

# Memoria Anual 2011

Gobierno de Tucumán

Provincia de Tucumán República Argentina



# Memoria Anual 2011



Provincia de Tucumán República Argentina

# **Autoridades**

Gobernador de la Provincia de Tucumán CPN José Jorge Alperovich

Ministro de Salud Pública de la Provincia Dr. Pablo Yedlin

Secretario Ejecutivo Médico Dr. Fernando Avellaneda

Secretario Ejecutivo Administrativo Contable CPN José Gandur

### Subsecretarios

Dr. Alberto Sabaj Ing. Sergio Epstein Ing. Enrique Espeche

## Personal de Gabinete

Dra. Sandra Tirado Dr. José Valdecantos Dra. Silvana Díaz Dra. Silvana Rivero

# Indice

Palabras del Sr. Gobernador	8
Palabras del Sr. Ministro de la Nación	11
Palabras del Sr. Ministro de la Provincia	13
Capítulo 1 - Adicciones	14
Capítulo 2 - Banco de Sangre	26
Capítulo 3 - Centro de mamografías	32
Capítulo 4 - Comunicación y Promoción para la Salud	38
Capítulo 5 - Consejo Asesor Comunitario	46
Capítulo 6- Cooperación Española	50
Capítulo 7- Hospital Ángel C. Padilla	58
Capítulo 8 - Hospital del Este Eva Perón	68
Capítulo 9 - Hospital General La Madrid de Monteros	74
Capítulo 10 - Hospital Nicolás Avellaneda	80
Capítulo 11 - Hospital Zenón Santillán	90
Capítulo 12 - Informática	100
Capítulo 13 - Inmunizaciones	128
Capítulo 14 - Programa Baja Visión	138
Capítulo 15 - Transplantes renales	148

# Salud pública: una verdadera y sostenida política de Estado

A través de la acción de gobierno —que llevo adelante en cumplimiento de los sucesivos mandatos populares con que el pueblo de Tucumán me ha honrado— la salud se ha convertido en la provincia en una verdadera y sostenida política de Estado. Es mucho y muy importante lo que se ha hecho por el sistema de salud desde el momento que me hice cargo de los destinos de la provincia en el año 2003 hasta el día de hoy. Simplemente voy a destacar, para no caer en largas enumeraciones, las más de 100 ambulancias adquiridas, los más de 200 CAPS funcionando y los hospitales nuevos que creamos, a los que hay que sumar todos los que ya existían en la provincia y que fueron refaccionados a nuevo. Todo esto forma parte de la nueva realidad sanitaria de la provincia a cuyos beneficios los tucumanos acceden cotidianamente.

Una vez esbozado el cuadro general de la nueva situación quiero detenerme sí en algunos de los logros conseguidos últimamente en un terreno estratégico para el bienestar de los tucumanos.

Sin duda, la finalización de las obras del Hospital del Este "Eva Perón" constituye un gran paso en el área de la salud. En su predio de aproximadamente 9 hectáreas, con un edificio que abarca 11 900 metros cuadrados, en su primera etapa, como Maternidad Segura, permitirá asistir 4000 partos anuales con la correspondiente atención neonatal.

Este centro de salud, además de beneficiar a más de 300 000 habitantes de la zona Este y dar trabajo a un total aproximado de 500 personas, tendrá una fuerte impronta en la atención primaria de la salud y en la promoción de un liderazgo local y participativo en la gestión sanitaria.

En la Maternidad se inauguraron las unidades de internación del 4º, 5º y 6º piso. La nueva Neonatología en el 3er piso es uno de los trabajos de mayor impacto. La remodelación incluyó elementos de alta complejidad como un sistema de iluminación especial que permite al bebé una internación ideal de baja luz y bajo nivel de ruido.

En el Hospital Padilla pusimos en funcionamiento, con tecnología de punta, la nueva Terapia Intensiva y el Servicio Guardia constituido por dos salas de curaciones, y consultorios externos de clínica médica, psiquiatría, traumatología y odontología. Cuenta además con modernos equipos de radiología portátil, tomografía y hemoterapia.

En el Hospital Centro de Salud finalizó la obra de la ampliación de la Unidad de Terapia Intensiva, creando una nueva sala que cuenta con 12 camas para internación de pacientes críticos que junto a la Unidad de Cuidados Críticos I suman 20 camas. Con estas dos obras, el hospital tiene una capacidad operativa de 38 camas para cuidados críticos.

Se continúa con la creación de un área de Servicios Intermedios de Diagnóstico donde funcionará un tomógrafo de última generación ya adquirido. También se sigue trabajando en el nuevo Centro Quirúrgico, que contará con 7 salas de operaciones y tendrá equipamiento e instalaciones con tecnología de punta.

A lo largo del 2011, dejamos inauguradas las nuevas salas climatizadas de Cirugía y de Traumatología en el Hospital de Niños, lo que significa 60 nuevas camas para los niños tucumanos.

Queremos seguir levantando hospitales y mejorando los ya existentes, pero al mismo tiempo, vamos a mejorar aún más la calidad de la prestación del servicio de salud a través de la capacitación del personal y una organización más eficiente.

Otro aspecto de la Salud Pública en el que hemos puesto especial atención, ya que en muchos casos involucra a nuestros jóvenes, es en la lucha contra las adicciones.

A lo largo del año 2011 se profundizaron las acciones del Programa de Abordaje Integral de Trastornos Adictivos para lo cual se amplió la oferta en la atención de intoxicaciones, asistencia ambulatoria y rehabilitación de las adicciones.

En esa línea de acción se amplió el horario de atención en el Centro de Día del Hospital Avellaneda y el Centro de Rehabilitación Las Moritas, destinado a la rehabilitación de jóvenes a partir de los 14 años.

Dejamos inaugurados los sectores de desintoxicación de los hospitales Avellaneda y Nuestra Señora del Carmen y acrecentamos la oferta de atención a partir de convenios con el sector privado para la



derivación de pacientes a centros de días y comunidades terapéuticas.

Debemos ser conscientes que todas las acciones que el Estado realiza no van a resultar suficientes si a la vez no son acompañadas por la decidida participación en esta lucha del conjunto de la comunidad, y muy especialmente, de cada una de las familias tucumanas.

Por último, a la par de señalar la importancia de la presente Memoria Anual 2011, como una herramienta más de la política del Ministerio de Salud de Tucumán, que busca a través de la difusión democratizar los servicios sanitarios, quiero destacar el papel decisivo cumplido por todo el equipo de salud en la construcción de una nueva realidad sanitaria para la provincia.

Sr. Gobernador de la provincia de Tucumán CPN José Alperovich

# Garantizar el acceso universal público y gratuito para los argentinos

Publicar los actos de gobierno y las decisiones políticas que tomamos en nuestro carácter de delegados del Poder Ejecutivo nacional es un deber y una responsabilidad, pero constituye especialmente una oportunidad para repasar los avances y logros de gestión que, en este caso, hemos obtenido en materia de salud.

En efecto, desde mi incorporación al Gobierno Nacional como Ministro de Salud, el 1° de julio de 2009, hemos sostenido que la planificación y la articulación con las 24 jurisdicciones del país así como con las sociedades científicas, la academia y las universidades, son ejes fundamentales para la sustentabilidad de toda estrategia sanitaria que propenda a brindar más y mejor salud a nuestra gente garantizando el acceso universal, público y gratuito.

Esto, que desde la teoría abrazamos con convicción, fue refrendado en los hechos durante los aciagos días vividos al iniciar la gestión, cuando una pandemia desconocida, que se expandió como un reguero por todo el mundo acechó también a la Argentina. La gripe A produjo en nuestro país cientos de miles de casos y más de 600 muertes, un impacto que nos obligó a tomar medidas drásticas para proteger a la población más vulnerable como cerrar escuelas y lugares de trabajo para evitar el contacto interpersonal y la propagación del virus.

Con esa lección aprendida, y a partir de la coordinación intersectorial e intergubernamental, en 2010 el Ministerio de Salud llevó a cabo la mayor campaña de vacunación de la historia argentina, entre otras políticas,

alcanzando una reducción drástica de las enfermedades respiratorias en comparación con el año anterior y sin que se produjeran decesos por esta causa.

Pero 2011 representa, sin lugar a dudas, un momento de inflexión para la política sanitaria, una bisagra que marca un antes y un después en materia de salud en la Argentina. Esto se debe, en parte, a la maduración de las políticas planificadas e implementadas desde 2009, pero también al carácter trascendental de las decisiones tomadas por la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner, en ese período.

La consolidación de un amplio Calendario Nacional de Vacunación con 16 inmunizaciones obligatorias y gratuitas para la población indicada; la aprobación de la Ley de Control del Tabaco, que estableció los ambientes libres de humo y una nueva normativa para la publicidad de los productos que contienen tabaco; la Ley de Hipoacusia, que establece el tamizaje auditivo para los recién nacidos, y la conformación de un consorcio público privado para la producción nacional del benznidazol, el medicamento para tratar el Chagas cuya generación fue interrumpida por laboratorios internacionales, son algunas de las medidas tomadas por la primera mandataria que modifican el panorama de la salud en país.

También merecen mención las políticas de prevención y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, un problema que muchos reconocen como la epidemia del siglo XXI, por ser responsables del 60 por ciento de las muertes a nivel mundial, y que en nuestro país ha generado que más de la

mitad de la población sufra sobrepeso, con aumento de la obesidad y el sedentarismo.

Para revertir esta situación la cartera sanitaria a mi cargo trabaja en estrategias tendientes a prevenir el impacto de estas afecciones, promoviendo los cambios culturales necesarios para evitar su alta incidencia. En ese marco, se suscribió un convenio con las industrias alimenticias para reducir las grasas trans en los productos, al tiempo que se establecieron acuerdos con panaderos y productores de alimentos envasados para disminuir su contenido de sodio.

La estrategia de prevención centrada en las inmunizaciones alcanza su justa dimensión cuando se consideran, además, la multiplicidad de condiciones que encierra: no sólo reduce las tasas de enfermedad y mortalidad sino que también impacta directamente en indicadores económicos, sociales, sanitarios y en la salud colectiva de la Nación.

Por ello, este año incorporamos al Calendario Nacional de Vacunación la vacuna contra la gripe, una herramienta que demostró alta eficacia para prevenir las afecciones respiratorias en 2010; la vacuna que previene el virus del papiloma humano (VPH), primera causa del cáncer de cuello de útero, para las niñas de 11 años, y la que inmuniza contra las infecciones por neumococo, causantes de meningitis y neumonías para los menores de 1 año.

Lo expuesto también puede sintetizarse en uno de los indicadores sanitarios más sensibles como es la tasa de mortalidad infantil, que entre 2002 y 2010 descendió más de un 30 por ciento, pasando de 16,8 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos a 11,9



muertes por cada mil nacidos vivos en ese período.

La política de promoción de trasplantes de órganos promovida por el ministerio, es otro ejemplo de cómo políticas consensuadas, duraderas y sustentables conllevan buenos resultados. En 2011, Argentina alcanzó un nuevo récord de donación de órganos, alcanzando la tasa de 15,1 donantes por millón de habitantes, lo que la posiciona a la vanguardia en la región en esta materia.

Queda mucho por hacer: hay un vasto sistema de salud comprendido por el sector público, el privado y el de la seguridad social, al cual se debe seguir armonizando para brindarle más y mejores prestaciones a la gente.

Podemos afirmar que hemos ubicado al Ministerio de Salud en el lugar de donde nunca debió haberse ido: el de la rectoría de las políticas públicas de la Nación. La senda está trazada, y hoy es mucho más fácil transitarla.

Dr. Juan Luis Manzur Ministro de Salud de la Nación

# Atención integral, democrática y humanitaria

Usted tiene en sus manos un balance informativo de todo lo realizado por el Ministerio de Salud Pública de Tucumán durante el año 2011. De hecho, se trató del último año de mi gestión como Ministro que se iniciara el 29 de diciembre de 2007. Como todos los años anteriores, editamos esta publicación para compartir toda la información y para que quede un registro para gestiones venideras.

El 2011 fue un año de grandes avances en las cuestiones sanitarias. Fueron ejes de trabajo constante la mejora en materia de Recursos Humanos, como completar y concretar varias de las obras iniciadas. Dotar de nueva infraestructura y equipamiento a nuestros efectores resultó prioritario.

De lo concretado, y a modo de síntesis, quiero recordar dos instancias inolvidables.



El Hospital Ángel C. Padilla comenzó a prepararse para ser pionero en el concepto de Hospital Donante, y en transplantes renales; además de proveerse de equipos a la Guardia Mayor e innovar el servicio de Emergencias y Terapia Intensiva. De esa forma, aumentó su capacidad de de respuesta y asistencia en beneficio de la comunidad tucumana.

El Hospital Zenón Santillán completó la obra de equipamiento de la Unidad Coronaria y la ampliación de la Unidad de Cuidados Críticos ubicada en la torre recientemente habilitada.

Nuevos desafíos se plantearon en 2011. Nuevas demandas surgen. Quienes trabajamos para la Salud de nuestros comprovincianos no dejaremos de bregar nunca por el concepto de atención integral, democrática y humanitaria. El acceso equitativo y efectivo de quienes acuden a diario a requerir respuestas del Sistema Provincial de Salud (Siprosa), en cualquier punto geográfico de nuestra provincia, es nuestro objetivo. Se hizo mucho. Falta mucho más hasta lograr que hospitales, policlínicas o caps sean lugares de pertenencia de los tucumanos.

Las tareas que quedaron pendientes en 2011, son sueños que se transformarán en realidades. Continuó avanzando la construcción del Hospital Eva Perón que ofrecerá nuevos servicios a la población ubicada en ese punto cardinal de la provincia. El Hospital de Día Néstor Kirchner (ex Sanatorio Ados) será modelo en todo el norte del país.

Esta publicación también representa un recono-

cimiento a cada uno de los funcionarios y colegas que con un enorme compromiso –y muchas veces con dificultades– fortalecieron el equipo de salud que tuve el honor de conducir. A todos ellos que conste mi profundo agradecimiento.

Y también agradezco a todos los trabajadores sanitarios, instituciones intermedias, que tarde o temprano comprendieron que nuestro objetivo no era administrar, sino transformar la vida de los tucumanos hacia condiciones de mayor dignidad.

Juntos fomentamos que el concepto de Salud es un derecho. El derecho de nuestro Pueblo.



Dr. Pablo Yedlin Ministro de Salud Pública

# Adicciones



Dr. Luis Carbonetti Dra. Karina Marteau

# Un servicio que busca recuperar el concepto de "hospitalidad"

El consumo de drogas se convirtió en la cara visible de un malestar social más profundo.

#### Quiénes somos

El Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones, dependiente del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda, brinda sus servicios a la comunidad desde el año 2003. En este tiempo, ha construido nuevos dispositivos y estrategias que intentan dar respuesta al incremento de la problemática de las adicciones en la provincia.

El Servicio está compuesto por un equipo interdisciplinario, pensado para llevar adelante una clínica que aborde de manera integral a quien consulta: psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadora social, operadores socioterapeutas, terapistas ocupacionales, talleristas de Teatro y Educación Física, fonoaudióloga, médico generalista, enfermeros.

### Nuestra propuesta de abordaje

El Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones ofrece distintos espacios en los que busca alojar y acompañar al sujeto que



consume y su familia, procurando recuperar el concepto de hospitalidad que atraviesa en sus orígenes a la institución hospitalaria, al tiempo que promueve el acercamiento del Servicio a la comunidad con la finalidad de revalorizar los recursos locales que participan directa o indirectamente en el abordaje de las adicciones.

Concebimos a las adicciones como un fenómeno complejo, atravesado por múltiples variables subjetivas, familiares, sociales, económicas y políticas (entre otras) que en cada situación se conjugan de una manera singular, haciendo de cada caso una historia única sostenida en un entorno cultural en el que el consumo de drogas se ha convertido en la cara visible de un malestar social más profundo.

Es por esto que en los distintos dispositivos terapéuticos se apuesta a reconstruir la historia de cada sujeto, acompañándolo en la búsqueda de nuevos intereses que le permitan ampliar su proyecto de vida, apuesta que requiere de la

participación de otros programas y equipos de trabajo pertenecientes al Siprosa y demás organismos estatales y de la sociedad civil.

### Qué hacemos

El Servicio ofrece una amplia gama de prestaciones, en consonancia con nuestra manera de entender la problemática de las adicciones. Nuestras estrategias de trabajo se focalizan tanto en la asistencia de pacientes y sus familiares, así como en la construcción de redes de trabajo, espacios de capacitación y debate, y actividades de prevención y promoción de la salud. Por tales motivos, el servicio cuenta con las

siguientes áreas de abordaje de las adicciones:

- ✓ Admisión
- ✓ Tratamiento Ambulatorio
- ✓ Casa de Día
- ✓ Abordaje Familiar
- ✓ Investigación v Docencia
- ✓ Prevención y Promoción de Salud
- ✓ Proyecto Unidad de Desintoxicación
  - √ Área de Admisión. Se hace

evaluación y diagnóstico del paciente o del familiar que realiza la consulta. Se lleva adelante bajo las modalidades de entrevistas individuales, familiares o grupales. Posteriormente a la mencionada evaluación integral del paciente se realiza la derivación correspondiente según cada situación particular. Las derivaciones internas pueden ser a tratamiento ambulatorio en consultorios externos o al dispositivo Casa de Día.

También se realizan derivaciones para tratamiento e internación a otros servicios e instituciones públicas y privadas.

- ✓ Área Asistencial. El servicio brinda asistencia terapéutica interdisciplinaria al paciente consumidor de sustancias psicoactivas y a sus familiares. Para ello cuenta con dos modalidades de tratamiento: ambulatorio por consultorios externos y Casa de Día.
- Tratamiento ambulatorio: incluye psicoterapia individual, psicoterapia grupal más evaluación médica general y psiquiátrica. Se realizan abordajes familiar y social del paciente y su grupo familiar, según la situación particular de cada caso.





- Casa de Día. Constituye un espacio terapéutico de acompañamiento y mayor contención para el adolescente y su familia. Se realiza un abordaje individual y grupal, con acompañamiento del grupo familiar o de referentes del joven. Se proponen talleres centrados en actividades saludables, y estrategias de inclusión social para los jóvenes. Funciona media jornada y de lunes a viernes.

✓ Área de Prevención y Promoción de la Salud. Constituye un espacio centrado en la construcción colectiva de espacios saludables, en articulación con otras instituciones de la comunidad. Realiza tareas de asesoramiento a instituciones; talleres de prevención y promoción de salud intersectoriales; acompañamiento a instituciones en tareas de prevención y abordaje comunitario; construcción de redes de trabajo colectivo. Actividades de difusión del servicio.

✓ Área de Docencia e Investigación. Promueve la capacitación continua del equipo de profesionales del servicio. Organiza actividades académicas y espacios de ateneos clínicos; participación en cursos, jornadas y congresos del equipo técnico. Ofrece un espacio de formación para residentes de Medicina General, Psiquiatría y Psicología y capacitación de profesionales del Sistema Provincial de Salud. Intercambio con instituciones de formación en Salud Mental.

✓ Unidad de desintoxicación. Durante 2011 se presentó un proyecto para la creación de una Unidad de Desintoxicación destinada a pacientes que presenten intoxicación aguda leve o síndrome de abstinencia leve por consumo abusivo de sustancias psicoactivas, cuya internación no superará las 72 horas. El objetivo de esta Unidad es brindar alojamiento y contención clínica durante el cuadro agudo del paciente, procurando al mismo tiempo su adherencia a un posible tratamiento en alguno de los dispositivos del Servicio.

#### Logros 2011

✓ Recibimos 6720 consultas a lo largo de este año, entre las que se cuentan aquellas realizadas tanto por los pacientes como por sus familiares.

✓ Un total de 96 pacientes hizo su pasaje por el dispositivo Casa de Día con sus respectivos referentes familiares y vinculares, participando en talleres de Teatro, Educación Física, Cocina, Huerta, asambleas, espacios de psicoterapia grupal e individual, chequeos y seguimientos médicos.

✓ Rotaron por el Servicio residentes de Psiquiatría y Psicología del Hospital Juan Manuel Obarrio y residentes de Medicina General del Hospital Nicolás Avellaneda.

✓ Se dictó el curso de capacitación en adicciones para residentes de Medicina General y Residentes de Psiquiatría.

✓ Finalizó la Concurrencia en Psicología Clínica con orientación en Prevención y Asistencia de las Adicciones; con dos egresadas.

✓ Se realizaron ateneos internos de capacitación y construcción de casos en los que participaron todos los miembros del equipo.

✓ Se llevaron a cabo supervisiones clínicas a cargo de un profesional invitado, externo al Servicio.

✓ Se realizaron Jornadas de Trabajo en las que se contó con la participación de dos reconocidos analistas, Osvaldo Arribas y Robert Levi, y otras instituciones de la provincia: la Comisión de Enlace de Tucumán de Convergencia; Movimiento Lacaniano por el Psicoanálisis Freudiano; la Escuela de Psicoanálisis y el SeSMI.

✓ Sostuvimos espacios de asesoramiento en prevención de las adicciones y promoción de la salud



a los que concurrieron 28 instituciones de las áreas de educación, salud, desarrollo social, ONGs, parroquias y programas nacionales y provinciales.

✓ Trabajamos con distintas instituciones barriales, educativas y el CAPS del barrio La Milagrosa, de Banda del Río Salí, construyendo espacios de debate y gestión en torno a la prevención y el abordaje de las adicciones en una zona en la que los casos son numerosos y los recursos humanos disponibles para contenerlos son sumamente escasos.

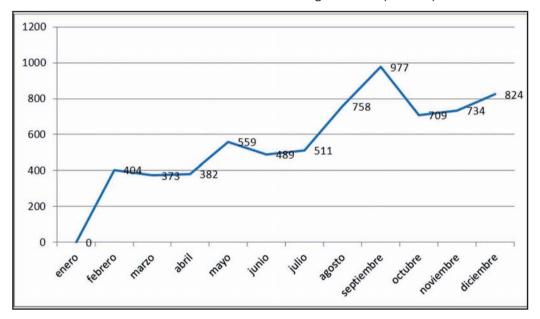
✓ Reunimos distintos equipos de

trabajo que solicitaban capacitación y asesoramiento en el abordaje de las adicciones y propusimos talleres intersectoriales en los que cada equipo presentó su realidad institucional, recibió asesoramiento y quedó pendiente para el año 2012 la elaboración de proyectos conjuntos de prevención y promoción de salud con aquellas instituciones y programas que así lo requiriesen.

✓ Participamos como representantes del Siprosa de la Red de Adicciones, conformada por distintas organizaciones estatales y de la sociedad civil que trabajan directa o indirectamente en el abordaje de las adicciones. ✓ Se realizaron tareas de difusión de las actividades del Servicio, estableciendo redes de trabajo con otros equipos e instituciones con el fin de conocer y articular los recursos existentes e intentando gestionar nuevos recursos.

✓ Se sostuvieron espacios individuales y grupales para la asistencia integral del paciente, llevando a cabo consultas médicas, psicológicas, psiquiátricas y abordajes socioambientales de acuerdo con la particularidad de cada caso.

Sala de Situación Epidemiológica. Servicio de Prevención y Asistencias de las Adicciones. Año 2011 Gráfico n.º 1. Total de consultas según el mes (n=6720).



#### Promedio mensual: 610 consultas

Gráfico n.º 2. Distribución de consultas según el sexo.

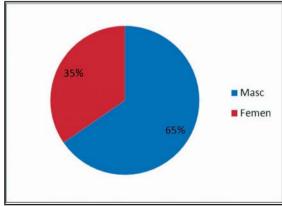


Gráfico n.º 3. Distribución de consultas según grupo etario (n= 6720)

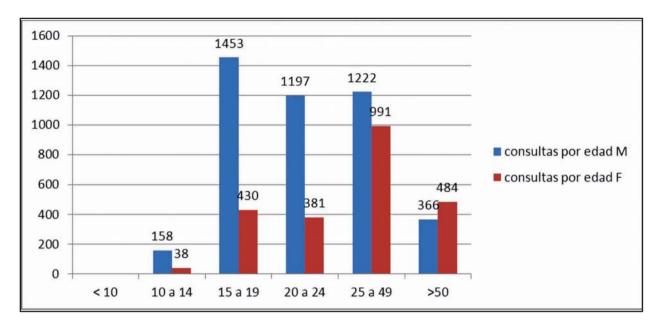


Gráfico n.º 4. Distribución de consultas según primera vez o ulterior vez

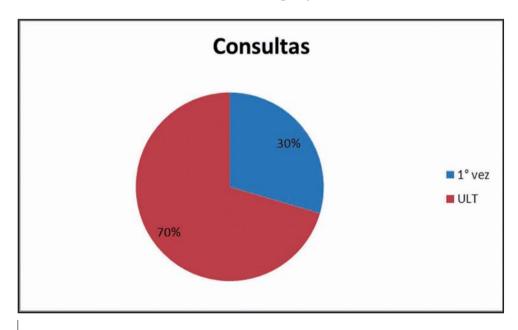


Gráfico n.º 5. Distribución de consultas según el tipo de prestación

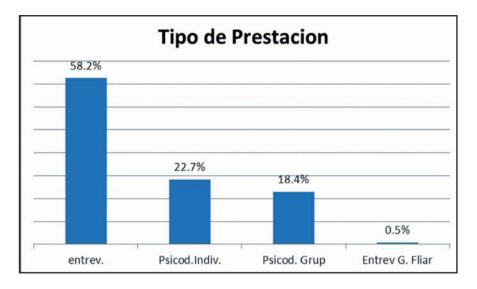
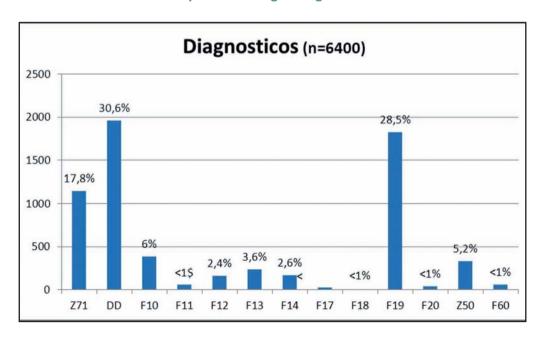


Gráfico n.º 6. Distribución porcentual según diagnóstico



El Servicio de prevención y Asistencia de las Adicciones del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda presentó en el año 2011 un total de 6720 consultas, con un promedio mensual de 610 consultas.

