/20
Decreto 147/GCABA/20	BOCBA 17/03/2020	Establece áreas de máxima esencialidad e imprescindibles durante la vigencia de la pandemia COVID-19 (Coronavirus).
Decreto 143/GCABA/20	BOCBA 17/03/2020	Crea la Planta Transitoria de Médicos dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red del Ministerio de Salud, para el período comprendido entre el 15 de marzo y el 30 de junio de 2020.
Decreto 123/GCABA/20	BOCBA 04/03/2020	Modifica a partir del 1/2/2020 la estructura organizativa del Ministerio de Salud del GCABA.
Decreto 92/GCABA/20	BOCBA 11/02/2020	Modifica a partir del 1/2/2020 la estructura organizativa del Ministerio de Salud del GCABA.
Decreto 463/GCABA/19	BOCBA 16/12/2019	Aprueba la estructura orgánico funcional dependiente del Poder Ejecutivo del GCABA.
Decreto 51/GCABA/18	BOCBA 15/02/2018	Reglamenta la Ley 5920/17 de Sistema de Autoprotección.
Decreto 164/GCABA/17	BOCBA 15/05/2017	Modifica, a partir del 1/5/17, la estructura organizativa del Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández".
Decreto 456/GCABA/16	BOCBA 30/08/2016	Designa al Director Médico con carácter interino con 44 horas semanales, del Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández.
Decreto 353/GCABA/16	BOCBA 10/06/2016	Designa al Director Médico interino con 44 horas semanales, del Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni.
Decreto 319/GCABA/16	BOCBA 27/05/2016	Designa al Director Médico titular transitorio con 44 horas semanales, del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich.
Decreto 245/GCABA/14	BOCBA 26/06/2014	Modifica parcialmente la estructura orgánico funcional de los Hospitales Santojanni, Argerich, Fernández y Durand.
Decreto 176/GCABA/13	BOCBA 21/05/2013	Modifica parcialmente la estructura orgánico funcional de los Hospitales Santojanni, Argerich, Fernández y Durand.
Decreto 350/GCABA/12	BOCBA 26/07/2012	Modifica la estructura orgánico funcional del Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fenández".
Decreto 349/GCABA/12	BOCBA 26/07/2012	Modifica la estructura orgánico funcional del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich".
Decreto 348/GCABA/12	BOCBA 26/07/2012	Modifica la estructura orgánico funcional del Hospital Santojanni.
Decreto de Necesidad y Urgencia 5/22	BOCBA 01/06/2022	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 4/22	BOCBA 02/05/2022	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 3/22	BOCBA 01/04/2022	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 2/22	BOCBA 02/03/2022	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia	BOCBA 31/01/2022	Prorroga la emergencia sanitaria.

1/22		
Decreto de Necesidad y Urgencia 14/21	BOCBA 29/12/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 13/21	BOCBA 26/11/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 12/21	BOCBA 01/11/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 11/21	BOCBA 30/09/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 10/21	BOCBA 27/08/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 9/21	BOCBA 29/07/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 8/21	BOCBA 28/05/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 7/21	BOCBA 31/03/21	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 5/21	BOCBA 08/03/2021	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 17/20	BOCBA 27/11/20	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 15/20	BOCBA 28/09/2020	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 12/20	BOCBA 31/08/2020	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 8/20	BOCBA 12/06/2020	Prorroga la emergencia sanitaria.
Decreto de Necesidad y Urgencia 1/20	BOCBA 17/03/2020	Se declara la emergencia sanitaria en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Resolución 72ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 72.6	28/05/2019	En el marco de la seguridad del paciente, respalda el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente.
Resolución Ministerio de Salud de Nación 2801/20	B. O. 28/12/2020	Aprueba el documento “Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria”.

Resolución Ministerio de Salud de Nación 2707/19	B. O. 25/10/2019	Aprueba el documento “Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria”.
Resolución Ministerio de Salud de Nación 1814/15	B. O. 19/10/2015	Aprueba Listado de Especialidades Médicas.
Resolución Ministerio de Salud de Nación 1074/15	B.O. 07/08/2015	Aprueba Marcos de Referencia de determinadas Especialidades Médicas que se incorporan como estándar de evaluación de las residencias que se acrediten en el marco del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.
Resolución Ministerio de Salud de Nación 748/2014	B.O. 29/05/2014	Aprueba las Directrices de organización y funcionamiento de unidades de cuidados intensivos
Resolución Ministerio de Salud de Nación 747/2014	B.O. 29/05/2014	Aprueba las Directrices de organización y funcionamiento de unidades de cuidados intensivos e intermedios pediátricos.
Resolución Ministerio de Salud de Nación 641/2012	B.O. 28/05/2012	Aprueba la Directriz de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales.
Resolución Ministerio de Salud de Nación 375/2002	B.O. 08/07/2002	Aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidado Intensivo Cardiológico (Unidades Coronarias).
Resolución Ministerio de Salud de Nación 428/2001	B.O. 11/05/2001	Aprueba la Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Guardia de los Establecimientos Asistenciales.
Resolución Ministerio de Salud de Nación 318/2001	B.O. 06/04/2001	Aprueba las Normas sobre Organización y Funcionamiento en Terapia Intensiva.
Resolución 1274/MSGC/21	BOCBA 01/06/21	Designa, en carácter de reemplazante, al Jefe de Unidad Terapia Intensiva, con 40 horas semanales de labor en el Hospital Santojanni.
Resolución 124/MSGC/21	BOCBA 26/01/2021	Designa a Jefe de Unidad Terapia Intermedia, con 40 horas semanales de labor en el Hospital Santojanni
Resolución 987/MSGC/20	BOCBA 16/04/2020	Crea el Centro de Operaciones de Emergencia “COE COVID-19 SALUD”.
Resolución Conjunta 380/MHFGC-MSGC/22	BOCBA 08/09/2022	Prorroga hasta el 30/9/22 la Planta Transitoria de Profesionales de la Salud, creada por Decreto N° 143/20 y modificatorio N° 160/20.
Resolución Conjunta 604/MHFGC-MSGC/20	BOCBA 31/07/2020	Amplia el horario de 30 a 40 horas semanales a Especialista en la guardia médico de hospital adjunto (Terapia Intensiva) para la sala de Reanimación y Shock, titular, del Hospital Santojanni.
Resolución Conjunta 577/MHFGC-MSGC/20	BOCBA 14/07/2020	Modifica, a partir del 6/7/20, el Anexo I del Decreto N° 143/20, modificado por el Decreto N° 160/20.
Resolución Conjunta 180/MHFGC-MSGC/20	BOCBA 16/03/2020	Suspende temporalmente a partir del 1/4/20 el otorgamiento de determinadas licencias y permisos establecidos en diversas normativas.
Resolución Conjunta 272/MEFGC-MSGC/19	BOCBA 13/02/2019	Reubica a Especialista en la Guardia Médica de Hospital Principal (Terapia Intensiva), titular como Médico de Planta

		de Hospital Principal (Terapia Intensiva), titular, con 40 horas semanales en Hospital Santojanni.
Resolución 1642/MEFGC/18	BOCBA 20/09/2018	Modifica la Resolución N° 807/MHGC/18.
Resolución 807/MHGC/18	BOCBA 14/03/2018	Aprueba a partir del ejercicio económico 2018 la actualización de las Clasificaciones de Recursos y de Gastos para el Sector Público del GCBA.
Resolución 31/GCABA/MSGC/08	BOCBA 06/02/2008	Crea las Regiones Sanitarias I, II, III y IV delimitadas geográficamente en las comunas.
Disposición 1358/DGDCIV/18	BOCBA 15/02/2018	Aprueba la clasificación de los edificios, establecimientos y/o predios según criterios de riesgo en función de destino o uso, superficie, características edilicias y niveles de afluencia de público, en tres grupos.
Disposición 5223/DGDCIV/18	BOCBA 31/07/2018	Establece que las Disposiciones de Aprobación de los Sistemas de Autoprotección según la Ley N° 5.920 tendrán una validez de dos (2) años a partir de la fecha de su aprobación, siempre que no existan modificaciones en el sistema presentado y cumplan con las exigencias anuales establecidas en la Disposición Reglamentaria 1358 /DGDCIV/18.
Disposición 1861/DGDCIV/20	BOCBA 02/04/2020	Prorroga de manera excepcional por sesenta (60) días corridos la vigencia de las disposiciones aprobatorias de los sistemas de autoprotección Ley 5920, cuyo vencimiento opere entre el 16 de marzo y el 1 de abril de 2020.
Disposición 3699/DGDCIV/20	BOCBA 06/11/2020	Determina la realización de los ejercicios de simulacros de los Sistemas de Autoprotección estatuidos en la Ley N° 5.920 (texto consolidado por Ley N° 6.017) respecto de los sujetos obligados por el artículo 2°, ajustando la práctica a las normas instituidas en los Protocolos aprobados para cada una de las actividades.

No se incluyen en este anexo las Disposiciones 1235-DGDCIV/22, 5766-DGDCIV/21 y 8989-DGDCIV/17 dado que no están publicadas en el Boletín Oficial, las mismas se relacionan con los sistemas de autoprotección.

**PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.**

ANEXO II

ÍNDICE DEL ACÁPITE ACLARACIONES PREVIAS.

1. Sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
 - 1.1. Constitución de la Ciudad de Buenos Aires.
 - 1.2. Ley Básica de Salud.
 - 1.3. Resolución N° 31/MSGC/08.
2. Identificación del organismo.
 - 2.1. Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich.
 - 2.2. Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández.
 - 2.3. Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni.
3. Antecedentes históricos de los efectores.
4. Marco normativo.
5. Contexto de pandemia.
6. Estructura organizativa.
7. Unidades de cuidados intensivos. Generalidades.
 - 7.1. Concepto general.
 - 7.2. Definición de Unidad de Terapia Intensiva.
 - 7.3. Antecedentes históricos.
 - 7.4. Tipos de unidades de cuidados intensivos.
 - 7.5. Universo de unidades de cuidados intensivos.
8. Unidades de cuidados intensivos. Particularidades.
 - 8.1. Identificación de las unidades.
 - 8.1.1. En la actualidad.
 - 8.1.2. Evolución en el período auditado.
 - 8.1.2.1. Al 1/1/2020.
 - 8.1.2.1.1. H. Argerich.
 - 8.1.2.1.2. H. Fernández.
 - 8.1.2.1.3. H. Santojanni.
 - 8.1.2.2. Al 31/12/2020.
 - 8.1.2.2.1. H. Argerich.
 - 8.1.2.2.2. H. Fernández.
 - 8.1.2.2.3. H. Santojanni.
 - 8.1.2.3. Resumen evolución período 2020.
 - 8.1.3. Ubicación de las unidades en estructura formal.
 - 8.1.4. Ubicación física de las unidades.
 - 8.2. Recursos humanos.

- 8.2.1. Profesionales médicos.**
 - 8.2.1.1. Al 1/1/20.**
 - 8.2.1.2. Al 31/12/20.**
 - 8.2.1.3. A la actualidad.**
- 8.2.2. Enfermería.**
 - 8.2.2.1. Al 1/1/20.**
 - 8.2.2.2. Al 31/12/20.**
 - 8.2.2.3. A la actualidad.**
- 8.2.3. Administrativos.**
- 8.2.4. Otros.**
- 8.2.5. Cargos vacantes.**
- 8.2.6. Cuidado de la salud del personal de atención médica en las unidades de cuidados intensivos.**
- 8.2.7. Capacitación.**
- 9. Atención al paciente.**
 - 9.1. Protocolos de atención.**
 - 9.2. Atención general.**
 - 9.3. Atención durante el período 2020.**
 - 9.3.1. Hospital Argerich.**
 - 9.3.2. Hospital Fernández.**
 - 9.3.3. Hospital Santojanni.**
 - 9.4. Atención en la actualidad.**
 - 9.5. Seguridad del paciente.**
 - 9.5.1. Definiciones y acciones.**
 - 9.5.2. Relevamiento de determinados aspectos en efectores.**
 - 9.5.2.1. Gestión de administración de medicamentos.**
 - 9.5.2.2. Medidas para prevención de infecciones.**
 - 9.5.2.3. Identificación del paciente.**
 - 9.5.2.4. Identificación del personal de salud.**
- 10. Servicios auxiliares y/o áreas de apoyo.**
 - 10.1. Laboratorio de análisis.**
 - 10.2. Endoscopia.**
 - 10.3. Hemoterapia.**
 - 10.4. Servicio de imágenes.**
- 11. Comités y comisiones.**
- 12. Servicios tercerizados.**
- 13. Insumos.**
- 14. Registros.**
- 15. Otras auditorías.**
- 16. Pacientes con obra social.**
- 17. Estructura física.**
 - 17.1. Hospital Argerich.**
 - 17.1.1. División Terapia Intensiva.**

- 17.1.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.
- 17.1.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.
- 17.1.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI ex Intermedia.
- 17.1.1.4. Unidad Coronaria.
- 17.1.1.5. Unidad Neonatología.
- 17.2. Hospital Fernández.
 - 17.2.1. División Terapia Intensiva.
 - 17.2.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.
 - 17.2.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.
 - 17.2.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI C.
 - 17.2.2. Unidad Coronaria.
 - 17.2.3. Sección Cuidados Intensivos Neonatales.
- 17.3. Hospital Santojanni.
 - 17.3.1. Unidad Terapia Intensiva.
 - 17.3.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI 1.
 - 17.3.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI 2.
 - 17.3.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI 3.
 - 17.3.2. Unidad Coronaria UCO.
 - 17.3.3. Unidad Neonatología.
- 18. Equipamiento.
 - 18.1. Filtros HEPA.
 - 18.2. Sistema alternativo de generación de energía.
 - 18.3. Hospital Argerich.
 - 18.3.1. División Terapia Intensiva.
 - 18.3.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.
 - 18.3.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.
 - 18.3.1.3. Unidad de Terapia Intensiva ex Intermedia.
 - 18.3.2. Unidad Coronaria.
 - 18.4. Hospital Fernández.
 - 18.4.1. División Terapia Intensiva.
 - 18.4.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI A.
 - 18.4.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI B.
 - 18.4.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI C.
 - 18.4.2. Unidad Coronaria.
 - 18.5. Hospital Santojanni.
 - 18.5.1. Unidad Terapia Intensiva.
 - 18.5.1.1. Unidad de Terapia Intensiva UTI 1.
 - 18.5.1.2. Unidad de Terapia Intensiva UTI 2.
 - 18.5.1.3. Unidad de Terapia Intensiva UTI 3.
 - 18.5.2. Unidad Coronaria UCO.
- 19. Sistemas de autoprotección.
 - 19.1. Síntesis normativa.
 - 19.2. Verificación en efectores.

- 19.2.1. Plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí”.**
 - 19.2.2. Presentación del Sistema de Autoprotección.**
- 20. Datos estadísticos.**
 - 20.1. Fuente oficial de información del Ministerio de Salud.**
 - 20.2. Datos de efectores.**
 - 20.2.1. Hospital Argerich.**
 - 20.2.1.1. División Terapia Intensiva.**
 - 20.2.1.2. Unidad Coronaria.**
 - 20.2.1.3. Sección Cuidados Intensivos Neonatales.**
 - 20.2.2. Hospital Fernández.**
 - 20.2.2.1. División Terapia Intensiva.**
 - 20.2.2.2. Unidad Coronaria.**
 - 20.2.2.3. Sección Cuidados Intensivos Neonatales.**
 - 20.2.3. Hospital Santojanni.**
 - 20.2.3.1. Unidad Terapia Intensiva.**
 - 20.2.3.2. Unidad Coronaria.**
 - 20.2.3.3. Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.**
- 21. Aspectos presupuestarios.**
 - 21.1. Clasificación del gasto.**
 - 21.2. Jurisdicción 40 – Ministerio de Salud.**
 - 21.3. Unidades Ejecutoras.**
 - 21.4. Metas físicas.**

**PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.**

ANEXO III

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS EFECTORES.

A continuación, se presenta una breve reseña acerca de los antecedentes históricos de los 3 hospitales objeto de este proyecto.

Hospital Argerich.

De acuerdo a la información obrante en la página web oficial <https://buenosaires.gob.ar/hospitalargerich/institucional>, se presentan los siguientes antecedentes históricos del Hospital Argerich.

El Hospital General de Agudos "Dr. C. Argerich", fue fundado en 1897, es uno de los hospitales más antiguos de la Ciudad de Buenos Aires. No nace por un legado hereditario, sino por una verdadera necesidad de los pobladores que se instalaron en la zona del Riachuelo a mediados del siglo XIX.

En el barrio de la Boca, al sur de la ciudad, se brindó atención por largos años conservando su viejo emplazamiento en la calle Brandsen 555. En 1900, el aumento de la demanda determinó la ampliación de esta primera sala de auxilios en un nuevo edificio en Pinzón 546. Este constaba de un pabellón para consultorios externos, farmacia, habitación de médicos y practicantes internos, habitación para sala de enfermos con capacidad para 28 camas, cocina, despensa, carbonera, ropería, etc. En 1924 fue inaugurada la sala de cirugía del hospital.

Ya durante el año 1940, se habían atendido más de 150.000 consultas e intervenciones de todo tipo. Y en septiembre de ese mismo año, se colocó la piedra fundamental del nuevo edificio del hospital, dispuesta en el terreno ubicado en Almirante Brown y Pi y Margall, su actual emplazamiento.

En 1945 el nuevo edificio se transfiere al Ministerio de Obras Públicas. No obstante, la resistencia de los vecinos y la Asociación de Médicos permitieron que apenas un año después se restituyera el destino original del Hospital Argerich, para brindar asistencia médica gratuita a su comunidad. En la ceremonia inaugural, se destacaron los valores profesionales y el compromiso de uno de los padres de la medicina de Argentina: el Dr. Cosme Argerich.

Hospital Fernández.

De acuerdo a la información obrante en la página web oficial <https://buenosaires.gob.ar/hospitalfernandez/historia>, se presentan los siguientes antecedentes históricos del Hospital Fernández.

En 1904, se lo bautizó como “Dr. Juan Antonio Fernández” y en ese momento fue incluido en el sistema de hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. La historia de esta centenaria institución se remonta a 1888, cuando en razón de la importante epidemia de enfermedades de transmisión sexual, la Comisión de Higiene del Concejo Municipal de la Ciudad de Buenos Aires creó el Dispensario de Salubridad y el Sifilocomio Municipal, destinando una importante suma de dinero para la construcción de un edificio, aún cuando en la práctica y por largos años, se utilizó un antiguo frenocomio privado ubicado en la actual manzana del Hospital Fernández.

El sifilocomio funcionó varios años, hasta que comenzó a ser utilizado como hospital general, sin otra relación con el primitivo uso que la de tener una destinada a enfermedades venéreas.

En 1893, bajo la intendencia del Dr. Don Miguel Cané perdió su primitivo nombre, pasándose a llamar Hospital del Norte. Por esa época se lo describía como “un edificio misterioso, chato y oscuro, apartado del centro de la ciudad y escondido en un barrio solitario de calles cortadas, sin pavimento alguno, con grandes baldíos, viviendas miserables e isletas de sauces llorones (...) destinado exclusivamente a la cura y reclusión de mujeres sin hogar, sin nombre y sin honor, víctimas de contagios abominables”.

Entre 1891 y 1897, se construyeron nuevas salas, en la medida que aumentaba su capacidad asistencial, y el 28 de octubre de 1904 se lo incluía oficialmente en el sistema de hospitales generales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, imponiéndole el nombre de “Dr. Juan Antonio Fernández” en honor al ilustre médico salteño (1786-1855), llamado el Hipócrates argentino por sus alumnos, fundador y primer secretario de la Academia Nacional de Medicina, profesor de clínica médica y primer presidente (equivalente en esa época a decano) de la Facultad de Medicina, hasta su muerte.

Entre 1907 y 1910, se realizaron diversas mejoras, especialmente la construcción de las salas de cirugía, maternidad y niños.

En 1915 se habilitaron tres nuevas salas, con lo que el establecimiento alcanzó las 300 camas. En años posteriores se inauguraron nuevas dependencias: sala de operaciones de la maternidad, servicio de rayos X, etc., superando en un quince por ciento la capacidad ya instalada.

Finalmente, el 23 de diciembre de 1937 se autorizó por ordenanza la reconstrucción total del viejo hospital, las obras comenzaron el 30 de septiembre de 1939.

Años más tarde, en las décadas del 70 y 90, se completaron grandes reformas y equipamientos, hasta desarrollar el importante complejo actual, de excelencia tanto en la asistencia, como en la docencia y la investigación.

Hospital Santojanni.

De acuerdo a la información obrante en el Informe Final de Auditoría del Proyecto 3.07.02.a – Relevamiento del Hospital Donación F. Santojanni aprobado por esta AGCBA en marzo de 2008²⁴, se presentan los siguientes antecedentes históricos.

En Mayo de 1923 se inauguraba el Hospital Santojanni. Don Francisco Santojanni, un inmigrante italiano de faena agrícola hizo una donación a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, para la construcción de un hospital para el tratamiento de mujeres tuberculosas, pero con una cláusula que estipulaba que si el hospital no se inauguraba en término, la donación pasaba íntegramente al Hospital Italiano. Debieron trabajar las 24 horas continuas para finalizar la construcción, y para habilitarlo se necesitó ingresar enfermos de otros hospitales. El “legado Santojanni” destinó para la construcción del hospital, la suma de \$1.336,22 (m/n) y un terreno de 66.185 metros cuadrados. El informe-memoria de la Dirección de Asistencia Pública del año 1938 destaca la importante labor que cumplirá el nuevo hospital con sus 280 camas. Debido a la alta demanda de camas para enfermos tuberculosos muy pronto se ocuparon los distintos servicios. Finalmente, el 18 de mayo de 1940, se entrega formalmente el Hospital Donación Francisco Santojanni al Municipio de la Ciudad de Buenos Aires. En 1953, la demanda de camas fue variando, transformándose en Hospital de hombres; pero el servicio de Cirugía conservó un sector de mujeres.

