



Ministerio de Salud Pública
Provincia de Tucumán

Memoria Anual 2012



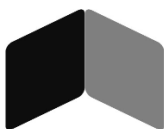
Gobierno de Tucumán

Provincia de Tucumán
República Argentina



Ministerio de Salud Pública
provincia de Tucumán

Memoria Anual 2012



**GOBIERNO
DE TUCUMÁN**

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. Samuel Semrik

Índice

Palabras del Sr. Gobernador	8
Palabras del Sr. Ministro de Salud de la Nación	11
Palabras del Sr. Ministro de Salud Pública	13
Capítulo 1 - CUCAITUC	16
Capítulo 2 - Neonatología - Maternidad de las Mercedes	22
Capítulo 3 - Evaluación de Desempeño	28
Capítulo 4 - Centro de Baja Visión	36
Capítulo 5 - Plan SUMAR	42
Capítulo 6 - Departamento de Informática	48
Capítulo 7 - Sala de Situación	64
Capítulo 8 - Servicio de Cardiología - Hosp. Centro de Salud	70
Capítulo 9 - Referencia y Contrarreferencia	76
Capítulo 10 - Recursos Físicos	82

Una década de crecimiento en Salud

A lo largo de estos diez años en que me fue conferida la responsabilidad de dirigir los destinos de la provincia el sistema de salud ha venido creciendo y fortaleciéndose de modo notable. Actualmente el sistema de salud de Tucumán tiene 300 centros de atención primaria; 30 hospitales de segundo nivel en el interior; y los hospitales grandes de San Miguel de Tucumán y de Concepción, a los que se suma ahora el Hospital del Este “Eva Perón”, que integran un tercer nivel de complejidad.

Hay números muy elocuentes que ilustran el fortalecimiento del sistema. Cuando empezamos la gestión en 2003 el Siprosa tenía en la provincia seis mil empleados y además había otros dos mil que no pertenecían al sistema pero apoyaban o aportaban a éste. Lo que hacía un total de 8 mil personas trabajando en salud. Hoy son 15 mil y como muchas de ellas hacen doble carga horaria, el número se eleva a 17 mil personas. Casi tres veces el número inicial.

Si uno analiza por áreas: los médicos y los bioquímicos se duplicaron, los psicólogos se triplicaron. En enfermería se triplicó el personal. La Organización Mundial de la Salud establece que debe haber tres enfermeros por cada médico. Tucumán tenía al comienzo de este gobierno tres médicos por cada enfermero. Padecíamos un importante déficit en Enfermería, y eso se ha ido revirtiendo. Ahora tenemos 1,2 enfermeros por médico con lo que ya hemos

dado vuelta la historia. La cantidad de enfermeros supera a la de médicos en nuestro sistema de salud. Todavía nos falta pero vamos bien encaminados. En el Hospital del Este se están incorporando 200 enfermeras al sistema.

A la par de los recursos humanos hubo una fuerte inversión en infraestructura. En el año 2003 el sistema tenía una infraestructura atrassada en muy mal estado y hubo que hacer todo de nuevo. Los grandes hospitales que ya existían, prácticamente, han sido hechos a nuevo. En el Hospital de Niños las dos torres de emergencias, donde están la guardia, los quirófanos, la terapia intensiva, el consultorio externo, el hospital de día y la parte administrativa, son absolutamente nuevas. Pero, además, el viejo hospital es en sí mismo una obra flamante, los pisos se están estrenando, los sanitarios son recientes.

En el caso del Instituto de Maternidad de las Mercedes sus seis pisos son la expresión de una obra innovadora y se ha hecho una torre adicional donde se ubica la sala de parto y recuperación. La Maternidad, donde las mujeres antes acostumbraban a tener sus hijos todas juntas en salas comunes, hoy tiene habitaciones privadas con baño privado. Neonatología como la del hospital Nuestra Señora de las Mercedes no tiene el país.

También el Hospital Padilla tiene una guardia novísima, la terapia intensiva reluce, y se inau-

guró un centro para trasplante renal como parte de la estrategia de Hospital Donante. Ahora se está haciendo trasplante renal a gente sin cobertura.

En síntesis, hubo una importantísima inversión en infraestructura y también en equipamiento, incorporando tecnología de punta como tomógrafos, angiógrafos, respiradores, resonador magnético, monitores, etcétera. Altísima tecnología puesta al servicio de la población sin recursos en los hospitales públicos.

Hoy en Tucumán, al estándar, al piso de la salud lo pone el sector público. En otro momento el sub sector público estaba muy por debajo del sub sector privado. Actualmente competimos con el sub sector privado y en muchos aspectos lo superamos. Entendemos que el deber del Estado es atender básicamente a la gente sin cobertura social y también brindar calidad.

Si bien todavía falta mucho por hacer, también es cierto que con la apertura del Hospital de Este, en lo que se refiere a infraestructura y tecnología, hemos dado en salud un paso de aquí a veinte años.