El grupo etario de mayor prevalencia fue el comprendido entre los 15 y los 19 años en el caso de los pacientes de sexo masculino, y entre los 25 a 49 años entre los pacientes de sexo femenino. (Gráfico número 3).

Del total de consultas, un 30% corresponde a nuevas consultas, es decir, a la primera vez. (Gráfico número 4).

Del total de prestaciones, un 58% corresponde a entrevistas indivi-

duales. (Gráfico número 5).

Con respecto al diagnóstico según el tipo de sustancias, se pudo observar que el mayor diagnóstico corresponde al consumo de múltiples sustancias (F19). Esto muestra el perfil del paciente con consumo problemático y la necesidad de abordarlo desde estrategias multidisciplinarias e intersectoriales. (Gráfico número 6).



Destacamos la importancia de compartir nuestro servicio y las formas de trabajo en relación con las adicciones a través de este medio de difusión gráfica, por cuanto entendemos esta problemática como un fenómeno complejo que requiere respuestas integrales, las cuales implican y solicitan la participación de los distintos niveles de atención del sistema salud, demás ministerios y organismos de la sociedad civil.







# Un desafío de cambios, avances y transformaciones. Centro Las Moritas. Año 2011

El Centro Las Moritas modificó su programa funcional para dar respuesta a la necesidad de tratamiento de los menores con problemática de adicción. Es así como el cambio de la franja etaria significó avanzar en un programa terapéutico con las especificidades necesarias, transformar ciertos espacios de abordaje y recrear el cronograma diario de actividades.

A partir del 12 de septiembre de 2011 se inició la internación de menores con problemática de adicción a sustancias psicoactivas.

#### El Centro Las Moritas desarrolló:

- ✓ Abordajes comunitarios. Talleres de recuperación de hábitos, de actividades de la vida cotidiana, de normas y de valores de la cultura. Actividades grupales comunitarias (encuentro de la mañana, grupo de bienvenida, asambleas de altas terapéuticas).
- ✓ Abordajes individuales. Psicoterapia individual, atención médica psiquiátrica, asistencia clínica.
  - ✓ Abordajes grupales. Psicote-



rapia grupal, familiar y multifamiliar; grupo de trabajo de recaídas, grupo de trabajo emocional y grupo dinámico.

- ✓ Talleres con gran amplitud de temáticas con el fin de ofrecer espacios de trabajo que posibiliten la rehabilitación, recuperación, creación y establecimiento de proyectos individuales construidos a partir del deseo subjetivo. De este modo funcionaron los talleres:
- De Granja. Producción de verduras y hortalizas a través de la huerta orgánica trabajada desde la preparación el suelo hasta la cosecha. Crianza de gallinas ponedoras.
  - De Educación Física. Trabajo

del cuerpo a través de gimnasia, deportes y actividades recreativas.

- De Cine. Disfrutar de la producción cinematográfica al mismo tiempo que se ponen en juego procesos psíquicos intelectuales y emocionales. Se inicia un debate en el segundo momento del taller.
- Literario. Lectura y trabajo de cuentos que promueven la fantasía, la identificación, las preguntas, los cuestionamientos, la generación de nuevas ideas, etc.
- De Producción de Videos. Creación de videos en los que se plasman notas, opiniones, ficciones, que luego se presentan en las actividades de convivencia.

- De Cocina. Son cocina y comida hechos de cultura, de lazo con los otros por lo que, organizados en grupo y días, los pacientes cocinan el alimento – comida que comparten.
- ✓ Escolarización. A través de un convenio con el Ministerio de Educación, una escuela primaria funciona dentro de Las Moritas, posibilitándose la incorporación de conocimientos y un modo de inclusión en la sociedad.
- ✓ Paseos recreativos culturales. Se realizaron salidas a diferentes espacios que promueven el encuentro y el desarrollo de lazos regulados.
- ✓ Actividades de convivencia. Se llevaron adelante celebraciones de fechas significativas en nuestras cultura (Día del Trabajador; Día de la Familia; Día de la Madre, fiestas de fin de año), compartiéndolas en convivencia con los familiares de los pacientes internados en el Centro Las Moritas.
- ✓ Concursos. De producción de tarjetas, invitaciones, pósters, almanaques, etc. para estimular la participación activa, la creación y el interés, ya que dichos productos fueron expuestos y socializados en





las actividades de convivencia.

Los abordajes mencionados del dispositivo Centro Las Moritas hallan su sustento en que consideramos que el tratamiento de las adicciones debe realizarse a través del trabajo en equipo en el que cada espacio, desde su especificidad, posibilite alcanzar el objetivo que es común: lograr que el paciente resuelva y supere su problemática de adicción

# Banco de sangre



Dra. Graciela De Gorostiza Dra. Sandra Tirado

# Cada día decenas de pacientes salvan su vida gracias a la donación

La única forma en que el banco puede proveerse de sangre es a través de los voluntarios.

Consolidar una cultura solidaria basada en la donación de sangre voluntaria y habitual de los ciudadanos, salva vidas.

El Banco de Sangre es una organización dedicada a recolectar, almacenar, procesar y suministrar sangre humana segura para atender la demanda de los hospitales de la provincia. Además, se encarga de analizar las muestras recolectadas y extraer hemocomponentes separando la sangre en glóbulos rojos, plasma fresco, plaquetas, y crioprecipitados.



# Logros de la gestión

Las tareas del Banco de Sangre se orientaron durante el año 2011 a proveer sangre de alta calidad y en cantidad suficiente, a fin de mejorar la seguridad y la disponibilidad de sangre para satisfacer las necesidades de los pacientes.

A lo largo del año se pueden destacar los siguientes logros:

-Aumentó el número de donantes a 16 722, en comparación con



el año 2010 que llegó a los 15 539. Se constató que esto se debió a las tareas de concientización y promoción que el Banco de Sangre realiza.

-Se logró disminuir el porcentaje de donantes de sangre con Serología Reactiva del 7,75% a un 6,52%. Esto se debe a la entrevista predonación, en donde surgen datos que lo califican como apto o lo inhabilitan a donar; y al informe que reciben de los estudios realizados post donación, en el cual se comunica que la persona no es apta para la transfusión, no permitiendo su reingreso como donante que queda asentado en un registro

-Se incrementó la producción de hemocomponentes a 33 000 unidades, en comparación con 2010, año en que se generaron alrededor de 25 000 productos.

-Se distribuyeron 25 650 unidades de hemocomponentes a distintos hospitales de la provincia, según su demanda, aumentando la disponibilidad de esos productos, y se transfundieron 23 288 unidades.

-El servicio de Hemostasia y Coagulación del Banco de Sangre, aumentó considerablemente el número de determinaciones, alcanzando los 18 315 estudios, mientras que en 2010 se habían llevado adelante 3 641.

-Se organizó una capacitación sobre inmunohematología, dirigida a técnicos en Hemoterapia de la provincia.

## La donación de sangre: un ejercicio continuo de solidaridad

En el año 2011, la Argentina fue elegida como sede de la celebración del Día Mundial del Donante de Sangre, que se conmemora cada 14 de junio. Bajo el lema "Más sangre, más vida", se hizo hincapié en la necesidad de aumentar en todo el



mundo el número de donantes.

En Tucumán se elaboró y se puso en marcha una serie de actividades de promoción tendientes a sensibilizar a la población sobre la importancia de la donación de sangre segura para ayudar a aquellas personas que requieren de una transfusión de sangre o de hemocomponentes.

# Se destacan las siguientes acciones:

-Bajo el lema "Las gotitas caminan la ciudad", se realizó el lanzamiento de la campaña 2011 en nuestra provincia, en la cual las gotitas de sangre recorrieron los paseos públicos, entregando folletería alusiva e invitando a la gente a donar voluntariamente en el Paseo Histórico (a la par de la Casa Histórica). Se izó la bandera representativa "Más sangre, más vida", y se realizó un homenaje a los donantes voluntarios con entrega de certificados de honor a la vida y obseguios.

-Se desarrollaron actividades de promoción para la donación espontánea en diversos encuentros deportivos de gran convocatoria tales como el rally Dakar, mara-



tones solidarias, partidos de fútbol y olimpiadas, entre otros.

-Se montaron stands y se entregó material informativo en diversas en fiestas populares y festivales, acompañando las actividades que realiza el Programa Integrado de Salud y las carpas del Ministerio de Salud de la Nación que durante el verano recorrieron los centros turísticos de la provincia (Tafí del Valle, San Pedro de Colalao, El Mollar, El Cadillal, Simoca, y El Manantial).

-El 15 de febrero, con motivo de conmemorarse el Día Mundial del Cáncer Infantil, se organizó una jornada de concientización en la plaza Independencia, donde hubo actividades artísticas, se entregó folletería informativa sobre donación de sangre y se hizo una colecta espontánea. En la oportunidad se trabajó junto con la fundación Natalí Dafne Flexer, Cucaituc, y el Programa Integrado de Salud.

-El primero de abril, recordando

el Día Mundial del Transplante de Médula Ósea, se realizó una jornada de sensibilización en la Plaza San Martín, donde tuvo lugar una colecta voluntaria de sangre para que todos aquellos que decidan ser donantes de médula puedan inscribirse en el Registro de Donantes. Colaboraron la Fundación Flexer; Cucaituc, el Programa Integrado de Salud y el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH).

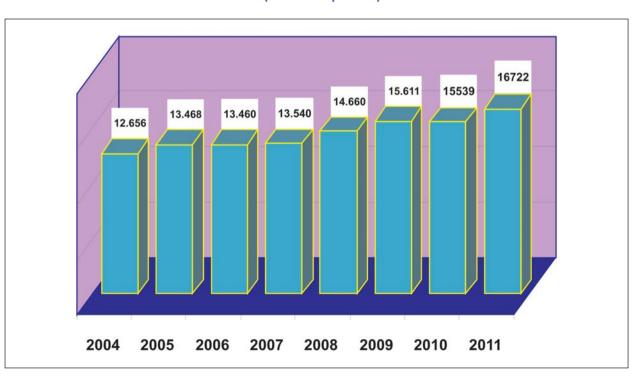
-Se trabajó con jóvenes del Centro Comunitario Tucumano Adventista con su proyecto "Vida por vidas", quienes contribuyeron con el Banco de Sangre donando, convocando e incentivando a la población durante la Semana Santa.

-Se hicieron colectas externas de sangre en diversas localidades de la provincia: en la ciudad capital, Lules, Burruyacú, Los Ralos, Famaillá, Concepción, Leales, Yerba Buena, Alberdi, Chicligasta, Simoca, Banda del Río Salí, y Bella Vista.

-Bajo el lema "Regalá sonrisas en esta Navidad, doná sangre", un equipo multidisciplinario llevó adelante en la Plaza San Martín, entre los días 16 y 21 de diciembre, colectas de sangre; determinaciones de grupos sanguíneos; reparto de folletería informativa; pegatina de carteles y difusión por los medios locales de radio y televisión.

-Se colaboró realizando activi-

# Donantes de sangre (Subsector público)



dades de promoción y colectas, con programas provinciales y nacionales tales como el Programa Provincial de Lucha Antitabáquica; Alimentación Saludable; Tucumán Camina y el Programa de VIH.

-Se brindaron charlas y talleres de promoción en diversos establecimientos educativos de todos los niveles, y capacitaciones a agentes sociosanitarios en lo que respecta a la donación de sangre. -El Banco de Sangre de Tucumán se adhirió a la campaña nacional "1 000 000 de donantes para el 2011", con la meta de alcanzar un millón de voluntarios que den sangre dos veces al año.

-Se llevó adelante una colecta voluntaria de sangre en el Rectorado de la Universidad Nacional de Tucumán, organizada por alumnos del Centro de Capacitación n.º 10, en el marco de su proyecto "Nunca es tarde", orientado a la finalización de los estudios primarios y secundarios del personal no docente.

## Donación de sangre

La donación es un acto sencillo, rápido, seguro y asistido por profesionales especializados en todo momento. Cada día, decenas de pacientes salvan su vida o recuperan su salud gracias a las transfusiones de productos sanguíneos, siendo la única forma de obtenerlos. la donación voluntaria.



# Centro Único de Lectura Mamográfica



Dra. Silvana Díaz – Dra. Sandra Tirado Dra. Silvia Saguir – Dra. Sandra Miotti

# Un servicio de alta calidad para todas las mujeres tucumanas

# El equipamiento para los estudios preventivos está disponible en distintas ciudades

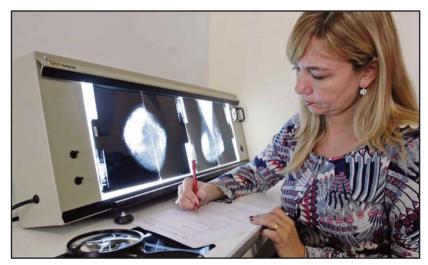
El cáncer de mama representa la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Aproximadamente una de cada diez mujeres desarrollarán este tipo de cáncer a lo largo de su vida.

La importancia que tiene su prevención radica en que detectado en una fase primaria se puede curar y salvar la vida de la paciente.

El método que permite realizar un diagnóstico precoz es la mamografía, la cual permite descubrir cambios o lesiones antes de que éstas se manifiesten. Deben realizarse el estudio todas las mujeres a partir de los 40 años y a partir de los 35 años aquellas que tengan antecedentes familiares de cáncer de mama.

El Centro Único de Lectura Mamográfica lleva adelante desde el mes de agosto del año 2011 y en forma ininterrumpida la lectura de los estudios provenientes de los mamógrafos instalados en la provincia, como así también del Tráiler Sanitario de la Muier.





**Misión.** Realizar la lectura de los estudios mamográficos provenientes de los mamógrafos de la provincia.

Visión. Convertirse en una unidad de elite en la lectura mamográfica y en un centro académico de alta especialidad para así brindar una atención de excelencia.

El centro nació por decisión del Ministerio de Salud, con el objetivo de dar accesibilidad al estudio mamográfico a la mayor cantidad posible de mujeres tucumanas entre los 40 y 70 años como así también de asegurar una lectura de calidad de los estudios realizados.

# Centro de Lectura Mamográfica y Programa de Prevención de Cáncer de Mama

El Centro de Lectura es un gran logro de 2011 porque permitió concentrar equipamiento con tecnología

de avanzada, profesionales imagenólogos de primera categoría y así lograr una óptima calidad diagnóstica. Al mismo tiempo se efectúa el control de calidad de los estudios mamográficos a través de la doble lectura, en un centro único.

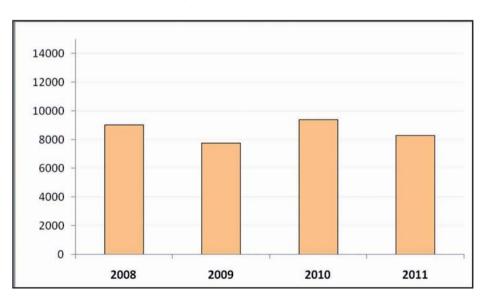
Se fortaleció la red de servicios con nuevos mamógrafos enviados por el Ministerio de Salud de la Nación, que se sumaron a los existentes en el Hospital Centro de Salud; el Instituto de Maternidad; el Hospital Avellaneda; el Hospital de Concepción; el Centro Ramón Carrillo de Yerba Buena, la Asistencia Pública de la Muni-

cipalidad de San Miguel de Tucumán y uno móvil en el Tráiler de la Mujer. Se instalaron este año los nuevos mamógrafos en la Policlínica Banda del Río Salí y en la Policlínica Pedro Solórzano de Tafí Viejo.

Además están próximos a inaugurarse tres nuevos centros en Monteros, Aguilares y Las Talitas, constituyendo de esa forma un total de doce centros para la realización de estudios mamográficos.

Tucumán es la provincia con mayor cantidad de servicios que realizan mamografías gratuitas en

> el sector público, con capacidad para cubrir la demanda de la población de riesgo (mujeres de 40 a 70 años) y cumplir con los objetivos del programa de cáncer de mama.



Mamografías realizadas por año desde enero 2008 hasta noviembre 2011. Tucumán (n=34 476)

#### **Recursos humanos**

Médico imagenólogo coordinador: doctora Silvia Saguir (recepción y entrega de los estudios, doble lectura, contacto con las técnicas, derivación de pacientes).

Médicos imagenólogos: doctores Hugo Barrionuevo; Claudia Gil Deza y Marcela Prado.

#### **Recursos Físicos**

Se dispone de un espacio físico con un diseño funcional de manera que por su ubicación, superficie, instalaciones, comunicación y equipamiento alcanza niveles óptimos de funcionamiento.

Se encuentra ubicado en la calle Córdoba 1197 (planta baja).

## Flujograma

Los estudios son entregados y retirados por el PRIS, un día a la semana. Éstos llegan con las fichas correspondientes y el listado de las pacientes.

Realizadas la lectura inicial y la doble lectura, son entregados a los respectivos nosocomios.



La entrega de las mamografías está a cargo de un médico ginecólogo en el centro sanitario correspondiente.

Las pacientes cuyo diágnostico mamográfico es maligno o probablemente maligno son entrevistadas personalmente y derivadas al Hospital Avellaneda.

Programa Provincial de Prevención de Cáncer de Mama. Objetivos:

- Reducir la mortalidad por cáncer de mama.
  - Disminuir la discapacidad por

cáncer de mama.

- Aumentar el número de diagnósticos de tumores no palpables.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres portadoras de cáncer de mama.
- Ampliar la cobertura de la población en edad de riesgo.

Hay que considerar la extensión geográfica de la provincia y la buena accesibilidad a los servicios de salud, con una distribución de mamógrafos que no supera en la mayoría de los casos distancias superiores a los cien kilómetros de los principales centros urbanos. Esto permite aumentar considerablemente la captación y la detección temprana y lograr un tratamiento efectivo.

#### Promoción

Se sensibilizó a las mujeres en la toma de conciencia del autocuidado y la importancia de la detección temprana. También se trabajó despejando las dudas y miedos falsos sobre un estudio que como premisa puede salvar su vida.

Trabajamos en la concientización del equipo de salud, en la importancia que tiene el estudio mamográfico en la prevención secundaria.

Se coordinó con los distintos municipios de la provincia y la Red de Mujeres Solidarias el traslado de las pacientes a los nodos con turnos programados para la realización del estudio.

#### **Actividades**

Se hicieron veintiuna visitas a diferentes servicios de la provincia. Sobre todo a aquellos próximos a los centros de mamografía



que se inauguraron últimamente para promocionarlos con charlas a la comunidad, en medios de difusión locales y también con el personal médico de los servicios y entre los agentes sanitarios.

Se coordinó con la subdirección del Hospital Avellaneda, en el caso de los pacientes detectados positivos, la realización de la cirugía en un tiempo menor a 30 días, y lográndose en algunos casos en el término de 15 días.

Esta actividad es de suma importancia, debido a que al aumentar los centros de diagnóstico lo harán también los casos detectados que necesiten complementar estudios como biopsias, cirugías, etcétera.

## **Proyecciones para 2012**

Buscamos seguir trabajando en el marco de los objetivos y metas del milenio, contando la provincia con los medios necesarios para reducir considerablemente en los próximos años las tasas de mortalidad actual por este flagelo (que constituye la mayor causa de muerte en mujeres de 40 a 60 años y el cáncer femenino más frecuente) y aportando a la disminución de los costos de los tratamientos diagnosticados tardíamente.

• Continuar con las tareas de promoción, buscando nuevas y diferentes estrategias tanto en la comunidad como en los servicios.

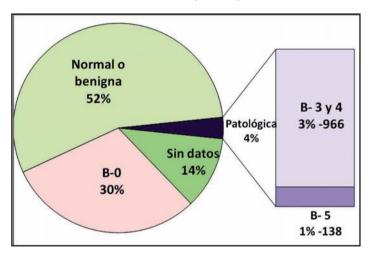
- Reforzar la intersectorialidad y las tareas de difusión, registro, traslado y aplicación de turnos programados sobre todo en el interior y con grupos organizados como la Red de Mujeres solidarias y pasantes periurbanos y rurales de la UNT.
- Activar todo lo relacionado con la referencia y contrarreferencia en el tercer nivel de atención para que los turnos de estudios y tratamientos quirúrgicos no sean a largo plazo.
- Asegurar el adecuado registro y seguimiento posterior de las pacientes bajo tratamiento.

Gestionar los datos de los centros mamográficos privados.

#### ESTUDIOS REALIZADOS AÑO 2011 Escala de Bi-Rads

- **0** = Necesidad de otro método de diagnóstico.
- 1 = Sin patología evidente.
- 2 = Patología benigna.

- **3 =** Lesión que debe ser controlada.
- **4 =** Lesión sospecha o dudosa de malignidad.
- **5** = Lesión altamente sospechosa de malignidad.
- **6** = Cáncer de mama confirmado por biopsia.



Proporción de diagnósticos imagenológicos de mamografías realizadas de 2008 a noviembre 2011. Tucumán (n=34 476).

#### Policlínica Doctor Pedro Solórzano. Tafí Viejo

i Oncini	inclinica bottor reare solorzano. Tan vieje					
TOTAL	BI-RADS 0	BI-RADS 1	BI-RADS 2	BI-RADS 3	BI-RADS 4	BI-RADS 5
213	99	23	85	1	1	2
Policlínica Banda del Río Salí						
TOTAL	BI-RADS 0	BI-RADS 1	BI-RADS 2	BI-RADS 3	BI-RADS 4	BI-RADS 5
177	73	18	73	3	0	0

## Comunicación y promoción para la salud



### La difusión como medio para democratizar los servicios sanitarios

La información precisa y bien distribuida garantiza accesibilidad a las prestaciones

Durante 2011 la antigua oficina de Prensa, por resolución 196/SPS/11, se convirtió en el Departamento de Comunicación y Promoción para la Salud con dependencia directa de la presidencia del Sistema Provincial de Salud. El equipo de profesionales del área acompañó este proceso de transformación involucrándose en los distintos espacios que componen e integran el Siprosa para ubicar a la comunicación como una herramienta transversal a cada una de sus áreas.

En el marco de esta nueva gestión del Departamento de Comunicación y Promoción para la Salud se elaboraron planes estratégicos que se constituyeron en un proceso de interrelación que involucró, con acciones comunicacionales específicas para cada situación, a todas las áreas. El proceso permitió también identificar otras fortalezas propias del Sistema, de utilidad a este modelo de cambio impulsado desde la fuerte decisión política de llevar adelante mejoras y variaciones en usos y costumbres.



Para cumplir con los objetivos propuestos en la génesis del área, en lo que respecta a la Comunicación Institucional se realizaron las siguientes tareas:

✓ Diagnóstico y planificación de la comunicación institucional en el Hospital Ángel C. Padilla. El objetivo principal de esta intervención fue insertar en el contexto hospitalario conceptos básicos relacionados con los recursos humanos existentes y la búsqueda de la calidad asistencial a través de diferentes mecanismos de comunicación estratégica.

Revista del Hospital Padilla: organización de los contenidos, diseño y edición de textos. La meta fue crear un puente entre el Sistema provincial de salud y sus empleados. Como así también crear un espacio de aprendizaje académico. La articulación estuvo sistematizada con casos clínicos relevantes e historias de la comunidad hospitalaria, entre otros.

En este mismo efector se propuso el dictado de una capacitación a médicos del servicio de guardia y directivos en la incorporación de herramientas comunicacionales para atender la requisitoria periodística.

✓ Confección del material gráfico y audiovisual para las visitas de la prensa y de las instituciones integrantes del Consejo Asesor Comunitario de Salud al Hospital de Día Ex Ados y al Hospital Eva Perón. Previo análisis de impacto comunicacional y un diagnóstico de situación de ambos efectores.

✓ Articulación con el Plan Nacer en la formulación de una planificación comunicacional para la ampliación del programa.

✓ Se trabajó en forma articulada con los programas nacionales de FESP y de FEASP, colaborando en los talleres de capacitación que dictaron para referentes del Sistema.

✓ Organización del taller de



**Redacción Periodística** dictado por la licenciada Verónica Ocvirk, de Buenos Aires.

✓ Se participó en las Jornadas de Promoción para la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, oportunidad en la que fueron presentados el Departamento y la planificación en Promoción para el año 2012.