Coincidentemente a ocho cuadras, un antiguo Hospital General de Agudos, el F. Salaberry, atendía la populosa zona de Mataderos y Liniers, con el agregado de gran cantidad de pacientes provenientes del partido de La Matanza, Provincia de Buenos Aires, con una obsoleta estructura. Esto hizo que las autoridades municipales decidieran sustituirlo por el Hospital Santojanni, hallándose en la misma zona y con una buena estructura. Para adaptarlo a su nueva función de Hospital de Agudos en 1977 se lo reformó totalmente.

El nuevo Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni fue inaugurado el 10 de Abril de 1981.

²⁴ De acuerdo a lo expresado en el mencionado informe, la información fue obtenida de la página web de la Dirección General de Patrimonio, Ministerio de Cultura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Biblioteca del Hospital.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO IV

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

Se presenta seguidamente la estructura organizativa del Ministerio de Salud y de los efectores incluidos en esta auditoría, en el período auditado (2020) y la vigente al 23/4/2023.

Vigente.

Se exhibe la estructura organizativa al 23/4/2023.

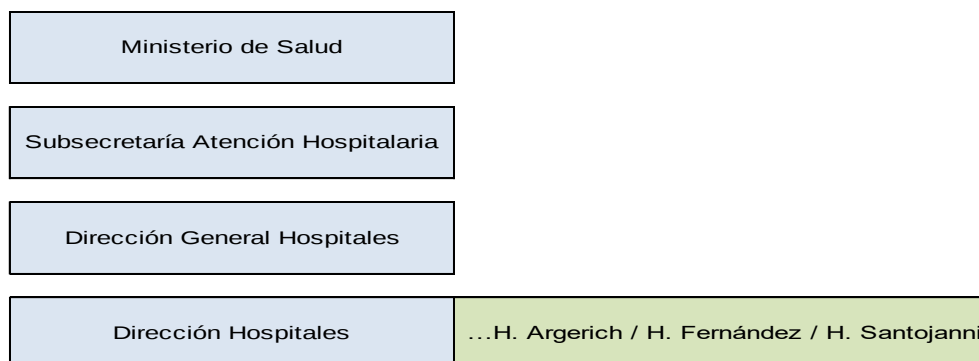
Ley de Ministerios del GCABA.

Mediante la Ley Nº 6292/19 se sancionó la Ley de Ministerios del GCABA, contemplándose entre ellos al Ministerio de Salud.

Decreto Nº 463/19.

A través de este decreto se aprobó al 10/12/2019 la estructura orgánico funcional dependiente del Poder Ejecutivo del GCABA, hasta el nivel de Dirección General.

En el organigrama obrante en anexo de este decreto se puede apreciar que “Hospitales” se encuentra como nivel Dirección Hospitales y depende de la Dirección General “Hospitales” de la Subsecretaría “Atención Hospitalaria” dependiente del Ministerio de Salud de CABA.



Se puede apreciar en el gráfico la dependencia mencionada y en el nivel Dirección Hospitales, se encuentran incluidos, entre otros, los 3 hospitales sobre los que se desarrollan las tareas de auditoría.

Decreto N° 92/20.

Modifica a partir del 1/2/2020 la estructura organizativa del Ministerio de Salud del GCABA. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

Decreto N° 123/20.

Modifica a partir del 1/2/2020 la estructura organizativa del Ministerio de Salud del GCABA. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

Decreto N° 164/20.

Modifica el art. 1º del Decreto N° 123/20. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

Decreto N° 262/21.

Modifica a partir del 1/8/2021 la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la CABA. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

Decreto N° 337/21.

Modifica a partir del 1/11/21 la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la CABA. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

Decreto N° 164/22.

Modifica a partir del 1/5/22 la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la CABA. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

Decreto N° 81/23.

Modifica a partir del 1/3/23 la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la CABA. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

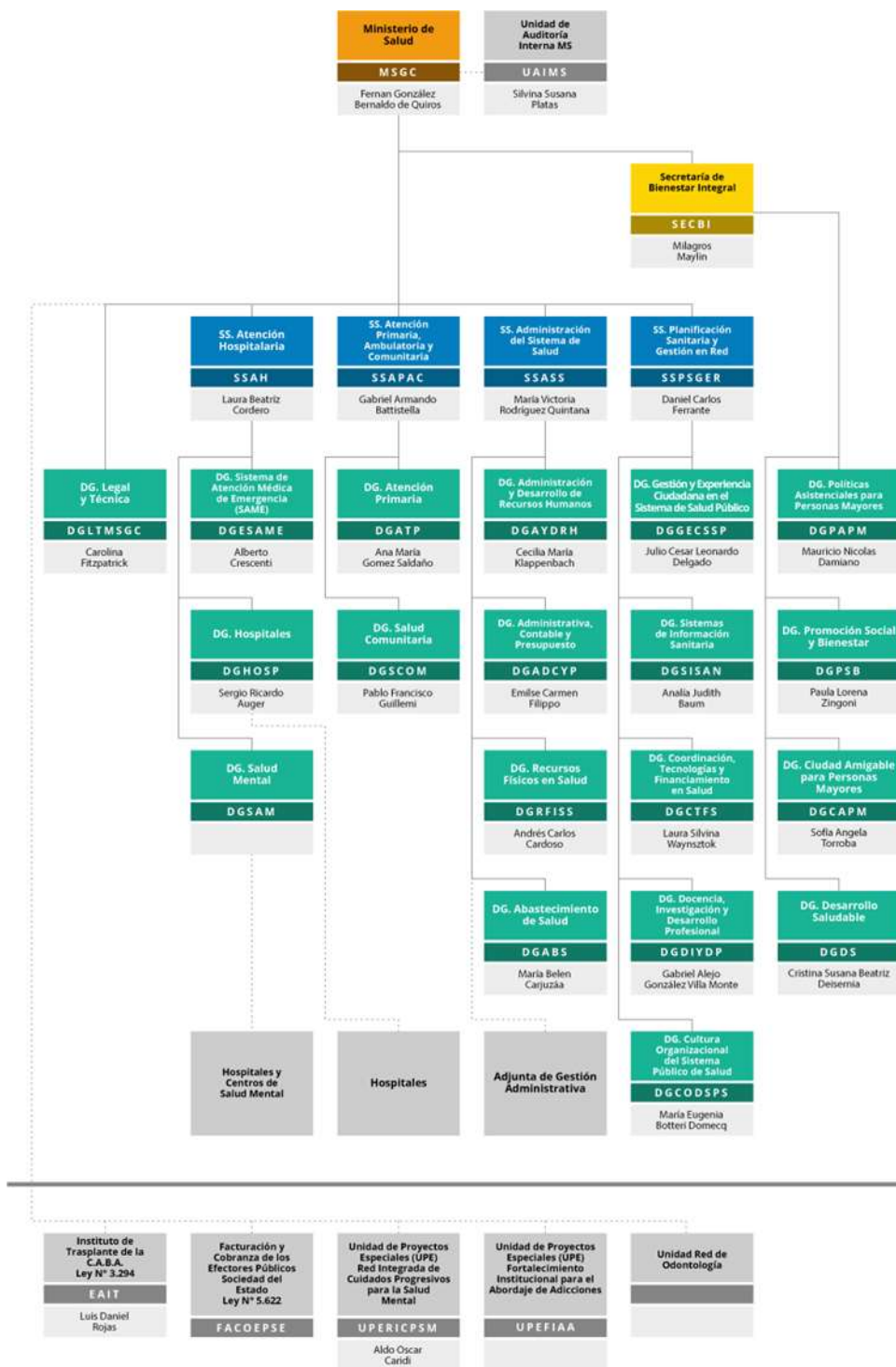
Decreto N° 117/23.

Modifica a partir del 1/3/23 la estructura orgánico funcional del Ministerio de Salud de la CABA. En relación a los 3 hospitales bajo análisis no hubo modificaciones en su dependencia.

Organigrama según sitio oficial.

Al 8/4/2022 el organigrama oficial del Ministerio de Salud según la página web es el siguiente:

“1983-2023. 40 Años de Democracia”



Fuente: https://www.buenosaires.gob.ar/organigrama/min_salud.php?menu_id=677

Período auditado.

En base a lo expuesto precedentemente se puede afirmar que para el período 2020 la estructura organizativa en la cual se encontraban incluidos los 3 hospitales bajo análisis es exactamente igual que la descripta vigente al 23/4/23.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO V

CONTEXTO DE PANDEMIA.

Emergencia sanitaria.

Mediante Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1/20, publicado en el BOCBA el 17/3/2020, se declaró la emergencia sanitaria en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta el 15 de junio de 2020, a los fines de atender y adoptar las medidas necesarias para prevenir y reducir el riesgo de propagación del contagio en la población del coronavirus (COVID-19).

Dicha emergencia se ha ido prorrogando mediante los Decretos de Necesidad y Urgencia N° 8/20, 12/20, 15/20, 17/20, 5/21, 7/21, 8/21, 9/21, 10/21, 11/21, 12/21, 13/21, 14/21, 1/22, 2/22, 3/22, 4/22 y 5/22 hasta el 31/12/2022.

Centro de Operaciones de Emergencia.

El Decreto N° 147/GCABA/20 estableció que el Ministerio de Salud de la CABA y todos los organismos bajo su órbita, fueran áreas de máxima esencialidad e imprescindibles durante la vigencia de la pandemia Coronavirus (COVID-19) y se facultó a las autoridades superiores con rango no inferior a Director General a establecer protocolos y procedimientos de trabajo acordes a la situación epidemiológica actual, asegurando la prestación de los servicios.

El manejo de la situación de emergencia sanitaria requería concentrar de manera constante el flujo de información de los efectores de salud, así como también la vigilancia epidemiológica.

Desde el 4 de marzo de 2020 comenzó a funcionar el Centro de Operaciones de Emergencia COVID-19 SALUD que tiene por objeto la coordinación y control de actividades en respuesta relacionada a la contingencia sanitaria y situación epidemiológica. Este centro tiene entre sus funciones la recolección, análisis y monitoreo de información de la situación, permitiendo la toma de decisiones efectivas e implementación de acciones en la red integrada del sistema.

El mencionado centro cuenta con una Sala de Situación permitiendo visualizar la capacidad de respuesta y gestionar la emergencia conformando un Tablero de comando en dicho centro.

La Resolución N° 987/MSGC/20 ha creado, dentro del ámbito del Ministerio de Salud del GCABA, el Centro de Operaciones de Emergencia “COE COVID-19 SALUD” que funcionará, según establece esta resolución, mientras subsista la emergencia sanitaria decretada por el Coronavirus (COVID-19).

Anillo rojo.

De acuerdo a la información complementaria de la Cuenta de Inversión 2020, en el capítulo “5 OGEPU 2020”, en relación a la Jurisdicción 40 – Ministerio de Salud, bajo el título “Las prioridades de política. Nivel estratégico”, se informa acerca de lo ocurrido en ese período sobre la pandemia por COVID 19.

Se expresa lo siguiente: *“En el mes de marzo se declara la emergencia sanitaria en todo el país a raíz de la presencia de los primeros casos de COVID 19 en argentina y se comenzó con el trabajo de contingencia para la pandemia. Todos los recursos del sistema se destinaron al fortalecimiento de la atención para esta problemática. Se estableció un Comité Operativo de Emergencia, con participación de distintas áreas de gobierno, que sumaron apoyo y recursos para las distintas estrategias. Se diseñó un sistema de evaluación de los casos y se instalaron 22 unidades febriles de urgencia en los hospitales de la red, para mejorar el diagnóstico y la atención y tener espacios seguros para la atención de otras situaciones de salud. Se reorganizó el sistema y los hospitales se establecieron en tres categorías según la capacidad de respuesta (anillo rojo, anillo amarillo y anillo verde), se suspendieron las atenciones programadas y se elaboraron protocolos específicos para cada situación”.*

En el último párrafo se puede advertir las tres categorías establecidas para los hospitales según la capacidad de respuesta.

También se menciona que *“Por otra parte, se instalaron dispositivos territoriales en toda la ciudad para poder detectar y aislar oportunamente los casos sospechosos, confirmados y sus contactos estrechos. Para ello además se fortaleció la red de diagnóstico de laboratorios, incorporando recurso humano, insumos y equipamiento. Se sumaron bioquímicos, técnicos, médicos y enfermeros a todo el sistema a partir de la convocatoria a incorporarse a una planta transitoria creada para gestionar la pandemia. Los casos se incrementaron hasta que encontraron un pico para agosto, cuando comenzaron a reducirse lentamente”.*

Por otra parte, según información obrante en el sitio oficial del Ministerio de Salud del GCABA²⁵ de fecha 2/6/2020, el Ministro de Salud menciona, en el

²⁵ <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/noticias/coronavirus-el-ministerio-de-salud-porteno-brindo-detalles-sobre-la-situacion-0>

contexto de brindar un parte sanitario y en relación al plan de test rápido en los hospitales porteños, que *“hemos empezado con las terapias intensivas de lo que llamamos el anillo rojo, es decir, los hospitales centrales de cuidado de adultos, que son el Argerich, el Fernández, Santojanni y el Muñiz”*.

Por todo lo expuesto, se entiende que los hospitales incluidos en este proyecto de auditoría, Argerich, Fernández y Santojanni, han formado parte del denominado “anillo rojo”.

Recursos humanos. Planta transitoria.

Se trata de determinada normativa referida a la creación de una planta transitoria ante la situación de pandemia.

Decreto N° 143/GCABA/20.

Ante la situación de pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud requirió personal para cubrir la prestación de servicios de carácter transitorio o eventual.

Por tal motivo ha creado la Planta Transitoria de Médicos dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red del Ministerio de Salud, para el período comprendido entre el 15 de marzo y el 30 de junio de 2020, para atender las acciones a ejecutar a raíz del coronavirus (COVID-19). Según el Anexo I la cantidad de vacantes previstas en la planta transitoria fue de 50 médicos, uno de los requisitos era la acreditación de especialidad terapia intensiva o clínica médica.

Se facultó al Ministerio de Salud a asignar las vacantes establecidas en los distintos efectores de su dependencia según necesidades operativas.

Se estableció que el personal comprendido en la planta transitoria será designado con carácter transitorio, carecerá de estabilidad, cesará automáticamente a la fecha de finalización de la planta transitoria y que podrá disponerse su cese anticipado sin expresión de causa.

También se estableció la libre disponibilidad de los suplentes de guardia facultándose al Subsecretario de Planificación Sanitaria y Gestión en Red a distribuir dichos profesionales entre los distintos hospitales de su dependencia, en forma transitoria y para cubrir las necesidades operativas de los servicios correspondientes, sin sustanciación de proceso de selección.

Además se dispuso que a partir del 15 de marzo y hasta el 30 de junio de 2020 los médicos residentes de residencias básicas o posbásicas en su tercer o cuarto año de formación y médicos jefes de instructores de residencias de las especialidades de terapia intensiva y clínica médica podían realizar una guardia de hasta un máximo de 24 horas semanales, adicionales a las contempladas en el Régimen Normativo del Sistema de Residencias del

Equipo de Salud, percibiendo por ello la remuneración equivalente a la de un suplente de guardia.

Decreto N° 160/GCABA/20.

Al resultar necesario ampliar las profesiones universitarias comprendidas en la Planta Transitoria, en atención al estado de situación epidemiológica vigente, se modificó el artículo 1º del Decreto N° 143/GCABA/20 pasando a denominarse Planta Transitoria de Profesionales de la Salud.

El Anexo I estableció las siguientes vacantes:

- ❖ Médico/a = 120
- ❖ Lic. en kinesiología = 50

Se modificó también en cuanto a las residencias contempladas para realizar una guardia de hasta un máximo de 24 horas semanales, siendo ahora residencias de las especialidades determinadas por el Ministro de Salud en lugar de las de terapia intensiva y clínica médica, antes establecidas.

Resolución Conjunta N° 577/MHFGC-MSGC/20.

Por sucesivas resoluciones conjuntas se ha ido ampliando la cantidad de vacantes de la referida Planta Transitoria, siendo la última cantidad establecida por la resolución conjunta mencionada, quedando el siguiente detalle a la fecha:

- ❖ Médico/a = 417
- ❖ Lic. en kinesiología = 260
- ❖ Bioquímico/a o Lic. en bioquímica = 70

Resolución Conjunta N° 380/MHFGC-MSGC/22.

Por sucesivas resoluciones conjuntas se ha ido prorrogando la vigencia de la Planta Transitoria de Profesionales de la Salud, siendo la última la mencionada resolución que prorrogó hasta el 30 de septiembre de 2022 dicha planta transitoria, según el análisis efectuado hasta el día 22/9/2022.

Otras medidas.

Decreto N° 147/GCABA/20.

Entre otras medidas establecidas en relación al área del Ministerio de Salud se encuentra la siguiente.

Como se ha mencionado previamente, el Decreto N° 147/GCABA/20 estableció que el Ministerio de Salud de la CABA y todos los organismos bajo su órbita, entre otras reparticiones, fueran áreas de máxima esencialidad e imprescindibles durante la vigencia de la pandemia Coronavirus (COVID-19) y se facultó a las autoridades superiores con rango no inferior a Director General o equivalente a establecer protocolos y procedimientos de trabajo acordes a la situación epidemiológica actual, asegurando la prestación de los servicios.

Asimismo, se facultó a “modificar el lugar y/o repartición laboral y las tareas que realiza en el marco del perfil laboral de cada empleado, para hacer frente a la atención de la situación epidemiológica mencionada”. También se facultó disponer la suspensión temporal del otorgamiento de determinadas licencias y permisos.

Se estableció además que cuando la máxima autoridad de la jurisdicción lo considere pertinente y por las características de las tareas, las mismas puedan ser realizadas de forma remota, podrá disponer la prestación del servicio de forma no presencial.

Se determinó la suspensión de todas las actividades y programas de capacitación de tipo presencial del personal de la administración pública central y descentralizada, cualquiera sea su escalafón o relación contractual.

Resolución conjunta N° 180/MHFGC-MSGC/20.

Tal como se ha mencionado en el punto anterior sobre la facultad de disponer la suspensión temporal del otorgamiento de determinadas licencias y permisos, se ha determinado por el art. 1° de la Resolución conjunta N° 180/MHFGC-MSGC/20, la suspensión temporal, a partir del 1° de abril de 2020, del otorgamiento de las licencias y permisos establecidos en diversas normativas, entre las que se destacan las siguientes:

❖ Ley N° 6035/18.

- Art. 24 – Descanso anual remunerado.
- Art. 50 – Licencia por cargo de mayor jerarquía.
- Art. 51 – Licencia por exámenes.
- Art. 52 – Licencia deportiva.
- Art. 53 – Licencia especial para controles de prevención.
- Art. 54 – Licencia adicional por stress profesional.
- Art. 56 – Licencias por actividad profesional y capacitación.
- Art. 57 – Licencia extraordinaria por capacitación con goce de haberes por un plazo menor o igual a un mes.
- Art. 58 – Licencia extraordinaria por capacitación sin goce de haberes por un plazo menor o igual a un mes.

- Art. 59 – Licencia extraordinaria por capacitación sin goce de haberes por un plazo mayor a un mes.
 - Art. 60 – Pausa y licencias especiales por cursos de capacitación promovidos por el Ministerio de Salud.
 - Art. 63, inc. c) – Otras licencias – Mudanza.
- ❖ Ley N° 471/00 (texto consolidado según Ley N° 6017/18 y modificado por Ley N° 6147/19).
- Art. 18 – Descanso anual remunerado.
 - Art. 29 – Licencia por trámites de adopción.
 - Art. 35 – Licencia sin goce de haberes por nacimiento de hijo/a.
 - Art. 36 – Licencia por matrimonio.
 - Art. 36, quater – Trámites particulares.
 - Art. 48 – Ejercicio de un cargo superior.

Esta suspensión ha sido para todo el personal dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA, cualquiera fuera su escalafón, en el marco de la pandemia del Coronavirus (COVID-19).

Hasta el 30/8/2020 se mantuvo esa situación, pero luego se fueron realizando distintas modificaciones mediante diversas resoluciones conjuntas.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO VI.

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. GENERALIDADES.

Definición de Unidad de Terapia Intensiva.

El Programa docente de la residencia de clínica médica con orientación en terapia intensiva del Ministerio de Salud del GCBA, año 2012, define como Terapia intensiva a aquella parte de la Medicina que se ocupa de los pacientes con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de severidad tal que representen una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo, pueden ser susceptibles de recuperación.

La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva define a las Unidades de Terapia Intensiva, o áreas de Cuidados Críticos como “...lugares dentro de un hospital, o clínica, o sanatorio, en los que se tratan pacientes con enfermedades que amenazan la vida. Estos pacientes gravemente enfermos necesitan no sólo tratamientos adecuados, sino monitoreo (“vigilancia”) continuo y soporte constante, por medio de equipos y medicamentos que mantengan las funciones del organismo”. También expresa que “... en las Unidades de Terapia Intensiva trabajan una gran cantidad de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, muy entrenados en cuidar a estos pacientes, que son los más graves entre los internados en ese hospital”.