Ahora tenemos que poner nuestro esfuerzo en dar un salto de calidad en la atención. Estamos trabajando tras ese objetivo capacitando al personal de salud y mejorando su capacidad de respuestas.



Por último, quiero aprovechar la publicación de la Memoria Anual 2012, para destacar el papel decisivo cumplido por todo el equipo de salud en la construcción de la nueva realidad sanitaria de la provincia que he intentado brevemente describir.

***Gobernador de la provincia de Tucumán
CPN José Alperovich***

Seguimos garantizando el acceso equitativo a la salud

El momento de prologar un compendio de hechos significativos de la gestión de las políticas públicas de salud que lleva adelante el Ministerio de Salud Pública de Tucumán, que dirige el Dr. Pablo Yedlin, es siempre una oportunidad creativa. La escritura lo es, dado que representa el arte de atrapar en pocas palabras la dinámica vital y vertiginosa de una gestión que no descansa en pos de producir hechos sanitarios de relevancia provincial y hasta nacional.

Y no es fácil, porque 365 días conforman el año, pero en cada una de esas jornadas se impulsan muchos procesos, acciones, acuerdos institucionales; crecen las nuevas obras; se levantan los edificios y se incorporan más y mejores recursos humanos y tecnológicos. En síntesis, se producen respuestas sanitarias para muchos tucumanos que dependen de las buenas gestiones para acceder a la salud.

Antes de adentrarnos de lleno en los datos finos de la gestión tucumana, vale poner de relieve algunos datos que ilustran la transformación estructural de la salud en la Argentina. En todos los casos se trata de avances promovidos por la gestión del gobierno nacional conducido por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, que engrandecen la salud con políticas cada vez más inclusivas. Citemos sólo algunos para comprender el rumbo que le da contexto nacional a las políticas tucumanas y a sus logros.

haciendo alusión a las batallas ganadas debemos comenzar por algo verdaderamente importante. En 2011, la tasa de mortalidad infantil fue de 11,7 por cada mil niños nacidos vivos, o sea que la misma se redujo un 29% desde 2003. Y ese sea tal vez uno de los objetivos que más impacto tiene en la sociedad toda, dado que esas vidas salvadas son niños que en algunos años estarán jugando en las escuelas o disfrutando de la vida familiar, creciendo sanos y repartiendo ellos salud a los demás.

Desde 2002 en que se implementó el Plan y hasta 2012, se llevan distribuidos 1,6 millones de botiquines del Programa Remediar + Redes. Los mismos contienen 54 medicamentos genéricos para tratar enfermedades cardiovasculares y respiratorias, del sistema digestivo y nervioso, entre otras, cubriendo la demanda de medicamentos esenciales de más de 15 millones de usuarios del sistema público de salud. De este modo ahorran millones de pesos en la compra de medicamentos en farmacias privadas.

Se creó el Programa Sumar, la ampliación del Plan Nacer, un seguro de salud que garantiza controles y atención sanitaria para 9,5 millones de niños y adolescentes hasta 19 años y niñas y mujeres hasta los 64 años. Tucumán fue una de las primeras provincias en adherir a la iniciativa.

Como parte de los logros de esta década y

Para afrontar la gripe se adquirieron 5 945 970

de dosis de vacuna antigripal que se distribuyeron en las 24 jurisdicciones del país. De este modo el 86,6% de las personas que integran los grupos de riesgo fueron vacunadas contra la gripe (embarazadas, puérperas, personas inmunocomprometidas de entre 2 y 64 años, personal de salud y bebés de 6 a 24 meses), logrando una reducción del 13,4% de la cantidad de casos de enfermedad tipo influenza (ETI), respecto de 2011. Este descenso es el más importante en la cantidad de casos reportados desde 2007.

Debemos sumar que en 2012 hubo 20 760 casos menos de bronquiolitis en niños que en 2011, 351 casos menos de tos convulsa (coqueluche), y esto además contempla el hecho de que desde abril de 2012 el Ministerio de Salud de la Nación comenzó la vacunación contra la tos convulsa para mujeres embarazadas desde la semana 20 de gestación.

Por otro lado, a través del Programa de Sanidad Escolar, 250 000 niños y niñas de primero a sexto grado en 4200 escuelas públicas y privadas del territorio nacional fueron controlados en su estado clínico general, oftalmológico, odontológico, fonoaudiológico y esquema de vacunación adecuado a la edad.

2012 también reflejó un pico relevante en los números de trasplantes de órganos, llegando a 1428 a partir de 618 donantes. O sea, un récord histórico en materia de ablación, donación y trasplante de órganos.

Este año fue también el que inició la imple-

mentación de un examen único en todo el país para que los profesionales puedan acceder a residencias médicas en los hospitales públicos.