✓ El Departamento de Comunicación y Promoción para la Salud, en lo que concierne a la Comunicación Institucional, **trabajó en el desafío de unificar criterios**, discursos, conceptos, creencias y aseveraciones propias y arraigadas en el Sistema y a la vez, en el objetivo de crear y reforzar el sentido de pertenencia y compromiso de los usuarios que componen la Institución. Todo esto con la comunicación como recurso estratégico, para lo cual se hizo el correspondiente diagnóstico y la posterior planificación en el Hospital Angel C. Padilla.

✓ El área de Promoción para la Salud se ocupó de la elaboración de los contenidos, confección, producción y edición de una nueva versión del material de audio denominado *Otra Comunicación*. Se trata de un trabajo de articulación con la Secretaría de Exten-

sión de la Universidad Nacional de Tucumán, que reúne en un formato de audio (grabado en disco compacto) mensajes para promocionar el autocuidado de la salud así como también para prevenir enfermedades. Este producto se distribuyó entre las principales radios de la provincia, incluyendo las frecuencias solidarias y comunales.

✓ Difusión de mensajes de promoción y prevención en los programas de los canales locales de mayor audiencia. ✓ Se elaboraron y pusieron en práctica las herramientas para mejorar conocimientos, habilidades y competencias relacionadas con la promoción para la salud en áreas del Sistema Provincial de Salud.

✓ Se dictaron capacitaciones en Comunicación y Promoción en diferentes Organizaciones no Gubernamentales para ayudarlas a transmitir a sus públicos las prioridades en el mejoramiento de sus condiciones higiénicas y sanitarias, para alcanzar un más alto nivel de salud. ✓ Se trabajó en la capacitación de personal de diferentes centros de atención del Siprosa, a fin de que trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.

✓ En coordinación con el área de Promoción, Difusión y Educación para la Salud del Plan Nacer, se trabajó en las comunidades originarias de los Valles Calchaquíes, para que los servicios médicos de la zona reconozcan las necesidades interculturales de los habitantes del lugar.



- ✓ Se trabajó en capacitación a comunicadores sociales para colocar en la agenda mediática los temas sanitarios que pueden modificar hábitos y conductas de la población.
- ✓ En cuanto a la tarea periodística, el equipo de prensa acompañó en la cobertura y difusión de las principales acciones de la gestión ministerial.
- ✓ Se realizaron reuniones semanales con las autoridades de la Secretaría de Estado de Prensa y Difusión y también con los responsables de la comunicación de los otros ministerios, secretarías y direcciones ejecutivas con el propósito de organizar la agenda gubernamental, priorizando los temas de interés público.
- ✓ El área Prensa, tal como sucede desde hace un par de años, una vez a la semana difundió mensajes sanitarios y presentó a los responsables de las distintas áreas del Sistema en el móvil de canal 10, espacio televisivo que le permite llegar a toda la provincia a través del informativo Teveprensa en sus ediciones del mediodía y la noche, más Teveprensa Plus.



- ✓ Actualización permanente e inmediata del sitio web del Ministerio, que muestra al usuario información de todo el Sistema de Salud y de los programas nacionales, además de enlaces con el MSAL y la OMS.
- ✓ Envío de informes semanales a las instituciones que integran el Consejo Asesor Comunitario exponiendo las principales actividades del Sistema, además de noticias de la gestión y de la actualidad sanitaria.
- ✓ Se trabajó en la planificación,

organización y coordinación de las diferentes actividades que se realizaron en las áreas del Sistema de Salud.

- ✓ Se planificó, coordinó y supervisó la publicación de *La Re*vista del Siprosa, órgano informativo interno, que sirve como material para reforzar la identidad de quienes integran el Sistema Provincial de Salud.
- ✓ Se trabajó en la planificación y el diseño de las estrategias de prensa que se llevaron adelante con las diferentes campañas de pa-

tologías estacionales y las inauguraciones y refacciones de los centros de salud de toda la provincia.

- ✓ Se profundizó en la estructuración de un archivo de prensa a través de recortes periodísticos de los medios gráficos y del almacenamiento de las informaciones que se producen en el periodismo digital de la provincia y de la región.
- ✓ Se coordinaron y supervisaron las actividades del personal periodístico en las tareas relacionadas con reportajes, entrevistas e informes elaborados para la Secretaría de Prensa y Difusión de la Provincia.
- ✓ Se coordinaron, clasificaron y archivaron los materiales audiovisuales tanto fotográfico como fílmico, para la elaboración de informes, presentaciones multimediales y exposiciones tanto del Ministerio de Salud Pública como del Sistema Provincial de Salud.
- ✓ Se organizaron conferencias de prensa, se redactaron gacetillas y se produjeron informes específicos para la prensa tanto local como regional y nacional, de todos





los acontecimientos considerados de interés para la población y que se pueden constituir en noticia para los medios de comunicación.

✓ El área Audiovisual trabajó en la producción y supervisión de informes especiales sobre patologías que se consideran tanto para la campaña de verano como para la de invierno.

✓ Se trabajó en la confección de los guiones, la recolección y la supervisión técnica y operativa de las grabaciones, ediciones y producción de videos.

✓ Se realizó la orientación, asistencia técnica y participación en la elaboración de guiones en las filmaciones de documentales solicitados por los programas nacionales y provinciales. El Sistema Provincial de Salud es uno de los organismos gubernamentales con mayor atomización en todo el ámbito provincial. De allí la complejidad y el desafío del área de Comunicación y Promoción para la Salud. Para optimizar el cumplimiento de los objetivos del Siprosa fue necesario constituirse dentro de un proceso que posibilite cambios a través de acciones contundentes, que



además permitieron iniciar un proceso de modificación y de potenciación de las condiciones que determinan el derecho y el acceso a la salud comunitaria de los tucumanos.

También se trabajó de manera sistemática y organizada para dar asesoramiento a las potenciales demandas de los efectores del Sistema, ya sea desde los hospitales como de la misma Red de Servicios.

El Departamento de Comunicación y Promoción para la Salud tuvo el desafío en 2011 de iniciar el proceso de unificar criterios, discursos y conceptos relacionados con el área de la salud y, a la vez, de poner en práctica el objetivo de crear y reforzar el sentido de pertenencia y compromiso de los usuarios que componen la insti-

tución, con la comunicación como recurso estratégico.

El Sistema Provincial de Salud es uno de los organismos gubernamentales que más se desarrolló durante la última gestión. Los recursos humanos, físicos y materiales crecieron y con ello sobrevino la necesidad de impulsar un correcto uso y aprovechamiento de ellos, a partir de la comunicación institucional.

## **Consejo Asesor Comunitario**



Dr. Fernando Avellaneda Dr. Ricardo Acosta

### Una apuesta al diálogo permanente con la comunidad

#### El diálogo constructivo contribuye a realizar las metas y objetivos de la cartera sanitaria

El Consejo Asesor Comunitario Provincial se encuentra previsto en el artículo 16 de la ley n.º 5652, que es la ley orgánica del Sistema Provincial de Salud, En su redacción vigente, esta norma dispone: "La Presidencia del SI-PROSA será asistida por un Consejo Asesor Comunitario Provincial, cuya integración será determinada por el Señor Presidente del SIPRO-SA, en un plazo no mayor a sesenta (60) días, contados a partir de la fecha de promulgación de la presente ley, procurando garantizar la participación ciudadana con la mayor amplitud posible...".

Los antecedentes del organismo consultivo se remontan al texto original de la ley n.º 5652, sancionado en septiembre de 1984, aunque su composición y funcionamiento fueron modificados con posterioridad. De allí que el Consejo haya funcionado en distintos períodos durante la década de 1990 y los primeros años de la década de 2000.

Sin embargo, luego de la crisis económica de 2001 y en particular



con posterioridad a la reforma de la estructura orgánica del Sistema Provincial de Salud, introducida en 2004 mediante la ley n.º 7466 (que entre otras cosas modificó los artículos 16 y 17 referidos al Consejo Asesor Comunitario Provincial), el organismo no fue convocado nuevamente sino hasta 2011.

A mediados de 2011, convencido de la importancia de afianzar el diálogo con la comunidad a través de las instituciones intermedias que la conforman. el señor ministro de Salud Pública tomó la iniciativa de convocar al Consejo Asesor Comunitario Provincial, en los términos del artículo 16 de la ley n.º 5652.

En este sentido, se celebraron tres reuniones del organismo, con amplia convocatoria y significativa participación por parte de las entidades vinculadas con el sector salud. Entre otras instituciones y reparticiones del Estado, participaron de los encuentros: la Comisión de Salud de la Legislatura Provincial: la Asociación de Clínicas

y Sanatorios de Tucumán; la Confederación General del Trabajo Delegación Tucumán; el Defensor del Pueblo de la Provincia: la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán: la Universidad San Pablo - T; la Secretaría de Estado de Articulación Territorial y Desarrollo Local del Ministerio de Desarrollo Social: el Instituto Nacional contra la Discriminación Delegación Tucumán; la Red de Mujeres; el Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán (Subsidio de Salud); el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) Delegación Tucumán; diversos colegios profesionales vinculados con la salud (médicos, bioquímicos, farmacéuticos, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales), y otros. Sin perjuicio de ello, se invitó a los participantes a proponer otras instituciones a efectos de que sean incorporadas al organismo.

La reunión preliminar se llevó a cabo el 22 de Junio de 2011, en la sede del Ministerio de Salud de la provincia. En la oportunidad, el ministro presentó a los participantes la iniciativa de constituir el Consejo Asesor Comunitario a fin de discutir materias vinculadas



con la salud de la Provincia, propuesta que fue recibida con unánime beneplácito por las entidades que participaron del encuentro, quienes manifestaron su adhesión. Asimismo, el ministro presentó un detallado informe sobre la gestión de la cartera de salud en el período 2003-2011, en lo atinente a obras de construcción, remodelación y refacción llevadas a cabo en los establecimientos del Sistema Provincial de Salud, adquisición de equipamientos e incorporación de recursos humanos al Sistema, entre otras cuestiones.

En la segunda reunión, celebrada el 19 de septiembre de 2011, el ministro inauguró la sala del Consejo Asesor Comunitario Provincial, ubicada en la sede del Siprosa, poniendo dicho espacio físico a disposición del organismo, a efectos de que sea utilizado como lugar de reunión. Asimismo, se presentó un documento con las normas de funcionamiento del Consejo, el cual contiene disposiciones relativas a su estructura, convocatoria, reuniones, etc. El documento fue distribuido a los participantes, leído íntegramente y discutido en la reunión, a efectos de recabar la opinión de los miembros presentes.

La tercera y última reunión del año se celebró el día 1.° de diciembre de 2011. En ella se agasajó a los médicos de la provincia, teniendo en vista los festejos por el Día del Médico a realizarse el día 3 de diciembre subsiguiente. Asimismo, el ministro de Salud presentó un informe relativo a las propuestas de modificación de la Ley de Carrera Sanitaria n.º 5908, que se impulsan desde el Ministerio, respondiendo a las consultas e inquietudes planteadas por los presentes y tomando nota de sus

opiniones y sugerencias.

Con el compromiso firme de continuar con las reuniones del organismo en los años venideros, y propiciando su consolidación como ámbito de discusión de políticas sanitarias con las instituciones intermedias de Tucumán, el Consejo Asesor Comunitario Provincial constituye una apuesta

fuerte del Ministerio de Salud Pública por la interacción coordinada del gobierno y la sociedad civil, en pos de los intereses de la comunidad. La iniciativa promete ser, en definitiva, un espacio de diálogo constructivo que contribuya a realizar las metas y objetivos de la cartera de salud, con participación efectiva y plural de la comunidad.









### Cooperación Española



# Cooperación y relación sanitaria entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán y el Sistema Sanitario Español

Los lazos que se establecieron son fuente de asistencia técnica y capacitación sostenida

#### **Antecedentes**

Como consecuencia de la crisis que asoló a nuestro país en 2002 —y en los años previos— en diciembre de ese año los presidentes Eduardo Duhalde de la Argentina y José María Aznar de España, acordaron acciones tendientes a mitigar la situación de la población más vulnerable que, como siempre, eran los pobres, las mujeres y los niños.

Tucumán tenía por esos días el triste privilegio de ser una de las provincias que más destacaba en la prensa internacional por sus índices de desnutrición, pobreza y mortalidad materno infantil injustificadas.

Entre las acciones acordadas por los presidentes se comprometió a la cooperación española para participar activamente en programas sociosanitarios, entre los cuales se decidió destinar 14 millones de euros mediante un crédito de la Cooperación Española para la construcción un nuevo hospital en la Provincia de Tucumán.





En el mes de febrero del año 2003, la ministra de Sanidad y Consumo de España envió a los doctores Omar Díaz y José Luis Puerta a Tucumán para que, junto con sus pares del Ministerio de Salud de la Argentina, elaboraran el informe técnico de viabilidad para iniciar el emprendimiento, así como una evaluación de la situación sanitaria materno infantil en la provincia.

La aprobación de este informe inició las fases sucesivas que culminaron con el Hospital Eva Perón, a punto de ser habilitado en el transcurso del corriente año.

A pesar del impacto de esta obra en la sanidad local, a nadie sorprendía que no fuese suficiente para cubrir los objetivos sociosanitarios prioritarios de la provincia; ni por su inmediatez ni por su alcance, por lo que a su regreso a la Península los enviados del gobierno español impulsaron un programa adicional de cooperación con Tucumán, a través de la Fundación Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La cooperación sanitaria española. La Fundación Carlos III la Fundació Clinic per a la Recerca Biomédica de Barcelona

El 18 de septiembre de 2003 con la intermediación del gobernador electo José Alperovich, se firmó el 1.º Convenio de Cooperación Sanitaria Internacional entre el entonces gobernador de Tucumán Julio Miranda y el doctor José Luis Puerta, director General de la Fundación Carlos III del Ministerio de Sanidad español.

El principal objetivo del acuerdo





se focalizaba en el fortalecimiento del Sistema Provincial de Salud de Tucumán mediante acciones destinadas a "mitigar de una manera especial, las necesidades — en materia de salud— de los estratos sociales más deprimidos".

Entre las actividades más relevantes se incluían:

- a) el desarrollo conjunto de planes, programas y proyectos de salud pública;
- b) el acompañamiento y asesoramiento técnico a las autoridades sanitarias de la provincia;
- c) la capacitación y entrenamiento de los recursos humanos sanitarios del Siprosa.

A partir del año 2005 la Fundació Clinic per a la Recerca Biomédica" del Hospital Clínic de Barcelona, asumió el compromiso del lado español manteniendo los objetivos y las estrategias originales.

Entre los años 2002 y 2006 entre el gobierno de Tucumán y la contraparte española se ejecutaron más de 25 intervenciones de capacitación, incluyendo dos cursos intensivos para más de 40 perso-



nas en la Escuela Nacional de Sanidad en España; donación de equipamiento y transferencia de tecnología, especialmente destinados al fortalecimiento de los centros de atención médica con la vista puesta en las necesidades de futuro del nuevo hospital.

La política sanitaria; la gestión de recursos; la planificación y gestión estratégica; la organización de la oferta y la demanda; la gestión por procesos; la gestión clínica y la medicina basada en la evidencia fueron algunos de los temas de actualidad que se incluyeron en la agenda de actividades

de formación de los recursos humanos del Siprosa.

Paralelamente se diseñó un plan director para el hospital Eva Perón que la cooperación española encargó a la consultora Globesalud, de la conocida experta internacional doctora Paloma Alonso Cuesta, quien estuvo personalmente en Tucumán contribuyendo con las actividades de organización y gestión de la Maternidad.

La dirección y coordinación de las actividades se mantuvieron de forma ininterrumpida bajo la responsabilidad de los doctores Omar Díaz y José Luis Puerta durante todo el ciclo.

### La relación con la sanidad española en la actualidad

Los cambios políticos y económicos en España sumados a los avances logrados en el Sistema

de Salud de Tucumán en los últimos años, aconsejaron rotar el modelo de relación con los socios españoles sin perder para nuestro sistema, el conocimiento y la tecnología de un modelo de organización y gestión que ocupa el séptimo lugar en el mundo. Por lo tanto hemos pasado de una rela-

ción del tipo "cooperación" a un modelo del tipo "hermanamiento", de carácter más igualitario y sostenibilidad más repartida.

El 5 de mayo de 2010 se firmaron los primeros dos convenios de hermanamiento y cooperación entre los hospitales del Sistema Provincial de Salud y el futuro hospital Eva Perón del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán con el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) y el Hospital Virgen de las Nieves de Granada, líderes a nivel nacional en España.

Los mencionados acuerdos están alineados con la estrategia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en consecuencia, se proponen llevar adelante una serie de intervenciones en el ámbito de la salud "como derecho humano" y en el "fortalecimiento de los sistemas públicos de salud".

Dadas las metas de la agenda





política de las contrapartes y la reconocida experiencia del sistema español en materia sanitaria, las intervenciones acordadas inciden nítidamente en sus objetivos estratégicos: mejora de la calidad de atención, de las herramientas de gestión y de la docencia e investigación, las que se pueden agrupar en tres epígrafes:

- a) promoción de la mejora del capital humano, mediante el perfeccionamiento del personal hospitalario y sanitario;
- b) apoyo a las herramientas de gestión e investigación en los centros sanitarios que participan del acuerdo;
- c) apoyo a la planificación, organización y funcionamiento que se definan como objetivos para los hospitales de Tucumán. La responsabilidad de la dirección y coordinación entre las partes, se mantiene a cargo del doctor Omar Díaz.

El centro seleccionado como prioritario para recibir los beneficios de estos acuerdos es el nuevo hospital Eva Perón, del que se espera sea un espejo de calidad técnica, eficiencia y satisfacción para la sociedad y para todos los ser-





vicios del Siprosa.

Desde la firma del acuerdo hasta la fecha se han realizado las siguientes actividades: visita de los directivos españoles a Tucumán y firma de los acuerdos con el ministro de Salud Pública de la provincia; actividades de consultoría y asesoramiento al personal de gabinete sobre la apertura del hospital Eva Perón; cursos de capacitación en Tucumán con expertos españoles sobre la aplicación de modelos de gestión y organización eficientes, destinados a los futuros directivos del nuevo hospital.

Entre las actividades políticas de relevancia destacan: visitas de las autoridades españolas al gobernador de la provincia de Tucumán y a las autoridades del Ministerio de Salud para presentar y desarrollar los proyectos, y dos visitas a los hospitales del País Vasco y Virgen de las Nieves

de Granada por parte del ministro de Salud, doctor Pablo Yedlin, acompañado por el subsecretario ingeniero Enrique Espeche, en una oportunidad y por el secretario Ejecutivo Médico doctor Fernando Avellaneda y el subsecretario ingeniero Sergio Epstein en otra.

En el País Vasco se visito el hospital Galdakao- Usansolo en Bizkaia; la Dirección Territorial del Departamento de Sanidad y Consumo; los hospitales Basurto y Txagorritxu en Vitoria y el hospital

Donostia, ubicado en San Sebastián, donde fueron recibidos por su gerente el doctor Carlos Zulueta. El motivo del encuentro fue conocer de primera mano algunos aspectos en materia de administración del hospital para elaborar un programa de gestión. También se visitaron las instalaciones de farmacia para conocer su forma de trabajo, ya que posee un sistema de dispensa de medicamentos por paciente totalmente robotizado, para acudir finalmente al instituto Biodonostia, importante centro de investigación.



En Granada se visitó el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, donde fueron recibidos por su gerente el doctor Manuel González Suárez. Cuenta con 1150 camas v 5000 trabajadores. Se destacan los servicios de neurocirugía y medicina fetal, en lo que el hospital es el máximo referente en Andalucía y está entre los principales de España. Igualmente son de referencia los servicios de cirugía cardiovascular; cirugía oral y maxilofacial; cirugía pediátrica; cirugía plástica y reparadora; cirugía torácica; medicina nuclear y rehabilitación. Se cono-

cieron sus instalaciones y se efectuaron reuniones con profesionales que trabajan en distintos procesos relacionados con la gestión clínica.

Las visitas fueron de carácter técnico-político y sirvieron tanto para conocer de primera fuente la realidad local como para, en el caso de las visitas a España, identificar las técnicas más avanzadas que se pueden importar y adaptar a los hospitales del Siprosa, así como también para afianzar las relaciones cordiales entre las autoridades de ambos sistemas.

En la actualidad expertos sanitarios en planificación, organización y gestión de centros sanitarios de España están contribuyendo con los cuadros locales en la puesta a punto del hospital Eva Perón para conseguir una apertura gradual, controlada y segura. Esta tarea que tendrá incorporado un plan de calidad de atención, con la mira puesta en la satisfacción del usuario -- se realiza mediante actividades de consultoría, capacitación y entrenamiento bajo la supervisión directa de la Secretaría Ejecutiva Médica del Siprosa.



## Hospital Ángel C. Padilla



### Tecnología y recursos humanos preparados para salvar vidas

La Guardia Mayor y el Servicio de Terapia Intensiva mejoran su performance año a año.

El Departamento de Emergencias del Hospital Padilla es referente en el NOA. Actualmente este nuevo edificio cuenta con un servicio de Guardia Mayor y un servicio de Terapia Intensiva.

La Guardia Mayor se encarga de brindar atención a pacientes en circunstancias de urgencias que concurren en forma voluntaria; llegan a través del sistema de traslados privados o del sistema dependiente del Siprosa (107); ya sea desde el domicilio del enfermo o de la vía pública, entre otros. La atención que ofrece la guardia corresponde en un 70% a consultas médicas de diferente índole y el 30% restante a pacientes traumatizados, ambos de diferentes niveles de complejidad.

El servicio de guardia, bajo la jefatura de la doctora Daniela Lionetti, está constituido por: dos salas de curaciones, el *Shock Room*, una sala de observación y consultorios externos de clínica médica, psiquiatría, traumatología con sala de yeso, y odontología. Cuenta además con equipos de



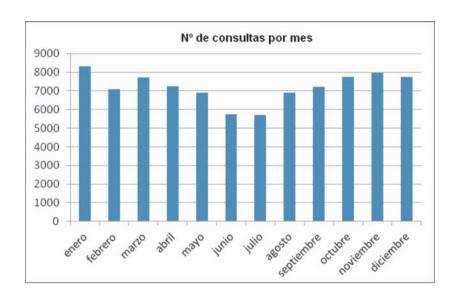
radiología portátil, tomografía, hemoterapia permanente, respiradores y monitores multiparamétricos para control de los pacientes críticos.

Integran este servicio: 7 jefes de guardia, 7 cirujanos, 3 emergentólogos, 20 médicos clínicos, 9 traumatólogos, 6 neurocirujanos, 5 psiquiatras, 7 psicólogos, 6 anestesiólogos, 7 odontólogos, 14 bioquímicos, 2 técnicos radiólogos y un equipo de 66 enfermeros, 4 camilleros, 2 recepcionistas, secretario permanente y adminis-

trativos, además de médicos residentes de las distintas especialidades que conforman el hospital.

#### **Estadísticas**

Durante el año 2011 se registró un total de 88 989 pacientes que consultaron en la guardia, lo que equivale a un promedio de 7415 pacientes por mes y 250 por día (variando entre 190 y 310). Cabe destacar que de ese número total, se efectuaron 8996 internaciones de pacientes que ingresaron por la guardia.











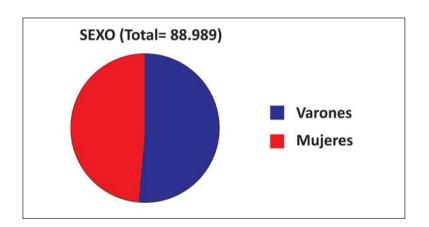


A continuación, el esquema comparativo de los últimos 4 años, cuando el servicio de emergencias funcionaba en el edificio anterior.

Año	Cirugía	Traumato	Neuro	
2008	75%	20%	5%	
2009	70%	23%	7%	c/ práct
2010	60%	30%	10%	
2011	55%	30%	15%	

#### Distribución por sexo

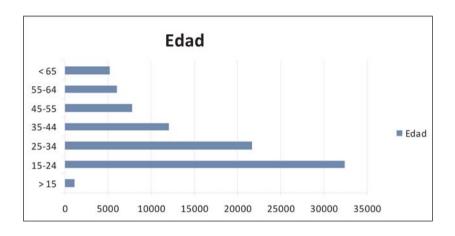
En cuanto a la distribución por sexo de los pacientes que consultaron en la guardia, se constató una diferencia mínima entre la cantidad de hombres (51%) y la de mujeres (49%).



#### Distribución por edad

En el Hospital Padilla se brinda atención a pacientes a partir de los 14 años, en tanto los menores acuden a la atención pediátrica del Hospital de Niños.

En la distribución por edad se observa un marcado predominio de los pacientes de entre 15 y 34 años (54%) con un descenso paulatino a medida que se incrementa la edad para llegar a un mínimo de pacientes que superan los 65 años.



#### Cirugías

En el año 2011 se realizaron 1.346 cirugías de guardia, lo que equivale a un promedio de 112 cirugías por mes y corresponde al 1.5% de las consultas anuales realizadas en el Servicio.

Año	Cirugías	Prom/mes
2008	1541	128
2009	1752	146
2010	1371	144
2011	1346	122

De los datos estadísticos se deduce que, con respecto a años anteriores, hubo una disminución del 20% en el número de cirugías generales. Esto se debe a que aumentó la complejidad de las mismas, realizando las cirugías menores (no de urgencia) en los

servicios correspondientes del hospital.