En el documento Marco de Referencia de la especialidad médica Terapia Intensiva Adultos, aprobado por la Resolución N° 1074/15 del Ministerio de Salud de Nación, se expresa que “La Terapia Intensiva es una especialidad de la medicina que se ocupa de la atención del paciente crítico con el objeto de su recuperación, su rehabilitación temprana y brindar cuidados compasivos en caso de no recuperabilidad. La especialidad requiere la formación de recursos humanos asociados a una óptima educación e investigación médica, en un marco de sólidos conocimientos científicos, bioéticos y comunicacionales, así como de una adecuada gestión de los recursos materiales que posibilitan estos cuidados”. También se indica que “El intensivismo tiene características que la hacen particularmente distinguible de otras especialidades. Recepciona los pacientes clínico-quirúrgicos con la más alta complejidad, con escaso margen de error y con el mayor porcentaje de

resultados desfavorables, donde la mala evolución no es trasladable a otra área de internación o servicio”.

Antecedentes históricos de la Terapia Intensiva.

La Resolución N° 1074/15 del Ministerio de Salud de Nación aprueba los Marcos de Referencia de determinadas Especialidades Médicas, entre las que se encuentran Terapia Intensiva de Adultos y Terapia Intensiva Infantil.

Estos marcos de referencia de especialidades médicas se incorporan como estándar de evaluación de las residencias que se acrediten en el marco del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

En los contenidos de los documentos marcos mencionados, elaborados en el año 2013, se incluye una reseña de los antecedentes de cada especialidad.

Terapia Intensiva de Adultos.

La historia de la especialidad, se inició con Florence Nightingale, que orientó recursos para disminuir la mortalidad durante la guerra de Crimea en 1853, agrupando a pacientes postoperatorios en salas adyacentes al quirófano para su recuperación; dichas salas representan el antecedente directo de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). La primera unidad de cuidados intensivos neurocríticos fue creada en Boston en 1926 por W. E. Dandy. Esta y otras unidades se fueron consolidando progresivamente con la aparición de sucesos particulares (necesidad de salas con respiradores en la epidemia de poliomielitis, creación de unidades coronarias para atención de infartos, etc.), en los cuales, la organización de determinados cuidados y procedimientos, tuvo un rol específico en la disminución de la mortalidad. Uno de los procedimientos que marcó una diferencia radical, fue utilizado por Bjorn Ibsen durante la epidemia de poliomielitis en Dinamarca -1952-, quien empleando estudiantes y enfermeras para apoyo manual, logró pasar de ventilación por presión negativa a la intubación con presión positiva en Blegdam, disminuyendo significativamente la mortalidad de los pacientes en estado crítico.

En Latinoamérica, la creación de la primera unidad de cuidado intensivo para adultos data del año 1956 en Argentina. Es a partir de 1970 que se produce una irrupción masiva de Unidades de Terapia Intensiva en nuestro país.

Terapia Intensiva Infantil.

Los modos y los procedimientos de atención exitosos en las unidades de cuidados intensivos de adultos fueron implementados en la atención de pacientes pediátricos, surgiendo entre 1955 y 1971 las primeras unidades de

cirugía pediátrica, cirugía cardiovascular infantil y las primeras unidades de cuidados críticos pediátricos.

En Argentina, tal como sucedió a nivel mundial, la Terapia Intensiva Infantil comienza a desarrollarse durante la epidemia de poliomielitis. El primer Centro de Asistencia Respiratoria Mecánica para niños se inauguró entre los años 1954 y 1955 en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, el mismo hospital en el cual, en el año 1968 se ventila mecánicamente por primera vez un lactante. En las décadas del 70 y el 80 se produce la expansión de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, ampliándose el rango de patologías (Neurointensivismo, Trauma). Asimismo, comienza una verdadera revolución y un avance tecnológico en el área de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) y se crean los primeros planes de entrenamiento. La atención médica del paciente crítico pediátrico ha cambiado sustancialmente en los últimos años. Estos cambios se deben a innumerables avances tecnológicos y terapéuticos, que han posibilitado el uso de equipamiento específico y de alta complejidad, permitiendo el sostén de los distintos órganos y sistemas y logrando la supervivencia de pacientes que previamente fallecían. La medicina de cuidados intensivos pediátricos ha sufrido un intenso y creciente desarrollo basado no solo en la incorporación de equipamientos y nuevas tecnologías, sino en la comprensión fisiopatológica de muchas enfermedades pediátricas y en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas por parte de un equipo multidisciplinario, conformado por médicos, enfermeras, kinesiólogos, farmacéuticos entre otros, que constituyen un recurso clave en los resultados de estas unidades.

Tipos de unidades de cuidados intensivos.

Entre los distintos tipos de unidades de cuidados intensivos a considerar en esta auditoría se encuentran los siguientes.

Según Anexo I de la Resolución N° 748/2014 del Ministerio de Salud de Nación.

En este caso se trata de la denominación según la citada resolución que aprueba las Directrices de organización y funcionamiento de unidades de cuidados intensivos.

Por su art. 1º deroga la Norma de Organización y Funcionamiento en Terapia Intensiva aprobada por Resolución N° 318/2001 del citado ministerio. A su vez en el art. 2º aprueba las Directrices de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos contenidas en su Anexo I. Por art. 5º se agradece por la importante colaboración brindada a ese ministerio a la Academia Nacional de Medicina, a la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

(SATI), a la Sociedad Argentina de Pediatría, a la Federación Argentina de Enfermería y a la Asociación Argentina de Kinesiología.

Por otra parte, según surge de la entrevista realizada al Jefe de la División Terapia Intensiva del Hospital Fernández, informa que en el año 2014 él era el presidente de la SATI y que participó, junto al Ministro de Salud de Nación de ese entonces, en la realización de esta resolución.

El mencionado jefe también expresa que si bien dicha resolución resultó inaplicable en relación a su cumplimiento para la situación real de las terapias intensivas del país, los hospitales Fernández, Argerich y Santojanni, que se ajustan al Consejo Federal de Salud (COFESA), el cual coordina las acciones de salud pública en Nación, estuvieron de acuerdo con el trabajo realizado dado el avance tecnológico acontecido desde la resolución elaborada en el año 2001, que como se ha mencionado fue derogada, quedando esta Resolución N° 748/2014 como guía de referencia.

Unidad de Reanimación (UR).

Es un área dependiente funcionalmente del Servicio de Emergencia o Guardia destinada a la atención de pacientes con riesgo inminente de muerte. Debe contar con recursos humanos e instrumental necesarios para permitir la supervivencia inmediata del paciente, hasta que el mismo pueda ser evacuado en el menor tiempo posible a una unidad de internación que le corresponda. La UR será indispensable en todos los establecimientos que cuenten con internación.

Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 2 (UCI 2).

Es una unidad de internación para pacientes con riesgo crítico para su vida y con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante con excepción de ciertas patologías que requieran acciones asistenciales complejas y específicas como por ejemplo cirugía cardiovascular, quemados, trasplantes, etc. Esto incluye pacientes que necesiten soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida.

Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 1 (UCI 1).

Es una unidad de internación para pacientes con posibilidad de recuperación parcial o total que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye pacientes que necesiten soporte

actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida. Las unidades de cuidados intensivos nivel 1 deben tener capacidad para asistir pacientes de cualquier nivel de complejidad de acuerdo a los objetivos propuestos por la institución. Si se trata de unidades especiales tales como unidades coronarias, de cirugía cardiovascular, respiratorias, dedicadas a neurointensivismo o de quemados deben cumplir con las especificaciones de cada tipo de unidad.

Unidad de Cuidados Intermedios (UTI 1/2 o UTIM).

Es una unidad de internación para pacientes que necesitan cuidados constantes y permanentes de enfermería que no puedan ser brindados en áreas de internación general, se llevarán a cabo en una planta física apta para el desarrollo de tales actividades.

Consideración sobre las unidades de cuidados intensivos UCI 1 y UCI 2.

A efectos de las tareas a desarrollar en esta auditoría, se considerará y/o se referirá a las unidades de cuidados intensivos nivel 1 (UCI 1) y nivel 2 (UCI 2), como “unidades de cuidados intensivos (UCI)” o “unidades de terapia intensiva (UTI)”.

Según Anexo I de la Resolución N° 747/2014 del Ministerio de Salud de Nación.

En este caso se trata de la denominación según la citada resolución que aprueba las Directrices de organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos e intermedios pediátricos en establecimientos asistenciales.

Unidad de Reanimación (UR).

Las Unidades de Reanimación están destinadas a la resucitación, identificación (triage) y estabilización de pacientes con riesgo inminente de muerte. Deben contar con los recursos humanos e instrumentales necesarios para permitir el tratamiento inmediato del paciente pediátrico hasta que pueda ser estabilizado y, en el menor tiempo posible, trasladado a un servicio donde se le brinde la atención definitiva. Deben proveer cuidados a pacientes pediátricos en riesgo para su estabilización hasta que puedan ser derivados en el menor tiempo posible a otra institución de mayor complejidad que cuenten con UCIP Nivel 1 o Nivel 2.

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica Nivel 2 (UCIP 2).

Las UCIPs 2 proveen cuidados a pacientes pediátricos (de 1 mes hasta 15 años de edad). A partir de 16 años y hasta 18 años los criterios de internación podrán consensuarse entre los servicios de la UCI y UCIP de acuerdo a las características del paciente, antecedentes clínicos y criterios institucionales. Estos centros pueden ofrecer alta calidad de atención a la mayoría de los pacientes críticamente enfermos, con excepción de patologías que requieran acciones asistenciales específicas (quemados, cirugía cardiovascular y trasplante). Las UCIPs 2 proveen cuidados a pacientes con enfermedades críticas, pero pueden no tener los recursos para atender poblaciones de pacientes con patología específica, debido a no contar con los especialistas, áreas de apoyo o equipamiento necesarios para su atención. Aunque estos centros pueden ofrecer alta calidad de atención a la mayoría de los pacientes críticamente enfermos, deben tener establecido un proceso para la derivación de los pacientes con patología específica que no puedan ser resueltos en esas unidades.

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica Nivel 1 (UCIP 1).

Es la unidad de internación de pacientes pediátricos (de 1 mes hasta 15 años de edad). A partir de 16 años y hasta 18 años los criterios de internación podrán consensuarse entre los servicios de la UCI y UCIP de acuerdo a las características del paciente, antecedentes clínicos y criterios institucionales. La UCIP 1 debe proveer cuidados multidisciplinarios a los pacientes con enfermedades severas o complejas de diverso origen incluyendo afecciones médicas, quirúrgicas o traumáticas. La mayoría de las UCIPs 1 se localizarán en hospitales pediátricos u hospitales generales de alta complejidad. Deben contar con acceso a especialidades y subespecialidades pediátricas tanto médicas como quirúrgicas que contribuyan a resolver las necesidades fisiológicas y emocionales de niños críticamente enfermos. Dentro de las UCIPs 1 se incluyen aquellas unidades que resuelvan patología específica como por ejemplo, cirugía cardiovascular, trasplante de órganos, pacientes quemados, etc.

Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCIM).

Las Unidades de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCIM) proveen cuidados a pacientes pediátricos con enfermedades que no requieren terapia intensiva pero que necesitan de mayores cuidados o monitoreo que no se puede ofrecer en una sala de internación pediátrica general. Los pacientes pueden precisar monitoreo frecuente de signos vitales y/o intervenciones frecuentes de

enfermería pero por lo general no requieren monitoreo invasivo. Pacientes con patología de baja complejidad pero riesgo de deterioro significativo deberían internarse en una UCIM, con edades de 1 mes hasta 15 años de edad. A partir de 16 años y hasta 18 años los criterios de internación podrán consensuarse entre los servicios de la UCI y UCIP de acuerdo a las características del paciente, antecedentes clínicos y criterios institucionales. Estas unidades funcionan en establecimientos que tienen UCIP (nivel 1 o 2) y deben depender de ellas.

Según Anexo I de la Resolución N° 641/2012 del Ministerio de Salud de Nación.

Se trata de la denominación según esta resolución que aprueba la Directriz de organización y funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales. Para unificar la manera de clasificar los niveles de atención, considerando la denominación empleada por los servicios de obstetricia, los servicios de neonatología tienen 2 niveles de complejidad, niveles 2 y 3. Asimismo, el nivel 3 se jerarquiza el nivel 3 en dos subniveles, A y B.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Nivel 2.

Se corresponde con el de las Maternidades de Nivel 2 que sólo brindan atención de bajo riesgo materno. Son aquellos servicios de neonatología que sólo brindarán cuidados para 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 lo 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.).
- 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.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Nivel 3A.

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 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 síndrome de dificultad respiratoria (SDR) del prematuro que requieran surfactante.
- Niños que requieran oxígeno-CPAP (presión positiva continua) 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 exanguinotransfusión.
- Niños de término o casi término con bronquiolitis 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.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Nivel 3B.

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 con las características regionales, subdividirse en 3 B1, B2 o B3 según su disponibilidad para realizar cirugía general, cirugía SNC (sistema nervioso central) y/o cirugía cardiovascular.

Tipo de pacientes: igual a nivel 3A más.

- 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.

Según Anexo I de la Resolución N° 375/2002 del Ministerio de Salud de Nación.

Se trata de la denominación según esta resolución que aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidado Intensivo Cardiológico (Unidades Coronarias).

Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (Unidades Coronarias – UCO).

La unidad coronaria es el área asistencial del hospital dotada de los medios técnicos y de los recursos humanos (médicos y de enfermería) necesarios para la atención y vigilancia continuada de los pacientes con cardiopatías agudas graves y potencialmente recuperables. La práctica ha demostrado que la evolución asistencial de la unidad coronaria se ha ido extendiendo desde la asistencia, prácticamente exclusiva, del infarto agudo de miocardio a distintas situaciones de agudización y empeoramiento de muy diversas cardiopatías. Por esta razón, hoy día se puede hablar con mayor propiedad de la unidad de cuidados intensivos cardiológicos. Esta definición corresponde a establecimientos asistenciales que se consideran de atención de alto riesgo.

Según información brindada por el Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández.

Denominación de determinadas unidades de cuidados intensivos existentes en el Hospital Fernández.

Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP).

Se trata de una unidad de cuidados intensivos con capacidad para la recuperación de todas las cirugías, incluyendo cirugía cardiovascular.

Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI).

Es una unidad con capacidad para la atención de pacientes con insuficiencia respiratoria mediante cánulas nasales de alto flujo e interfaces de presión continua en la vía aérea, monitoreo no invasivo hemodinámico y de función pulmonar.

Sala de Recuperación Intensiva Post UTI (SARIP).²⁶

Es una unidad dedicada a la rehabilitación kinésica motora, respiratoria, cognitiva, deglutoria, neuropsicológica y de destete de la traqueostomía de pacientes con síndrome post terapia intensiva.

Terapia intensiva – Especialidad médica.

La Resolución N° 1814/2015 del Ministerio de Salud de Nación aprueba en su art. 1° el Listado de Especialidades Médicas que se incluyen en Anexo I. En tal anexo se encuentran incluidas como especialidades médicas “Terapia intensiva” y “Terapista intensivo infantil”.

Unidad de reanimación o Shock room.

Se desarrolla un análisis conceptual en relación a las definiciones de “Unidad de reanimación” y de “Shock room”, y una evaluación acerca de su inclusión en las tareas a efectuar en este proyecto de auditoría.

Concepto.

Resolución N° 748/2014 – Ministerio de Salud de la Nación.

La Resolución N° 748/2014 del Ministerio de Salud de la Nación aprueba en su artículo 2° las “Directrices de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos”. En su Anexo I define como “Unidad de Reanimación (UR) como un “área dependiente funcionalmente del Servicio de Emergencia o Guardia destinada a la atención de pacientes con riesgo inminente de muerte y que debe contar con recursos humanos e instrumental necesarios para permitir la supervivencia inmediata del paciente, hasta que el mismo pueda ser evacuado en el menor tiempo posible a una unidad de internación que le corresponda”.

Luego tal anexo define también a la Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 2 (UCI 2), a la Unidad de Cuidados Intensivos Nivel 1 (UCI 1) y a la Unidad de Cuidados Intermedios (UTI 1/2), conformando, junto a la Unidad de Reanimación mencionada anteriormente, el grupo de los cuatro tipos de unidades de cuidados intensivos indicados en esa normativa.

²⁶ En el GCBA se denomina SARIP como Sala de Rehabilitación Intensiva Post Covid-19, según la información oficial que consta en el siguiente link: <https://www.buenosaires.gob.ar/jefedegobierno/noticias/como-funcionan-las-salas-de-rehabilitacion-intensiva-post-covid-19-el-caso>

Resolución N° 428/2001 – Ministerio de Salud de la Nación.

Por otra parte, la Resolución N° 428/2001 del Ministerio de Salud de la Nación ha aprobado en su artículo 1° la Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Guardia en los Establecimientos Asistenciales y que por artículo 2° se incorpora al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En su Anexo I se indica que la internación de un paciente puede hacerse de acuerdo a la gravedad que el paciente presente en tres niveles: a) Observación, b) Hospitalizado de urgencia y c) Hospitalizado de emergencia. En el nivel de observación se trata de pacientes cuya patología no está definida en cuanto a la necesidad de hospitalización y que son sometidos a control o algún tipo de medicación, es una internación transitoria, hasta las seis horas. A partir de allí se decide su alta, su derivación o su pase a hospitalización. La hospitalización de urgencia es para el paciente que ingresa con una patología aguda de moderada o severa gravedad, pero sin muerte inminente por la misma, se denomina hospitalización de guardia. Su destino posterior es unidades de cuidados intensivos, (UTI-UCO), quirófano, internación general a cargo de los distintos servicios. Por último, la hospitalización de emergencia es para pacientes críticos con inminencia de muerte. Para ello debe disponerse de una sala de reanimación o shock room (estabilización hemodinámica). El destino posterior es unidad de cuidados intensivos (UTI-UCO), quirófano, morgue.

Informe final de auditoría del Proyecto N° 3.20.02.

En el informe final de auditoría del Proyecto N° 3.20.02 – Servicios de guardia en hospitales de alta complejidad – Auditoría de relevamiento – Período 2019, cuya fecha de aprobación es el 27 de abril de 2022, en el acápite IV. Aclaraciones Previas, 2 – Introducción general, en Descripción General de un Servicio de Guardia, a) Áreas asistenciales, se describe el concepto de “Sala de shock room”. Se menciona que “Es el área destinada a la atención de pacientes en estado crítico, o con urgencias inmediatas con riesgo inminente de muerte, que requieren medidas avanzadas de asistencia, tales como reanimación cardiopulmonar, maniobras invasivas y monitoreo hemodinámico antes de la internación. No debería ser utilizada como área de internación...”, continúa, “Es un área dependiente en lo funcional del servicio de emergencias guardia, requiere contar con recursos humanos e instrumental necesario para permitir la supervivencia inmediata del paciente hasta que pueda ser evacuado en el menor tiempo posible al servicio de terapia intensiva o a otra institución que cuente con la complejidad para asistirlo”.

Consideración final.

De lo expuesto se desprende que, por la descripción de “unidad de reanimación” de la Resolución N° 748/2014 mencionada, el concepto de “sala de reanimación o shock room” descripto por la Resolución N° 428/2001 citada, y por la descripción de “sala de shock room” incluida en el informe final de auditoría citado, la denominada “unidad de reanimación”, “sala de reanimación” y “shock room o sala de shock room”, comprenden un mismo concepto.

Evaluación acerca de su inclusión en las tareas del proyecto.

Dado que según la Resolución N° 748/2014 mencionada considera a la “unidad de reanimación” en el grupo de unidades de cuidados intensivos, dicha unidad de reanimación forma parte del universo a auditar en este proyecto.

Las unidades de cuidados intensivos objeto de esta auditoría corresponden a las de los Hospitales Argerich, Fernández y Santojanni, mientras que el Informe final de auditoría del Proyecto N° 3.20.02 tuvo como objeto la Guardia de los Hospitales Fernández, Argerich, Santojanni y Durand.

Considerando el análisis conceptual efectuado previamente y que se trata de un sector que funcionalmente depende del Servicio de Guardia, que como se ha expuesto ha sido auditado recientemente, se considera que las mencionadas unidades no estarán incluidas en el análisis a efectuar en este proyecto, siendo que además, en el Proyecto de auditoría N° 3.20.02 citado se ha trabajado en los tres efectores que, justamente, también son objeto de la presente auditoría.

Otras consideraciones.

En base a lo previamente desarrollado en cuanto a los tipos de unidades de cuidados intensivos cabe mencionar cuales no serán objeto de análisis en esta auditoría, no obstante se encuentran identificadas oportunamente en cada uno de los 3 hospitales evaluados. Tales unidades son:

- Unidades de Reanimación (UR). Como se ha mencionado anteriormente ya fueron objeto de análisis en otro proyecto de auditoría.
- Unidad de Cuidados Cardiológicos Intermedios. Este tipo de unidad solamente existe en 1 (Santojanni) de los 3 hospitales objeto de este proyecto y además porque el equipo de auditoría tuvo conocimiento de

su existencia sobre el desarrollo final del proyecto, dado que el Jefe de Unidad Coronaria había informado que por las modificaciones estructurales realizadas por la pandemia, ya no contaba con la unidad de cuidados intermedios que se había reconvertido en UTI 2, y cuando en realidad la mencionada unidad de cuidados intermedios había sido trasladada al cuarto piso.

- Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos. En ninguno de los 3 hospitales bajo análisis existen estas unidades.
- Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP). Este tipo de unidad solamente existe en 1 (Fernández) de los 3 hospitales objeto de este proyecto.
- Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI). Este tipo de unidad solamente existe en 1 (Fernández) de los 3 hospitales objeto de este proyecto.
- Sala de Recuperación Intensiva Post UTI (SARIP). Este tipo de unidad existe en 2 (Argerich y Fernández) de los 3 hospitales objeto de este proyecto.

