



# Dirección General de Programa Integrado de Salud

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD



SI.PRO.SA

Nº 6 JULIO 2015-TUCUMÁN ARGENTINA



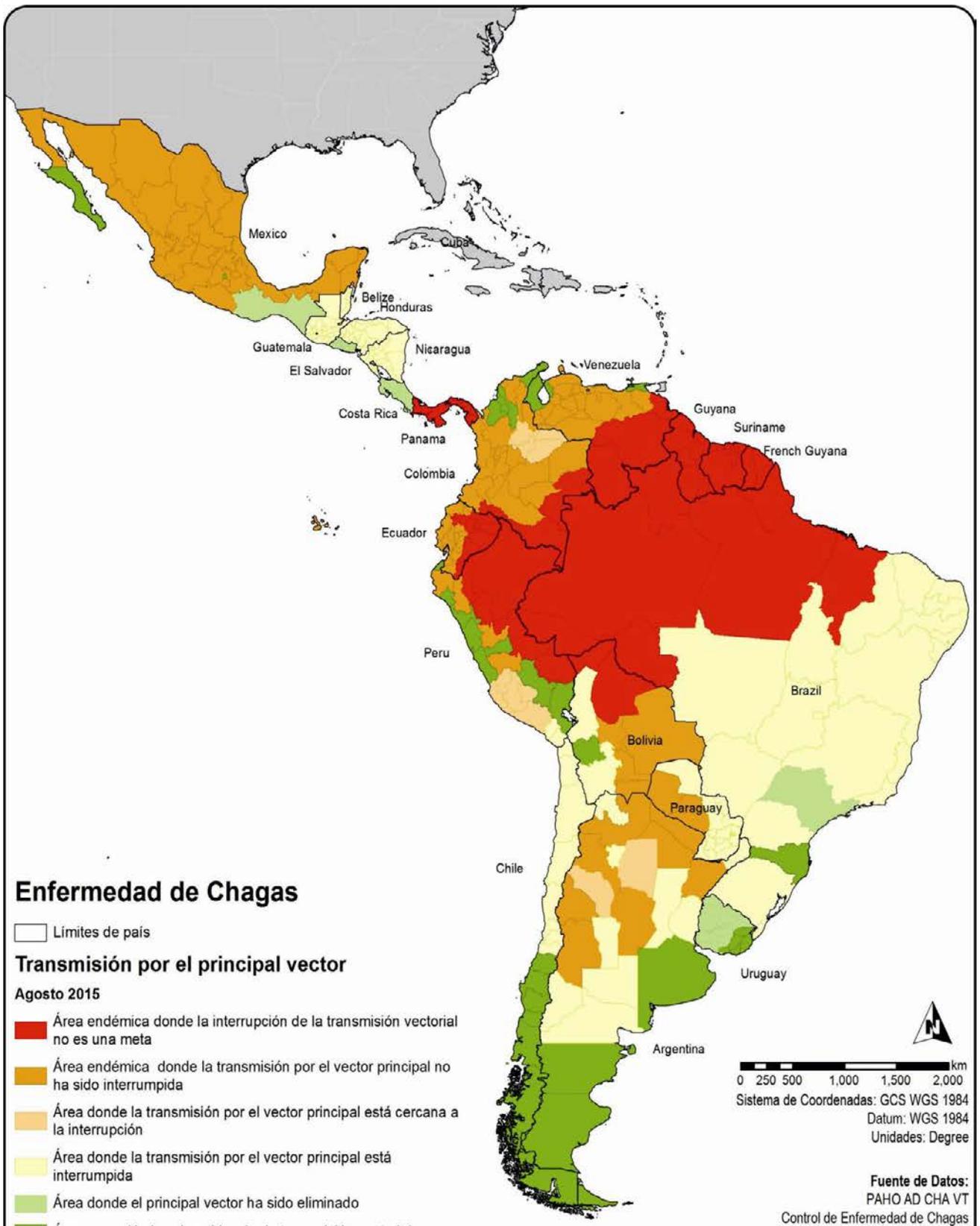
## TUCUMÁN LOGRÓ LA CERTIFICACIÓN COMO LIBRE DE TRANSMISIÓN VECTORIAL DE TRYPANOSOMA CRUZI

Nuestra provincia obtuvo el “máximo estatus internacional” en el control de la Enfermedad de Chagas por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tras evaluar la situación epidemiológica y las acciones desarrolladas de prevención, control y atención de la enfermedad. Indicadores de resultados y medidas dirigidas.

**Centro de Rehabilitación  
para Personas con  
Baja Visión**

**Salud Integral del  
Adolescente**

**El PRIS en las redes  
Sociales**



© Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015. Todos los derechos reservados.  
 Este mapa está diseñado para representación general de los datos y de la geografía y para ser utilizado como una herramienta de exploración. No para su modificación, reproducción, publicación o distribución fuera de la OPS-OMS y de sus estados miembros, sin permiso. Los límites, nombres y títulos usados en este mapa no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la OPS-OMS sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, ni de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras o límites.

## AUTORIDADES

Dr. Pablo Yedlin  
Ministro de Salud Pública de  
Tucumán

Dr. Fernando Avellaneda  
Secretario Ejecutivo Médico

C.P.N. José Gandur  
Secretario Ejecutivo Administrativo  
Contable

Dra. Sandra Tirado  
Directora del Programa Integrado de  
Salud

Dr. Hugo Jovanovics  
Director de Salud de las Personas del  
Programa Integrado de Salud

C.P.N Ricardo Bringas  
Gerente del Programa Integrado de  
Salud

## EQUIPO

Lic. Solana María Posse  
EDITORA GENERAL DE LA REVISTA

Lic. Gladys Norma Gareca  
DISEÑO GRÁFICO

**COLABORAN EN ESTE NÚMERO:**  
Dra. Verónica Rubatti, Dr. Juan  
Palavecino, Dra. Ana Cadiñanos, Lic.  
Nancy Medina, Dra. Antonia Lavenis,  
Dra. Alicia Saad, Coord. Rosy Ceballos,  
Dra. Diana Waisman y equipo del  
Centro de Rehabilitación para  
Personas con Baja Visión, entre otros.

### Más información:

Área Recursos Humanos  
Programa Integrado de Salud  
Piedras 626, Tucumán - Argentina  
Tel: (0381) 4308444, Int. 309  
E-mail: rrrhhpris@outlook.com

## ¿Te gustaría participar de la Revista PRIS?

La Revista del Programa Integrado de Salud es un espacio editorial que busca constituirse como una vía de comunicación, información y difusión de la producción de los distintos programas que integran nuestra institución, y pretende además ser un instrumento de consulta y una herramienta para mejorar la calidad de vida de la población tucumana.