Actualmente, en la Guardia Mayor se realizan cirugías traumatológicas, neurológicas, y de abdomen agudo severas.

Promedio de cirugías en comparación con años anteriores:

Año	Cirugía Gral.	Traumatológica	Neurológica
2008	75%	20%	5%
2009	70%	23%	7%
2010	60%	30%	10%
2011	55%	30%	15%







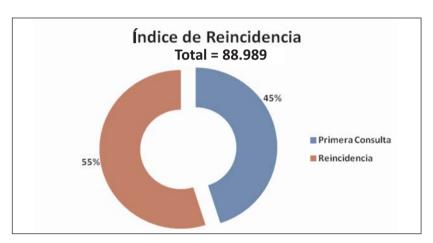
#### **Cobertura social**

En el período evaluado, el **44%** de los pacientes ingresados tienen cobertura social, en tanto el **56%** restante, no posee cobertura social.



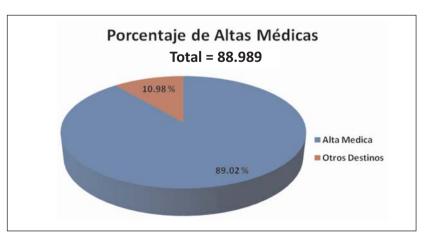
#### Porcentaje de reincidencia

De la cantidad de consultas anuales efectuadas durante el año anterior, más de la mitad de los pacientes asistidos tenían antecedentes de consultas previas realizadas (55%).



#### Alta médica

De los **88 989** pacientes que consultaron durante el año 2011, el **89,02%**, fue dado de alta desde la Emergencia en menos de 12 horas. En tanto, sólo el **10,98%** restante requirió internación o permanencia mayor a 12 horas, teniendo en cuenta que el 1,5% de ellos fueron sometidos a una intervención quirúrgica.







## Hospital del Este Eva Perón



### Abriendo camino en el modelo de gestión por procesos

#### El funcionamiento no responderá a la clásica organización por servicios/especialidades.

Para poder organizar el proceso de puesta en marcha de este hospital se conjugaron una serie de herramientas y técnicas para abordar la programación. Ellas permitieron señalar, a través de la planificación estratégica, el curso a seguir desde el análisis de situación hasta la incorporación de los profesionales que trabajarán in situ, pasando por la identificación de la organización y definición del rol del hospital: área de influencia, cobertura, responsabilidad geográfica v administrativa, v relaciones con la red. El camino recorrido se fundamentó en las definiciones propuestas para el Hospital, cambiando el modelo tradicional por el modelo de gestión por procesos. A partir de allí se instituyeron los objetivos globales, misión, visión y valores de la institución dentro de un marco de planificación a largo plazo.

### Antecedentes históricos y justificación

El Área Este está compuesta por los siguientes departamentos: Burruyacu, Cruz Alta y Leales, con



un total de 283 197 habitantes (censo 2009) con aproximadamente 95 000 niños entre 0 a 16 años y con 5726 nacimientos (2009), con indicadores de morbimortalidad por arriba de la media provincial.

Los partos en la provincia de Tucumán suman aproximadamente 30 mil, de los cuales 18 mil se atienden en el subsector público, valor que corresponde a la población sin cobertura o con cobertura deficiente de seguro de salud.

La situación de saturación de la capacidad instalada de la Maternidad Nuestra Señora de Las Mercedes, que fue planificada para asistir a 7 mil partos anuales y ha alcanzado en el año 2002 12 mil

nacimientos, marcó uno de los motivos aducidos por los profesionales como causal de la alta tasa de mortalidad neonatal precoz. Se produjeron en este establecimiento situaciones indeseables de saturación de actividad que el Ministerio de Salud de la provincia ha intentado corregir ampliando la capacidad asistencial perinatológica del Hospital Avellaneda; realizando la apertura del Servicio de Neonatología del Hospital de Concepción; concretando en la provincia, mediante un trabajo arduo, el concepto de maternidades seguras y sumando en el Hospital de Monteros un Servicio de Obstetricia. No obstante, el Área Este de Tucumán es carente de servicios materno-infantiles, por lo tanto, atendiendo a esta problemática y a la falta de recursos físicos registrada en el área operativa mencionada, se ha resuelto complementar la red de atención obstétrica y neonatológica compuesta actualmente por la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, el Hospital Avellaneda, el Hospital de Concepción y el Hospital de Monteros con la incorporación de un nuevo nodo que se sumará al trabajo en atención en red perinatal.

#### **Rol del Hospital**

El Hospital Eva Perón corresponde a un hospital general con énfasis en la atención materno infantil, capaz de asistir 4 mil partos anuales, correlativamente con la atención intermedia neonatal que de ellos derive y con seis puestos de terapia intensiva que posibiliten la atención inmediata de la alta complejidad. También asistirá las patologías prevalentes de la población en general de la zona de Banda del Río Salí y su área de influencia.

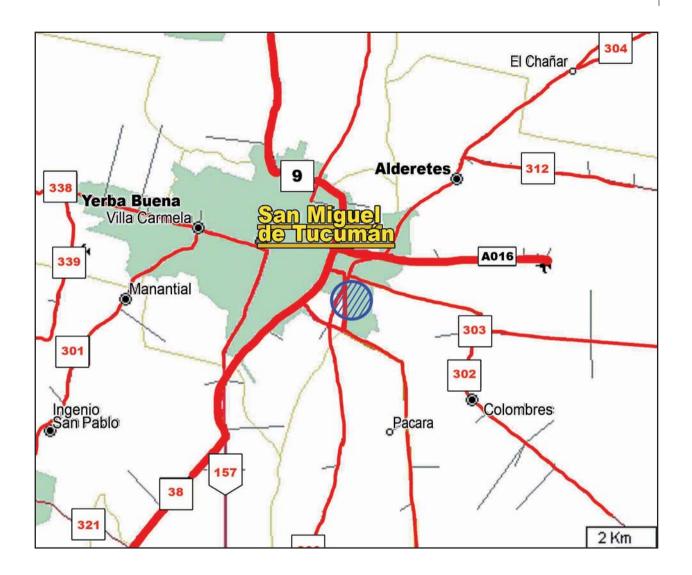
#### **Gestión por procesos**

El Hospital Eva Perón responde a criterios de humanización en la atención de la salud, implementando el modelo de gestión por procesos. Se trata de una forma de organización diferente a la clásica estructura funcional, en la que prima la visión del paciente sobre las actividades de la organización. Se incorpora entonces la gestión clínica basada en la evidencia, predominando los principios de eficacia, eficiencia, flexibilidad y autocontrol, con descentralización de tomas de decisiones.

#### Ubicación

El hospital se encuentra en la Banda del Río Salí, en la esquina de Ruta Nacional 9 con calle El Carmen. El predio ocupa aproximadamente 9 hectáreas, abarcando el hospital 11 900 metros cuadrados entre la planta baja y el primer piso, el resto conforma estacionamiento, calles internas y parquizado.





### Implementación del plan de apertura

Tucumán cuenta con un programa de "hermanamiento" con el Sistema Sanitario de España y el Hospital Virgen de las Nieves de Granada, llevándose adelante en forma conjunta con autoridades locales el análisis, la elaboración y el acompañamiento del plan de apertura del hospital, estableciendo a corto plazo la atención materno infantil, y más tarde la aten-

ción polivalente para la población del Área Este.

Con la elaboración del organigrama se fueron incorporando paulatinamente los profesionales, quienes generaron espacios donde intercambiaron experiencias, pusieron en común los criterios de organización de cada unidad de gestión, se interrelacionaron con los profesionales del Área Este, recibieron capacitación acerca del nuevo "modelo", y elaboraron en forma articulada:

- Un programa médico funcional para cada unidad de gestión (corresponde a la denominación de Servicio en el resto de los hospitales), en el cual se incluyen las definiciones, las políticas operacionales, recursos humanos y físicos, menú prestacional, procesos e indicadores de producción y calidad de cada unidad de gestión.
- Un Manual de normas clínicas y procedimientos: estableciendo algoritmos de diagnósticos y tratamientos de las patologías prevalentes de la unidad de gestión.
- Un Manual de misiones y funciones: describiendo el rol que desempeñará cada integrante en la unidad de gestión a la cual pertenece.

### Los profesionales en sucesivas reuniones consensuaron que:

✓ El nuevo hospital responderá





a criterios de humanización en la atención de la salud, cumpliendo las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para categorizar como una maternidad segura, centrada en la familia, con una fuerte impronta en la atención primaria de la salud y con un liderazgo local y participativo en su gestión sanitaria.

✓ El modelo funcional de internación de los pacientes por cuidados progresivos —mínimos, intermedios e intensivos — permite sistematizar la intervención terapéutica usando el concepto de riesgo del paciente y controlar los costos y las necesidades crecientes del usuario. El cuidado progresivo es un modo de gestión prestacional de un establecimiento asistencial, no diferenciado por especialidades médicas sino en los cuidados requeridos por el paciente, las características de la patología y el nivel de cuidado que exige.

El Hospital a corto plazo asistirá en UTPR ( Unidades de trabajo de parto, parto y recuperación) a em-

barazadas, a recién nacidos en terapia neonatal, a embarazadas de alto riesgo en terapia intensiva y terapia intermedia. La internación de niños hasta 16 años se realizará en salas de bajo y mediano riesgos. La consulta programada se realizará de 8 a 16, brindando atención integral a la mujer en edad fértil, a la embarazada, al neonato y al niño. La guardia de 24 horas resolverá no solamente la problemática materno infantil sino también los métodos complementarios de urgencia que el habitante del área requiera (análisis bioquímicos y diagnóstico por imágenes: radiografías y ecografías )

# Proyección

El hospital está provisto con 132 camas, quirófanos, hemoterapia y con el resto de los servicios necesarios, con equipamiento de última generación para asistir 4 mil partos anuales, con sus correspondientes cuidados maternos y neonatales, formando parte de la red de atención materno infantil de la provincia.

Excepto para la atención de internación obstétrica, donde se cubrirá al 100% de la población del área, el hospital resolverá el 16,8% de la atención de internación para





el resto de las especialidades, o visto en relación con la población sin cobertura (50,1%: 124 061

hab.), resolverá el 33,5% en internación y el 39,21% en atención ambulatoria programada.

# **Hospital de Monteros**



# La visión integradora sustenta un servicio completo y de alta calidad

# Prestaciones de gran demanda, especialidades y alta complejidad para los monterizos

El fortalecimiento de la institución sanitaria se ha producido porque la calidad de vida es una política de Estado, y por la construcción comunitaria de una cultura de la salud.

El Hospital presta servicios integrales del segundo nivel de atención y de complejidad grado 4, tanto a la comunidad del Departamento Monteros, como al Área Sur de la provincia. Perteneciente al Área Programática Sur y al Área Operativa Monteros, el efector tiene una población a cargo que ronda las 31 mil personas.

## Política institucional

La gestión institucional plantea una política integradora que posibilita a la población con o sin obra social acceder a sus servicios. Se trabaja sobre la base de una red solidaria que favorece el autocuidado a través de la adquisición de estilos de vida saludables.

La misión del Hospital es brindar una atención integral de salud, adecuada y efectiva a toda la co-





munidad de la zona sur de la provincia, realizada por un personal altamente comprometido con la pronta recuperación de los pacientes. La institución brinda servicios de: odontología, psicología, cardiología, oftalmología, fonoaudiología, traumatología, otorrinolaringología, clínica médica, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, farmacia, laboratorio de análisis, vacunatorio, servicios de hemoterapia, esterilización, y diagnóstico por imágenes (radiología, ecografías, y mamografías). También cuenta con una ambulancia propia y otra del servicio 107, además de salas de Guardia Mayor, Pediátrica, Maternidad y Unidad Coronaria para atender emergencias las 24 horas.

# Gestión hospitalaria

La gestión del Hospital se orientó durante el último año a mejorar la calidad en la prestación de servicios y la satisfacción del equipo de salud. Para ello, se elaboró y se puso en marcha un plan estratégico que se centró en la ejecución de acciones tendientes a cumplir con los objetivos propuestos.

# Se destacan las siguientes acciones:

-Se creó en 2011 el **Centro de Estimulación Temprana**, destinado a tratar niños con problemas de desarrollo de 0 a 5 años. Con una superficie de 100 metros cuadrados, es el segundo servicio público de la provincia, junto con el que se encuentra en el Hospital Del Niño



Jesús. Este centro tiene como objetivo prevenir, preservar y sostener las condiciones óptimas de salud en los niños que se encuentran atravesando la infancia, considerando que los primeros años de vida son esenciales para el desarrollo posterior.

Integran el servicio profesionales que trabajan de manera interdisciplinaria: psicólogas, fonoaudiologa, kinesiólogos, terapista ocupacional, médico pediatra, y trabajadora social.

El Centro cuenta con: sala de espera, de admisión, baños, y 4 consultorios equipados para la atención específica al menor.

Con un flujo de pacientes de 7

a 8 niños por día, el servicio funciona de 7 a 19 horas, con turnos programados.

-Se remodeló la sala de Rayos X: se cambió el piso, se reparó el techo, se construyó un baño, se hizo un plomado de paredes, y la instalación de aire acondicionado. Además, en la sala se instaló un aparato de última generación para hacer ecografía doppler. El servicio funciona las 24 horas.

-Se refaccionó a nuevo la Guardia Mayor para adultos: la entrada de ambulancias, techos y paredes de *shock room*, la sala de admisión y sala de espera, además de la instalación de aires acondicionados. Este servicio de emergencias cuenta actualmente con: médico especialista, enfermeras, personal de admisión, y radioperador.

Cabe destacar que durante el año anterior se realizaron en la Guardia Mayor aproximadamente 21 517 consultas.

-Se acondicionó el servicio quirúrgico: se instalaron acondicionadores de aire, mesa de anestesia, lámpara cialítica, laparoscopio, y caja de cirugía.

Trabajan actualmente en el quirófano: anestesiólogos (uno por día), instrumentalista, médicos cirujanos, y enfermera. Además, hay ginecólogos de guardia permanente. El servicio de cirugía realiza 3 cirugías programadas por día (lunes, martes y miércoles).

-Se concretó la adquisición de una mesa de anestesia de última generación para cirugías de alta complejidad, destinada al servicio de cirugía. Esta aparatología nueva permite realizar una anestesia adecuada de cualquier tipo, monitorizando todas sus funciones y las requeridas en el paciente.

-Se adquirieron equipamientos nuevos, tales como: mamógrafo; ecógrafo multifuncional doppler; monitor cardiofetal; equipo portátil de rayos x; máquina cortadora de gasas para esterilización; heladeras para los servicios de Vacunación y Maternidad; 5 oxímetros de pulso; 1 lámpara cialítica para quirófano y 6 bombas de infusión.

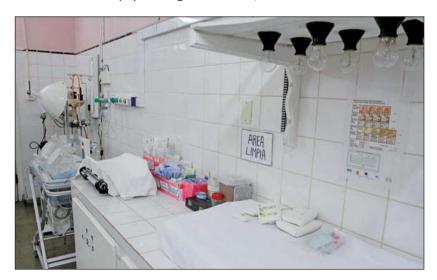
-Con respecto a la demanda de servicios, en el año 2011 se ha registrado un incremento de consultas mayor a 120 mil, en comparación al año 2010 que rondó entre las 80 mil consultas. Se constató que hubo un incremento en las consultas debido a la ampliación de servicios en el Hospital.

-Hubo un incremento del 25% en el capital humano en los últimos 18 meses: hoy el Hospital cuenta con un equipo integrado

por 220 personas, en tanto el año pasado el recurso humano llegaba a 130 personas.

-Se efectivizaron diferentes capacitaciones al personal con el objetivo de colaborar en la mejora de los servicios en relación con su desempeño. Desde el Ministerio de Salud se organizaron cursos de capacitación para enfermeras, médicos y agentes sociosanitarios, sobre las herramientas básicas para su especialidad.

-Se trabajó exitosamente con programas nacionales, provinciales y específicos de la zona: Municipios y comunas saludables; Prevención de cáncer cervicouterino; Recuperación nutricional; Control del niño sano; Control de enfermedades in-



munoprevenibles, entre otros.

-Se concretó la puesta en marcha del sistema de informatización de la farmacia del Hospital, recibiendo el equipamiento correspondiente para su funcionamiento durante el corriente año.

-Se realizó una medición periódica de las actividades y servicios prestados para detectar desviaciones en la prestación del servicio. Y en base a esos indicadores diarios de la situación sanitaria, se trabajó fortaleciendo las tareas conjuntas para poder reprogramar las actividades y alcanzar la meta.

-Se identificaron en la comunidad de Monteros líderes comunitarios para trabajar en la creación de una cultura solidaria, para concienciar a la población para que participe de las actividades institucionales que pretenden mejorar la calidad de vida.

-Se implementaron nuevas modalidades de atención, reorientando los servicios de salud a la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de las enfermedades, con el objetivo de reducir en la comunidad el riesgo de enfermar por causas evitables.



-Se certificó al Hospital de Monteros como ambiente 100% libre de humo de tabaco.

-Se realizaron talleres para la comunidad sobre: alimentación saludable con el programa Pro Huerta, actividad física, y ambientes libre de humo en barrios, centros comunitarios, comedores comunitarios y escuelas de la zona.

-Se dictaron talleres para personas con **celiaquía y diabetes**, donde se trataron estrategias para vivir sanamente.

-Se efectivizó el proyecto "Monteros: ciudad cardioprotegida", que tuvo como principal objetivo implementar y desarrollar estrategias que minimicen los tiempos de respuesta ante un paro cardíaco extra hospitalario, mejorando así las condiciones de salud y aumentando la expectativa de vida de la población de Monteros.

## Servicio de Maternidad

En julio de 2010 se puso en funcionamiento el servicio de Maternidad Segura de Bajo Riesgo, en el Hospital Lamadrid de Monteros, cumpliendo con todos los criterios de admisión y de derivación de acuerdo con normativas para baja complejidad.

Con una superficie de 200 metros cuadrados, la Maternidad está preparada para recibir 600 partos anuales, logrando descomprimir la Maternidad del Hospital Regional de Concepción.

Cuenta con una guardia activa permanente de 24 horas, donde

se resuelven las consultas y urgencias de la especialidad. El equipo encargado está conformado por médico tocoginecólogo, técnico obstétrico, enfermera, anestesista, y cirujano de guardia pasiva para los partos por cesárea.

La Maternidad cuenta con una sala de partos que está equipada con una camilla obstétrica y otra auxiliar, monitor cardiofetal, equipos de detección de latidos cardiofetales, sala de recepción del recién nacido, servocuna, incubadora de traslado neonatal y convencional, lámpara de calor radiante, suministro de oxígeno, balanza pesa bebes e instrumental de gineco-obstetricia.

Este servicio también cuenta con una sala posparto, equipada con: 14 camas ortopédicas, 14 cunas, oxígeno central, acondicionadores de aire, calefacción central, cocina, baños, y sala de médicos (enfermería).

Cabe destacar que las madres que dieron a luz por parto normal reciben el alta a las 24 horas, mientras que aquellas que requirieron de cesárea deben permanecer en el Hospital al menos 72 horas.



La Maternidad del Hospital de Monteros cumple con los requisitos básicos para ser considerada Maternidad Segura, ya que cuenta con consultorios externos diarios; servicio de anestesia, enfermería y hemoterapia las 24 horas; servicio de ecografía en horario diurno, 2 UTPR equipadas, servicio de comunicación, y móviles de traslado de la institución e intercomunicados con Eco 10 y 107, de acuerdo con la orden de la Red de Traslado, siendo lugares de derivación ya establecidos el Hospital Regional de Concepción y el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, de acuerdo con el caso.

### Servicio farmacéutico

Este servicio se destaca por su asistencia gratuita e inmediata. Es

decir, el paciente, con o sin obra social, no necesita realizar ningún trámite administrativo para acceder a cualquier tipo de medicación. Entonces, el rápido acceso al medicamento garantiza la salud de la población, previniendo la internación del paciente. La farmacia del Hospital funciona de lunes a viernes de 7 a 22 y los sábados desde las 8 hasta las 12 horas.

En la farmacia, el equipo de profesionales presta especial atención a la seguridad y eficacia de los medicamentos. Además, brindan información y asesoramiento tanto a quienes prescriben como a quienes deben seguir un tratamiento farmacológico. De esta forma, el paciente se va con tratamiento ambulatorio desde el Hospital a su hogar.

# **Hospital Avellaneda**



# Privilegiando a la familia en el principio y el punto de partida de la vida

La práctica humanizada del parto pone de relieve la perspectiva totalizadora de la salud

En las últimas décadas, una evaluación crítica del cuidado obstétrico habitual, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, revela que diversas prácticas pueden ser físicamente abusivas transformándose en una forma de violencia contra las muieres: realización de procedimientos dolorosos como rasurado perineal y púbico de rutina; enemas durante el trabajo de parto, cuya eficacia no ha sido respaldada científicamente; uso de monitoreo fetal continuo en embarazos de bajo riesgo sin estar claramente demostrada su eficacia: episiotomía rutinaria; exceso de cesáreas innecesarias, por razones no médicas.

La excesiva "medicalización" del parto ha llevado a desconocer o subestimar la importancia de los aspectos psicológicos durante el embarazo y el parto, que a veces son tanto o más importantes, que la ecografía, el monitoreo electrónico fetal, la inducción del trabajo de parto, y la cesárea. Investigaciones clínicas aleatorizadas no respaldan el manejo médico del parto que es una conducta



muy frecuente en la práctica clínica. Por otra parte, algunas intervenciones farmacológicas durante el trabajo de parto pueden afectar la relación madre-hijo. Al nacer la ocitocina exógeno utilizada en inducciones/aceleraciones muchas veces innecesarias, interfiere con procesos neurológicos que sustentan el comportamiento maternal. También el uso de sedantes potentes puede afectar la capacidad de adaptación extrauterina del recién nacido.

La tendencia actual en la asistencia obstétrica, se basa en 2 principios éticos: respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella v su familia v no someter a la madre a un daño innecesario (respetando el clásico principio hipocrático primum non *nocere*); el rol de los profesionales de la atención obstétrica (médicos, parteras) es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información lo más completa posible, basada en la meior evidencia disponible, que permita a la madre tomar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo – autocuidado durante el embarazo, protagonismo en el parto y postparto.

Recientemente, a través de la resolución 348/2003 las normas de organización y funcionamiento de servicios de maternidad que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Buenos Aires, 21/5/2003)¹ promueven la idea que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo y la evaluación del mismo, en instituciones Centradas en la Familia"².

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto reunida en Brasil en noviembre de 2000 se definió con precisión al concepto humanización y sus alcances. La humanización constituye un medio para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida. Ella se aplica a cualquier aspecto del desempeño humano, como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminal, personas mayores, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y



pobreza. El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente

Es así como la Declaración de Ceará nacida en la citada conferencia dice: "creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras. Proponemos la humanización como concepto central para el desarrollo de las sociedades sustentables del siglo 213.

## **El Departamento Perinatal**

El Departamento Perinatal del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda nació en el año 1997 "insertado" en un antiguo hospital conocido en el ambiente médico y en la sociedad como un hospital para enfermos crónicos y con una ala de pacientes tuberculosos.

Digo insertado porque habiendo transcurrido ya casi 15 años cuesta aún reconocer la posibilidad de una atención materno infantil,



por nuestra comunidad, en el mismo. Este Departamento Perinatal asiste más de 4 mil partos al año y está conformado por diversos profesionales. Su estructura incluye: un jefe de departamento, del cual dependen el jefe de Neonatología y el de Obstetricia.

Tiene un Departamento de Enfermería que es responsable de las enfermeras de Internación conjunta, de Neonatología y de Parteras. Es importante recalcar que si bien las enfermeras dependen administrativamente de su propio departamento, normativamente

todo el personal responde al Departamento Perinatal. También están las áreas de Identificación del Recién Nacido, de Psicología y de Anestesia

La internación para las embarazadas cuenta con cinco salas con capacidad cada una de seis camas, totalizando 30 camas de puerperio y 10 camas para embarazadas con alguna patología

Además, hay 5 unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR); una sala para adaptación del recién nacido; dos quirófanos y una sala de recuperación posquirúrgica; terapia intensiva neonatal con 16 unidades; terapia intermedia 12 unidades; una oficina de identificación del recién nacido dentro del área obstétrica y otra en la zona de consultorios externos para su alta final .En esta área externa se encuentran los consultorios de Obstetricia, Neonatología, Psicología, Salud reproductiva, Adolescencia, consultorio de Seguimiento de prematuros y Registro Civil.

Existe también una sala para dictado del curso de preparación para maternidad, una oficina de voluntarias de lactancia materna y un Hogar de Madres con capacidad para albergar a diez mamás. A ello se suma un archivo de historias clínicas personales, en donde cada parturienta tiene la historia de todos los partos realizados en la institución, y un área de Sistema informático perinatal, donde se realiza el registro y carga de datos de historias clínicas, monitoreo y proceso de resultados de la atención.

Además tiene 3 oficinas de las jefaturas y una sala de reunión para su personal.