Por lo tanto el análisis a desarrollar comprende a las Unidades de Terapia Intensiva (UTI - Adultos), Unidades Coronarias (UCO) y Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) e Intermedios Neonatológicos en los 3 hospitales.

**PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.**

ANEXO VII.

IDENTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES.

Se exhiben cuales son las unidades de cuidados intensivos existentes en los tres efectores analizados y la cantidad de camas de cada una en la actualidad.

En la actualidad los tres efectores cuentan con las siguientes unidades de cuidados intensivos.

H. Argerich.

H. Argerich		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de reanimación (Shock room)	14
2	Unidad de terapia intensiva UTI A	12
3	Unidad de terapia intensiva UTI B	13
4	Unidad de terapia intensiva UTI (Ex intermedia)	6
5	Sala de Recuperación Intensiva Post UTI (SARIP)	4
6	Unidad coronaria	6
7	Unidad cuidados intensivos neonatales	7
8	Unidad cuidados intermedios neonatales	12
Total camas de unidades de cuidados intensivos		74

Las 3 unidades de terapia intensiva atienden patología crítica polivalente.

La Unidad Coronaria cuenta con 6 camas porque la adecuación edilicia realizada en mayo de 2020 para adaptar su espacio edilicio en terapia intensiva requirió algunos cambios en su estructura que obligaron al retornar al mencionado espacio, en marzo de 2022, a disminuir su capacidad original de 8 a 6 camas.

En la Unidad Cuidados Intermedios Neonatales hay 2 islas con capacidad para 4 pacientes (total 8) cada una y 2 de aislamiento para 2 pacientes (total 4), conformando las 12 plazas indicadas. En caso de necesidad también cuenta con un sector aparte con capacidad para 2 incubadoras.

La SARIP es una sala que se encuentra ubicada al fondo de la sala de Cardiología. Durante la pandemia fue utilizada para pacientes covid en estado moderado y/o severo, con utilización de cánula de alto flujo (CAFO),

monitoreados por residentes de cardiología y supervisados por personal de clínica y de terapia.

H. Fernández.

H. Fernández		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de reanimación (Shock room)	8
2	Unidad de terapia intensiva UTI A	10
3	Unidad de terapia intensiva UTI B	12
4	Unidad de terapia intensiva UTI C	12
5	Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP)	5
6	Sala de Recuperación Intensiva Post UTI (SARIP)	16
7	Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI)	7
8	Unidad coronaria	10
9	Unidad cuidados intensivos neonatales	9
10	Unidad cuidados intermedios neonatales	7
Total camas de unidades de cuidados intensivos		96

Las unidades de terapia intensiva son generales con capacidad para ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo, monitorización de la presión intracraneal, nutrición enteral y parenteral y cuidado integral del paciente crítico.

La UCIP cuenta con capacidad para la recuperación de todas las cirugías, incluyendo cirugía cardiovascular.

La USoVNI tiene capacidad para la atención de pacientes con insuficiencia respiratoria mediante cánulas nasales de alto flujo e interfaces de presión continua en la vía aérea, monitoreo no invasivo hemodinámico y de función pulmonar.

La SARIP es una unidad dedicada a la rehabilitación kinésica motora, respiratoria, cognitiva, deglutoria, neuropsicológica y de destete de la traqueostomía de pacientes con síndrome post terapia intensiva.

La Unidad Coronaria cuenta con capacidad para atención de pacientes cardiológicos agudos, incluyendo cuidados posteriores a procedimientos hemodinámicos, monitoreo hemodinámico invasivo y no invasivo, ventilación mecánica y trombólisis endovenosa.

H. Santojanni.

H. Santojanni		
Nº	Denominación	Camas
1	Unidad de reanimación (Shock room)	(a)
2	Unidad de terapia intensiva UTI 1	12
3	Unidad de terapia intensiva UTI 2	12
4	Unidad de terapia intensiva UTI 3	11
5	Unidad coronaria	8
6	Unidad coronaria intermedia	8
7	Unidad cuidados intensivos neonatales	10
8	Unidad cuidados intermedios neonatales	20
Total camas de unidades de cuidados intensivos		81

(a) Posee una camilla.

En relación a la Unidad de reanimación o Shock Room se aclara que ocupa un rincón del espacio físico en la Unidad de Terapia Intensiva UTI 3, quedando apartado del sector de pacientes covid positivos, para la evaluación continua de pacientes ingresados por urgencias y por helicóptero.

A la actualidad se ha mantenido el total de 35 camas en las unidades de terapia intensiva, dado el soporte de especialidades como neurocirugía, traumatología e infecciones de diversas índoles, según informa el Jefe de Unidad de Terapia Intensiva. La UTI 3 continúa como tal aunque el SAME la sigue denominando Sala de Shock. Esta unidad cuenta con 8 camas divididas por mamparas y enfrentadas, pasillo por medio, y 3 camas de aislamiento absoluto por covid.

De acuerdo a lo manifestado por el Jefe de Unidad Coronaria el 7/9/2022, su servicio reclama a la Dirección del hospital conocer cuál es el destino hospitalario propuesto para el sector físico que se destinó a UTI 2 en pandemia, dado que en 2012 el servicio supo ser centro de derivación de hemodinamia, de cirugía cardiovascular, de arritmias y marcapasos, de eritro fisiología y de prácticas vasculares periféricas, todo lo cual justificaba la necesidad de contar con un lugar físico de descarga de pacientes. También expresó que la creación de la UTI 2 conllevó al cierre de la mitad del servicio cardiológico y que desde el punto de vista funcional, en la actualidad, constituye un espacio físico desaprovechado ante la necesidad de una terapia intermedia cardiológica, y que si llegan pacientes al hospital con covid positivos, los mismos son ambulatorios por lo que no hay pacientes internados que precisen un área específica y que en el caso de aparición de un paciente grave cuenta con la UTI 1.

El Subdirector Médico ha expresado que es importante señalar que el déficit de camas de terapia intensiva en CABA está dado por la falta de medición del porcentaje real de camas que deben existir siendo que se debe tener, para un proceso de gestión, el 10% o más de camas intensivas y el doble de intermedias disponibles a fin de soportar diversas situaciones y, cuando llegó la pandemia, se comprobó que el 5% de las camas no llegaban a ser de terapia intensiva. En este sentido, el Hospital Santojanni, con el propósito de resolver el déficit de capacidad quirúrgica y la necesidad imperante, contando con un sector de post-coronaria en el segundo piso con una capacidad de 12 camas, toma la decisión de trasladarla a dos habitaciones grandes del cuarto piso con un área de enfermería y con 8 camas disponibles y reconvertir las 12 camas del segundo piso en camas de terapia intensiva con lo que, no sólo se compensó el déficit sino que se duplicaron las cirugías y se disminuyó el tiempo de permanencia de pacientes aumentando el giro cama. Para esta reconversión el Ministerio envió los respiradores y monitores necesarios.

Asimismo, como el shock room funciona como una terapia, al hospital le ocasiona una gran reducción del gasto debido a que, al ingresar el paciente a un circuito de alto riesgo, no hay demoras en la atención por la posibilidad de ser realizados todos los procedimientos de avance necesarios para la atención en terapia derivando el paciente a la UTI ya en tratamiento ahorrando así, además, muchísimo tiempo en el giro cama. La UTI 3 fue creada en pandemia en el Shock Room que siempre fue un ámbito intensivista, debido a la necesidad imperiosa de camas aunque la función básica del área continuó siendo lo que siempre fue.

En cuanto a los reclamos y quejas acerca de los espacios territoriales modificados en pos de la refuncionalización para la gestión, el Subdirector Médico expresó que han sido efectuados en forma verbal, es decir no hay notas presentadas.

Por otra parte, el Subdirector Médico ha informado que no existe de parte del Ministerio de Salud ninguna instrucción o directiva sobre reconvertir camas de alta complejidad en comunes, ni alguna que anule la decisión del comienzo de la pandemia donde se ordenaba la refuncionalización intensivista. Igualmente, deshacer los cambios hechos y la optimización funcional con ellos lograda, conspirarían contra la proyección de futuro de un hospital moderno. Uno de los mayores problemas que afrontaba el hospital era la pérdida de turnos quirúrgicos por falta de camas de terapia intensiva siendo el sitio que los anestesiólogos solicitan como prioridad y gracias a los cambios se dejó de internar a cama caliente por poseer entre las terapias un circuito adecuado. Debe considerarse que este efector es un hospital de agudos al que llega el helicóptero diariamente y jamás se ha rechazado un paciente del SAME, según manifiesta el subdirector mencionado, pero a su vez al ser centro de derivación, se atiende a muchos pacientes crónicos.

**PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.**

ANEXO VIII

UBICACIÓN DE LAS UNIDADES EN ESTRUCTURA FORMAL.

Se detalla la dependencia jerárquica de las distintas unidades de cuidados intensivos según las respectivas estructuras orgánico funcionales aprobadas por normativa.

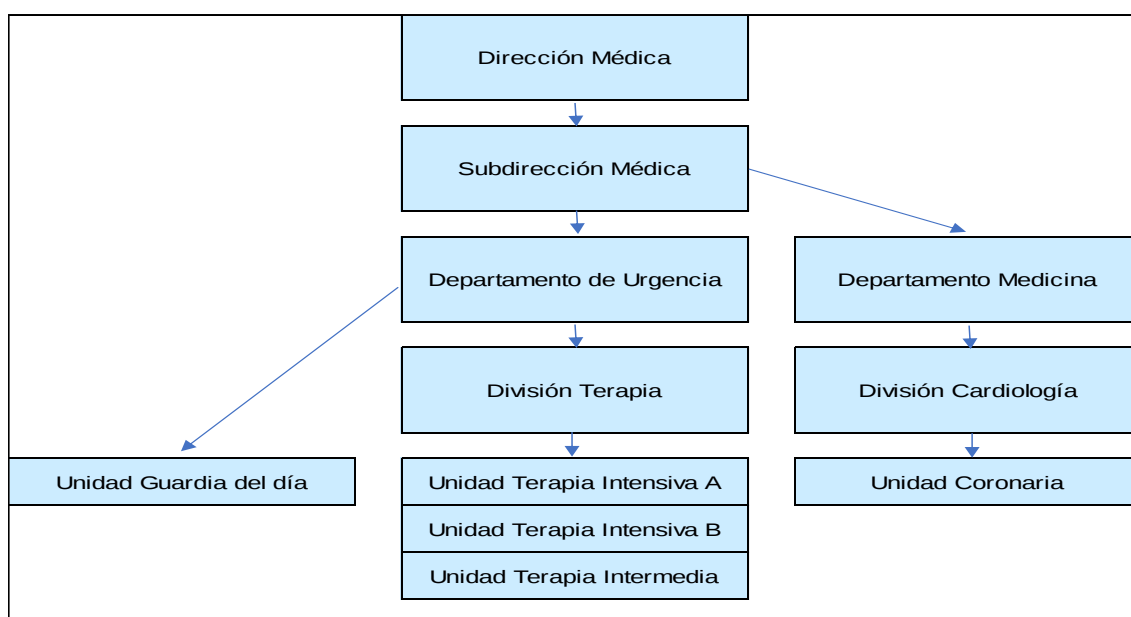
Hospital Argerich.

Mediante el Decreto N° 349/GCABA/12 publicado el 26/7/2012, se modificó la estructura orgánico funcional del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”.

El organigrama está contenido en el Anexo I de tal decreto y la descripción de acciones en el Anexo II.

El decreto mencionado ha sido modificado por los Decretos N° 176/GCABA/2013 y 245/GCABA/2014, pero no afecta a sectores con unidades de cuidados intensivos.

Se puede apreciar a continuación en forma gráfica la ubicación de estas unidades en el organigrama mencionado de este efector.



Se pueden identificar en la imagen 5 unidades de cuidados intensivos:

- ❖ Dependiente del Departamento de Urgencia.
 - Unidad Guardia del día.
- ❖ Dependientes de la División Terapia.
 - Unidad Terapia Intensiva A.
 - Unidad Terapia Intensiva B.
 - Unidad Terapia Intermedia.
- ❖ Dependiente de la División Cardiología.
 - Unidad Coronaria.

Cabe mencionar que la Unidad Guardia del día no será objeto de análisis en este proyecto de auditoría, tal como ya se ha mencionado.

Por otra parte también se aclara que actualmente no se cuenta en el hospital con la Unidad Terapia Intermedia.

También cabe indicar que funcionan 3 Unidades de Terapia Intensiva mientras que en el organigrama formal se detallan dos unidades.

En cuanto para la Sección Neonatología, dependiente de la División Pediatría, no se indica, según la estructura organizativa formal, ninguna unidad de cuidados intensivos en su sector, pero en el hospital existe una Unidad de cuidados intensivos neonatales y una Unidad de cuidados intensivos neonatales intermedios.

Por último, el hospital cuenta con una Sala de Rehabilitación Intensiva Post UTI (SARIP) creada en el año 2020 que no está contemplada en la estructura organizativa formal tampoco.

Por lo expresado se aprecia que la estructura formal no coincide con la estructura real de este efector.

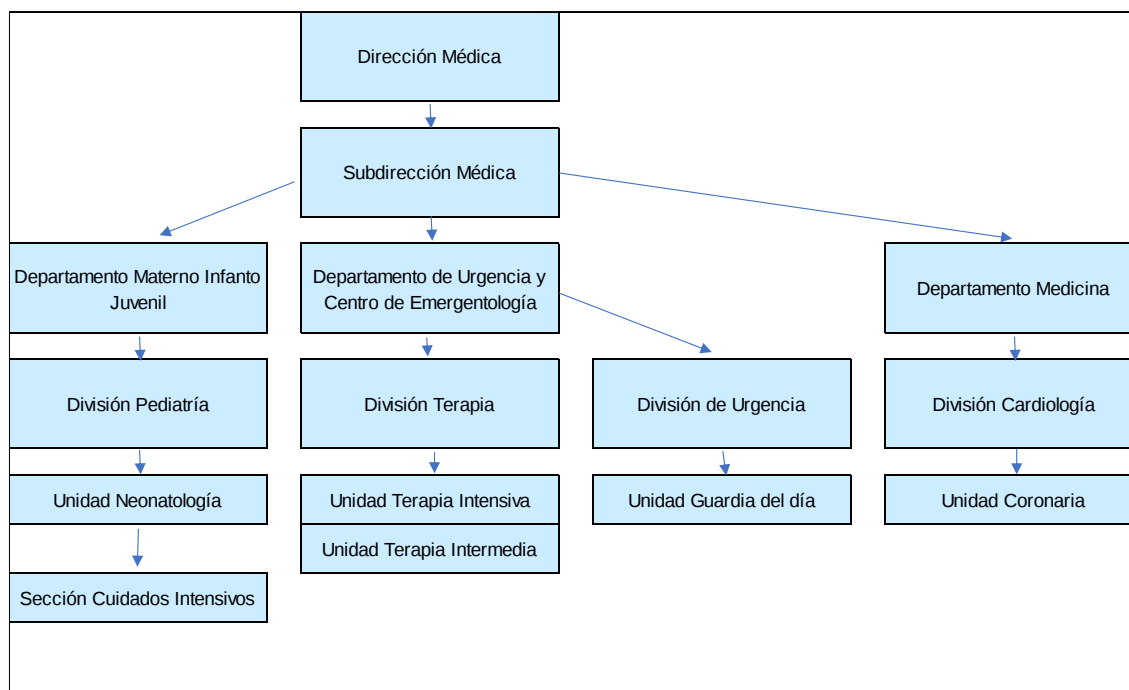
Hospital Fernández.

Mediante el Decreto N° 350/GCABA/12 publicado el 26/7/2012, se modificó la estructura orgánico funcional del Hospital General de Agudos “Dr. Juan A. Fernández”.

El organigrama está contenido en el Anexo I de tal decreto y la descripción de acciones en el Anexo II.

El decreto mencionado ha sido modificado por los Decretos N° 176/GCABA/2013, 245/GCABA/2014 y 164/GCABA/2017, pero no afecta a sectores con unidades de cuidados intensivos.

Se puede apreciar a continuación en forma gráfica la ubicación de estas unidades en el organigrama mencionado de este efector.



Se pueden identificar en la imagen precedente 5 unidades de cuidados intensivos:

- ❖ Dependientes de la División Terapia.
 - Unidad Terapia Intensiva.
 - Unidad Terapia Intermedia.
- ❖ Dependiente de la División Cardiología.
 - Unidad Coronaria.
- ❖ Dependiente de la Unidad Neonatología.
 - Sección Cuidados Intensivos.
- ❖ Dependiente de la División de Urgencia.
 - Unidad Guardia del día.

Cabe mencionar que la Unidad Guardia del día no será objeto de análisis en este proyecto de auditoría.

Por otra parte también se aclara que actualmente no se cuenta en el hospital con la Unidad Terapia Intermedia.

También cabe mencionar que funcionan 3 Unidades de Terapia Intensiva mientras que en el organigrama formal se detalla una única unidad. Además el Hospital Fernández cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP), una Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, una Sala de Rehabilitación Intensiva post UTI (SARIP) y una Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI).

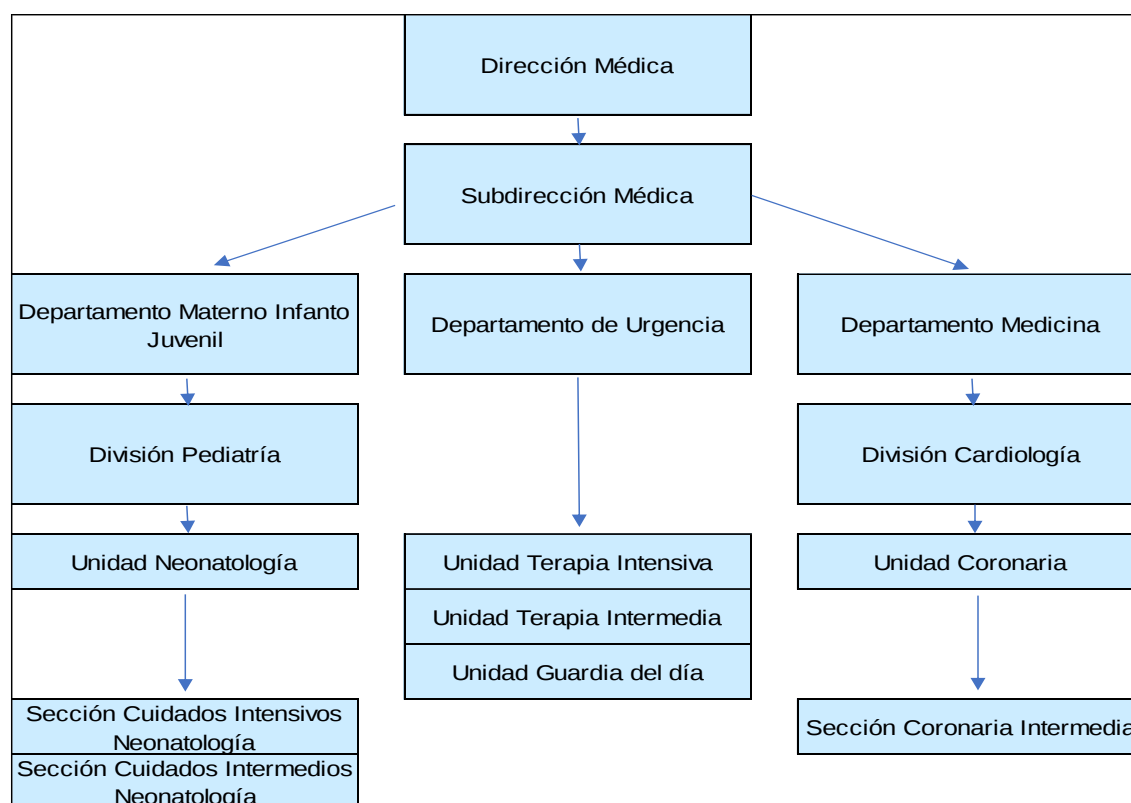
Por lo expresado se aprecia que la estructura formal no coincide con la estructura real de este efector.

Hospital Santojanni.

Mediante el Decreto N° 348/GCABA/12 se modificó la estructura orgánico funcional del Hospital General de Agudos “Donación Francisco Santojanni”. El organigrama está contenido en el Anexo I de tal decreto y la descripción de acciones en el Anexo II.

El decreto mencionado ha sido modificado por los Decretos N° 176/GCABA/2013 y 245/GCABA/2014, pero no afecta a sectores con unidades de cuidados intensivos.

Se puede apreciar a continuación en forma gráfica la ubicación de las unidades de cuidados intensivos en el organigrama mencionado de este efector.



Se pueden identificar en la imagen precedente 7 unidades de cuidados intensivos:

- ❖ Dependientes del Departamento de Urgencia.
 - Unidad Terapia Intensiva.
 - Unidad Terapia Intermedia.
 - Unidad Guardia del día.
- ❖ Dependientes de la División Cardiología.
 - Unidad Coronaria.
 - Sección Coronaria Intermedia.
- ❖ Dependientes de la Unidad Neonatología.
 - Sección Cuidados Intensivos Neonatología.
 - Sección Cuidados Intermedios Neonatología.

Cabe mencionar que la Unidad Guardia del día no será objeto de análisis en este proyecto de auditoría, tal como ya se ha mencionado.

Por otra parte también se aclara que actualmente no se cuenta en el hospital con la Unidad Terapia Intermedia.