Es por esto, que te invitamos a participar de esta iniciativa para que todos nuestros colegas y la comunidad misma pueda conocer tu historia y el trabajo que realizas, con artículos informativos, originales y de aval científico, investigaciones, reflexiones, entrevistas, análisis epidemiológicos, y/o revisiones sobre los distintos aspectos de la Salud Pública.

¿Querés participar? Escribinos a: [revistapris@outlook.com](mailto:revistapris@outlook.com)



## destacados



# Tucumán, libre de transmisión vectorial domiciliar del *Trypanosoma cruzi*

*La provincia logró la ausencia de nuevos casos agudos clínicos de la enfermedad transmitidos vectorialmente al tiempo que sostuvo su capacidad para mantener la vigilancia epidemiológica de la enfermedad. Indicadores de resultados y medidas dirigidas.*

El Chagas es una enfermedad causada por un parásito (*T. cruzi*) que se transmite al ser humano y a otros mamíferos a través de insectos hematófagos conocidos como «vinchucas» o «chinchas», que se alimentan de sangre afectando el corazón o el sistema digestivo de quien la padece y produciendo diferentes grados de invalidez o inclusive la muerte.

En las zonas endémicas, la principal vía de transmisión es la vectorial, es decir, tiene lugar cuando la vinchuca infectada -adulto o ninfa- se alimenta sobre un hospedador sano dejando sobre la piel del individuo sus deyecciones que contienen el *T. cruzi*. También puede producirse de manera congénita (de madres infectadas a sus hijos durante el embarazo) o por vía transfusional, siendo esta última la menos frecuente en nuestro país gracias a las medidas de control de sangre segura que se implementan en los centros asistenciales.

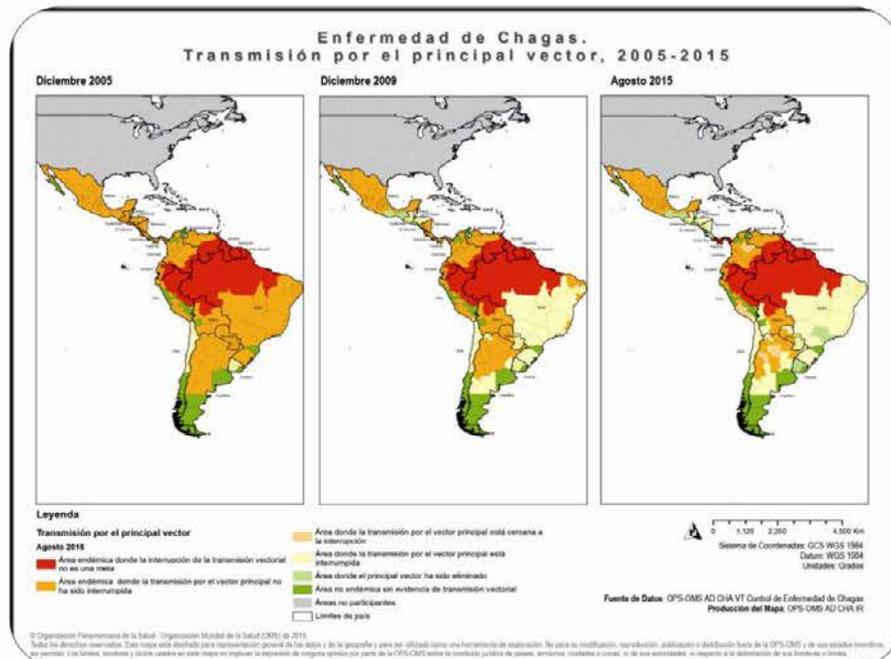
Si bien estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostienen que es una de las endemias más extendidas en América Latina con unas 8 millones de personas infectadas en la región; en Tucumán, las acciones antivectoriales realizadas durante los últimos años desde el Programa Integrado de Salud del SIPROSA, a través del Programa de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, dieron como resultado importantes avances en la provincia que permitieron bajar considerablemente los índices de infestación en las zonas endémicas (Burryyacu, Cruz Alta, Graneros, La



Cocha, Leales, Lules, Simoca, Tafí del Valle y Trancas).

Tanto es así, que en el marco de la iniciativa Sub Regional Cono Sur/Chagas (INCOSUR-Chagas), una comisión internacional compuesta

por técnicos y expertos de primera línea de Brasil y Paraguay, junto a la Secretaría Técnica de OPS/OMS, visitaron las áreas endémicas de Tucumán durante cuatro días con la finalidad de evaluar la situación epidemiológica y las acciones de pre-



vención, control y atención de la Enfermedad de Chagas desarrolladas en la provincia.

Y como consecuencia de las acciones emprendidas, esta comisión internacional evaluadora presentó un informe en el que se confirma que nuestra provincia logró el **status de interrupción de la transmisión vectorial domiciliar del *T. cruzi* por *Triatoma infestans*** (único vector de importancia epidemiológica para el ciclo domiciliar de *T. cruzi* en Tucumán). De este modo, Tucumán se convierte en la novena provincia que ha sido certificada en toda la Argentina.

Esta certificación significa que en los departamentos endémicos de la provincia se comprobó la ausencia de casos agudos clínicos de origen vectorial y el descenso de los indicadores entomológicos referenciales a la infestación vectorial



del domicilio, siendo el índice entomológico **menor al 1%** y la seroprevalencia en niños menores de 5 años (grupo de mayor sensibilidad) del **0,16%**, cuyos serotipos hallados son hijos de madres con Chagas. Por otro lado, significa también que se avaló la capacidad de mantener la vigilancia para asegurar el sostenimiento de estos logros.





“Esta certificación cobra especial importancia porque Tucumán es una de las provincias que históricamente presentó una gran cantidad de vectores y transmisión de Chagas. Hoy, después de muchos años de trabajo, tenemos la nueva responsabilidad de no volver atrás y continuar con la vigilancia que haga perdurable este logro”, destaca el ministro de Salud Pública, doctor Pablo Yedlin.

## ¿Cuáles fueron los procesos de control realizados?

El proceso de control vectorial y no vectorial involucra una serie de actividades cuyo correcto cumplimiento conduce a la interrupción de la transmisión vectorial del *T. cruzi* en las áreas endémicas. Entre las estrategias realizadas se destacan:

### CONTROL VECTORIAL:

**1. Evaluación y rociado de las viviendas y sus peridomicilios:** esta metodología se realiza en las viviendas localizadas en las áreas endémicas de la provincia las cuales

deben ser tratadas en profundidad, removiendo y rociando todos los lugares que pudieran servir de escondite a las vinchucas. Este trabajo es realizado por la Base Nacional de Control de Vectores de Tucumán dependiente de la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores del Ministerio de Salud de la Nación.