El ambiente físico de todo el Servicio se realizó cuidando detalles que hablen de calidez, con colores y plantas intentando quitar la mirada "sanitaria" en el sentido de obviar colores blancos o grises, ambientes fríos en su estructura como en sus mensajes. En los pasillos se encuentran carteles que hablan de derechos que tiene la comunidad: a recibir información; a parir estando acompañada con la persona que desee; a no ser separada de su hijo si no se justifica; a recibir consejería de salud reproductiva y a amamantar desde el momento del nacimiento. También hay información sobre los beneficios de la lactancia materna. v los derechos del niño. Estos carteles cumplen una definición política del departamento y constituyen una herramienta de estrategia para el cambio.

Las salas de parto, ahora llamadas UTPR, tienen sus paredes con colores cálidos, luz dicroica para poder disminuirse intensidad si la parturienta así lo desea, salidas de oxígeno y aspiración central, una cama, un sillón de parto, la recepción del recién nacido y un baño integrado. Las cinco salas se encuentran ubicadas en forma de herradura, siendo el centro un espacio donde se encuentra el equipo de salud. Las mismas tienen diferentes colores y numeración para su ubicación sanitaria por cualquier emergencia.

El cálculo de UTPR se realizó de la siguiente manera.

N.º Salas = partos año – cesáreas x prom días de estancia

## 365 x % ocupacional

La definición de Perinatal fue desde su inicio un componente fuerte que marcaría su futuro. Allí estaba el concepto de su misión, su deber ser, con premisas de valor. Queríamos un "hablar Perinatal", una conjunción de obstetricia y neonatología .No queríamos un divorcio en ellas y por ende, en su atención. Así marcábamos en qué creemos y de allí surgiría el cómo hacerlo.

Teníamos a favor que nacíamos así; con una premisa clara, ya que está demostrado que, cuando una organización redefine su rumbo, tal vez por una política de salud, pero no como resultado de una reflexión integral consensuada, puede ser un gran obstáculo para su implementación.

La misión está constituida por: su historia, cómo nació, bajo qué circunstancia se marcó su rumbo, las preferencias de sus miembros a ejecutarla, el ambiente o cir-



cunstancias donde se desarrolla, los recursos tanto humanos como físicos con que cuenta para su factibilidad de concreción.

Establecida la misión, vino en consecuencia la visión en donde se volcaron y cristalizaron los valores en que creemos. Cobró aquí importancia la idea compartida de sus recursos humanos, los valores éticos que primaron en la organización. Vino una etapa de adaptación a esta realidad, creíamos en ello, debíamos sociabilizarlo.

En el transcurrir de su historia, el Departamento Perinatal fue cumpliendo con lo reglamentado porla ley 25 929 de Parto Huma-

nizado. Fue así que recibió reconocimiento por defensa a los derechos de la mujer, otorgado por el entonces presidente Néstor Kirchner en el Día Mundial de la Salud año 2004. Al año siguiente la Legislatura de Tucumán otorgó el premio por cumplimiento a la ley mencionada. Más tarde, en el año 2007, se obtuvo la certificación como Hospital amigo de la madre y el niño otorgada por Unicef y se alcanzó la recertificación en el año 2011. En nuestro país comenzó a incorporarse la idea en la Maternidad Ramón Sardá de Buenos Aires a través de su jefe de Neonatología, Miguel Larguía quien establece en su artículo de Maternidades centradas en la familia los pasos necesarios a dar en maternidades de estas características.

Ofrecer a todas las madres que dan a luz:

- ✓ La presencia sin restricciones durante el parto de los acompañantes que ellas elijan, incluyendo padres, cónyuges, hijos, familiares y amigos;
- ✓ Acceso sin restricciones al apoyo emocional y físico continuado de una mujer capacitada, como una doula\* o profesional de apoyo al parto;
  - ✓ Acceso a la atención profe-

sional de una partera.

- ✓ Ofrecer al público información descriptiva y estadística detallada sobre sus prácticas y procedimientos en la atención al parto, incluyendo la frecuencia de las intervenciones y los resultados.
- ✓ Ofrecer una atención culturalmente apropiada; es decir, una atención sensible y que responde a las creencias, valores y costumbres específicas de la etnia y religión de la madre.
- ✓ Ofrecer a la parturienta la libertad de caminar, moverse y adoptar las posiciones que elija

durante la dilatación y el expulsivo (salvo que se requiera específicamente una restricción para prevenir una complicación), y desaconseja la posición de litotomía (acostada boca arriba con las piernas elevadas).

- ✓ No emplear de forma rutinaria prácticas y procedimientos que no estén respaldados por evidencias científicas, lo que incluye pero no se limita a los siguientes:
  - Rasurado del vello púbico.
  - Enemas.
  - Perfusión endovenosa (goteo).
  - Ayuno.
  - Rotura precoz de membranas.
  - Monitoreo fetal electrónico.
- La tasa de uso de oxitocina para la inducción o conducción del parto es del 10% o menor.
- La tasa de episiotomía\* es del 20% o menor, con una meta del 5% o menos.
- La tasa global de cesáreas es del 10% o menor en los hospitales



de primer nivel, y del 15% o menor en los hospitales de tercer nivel o de referencia.

- La tasa de parto vaginal después de una cesárea es del 60% o mayor, con una tasa del 75% ó más.
- Educa al personal sobre métodos no farmacológicos de alivio del dolor, y no recomienda el uso de analgésicos o anestésicos si éstos no son requeridos específicamente para corregir una complicación.
- Anima a todas las madres y familias, incluyendo a aquellas con recién nacidos o lactantes enfermos o prematuros o con problemas congénitos, a tocar, tomar en brazos, dar el pecho y cuidar a sus hijos en la medida compatible con cada situación.
- Desaconseja la circuncisión del recién nacido por motivos no religiosos.
- ✓ Se esfuerza por aplicar los "Diez pasos de la iniciativa Hospitales amigos de los niños" de la OMS y la Unicef para promover una feliz lactancia materna. Ello implica cumplir con:



- 1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- **2.** Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- **3.** Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

- **5.** Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
- **6.** No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
- **7.** Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- **8.** Fomentar la lactancia natural a demanda.
- **9.** No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales

**10.** Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica<sup>4</sup>.

Las Maternidades centradas en la familia no han surgido porque sí. En estos momentos existen condicionantes que hicieron que se planteara en la agenda pública el tema de la salud con equidad y su relación con la justicia y la ética se ha renovado e intensificado en la ultima década, siendo motivo de análisis en foros, debates, in-

vestigaciones, publicaciones y declaraciones. El sostenerlo es el desafío. Los cambios nos involucran a todos: instituciones, sociedad, políticas públicas. Porque en definitiva todos ocupamos un lugar en ellas<sup>5</sup>.

- 1. Resolución 348/2003, las normas de organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad, Bs. As., 21/5/2003.
- 2. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centrada en la Familia, Resolución Ministerial

- n.° 647, del 5 diciembre de 2003.
- **3.** La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto se celebró del 2 al 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil.
- **4.** Revista Sardá n.º 4. Maternidades Centradas en la familia, Miguel Larguía. Buenos Aires. 1998.
- 5. Maternidad Centrada en la Familia. Encuentro de derechos y evidencia científica. ¿Es posible su implementación? Factores obstaculizadores y facilitadores. Tesis maestría .lsalud 2006.







# Hospital Zenón Santillán



# El esfuerzo se ve en las grandes obras y en los pequeños detalles

La actualización de equipamiento y tecnología va de la mano con la innovación en gestión.

# Un gran reto asumido con el mayor de los compromisos

La nueva conducción de nuestro querido hospital inició sus funciones el día 2 de noviembre de 2011. Desde ese mismo instante el compromiso de gestión fue asumido con una gran motivación por el equipo directivo.

Confeccionar la Memoria del año finalizado constituye una integración de actividades finalizadas, en curso y nuevos proyectos propios del equipo de conducción.

### Memoria anual 2011

1. Obras v mantenimiento

### **Unidad Coronaria**

Se completó la obra y el equipamiento de la nueva Unidad Coronaria que cuenta con 18 camas. Unidad que contribuirá a brindar un servicio de excelencia único a nivel público en la región.

## Unidad de Cuidados Críticos II

Se desarrolló y finalizó la obra



de la ampliación de la Unidad de Terapia Intensiva, creando una nueva sala que cuenta con 12 camas para internación de pacientes críticos que junto a la Unidad de Cuidados Críticos I suman 20 camas.

Con estas dos obras, el hospital tiene una capacidad operativa de 38 camas para cuidados críticos.

# Unidad de Tomografía Computada

Este proyecto, que se encuentra en pleno desarrollo, forma parte

del Programa Médico Director que contempla la creación de toda un área de servicios intermedios de diagnóstico, y permite albergar la reciente adquisición de un tomógrafo de 16 pistas de última generación.

## **Ouirófanos**

La remodelación y ampliación del área quirúrgica completó su primera etapa del proyecto con la refacción de 3 quirófanos y sus áreas auxiliares. El nuevo centro quirúrgico que planea estar fina-

lizado en el año 2012 contará con 7 salas de operaciones con instalaciones y equipamiento de última generación, acorde a estos tiempos.

### Mantenimiento

Se implementó en el cronograma semanal la caminata de revista de los días miércoles a cargo de personal de la Dirección y de Mantenimiento del hospital.

Se realizaron a lo largo de los últimos 2 meses del año varias actividades de mantenimiento y mejoras en diferentes áreas, que se detallan a continuación:

Secretaría de Dirección: me-

joramiento. Nueva iluminación, pintura, cortinado, recambio de mobiliario y climatización.

- Salas de clínica médica: reparación de cielorrasos en baños y salas de internación en 1.er y 2.° piso.
- Servicio de Guardia: climatización de sus diferentes áreas y recambio de camas.
- Gestión de Pacientes: limpieza, desinfección y re evaluación de patrimonio de los depósitos del hospital. Se realizó una limpieza y redistribución de archivos en el subsuelo del anfiteatro en conjunto con la Facultad de Medicina.

• Servicio de Esterilización: mejoramiento de recursos físicos y climatización. Instalación de nuevo equipo de Óxido de Etileno para esterilización de material.

# 2. Servicios, capacitación y docencia

# Modificación del organigrama

Se trabajó en conjunto con Planificación del Siprosa en la actualización del organigrama. El nuevo esquema contempla la creación de los departamentos de Gestión de Pacientes, Recursos Humanos y servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento; y las jefaturas de Servicio de Guardia y Unidad de Consultorios Externos.

## Servicios. Comunicación

Se implementó un cronograma de reuniones periódicas con jefes de departamentos y servicios. En ellas se solicita a los jefes de servicio una actualización del estado de sus tareas de gestión, informe del clima laboral y necesidades para llevar adelante la gestión.

Se conformó y estandarizó el Comité de Farmacia integrado por jefes de diferentes servicios y



cuenta con la supervisión de un auditor del Siprosa.

Se solicitó la autorización y creación de una intranet con direcciones de correo hospitalarias para los directivos y personal de mandos intermedios, con el fin de mejorar la eficiencia y documentar la comunicación vertical, horizontal y oblicua.

## Informatización de Farmacia

La informatización del Servicio de Farmacia se llevó a cabo en conjunto con el área Informática del Siprosa. Esta tarea incluyó capacitación del personal, relevamiento y carga del stock, evaluación del estado de los depósitos, reuniones periódicas con jefes de servicios médicos, enfermería y administrativos de salas de internación. Se adquirieron 14 nuevos equipos de computación para poder llevar adelante las tareas cotidianas.

## Servicio de Guardia

Se planificó y creó la Unidad de Dolor Torácico en conjunto con Cardiología Clínica y la Unidad Coronaria.

Se planificó y creó el Consultorio





de Demanda Espontánea matutino y vespertino para la atención de pacientes ambulatorios con el fin de brindar apoyo al servicio de emergencias y descongestionarlo.

Se coordinaron acciones con el

Departamento de Emergencias del Hospital Padilla y la Central de Emergencias 107, durante las fiestas de fin de año; y se estableció un plan de trabajo en conjunto entre los dos hospitales de mayor complejidad de la provincia.

Se planificó e implementó el tríptico para atención de guardia y se asumió el compromiso de efectivizar el recupero de costos en este servicio.

# Auditoría y Recupero de Costos

Se firmó un Compromiso de Gestión en conjunto con autoridades del Siprosa para mejorar el recupero de costos en las diferentes áreas de prestación. Se integró el equipo de auditoría con la incorporación de 2 auditores médicos reasignados en sus tareas dentro del hospital para cumplir este compromiso con mayor efectividad.

# Departamento de Gestión de Pacientes

Los integrantes del equipo de trabajo de este departamento realizaron en una primera etapa un diagnóstico de situación de las diferentes áreas que lo conforman: Admisión del hospital, el sector de Archivo, Estadísticas, Servicios Sociales, Auditoría, Informática y Consultorios externos.

Se presentó un informe del diagnóstico de situación y un proyecto



muy completo de acciones para efectivizar la atención integral del paciente.

Se iniciaron acciones para la custodia de historias clínicas en archivos tercerizados.

## **Recursos Humanos**

Presentó un proyecto funcional concerniente a la capacitación continua del personal, mejoras en la comunicación, desarrollo y calidad de vida laboral, desempeño, y efectivización de las tareas administrativas.

Se supervisaron todas las actividades relacionadas con reemplazos durante la licencia anual reglamentaria para los meses de diciembre de 2011 y enero y febrero de 2012.

Se trabajó en conjunto con la Dirección de RRHH para regularizar la situación del personal del hospital en áreas críticas (Guardia y UCC), personal remplazante en sus diferentes escenarios, y en la valoración de la brecha de personal para la puesta en actividades de los nuevos servicios de UCC II y UCO.

Se elevó el pedido de nombra-

miento de auditores médicos, bioingeniero, personal de farmacia y de quirófano para extender el horario de actividades.

# Comité de Docencia e Investigación

Se refuncionalizó y se renovaron sus autoridades. Se constituyeron diferentes comisiones para trabajo.

Se realizó una evaluación de todos los trabajos de investigación en curso.

Se planificó el cronograma y se llevó a cabo el 1.<sup>er</sup> Ateneo Hospitalario Multidisciplinario.

Se creó la página de Facebook del Hospital para la publicación y comunicación de actividades desarrolladas por la comunidad hospitalaria.

# 3. Proyectos de gestión Recursos Físicos

- ✓ Implementación del Proyecto Médico Director del Hospital con efectivización de la circulación dentro del nosocomio.
  - ✓ Completar las obras de qui-

rófano central.

- ✓ Mejoramiento de la fachada del hospital y enrejado del perímetro.
- ✓ Renovación de cartelería y señalización.
- ✓ Mejoramiento del comedor de personal del Hospital.
  - ✓ Baños para el personal.
  - ✓ Control de Vectores (palomas).
- ✓ Remodelación del servicio de Guardia.
- Mejoramiento del área de Consultorios Externos a corto plazo, y ampliación a mediano plazo.

- ✓ Ampliación del Área de Imágenes, Farmacia y laboratorios.
  - ✓ Remodelación del Lavadero.
- ✓ Construcción de un área para la docencia universitaria, con reubicación de las diferentes cátedras. Mejoramiento del anfiteatro del Hospital. Proyectos en conjunto con las facultades de Medicina y Bioquímica.
- ✓ Ampliación del área administrativa: Dirección, Administración, oficina de Personal y Gestión de Pacientes.

### Gestión

✓ Revalorización de las funciones jerárquicas de mandos intermedios.



- ✓ Reorganización del Servicio de Cirugía General.
- ✓ Ampliación del horario de prácticas quirúrgicas en el centro quirúrgico.
- ✓ Informatización de las salas de internación y de servicios intermedios (laboratorios, imágenes y anatomía patológica).
- ✓ Implementación del sistema informático SIGE (Sistema de Gestión de Expedientes).
- ✓ Revalorización e implementación en un espacio físico adecuado del área de Mesa de entradas del hospital.
- ✓ Creación de la Oficina de Internación y del Sistema de Refe-

- rencia/ Contrarreferencia.
- ✓ Mejorar la admisión y gestión de pacientes.
- ✓ Revalorizar las funciones del médico emergentólogo y su trabajo como líder del equipo de Urgencias.
- ✓ Coordinar con departamentos de emergencias de los hospitales de la provincia para asumir el rol de Centro de Referencia de Diagnóstico y Tratamiento de Patología Endoscópica Digestiva (hemorragias digestivas, cuerpos extraños, etc.).
- ✓ Creación de comités para tratamiento de patologías complejas:
  - Comité de Pie diabético.

- Comité de Patología hepática.
- Comité de Patología cardiovascular de alta complejidad.
  - Comité de Trauma.

# Recursos humanos, docencia e investigación

- ✓ Mejorar la calidad de vida laboral.
  - ✓ Mejorar la salud del personal.
- ✓ Implementar un programa de seguridad laboral.
- ✓ Capacitación del personal jerárquico y administrativo en gestión.
- ✓ Capacitación de personal administrativo en informática.





- ✓ Implementación del sistema de comunicación por correo de intranet.
  - ✓ Llevar a cabo tareas de exten-
- sión a la comunidad referidas a patologías prevalentes (diabetes; hipertensión; patología biliar; obesidad; Semana del cáncer de mama; Semana del cáncer de cérvix, etc.).
- ✓ Identificación del personal.
- ✓ Selección de personal para la cobertura de cargos vacantes o nuevos cargos.
- ✓ Ateneos hospitalarios e interhospitalarios multidisciplinarios.
- ✓ Reflotar sistemas de formación de posgrado: residencias y carreras de especialización (Ginecología; Gastroenterología; Neumonología; Emergentología; Informática Médica; Cardiología; Anatomía Patológica; Medicina general; Imagenología, etc.).
- ✓ Disminuir el ausentismo del personal.



## 4. Prestaciones

Durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011 se brindaron las siguientes prestaciones en diferentes servicios:

# Consultas (Tabla n.º 1)

_				
		N.	0	de
	Consultas p	acie	nt	es
	Consultorios Externos	76	3	78
	Atenciones en Guardia	71	3	83
	Total	147	7	46

## Laboratorio (Tabla n.º 2)

	Total analitos	Total unidades laboratorio	Total de pacientes
Servicio de Laboratorio	594 432	1 519 650	53 402

# Prácticas quirúrgicas

Se realizaron 6780 cirugías en los diferentes niveles de complejidad, con un promedio de 565 por mes. El número incluye cirugías programadas y de urgencia. Cabe aclarar que desde febrero hasta diciembre de 2011 incluido, la Unidad de Quirófano Central se encontró afectada por la obra de remodelación de los quirófanos 1, 2 y 3, trabajando con la mitad del recurso físico.

Tabla n.° 3. Prácticas según anestesia.

Anestesia	N
General	1966
Raquídea	1420
Peridural	5 9
Local	1974
Neuroleptoanestesia	503
Regional	5 0
Troncular	3 1
Plexual	18
Combinada	157
Sin Anestesia	602
Total	6780

Tabla n.º 4.
Prácticas según obra social.

Obra social	N
Con obra social	3171 (46,8%)
Sin obra social	3609 (53,2%)
Total	6780

Tabla n.° 5.
Prácticas según tipo.

Tipo	N
Cirugías	
Programadas	2207 (32,6%)
Cirugías	
Ambulatorias	783 (11,5%)
Cirugías de	
Urgencias	3790 (55,9%)
Total	6780

Anatomía Patológica Tabla n.º 6. Estudios anatomopatológicos y citológicos.

Estudio	N
Biopsias	2686
Citologías	3537
Total	6223

Servicio de Imágenes Tabla n.º 7. Estudios por imágenes según unidad.

N
10 142
6003
7554
421
550
283
214
25 167

\*La Unidad de Radiología Central al igual que la Cátedra de Imágenes de la Facultad de Medicina se encuentran afectadas por la obra del tomógrafo desde abril de 2011. La producción refleja las prestaciones realizadas por el equipo de Radiología de Guardia desde entonces.

\*\*La Unidad de Mamografía se encuentra afectada por la obra del tomógrafo desde abril de 2011. La producción refleja los 3 primeros meses del año.

# Recupero de costos

Durante el año 2011 la facturación anual correspondiente a prestaciones a pacientes con obra social fue de 5 700 083,60 de pesos; valor que triplica el correspondiente al año 2010: 1 919 078,44.



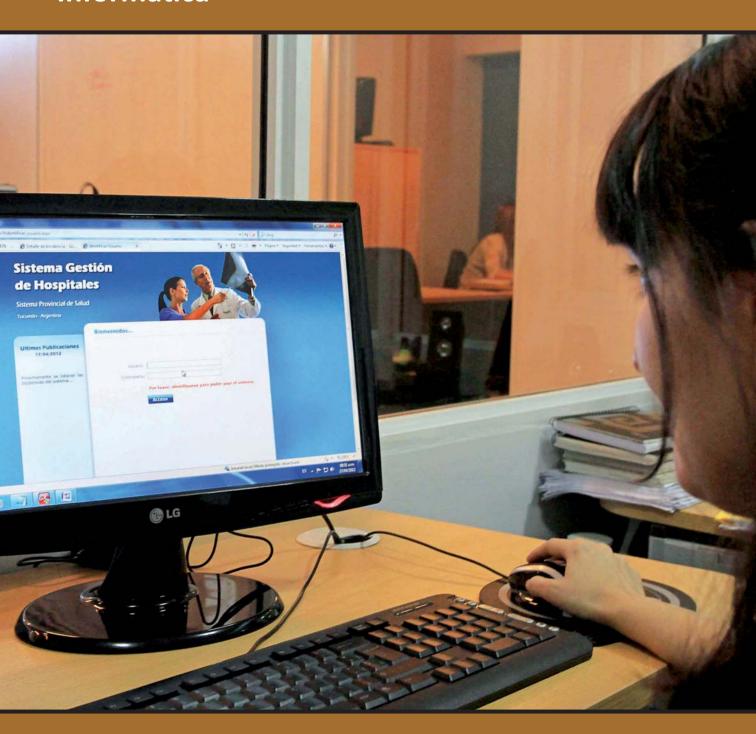








# Informática



# Un trabajo de organización que atraviesa todo el sistema sanitario

# El Departamento asiste a distintos efectores del Siprosa y también ofrece capacitación

Como ya fuera publicado anteriormente, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán posee un sistema informático integrado por el Subsistema de Gestión Hospitalario, de Caps y de programas de salud entre otros, con una base de datos única que concentra información de pacientes del Sistema Provincial de Salud. registrada en todo centro de atención informatizado en que un ciudadano requiera atención. Actualmente el sistema funciona en 9 hospitales: Hospital Ángel C. Padilla, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes. Hospital Centro de Salud Zenón Santillán. Hospital Regional de Concepción, Hospital Centro de Salud Aquilares, Hospital del Niño Jesús, Hospital Tafí del Valle Dr. Elías Lorenzo Medici, Hospital Juan M. Obarrio y 58 centros de atención primaria que incluyen la totalidad de los centros de atención primaria de la Capital.

A modo de resumen, el Subsistema de Gestión Hospitalaria,



funciona a través de módulos integrados y relacionados. El paciente es registrado desde su ingreso al hospital hasta su egreso, y de acuerdo con la prestación que requiera: turnos espontáneos y programados por especialidad y profesional y para estudios complementarios; atención por emergencias, internaciones programadas y de urgencias, planificación y programación de cirugías y suministro de medicamentos entre otros.

El Subsistema de Gestión de Caps se nutre de toda la información de las prácticas realizadas por los profesionales de estos centros.