También cabe indicar que funcionan 3 Unidades de Terapia Intensiva mientras que en el organigrama formal se detalla una única unidad.

Por lo expresado se aprecia que la estructura formal no coincide con la estructura real de este efector.

Mediante nota de requerimiento inicial se solicitó el organigrama real actual del hospital. En la respuesta recibida, de fecha 12/4/2022, se omitió contestar ese punto.

A través de comunicaciones telefónicas mantenidas con el área de la Dirección del hospital, se requirió la respuesta omitida obteniendo como respuesta el 19/5/2022 la recepción de dos archivos, pero los mismos se referían exclusivamente al área de terapia intensiva a las fechas del 1/1/2020 y del 31/12/2020 y no a la estructura organizativa de todo el hospital. En el detalle del organigrama de la Unidad Terapia Intensiva al 31/12/2020 mencionado, se indica al jefe como “jefe de división”, siendo que el área tiene nivel de unidad y que el jefe era médico de planta titular aunque estando a cargo de tal unidad.

En la mencionada nota de requerimiento inicial se solicitó también en otro punto, el organigrama real de las áreas de unidades de cuidados intensivos al 1/1/2020, al 31/12/2020. En la respuesta recibida solamente se informó sobre el área de la Unidad Terapia Intensiva que incluye al Shock room, omitiendo otras áreas que cuentan también con unidades de cuidados intensivos como el área de Cardiología que cuenta con la Unidad Coronaria y Unidad Coronaria Intermedia y el área de Neonatología que cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales.

En forma similar se omitió información solicitada en otro punto sobre todas las unidades de cuidados intensivos existentes a ese momento con indicación de

determinados datos (denominación de la unidad, especialidad, cantidad de camas, identificación de los responsables, plantel de cada unidad y utilización de protocolos), respondiendo solamente sobre la Unidad Terapia Intensiva sin informar acerca de las otras dos áreas que cuentan con unidades de cuidados intensivos ya mencionadas.

En relación a la designación de responsables en la Unidad Terapia Intensiva, se presentan los siguientes comentarios sobre las 3 unidades que componen tal área en la actualidad y que también se disponía al 31/12/2020.

- ❖ UTI 1. Según lo informado por el hospital, el profesional responsable que está a cargo de la Unidad Terapia Intensiva también es Jefe de unidad de la UTI 1. Por Resolución N° 1274/MSGC/21 de fecha 28/5/2021 se ha designado, en carácter de reemplazante, al profesional mencionado como Jefe Unidad Terapia Intensiva, con 40 horas semanales de labor en este hospital. Retiene sin percepción de haberes el cargo como Médico de Planta Consultor Adjunto (Terapia Intensiva) con 40 horas semanales de labor (dependiente del Departamento Área de Urgencia) del mismo hospital. El titular del cargo es un profesional quien fue designado Subdirector Médico de este efector en el año 2019. En relación al período 2020, si bien según lo informado por el hospital el profesional médico está a cargo de la Unidad Terapia Intensiva, en realidad solamente contaba en ese año con la designación como Médico de Planta de Hospital Principal (Terapia Intensiva), titular, con 40 horas semanales de este hospital, habiendo cesado como Especialista en la Guardia Médica de Hospital Principal (Terapia Intensiva), titular, con 40 horas semanales, del mismo hospital, según lo dispuesto por la Resolución Conjunta N° 272/MEFGC-MSGC/19, por la cual se lo reubica, justamente como médico de planta.
- ❖ UTI 2. Según lo informado por el hospital está a cargo de esta unidad un profesional médico que por Resolución N° 124/MSGC/21 de fecha 22/1/2021 se lo ha designado como Jefe de Unidad Terapia Intermedia, con 40 horas semanales de labor y retiene sin percepción de haberes el cargo de Jefe de Unidad Guardia de Día, con 40 horas semanales de labor en el mismo hospital. Esta designación ha sido para cubrir la vacante de ese cargo producida por la jubilación de otro profesional médico a partir del 31/10/2019. En cuanto al período 2020 que fue cuando se armó la UTI 2, el profesional mencionado tenía el cargo de Jefe de Unidad Guardia de Día aunque estuvo a cargo de la mencionada UTI 2.
- ❖ UTI 3. De acuerdo a lo informado por el hospital está a cargo de esta unidad el profesional médico que por Resolución Conjunta N° 604/MHFGC-MSGC/20 de fecha 28/7/2020 se le ha ampliado el horario de 30 a 40 horas semanales como Especialista en la guardia médico de hospital adjunto (Terapia intensiva) para la sala de Reanimación y Shock,

titular de este hospital. Si bien estaba asignado a terapia intensiva y para la sala mencionada que justamente fue reconvertida en la UTI 3, ha mantenido esa designación en el período 2020 aunque estuvo a cargo de esa UTI 3.

En resumen de lo descripto, en el período 2020 las jefaturas de Unidad Terapia Intensiva y las de las 3 unidades de cuidados intensivos no contaban con designaciones formales, pero al 13/10/2022 solamente se ha regularizado la cobertura de la Jefatura de la Unidad Terapia Intensiva restando formalizar las de la UTI 1, UTI 2 y UTI 3.

**PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.**

ANEXO IX

UBICACIÓN FÍSICA DE LAS UNIDADES.

Se describe la ubicación física de las unidades de cuidados intensivos en cada uno de los tres hospitales analizados.

Hospital Argerich.

H. Argerich		
Nº	Denominación	Ubicación física
1	Unidad de reanimación (Shock room)	Subsuelo
2	Unidad de terapia intensiva UTI A	Segundo piso
3	Unidad de terapia intensiva UTI B	Segundo piso
4	Unidad de terapia intensiva UTI ex Intermedia	Segundo piso
5	Sala de recuperación intensiva post UTI SARIP	Segundo piso
6	Unidad coronaria UCO	Segundo piso
7	Unidad cuidados intensivos neonatales	Quinto piso
8	Unidad cuidados intermedios neonatales	Quinto piso

El sector de terapia intensiva se encuentra en el segundo piso del hospital, se dispone en una forma de H, donde en cada extremo de uno de sus lados se encuentran la UTI A (linda simultáneamente con la calle Pi y Margall y con la avenida Almirante Brown) y la UTI B (linda simultáneamente con la calle Tomás Liberti y con la avenida Almirante Brown), del otro lado en cada extremo la sala SARIP y la UTI ex Intermedia (linda simultáneamente con las calles Tomás Liberti y Necochea). La línea central es un pasillo que une ambos lados donde se encuentra la UCO. La UCO se encuentra ubicada en el segundo piso del hospital en el pasillo que transcurre entre las calles Almirante Brown y Necochea. El shock room se encuentra en el área de Guardia en el subsuelo del hospital. El sector de Neonatología se encuentra en el quinto piso y ambas unidades de esta área lindan simultáneamente con las calles Necochea y Tomás Liberti.

Hospital Fernández.

H. Fernández		
Nº	Denominación	Ubicación física
1	Unidad de reanimación (Shock room)	Subsuelo
2	Unidad de terapia intensiva UTI A	Segundo piso
3	Unidad de terapia intensiva UTI B	Segundo piso
4	Unidad de terapia intensiva UTI C	Segundo piso
5	Unidad de Cuidados Intensivos Postoperatorios (UCIP)	Sexto piso
6	Sala de recuperación intensiva post UTI (SARIP)	Quinto piso
7	Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI)	Primer piso
8	Unidad coronaria UCO	Primer piso
9	Unidad cuidados intensivos neonatales	Cuarto piso
10	Unidad cuidados intermedios neonatales	Cuarto piso

La UTI A se encuentra en el segundo piso del hospital, en el sector colindante a la intersección de las calles Cabello y Ruggieri. La UTI B también está en el segundo piso, pero en el sector colindante con la intersección de la calle Ruggieri y la avenida Cerviño. La UTI C está en el segundo piso en el sector colindante a la intersección de la calle Bulnes y la avenida Cerviño.

La UCIP se encuentra en el sexto piso, en el sector colindante a la intersección de la calle Bulnes y la avenida Cerviño.

La SARIP se encuentra en el quinto piso, en el sector colindante a la intersección de la calle Bulnes y la avenida Cerviño.

La USoVNI se encuentra en el primer piso, en el sector colindante a la intersección de la calle Bulnes y avenida Cerviño.

La Unidad Coronaria se ubica en el primer piso del hospital en el sector colindante a la intersección de la calle Ruggieri y la avenida Cerviño.

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales junto con Obstetricia, Ginecología, Sala de Partos y Pediatría, se encuentran en el cuarto piso del hospital en el área de Maternidad e Infancia. Está en el sector colindante a la intersección de las calles Ruggieri y Cabello.

Hospital Santojanni.

H. Santojanni		
Nº	Denominación	Ubicación física
1	Unidad de Reanimación (Shock room)	Planta baja
2	Unidad de Terapia Intensiva UTI 1	Primer piso
3	Unidad de Terapia Intensiva UTI 2	Segundo piso
4	Unidad de Terapia Intensiva UTI 3	Planta baja
5	Unidad Coronaria UCO	Primer piso
6	Unidad Coronaria Intermedia	Cuarto piso
7	Unidad Cuidados Intensivos Neonatales	Planta baja
8	Unidad Cuidados Intermedios Neonatales	Primer piso

La UTI 1 está ubicada en el primer piso del Edificio 1 con entrada principal sobre calle Martiniano Leguizamón.

La UTI 2 se encuentra ubicada en el segundo piso del Edificio 3 con entrada principal está sobre la calle Pilar.

La UTI 3 está situada en la planta baja del Edificio 1 junto al acceso de la Guardia del hospital (calles Martiniano Leguizamón y Acassuso).

La planta física de la Unidad Coronaria se halla en el primer piso del ala nueva del hospital sobre Martiniano Leguizamón. Cuenta con una pequeña oficina de jefatura, la cual se encuentra enfrentada a un depósito. Tiene un office y estar de enfermería, un chatero (área sucia) y un área limpia y una sala de reunión de médicos.

Tanto la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales como la Unidad Cuidados Intermedios Neonatales se encuentran en el ala vieja del hospital, y aunque deberían estar juntas, por razones edilicias no lo están. El servicio no cuenta con sector de pre alta ni tampoco con residencias para madres que son para favorecer la lactancia materna. En ambos pisos en el ingreso de padres, se cuenta con un sector de lavado de manos y colocación de equipo de protección, aunque la terapia intermedia del primer piso no cuenta con doble entrada. La entrada principal a estas unidades es por la calle Pilar.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO X

CAPACITACIÓN.

Se precisan algunas características de la capacitación desarrollada durante el período 2020 en relación al personal de salud de las unidades de cuidados intensivos. Cabe recordar como ya se ha mencionado previamente que por el Decreto N° 147/GCABA/20 se determinó la suspensión de todas las actividades y programas de capacitación de tipo presencial del personal de la administración pública central y descentralizada.

❖ **Hospital Argerich.**

- **División Terapia Intensiva.** Durante el año 2020 el grupo de personal del área realizó reuniones por plataforma zoom con el fin de optimizar protocolos y debatir informalmente como afrontar la problemática. Permanentemente se instruía y se capacitaba al personal al respecto, como el uso correcto del EPP y a médicos de otros servicios, la colocación y uso de las CAFO. Programadamente se realizaban cursos internacionales informativos vía plataforma zoom o meet.
- **Unidad Coronaria.** Durante el año 2020 no hubo capacitación informal, la misma fue formal sobre el uso del EPP y, además, hubo capacitación interna brindada por el Servicio de Infectología y de Kinesiología. No se recibió capacitación externa.
- **Sección Neonatología.** Durante el año 2020 hubo ateneos varios y algunos profesionales continuaron realizando sus actualizaciones en forma personal. Con respecto a la capacitación informal, recibieron instrucción acerca de la colocación y retiro de los EPP y manejo en quirófano. Cabe destacar que los Jefes de Neonatología de todos los hospitales de la Ciudad, participan en la Red Perinatal realizando reuniones periódicas y comunicándose en forma diaria a través de un grupo de la aplicación whatsapp cuyo fin es la rápida resolución de derivaciones, pedidos de interconsultas y pronta atención de patologías complejas.

❖ **Hospital Fernández.**

- **División Terapia Intensiva.** Durante la pandemia no hubo capacitación dado que, como se encuentra determinado en normas de trabajo internacional, según lo manifestado por el Jefe de División, no es un buen momento para desarrollar dichas actividades ya que se cometerían muchos errores y habría mucha gente enferma por esa razón. Se desarrollaron normativas propias, en un gran trabajo mancomunado donde debieron protocolizarse todas las acciones para evitar la circulación del virus y por ende los contagios, desde aprender a colocarse y retirarse el EPP y la circulación dentro de las salas, hasta el modo de desplazamiento de pacientes, quienes operan o intuban un paciente covid, como trasladarlo a un tomógrafo, etc.
- **Unidad Coronaria.** Durante la pandemia no se recibió capacitación formal alguna, ni interna, ni externa, la capacitación recibida fue informal desde el Servicio de Infectología que fue servicio por servicio para el aprendizaje de la utilización de los recursos para la protección y también en todo lo concerniente a la patología covid.
- **Sección Cuidados Intensivos Neonatales.** La capacitación formal e interna recibida durante el período 2020 ha sido básicamente para los residentes del área. Luego, el sector recibió capacitación informal sobre emergencia en covid con mucha actividad docente para explicar lo que sucedía, con videos, charlas intensivas con el apoyo del Servicio de Infectología en cuanto a la utilización de los elementos de protección ante la pandemia.

❖ **Hospital Santojanni.**

- **Unidad Terapia Intensiva.** La capacitación en el sector se ha llevado a cabo en forma continua, desde el uso de la vestimenta (EPP), hasta los procedimientos para la ventilación mecánica y la anticoagulación. Los 3 cursos eran internos, aprendían entre todos. Al personal de enfermería los capacitaba el Jefe de la Unidad y fuera de los períodos de “olas” el Jefe de Enfermería era quien los realizaba. En el período 2020 no hubo capacitación externa formal realizada por parte del personal de salud.
- **Unidad Coronaria.** La capacitación recibida en el período 2020 ha sido informal en función de la utilización de la vestimenta

apropiada, como vestirse y desvestirse y por donde transitar. Los médicos de planta la organizaban internamente siendo el Servicio de Infectología quien impartía el curso. Todo el personal del hospital a medida que se obtenía información de la enfermedad, se autocapacitaba.

- **Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.** La capacitación recibida durante la pandemia, se basó en la prevención de contagio de virus covid-19. El Comité de Infectología, médicos y enfermeros del sector, impartían capacitación para médicos y enfermeros del hospital. Fuera del tema covid, no se abordó ninguna otra temática. La capacitación informal se ha referido al modo de utilización de equipo de protección personal, manejo de pacientes y por dónde circular.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO XI

SISTEMAS DE AUTOPROTECCIÓN.

Se detalla a continuación la normativa pertinente en relación a los sistemas de autoprotección.

Aspectos normativos.

Se analiza la siguiente normativa:

- ❖ Ley N° 5920/17.
- ❖ Decreto N° 51/18.
- ❖ Disposición N° 1358/DGDCIV/18.
- ❖ Disposición N° 5223/DGDCIV/18.
- ❖ Disposición N° 1861/DGDCIV/20.
- ❖ Disposición N° 3699/DGDCIV/20.

Ley N° 5920/17.

Por esta ley se ha creado el Sistema de Autoprotección como un conjunto de acciones y medidas tendientes a prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y bienes, proporcionando una respuesta adecuada frente a posibles situaciones de emergencia.

Es de aplicación obligatoria en el ámbito de la CABA y alcanza a edificios, establecimientos y/o predios, tanto del ámbito público como del ámbito privado, de oficinas, escuelas, hospitales y en todos aquellos edificios, establecimientos y/o predios, con afluencia de público.

El art. 4º establece que, para la aprobación de los Sistemas de Autoprotección por parte de la Autoridad de Aplicación, estos deberán contar con un contenido mínimo. Entre esos requisitos se encuentra, entre otros, el de un plan de evacuación y la obligación de realizar al menos dos ejercicios de simulacro anuales.

Por el art. 5º se crea en el ámbito de la Autoridad de Aplicación el “Registro de Profesionales para la elaboración y puesta a prueba de los Sistemas de Autoprotección”, en el que se inscribirán los sujetos que elaboren y presenten ante la Autoridad de Aplicación, dichos sistemas.

El art. 6º determina que revestirá carácter de declaración jurada toda información o documentación sobre los edificios, establecimientos, predios

que aporten los inscriptos en el Registro indicado en el artículo 5º, y que requieran la aprobación de un Sistema de Autoprotección, el cual estará sujeto a verificación por parte de la Autoridad de Aplicación.

Esta norma contiene una cláusula transitoria primera que expresa que “...la presente ley entrará en vigencia una vez reglamentada la misma”. En efecto, ha sido reglamentada por el Decreto N° 51/2018 publicado el 15/02/2018, fecha a partir de la cual entra en vigencia esta ley.

Decreto N° 51/18.

Aprueba la reglamentación de la Ley N° 5920/17.

En su Anexo I se establece como Autoridad de Aplicación a la Dirección General de Defensa Civil dependiente de la Subsecretaría de Emergencias del Ministerio de Justicia y Seguridad del GCABA.

Se faculta a la Subsecretaría de Emergencias mencionada a dictar las normas necesarias para implementar y coordinar los servicios de verificación de las instalaciones fijas contra incendios y matafuegos previstos en el artículo 7º de la Ley N° 5920/17.

Disposición N° 1358/DGDCIV/18.

Aprueba la clasificación de los edificios, establecimientos y/o predios según criterios de riesgo en función de destino o uso, superficie, características edilicias y niveles de afluencia de público, en tres grupos según Anexo I:

- (1) Grupo de complejidad de evacuación “baja”.
- (2) Grupo de complejidad de evacuación “media”.
- (3) Grupo de complejidad de evacuación “alta”.

De acuerdo al Anexo I mencionado en el rubro “sanitario”, los hospitales quedan encuadrados en el Grupo 3 que comprende establecimientos de más de 4 pisos elevados y cuya superficie cubierta sea superior a los 1500 m² o bien establecimientos que cuenten con internación o que posean sistemas centrales de almacenamiento de oxígeno u otros gases medicinales. En estos casos se requiere la evaluación mediante un programa informático de dinámica del humo y evolución del fuego del tipo FDS o similar. Será planteando diferentes hipótesis según el foco y de acuerdo a su probabilidad, indicando el flujo de personas y tiempo de evacuación de los ocupantes. Para los establecimientos con internación se requiere la conformación de Brigada de Emergencias.

El Anexo IV de esta disposición establece los requisitos exigibles e indispensables para la presentación de los sistemas de autoprotección que deberán presentar los establecimientos de los grupos 2 y 3.

Entre otros requisitos, además de datos del establecimiento, en cuanto al punto 2. Descripción del establecimiento, se requiere planos de planta a escala del establecimiento y plano o croquis de evacuación con logo “usted está aquí” de cada piso o sector. También se solicita información acerca de medios técnicos disponibles, caracterización de riesgos y organización del sistema de autoprotección.

El Anexo V de la disposición trata sobre el trámite de inscripción, permanencia y funcionamiento del Registro de profesionales para la elaboración y puesta a prueba de los sistemas de autoprotección.

Disposición N° 5223/DGDCIV/18.

Determina que las disposiciones de aprobación de los sistemas de autoprotección según la Ley N° 5920/17 tendrán una validez de dos años a partir de su fecha de aprobación, siempre que no existan modificaciones en el sistema presentado y cumplan con las exigencias anuales establecidas en la Disposición N° 1358/DGDCIV/18, con respecto a la capacitación anual para el personal y el cronograma de simulacros.

Disposición N° 1861/DGDCIV/20.

Considerando que el año 2020 es el período auditado, esta disposición prorroga por 60 días corridos la vigencia de las disposiciones aprobatorias de los sistemas de autoprotección de la Ley N° 5920/17, cuyo vencimiento operaba entre el 16 de marzo y el 1 de abril de 2020. También por el mismo plazo prorroga la presentación de la documentación para mantener la vigencia de las disposiciones aprobatorias mencionadas cuyo vencimiento operaba en el mismo período. Por otra parte, dio por cumplimentadas las prácticas de simulacros, cuyas fechas hayan sido programadas en ese período.

Luego por otras disposiciones similares se ha continuado con las prórrogas mencionadas y la suspensión de plazos durante el año 2020.

Disposición N° 3699/DGDCIV/20.

Determina la realización de los ejercicios de simulacros de los sistemas de autoprotección estatuidos en la Ley N° 5920/17 ajustando la práctica a las normas instituidas en los protocolos aprobados para cada una de las actividades. Esta disposición fue publicada en el Boletín Oficial de CABA el día 6 de noviembre de 2020.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO XII

ADMISIÓN Y ALTA DE PACIENTES.

Se describen a continuación características relacionadas con la admisión y el alta de pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

Hospital	Unidad	Admisión	Alta
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Los pacientes provienen desde el área de guardia o del piso donde se encontraban ya internados y cuya admisión ya había sido realizada en los mismos. En el caso de llegar a terapia intensiva súbitamente solo por descompensación, la admisión administrativa se realiza posteriormente a ser atendido.	Al momento del alta se confecciona en duplicado una epicrisis de la que un ejemplar se adjunta a la historia clínica del paciente y el otro se archiva en Terapia Intensiva. En el caso de fallecimiento, la epicrisis junto a la historia clínica se envía junto con el cadáver para que siga las instancias administrativas correspondientes (Admisión y Egresos, Facturación y Archivo). Si el paciente se recupera pasa a piso a través de la realización de un pase que queda registrado en el reporte de enfermería de cada unidad donde se asienta fecha, hora y el lugar del destino.
	Coronaria	Los pacientes que llegan a la unidad no ingresan directamente a la UCO desde la calle, sino por pases desde la guardia, donde se realiza el trámite de admisión con la apertura de una historia clínica para efectivizar la internación. Los internados también ingresan desde otros servicios (salas de internación, quirófano, hemodinamia, UTI, etc.). Durante la pandemia los ambulatorios eran hisopados en guardia y los internados en sus respectivas salas.	Previo al alta, los pacientes pasan desde la UCO a la sala de Cardiología o de Clínica Médica, en el 90% de los casos no existen las altas directas desde la unidad ya que requieren 2 o 3 días de transición en sala.