**2. Vigilancia vectorial activa:** consiste en la búsqueda y captura de triatominos (vinchucas) en viviendas y estructuras peridomésticas situadas en las áreas endémicas. Esta cobertura está a cargo de los agentes sociosanitarios del Sistema Provincial de Salud y de agentes vectoriales del Programa Provincial de Chagas.



**3. Vigilancia vectorial comunitaria:** es aquella realizada por la comunidad. En articulación intersectorial con los ministerios de Salud, Educación y del Interior, se realizan actividades de promoción y prevención con la comunidad a fin de intensificar las acciones de vigilancia y buscar una mayor participación de ésta en la denuncia de la presencia del vector.

**4. Estudio parasitológico de las vinchucas capturadas:** consiste en el estudio completo y sistemático de las vinchucas capturadas para determinar el tipo de especie y el contenido intestinal a fin de evaluar si están o no infectadas con el parásito *T. cruzi*.



**CONTROL NO VECTORIAL:**

**1. Control de Chagas Connatal:** es el control de las embarazadas, además del estudio y seguimiento del hijo de madre reactiva. Se realiza en todos los servicios de salud del sector público y del sector privado. En el Público, el diagnóstico se focaliza en las maternidades del Sistema de Salud, derivando a la mamá y al niño al servicio correspondiente, para su seguimiento y control hasta el año de edad.

**2. Control y tratamiento de pacientes con Chagas crónico:** se cuenta con una base de datos de todos los pacientes con infección crónica de Chagas, los que reciben tratamiento según corresponda en los diferentes servicios de salud.

**3. Prevención de Chagas post transfusional:** toda la sangre al ser transfundida es controlada en el Banco Central de Sangre de Tucumán, cuyo control de calidad externo lo efectúa el Hospital Malbrán de Buenos Aires. Los pacientes reactivos son notificados a su domicilio para su confirmación



diagnóstica y posterior consulta médica. El Programa de Control de Chagas accede a estos datos para confeccionar la base de datos de pacientes con Chagas crónico en la provincia.

**4. Componente Información, Educación y Comunicación (IEC):** es el agente que atraviesa de manera horizontal todas las actividades. Se basa en el desarrollo, elaboración y puesta en práctica de estrategias de información, educación y comunicación, que son fundamentales en el control, la prevención y vigilancia de la enfermedad.



“Alcanzar la certificación de interrupción vectorial es el máximo estatus de control de la enfermedad que se puede esperar de una provincia, y en el caso de Tucumán se valoró la información epidemiológica recolectada, las visitas de campo y las entrevistas sostenidas a nivel de los profesionales, grupos técnicos y la comunidad misma”, revela el asesor regional en Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas de la OPS, doctor Roberto Salvatella.



# Un Sistema de Salud que acompañó a los afectados tras las últimas inundaciones

*La cartera sanitaria junto a otras áreas del Gobierno Provincial desplegaron un intenso accionar en las distintas zonas afectadas por la crecida de los ríos. Funcionarios, médicos, agentes sanitarios, enfermeros y voluntarios sumaron esfuerzos para brindar asistencia recorriendo las zonas afectadas y los centros de evacuados.*

## El inicio de la contingencia

Todo comenzó en los meses de febrero/marzo cuando la intensidad de las tormentas acrecentó los caudales de agua de los principales ríos de nuestra ciudad y provincias vecinas provocando graves consecuencias, sobre todo en el sur tucumano: más de 10.000 damnificados, calles intransitables, canales destrozados, comunidades aisladas, puentes colapsados, enormes cantidades de basura desparramada y rutas anegadas son algunos ejemplos de lo que dejó el temporal.

“Recibimos cerca de las 02 horas de la madrugada la llamada que nos informaba de la grave situación por la que estaban atravesando algunas localidades de la provincia”, recuerda la responsable de la Dirección General de la Red de Servicios del SIPROSA, doctora Verónica Rubatti, quien explica que ante esta eventualidad el comité operativo de emergencia sanitaria (COES) comenzó a movilizarse rápidamente poniendo en marcha su plan de contingencia ante desastres por inundaciones.

“Fue un trabajo muy intenso pero a la vez muy organizado”, agrega. “Como primera medida se dividió al personal de salud de la Red, Áreas Programáticas y Operativas para poder estar presentes en toda la provincia al mismo tiempo. Defensa Civil nos iba indicando por qué rutas transitar para llegar a las zonas más afectadas ya que la mayoría de los caminos se encontraban bajo el agua y,



## Inundación

por otro lado, con la ayuda del «gomón motorizado» de la Dirección de Emergencias más los de Defensa Civil se inició la rápida evacuación de la gente hacia los centros educativos y comunitarios utilizados como **centros de evacuación**”.

“La situación más dramática por las inundaciones se vivieron en el sur tucumano, donde las crecidas de los ríos Medina, Chico, Chirimayo y Gastona dejaron bajo el agua a varias localidades”, entre ellas: La Madrid, Graneros, La Angostura, El Molino, Bajo Los Sueldos, Monteagudo, Ciudadita, Los Agudos, Los Trejos, Alpachiri, Villa La Trinidad, Medinas, y San José de Medina. Luego informa que hubo otras zonas que también se vieron afectadas con familias anegadas, pero se mantuvieron controladas sin peligro a lo largo de la emergencia.

Luego, rememora que como había una alerta de inundación en las localidades de Graneros y La Madrid ante la crecida del río Marapa y la consecuente apertura de compuertas del dique Escaba que había llegado



## Inundación

a su límite, el equipo de rescate realizó la evacuación preventiva de alrededor 550 personas que fueron trasladadas al Hospital de La Madrid, que fue utilizado además como centro de operaciones. Otros, en tanto, decidieron ubicarse sobre la vera de la ruta 137 en zonas de mayor altura, donde también fueron controlados y asistidos por los equipos de salud. “Si bien la medida se concretó, el agua no avanzó de manera alarmante”, informa.

Pero esta situación tomó un giro inesperado el domingo 12 de abril cuando las abundantes lluvias caídas en la serranía catamarqueña provocaron nuevamente inundaciones en las adyacencias del dique de Escaba cuya capacidad fue desbordada y obligó a la apertura de compuertas, lo que puso en “Alerta Amarilla” a los vecinos de Alberdi, Graneros, La Madrid y Monteagudo que se vieron obligados a abandonar sus domicilios para escapar del avance del agua, tal como ocurrió en marzo.

En esta ocasión, fueron pocas las familias que fueron evacuadas preventivamente en la zona más baja



de Graneros, mientras que en La Madrid el agua llegó con menor fuerza y casi no presentó mayores inconvenientes, a excepción de pequeñas zonas muy linderas de ruta hacia el lado del río. Por su parte, en la zona del pedemonte tucumano también llovió copiosamente provocando la crecida de los ríos Chirimayo, Chico, Medinas y San Ignacio, aunque no se reportaron problemas graves en las poblaciones de la zona.