Durante el período 2011 se completó la informatización de toda el Área Centro de la provincia, la cual cuenta con 58 centros de atención primaria (la totalidad de los caps de la Capital, siendo éstos los de mayor producción y representando a más del 50% de la población):

Establecimientos (CAPS)	Área Operativa	Dirección
Presidente Perón	NOROESTE	Perú 4200
María Auxiliadora	NOROESTE	Chile 1950
Villa Luján	NOROESTE	Sargento Cabral 91
San Rafael	NOROESTE	Sargento Cabral 2400
Santa Rosa de lima	NOROESTE	Avda. Francisco de Aguirre
Marcos Paz	NOROESTE	Bulnes y Marcos Paz
República de Italia	NOROESTE	Avda. Ejército del Norte 2200
Villa Muñecas	NOROESTE	Padre Roque Correa 2400
Barrio Jardín	NOROESTE	Azcuénaga 1073
El Bosque	NOROESTE	Asunción 903
Eva Duarte	NOROESTE	San Miguel 1550
Carlos Cattaneo	NORESTE	Martín Berho 1066
Villa 9 de Julio	NORESTE	Avda. Juan B. Justo 1577
25 de Mayo	NORESTE	Maipú 1954
Ginés González (Ex Barrio Norte)	NORESTE	Ramón y Cajal 102
Costanera Norte	NORESTE	Haití 1700
Caps Urquiza I	NORESTE	Uruguay 693
Antártida Argentina	NORESTE	Avda. Coronel Suárez 650
Bienestar	SUDESTE	Pje. Díaz Vélez 1550
Diego de Villarroel	SUDESTE	Marcelo T. de Alvear
Juan Pablo I	SUDESTE	Mz. A lote 7 - B.° Juan Pablo I
San Cayetano	SUDESTE	Luis Agote 450
San Miguel (Capital)	SUDESTE	Charcas 1200
Benjamín Matienzo	SUDESTE	General Paz 54 - Planta Baja
Villa Alem	SUDESTE	Congreso 1205
Villa Amalia	SUDESTE	Las Heras 2100
Dra. Fernández Palma - Ex Villa Angelina	SUDESTE	Chacabuco 3450
Barrio Sarmiento	SUDESTE	Pje. Trejo y Zanabria 943
San Felipe	SUDESTE	Jujuy 4500
Los Aguirre	SUDESTE	Ruta 157 km 10

Establecimientos (CAPS)	Área Operativa	Dirección
11 de Marzo	SUDOESTE	Magallanes 2087 - esq. Amador Lucero
Ntro. Sr. del Milagro	SUDOESTE	Constitución 1704
El Manantial	SUDOESTE	25 de mayo 157
Dr. Baaclini (Ex Ciudadela)	SUDOESTE	Lavalle 1702
San Martín	SUDOESTE	Alsina 4783
Fernando Pedro Riera	SUDOESTE	Lincoln 1510
Carlos M. Torres	SUDOESTE	Gorriti 1100
Ntro. Sr. de la Salud	SUDOESTE	Coronel Zelaya 970
San Bernardo	SUDOESTE	Lamadrid 2786
Dr. Carlos Alvarado	SUDOESTE	Adolfo de la Vega y Lamadrid
Dr. Villalonga	SUDOESTE	San Luis 1700
Corazón de María	SUDOESTE	Libertad 2690
Dominga Guerrero	Y. Buena	Club Juv. Unida Valle de la Sala, San Javier
Horco Molle	Y. Buena	Camino de Horco Molle
Islas Malvinas	Y. Buena	Mz. 25 lote 15 Los tarcos -B.° Islas Malvinas
La Rinconada	Y. Buena	Av. Solano Vera 2500
Los Pinos	Y. Buena	San Luis y Darwin - B.° Los Pinos
San José	Y. Buena	Independencia 90 y Maipú
Santa Clara	Y. Buena	Mz. 1 Lote 24 Franzolato y Frías Silva
Villa Carmela	Y. Buena	Jorge L. Borges y Los Álamos
Yerba Buena	Y. Buena	Las Acacias 199 y Salas y Valdez
Cic San Javier (ex Caps César Pepa)	Y. Buena	Anta Muerta
Pablo XI	V. M. Moreno	Mz. F entre Peatonal y calle 25 - B.° Pablo VI
Vicente Trapani	V. M. Moreno	Granja Modelo - M d L 6 por ruta
San Francisco Solano (Ex Caps Soeme)	V. M. Moreno	Av. F. Solano M. Z entre 5 y 6 - B.° Soeme
Villa Mariano Moreno	V. M. Moreno	Calle 4 esquina 9 - V. M. Moreno
Canal Norte	V. M. Moreno	Av. Francisco de Aguirre y Av. Mitre
Las Talitas	V. M. Moreno	Balcarce 3100

Todo el sistema informático está administrado y mantenido desde el Departamento de Informática del Siprosa donde funciona el data center.

# Equipo de trabajo para la implementación y el mantenimiento del sistema de gestión

- Referentes informáticos de hospitales.
- Soporte en capacitación e implementación.
- Administrador de base de datos.
  - Administrador de redes.
  - Equipo de soporte técnico.

- Analistas en sistemas.
- Desarrolladores de sistemas.
- Help Desk.
- Equipo de Procesos.

# Proyectos realizados durante el año 2011

Durante el año 2011 se llevaron a cabo numerosos proyectos entre los que se destacan:

Proyecto de reorganización de la gestión administrativa de pacientes. Vinculado a las áreas de Consultorio Externo, Guardia, Internación y Servicios Complementarios de Diagnóstico.

Implica una reingeniería y rediseño de todos los procesos administrativos vinculados con la gestión del paciente, implementado actualmente en las áreas de Consultorio Externo y Guardia del Hospital Ángel C. Padilla en donde se logró un ordenamiento de los procesos y como consecuencia un incremento en el recupero de costos.

Durante este año se trabajó con este proyecto en el Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes realizando el relevamiento de todos los sectores involucrados y reuniones del equipo de trabajo, obteniéndose el documento consensuado de todos los procesos de las aéreas anteriormente mencionadas.

# Proyecto Recupero de Costos

Implica la reingeniería de las oficinas de Recupero de Costos de efectores hospitalarios y del Departamento de Recupero de Costos Central, con los siguientes objetivos:

✓ Reorganización de la estructura interna (definición de los puestos de trabajo con sus manuales de funciones y procedi-



105

mientos que delimiten responsabilidades y tareas).

- ✓ Fortalecimiento y capacitación de las oficinas de facturación a fin de cubrir el incremento de la facturación derivado del Proyecto Gestión Paciente
- ✓ Compromiso de facturación de prestaciones con y sin cobertura social para conocer su costo.

Presentación de los expedientes de facturación de los hospitales y áreas operativas al Departamento de Recupero de Costos Central para su auditoría y presentación unificada a las diferentes prestatarias.

Durante este año se realizó el relevamiento de las oficinas del Hospital Padilla y del Ente Central a fin del rediseño y aprobación de los distintos procesos de facturación y de la estructura de las mismas.

# Subsistema de Gestión Hospitalaria

Durante el año 2011 se realizaron cambios y se generaron reportes en diferentes módulos ya implementados del Sistema de



Gestión, como así también se implementaron otros desarrollados en años anteriores:

### Módulo de Estadísticas

Se crearon nuevos reportes:

- ✓ Reporte Guardia SIA (sala de internación abreviada).
  - ✓ Traslados.

# Módulo Diagnóstico por Imágenes

✓ Mamografías: se incluyó la clasificación del índice Birads y los factores de riesgo.

## Se implementó en

\* Hospital Tafí del Valle.

\* Hospital Avellaneda.

### Módulo Facturación

Se crearon los siguientes reportes y formularios:

- ✓ Reporte de Atendidos con obra social. Con el objetivo de tener un detalle más específico de los pacientes con o sin cobertura. Además se agregó la opción tipo de Episodio (prácticas y servicios).
- ✓ Formulario Anexo II. Al Anexo II se le agregó la funcionalidad de que sea editable para la registración de algunos datos que son necesarios en la internación de un paciente para el recupero de costos.

### Módulo de Farmacia

Los cambios realizados en este módulo fueron:

- ✓ Cierre mensual. Este cierre se genera automáticamente el primer día de cada mes y permite visualizar el imprimir los siguientes datos:
- \* Depósito: depósitos activos que pertenecen al hospital.
- \* Producto: descripción completa del producto.
- \* Marca comercial: nombre comercial.
- \* Lote: lote correspondiente al producto.
- \* Fecha Vto.: fecha de vencimiento correspondiente al producto.
- \* Saldo: saldo del producto al día 1 del mes seleccionado.
- \* Saldo actual: saldo actual del producto.
- ✓ Solicitud de compras. En la grilla de esta opción se agregó el link *Excel*, que permite exportar una solicitud cargada en el sistema a un archivo *Excel*.
- ✓ Alertas. En la opción de "lotes", se agregó color del texto de los productos que se listan en la grilla de acuerdo con la proximidad



de su fecha de vencimiento.

- ✓ Consumos en salas. Muestra el consumo total de las salas.
- ✓ Consumos por salas. Muestra el consumo de las salas, discriminado por sector del hospital, ordenado alfabéticamente por el nombre del producto.

Durante 2011 este nuevo módulo de Farmacia se implementó en:

- \* Hospital Avellaneda.
- \* Hospital del Niño Jesús.
- \* Hospital de Concepción.
- \* Maternidad.
- \* Hospital Centro de Salud

### Módulo de Guardia

Se registraron las siguientes modificaciones:

- ✓ Planillas de Guardia. Se agregaron nuevas planillas.
- \* Planillas de Atención de Guardia: lista los registros de Episodios de Cerrados.
- \* Planillas de Altas de Observación: lista los registros de Episodios de Guardia de pacientes que están en observación.
- ✓ Guardia SIA: dentro del módulo de guardia se agregó un nuevo tipo de guardia denominado "Guardia SIA", donde deberá se-

### leccionarse:

- \* SBO (Síndrome Bronquial Obstructivo).
  - \* DIGESTIVO
  - \* AMBOS

## Modulo Internación

Se creó el siguiente reporte:

✓ Parte Diario de Revista. Nuevo reporte que permite obtener todas las camas de un sector previamente seleccionado, con su respectivo paciente internado y su diagnóstico.

## Módulo Quirófano

Se realizaron las siguientes modificaciones:

- ✓ Impresiones de Quirófanos. Se agregó una tabla de resumen con los siguientes datos:
- \* Cantidad de cirugías discriminadas por tipo (mayor menor).
- \* Cantidad de cirugías discriminadas por prioridad (programada - urgente).
- \* Exportar cirugías. Dentro de este reporte se agregaron nuevas columnas.
- \* DÍA. Muestra el día de la semana en el cual se registró la cirugía.

- \* Duración de cirugía. Muestra el tiempo real que llevó la práctica quirúrgica.
- \* Programación de quirófanos. Dentro de esta opción se agregó: Profilaxis ATB.

## Modulo de Recién Nacidos

Se realizaron las siguientes modificaciones

- \* Nacimientos y Entregas de IENV. Con el objetivo de poder visualizar los partos que se producen en el Hospital, los partos públicos y los partos domiciliarios, al reporte se agregó la columna *Lugar de parto*, tanto en el detalle como en el cuadro de totales.
- \* Producción identificadores. Muestra la cantidad de partos, cesáreas, ingresos maternos e ingre-

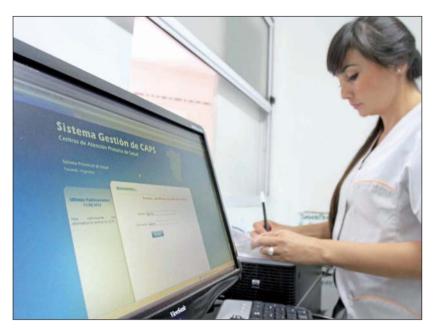
sos a Neo, y cantidad de altas que realizaron los identificadores.

### Módulo de Salud Mental

Con el objetivo de registrar los turnos que son de atención de Salud Mental, se creó una nueva planilla: "Registro Diario de Consultas de Salud Mental" con un formato consensuado con la Dirección de Salud Mental de la provincia. Los nuevos datos a registrar son:

- ✓ Tipo de prestación.
- ✓ Tratamiento psicofarmacológico.
  - ✓ Consulta.
  - ✓ Diagnóstico Código CIE10.





### **Módulo Pacientes**

Dentro del módulo se realizó el siguiente cambio:

- ✓ Se agregó un nuevo estado de *Paciente Fallecido*, que pasa automáticamente a este estado en los siguientes casos:
- \* Módulo Guardia/Internación. Si el paciente tiene un episodio de guardia o internación con egreso médico confirmado de tipo *Defunción*.
- \* Módulo Quirófano. Al confirmar la cirugía de un paciente, y se selecciona en campo *Destino Tipo* igual a *Morgue*.
  - \* Módulo Tumores. En pacientes

oncológicos, al seleccionar el *Estado Paciente* = *Fallecido*.

Además se realizó un Reporte de Pacientes que permite obtener un listado de los pacientes fallecidos en los distintos hospitales, indicando en qué hospital y desde qué módulo se dio por fallecido (guardia, internación, pacientes, quirófano, programa de salud y tumores) como así también la fecha y hora de la defunción.

# Módulo de Trazabilidad de Paciente

Se agregó dentro de la solapa *Práctica*, las prácticas realizadas por los pacientes dentro del módulo de servicios.

# Referentes hospitalarios. Informe de Referentes

Se creó una nueva funcionalidad con el fin poder registrar todas las situaciones existentes en el hospital. El referente del hospital deberá diariamente contestar unas preguntas previamente configuradas para su hospital.

En respuestas se podrá optar por sí, no y no sé. En el caso de que la respuesta elegida sea no es obligatorio el llenado del campo Observaciones.

Este módulo cuenta con los siguientes reportes:

- ✓ Visualización informes de días anteriores.
  - ✓ Informe diario de anomalías.
  - ✓ Respuestas por hospital.

# Subsistema de gestión de Caps

En el año 2011, el Departamento de Informática trabajó conjuntamente con el Departamento de Estadísticas, dependiente de la Dirección de Epidemiología del Siprosa, para el rediseño de las planillas de información que envían los centros de atención primaria de la salud (Caps) a dicha Dirección, con el objetivo de que se emitan directamente desde el Sistema de Gestión sin necesidad de hacerlas a mano.

## Subsistema de Registro de Efectores

Se creó el Subsistema de Registros de Efectores, lo que permitió centralizar la información básica de los efectores y al mismo tiempo mantener la carga descentralizada de los datos. Así, cada área programática maneja la información propia. Para ello se realizó una capacitación sobre el Sistema de Registros de Efectores dirigida a usuarios referentes para la óptima actualización online. El Sistema de Registros de Efectores puede ser consultado por todo el Siprosa a través de la web, desde la página del Ministerio: www.msptucuman.gov.ar.

Se creó la Base de Datos Geográfica de Efectores, la que se actualiza permanentemente, al igual que la Base de Datos Geográfica de otras reparticiones del Siprosa. Con dichas bases de datos se crean mapas e informes según los requerimientos de diferentes áreas del Siprosa. Estas bases de datos incluyen la delimitación de zonas influencia de Caps y áreas operativas. Además, se están realizando pruebas para la implementación de un servidor de mapas, lo que permitirá visualizar toda la información geográfica disponible en dichas bases de datos geográficas en la intranet del Siprosa.

## Proyecto de Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud (FESP)

Se realizaron las siguientes modificaciones:

- ✓ Administración de agentes sanitarios. Esta opción se incorporó para gestionar los agentes sanitarios y realizar la asignación a las diferentes áreas operativas.
- ✓ Alta de municipios. Es un dato obligatorio solicitado en el domicilio del empadronado.
- ✓ Empadronados. Se incorporó una nueva opción que permite la generación de un archivo de empadronados para enviar al Minis-

terio de Salud de la Nación cuatrimestralmente.

✓ Clasificación. Desde esta opción se permite la generación de un archivo de clasificados para enviar al Ministerio de Salud de la Nación cuatrimestralmente. De igual manera que en empadronados, se informan los pacientes rechazados detallando el motivo de rechazo a fin de ser informado al área correspondiente para que se proceda a completar los datos que impiden clasificar al paciente.

## Módulo de vacunación

Durante el año 2011 se implementó en el Módulo de Vacunación del Subsistema de Gestión Hospitalario y de Caps el "Carnet digital de vacunas según rnfermedades", el cual puede ser consultado por los usuarios del Sistema. Dicho carnet informa, de acuerdo a un calendario, las enfermedades cubiertas con cada vacuna o dosis del niño.

Con ello se logró que el Sistema Provincial de Salud cuente con registros nominales de pacientes para el análisis de la cobertura de vacunas de la provincia.



### Carnet de Enfermedades Inmunoprevenibles

Apellido y Nombre: DNI: Fecha de Nacimiento:			Domicilio: Sexo: Provincia: Edad: Localidad:							
	Edades sugeridas									
Enfermedades que previene	Recién Nacido	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	5 o 6 años	11 años	Otras	
Tuberculosis	Onica Dosis									
Hepatitis B	1º Bosis	2" Dosis	3º Dosis	4º Dosis				1º Dosis		
Pertussis (Coqueluche)		1" Dosis	2º Dosis	3º Dosis		4º Bosis	Refuerzo	Única Dosis		
Difteria		1º Dosis	2º Dosis	3° Dosis		4" Dosis	Refuerzo	Única Dosis		
Tétanos		1º Dosis	2º Dosis	3º Bosis		4º Bosis	Refuerzo	Refuerzo		
Haemophilus Influenzae b		1" Dosis	2º Dosis	3º Dosis		4º Bosis				
Poliomielitis		1" Dosis	2º Dosis	3° Dosis		4º Dosis	5° Dosis			
Hepatitis A					Onica Dosis					
Parotiditis					1º Dosis		2º Dosis	Refuerzo		
Rubéola					1º Dosis		2º Dosis	Refuerzo		
Sarampión					1º Dosis		2º Dosis	Refuerzo		
Gripe										
HPV										
Neumococo conjugada		1º Dosis								
Rotavirus			2º Dosis							
Meningococo C										
Meningococo A y C										
Neumococo 23 valente										
Varicela										

Actualmente se cuenta con el 80% de pacientes registrados con cobertura de vacunas en toda la provincia. Esta información proviene de los vacunatorios en hospitales y Caps informatizados y, en el caso de áreas no informatizadas, los datos son aportados a través del Plan Nacer sumado a que, a partir de este año, desde el FESP se registran todas las vacunas cuya cobertura se encuentra

fuera del rango de cobertura del Plan Nacer (niños hasta 6 años y mujeres embarazadas) en un sistema web on line que cumple con las normativas de presentación de datos de la Nación.

Otras de las modificaciones realizadas durante este período corresponden al reporte "Resumen de Vacunas" adaptándose al nuevo calendario de vacunas obligatorio.

## Subsistema de Emergencias 107

El nuevo Subsistema de Emergencias surge como una herramienta para apoyar las tareas de registración, administración y generación de información sobre las actividades del área de emergencias.

Es un producto realizado con modernas herramientas de diseño y desarrollo. Permite al adminis-



trador utilizarlo a través de redes de comunicaciones.

El Subsistema de Emergencias atiende las necesidades de gestión de y administración de llamadas e incluye:

- Captura de llamadas.
- Médico coordinador.
- Asignación y liberación de recursos por parte del radiooperador.
  - Reportes.
- Captura de llamadas. Esta opción es realizada por los telefonistas y consiste en la captura au-

tomática de las llamadas que ingresan a la central. En forma automática, además de tomar el número telefónico, en caso de ser un nuevo fijo, se obtiene los datos del titular de la línea. El telefonista registra una serie de datos de vital importancia como ser:

- ✓ Paciente.
- ✓ Localización de la emergencia.
- ✓ Tipo de emergencia.
- ✓ Preguntas.
- ✓ Datos de registro.

Con la información registrada y en caso de tratarse de una emer-

gencia, esta es derivada al médico coordinador.

- Médico coordinador. Realiza la categorización de la emergencia.
   Para ello debe registrar:
- ✓ Grado: los valores posibles son grado 3 (alto), grado 2 (media), grado 1 (bajo).
- ✓ Cantidad de móviles sugeridos.
  - ✓ Tipo de móvil sugerido.
- Radioperador. Se encarga de la administración de la flota de ambulancias con sus respectivos turnos, móviles y recursos humanos, y de asignar el o los móviles que se encuentran disponibles para la emergencia.

Tiene un contacto permanente con la ambulancia, permitiéndole de esa manera la registración on-line de fecha y horas de arribo al lugar de la emergencia, fecha y hora de llegada al hospital, fecha y hora de liberación de la ambulancia.

El radiooperador registra las emergencias que ingresan por la radio

- Reportes. El sistema cuenta con una serie de reportes de utilidad para los distintos usuarios:
- ✓ Prestaciones por móviles. El usuario podrá consultar en una fecha las prestaciones por móvil.
- ✓ Panel de producción. El usuario podrá consultar en un rango de fechas, las cantidades de llamadas por usuario.
- ✓ Localización de la emergencia. Muestra la cantidad de emergencias por localidad.
- ✓ Llamadas por tipo. Muestra las cantidades de llamadas por tipo dentro de determinadas fechas.
- ✓ Historial de un paciente. Muestras las emergencias relacionadas con un determinado paciente a partir de una fecha.
- ✓ Planilla del telefonista. Muestra a partir de la selección de un telefonista las distintas emergencias atendidas por él.

## Sistema de Información Automática de Producción en Salud

Brinda información en línea a través de un *mail* diario que ofrece



información sobre indicadores hospitalarios de atención del día anterior: turnos asignados y atendidos, cirugías programadas, atenciones por guardia, egresos de internación, defunciones, derivaciones al sector público y privado, camas disponibles y camas libres (camas comunes, de terapia intermedia y camas críticas); así como también de indicadores de atención de centros de atención primaria (Caps) informatizados: turnos, consultas y prácticas de enfermería por efector, por área operativa.

Se agregaron los siguientes mails automáticos:

- ✓ Producción hospitalaria: tablero de control que se procesa diariamente con datos del día anterior y muestra los siguientes indicadores:
- ✓ Turnos: cantidad de turnos otorgados, atendidos y no atendidos indicando con colores si los valores se encuentran dentro de los parámetros normales para el día de la semana, mes y hospital calculado.
- ✓ Cirugías programadas: muestra el número de cirugías programadas que se realizaron. El sistema muestra con colores si los valores se encuentran dentro de los parámetros normales para el día de la

semana, mes y hospital calculado.c

- ✓ Guardia: muestra el número de episodios de guardia que se registraron en cada hospital. El sistema muestra con colores si los valores se encuentran dentro de los parámetros normales para el día de la semana, mes y hospital calculado.
  - ✓ Egresos de internación.
- ✓ Defunciones: muestra el número de egresos por defunción para la fecha calculada.
- ✓ Derivaciones: muestra el número de egresos por derivaciones para la fecha calculada.
- ✓ Camas disponibles: muestra la cantidad de camas disponibles y libres de cada hospital. Las camas se encuentran diferenciadas en camas comunes, terapia intermedia y crítica y a su vez cada tipo se subdividen en camas de neo, pediatría y adultos. Este indicador (a diferencia de los otros) se encuentra actualizado en línea.



- ✓ Indicadores con gráficos hospitalarios. Es un reporte que muestra gráficamente lo ocurrido en los últimos 30 días comparándolos con una curva histórica. Los indicadores que se muestran son Turnos, Guardia y Cirugías de los hospitales informatizados.
- ✓ Indicadores de Caps: muestran la cantidad de consultas atendidas por cada Caps informatizado. Ac-

tualmente existen 2 versiones de los indicadores:

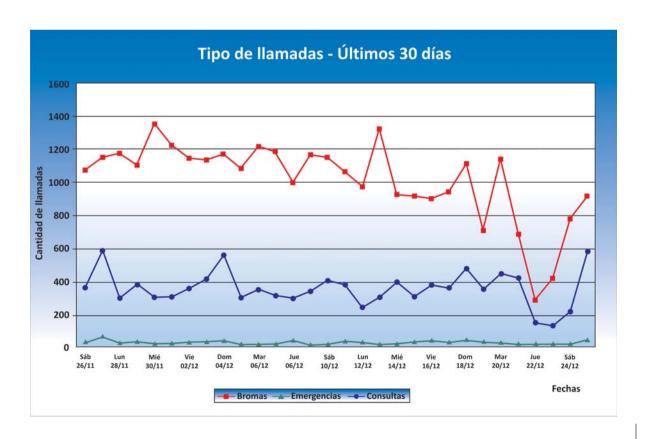
- ✓ Analítico. Muestra la cantidad de consultas de cada Caps para un día indicado.
- ✓ Gráfico. Muestra un gráfico por cada área operativa la cantidad de consultas de los últimos 30 días en cada Caps en forma analítica y gráfica.

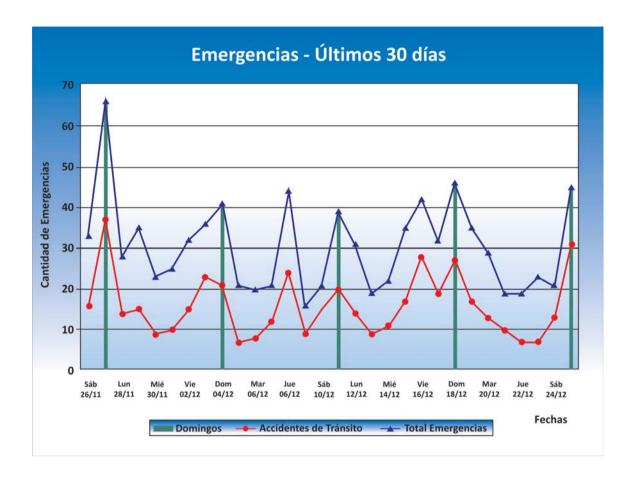
## Área Programática CENTRO

ÁREA OPERATIVA	EFECTOR	Turnos	Consultas	Enfermería
	CAPS 25 DE MAYO	38	38	10
	CAPS ANTÁRTIDA ARGENTINA	13	3	1
	CAPS BARRIO NORTE	54	52	37
NORESTE	CAPS CARLOS CATTANEO	12	0	0
	CAPS COSTANERA NORTE	22	22	12
	CAPS URQUIZA 1	48	46	12
	CAPS VILLA 9 DE JULIO	54	54	21
	CAPS BARRIO JARDÍN	46	43	14
	CAPS BARRIO OESTE II - PTE. PERÓN	47	47	13
	CAPS EL BOSQUE	25	25	0
	CAPS EVA DUARTE (NOROESTE)	26	22	12
NOROESTE	CAPS MARCOS PAZ	5	5	0
NOROESTE	CAPS MARÍA AUXILIADORA (NOROESTE)	45	41	16
	CAPS REPÚBLICA DE ITALIA	41	30	11
	CAPS SAN RAFAEL (NOROESTE)	145	145	73
	CAPS SANTA ROSA DE LIMA	29	20	14
	CAPS VILLA LUJAN	63	40	18
	CAPS VILLA MUÑECAS	39	30	8
	CAPS BARRIO SARMIENTO	0	0	0
	CAPS BIENESTAR	20	20	9
	CAPS DIEGO DE VILLARROEL	02	0	0
	CAPS JUAN PABLO I	52	22	20
	CAPS LOS AGUIRRE	0	0_	0
SUDESTE	CAPS MATIENZO	0	0	0
SODESTE	CAPS SAN CAYETANO	42	42	8
	CAPS SAN FELIPE	0	0	0
	CAPS SAN MIGUEL (SUDESTE)	47	47	19
	CAPS VILLA ALEM	25	25	5
	CAPS VILLA AMALIA	90	90	28
	CAPS VILA ANGELINA - DRA. DELIA F PALMA	50	24	14
	CAPS 11 DE MARZO	35	16	6
	CAPS BAACLINI	6	0	12
	CAPS CARLOS ALVARADO	43	42	32
	CAPS CARLOS MARIA TORRES	50	43	0
	CAPS CORAZÓN DE MARÍA	69	18	3
SUDOESTE	CAPS FERNANDO PEDRO RIERA	0	0	0
	CAPS MANANTIAL	0	0	0
	CAPS NTRO SR DE LA SALUD	52	52	16
	CAPS NTRO SR DEL MILAGRO	54	54	9
	CAPS SAN BERNARDO	43	43	18
	CAPS SAN MARTÍN	59	59	52
	CAPS VILLALONGA	64	62	0
		1523	1358	523

- ✓ Indicadores Emergencias 107 con dos documentos adjuntos:
- ✓ Tipos de Llamadas. Muestra gráficamente los distintos tipos de llamadas (broma, consulta, emergencia) en los últimos 30 días.
- ✓ Emergencias. Muestra gráficamente y en cuadro la cantidad de emergencias (motivos de consulta) de los últimos 30 días. Se resaltan los días domingo.