	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Los pacientes llegan al servicio desde la sala de partos, otros llegan desde la Guardia y otros desde Consultorios Externos. Por medio de la incubadora de transporte que lo traslada ingresa a la terapia. Ya admitidos en el sector se realiza el trámite de admisión en la misma secretaría del servicio. La historia clínica es abierta por el médico que recibe al bebé en internación. La secretaria que realiza la admisión, obtiene los datos de la partida de nacimiento proveniente del registro civil, los cuales carga en el módulo de SIGEHOS correspondiente para tal fin, agregando el número de historia clínica identificadorio.	El alta de cada paciente se asienta en el mismo lugar que se realiza con la admisión.
Fernández	Terapia A, B y C	Los pacientes llegan al servicio desde el área de guardia o desde las diferentes unidades de internación del hospital. Los administrativos, encargados de hacer la admisión del paciente en la UTI, sólo trabajan hasta el mediodía con lo cual los pacientes llegados posteriormente pueden no figurar internados si arribaron por una urgencia. Normalmente desde el sector de admisión, el paciente llega al servicio con todos sus datos recabados por dicho sector lo que permite su identificación. En los casos que ante la urgencia no cuenta con el brazalete identificadorio correspondiente, se lo interna, y el personal de terapia se lo coloca y se lo identifica por el número de cama asignada. La certificación de la identidad se realiza ante la existencia de un documento, o de lo contrario se da intervención policial.	Ante el alta, el paciente ya está identificado, aunque ha habido casos en que han fallecido personas sin identificación (NN), ante lo cual se da intervención policial. Raramente el alta es directamente a su casa, en general se realiza el pase de servicio; las altas directas son situaciones puntuales donde no se tiene cama y no se encuentra ningún soporte externo, ese paciente queda bajo los controles de consultorios externos.
	Coronaria	El flujo de atención comienza con las diferentes formas de admisión de pacientes desde el área de guardia, donde los	Si bien no es lo ideal que las altas sean directas desde Unidad Coronaria, muchas lo son por no contar unidad

		mismos acuden ambulatoriamente de manera espontánea y se les realiza la evaluación primaria, de igual modo con los ingresados por emergencias en ambulancia, por el SAME; también arriban al servicio provenientes de consultorios externos del hospital. Si el paciente tiene alguna complicación cardiológica y existen camas disponibles, se lo deriva a la unidad. Cuando el paciente se interna, se abre historia clínica de internación. Los pacientes que son derivados de otros hospitales pueden ingresar directamente a Hemodinamia o Unidad Coronaria.	de cuidados intermedios. Si hay camas disponibles en sala común se pasa a los pacientes a ese sector antes del alta definitiva. En época de pandemia no se conseguían camas en piso por lo que las altas eran casi siempre directas.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	La atención de los pacientes comienza con el proceso de admisión y egresos a cargo del área de Personal del hospital. El trámite lo inicia la madre embarazada que llega al hospital y pasa al sector de internación en Obstetricia. El bebé llega a Neonatología identificado con su nombre y número de historia clínica de la madre, dependiendo del estado de salud del bebé, es internado en el sector de Neonatología correspondiente y se le asigna el número de historia clínica propio con el cual trabaja el servicio.	En Neonatología las altas están determinadas en base a un proceso de decisión interna en la unidad de acuerdo a la situación particular del recién nacido y se envía al padre y/o la madre a tramitarla al Servicio de Admisión que le entrega un papel de alta otorgada que llevan al servicio para poder sacar al bebé.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Para efectivizar la admisión de un paciente, una vez que éste llega al sector de terapia intensiva, se lo observa, se escucha lo que cuenta el que lo ingresa, se lo revisa, diagnostica presuntivamente, se solicitan estudios complementarios en el momento y se indica el plan de tratamiento; el residente a cargo lo escribe y el médico de guardia lo firma y avala. Con esto y el DNI de la persona, el familiar o acompañante se dirige a	Son de carácter médico-administrativas.

		Admisión de pacientes del hospital para completar el proceso.	
	Coronaria	Cuando el paciente llega se completa una planilla con sus datos personales filiatorios y número de historia clínica, la cual el mismo paciente si le es posible o su familiar/acompañante, es llevada al sector Admisión para realizar el trámite de internación. No existe identificación del paciente a su ingreso, en la unidad se encarpeta su planilla de identificación con el número de cama asignada y de ese modo se lo identifica confiando en que el paciente proporcione datos fidedignos ya que a su ingreso nadie en el hospital lo registra. El gran inconveniente es que a veces el paciente ingresa sin documento, y si ingresa solo puede no acordarse ni siquiera de su número de teléfono.	En el caso de fallecimiento, el paciente puede llegar a permanecer hasta 12 horas en UCO por ser un “NN” y no se puede completar el certificado de defunción hasta que un familiar llegue y realice la identificación que no pudo darse al ingreso de ese paciente.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Cuando el bebé ingresa desde la sala de partos, arriba con la admisión de la madre embarazada, pero aquellos que lo hacen ya nacidos, deben realizar el trámite de admisión completando una planilla con todos los datos filiatorios que la secretaria de la sección o la misma madre lleva a Admisión y Egresos del hospital. Dicha planilla es completada por el médico de guardia, o el de planta o por la misma jefatura, el que se encuentre en ese momento, pero en ese orden porque siempre es un médico el que solicita la internación.	El alta, en general, es consensuada con el resto del equipo médico y la familia del paciente. Determinada la salida, el médico la firma, el sector de admisión la sella y así y sólo así puede salir del hospital.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO XIII

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.

Se ha consultado a los responsables de las unidades de terapia intensiva acerca de los protocolos de atención utilizados y/o que tienen como referencia.

Hospital	Unidad	Protocolos	Detalles
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Los protocolos de buena práctica de cuidados intensivos, son los protocolos de la Asociación Argentina de Terapia Intensiva, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Normas de Tratamiento del Curso de Especialista de la Sociedad de Medicina Crítica y Terapia Intensiva de la Asociación Médica Argentina (AMA).	***
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	Todas las unidades cuentan con protocolos y guías desarrollados por la comunidad científica europea y americana para las patologías específicas. También se sigue guías de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI).	Se entiende que corresponden a guías de la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (Society of Critical Care Medicine – SCCM) y a la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (European Society of Intensive Care Medicine – ESICM).
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Según guías de las sociedades europea y americana de cuidados intensivos.	Se entiende que corresponden a guías de la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (Society of Critical Care Medicine – SCCM) y a la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos (European Society of Intensive Care Medicine – ESICM).

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO XIV

PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES.

Se ha consultado en todas las unidades de cuidados intensivos analizadas si cuentan con un programa de control de infecciones.

Hospital	Unidad	Cuenta con programa de control de infecciones
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Si.
	Coronaria	Si.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Si.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	Si.
	Coronaria	Si.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Si.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Si.
	Coronaria	Si.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Si.

Se puede apreciar que los nueve sectores consultados (100%) cuentan con un programa de control de infecciones.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO XV

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN.

Se ha obtenido información de todas las unidades de cuidados intensivos analizadas sobre si sus respectivas áreas de atención cuentan con un flujograma de atención.

Hospital	Unidad	Cuenta con flujograma de atención
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Si.
	Coronaria	Si.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Si.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	No.
	Coronaria	Si.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Si.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	No.
	Coronaria	No.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Si.

Hay 3 casos en que no se cuenta con flujograma de atención.

Según lo manifestado en el descargo efectuado por el Hospital Argerich, se indica que “Desde el inicio de la emergencia sanitaria, se ha trabajado con flujograma de atención no solo brindado por el hospital sino que también a nivel central (Ministerio)”.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO XVI

CONCEPTOS RELACIONADOS CON LOS FAMILIARES O
ACOMPAÑANTES DE LOS PACIENTES.

Se detallan conceptos relacionados con los familiares o acompañantes de los pacientes.

Hospital	Unidad	Responsable de la información de rutina diaria y de emergencia.	Horarios de visita	Horarios de informes
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Los responsables son los jefes de unidad, médicos de planta y a veces los médicos de guardia. En caso de fallecimiento se comunicaba a los familiares, pero éstos no podían ver al paciente fallecido ya que iba directamente a la morgue del hospital en bolsa cerrada para luego ir al cementerio a cremación.	Las visitas son de 13 hs. a 14 hs. y de 18 hs. a 19 hs. En pandemia estaban suspendidas las visitas.	Cerca de mediodía.
	Coronaria	El médico de guardia o médica coordinadora de planta de UCO.	Las visitas son de 13 hs. a 14 hs. y de 19 hs. a 20 hs. En pandemia estaban suspendidas.	A las 12 hs. previo al ingreso de la visita.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Los informes son dados por el médico a cargo y ante casos de extrema complejidad o a requerimiento de los padres, por la Jefa del Servicio.	Las mamás pueden estar presentes las 24 horas, pero los papás sólo de día y el horario es hasta las 20 hs., dado que existen muchos padres violentos y adictos que se ponen muy agresivos y	Los informes son dados a los padres en forma diaria y con la frecuencia necesaria. Como las madres siempre se encuentran presentes en el

“1983-2023. 40 Años de Democracia”

			habiendo muchas médicas mujeres solas, se complica la situación.	área, los informes son presenciales.
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	El médico tratante.	Habitualmente, los horarios establecidos de visita son de 12.30 hs. a 13.30 hs. y de 19.30 hs. a 20.30 hs.	A las 13.30 hs.
	Coronaria	Los informes a los familiares de los pacientes son dados por el médico de guardia a cargo.	De 12.30 hs. a 13.30 hs. y de 19.00 hs. a 20.00 hs.	De 12.30 hs. a 13.30 hs. y de 19.00 hs. a 20.00 hs.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El informe a los familiares lo brindan los médicos de planta del sector.	No hay restricción de horarios para las visitas, los familiares pueden entrar en cualquier momento.	No hay restricción de horarios para informes, si bien existen para los informes horarios estándares matutinos por presencia médica, los mismos son brindados en el momento y cada vez que los padres lo soliciten.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Los médicos de planta dan los informes pero si existe algo complicado lo da el jefe de la unidad.	Son dos veces al día, de 13 hs. a 13.30 hs. y de 19 hs. a 19.30 hs., aunque hay flexibilidad según el caso.	De 9 hs. a 11 hs.
	Coronaria	El Jefe de Unidad y la cardióloga de planta que cumple la función de coordinadora son los responsables de la información de rutina diaria de emergencia, si no es el jefe mencionado, es el médico de planta y sino el de guardia en ese orden.	El horario habitual es de 14.30 a 15.30 hs.	Informes matinales y a media tarde.

	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	El responsable de dar los informes diarios es el médico de planta o guardia que atiende al paciente.	Como los bebés muy pequeños no pueden mamar, es fundamental que se sostenga el contacto piel a piel con su madre, por lo cual no se restringe la entrada y salida del sector a las mismas. A los padres sólo se los dejaba entrar si se corroboraba su hisopado covid negativo. Los días de visita para familiares y convivientes fueron suspendidos, normalmente, fuera de pandemia, se habilita un horario en fin de semana para que visiten hermanos, abuelos y convivientes. El riesgo es muy alto ya que los bebés internados en este sector son pacientes de alto riesgo con muy bajo peso y contraen fácilmente infecciones.	Al mediodía, después del pase médico tanto de terapia intensiva como de terapia intermedia.
--	--	--	---	---

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO XVII

ATENCIÓN EN LA ACTUALIDAD.

Hospital Argerich.

División Terapia Intensiva.

Al 14/09/2022 no había pacientes puramente covid en este efector, si hay alguno es por comorbilidades previas que ingresaron al hospital por las mismas y se contagiaron en el hospital a través del contacto con familiares contagiados que fueron a visitarlos.

Estadísticamente, la pandemia tuvo una baja de contagios en noviembre de 2021, luego un repique en enero de 2022 por la cepa ómicron, pero no de gravedad. Sin duda alguna, la vacunación masiva tuvo muchísimo que ver en el control de la enfermedad descontando el hecho de que gran parte de la población no se hisopaba aún con algunos síntomas.

La División no cuenta más con terapia intermedia, la cual hasta el advenimiento de la pandemia funcionaba con 8 camas y ante la necesidad imperiosa por la misma se reconvirtió a terapia intensiva con 6 camas. En cuanto a los pacientes que requieren cuidados intermedios, se los deja internados por más tiempo en la intensiva hasta que se encuentran en condiciones de ser trasladados a otro sector del hospital, o se los traslada al piso correspondiente de acuerdo a su patología de base. No existen las altas directas desde la terapia, excepto por algún trasplante hepático realizado que, por ser paciente inmunodeprimido, por su seguridad, ante la posibilidad de contraer virus hospitalarios, se lo externa. Estos pacientes, particularmente, no cuentan con sala de internación. Teóricamente, la UTI B es donde se realiza la recuperación post trasplante, para lo cual se precisa alta complejidad, pero, si allí no hay camas, lo propio ocurre en la UTI A o en la UTI ex Intermedia (reconvertida).

Unidad Coronaria.

En la actualidad la unidad cuenta con 6 camas, luego de las modificaciones sufridas en el período 2020 y por la readecuación edilicia ocurrida para adaptar su espacio físico.

Los pacientes llegan a la unidad por pases de guardia, es decir no ingresan directamente al sector. También ingresan desde otros servicios (sala, quirófano, hemodinamia, UTI, etc.).

Sección Neonatología.

La atención se encuentra cubierta las 24 horas por médicos especialistas en neonatología (neonatólogos), especialidad que cada vez menos profesionales eligen por requerir en su práctica de guardias continuas con remuneración no conveniente.

Este Servicio posee un flujo de atención regulado.

El Servicio de Neonatología junto con el Servicio de Obstetricia proyectan consolidarse como Servicio de Perinatología, para brindar cuidados estandarizados y de alta calidad a la díada madre – hijo, para lograrlo, se realizan actividades académicas en conjunto, según lo manifestado por la Jefa de Sección Neonatología.

El Hospital Argerich forma parte de la Red de atención de neonatos con malformaciones congénitas, al igual que los Hospitales Garrahan, Sardá y Fernández.

Hospital Fernández.

División Terapia Intensiva.

Los pacientes llegan al servicio desde la guardia o desde las diferentes unidades de internación del hospital.

Unidad Coronaria.

El flujo de atención comienza con las diferentes formas de admisión de pacientes desde la guardia, donde los mismos acuden ambulatoriamente de manera espontánea y se les realiza la evaluación primaria, de igual modo los ingresados por emergencias en ambulancia, por el SAME, también arriban al servicio provenientes de consultorios externos del hospital. Si el paciente tiene alguna complicación cardiológica y existen camas disponibles, se lo deriva a la unidad. Los pacientes que son derivados de otros hospitales pueden ingresar directamente a Hemodinamia o a Unidad Coronaria.

Sección Cuidados Intensivos Neonatales.

Este sector no cuenta con servicio de cirugía, por lo que se maneja con derivaciones a hospitales que posean la especialidad requerida.

Cuenta mobiliariamente con cunas, incubadoras y servo cunas (unidades diseñadas para proporcionar calor radiante a los neonatos, con el fin de que puedan mantener una temperatura corporal de 36 a 37 grados centígrados. Los espacios con que cuenta son 9 en terapia intensiva, 7 en terapia intermedia, 8 en prealta y 20 de internación conjunta (rooming-in). Cabe destacar que son todas unidades de internación que, según la necesidad, se utiliza el mobiliario pertinente más allá del sector de internación que se ocupe.

Hospital Santojanni.

Unidad Terapia Intensiva.

Si bien las tres unidades de terapia intensiva desarrollan la misma complejidad de atención, la diferencia radica en que los neuroquirúrgicos, los politraumatismos y pacientes internos ocupan la UTI 1. En general, en la misma, nunca hay camas sobrantes debido a que por falta de personal de enfermería se han cerrado camas en el hospital, de hecho al 18/7/22 la UTI 2 tiene 2 camas cerradas por esa razón.

A los pacientes que salen del estado de gravedad se los trata de pasar a otro sector lo más pronto posible dado que es muy estresante para ellos ver y escuchar todo lo que sucede en el sector durante su estancia consciente, pero por falta de camas en el hospital y que ya no cuentan con unidad de terapia intermedia por las modificaciones efectuadas por la emergencia sanitaria, complica la externación del paciente, la cual no es correcta realizarla directamente desde la terapia intensiva.

Los pacientes son trasladados a otros hospitales privados si cuentan con medicina prepaga, de lo contrario se quedan en el hospital.

Unidad Coronaria.

La Unidad Coronaria posee 8 camas de internación y desarrolla su atención con médicos que dependen de otra área, es decir, no son médicos propios del sector. Los médicos cardiólogos de guardia que desempeñan su especialidad en las tareas de todo el hospital, conforman el staff médico interviniente en la Unidad Coronaria, además de contar con 2 o 3 médicos de planta. El 90% de los pacientes llegan a esta unidad desde la guardia, también descompensados provenientes de otros servicios del hospital y de otros hospitales. Al ser un centro de derivación de hemodinamia, incluyendo la colocación de marcapasos, reciben pacientes derivados de otros efectores. De las 8 camas que posee, 2 se encuentran compartimentalizadas tabicadas con puerta corrediza para aislamiento de pacientes, las 6 camas restantes están boxeadas, separadas con material fijo tipo acrílico pero opaco.

El Jefe de Unidad Coronaria expresa que antes de la pandemia, el hospital se encontraba en un cierto equilibrio entre criticidad y disponibilidad, pero al aumentar las áreas críticas, éstas se irán ocupando rápidamente si los criterios de internación se van haciendo cada vez menos estrictos en la medida que existe disponibilidad. De este modo, afirma el mencionado jefe, los pacientes críticos internados en la UCO, cuando superan la criticidad continúan internados en la misma unidad por carecer de un lugar confiable para su traslado, teniendo que dar, inclusive, altas directas de la unidad coronaria.

Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.

En las unidades de cuidados intensivos neonatales la atención está cubierta las 24 horas por neonatólogos. La mayoría de los pacientes ingresan a la Unidad Neonatal desde la Sala de Partos, otros llegan desde Guardia y quedan internados porque así lo requieren, y otros desde otros sectores del servicio, como por ejemplo de Internación Conjunta por descompensaciones que demandan internación intermedia o desde Pediatría aquellos que fueron dados de alta y regresan con alguna manifestación de enfermedad, o niños que, aunque ya no son neonatos, como no se cuenta con terapia intensiva pediátrica, se los ingresa en Neonatología. Según lo manifestado por la Jefa de Unidad, neonato se considera hasta cumplido el primer mes de vida. El mayor porcentaje de pacientes internados es por prematurez. Esta Unidad tiene un nivel de alta complejidad destinada a bebés prematuros con un peso menor a 1500 gr. y con menos de 32 semanas de gestación, incluye asistencia respiratoria mecánica y ARM alta frecuencia. En la actualidad, muchas de las incubadoras utilizadas en el período 2020 como aislantes, fueron dadas de baja, las que quedaron en el sector de terapia intensiva se encuentran en buen estado. La terapia intermedia se nutre de la terapia intensiva, partos, internación conjunta y pacientes que ingresan por guardia.

**PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.**

ANEXO XVIII

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Se precisan algunas definiciones y acciones acerca de este tema.

Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su sitio oficial²⁷ expresa que *“La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos”*.

“La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente”.

“Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención”.

Reconociendo que la seguridad del paciente es una prioridad sanitaria mundial, la 72^a. Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución²⁸ sobre la seguridad del paciente que respalda el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, que los Estados Miembros celebrarán anualmente el 17 de septiembre.

²⁷ OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

²⁸ Resolución WHA 72.6 (Año 2019) – Acción mundial en pro de la seguridad del paciente.

Ministerio de Salud de Nación.

En el sitio web oficial del Ministerio de Salud de Nación se puede observar un apartado sobre gestión de calidad y seguridad del paciente²⁹.

Entre una serie de documentos y normativas se incluyen las “Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria – Reedición febrero 2021”.

En ese documento se define la seguridad del paciente como *“la disciplina que busca la prevención y reducción de daños prevenibles asociados a la atención médica. Las acciones para seguridad del paciente son el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que tiene por objeto minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de la salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención de la salud para diseñar e implementar barreras de seguridad y desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario asociado a la asistencia sanitaria”*. Tal documento despliega un marco conceptual de líneas de acción propuestas por la OMS y sienta las bases y recomendaciones sobre las acciones prioritarias que cada organización de salud deberá observar para mejorar la seguridad del paciente.

Por Resolución N° 2707/2019 del Ministerio de Salud de Nación se aprobó originalmente el documento mencionado elaborado en setiembre 2019. También por esta normativa se incorporó dicho instrumento al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Por Resolución N° 2801/2020 del Ministerio de Salud de Nación se aprobó la “Herramienta para la evaluación y mejora de la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria” que es un dispositivo útil para que las instituciones sanitarias, servicios o departamentos asistenciales puedan evaluar el grado de implementación de éstas, buscando establecer una línea de base, desde donde las instituciones puedan construir un plan de mejora, fortaleciendo la seguridad de la atención en los establecimientos sanitarios y promoviendo la mejora continua.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Ley N° 6455/21 instituye en el ámbito de la CABA el 17 de septiembre de cada año como el “Día de la Seguridad del Paciente”, en concordancia con lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud en el año 2019.