**Ante la situación vivida en el sur tucumano y los pronósticos que anticipaban que las condiciones climáticas con abundantes lluvias iban a extenderse, el gobernador de la provincia, José Alperovich, firmó el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) que declaró a la provincia en estado de “emergencia social, hídrica y comunitaria” (09/03/15).**



Esta disposición del gobernador, que rigió para todo el territorio provincial, supuso la conformación de un Comité de Crisis que intensificaría las acciones de prevención, rescate y asistencia a fin de minimizar los efectos sobre la morbilidad y mortalidad en las personas afectadas, como así también sobre las repercusiones económicas, sociales y el funcionamiento de los servicios esenciales.

Tanto es así, que este comité quedó integrado no solo por las instituciones que habitualmente trabajan en emergencias (bomberos, defensa civil, policía y sanidad) sino que también afectó a todas las áreas de Gobierno: ministerios de Desarrollo Social, Educación, Interior, Obras Públicas, Vialidad, Recursos Hídricos, entre otros.



### Sobre la actuación de Salud

La coordinación operativa de los recursos existentes ante las necesidades generadas por eventos adversos de esta naturaleza es una medida de fundamental importancia, que implica no solo la salud de la población sino también las condiciones sanitarias que existen como consecuencia del suceso. Es en este sentido, que durante el período de emergencia (evento propiamente dicho y semanas posteriores) se implementaron otras acciones desde la cartera sanitaria local que tuvieron que ver con:

- Ampliar el horario de atención de efectores de salud cercanos a las zonas perjudicadas para reforzar la asistencia a los damnificados, con 12 horas (de 08 a 20) durante los fines de semana.
- Garantizar la provisión de medicamentos a pacientes bajo programas, vacunas, leche y todo tipo de insumo que fuera necesario tanto en los servicios de salud como en los centros de evacuados. A esto se sumó como refuerzo un botiquín de emergencias con antibióticos, sales de rehidratación oral, salbutamol, analgésicos y repelentes.
- Evaluar y conservar las condiciones del saneamiento básico ambiental para asegurar el bienestar de las personas y que no sea un riesgo para la salud pública y el medio ambiente.
- Implementar estrategias de comunicación y educación poblacionales, fortaleciendo mecanismos de articulación intra e intersectoriales.
- Asegurar la recolección de información oportuna y periódica de enfermedades y eventos seleccionados como marcadores



de riesgo en situaciones de inundación para ejecutar otras medidas eficaces y oportunas de intervención.

Además, con la colaboración de referentes y equipos del PRIS, del Área Programática Sur, Emergencias, personal médico de hospitales y residentes, se logró controlar el estado de salud general de todos los evacuados distribuidos en los albergues: epidemiólogos realizaron un relevamiento para verificar cuántas familias habían sido evacuadas; médicos controlaron la piel de los afectados y que cuenten con el calendario completo de vacunación; se distribuyeron repelentes para

mosquitos, cepillos, pastas dentales y otros insumos y se garantizó la provisión de agua y alimentos.

Los demás organismos estatales como Educación, Desarrollo Social y el Municipio participaron desde otro lugar clasificando las donaciones (víveres, frazadas, alimentos, agua, ropa o calzado), organizando los centros de evacuados, educando a los afectados y hasta entreteniéndolos a los menores para bajar su ansiedad, a lo que se suma la limpieza por parte de las escuelas para mantener las normas de higiene en los albergues y al momento de regresar a sus hogares.

## Inundación

Por otro lado, es preciso destacar que la intensidad de estos acontecimientos produce conmoción del equilibrio psíquico que ocasiona descompensaciones de diferentes magnitudes en las personas afectadas. Estas manifestaciones psíquicas tales como la ansiedad, el estrés, la depresión, el desamparo o hasta la impotencia y el miedo son calificadas no como enfermedades sino como reacciones normales ante situaciones de gran impacto traumático que, sin intervención, corren el riesgo de generar otros trastornos patológicos.

En por esto, que el equipo de Salud Mental del PRIS tuvo una participación fundamental durante la contingencia ya que aseguró en los centros de evacuados el apoyo psicológico al implementar diversos dispositivos que posibilitaron el abordaje de las reacciones y síntomas psíquicos de las personas afectadas directa o indirectamente por situaciones de desastre.

Estas líneas estratégicas tuvieron que ver básicamente con: brindar apoyo logístico a la coordinación de los albergues y contención emocional a la población afectada a fin de disminuir daños psíquicos; monitorear las reacciones emocionales de la población afectada a fin de elaborar un adecuado diagnóstico situacional que permita optimizar las acciones para su contención y relevar las necesidades de los servicios insertos en las zonas más afectadas; además de la realización de actividades de reflexión grupal con el personal de rescate y de los servicios que intervienen en los procesos de atención.

Y por último, el ejemplar desempeño de la Dirección de Emergencias que colaboró con ambulancias medicalizadas y de traslados en los operativos para realizar la asistencia a las personas "aisladas" que no fueron evacuadas por distintos motivos.



## Inundación

“Nuestra participación fue de coordinación, rescate y asistencia”, informa el subdirector del 107, doctor Juan Palavecino, quien destaca además el apoyo de Gendarmería (que colaboró con un escuadrón de ayuda comunitaria, un camión y una cocina diseñada para alimentar a 400 personas) y de la Dirección Provincial de Aeronáutica en el rescate a personas que viven en zonas de alta montaña.



**Después de la contingencia**

Las inundaciones ocasionan graves problemas sanitarios que no solamente se presentan en el momento de la emergencia sino que se prolongan hasta el descenso de las aguas y en el retorno de los damnificados a sus hogares. Las destrucciones materiales, la acumulación de agua y barro, la interrupción de los servicios públicos (luz, gas, agua potable), la destrucción de las cosechas, así como la diversidad de residuos y la consecuente aparición de alimañas, entre otros, provocan riesgos de enfermedades inmediatas y esto se debe a que el perfil epidemiológico se ve alterado en estas circunstancias.

La doctora Verónica Rubatti, explica que luego del temporal desde el SIPROSA se continuó trabajando fuertemente para prevenir enfermedades y heridas que pudiesen surgir durante los esfuerzos de limpieza: “las condiciones creadas por la inundación aumentan notablemente el riesgo de propagación de enfermedades como el dengue, diarreas y enfermedades respiratorias, por lo que todas las direcciones del Sistema de Salud conjuntamente con gobiernos locales siguieron trabajando para que los vecinos puedan retornar a sus hogares luego de la contingencia”.