Ranking de Emergencias					
Motivos de Consulta	Ocurrencias				
Accidente de tránsito	31				
Pérdida de conocimiento	3				
Intento de suicidio	2				
Diabetes descompensada	2				
Convulsiones	2				
Trauma	2				
Psiquiátrico	1				
Herida de arma blanca	1				
Hemorragias	1				





# Subsistema de Programas de Salud

Dentro del Departamento de Informática la sección Programas de Salud se encarga de la gestión de información de múltiples programas permitiendo nominalizar los pacientes en cada programa y registrar información para su seguimiento. También se encarga de la generación de herramientas

para la captura de datos (chequeras y padrones) y reportes necesarios para la implementación y control de los programas.

# Programa Focalizado de Rehabilitación Nutricional (PFRN)

El programa tiene por objetivo contribuir en la recuperación nutricional a través de la complementación alimentaria. Para lograr este objetivo se implementó el uso de una tarjeta magnética para la compra de alimentos desde año 2007.

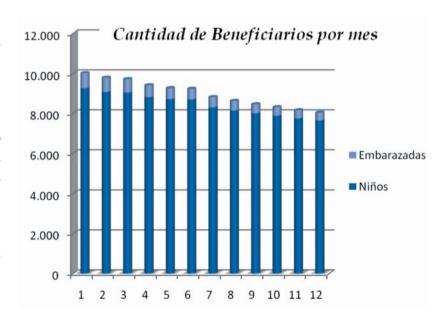
#### En el año 2011 se realizó:

 Registro de los controles mensuales (pesos, tallas, semana de gestación). Por lo cual contamos con el historial de datos antropométricos de los beneficiarios.

- Registro de altas y bajas en el padrón.
- Registro de datos de los titulares de los menores que pertenecen al programa.
- Generación de padrones de los beneficiarios por Caps para el registro de los controles
  - Registro de tarjetas entregadas.
  - Gestión de tarjetas extraviadas.
- Gestión de renovaciones de tarjetas Visa-Vale vencidas.
- Atención de consultas telefónicas de las tarjetas Visa-Vale en turno mañana y tarde.
- Generación de archivos para enviar al banco de altas, bajas y modificaciones de tarjetas, depósitos mensuales, informes de extravío, renovación de tarjetas.
- Generación de información necesaria para la rendición de cuentas del programa en forma mensual.

Evolución de cantidad de beneficiarios por mes

Año	Mes	Niños	Embarazadas	Total
2011	1	9.271	751	10.022
2011	2	9.083	708	9.791
2011	3	9.056	666	9.722
2011	4	8.824	593	9.417
2011	5	8.723	550	9.273
2011	6	8.711	528	9.239
2011	7	8.308	513	8.821
2011	8	8.151	481	8.632
2011	9	8.010	453	8.463
2011	10	7.895	425	8.320
2011	11	7.757	408	8.165
2011	12	7.650	399	8.049



## Programas de Enfermedades Crónicas

Para los pacientes con enfermedades crónicas se implementaron como instrumento de seguimiento, chequeras con vigencia de 6 meses que se renuevan automáticamente. Éstas incluyen órdenes de prestaciones y prácticas que se consideran pertinentes para cada enfermedad.

Para la gestión de programas de enfermedades crónicas este departamento:

- Registra los pacientes en diferentes programas, de esta manera se puede tener un padrón nominalizado de los pacientes de cada programa.
- Realiza el mantenimiento, bajas y modificaciones de los padrones.
- Genera las chequeras para cada programa y tipo de programa.
- Registra los resultados de las diferentes prestaciones.

• Emite diferentes reportes para el control y seguimiento de los programas.

La informatización de los programas de salud se inició en el año 2009 con el programa de Diabetes.

Programa de Diabetes-Hipertensión Arterial y Síndrome Metabólico.

El programa de Diabetes se implementó en el año 2009. Las chequeras de este programa tienen tapa azul.

A partir enero de 2011 se implementó el Programa de Hipertensión Arterial y Síndrome Metabólico (chequeras de tapa roja) generándose para febrero de 2011 las primeras chequeras para este programa.

## Programa de Epilepsia

En junio se implementó el Programa de Epilepsia, a partir del mes de julio de 2011 se generaron

las primeras chequeras para este programa (tapa verde).

## Programa de Celíacos

En el mes de julio se implementó el Programa de Celíacos, a partir de septiembre de 2011 se generaron las primeras chequeras para este programa (tapa naranja).

# Programa de Entrenamiento para el Trabajo

En el año 2011 se firmó un convenio con el ministerio de Trabajo por el cual el Siprosa brinda la cobertura de salud a beneficiarios del Programa de Entrenamiento para el Trabajo destinado a jóvenes y adultos que realizan actividades de prácticas capacitantes en lugares de trabajo privadas o públicas.

Para dar cumplimiento a este convenio se generaron chequeras con vigencia de 6 meses para el control de salud de dichos beneficiarios a partir de mayo de 2011.

Chequeras Emiti	idas por	mes							
Programa	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	<b>Total 2011</b>
Entrenamiento	1503	1276	830	1060	1014	560	747	857	7847
para el Trabajo									

SIGE: Sistema Integrado de Gestión del Expediente. Implementaciones

- ✓ Casa central.
- ✓ Dirección General de Recursos Humanos
- ✓ Dirección General de Programas Integrados de Salud.
- ✓ Dirección General de Fiscalización Sanitaria.
- ✓ Dirección General de Salud Ambiental.
- ✓ Dirección General de Red de Servicios.

Este año se finalizó con la organización, planificación e implementación del sistema informático en las direcciones generales. La detección de las mesas de entrada y cuando no estaban creadas, la creación de las mismas.

Este sistema permite establecer la trazabilidad de los expedientes, conocer exactamente su ubicación actual, tener datos de auditoría, como fecha, hora, etc.

#### Conectividad

La mayoría de las direcciones generales no poseían conectividad con el *Data Center*. Se procedió a configurar una red privada virtual y durante este año se fueron instalando conmutadores multiprotocolo (MPLS), conectividad mejorada que posibilita aumentar la cantidad de terminales en las dependencias. Con respecto a los recursos humanos, se triplicó la cantidad de usuarios capacitados con distintos perfiles. Las capacitaciones no sólo se realizaron sobre el sistema informático, sino sobre formas de comunicación.

#### Comunicación

En las direcciones se encontraban grandes cantidades de trámites de expedientes sin circular, debido a la falta de comunicación con otras direcciones generales.

A partir de este problema se utilizó Gmail como medio de comunicación, y se seleccionaron supervisores para el contacto y manejo de los equipos de trabajo.

## **Supervisor SIGE**

Se creó la figura del supervisor Sige, que canaliza todos los problemas del sistema como edición del expediente, realizar cambio de número, de letra, de código de dependencia, de año, etc.

## **Configuración Casa Central**

20 oficinas configuradas. 60 usuarios.



## Dirección General de Recursos Humanos

## Dirección General de Fiscalización Sanitaria

# Programas Integrados de Salud

10 oficinas configuradas.

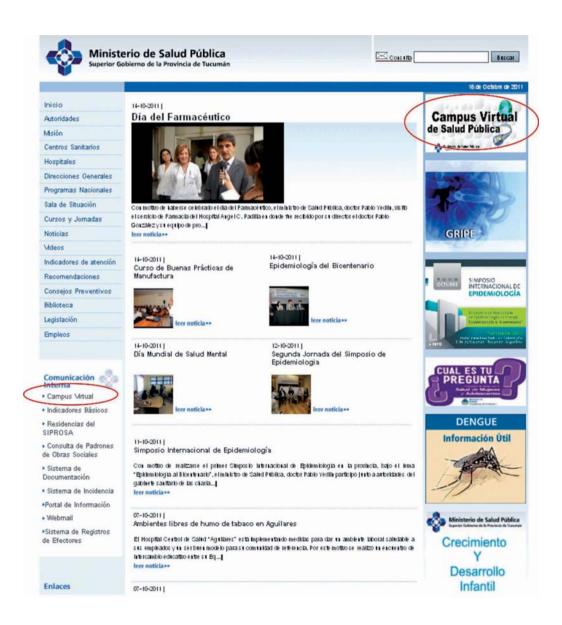
15 oficinas configuradas.

27 oficinas configuradas.

25 usuarios.

55 usuarios.

40 usuarios.



## Dirección General de Salud Ambiental

6 oficinas configuradas. 10 usuarios.

## Dirección General de Red de Servicios

13 oficinas configuradas.20 usuarios.

## Áreas operativas

Con la metodología SIGE, según la resolución ministerial 411/SPS-08, las áreas operativas poseen mesa de entradas.

Este año se logró implementar

en 2 áreas operativas: Tafí Viejo y Sudeste.

### Hospitales

• Hospital del Niño Jesús. Este sistema cumple con un pedido de la Dirección de ese hospital. Solicitaba conocer los expedientes que se tramitan en el ámbito del Sistema Provincial de Salud, según la resolución 411/SPS-08, y que tienda a garantizar el tratamiento seguro del expediente en el marco de las disposiciones previstas en la ley de procedimiento administrativo n.º 4537.

El hospital no poseía mesa de entradas, al igual que el resto de los hospitales de tercer nivel, iniciando todos los trámites por dirección o por cualquier oficina, ocasionando situaciones variadas como por ejemplo falta de control del trámite, pérdidas de la documentación, falta de conocimiento de la trazabilidad del mismo, etc.

En la actualidad en este hospital comenzó a funcionar una mesa de entradas, con el sistema integrado de gestión del expediente.

• Instituto de Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes. En este hospital comenzó a funcionar una mesa de entradas con el sistema integrado de gestión del expediente.





## El Campus Virtual de Salud Pública

El Campus Virtual de Salud Pública utiliza un espacio exclusivo del sitio web del Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán (www.msptucuman.gov.ar). Se creó en junio de 2011 e inició su actividad con el curso "Líderes en Gestión de Enfermería". Este curso constituye una experiencia piloto para la enfermería en la provincia de Tucumán. Se organizó bajo la modalidad de *b-learning* (aprendizaje a distancia); y fue diseñado en forma conjunta entre la División de Enfermería, dependiente de la

Dirección de Programa Integrado de Salud, la Escuela de Enfermería de la UNT (a través de la Cátedra de Administración en Enfermería) y el Departamento de Informática del Sistema Provincial de Salud. La financiación se obtuvo a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID), el Ministerio de Salud Pública de Tucumán y la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN).

La página posibilita a los participantes acceder a las siguientes informaciones y acciones: horarios de encuentros presenciales; programa del curso; contenidos; docentes responsables; lugares donde se desarrollan los encuentros: reseñas de clases: actividades a realizar por los alumnos; un glosario de términos; una sala de conversación interactiva; envíos de mensajes individuales y masivosy foros de discusión. La inclusión de todo el material brinda posibilidades como: contar con información importante y organizada sobre los aspectos estructurales del curso durante las 24 horas del día, acceder a cada módulo de la propuesta educativa y tener contacto continuo con los docentes y compañeros, garantizando calidad en la formación



mediante la personalización, seguimiento y motivación de este proceso de aprendizaje. El campus virtual se utiliza como escenario complementario, flexible e interactivo de la enseñanza presencial y constituye una de las posibilidades más usuales en la formación de posgrado y de capacitación continua. En la educación a distancia, el campus virtual cobra una importancia significativa, el mismo se basa en el uso de internet, como red de comunicación universal y constituye un entorno de aprendizaje que ofrece los espacios necesarios, para que el destinatario de la formación interactúe con los diferentes recursos que intervienen en su proceso de aprendizaje como son los: tutores, compañeros, materiales, etc. El campus virtual basa su funcionamiento en la conjunción de sistemas de soportes electrónicos apoyados en redes y a través de comunicaciones de tipo sincrónica o asincrónica, que se reciben por audio, videos, teleconferencias o textos.

Este campus virtual está basado en el uso de la plataforma Moodle. Una característica fundamental de Moodle es la de ser "software libre" bajo licencia pública GNU; es decir, de distribución totalmente gratuita, y es en virtud de esa libertad que las instituciones y personas pueden adaptarlo a sus necesidades, copiar, distribuir y compartir sus aprendizajes.

#### Plataforma Moodle

Con todo lo expuesto anteriormente, podemos sintetizar que Moodle es una herramienta informática perteneciente al grupo de gestores de contenidos educativos (LMS, *Learning Management Systems*) y entornos de aprendizaje virtuales (VLE, *Virtual Learning Managements*).



Sintetizando las características de Moodle se pueden identificar los siguientes detalles:

- ✓ Entorno de aprendizaje modular y dinámico orientado a objetos, sencillo de mantener y actualizar.
- ✓ Excepto el proceso de instalación, no necesita prácticamente de "mantenimiento" por parte del administrador.
- ✓ Dispone de una interfaz que permite crear y gestionar cursos fácilmente.
- ✓ Los recursos creados en los cursos se pueden reutilizar.
  - ✓ La inscripción y autenticación

de los estudiantes es sencilla y segura.

- ✓ Resulta muy fácil trabajar con él, tanto para el profesorado como el alumnado.
- ✓ Detrás de él hay una gran comunidad que lo mejora, documenta y apoya en la resolución de problemas.
- ✓ Está basado en los principios pedagógicos constructivistas: el aprendizaje es especialmente efectivo cuando se realiza compartiéndolo con otros.

# Objetivos del Campus Virtual de Salud

• Fortalecer la transferencia de

conceptos, métodos e información.

- Permitir contacto continuo entre profesores y alumnos —a pesar de las diferencias en las disponibilidades horarias—.
- Apoyar las actividades presenciales ofreciendo los recursos docentes de contenido, actividades y comunicación basadas en esta tecnología.
- Facilitar los procesos formativos de funcionarios públicos del Siprosa a través de ambientes virtuales de aprendizaje.
- Satisfacer las necesidades de formación garantizando un espacio de participación, actualización y construcción del conocimiento.

- Proporcionar procesos de capacitación y actualización orientando a la institución hacia el mejoramiento de la calidad de procesos a través del entrenamiento que trasciende los muros de la organización.
- Mantener un ámbito de aprendizaje disponible las 24 horas del día.
- Proveer diversas herramientas para consultas de los contenidos, comprobar evolución académica o establecer contacto fluido con profesores y compañeros

- Permitir que el proceso de capacitación se desarrolle en un contexto educativo flexible e interactivo, aumentando su calidad y eficacia.
- Favorecer el intercambio de experiencias entre personas que pudieran contribuir al mejor abordaje de diversas problemáticas.

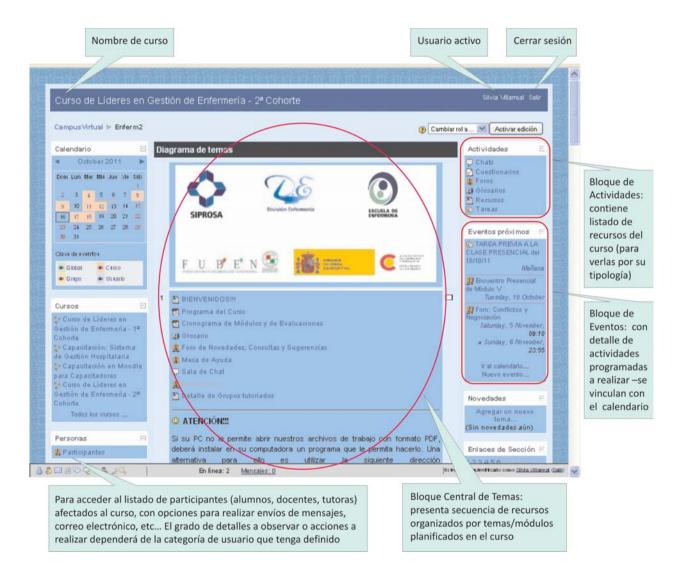
## Acceso al Campus Virtual de Salud

Este entorno virtual de capacitación tiene carácter cerrado; es decir que no está habilitado para personas no autorizadas a su acceso, al menos en esta etapa inicial de su vida funcional.

El acceso al aula virtual se realiza mediante el sitio web oficial del Ministerio de Salud Pública de Tucumán: www.msptucuman.gov.ar, El cual provee dos maneras de acceder al campus virtual haciendo clic sobre: un banner (A) que identifica al campus (en el extremo superior derecho) o en el hipervínculo de acceso al campus (B) en el margen izquierdo dentro de *Comunicaciones internas*. Como se visualiza en la siguiente imagen:



La estructura del campus para los cursos responde a un diseño de formato preestablecido donde se identifican distintas secciones:







# Inmunizaciones



Dr. Ricardo Cortez Dra. Sandra Tirado

## Incorporación de nuevas vacunas al calendario desde el año 2005

En muy poco tiempo se pueden ver los resultados positivos de una vacunación exitosa

Las vacunas que se incorporaron al Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina a partir del año 2005 son las siguientes:

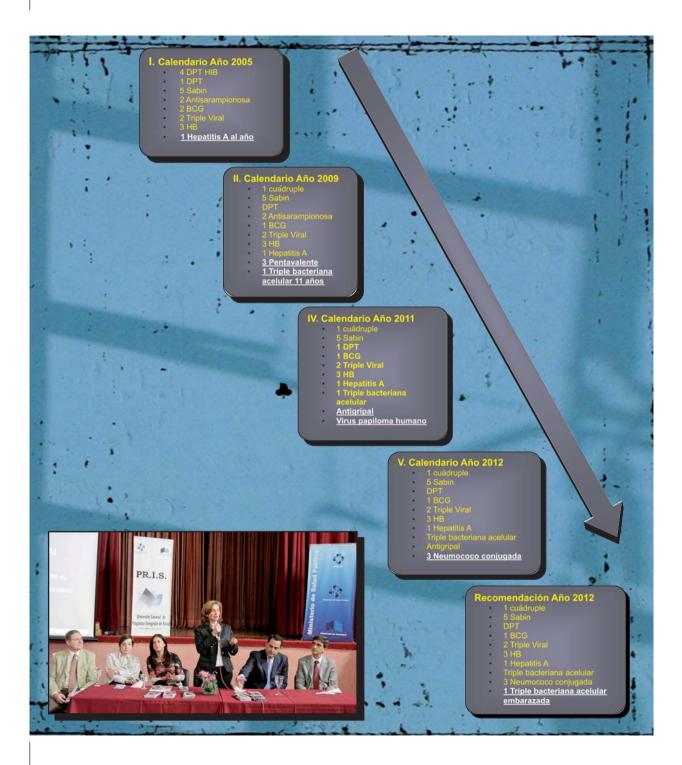
- ✓ En el año 2005 la vacuna contra hepatitis A al año de vida.
- ✓ En el año 2008 la vacuna pentavalente, que protege de difteria, tétanos, tos convulsa, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* b, a los 2, 4 y 6 meses.
- ✓ En el año 2009 la vacuna triple bacteriana acelular que protege de difteria, tétanos y coqueluche, a los 11 años de edad.
- ✓ En el año 2011 la vacuna contra la gripe a los siguientes grupos de riesgo: a) niños de 6 meses a 23 meses; b) embarazadas en todos los periodos de la gestación; c) personal de salud; d) puérperas con niños menores de 6 meses; d) a los niños y adultos entre 2 y 64 años inclusive con factores de riesgo del sector público; e) la población mayor de 65 años del sector público.



- ✓ También ingresó en el año 2011 la vacuna contra el virus del papiloma humano para las niñas de 11 años de edad que nacieron a partir del mes de enero del año 2000.
- ✓ En el año 2012 la vacuna contra el neumococo para los niños y niñas menores de 1 año y

por este año a los de 1 año y hasta los 5 años inclusive a los huéspedes especiales.

✓ También en el año 2012 se recomienda vacunar a la embarazada a partir de la 20 semanas de gestación con triple bacteriana acelular: que protege de difteria, tétanos, coqueluche.



## Resultados logrados por la vacunación contra la hepatitis A

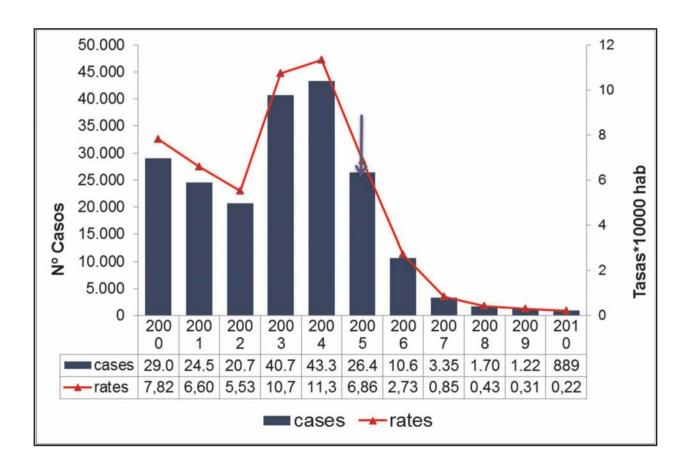
En el año 2005 las sociedades científicas y las autoridades de salud acordaron aplicar una sola dosis contra la hepatitis A en el Calendario Nacional de Inmunizaciones y disminuyeron más de 95% los casos de esa enfermedad. Mientras que en 2004 se ha-

bían notificado 43 321 casos, en el año 2010 hubo sólo 889 casos.

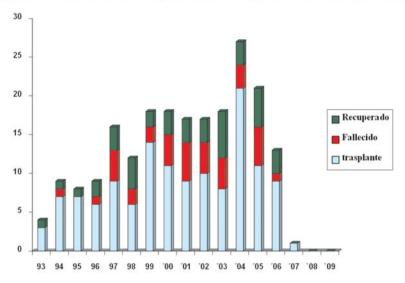
Como consecuencia, desde el año 2008 bajaron a cero los transplantes de hígado que se producían cuando el virus daba un cuadro de tipo fulminante.

A partir de 2005, la aplicación obligatoria de una dosis de la va-

cuna a los chicos de un año fue suficiente para generar en la población general un "efecto rebaño", que permitió controlar el aumento de infecciones. Al año de la nueva incorporación al esquema de inmunización, la cobertura de los chicos de un año ya era del 96,8% y en todas las provincias había disminuido la circulación del virus.

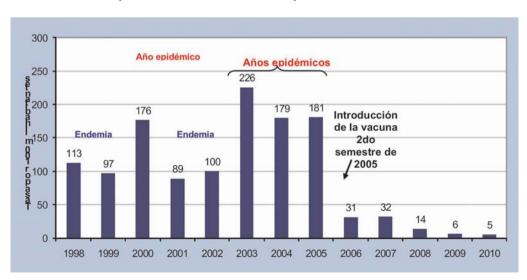


## Falla hepática debido a hepatitis A Argentina. 1993 - 2007



Fuente: SNVS, Ministerio de Salud de Nación

## Impacto de la vacunación en la provincia de Tucumán



## **Hepatitis A**

Número de casos de Hepatitis A y s/e según años Provincia de Tucumán

(A)	
Años	casos notificados
2000	2255
2001	1207
2002	1371
2003	3131
2004	2520
2005	2568
2006	452
2007	462
2008	203
2009	71
2010	72

En la provincia de Tucumán hubo una disminución significativa de 2568 casos en el año 2005 se notificaron 72 casos en el año 2010.

Desde el año 2006 hasta la actualidad la cobertura de vacunación en los niños de 1 año con una dosis de vacuna contra la hepatitis A fue superior al 95%.