²⁹ <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/seguridadpaciente>.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO XIX

COMITÉS Y COMISIONES.

Se detalla seguidamente cuales son los comités y comisiones en donde participa personal de las unidades de cuidados intensivos de los 3 efectores analizados.

Hospital	Unidad	Comités y comisiones
Argerich	Terapia Intensiva A, B y ex Intermedia	Se participa de los Comités de Bioética, Farmacia y Crisis.
	Coronaria	Los integrantes de esta unidad no participan de ninguno de los comités del hospital.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	***
Fernández	Terapia Intensiva A, B y C	Se participa de los Comités de Bioética, CODEI, Trauma, Crisis e Infectología.
	Coronaria	Uno de los médicos de planta de la Unidad Coronaria integra el Comité de Ética e Investigación del hospital.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Personal del sector participa en los Comités de Lactancia y de Infectología, además en la Comisión de Toxicología y Adicciones del hospital.
Santojanni	Terapia Intensiva 1, 2 y 3	Hay un representante en el Comité de Ética, en C.O.D.E.I. (Comité de Docencia e investigación) y en los Subcomités de Hemoterapia, Nefrología y Hemodinamia.
	Coronaria	No participa en comités ni comisiones del hospital.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Esta Unidad participa semanalmente en ateneos conjuntos con el Servicio de Obstetricia, donde se convoca a todos los especialistas disertantes necesarios para tal efecto, dicha actividad se encuentra avalada por el Comité de Docencia e Investigación.

Como se puede apreciar, es muy variada la participación en comités y comisiones de las unidades de cuidados intensivos analizadas, aunque por el tipo de unidad no se nota la participación en similares comités de cada hospital.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO XX

INSUMOS.

Se describe información relevada acerca de la provisión de medicamentos y de insumos biomédicos considerando sobre todo el año 2020.

Hospital Argerich.

División Terapia Intensiva.

Respecto de la situación de los insumos durante el año 2020, la misma fue variando acorde al desarrollo de la pandemia y los requerimientos que fueron apareciendo, según lo expresado por el Jefe de División. Al inicio se presentaron dificultades con la provisión de los equipos de protección personal (EPP), en especial con las máscaras faciales, barbijos N95 y camisolines hemorrepelentes, tanto en lo referente a calidad como disponibilidad. Algo similar ocurrió con determinadas drogas (relajantes musculares, opiáceos, benzodiacepinas, etc.) cuyo alto consumo generalizado llevó a una franca disminución de su stock a nivel central y por ende a nivel local, pero jamás el sector estuvo con cero posibilidad de tratamiento dado que estuvo en disponibilidad el uso de drogas alternativas.

Unidad Coronaria.

Durante el año 2020 no hubo faltantes de medicamentos ni de insumos biomédicos. El sector cuenta con material descartable y medicamentos en stock suficiente para cubrir las necesidades de la unidad por 48 hs. ya que continuamente se realiza la reposición de lo necesario solicitando la provisión diariamente, asimismo, los requerimientos de fines de semana y feriados largos se previene reponiendo para dicha cantidad de días, los viernes.

La unidad cuenta con material descartable y medicamentos en stock suficiente para cubrir las necesidades de la unidad por lo menos por 48 hs. pero no por 72 hs. tal lo prescribe la Resolución Nº 375/2002 del Ministerio de Salud de Nación (Normas para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos cardiológicos), para establecimientos considerados de atención de alto riesgo.

Sección Neonatología.

En el período pandémico, la provisión de insumos en cuanto a medicamentos e insumos biomédicos ha sido suficiente, no hubo faltantes.

Hospital Fernández.

División Terapia Intensiva.

En relación a la provisión de insumos, no hubo faltantes de medicamentos, lo que faltó pudo ser todo aquello cuya falta era a nivel mundial y no particular, asimismo los insumos biomédicos, según lo expresado por el Jefe de División.

Unidad Coronaria.

No ha habido faltante de medicamentos e insumos biomédicos en el período 2020. Toda la medicación se obtiene en tiempo y forma a través de la farmacia del hospital.

La unidad cuenta con material descartable y medicamentos en stock suficiente para cubrir las necesidades de la unidad por lo menos por 72 hs. tal lo prescribe la Resolución N° 375/2002 del Ministerio de Salud de Nación (Normas para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos cardiológicos), para establecimientos considerados de atención de alto riesgo.

Sección Cuidados Intensivos Neonatales.

Respecto de la provisión de insumos en el período 2020, tanto de medicamentos como de insumos biomédicos, no hubo faltantes, todo lo contrario, según lo manifestado por la Jefa de Sección.

Hospital Santojanni.

Unidad Terapia Intensiva.

La provisión de medicamentos es organizada por un médico y el Jefe de enfermería y se cuenta con la firma del Jefe de Unidad, en forma diaria y con la ayuda de una farmacéutica para llevar control.

En relación a la provisión de insumos, por un lado están los descartables básicos (gasas, cintas, etc.) cuya lista es preparada por el Jefe de enfermería, y por otro lado están los descartables complejos (mangueras de respiradores, catéteres centrales, catéteres para diálisis, para punciones torácicas, para neonatología, marcapasos, y vías centrales) que se encarga el Jefe de Unidad.

De acuerdo a lo manifestado por el Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva, en el período 2020 hubo falta de varios medicamentos como así también de insumos (11 medicamentos y 5 insumos). Entre los medicamentos faltaba lo necesario para dormir a los pacientes, elemento esencial en la terapia, y entre los insumos, faltaban las mangueras para el respirador de transporte. Tales faltantes conllevaron a la presentación de una nota reclamando esos elementos en noviembre de 2020 y fueron provistos en enero de 2021.

Unidad Coronaria.

En período de pandemia, asevera el Jefe de Unidad, la provisión de medicamentos e insumos se vio afectada en un principio por una falta general, es decir, no era particular del hospital. Medicamentos como el fentanilo y el midazolam para la adaptación del paciente para la respiración mecánica, fueron parte de ese faltante, cuestión que complicó la atención, finalmente se regularizó. Personal de la farmacia del hospital acude al sector y verifica la indicación médica diaria a fin de ir proveyendo lo necesario. En cuanto a los insumos biomédicos, faltaban filtros para los respiradores ya que se comenzaron a utilizar indiscriminadamente por lo que bajó la cantidad disponible, debían recorrer el hospital para conseguir a préstamo y cubrir los faltantes. Llegó a ser un hecho natural la falta de insumos como por ejemplo la de los barbijos N95 que se usaban más tiempo del debido porque si se descartaban en tiempo válido de utilización luego no tenían reemplazo. Asimismo a los familiares que se les permitía el ingreso, se les debía proveer de un equipo EPP los cuales eran escasos aún para el personal. También había personal que usaba elementos de protección exageradamente gastando más allá de la lógica protección produciendo un déficit en la disponibilidad, de hecho, había administrativos que atendían detrás de un vidrio con uso exagerado de dichos elementos y a su vez, profesionales de la salud en áreas de atención, mayores de 60 años con poco material de intercambio siendo que se encontraban en permanente exposición, situación que generaba tensión laboral.

La unidad cuenta con material descartable y medicamentos en stock suficiente para cubrir las necesidades de la unidad por lo menos por 72 hs. tal lo prescribe la Resolución N° 375/2002 del Ministerio de Salud de Nación (Normas para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos cardiológicos), para establecimientos considerados de atención de alto riesgo.

Unidad Cuidados Intensivos Neonatales.

Considerando lo expresado por la Jefa de Unidad en los primeros 6 meses del período 2020 se atravesó por una situación muy difícil. La misma se fue

normalizando a mediados de año con los EPP que se proveyeron. En ese momento la entrega de materiales fue casi nula, era muy difícil conseguir insumos en Farmacia y los pocos recibidos eran de muy mala calidad, no hubo entrega de EPP, no se entregaban barbijos N95, escasa entrega de camisolines comunes quirúrgicos y de muy baja calidad. Los camisolines hemorrepelentes en los primeros meses no se recibieron, luego si pero de muy escasa cantidad. En esos meses mencionados no se entregaron antiparras ni mascarar faciales y luego se recibieron en muy escasa cantidad. También hubo muy escasa entrega de manoplas, no había alcohol en gel y poca entrega de alcohol al 70%, no se recibía amonio cuaternario. Se recibió una donación de mascarar faciales de un laboratorio.

En cuanto a insumos siempre están en déficit, como por ejemplo los cables de los saturómetros los cuales tienen una vida útil muy corta y se utilizan durante mucho tiempo siendo que son descartables. Durante la pandemia llegaron al hospital saturómetros y respiradores nuevos pero fueron para otros sectores.

Los medicamentos no faltan, el problema que se suscita es que muchos de ellos se mandan a preparar con la dosificación adecuada ya que originalmente son producidos en comprimidos que exceden la dosis aplicable, como ejemplo pueden venir de 20 mg. y hay que suministrar solo 0,05 mg. por edad y peso. Cabe mencionar que la medicación vía oral, que se debe pedir por compras, llega con mucho retraso.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.

ANEXO XXI

REGISTROS.

Se ha obtenido información relacionada con determinados registros y la situación existente en las unidades de cuidados intensivos.

Hospital Argerich.

Hospital Argerich			
Concepto	División Terapia Intensiva	Unidad Coronaria	Sección Neonatología
¿Está informatizada el área?	No.	Si.	Si.
¿Se lleva historia clínica electrónica?	No.	No.	No.
¿Hay en funcionamiento algún módulo de SIGEHOS?	No.	Si. Lo que se carga al sistema es la epicrisis. En este sistema los pacientes ya se encuentran incluidos por haberse atendido por consultorios externos, pero por carecer de módulo de internación es imposible cargar la evolución del paciente mientras se encuentra internado.	Si.
¿Qué registros se llevan en las unidades de	El servicio posee una base de datos donde figura el movimiento de pacientes, ingresos, edad y motivo. De	*Historia clínica. *Epicrisis.	El registro principal es la historia clínica que se pasa a una base de datos

atención médica?	igual modo se realizaba en el año 2020. Cada unidad tiene el registro del paciente internado con su evolución. A la base de datos global se puede acceder por Google Drive, y cada unidad posee su propia base de datos.	*Registro informático propio de las características basales previas, motivo de internación y lo que sucedió durante la misma hasta el alta o pase, el diagnóstico, las complicaciones, medicación, requerimiento de medidas especiales, marcapasos, etc.	propia. Se llevan planillas de presentismo. Se elaboró una nueva epicrisis que plasma exactamente lo que solicita el Ministerio de Salud. También se lleva libro de derivaciones de pacientes derivados y además a los recibidos.
¿Hay registros de pacientes rechazados en el período 2020?	No.	Si. En el registro informático propio.	No.
¿Hay registros de personal de salud contagiados con covid durante 2020?	No.	No. El registro del personal de salud contagiado durante el año 2020 lo realizaba la ART y el sector de Personal del hospital.	No.

En la División Terapia Intensiva sólo tienen acceso al SADE. Respecto del sistema SIGEHOS el acceso al mismo lo tiene el Departamento de Urgencias. Los inconvenientes informáticos que ha sufrido este servicio, se deben a la aparatología con la que cuenta el sector (computadoras anticuadas). Esta división cuenta actualmente con 1 secretaria como personal administrativo, mientras que en el año 2020 no había ninguna persona para esta función.

Según manifiesta el Jefe de Unidad Coronaria, no existe la modalidad de contar con historia clínica electrónica para el sector de internación. Cabe destacar que durante el período pandémico se realizaba la registración de igual forma.

La Jefa de Sección Neonatología expresa que no hay historia clínica electrónica porque es un formato que sólo se lleva en consultorios externos, pero no en internación. Las planillas de presentismo son entregadas al área de recursos humanos una vez por semana. En el año 2020 se llevaban los mismos circuitos.

Hospital Fernández.

Hospital Fernández			
Concepto	División Terapia Intensiva	Unidad Coronaria	Sección Cuidados Intensivos Neonatales
¿Está informatizada el área?	Si. El servicio se encuentra informatizado mediante una intranet que el mismo servicio gestionó para los médicos del área que costean los mismos, no cuentan con computadoras provistas por el Ministerio de Salud para hacer las indicaciones, las que poseen son propias de los médicos o alguna donación, como así también sillas y sillones de la oficina, de la sala y de la recepción que se encuentran declaradas en el área de patrimonio del hospital. No obstante se posee dos computadoras provistas por el Ministerio de Salud pero una la tiene el secretario y otra enfermería que las utilizan pero no hace al requerimiento de la UTI.	Si.	Si.
¿Se lleva historia clínica electrónica?	No. Es de uso exclusivo en los consultorios externos.	La unidad desarrolló oportunamente una base de datos propia donde se vuelcan las historias clínicas de los pacientes.	La historia clínica electrónica es propia armada en una base de datos interna.
¿Hay en funcionamiento algún módulo de SIGEHOS?	No. Es muy poco operativo para el área, dado a que por la tarde por falta de personal administrativo no hay quien lo	No. Este sistema aún no se encuentra adaptado para	No. Hay en funcionamiento un módulo de SIGEHOS pero para la parte de

	cargue, además que no posee el módulo para internación.	el área internación.	consultorios externos neonatales.
¿Qué registros se llevan en las unidades de atención médica?	En cuanto a los registros administrativos, el servicio depende de los que generan Admisión y Estadística del hospital. La historia clínica en papel la abre Admisión y Egresos, la cierra el médico al dar el alta del paciente y el secretario del área la devuelve a Admisión. Al carecer de personal administrativo suficiente, no se puede llevar un sistema de registración más completo como sería una base de datos propia.	La unidad cuenta con una base de datos propia llevando en la misma las historias clínicas y las epicrisis. Esta base se generó en conjunto con otros hospitales públicos y privados que aún la utilizan, a través del Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica (GEDIC).	Entre los registros que se llevan se encuentran el reporte de presentismo, bases de datos varias donde se asientan los pacientes internados (ingresos, registros de mortalidad, de morbilidad, de infectología, retinopatía del prematuro – ROP, encefalopatía hipóxico-isquémica, enfermedades infecciosas perinatales, prematuros extremos, Red Neocosur latinoamericana y Programa de Pesquisa Neonatal – FEI), actividad perinatal de nacimientos de fetos con malformaciones, etc.
¿Hay registros de pacientes rechazados en el período 2020?	No.	No.	Si. Corresponde a los rechazados por falta de lugar.
¿Hay registros de personal de salud contagiados con covid durante 2020?	No.	No. Esta información la tiene el hospital.	No. Esta información la posee la oficina de Epidemiología.

De acuerdo a lo manifestado por el Jefe de División Terapia Intensiva, ante la complejidad de asistencia que enfrenta la terapia intensiva, no contar con computadoras para realizar registros e indicaciones, dificulta completamente la tarea, por tal razón los mismos médicos se han capacitado en sistemas y han provisto de su peculio lo básico al respecto y es con lo que cuentan en la actualidad.

Hospital Santojanni.

Hospital Santojanni			
Concepto	Unidad Terapia Intensiva	Unidad Coronaria	Unidad Cuidados Intensivos Neonatales
¿Está informatizada el área?	No	*El sector cuenta con red del GCBA actualmente, pero no en época de pandemia 2020	*El área se encuentra preparada para la conexión, pero carece del pasaje de cables necesario para establecerla
¿Se lleva historia clínica electrónica?	No	No. (Sólo se lleva en consultorios externos para pacientes ambulatorios)	No
¿Hay en funcionamiento algún módulo de SIGEHOS?	No	*Se puede acceder al SIGEHOS pero solo para ver datos de algún paciente, no se puede usar como herramienta	No
¿Qué registros se llevan en las unidades de atención médica?	*Historia clínica *Ingreso y egreso de pacientes *Estadísticas internas (procedimientos, cultivos, antibióticos, diagnósticos, etc.)	*Planilla de ingreso con los datos del paciente *Epicrisis *Admisión de pacientes	*Planillas de ingresos *Planilla de egresos *Planilla de pases *Planilla de traslados *Planilla de fallecidos
¿Hay registros de pacientes rechazados en el período 2020?	No.	No	*No se rechazan pacientes
¿Hay registros de personal de salud contagiados con covid durante 2020?	No.	No (El sector de Infectología era el que llevaba una estadística del personal contagiado)	No

La Unidad de Terapia Intensiva no se encuentra informatizada y se encuentra sin acceso a la historia clínica electrónica. Falta la conexión a la red del GCABA. Se proveyó de 4 computadoras en las cuales sólo se utiliza el sistema operativo Windows.

El sistema SIGEHOS funciona pero en el área de Guardia. La epicrisis, ingreso, evolución y egreso de cada paciente se registra en planillas de Excel y archivos en Word y se resguardan en un pen drive interno que maneja la secretaria con la que cuentan desde abril de 2022, anteriormente el registro lo llevaba a cabo el Jefe de Unidad.

En la Unidad Coronaria los registros llevados están en archivo excel. La planilla de ingreso contiene datos del paciente que incluyen nombre, apellido, edad, teléfono, y obra social si la tiene, fecha de ingreso, motivo de internación, diagnóstico, fecha de alta y destino post UCO. La epicrisis se confecciona en base de datos access y queda registrada en una nube.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales la única facilitación adquirida ha sido la posibilidad de ver los resultados de laboratorio por internet. Las planillas de diversos registros se llevan separadamente para su posterior envío. Desde el área de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud se requiere el relevamiento de todos los pacientes, de cada ingreso al servicio incluyendo la razón, su diagnóstico y cantidad de días con oxigenoterapia. Estos datos se vuelcan en una planilla de excel una vez que el niño se va de alta. Asimismo se realiza un relevamiento de pacientes que requieren tratamiento por retinopatía del prematuro, volcándose en otra base de datos perteneciente al Ministerio de Salud de Nación donde trabaja un grupo que se encarga de la prevención de la ceguera en la infancia, del cual la Jefa de Unidad forma parte. Esta Unidad es una entre las más de 200 que participan en el programa en base a los datos aportados de los pacientes con y sin retinopatía a partir de los cuales se evalúa la funcionalidad y efectividad en la misión del servicio como una medida de calidad de atención. La retinopatía del prematuro como la sepsis y la displasia broncopulmonar, miden esa calidad. En el año 2020 se recibieron pacientes derivados que fueron agregados al libro de ingresos y a su vez han tenido que derivar a otros sectores por recuperación de estado crítico y también a otros efectores por cirugía neonatal ya que no se cuenta con cirugía, la cual se halla concentrada en los hospitales pediátricos. Desde agosto de 2022, una médica del Servicio de Pediatría se encarga de relevar a los recién nacidos de alto riesgo para generar el Reporte para Recién Nacido de Alto Riesgo que junto con la epicrisis es enviado por el Plan Sumar al Ministerio de Salud de Nación.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO XXII

SERVICIOS TERCERIZADOS.

Se detalla información de las distintas unidades de cuidados intensivos bajo análisis, en relación al funcionamiento de determinados servicios tercerizados que se llevan a cabo en esos sectores. A tal efecto se ha considerado clasificar la información obtenida en si el servicio es “bueno, regular o malo”, más allá de contemplar asimismo ampliaciones conceptuales acerca de los mencionados servicios. En este caso se han agrupado los sectores en terapia intensiva, coronaria y cuidados neonatales de cada hospital.

Servicio de limpieza.

Hospital	Unidad	Concepto	Detalles
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	Regular	<i>“A veces la sala no se encuentra tan limpia”.</i>
	Coronaria	Bueno	<i>“Su servicio es bueno”.</i>
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	<i>“Su servicio es bueno y no tiene falencias”.</i>
Fernández	UTI A, B y C	Malo	<i>“Es la misma empresa hace 40 años y su servicio es deficiente debido a que carece de control por parte del contratante”.</i>
	Coronaria	Regular	<i>“Tiene falencias”</i>
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Regular	<i>“Por la calidad de la limpieza”.</i>
Santojanni	UTI 1, 2 y 3	Malo	<i>“Deficiente”</i>
	Coronaria	Bueno	<i>“En general es bueno, depende de la dotación de personal que envíe la empresa”</i>
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Regular	***

Servicio de limpieza		
Concepto		%
Bueno	3	33%
Regular	4	45%
Malo	2	22%
Total	9	100%

Se desprende de la información previa que en un 22 % el servicio está considerado como "malo" por los jefes de las unidades de cuidados intensivos. En este caso se trata de la División de Terapia Intensiva del Hospital Fernández y la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santojanni.

Hospital Argerich.

Según lo manifestado por el Jefe de División Terapia Intensiva, la sala a veces no se encuentra tan limpia, la diferencia se establece ante cambios en el personal de limpieza.

La empresa contratada es SEHOS S.A.

Hospital Fernández.

La empresa contratada es Mig S.A.

Hospital Santojanni.

La empresa contratada es Indaltec S.A.

Servicio de mantenimiento edilicio.