**Más de 400 profesionales de la salud colaboraron durante la emergencia asistiendo a los más de 1.500 evacuados distribuidos en los 17 refugios dispuestos.**

***“La respuesta de Salud durante la contingencia demostró ser altamente eficaz y organizada, así que estamos muy agradecidos por el trabajo firme de los equipos que actuaron con responsabilidad y compromiso”, asegura la doctora Rubatti.***

Por último, es relevante destacar la presencia del ministro de Salud Pública, doctor Pablo Yedlin, junto a su gabinete, que no solo brindaron respuestas inmediatas para disminuir las consecuencias del temporal sino que también se hicieron presentes

en sus palabras: “Estoy orgulloso de todos los integrantes del Sistema de Salud que día y noche encararon con absoluta dedicación su tarea, llegando a lugares prácticamente inaccesibles, brindando atención médica, de enfermería, entregando

medicamentos, repelentes, pastillas potabilizadoras y todo lo necesario para garantizar la salud de quienes fueron evacuados y de los que decidieron quedarse en sus casas a pesar de todo”. (Extraído del sitio web oficial del Ministerio de Salud Pública de Tucumán).

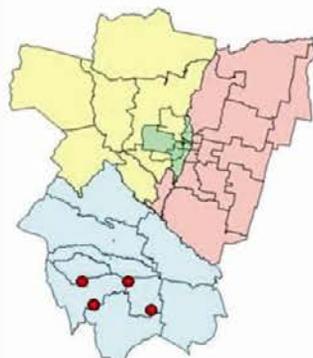


## Inundación



### Centros y N° de personas evacuadas por Área Programática. Enero/Febrero-Marzo. Año 2015. Tucumán

ENERO-FEBRERO



**AP SUR**  
4 Centros  
601 Evacuados

MARZO



**AP OESTE**  
5 Centros  
467 Evacuados

**AP ESTE**  
2 Centros  
68 Evacuados

**AP CENTRO**  
1 Centro  
67 Evacuados

**AP SUR**  
5 Centros  
317 Evacuados

Fuente de datos: Dirección General de Red de Servicios (APS).

#### Más Datos

Durante los meses de enero /febrero se evacuaron a 601 personas, mientras que en marzo este número ascendió a los 919 evacuados.

# La rehabilitación es la clave para estimular el resto visual del paciente

*En Tucumán, hace cuatro años viene funcionando el Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión, un servicio único en el norte argentino que brinda atención integral, personalizada y gratuita a los pacientes con impedimento en la función visual.*

Hablar de Baja Visión no es hablar de ceguera ni de una enfermedad. Es la denominación genérica empleada para referirnos a la limitación visual que dificulta a una persona a manejarse con autonomía en las actividades normales de la vida cotidiana y que no tiene solución médica, óptica convencional, ni quirúrgica.

Todos podemos padecer de baja visión, tarde o temprano, en mayor o menor medida, aunque su prevalencia está íntimamente relacionada con la edad y ciertas patologías oculares (como cataratas, degeneración macular, retinopatía diabética, retinosis pigmentaria, glaucoma, entre otros). Sin embargo, también puede manifestarse desde la niñez y a lo largo de la vida, siendo sus causas congénitas, adquiridas o degenerativas.

Pero el impedimento visual no significa que hay que renunciar a las actividades cotidianas, sino que hay que aprender a encontrar nuevas formas de realizarlas. De hecho, si bien estudios han demostrado que la baja visión no tiene cura por ser la resultante de patologías complejas, el 90% de este tipo de pacientes obtiene mejoras en su rendimiento visual si accede a una rehabilitación adecuada.

Es por ello, que desde el 2011 viene funcionando en la provincia el Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión (CRPBV), que brinda atención integral y totalmente gratuita a los pacientes del noroeste argentino y que apunta a estimular gradual-

## CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON BAJA VISIÓN



**Ministerio de Salud Pública**  
Superior Gobierno de la Provincia de Tucumán

mente la capacidad del resto visual del paciente para contribuir en el desarrollo de la eficiencia visual, ayudándolos a mejorar su calidad de vida, recobrar su autoestima y brindándoles nuevas oportunidades.

Se trata de una institución que está equipada con la mejor calidad de ayudas ópticas para pruebas y que cuenta con un reconocido grupo de profesionales que trabajan en forma sincronizada e interdisciplinaria brindando atención y alternativas a los pacientes, mediante un entrenamiento específico para la rehabilitación visual.

La directora de este Centro de Rehabilitación, doctora Diana Waisman, explica que “cuando la baja visión no mejora con refracción convencional, medicamentos o cirugías, las personas necesitan aprender a sacar el máximo potencial de su resto visual, por lo que desde este Centro buscamos que el paciente logre una autonomía funcional en su vida diaria, reconociendo sus capacidades y limitaciones, siempre en un ambiente de contención que valore sus potencialidades”.

### Según la OMS...

“Una persona con baja visión es aquella que aún después de un tratamiento o corrección refractiva, tiene una visión de 0.3 en el mejor ojo o un campo visual igual o inferior a 20° desde el punto de fijación, pero que usa o es potencialmente capaz de usar la visión para la ejecución de tareas”.

*Dificultad para leer y escribir, distinguir colores, conducir, reconocer caras a cierta distancia o hasta creer que la luz artificial es más tenue que antes, son datos que pueden alertar sobre la presencia de Baja Visión.*

### Rehabilitar no implica curar, sino optimizar el resto visual del paciente

Una característica notable del CRPBV es que trabaja en forma personalizada con cada paciente, pues se tiene en cuenta la reducción de su visión, sus características particulares y el momento personal que está atravesando. Se trata de un proceso funcional e individual que utiliza distintos recursos y dispositivos que responden a las posibilidades, necesidades y deseos de cada persona.

En este sentido, el equipo técnico detalla el circuito que realiza el paciente desde que ingresa por primera vez al Centro, ya sea por consulta espontánea o por derivación de otro médico. Una vez que se realizan las tareas inherentes a la recepción y asignación de turnos, comienza el proceso de rehabilitación propiamente dicho que se concreta a través de todo un protocolo de atención en el que participan distintos profesionales de las áreas de

**psicología, oftalmología, rehabilitación visual, trabajo social, actividad física adaptada, orientación y movilidad, además de actividades de la vida cotidiana.**

“Aquel que llega al Centro por primera vez suele tener rasgos depresivos asociados a su baja autoestima y a la pérdida de su independencia, por lo que la entrevista inicial es fundamental para hacer un diagnóstico funcional de la persona con baja visión”, destaca el psicólogo Gonzalo Alonso, quien se encarga en primera instancia de escuchar al paciente, de indagar sobre el conocimiento de lo que le pasa para desarrollar conductas que lo ayuden a aceptar la realidad que atraviesa, superar estados anímicos negativos y fortalecer su autoestima para evitar frustraciones que puedan obstaculizar su tratamiento.