Resultados logrados por la vacunación antigripal en la Provincia de Tucumán

La vacunación antigripal fue aumentando año tras año en la pro-

vincia con la aplicación de un mayor número de dosis según las enviadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

	N.° de dosis
Año	aplicadas
2003	19 500
2004	20 000
2005	48 000
2006	34 400
2007	49 762
2008	62 306
2009	114 661
2010	443 794
2011	227 819



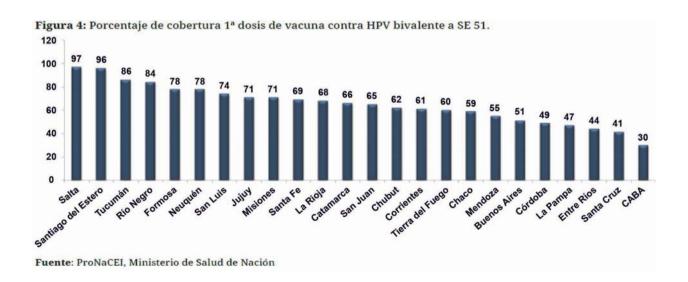
En la provincia de Tucumán la diferencia de tasas 2010/2011 de enfermedad tipo influenza es de menos del 41%.

## Resultados que se esperan lograr con la vacunación contra el virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano (VPH) es uno de los virus de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Al menos la mitad de las mujeres y hombres sexualmente activos contraerán esta infección genital durante su vida y por lo menos el 80% de las mujeres habrá tenido al menos una infección una vez en su vida al llegar a los 50 años de edad. De

acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud, en la Argentina se diagnostican cada año aproximadamente 4 mil casos nuevos de Cáncer Cérvico Uterino (CCU) v mueren aproximadamente 1800 mujeres a causa de la enfermedad. La introducción de la vacuna es una herramienta de prevención primaria. No reemplaza el tamizaje ni los controles ginecológicos sucesivos en la vida, como parte de un programa de prevención del CCU. Dependiendo de las coberturas de vacunación, de los programas de tamizaje (examen de Papanicolaou —PAP test de VPH), y control de CCU, la vacunación podría reducir el cáncer de CCU hasta un 80%. De-

bido a que la vacunación es preventiva, el mayor impacto se espera lograr con amplias coberturas en mujeres vacunadas, previo al contacto con el VPH. El esquema completo de vacunación para VPH comprende la aplicación de tres dosis en un esquema 0, 1 y 6 meses. Serán incluidas todas las niñas que hayan cumplido 11 años de edad nacidas a partir del 1° de enero del año 2000. Los efectos de la vacunación se van a ver a mediano plazo (varios años) se podrá evaluar la disminución de la incidencia de lesiones precancerosas y a largo plazo (varias décadas) la disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino.



El porcentaje de cobertura alcanzado en la primera dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano hasta la semana epidemiológica 51 del año 2011 es del 86% en la provincia. Actualmente se alcanzó el 94% en la primera dosis.

## Resultados que se esperan lograr con la vacunación contra neumococo

La enfermedad neumocóccica es una prioridad para la salud pública en la Argentina, pues se manifiesta con gran morbilidad. Es una importante causa de muerte y discapacidad en países en vías de desarrollo y afecta principalmente a menores de 2 años. Causa neumonía consolidante, neumonías necrotizantes, empiema, sepsis, bacteriemia y meningitis.

La incidencia de neumonía consolidante en menores de cinco años se estima en 1256/100 000 habitantes. El porcentaje de internación fue de aproximadamente un 65%. La tasa de mortalidad por neumonía es del 1,1% en menores de cinco años.

La incidencia de bacteriemia y sepsis por neumococo en niños menores de dos años es de



98,6/100 000 menores de 2 años. La tasa de letalidad por bacteriemia o sepsis en los menores de cinco años se estima que es del 1,5%.

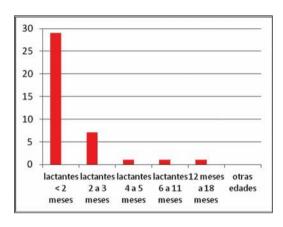
La incidencia de meningitis por neumococo del 3,49/100 000 en niños menores de cinco años.

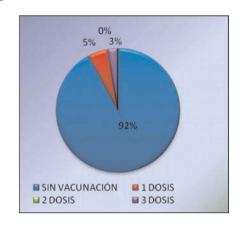
El propósito al introducir esta vacuna es controlar la enfermedad invasiva neumocóccica y disminuir la mortalidad por neumonía, enfermedad invasiva neumocóccica y sus respectivas secuelas en la Argentina.

Resultados que se esperan alcanzar con la vacunación de mujeres embarazadas con la vacuna triple bacteriana acelular Se ha observado en la Argentina y el mundo un aumento de casos de tos convulsa (conocida también como tos ferina o "coqueluche"). Esto se debe a que, tanto la vacunación como la enfermedad por Bordetella pertussis —el agente productor—, no otorgan inmunidad duradera.

Los adolescentes y adultos presentan cuadros atípicos de tos convulsa que, al no ser diagnosticados como tales, favorecen la portación y actúan como reservorios de la enfermedad y representan la fuente de transmisión de los lactantes pequeños, que son quienes tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones y morir. El Sistema de Vigilancia Laboratorial notificó 7778 sospechosos, de los que 1653 fueron positivos para *Bordetella pertussis*, en tanto que treinta y nueve lactantes menores de un año fallecieron por esta enfermedad hasta la semana epidemiológica 39. El grupo de edad más afectado fue el de lactantes menores de dos meses, que representó el 74,36% del total de los fallecidos notificados hasta la fecha indicada.

Número de fallecimientos asociados a tos convulsa, hasta SE 39<sup>a</sup> Año 2011. Argentina





Fuente: Notificaciones provinciales a Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, datos parciales.

Dada la situación epidemiológica actual, la recomendación que han hecho los expertos y la Comisión Nacional de Inmunizaciones consiste en mejorar las coberturas de vacunación de todas las vacunas incluidas en el calendario nacional en todas las edades, optimizar la vigilancia epidemiológica y el control de foco y, como estra-

tegia clave complementaria, vacunar a todas las mujeres embarazadas a partir de la vigésima semana de gestación con el objeto de disminuir la mortalidad en lactantes menores de seis meses.

Durante todo el 2011 los casos notificados se encontraron por sobre lo esperado cuando se los comparó con los últimos cinco años.

El propósito de la vacunación en embarazadas con triple bacteriana acelular es disminuir la morbilidad y la mortalidad por tos convulsa en niños menores de seis meses en la Argentina y controlar la enfermedad y la infección por *B. pertussis* en la Argentina.

Por eso se vacunarán a todas las mujeres embarazadas a partir de las 20 semanas de edad gestacional.

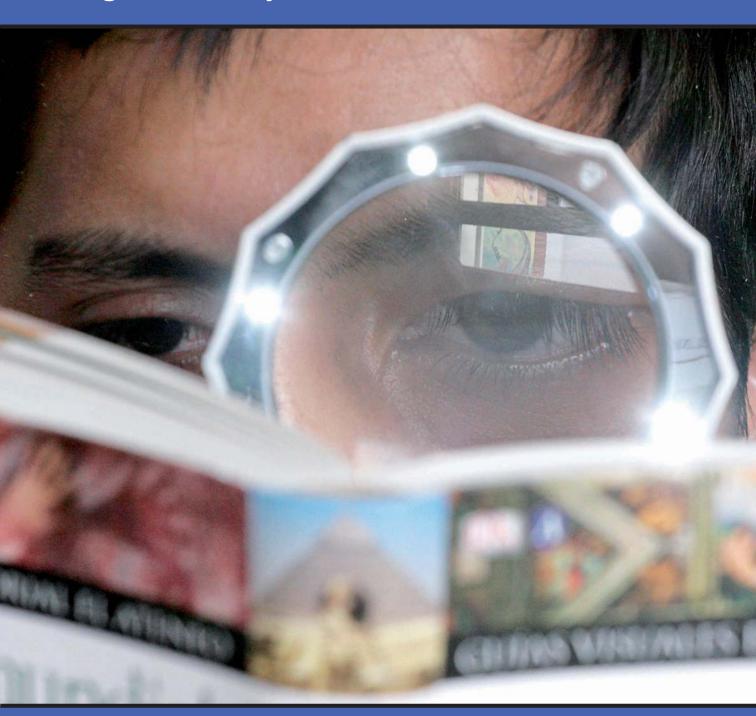
> Dr. José Ricardo Cortez Jefe del Programa Ampliado de Inmunizaciones Tucumán







# Programa de Baja Visión



## Las prestaciones oftalmológicas más completas está en el sector público

## Equipamiento adecuado, recursos humanos entrenados y una perspectiva interdisciplinaria

## Servicio de Oftalmología

El Servicio de Oftalmología del Hospital Ángel C. Padilla resuelve las necesidades de las personas con patologías oftalmológicas clínicas y quirúrgicas de Tucumán y el NOA, lo que es avalado por las estadísticas de pacientes asistidos anualmente en consultorios externos, el número de interconsultas realizadas y el creciente número de cirugías de alta complejidad que se realizan.

## Organización del Servicio de Oftalmología del Hospital Ángel C. Padilla

- 1. Se brinda atención ambulatoria con turnos a demanda y programados en horarios matutinos y vespertinos desde las 7 hasta las 17 horas.
- 2. La atención de la urgencia se resuelve mediante guardias de 24 horas. Única dentro del Sistema Público de Salud.
- 3. Cuenta con el único Banco de Córneas de la provincia, de-



pendiente del Incucai para la realización de ablación y transplante de córnea y esclera.

- 4. Se realizan exámenes complementarios de alta complejidad:
- Retinografía digital: imágenes de fondo de ojo.
- Retinofluoresceinografia digital: estudio dinámico de la retina.
- Campo visual computarizado: evaluación funcional del campo

visual y de la mácula.

- Paquimetría: medición del espesor corneal.
- Biometría: medición del valor dióptrico del lente intraocular.
- Ecografía: evaluación de polo posterior cuando los medios no están transparentes.
- 5. Cuenta con provisión de insumos por parte del Hospital y del banco de prótesis dependiente del MSP

- 6. Cuenta con la única Residencia de Oftalmología de Tucumán, dependiente del Siprosa de 3 años de duración, con aval universitario. Hay 7 residentes.
- 7. Se desarrollan proyectos de investigación internos o en colaboración con otros servicios, de aspectos clínicos y epidemiológicos que sean de interés para el Siprosa y hayan sido aprobados por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital.
- 8. Participa de ateneos clínico-quirúrgicos propios, interhospitalarios e intersocietarios (Sociedad Argentina de Oftalmología, Consejo Argentino de Oftal-



mología, Sociedad de Oftalmología de Tucumán y Colegio Médico de Tucumán).

- 9. Se realiza educación continua del personal profesional y técnico a través de capacitación del servicio, cursos, jornadas, congresos, etc.
- 10. Trabaja con el Instituto de Luminotecnia de la UNT (Posgrado en Luz y Visión) en investigación y desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a la visión.
- 11. Centro de referencia para cirugía de cataratas del programa VER, del Ministerio de Salud de la Nación.
- 12. Centro de referencia para el programa *Sigth First*, del Club de Leones Internacional para la cirugía de cataratas.



- 13. Centro de referencia para el Programa Provincial de Detección de Diabetes PRIS (Siprosa).
- 14. Centro de referencia para el Programa Provincial de Detección de Hipertensión Arterial (PRIS - Siprosa).
- 15. Trabaja en forma conjunta con el Centro de Rehabilitación para Personas de Baja Visión PRIS - Siprosa).
- 16. Se realizan campañas de prevención de ceguera por glaucoma y diabetes, avaladas por el Consejo Argentino de Oftalmología y la Sociedad Argentina de Oftalmología, en las que se evaluaron 215 personas en el año 2011.
- 17. Se realiza capacitación para profesionales del interior de la provincia.
- 18. Se realizaron 1142 interconsultas con los servicios de Endocrinología, Clínica Médica, Infectología, Neurología, Odontología, Hematología, ORL, Bacteriología, Anatomía Patológica y Neumonología.
- 19. Se trabaja en forma conjunta con el Departamento de Estadís-



tica del Hospital.

### Incorporación de equipos

Se incorporaron equipos de alta complejidad provistos por el Ministerio de Salud de la Nación, a los ya existentes:

- Lámpara de hendidura con sistema de fotografía y video digital, para docencia e investigación.
- Cajas de prueba para refracción.
  - Autorefractómetro.
  - · Angiógrafo digital.
  - Ecógrafo.

- Paquímetro
- Regla Biométrica
- Yag láser con lámpara de hendidura.
- Láser diodo de 532 nanómetros con lámpara de hendidura.
  - Campímetro computarizado.
- Oftalmoscopios binoculares indirectos (OBI).
- Fuente de luz y cámara para cirugía endoscópica de vía lagrimal.

## Prestaciones quirúrgicas

Resolución quirúrgica de pato-

logía del segmento anterior y posterior del globo ocular, órbita, vías lagrimales y transplante de córnea.

Cabe destacar que el Servicio de Oftalmología del Hospital Padilla es el único centro público de la provincia que cuenta con quirófano propio y con equipamiento de última generación y profesionales capacitados para la realización de cirugías vítreo-retinales.

# Las cirugías que actualmente se realizan son las siguientes:

- Enucleación y evisceración del globo ocular.
- Excenteración del contenido orbitario.
- Reparación de órbita con y sin injerto.
- Orbitotomía con escisión de lesión tumoral de órbita.
  - Blefarorrafia.
  - Blefarochalasis.
  - Chalazión.
  - Entropión y ectropión.



- Ptosis palpebral.
- Recubrimientos conjuntivales.
- Introducción de sustancias subconjuntivales.
  - Peritomía, peritectomía.
  - Cirugía de pterigión.
- Introducción de sustancias terapéuticas intravítreas (antibióticos, antiangiogénicas, corticoides, etc.).
  - Queratocentesis.
- Queratoplastía laminar (Incucai).

- Queratoplastía penetrante (Incucai).
- Colocación de anillos intraestromales (Incucai).
  - Iridectomía quirúrgica.
- Cirugía convencional de glaucoma.
- Colocación de implantes de drenaje para glaucoma (válvula, shunts, etc.).
- Reparación de heridas del globo ocular.
  - Fotocoagulación con láser.

- Capsulotomía con YAG laser.
- Cirugía convencional de desprendimiento de retina.
  - Neumorretinopexia con láser.
- Neumorretinopexia con inyección de SF6 y crioterapia.
  - Vitrectomía posterior.
  - Vitrectomía por 23G.
  - Vitrectomía anterior.
  - Cirugía de cataratas con técnica

de facoemulsificación.

- Cirugía de cataratas con técnica extracapsular intracapsular.
- Cateterización del conducto lacrimonasal.
  - Escisión de glándula lagrimal.
  - Dacriocistorrinostomía.
- Resolución de fracturas de órbitas con colocación de placa de titanio.
- Cirugía de descompresión orbitaria.

- Colocación de punctum plug.
- Reconstrucción de la vía lagrimal.
- Resección de lesión tumoral palpebral.
  - Trabeculoplastía.
  - Iridotomía con láser.
  - Iridoplastía con láser.

El Servicio de Oftalmología del Hospital Padilla es el único centro público donde se realizan los procedimientos señalados con negrita.



### Centro de Baja Visión

Con fecha 3 de agosto de 2011 por resolución 403-SPS Exp. n.º 017/623-P-2011 se aprobó el Programa Provincial de Baja Visión elaborado por la Dirección General del PRIS

Según la OMS: "Una persona con baja visión es aquella que tiene un impedimento en la función visual, aún después de tratamiento o de corrección refractiva, con una agudeza visual menor de 3/10 en su ojo mejor o un campo visual menor de 10°, pero que usa o es potencialmente capaz de usar la visión para la ejecución de una tarea".

"El trabajo con personas con baja visión tiene como objetivo lograr el mejor uso del resto visual disponible, es decir lograr eficiencia visual".

La estimulación visual es un tratamiento que implica programas secuenciados de experiencias visuales tendientes a mejorar el uso del resto visual disponible o sea que su finalidad es rehabilitar.

Rehabilitar no implica curar, sino optimizar la visión del paciente.

A medida que aumenta el pro-



medio de edad de la sociedad, mayor número de pacientes sufren secuelas de enfermedades crónicas y progresivas. La patología oftalmológica no queda exenta de esta situación, siendo las más frecuentes la maculopatía relacionada con la edad, la retinopatía diabética y miopías elevadas.

Como consecuencia de estas y otras patologías, un porcentaje alto de adultos pierde gran parte de su visión, quedando excluidos de la sociedad, siendo su situación comparable con el paciente ciego.

El trabajo en este Centro apunta a responder a la gran demanda de pacientes con baja visión y a



difundir las diferentes alternativas que existen para la rehabilitación visual y la reinserción de personas con deficiencia visual a un ambiente familiar, social y laboral, que valore sus potencialidades y le brinde nuevas oportunidades.

## Objetivos del Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión

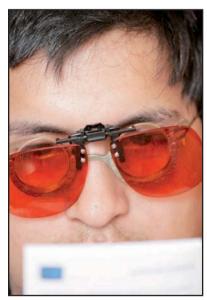
- 1. Estimular adecuada y gradualmente la capacidad visual para contribuir en el desarrollo de la eficiencia visual.
- 2. Promover el aprendizaje de habilidades multisensoriales y el uso de ayudas ópticas y no ópticas que permitan percibir e interactuar con el mundo que lo rodea.
- 3. Ayudar al paciente a obtener una mejor calidad de vida contribuyendo a recuperar su autoestima y facilitar su reinserción en la sociedad.
- 4. Informar a la comunidad sobre el trabajo que se realiza en el Servicio de Rehabilitación de Baja Visión a través de charlas informativas en diferentes medios (radio, televisión, programas culturales, de interés público, prensa escrita, sociedades científicas, escuelas, etc.).
  - 5. Capacitación para profesio-



nales a fin de incorporar el tratamiento de los pacientes con baja visión en la práctica diaria.

## Actividades destinadas a la comunidad

- 1. Taller con alumnos de la escuela Luis Braille. Charlas destinadas a informar y ejemplificar sobre la inserción laboral de las personas con discapacidad visual.
- 2. Capacitación para SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Charlas sobre el manejo de la baja visión en los niños
- 3. Participación en el Curso de posgrado en Oftalmología de la



UNT. Dictado del Módulo de Baja Visión de 8 horas cátedra destinado a médicos en formación en la especialidad.

## Actividades del Centro de Baja Visión

- 4. Indicación médica de ayudas ópticas.
- 5. Rehabilitación visual.
- 6. Actividades físicas adaptadas.
- 7. Rehabilitación en actividades



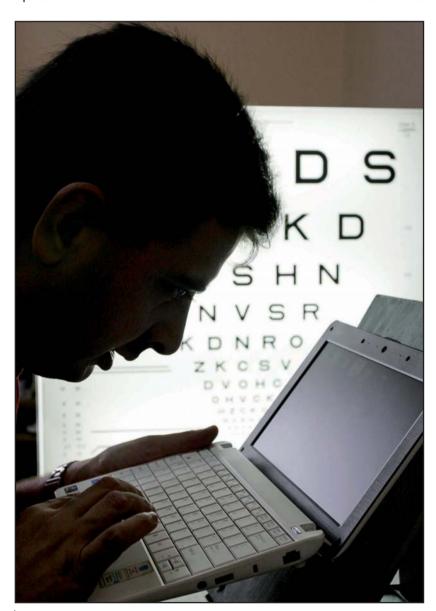
8. Orientación y movilidad.

Coincidentemente con la celebración del Día Internacional de la Discapacidad se llevó a cabo el acto de conmemoración del octavo aniversario de la Junta de Discapacidad y Categorización de Prestadores del Siprosa.

En esa oportunidad se expuso ante las autoridades presentes el Programa del Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión.

# **Recursos Humanos Equipo Interdisciplinario:**

- Coordinador Oftalmólogo.
   Doctora Diana Waisman
- 2. Personal Administrativo. Esteban R. Santillán
- Oftalmólogo especializado en Baja Visión. Doctora Susana Antoni.
- 4. Estimuladora y rehabilitadora Visual. Lic. Marianella Massuh.
- 5. Docente de actividades de la vida diaria. Sofía Nadal.



- 6. Profesor de Educación Física adaptada. Rodolfo Cata.
- 7. Docente de orientación y movilidad. Miguel Cantos.
  - 8. Trabajador Social.
  - 9. Psicólogo.

A fines del mes de septiembre de 2011 se dio inicio a la actividad en el Centro de Rehabilitación con Baja Visión ubicado en calle Alberdi 416 atendiendo a partir de las 13 a pacientes mayores de 14 años y sin límite de edad.

Al ingresar el paciente al Centro se incorpora su información personal en la base de datos. Posteriormente es entrevistado por la oftalmóloga quien indica la ayuda óptica o no óptica adecuada, y según las necesidades particulares de cada paciente se determina la cantidad de sesiones con cada uno de los profesionales que el caso requiera:

- 1. Estimulación visual.
- 2. Actividades de la vida diaria.
- 3. Orientación y movilidad.



- 4. Actividad física adaptada.
- 5. Entrevista psicológica.
- 6. Entrevista con una trabajadora social.

Las patologías que hasta la fecha fueron atendidas en el Centro comprenden: retinopatía del prematuro; retinopatía diabética; degeneración macular relacionada con la edad; glaucoma terminal; alta miopía; retinosis pigmentaria; desprendimiento de retina; muchas de las cuales continúan con su plan de rehabilitación.



# **Trasplantes Renales**



## Una propuesta para mejorar significativamente la calidad de vida

## Tucumán está entre las mayores tasas de prevalencia de insuficiencia renal crónica terminal

La Enfermedad Renal Crónica es reconocida actualmente como un problema mundial de salud pública. La elevada morbimortalidad asociada a ERC y los altos costos derivados de ella exigen tomar algún tipo de acción al respecto. El trasplante renal, siempre que pueda realizarse, ofrece mayor sobrevida y mejora significativamente la calidad de vida en pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

Tucumán es una de las provincias argentinas con mayor tasa de prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (995,7 PMH vs. 665,5 PMH promedio nacional) y por otro lado es una provincia con alto grado de cobertura de diálisis para quienes la necesitan y desarrollo de actividad de transplante renal, existiendo dos equipos privados para la realización de esta práctica. Sin embargo la tasa de pacientes inscriptos en lista de espera (LE) para transplante renal es baja (17,3% vs. 21,7% promedio nacional).

En el año 2010 el Incucai puso en marcha el Plan Nacional de



Desarrollo de Trasplante Renal, cuyos ejes centrales son:

- 1. Prevención de la ERC.
- 2. Aumento de pacientes inscriptos en lista de espera para trasplante renal.
- 3. Aumento en generación de donantes de órganos
- 4. Desarrollo de Unidades de Trasplante Renal Públicas.

En este marco, y ante el análisis de la amplia accesibilidad de la población Tucumana (y el resto del NOA) a diálisis, sumado a la necesidad de aumentar la accesibilidad al trasplante renal en la región, se define políticamente en el Ministerio de Salud provincial el desarrollo de una Unidad de Trasplante Renal en el Hospital Padilla, en donde también se está implementando, con muy buenos resultados, la estrategia Hospital Donante.

#### Para su desarrollo se cuenta con:

 Apoyo financiero del Incucai a través del Fondo Solidario de Trasplante. Los fondos equivalen a 4,2 millones de pesos y se destinan a la compra del equipamiento necesario para dichas prácticas, construcción de la Unidad y remodelación de quirófanos.

- Convenio de Cooperación Científica celebrado con Nephrology (instituto especializado en trasplante renal de alta experiencia y renombre nacional). En este contexto se está capacitando el recurso humano tucumano en esta institución. Estas capacitaciones se financian con fondos nacionales que gerencia el Cucaituc, provenientes del Programa Federal de Procuración y Plan de Desarrollo de Trasplante Renal del Incucai.
- Fuerte decisión política para su desarrollo.
- Funcionamiento óptimo del Programa Nacional de Postransplante para pacientes sin cobertura formal, que garantiza el acceso de estos pacientes a medicamentos inmunosupresores a través del Cucaituc (a la fecha 61 pacientes sin obra social-PROFE/SI-PROSA bajo programa).

En este proyecto se encuentra trabajando un equipo de nefrólogos, cirujanos vasculares, uró-



logos y personal de apoyo, coordinado por la dirección hospitalaria y el Cucaituc. Ya se comenzaron las capacitaciones específicas del equipo y del personal de apoyo.

## Objetivos generales:

- Desarrollo y puesta en marcha de una Unidad de Trasplante Renal en el Hospital Padilla.
- Aumentar accesibilidad de pacientes con IRCT a trasplante renal.
- Aumento de sobrevida y calidad de vida en pacientes con IRCT.
- Disminución de costos en salud asociados al tratamiento sustitutivo de la IRCT.

## Objetivos específicos:

- Habilitación de un equipo de trasplante renal público en el Hospital Padilla.
- Capacitación de recurso humano que lo integrará.
- Desarrollo de un manual de procedimientos y protocolos con compromiso de todas las unidades del Hospital Padilla y Cucaituc.
- Conseguir sustentabilidad del proyecto en el tiempo.

Se espera que esta Unidad pueda ampliar la accesibilidad al trasplante renal a pacientes de todo el NOA, aumentando así su sobrevida y calidad de vida y disminuyendo también los costos en salud.





Edición

Ricardo Bocos

Redacción

**Solana Posse** 

Corrección de textos

**Mariana Nofal** 

**Fotografías** 

**Ramón Teves** 

Diseño

estudio nueve

**Junio 2012**