Hospital	Unidad	Concepto	Detalles
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	Bueno	<i>"Dentro de lo que se puede realizar, es bueno. Debe considerarse que a sala llena es imposible generar polvo y las camas no se pueden sacar, por lo que se puede hacer es limitado a la hora de resolver roturas y la solución acaba siendo un parche. No es lo ideal pero es lo posible".</i>
	Coronaria	Regular	<i>"En cuanto al mantenimiento edilicio, el mismo se encuentra duplicado entre el sector de mantenimiento del hospital y la empresa SEHOS por lo que la prestación es regular ya que se dirimen las tareas entre ambos y no existe un límite claro de las responsabilidades de cada uno de ellos".</i>
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	<i>"El servicio es bueno, aunque podría mejorar, sobre todo en la resolución de problemas con los drenajes tapados".</i>
Fernández	UTI A, B y C	Malo	<i>"Es la misma empresa hace 40 años y su servicio es deficiente debido a que carece de control por parte del contratante".</i>
	Coronaria	Regular	<i>"Tiene falencias"</i>
	Cuidados Intensivos e	Regular	<i>"No cubre todos los requerimientos de nuestro servicio".</i>

	Intermedios Neonatales		
	UTI 1, 2 y 3	Malo	<i>“Deficiente”.</i>
	Coronaria	Malo	<i>“El servicio es malísimo, tiene falencias en los tiempos, los reclamos y las solicitudes para que acudan son constantes y aún así no van a pesar de ser un servicio preventivo”.</i>
Santojanni	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Malo	<i>“No se consigue lo que se necesita, el funcionario de recursos físicos que opera como nexo con la empresa a cargo, no responde, existe dilación importante en las respuestas. Durante años hubo problemas con la presión de oxígeno y su mantenimiento y recién en la actualidad se logró la colocación del medidor de presión y alarmas. Todo lo referente al oxígeno y su mantenimiento está compartido entre el sector de mantenimiento del hospital y la empresa tercerizada pero lamentablemente, pueden concurrir ante un reclamo, pero no lo resuelven, tampoco lo hacen frente al grave problema de las cañerías de terapia intermedia que se desbordan continuamente”.</i>

Servicio de mantenimiento edilicio		
Concepto		%
Bueno	2	22%
Regular	3	33%
Malo	4	45%
Total	9	100%

Se desprende de la información previa que en un 45 % el servicio está considerado como “malo” por los jefes de las unidades de cuidados intensivos. En este caso se trata de la División de Terapia Intensiva del Hospital Fernández y los 3 sectores de unidades de cuidados intensivos del Hospital Santojanni.

Hospital Argerich.

La empresa contratada es SEHOS S.A.

Hospital Fernández.

La empresa contratada es Mig S.A.

Hospital Santojanni.

La empresa contratada es Indaltec S.A.

Servicio de seguridad.

Hospital	Unidad	Concepto	Detalles
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	***	“El servicio no cuenta con seguridad”.
	Coronaria	Bueno	“La UCO no cuenta con personal de seguridad asignado al área, sólo con cámaras en los pasillos. El servicio es bueno ya que recurren rápidamente ante cualquier requerimiento”.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	“El servicio es bueno, aunque su personal es femenino y ante gente violenta se limita su función”.
Fernández	UTI A, B y C	***	“El servicio de seguridad es para todo el hospital y no se cuenta con dicho personal en el sector de intensivas”.
	Coronaria	Malo	“Tiene falencias”.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	***
Santojanni	UTI 1, 2 y 3	***	“El sector no cuenta con servicio de seguridad”.
	Coronaria	***	“La unidad no cuenta con servicio de seguridad”
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	***	“El servicio no cuenta con servicio de seguridad”

Servicio de seguridad		
Concepto		%
Bueno	3	33%
Regular	0	0%
Malo	1	11%
N/A	5	56%
Total	9	100%

Se desprende de la información previa que en un 11 % el servicio está considerado como “malo” por los jefes de las unidades de cuidados intensivos. En este caso se trata de la Unidad Coronaria del Hospital Fernández. Cabe considerar en esta oportunidad que hay 5 sectores que no cuentan con servicio de seguridad en sus áreas, conformando esta situación el 56% de los sectores consultados.

Hospital Argerich.

Según lo expresado por el Jefe de División Terapia Intensiva, la empresa que presta el servicio de seguridad en el hospital es Murata S.A., aunque el sector de Terapia Intensiva no cuenta con seguridad. No solo ha habido muchos robos en general en el hospital, sino que en el año 2017 el Jefe de División recibió una golpiza por parte de familiares de un paciente, roturas de vidrios, amenazas, etc. A fin de prevenir estas situaciones, en el año 2019, con la anterior jefa del área, se colocó una entrada digital para que el ingreso se realice mediante una clave.

Hospital Fernández.

El Jefe de la División Terapia Intensiva ha informado que el servicio de seguridad es para todo el hospital y que no se cuenta con dicho personal en el sector de terapia intensiva.

La empresa es Briefing Security S.A.

Hospital Santojanni.

De acuerdo a lo manifestado por el Jefe de la Unidad Terapia Intensiva, en ocasiones han tenido que solicitar la presencia de un guardia, el que acude de mala gana poco tiempo, siendo que se han suscitado varios robos en el sector, además de maltrato a los profesionales por parte de familiares de pacientes. En este último sentido el jefe reconoce que cuando se carece de paciencia por parte de los profesionales, no comunicar adecuadamente, dar mal los informes o que éstos sean escuetos, o con mal tono, produce aumento de la violencia y que negociar explicando claramente y con paciencia puede contrarrestar cualquier hostilidad. Se han recibido amenazas hasta con portación de armas. Ante la consulta al mencionado jefe sobre si cuenta con notas de reclamo sobre la falta de servicio de seguridad en su sector, ha expresado que solamente hubo reclamos verbales y con soluciones en el momento pero sin continuidad.

A los familiares se les proveía de equipo de protección personal para entrar a la sala de internación.

Tal como lo ha exteriorizado el Jefe de Unidad Coronaria, no se cuenta con servicio de seguridad para el área a pesar de haberlo solicitado a la Dirección del hospital en varias oportunidades. En el área crítica ingresan pacientes con condiciones clínicas complicadas con una sobrevivencia a la hemodinamia que puede precipitarse fatalmente y no hay nadie que contenga la reacción de familiares ante los decesos. No se respeta la zona de área restringida, sin contar los robos reiterados de pertenencias personales y hasta aparatología

del hospital. En el período 2020 no entraba gente al hospital con lo cual estaba contenida la situación.

Según lo expresado por la Jefa de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, sólo hay un agente en el ingreso a Maternidad (Internación Conjunta). En Neonatología únicamente en situaciones particulares pueden solicitar un agente para el sector. Se tiene pedido una puerta con timbre para el ingreso a Terapia Intensiva.

La empresa contratada para el hospital es Comahue Seguridad Privada S.A.

Servicio de recolección de residuos patogénicos.

Hospital	Unidad	Concepto	Detalles
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	Bueno	***
	Coronaria	Bueno	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	***
Fernández	UTI A, B y C	***	No informo.
	Coronaria	Bueno	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	***
Santojanni	UTI 1, 2 y 3	Malo	<i>“Es la misma empresa que realiza el servicio de limpieza. La falencia está en la recolección que no se realiza en tiempo y forma”.</i>
	Coronaria	Bueno	<i>“Una mucama se encarga de colocar y retirar las bolsas y cubre bien el servicio”.</i>
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	<i>“Se encuentra estandarizado y cumple”.</i>

Servicio de recolección de residuos patogénicos		
Concepto		%
Bueno	7	78%
Regular	0	0%
Malo	1	11%
Sin datos	1	11%
Total	9	100%

Se desprende de la información previa que en un 11 % el servicio está considerado como “malo” por los jefes de las unidades de cuidados intensivos. En este caso se trata de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital

Santojanni. Cabe considerar en esta oportunidad que hay 1 sector que no ha brindado la información.

Hospital Argerich.

La empresa contratada es Hábitat Ecológico S.A.

Hospital Fernández.

La empresa es Mig S.A.

Hospital Santojanni.

El Jefe de la Unidad Terapia Intensiva manifiesta que en el sector se respeta el uso de los tachos provistos descartando en ellos todo residuo patogénico.

El Jefe de la Unidad Coronaria expresa que a pesar que el servicio estaba bien cubierto, se tuvo que reclamar a través de nota al sector de recursos físicos la colocación de dos tachos para cada cama, uno para bolsa roja y otro para bolsa negra porque carecían de los mismos y muchos residuos para bolsa roja terminaban en las bolsas negras, en la actualidad se encuentra solucionado y cada cama cuenta con los dos tachos correspondientes.

La empresa contratada es Hábitat Ecológico S.A. El transporte interno desde el punto de generación, hasta el acopio intermedio y el acopio final, es realizado por la empresa Indaltec S.A.

Servicio de recolección de residuos líquidos peligrosos.

Hospital	Unidad	Concepto	Detalles
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	Bueno	***
	Coronaria	***	No informo.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	***
Fernández	UTI A, B y C	***	No informo.
	Coronaria	Bueno	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	***
Santojanni	UTI 1, 2 y 3	Malo	"La falencia está en la recolección que no se realiza en tiempo y forma".
	Coronaria	***	"El sector no genera líquidos peligrosos".
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	***	"El sector no produce líquidos peligrosos"

Servicio de recolección de residuos líquidos peligrosos		
Concepto		%
Bueno	4	45%
Regular	0	0%
Malo	1	11%
Sin datos	2	22%
No genera líquidos peligrosos	2	22%
Total	9	100%

Se desprende de la información previa que en un 11 % el servicio está considerado como “malo” por los jefes de las unidades de cuidados intensivos. En este caso se trata de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santojanni. Cabe considerar en esta oportunidad que hay 2 sectores que no han brindado la información y otros 2 sectores que informaron que no generan residuos líquidos peligrosos.

Hospital Argerich.

La empresa contratada es R.C. Radiología Castelar S.R.L. Según lo informado por el Jefe de la Unidad Coronaria, el sector no tiene residuos diferenciados en líquidos y sólidos.

Hospital Fernández.

La empresa es MIG S.A.

Hospital Santojanni.

La empresa contratada es Traeco S.A. El transporte interno desde el punto de generación, hasta el acopio intermedio y el acopio final, es realizado por la empresa Indaltec S.A.

Servicio de elaboración y distribución de comida.

Hospital	Unidad	Concepto	Detalles
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	Regular	“Los pacientes tienen dieta acorde a su patología, pero los médicos a veces no utilizan el servicio”.
	Coronaria	Malo	“Por la calidad de las materias primas, especialmente carne vacuna”
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Malo	“El servicio de comida para el personal de guardia es malo en cantidad y calidad”
Fernández	UTI A, B y C	Malo	“El servicio de comida es de mala calidad”
	Coronaria	Bueno	***

	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Bueno	***
Santojanni	UTI 1, 2 y 3	Malo	<i>“Es de muy mala calidad pero igualmente comen todos los pacientes y parte del personal de lo que la empresa provee”.</i>
	Coronaria	Bueno (pacientes) Regular (personal)	<i>“Es bastante bueno el servicio para los pacientes y regular para el personal”.</i>
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Regular	<i>“El servicio es para el personal y las madres internadas, es regular en calidad y cantidad”.</i>

Servicio de elaboración y distribución de comida		
Concepto		%
Bueno	3	30%
Regular	3	30%
Malo	4	40%
Total	10	100%

Se han recibido 10 opiniones en este caso porque hay dos opiniones vertidas por el sector de Unidad Coronaria del Hospital Santojanni (una en relación a pacientes y otra en relación a personal).

Se desprende de la información previa que en un 40% % el servicio está considerado como “malo” por los jefes de las unidades de cuidados intensivos. En este caso se trata de la Unidad Coronaria y la Sección Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales del Hospital Argerich, de la División Terapia Intensiva del Hospital Fernández y de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Santojanni.

Hospital Argerich.

La empresa contratada es Sucesión de Rubén Martín S.A.

Hospital Fernández.

La empresa contratada es Siderum S.A.

Hospital Santojanni.

La empresa contratada es Servicios Integrales de Alimentación S.A.

El Jefe de Unidad Terapia Intensiva manifestó que si bien a los pacientes de terapia intensiva se les administra alimentación por vía parenteral en general, los pacientes recuperados ya no intubados deben comer, en este sentido un

té con galletitas es aceptable pero los almuerzos y las cenas no lo son. Menciona además que el hospital cuenta con buenas nutricionistas pero no visitan el sector de terapia.

El Jefe de la Unidad Coronaria dijo que las indicaciones para los pacientes se realizan a través de la nutricionista del hospital. La falla está en cantidad y calidad, sobre todo en la tardanza cuando se cambian las indicaciones. Cabe mencionar que en la primera semana de setiembre de 2022, el hospital dispuso que los médicos coman en el comedor del hospital que se encuentra en el primer subsuelo y que sólo tiene 30 plazas para lo cual los mismos deberían abandonar su lugar de atención por mucho tiempo y el perjuicio recae en especial sobre los médicos de guardia que se ausentarían por lo menos una hora y media para tal efecto lo cual en la práctica se hace imposible. En el año 2020 se proveía la comida en el servicio a personal y pacientes.

La Jefa de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales expresó que la alimentación para bebés por vía parenteral se obtiene por licitación y se provee directamente al servicio. Asimismo, también, la alimentación por vía enteral, leches maternizadas especiales, son más concentradas, aunque en general se utiliza la leche humana pero la misma precisa de fortificadores que vienen en sobres para hacerlas sustanciosas ya que es necesario poder fortificar la leche materna deficiente de nutrientes y así favorecer el desarrollo normal del bebé, no sólo del cuerpo y músculos sino también de su sistema nervioso. Además se utilizan leches para prematuros. En el período 2020 no se contó con los fortificadores, recién fueron recibidos en enero de 2022.

Servicio de lavado de ropa.

Hospital	Unidad	Concepto	Detalles
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	Regular	<i>“Se percibe que a veces hay faltante de ropa pero no se puede asegurar que la falta provenga del servicio de lavado”.</i>
	Coronaria	Bueno	***
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Regular	<i>“El servicio es regular en cuanto a tiempos de entrega y cantidad”.</i>
Fernández	UTI A, B y C	Malo	<i>“Es un servicio deficiente, el personal médico debe ocuparse de la suya siendo que en ella transporta residuos patogénicos”.</i>
	Coronaria	Regular	<i>“Tiene falencias”</i>
	Cuidados Intensivos e	Bueno	<i>“Falla la regularidad”.</i>

	Intermedios Neonatales		
Santojanni	UTI 1, 2 y 3	Regular	<i>“La entrega de sábanas es a destiempo y vuelve la mitad de lo que se envió a lavar”.</i>
	Coronaria	Malo	<i>“El servicio es pésimo, se pierde la ropa llegando a un faltante que los pacientes a veces duermen en descartables. Los fines de semana o los feriados a veces no hay ropa para el personal. Las sábanas que se retiran no coinciden con las que llegan porque no existe un conteo entre lo que sale y lo que vuelve, depende de Enfermería”.</i>
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	Regular	<i>“Es regular dado que se pierde mucha cantidad de ropa. El tema se presenta con la ropa de cama, debido a que el personal utiliza atuendo descartable y los bebés usan sólo el pañal, si usan alguna ropita es propia provista por cada mamá”.</i>

Servicio de lavado de ropa		
Concepto		%
Bueno	2	22%
Regular	5	56%
Malo	2	22%
Total	9	100%

Se desprende de la información previa que en un 22% % el servicio está considerado como “malo” por los jefes de las unidades de cuidados intensivos. En este caso se trata de la División Terapia Intensiva del Hospital Fernández y de la Unidad Coronaria del Hospital Santojanni.

Hospital Argerich.

La empresa contratada es Lavadero Anca S.A.

La Jefa de Sección Neonatología comentó que el servicio de lavado de ropa es realizado sólo para las sabanitas de los bebés ya que los médicos proveen su propia ropa (sus uniformes y sábanas personales para el descanso de guardia).

Hospital Fernández.

La empresa contratada es Tex Care Argentina S.A.

Hospital Santojanni.

La empresa contratada es Tex Care Argentina S.A.

PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A. Fernández – Gestión.

ANEXO XXIII

OTRAS AUDITORÍAS.

Se ha consultado sobre la realización de otras auditorías y/o informes efectuados por otros organismos en relación con las unidades de cuidados intensivos.

Hospital	Unidad	UAI Ministerio de Salud	SIGEB A	Otros
Argerich	UTI A, B y ex Intermedia	No.	No.	No.
	Coronaria	No.	No.	No. Se realiza un control interno a través de sus propios registros de morbilidad mensual de acuerdo a las distintas patologías y a la tasa de infecciones, realizado por el Jefe de Unidad.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	No.	No.	No.
Fernández	UTI A, B y C	No.	No.	No.
	Coronaria	No.	No.	No.
	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	No.	No.	Hace aproximadamente 8 años se realizó una auditoría externa por parte de una ONG americana que ofreció emitir un informe de calidad en el sector del cual se salió muy bien fortalecido, según expresa la Jefa de Sección.
Santojanni	UTI 1, 2 y 3	No. La UAI ministerial ha ido al hospital pero no a esta área.	No.	No.
	Coronaria	No.	No.	No. Nunca han tenido auditoría en el sector y por ende ningún informe de ningún tipo.

“1983-2023. 40 Años de Democracia”

	Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales	No.	No.	No. La única auditoría, según la Jefa de Unidad, que se presentó en el servicio, fue enviada del Ministerio de Salud a fin de verificar las necesidades del mismo, pero no se emitió ningún informe y, a pesar del pedido realizado, se recibió un porcentaje muy bajo de lo solicitado considerando que el sector de aislamiento no puede compartir lo de las otras áreas.
--	--	-----	-----	---

Se puede notar que las unidades de cuidados intensivos analizadas no han tenido auditorías de la UAI del Ministerio de Salud, ni de SIGEBA, por lo tanto tampoco hay informes efectuados.

**PROYECTO 3.21.04 – Unidad de Cuidados Intensivos en Hospitales
Agudos de Alta Complejidad: D. F. Santojanni, Dr. C. Argerich y Dr. J. A.
Fernández – Gestión.**

ANEXO XXIV

PACIENTES CON OBRA SOCIAL.

Se describen a continuación determinados conceptos relacionados con la detección de pacientes con obra social que se desarrollan en las áreas de las unidades de cuidados intensivos.

❖ **Hospital Argerich.**

División Terapia Intensiva. Cuando se cierra una historia clínica se deriva a facturación y luego va a archivo.

Unidad Coronaria. Si el paciente cuenta o no con obra social, se conoce al momento de admisión en el que el paciente lo informa, por lo que la solicitud de los elementos necesarios a cubrir por obra social como el material biomédico, stents, marcapasos, etc. lo solicitan los médicos directamente a Facturación. Según manifiesta el Jefe de Unidad, en el caso de las solicitudes a PAMI, existe personal administrativo en el hospital de FACOEP SE. Las demoras de estos procesos de solicitud y de compras complican en general la situación del paciente, por lo que cuando se hace urgente la situación se pide la excepción para la compra inmediata. Estos insumos son muy costosos y no se puede tener stock.

Sección Neonatología. Las historias clínicas completas se llevan al sector Arancelamiento junto con un libro en el cual se anota el número de historia clínica, nombre del paciente y fecha de nacimiento; Arancelamiento la desdobra entre los que tienen obra social y los que no para finalmente archivarlas.

❖ **Hospital Fernández.**

División Terapia Intensiva. Sobre detección y facturación por prestaciones de pacientes con obra social, se ocupa el área de Facturación y Auditoría del hospital, que en la actualidad se desempeña con mucha efectividad, siendo que el Hospital Fernández y este servicio son los que más facturación realizan en el sistema de salud del GCBA. Cuando el sector de Admisión y Egresos abre la historia de un paciente con todos sus datos, recaba también lo correspondiente a la obra social o medicina prepaga que el mismo posea. Este

servicio cuenta con stock de insumos propios para su utilización inmediata o bien los solicita a Farmacia, luego lo utilizado se asienta en la historia clínica del paciente y después el hospital se encarga de facturar a la obra social correspondiente. El servicio cuenta con un médico auditor que controla las historias clínicas para ver que se completen correctamente para ser enviadas posteriormente a Facturación.

Unidad Coronaria. De la detección y facturación de pacientes con obra social se encarga el sector Facturación del hospital, siendo que en la admisión del paciente se registra ese dato.

Sección Cuidados Intensivos Neonatales. La facturación de pacientes con obra social, la realiza el sector Facturación del hospital con personal abocado a esa tarea.

❖ **Hospital Santojanni.**

Unidad de Terapia Intensiva. La detección de pacientes con obra social es realizada con Farmacia y con la Gerencia del área administrativa del hospital. Generalmente el paciente o su familiar presenta su carnet de afiliación en el sector Admisión o los administrativos a través del sistema buscan los datos para elevar a facturación.

Desde el sector de terapia intensiva, se remite a facturación el detalle de los estudios realizados al paciente y esa área factura a la obra social o prepaga correspondiente. La falta de personal administrativo conlleva a un retraso en este circuito. Cabe destacar que la mayoría de las veces, a Terapia Intensiva, llegan los pacientes sin haber realizado la admisión por la misma urgencia de su atención, provienen desde el Shock Room que no cuenta con secretaria para recopilar los datos del paciente.

Unidad Coronaria. Sobre la verificación de existencia de obra social de los pacientes a fin de realizar la facturación correspondiente, se ocupa el sector de prestaciones de facturación, el cual cuenta con el dato pertinente en la primera planilla de internación. En ocasiones personal de esa área pasa por el servicio para chequear algún nuevo ingreso dado que el sector de prestaciones solo funciona por la mañana y a veces los pacientes o sus familiares no tienen el tiempo de pasar por esa oficina. En el egreso de cada paciente se lleva su planilla al servicio para que los médicos firmen.

Unidad Cuidados Intensivos Neonatales. Si el paciente declara existencia de obra social o medicina prepaga, el sector de Facturación se encarga del tema.