Posteriormente, se le realiza un completo examen oftalmológico a



cargo de la médica oftalmóloga Susana Antoni, quien estudia con minuciosidad el estado de la visión

del paciente llevando a cabo pruebas para determinar su agudeza y campo visual. Además, mediante un interrogatorio toma conocimiento de su historia clínica, solicita estudios complementarios, orienta al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico, y prescribe ayudas ópticas en caso de ser necesario.

Una vez identificadas las necesidades puntuales del paciente y observar qué capacidades visuales posee, se realiza un diagnóstico interdisciplinario sobre su situación real a fin de estructurar un Plan de Rehabilitación Visual adecuado, el cual puede durar entre 4 a 5 meses con sesiones semanales de 40 minutos por área. "Este plan de rehabilitación trata de proporcionar al paciente una vida lo más independiente y activa posible, enseñándole a aprovechar la zona no dañada de su retina, a reconocer su visión útil y no útil según su condición, a utilizar eficazmente las ayudas ópticas y no ópticas prescriptas, y a adquirir nuevas habilidades", explica la rehabilitadora visual del Centro, Marianella Massuh.

De acuerdo a esto, informa que en el caso de que la médica oftalmóloga haya prescrito ayudas ópticas (lentes microscópicos, telescopios, lupas de mano, etc.), desde el área de rehabilitación visual se les enseña a utilizar cada uno de estos instrumentos para que la persona no tenga dificultades en su ámbito cotidiano. Y en el caso de que no les sirva la ayuda óptica, se optan por otros recursos no ópticos como los diferentes tipos de iluminación, contrastes, tamaños de letras, colores resaltantes o blanco sobre negro, entre otros.

Pero por otro lado y en la mayoría de los casos, la baja visión conlleva también a una falta de seguridad a la hora de salir a la calle, tomar un taxi o cruzar de vereda, por lo que orientación y movilidad conjuntamente con actividad física



adaptada son las áreas encargadas de brindarle al paciente técnicas que posibiliten autonomía y confianza al momento de trasladarse de un lugar a otro, utilizando referencias visuales, auditivas, táctiles, y hasta olfativas.

“Para establecer un plan de entrenamiento en orientación y movilidad es fundamental conocer previamente el estado corporal y el medio físico en el que el paciente se desenvuelve en su vida diaria”, explica el responsable de este sector, Miguel Cantos, quien informa que desde este sector se busca lograr el máximo nivel de independencia, posibilitando que el paciente pueda orientarse y desplazarse con seguridad tanto en el interior de las casas como en los espacios exteriores.

Para ello, el instructor de movilidad les enseña a los pacientes a conocer el modo en el que una persona con discapacidad visual se mueve, percibiendo obstáculos, estableciendo la utilidad del bastón verde para recorridos, realizando trámites (en bancos, pago de impuestos, o en el supermercado) aprendiendo técnicas de protección, buscando objetos caídos o sobre una mesa, realizando rutinas con el uso de transporte público, entre otros.

En tanto, actividad física adaptada busca desarrollar destrezas y habilidades que perfeccionen y aumenten la capacidad de movimiento del paciente, acorde a sus necesidades e intereses. A su vez, esta actividad permite profundizar el conocimiento de la conducta motriz mediante ejercicios de movilidad articular, relajación, respiración, fortalecimiento muscular, flexibilidad, coordinación y equilibrio. De esta forma, el paciente va fortaleciendo su autoestima y focalizándose en sus logros y en las actividades que sí puede hacer.



## ¿Cómo contactarse con el CRPBV?

**Podes hacerlo por teléfono al 4-526291 o acercarte en calle Alberdi 416, en el horario de 13 a 18 horas.**

*Rehabilitando la baja visión, nuestros pacientes consiguen retomar las actividades y pasatiempos que les gustan, como leer, pasear, ver televisión o simplemente sentarse en un bar a beber una gaseosa.*



Acompañando el desempeño en relación cuerpo-espacio e independencia a través del uso del bastón, se promueve la autonomía e incrementa el desempeño en las actividades de la vida diaria, que varían según el paciente ya que son ellos los que deben manifestar sus propios objetivos que estarán ligados a sus intereses.

“A medida que los pacientes perdieron su visión fueron perdiendo también habilidades como asearse, maquillarse, servirse agua o hasta hacerse un café, por lo que desde el área Actividades de la Vida Diaria (AVD) se busca que los pacientes con baja visión puedan retomar sus hábitos potenciando todos sus sentidos e incorporando nuevas técnicas que le permitan una mayor autonomía dentro y fuera del hogar”, explica la

terapeuta ocupacional, Eugenia Coronel.

Por último, es fundamental destacar el rol del trabajador social ya que es quien desarrolla distintas estrategias para la integración y reintegración de la persona con baja visión a su medio familiar y social, detectando los principales impedimentos que cada persona tiene en su entorno.

“Queremos lograr no solo la independencia de nuestros paciente sino también su integración en el ámbito social, familiar y laboral, por lo que además les enseñamos a gestionar el Certificado Único de Discapacidad y la obtención de ayudas ópticas ya sea en la obra social que poseen o en el propio Estado”, aclara la trabajadora social, Cecilia Canal. “Además, visita-

mos a los pacientes en sus hogares para hacer las adaptaciones en su ámbito familiar y organizamos en forma periódica reuniones grupales con los pacientes para que se conozcan y cuenten sus experiencias, fomentando en el otro la seguridad y la autonomía”.

Una vez que los objetivos propuestos por el equipo de rehabilitación y fortalecido el “yo” del paciente en todos sus aspectos, se evalúa **el alta del paciente**. De ser otorgada, se realiza un seguimiento cada tres meses a fin de valorar el desempeño real del paciente, identificar el surgimiento de nuevas necesidades puntuales y reforzar los aprendizajes ya adquiridos.

### VISIBILIZANDO EL BASTÓN VERDE

*A diferencia del bastón blanco con el que se desplazan las personas ciegas, el uso del bastón verde sirve como instrumento de orientación y movilidad para las personas con baja visión.*

*Su uso se encuentra establecido en la Ley Nº 25.682 del Bastón Verde que promueve que las personas con limitación de su visión circulen por la calle con un bastón de este color, que además sirve para que los transeúntes identifiquen el problema y puedan asistirlos.*

*¿Por qué verde? Porque la mayoría de las personas que tiene baja visión prefiere ser identificado con el bastón de ese color.*



---

## El rol de la familia

La familia juega un papel fundamental en el proceso de rehabilitación del paciente con baja visión ya que es el primer contacto que tiene con el mundo social. Los familiares deben apoyar a la persona con discapacidad visual y transmitir que tiene posibilidades para sacar un mayor provecho a su visión para no dejar de hacer la mayoría de las actividades que venía realizando.

“Es por esto, que desde el CRPBV se trabaja conjuntamente con las familias en acciones encaminadas a la orientación y apoyo a fin de que colaboren en la rehabilitación para evitar conductas de sobreprotección o en su extremo, de total abandono y resignación”, concluye la doctora Diana Waisman.

---

**¿CÓMO VE UNA PERSONA CON BAJA VISIÓN?**



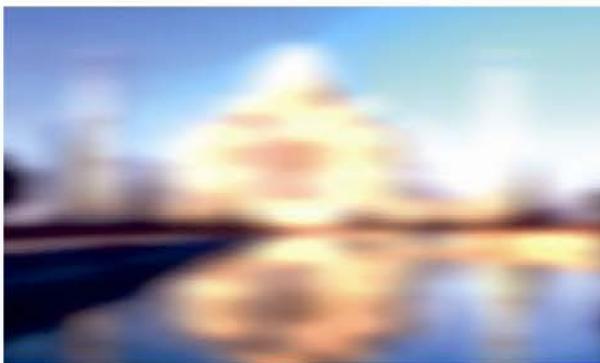
**Alteración del campo visual central**

El texto en esta imagen es ilegible debido a un trastorno de motilidad ocular que causa oscilaciones y saltos al leer.

**Trastorno de la motilidad ocular**



**Grados de afectación del campo visual periférico**



**Visión borrosa**



**Falta de percepción de un hemi-campo**

## “La información, educación y comunicación juegan un papel preponderante en la lucha contra el Chagas”

*Su experiencia es un ejemplo de compromiso y dedicación con la comunidad. Su próximo desafío es poder llegar a todos los puntos de la provincia. Con una marcada especialización en desarrollo social y comunitario, asegura: “siempre me interesó transmitir mis conocimientos”.*

Nancy B. Medina es licenciada en enfermería, docente universitaria y desde el año 2012 se desempeña además como «Componente IEC» dentro del Programa Provincial de Chagas. Casada y con dos hijos adultos, cumple un rol estratégico en la promoción de la salud ya que se yergue como el eje articulador de toda acción social destinada a elevar los niveles de conocimiento de la población, moldear actitudes e inducir a los destinatarios hacia prácticas favorables dentro de su propio entorno.

Su trabajo consiste básicamente en desarrollar y sostener estrategias de información, educación y comunicación (IEC) tendientes a promover la sensibilización y movilización de los individuos hacia el cambio de comportamientos y entornos saludables fundamentales para la prevención, el control y vigilancia de la enfermedad del Chagas.



“El Componente IEC es un eje estratégico, fundamental y complementario que se incorporó al Programa Provincial de Chagas con el claro objetivo de poner en práctica y sostener distintas acciones para la transmisión de conocimientos que contribuyan al logro de la interrupción de la transmisión vectorial del *Trypanosoma Cruzi* (parásito que produce la enfermedad) en nuestra provincia”, explica Nancy.

“Estas acciones —que incluyen charlas, talleres de capacitación, distribución de materiales informativos, guías de protocolo con recomendaciones, difusión en los medios de comunicación, y hasta tomas de muestras en

## Historia de vida: Nancy Medina

sangre, entre otros— no son vistas como etapas de un proceso sino como dimensiones que se suceden simultáneamente de forma sistemática y organizada, con un enfoque participativo que incorpora a todos los actores sociales claves que los haga partícipes y responsables de la gestión de su salud”.

En esta línea, describe el trabajo que realiza día a día: “en primera instancia, efectuamos un diagnóstico socio sanitario de la zona que visitaremos y de sus habitantes y luego llevamos adelante reuniones con los gobiernos locales, supervisores territoriales y servicios de salud para consensuar los días y la forma en la que se trabajará en cada área”. En el caso de trabajar en escuelas –agrega- “coordinamos encuentros previos con las maestras y padres de los niños para que autoricen la intervención del equipo de salud en los establecimientos educativos”.

“Una vez en terreno, educamos e informamos a las diferentes audiencias sobre lo que deben saber acerca de esta enfermedad: qué es el Chagas, cómo se transmite, de qué forma se detecta, cuáles son sus factores de riesgo, y hasta cómo participar en la vigilancia del vector para disminuir las posibilidades de infectarse”. “Nuestro objetivo no es solo sensibilizar sobre la existencia de esta problemática sino aumentar las consultas con respecto a la enfermedad y promover una participación comunitaria en el control y la vigilancia de la presencia de vinchucas, para que así las personas se constituyan como agentes reales de vigilancia y control en sus comunidades”.

Además –complementa- “tomamos una muestra de sangre para detectar la enfermedad a todos los niños de las escuelas de nivel inicial y primario y adultos, en el caso de que alguno de los miembros de su familia tenga Chagas”. “Si el paciente sospechoso tiene un diagnóstico confirmatorio, se lo deriva al servicio de salud más

cercano para realizar otra prueba serológica para confirmar el diagnóstico reactivo (indicativo de la infección) con una mayor sensibilidad y pueda recibir su tratamiento correspondiente dependiendo la fase en la que se encuentre el paciente”.

Finalmente, destaca el procedimiento que realizan los técnicos de campo y equipos de salud, quienes visitan casa por casa realizando una evaluación de la vivienda y constatando la presencia del vector para seguir con los lineamientos y acciones correspondientes (rociado y testeo de la familia).



## Las huellas de la memoria

El trabajo que realiza Nancy día a día se refleja en el reconocimiento y las devoluciones de afecto de la gente. En sus palabras: “ser componente IEC me permitió crecer en todos los aspectos de mi vida, me dio la oportunidad de poder transmitir lo que tanto me gusta y me enseñó a situarme en el lugar del otro; es un gran compromiso con la sociedad”.

“Muchas veces sorteamos caminos difíciles en nuestra tarea pero sentir el amor y la respuesta positiva de la comunidad, sentir que logramos sensibilizarlos casa por casa a partir de nuestro conocimiento, y por sobre todo, ver que se sienten contenidos

por nuestro Sistema de Salud es lo que más me llena el alma y me alienta a seguir en esta tarea”.

Para concluir, destaca que la enfermedad de Chagas constituye un problema para la salud pública, pero hay medidas de prevención eficaces que permitieron controlar este problema: la educación sanitaria, el control de los vectores, el diagnóstico precoz, y el control de las embarazadas son algunos de ellos.

“Estas acciones implementadas desde el Programa Provincial de Chagas dieron como resultado importantes avances que actualmente seis de los nueve departamentos endémicos se

han certificado como libres de transmisión vectorial, lo que significa que aunque el vector esté presente en estas zonas, no hay casos de la enfermedad de Chagas por picadura de vinchucas”.

“Es realmente un orgullo para nosotros haber podido reducir los índices de infestación en esas zonas, pero no vamos a bajar los brazos sino que vamos a continuar trabajando intensamente para lograr al 2016 la consolidación de toda la provincia de Tucumán como libre de transmisión vectorial”.



*“Mi objetivo como componente IEC no es solo sensibilizar sobre la existencia de esta problemática sino aumentar las consultas con respecto a la enfermedad y promover que las personas se constituyan como agentes reales de vigilancia en sus comunidades”, destaca Nancy Medina.*

# Adolescencia y Salud: un enfoque integral

*Un programa que se compromete a garantizar la salud integral y los derechos adolescentes a fin de reducir morbi mortalidad de esta población en nuestra provincia.*

Cuando hablamos de adolescencia hacemos referencia a una etapa del desarrollo vital de los seres humanos que transcurre entre los 10 y 19 años, iniciándose con la pubertad y finalizando al completarse el crecimiento y la integración autónoma a la sociedad (Definición de la Organización Mundial de la Salud).

Desde esta perspectiva, se considera a la adolescencia como un proceso de transición que implica el paulatino abandono de la niñez e ingreso a la adultez, y que se caracteriza por cambios biológicos (desarrollo de genitales), psicológicos (estructuración de la personalidad y el acrecentamiento de capacidades cognitivas) y sociales (intensificación de las actitudes que conducen a la asunción de roles adultos).

Debido a la intensidad de dichos cambios y a las cualidades propias que se les atribuyen a este grupo etéreo



-inmadurez, irracionalidad y vulnerabilidad-, los adolescentes pueden encontrarse expuestos a situaciones que representen riesgos para su bienestar general y futuro próximo. Es por esto, que la

salud integral del adolescente es motivo de mayor interés y preocupación por parte de nuestro Sistema Público de Salud.

Cabe destacar, que también ha sido



Cabe destacar, que también ha sido motivo la preocupación de distintos profesionales, quienes a través de la investigación, reflexión y acción directa con adolescentes, arribaron a conocimientos que deberían discutirse en los distintos ámbitos frecuentados por la población juvenil y adulta, a fin de lograr un entender compartido y un compromiso real para implementar políticas, programas y acciones que permitan mejorar la situación de esta población postergada.

“En el Sistema Provincial de Salud surgió la necesidad de fortalecer la atención diferenciada de adolescentes”, informa la doctora Alicia Saad, referente del Programa Provincial de Salud Integral Adolescente del Departamento Materno Infanto Juvenil del PRIS, quien explica que “se trabaja en el marco de los derechos adolescentes, instalando espacios amigables de prevención, promoción y recuperación de la Salud Adolescente, tendiendo a la formación de redes intersectoriales de contención”.

Estos «espacios amigables», están diseñados para atender a adolescentes, a jóvenes y a sus



acompañantes, cualquiera sea la demanda en cuestiones biológicas y psicosociales: cambios físicos, estilos de vida, familia, interacción con sus pares, entre otros. El propósito de este enfoque es la preservación de la salud priorizando la detección de riesgos y visualizando factores protectores para generar actividades anticipatorias (Extraído de la Guía de Recomendaciones para la Atención Integral del Adolescente de UNICEF).

Por último, –agrega la especialista– “cabe aclarar que desde la perspectiva social se debe propiciar además el

enfoque de género en relación a los modos en que los/las adolescentes construyen su identidad sexual y ejercen autonomía para tomar decisiones, a partir de sus valoraciones diferenciadas sobre los sexos”.

En tanto, la coordinadora del Programa Provincial de Salud Integral Adolescente, Pdga. Rosa Ceballos, sostiene que “la salud integral adolescente representa el estado de bienestar físico, mental y social, necesariamente condicionada por el nivel educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad y desarrollo de la máxima potencialidad”.

Para ello, informa que desde el Programa se ejecutan diversas estrategias que tienen que ver con: la capacitación permanente a los equipos multidisciplinarios del Sistema de Salud que trabajan con la temática; la creación de espacios de atención integrada para adolescentes en servicios de salud pública de la provincia; el monitoreo y evaluación continua para el fortalecimiento de los equipos, además de la planificación y desarrollo de actividades comunitarias destinadas al protagonismo de adolescentes.



## Sabías, qué

*Se instalaron 55 espacios de atención para adolescentes en CAPS y Hospitales de los tres niveles de atención del Sistema Provincial de Salud. Se adopta la estrategia de la promoción del modelo de servicio «amigable» para que los/las adolescentes encuentren cada vez menos obstáculos de acceso a los recursos sanitarios que provee el Estado Provincial.*

### Asesorías en salud adolescente en escuelas

Una característica notable del Programa Provincial de Salud Integral Adolescente es que comenzó a participar del programa piloto “Asesorías en Salud Adolescente en las escuelas”, cuyo objetivo es fortalecer los factores protectores en adolescentes escolarizados, mediante promoción, prevención y orientación en situaciones críticas de la población escolar.

Se trata de un proyecto -coordinado por los ministerios de Salud y Educación de Nación- que se viene implementando en cinco provincias del país y que en Tucumán se lleva a cabo en ocho escuelas estatales de nivel secundario en articulación con ocho CAPS y Hospitales que realizan atención diferenciada a los adolescentes.

“La Asesoría funciona un día semanal en el ámbito escolar con la presencia de uno ó dos profesionales del Servicio de Salud, hasta el cierre del período lectivo”, explica Rosa Ceballos, quien además agrega que la planificación de acciones es preparada conjuntamente por el programa, el equipo de salud y el directivo/docente designado para llevarla a cabo.





# ¡Ya estamos en las redes sociales!

¿Sabías que el PRIS ahora cuenta con un sitio en Facebook y Twitter?

Aquí encontrarás: datos útiles, consultas online, entrevistas a especialistas, artículos informativos, investigaciones, análisis epidemiológicos, historias de vida, y mucho más sobre los distintos aspectos de la Salud Pública.

Te invitamos a que pongas "Me Gusta" a nuestra página oficial del Programa Integrado de Salud para estar conectados las 24 horas del día con toda la información y actividades del PRIS... ¡Síguenos y participa con nosotros!



Programa Integrado de Salud



Twitter: @PRISTUC



## Programa Integrado de Salud

Organización gubernamental

Te gusta | Siguiendo | Mensaje | ...

Biografía | Información | Me gusta | Fotos | Más

### INFORMACIÓN

Bienvenidos a la cuenta oficial de la Dirección General de Programa Integrado de Salud.

### FOTOS



### Programa Integrado de Salud

Te invitamos a que pongas "ME GUSTA" en nuestra página oficial del Programa Integrado de Salud para seguir comunicados con toda la información y actividades del PRIS!!  
¡Seguinos!

Programa Integrado de Salud  
Organización gubernamental · 320 Me gusta  
Te gusta



**2da. Semana de  
septiembre:**

**Día mundial de la  
higiene bucal**



Ministerio de Salud Pública



Ministerio de Salud Pública Tucumán



@MSALUDTUC