Y continuamos trabajando con los casi mil municipios nucleados en el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, una iniciativa que promueve políticas públicas de salud a escala local.

Este inventario de buenos resultados es un cuadro de situación de un marco general. Colabora en un rumbo y marca el paso de un proyecto de país. Pero no sería suficiente si las provincias no estuviesen gobernadas por buenos gestores, mejores administradores y funcionarios consustanciados con las necesidades de la gente.

Los avances que en materia de salud promueve la provincia de Tucumán son muestras de los particulares aciertos que ha tenido la gestión provincial de la mano del gobernador José Alperovich y el ministro Pablo Yedlin. Ellos son un ejemplo de compromiso y responsabilidad con las mejoras cotidianas de las políticas sanitarias, un derecho adquirido por la ciudadanía para elevar su calidad de vida.

Dr. Juan Luis Manzur

Ministro de Salud de la Nación

Fortalecer el Sistema de Salud Pública es nuestra política de Estado

El texto que usted tiene en sus manos es una fotografía, una instantánea de algunos hitos importantes que sintetizaron, en trazos gruesos, aspectos fundamentales de la gestión del Ministerio de Salud Pública de Tucumán durante el año 2012. Tomando como invitación la premisa que enarbola nuestro gobernador José Alperovich creemos que la Salud Pública es un derecho de todas y todos los tucumanos y no un privilegio de quienes pueden satisfacer sus demandas pagando por diferentes servicios médicos. Así es que nos propusimos metas de gestión destinadas a traducir en hechos concretos cada una de esas definiciones, de tal modo que cada tucumana o tucumano perciba en su vida cotidiana que lejos de formulaciones vacías o declaraciones de deseos y utopías una gestión de calidad es aquella que acorta la brecha entre las promesas de los funcionarios públicos y los resultados observables.

Como cada año, la gestión de las políticas sanitarias presenta desafíos y apuestas que una vez cumplidos generan una profunda satisfacción colectiva. No sólo por las implicancias de los logros profesionales sino también porque se traducen en el bienestar y la mejora de la calidad de vida. Y como se sabe, ningún proyecto de política sanitaria tiene sentido si no es para dar respuestas positivas a las múltiples demandas que nuestra sociedad presenta en materia de salud y a la necesidad de estar a la altura de las mismas.

En salud la cuestión no es diferente al resto

de las órbitas de las políticas públicas: cuanto mayor es la capacidad de respuesta y de abordaje de la problemáticas que presenta nuestra población, más crece la demanda y la necesidad de estar preparados para contingencias más complejas y más comprometidas. Con más infraestructura, con equipamiento de vanguardia, con más servicios en los efectores y sobre todo con más (y mejores) profesionales trabajando en cada uno de los centros de salud de todos los niveles del sistema es que concebimos año a año la necesidad de un crecimiento coherente con las mejoras en la calidad y cantidad de atención que nuestros ciudadanos reclaman.

Podemos comenzar destacando la importancia de la inversión dirigida a ampliar y remodelar los servicios sanitarios existentes. Así, la inauguración del tercer piso del Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes, donde se realizó el nuevo Servicio de Neonatología adquiere una relevancia digna de señalarse dado el alto impacto en la calidad de atención que rápidamente provocó entre las usuarias del sistema de salud pública. Con estas innovaciones en las neos se consiguen números que rondan los 2500 tratamientos que ingresan desde las terapias Intensiva o Intermedia y se logra una sobrevida del 99 por ciento de los niños nacidos.

Asimismo, cabe destacar la inauguración de la Unidad Coronaria del Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, necesaria para atender

a los pacientes que presentan patología cardiovascular aguda, y la Unidad de Hemodinamia en el mismo efector; los inicios de obras para la Sala de Madres del Hospital de Clínicas Nicolás Avellaneda y su nuevo vacunatorio son de gran valor. Los avances en las obras del Hospital de Día Néstor Kirchner, tanto en los servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria como en el Centro Integral de Atención Odontológica y el Servicio Hemato-oncológico, son botones de muestra de un camino diseñado para dar a los tucumanos mayores beneficios y soluciones médicas fundamentales.

Asimismo durante el 2012 se ha comenzado a implementar un proceso de evaluación de desempeño de nuestros recursos humanos, un procedimiento que mejora la gestión de las personas, de su organización y de las áreas vinculadas al mismo. Evaluar el desempeño del personal significa considerar su rendimiento y lo que se espera de su tarea en función de una planificación estratégica, a partir de estándares claros, observables y comunicados previamente. Implica esencialmente construir un sistema de calificación que pueda aportar a la generación de condiciones de idoneidad del personal que tiene la enorme responsabilidad de brindar salud, así como contar con elementos para realizar los ajustes necesarios en cada prestación médica. La evaluación de desempeño sirve, además, como base para formular planes, programas o proyectos de capacitación para el desarrollo de nuevas des-



trezas, habilidades y valores del personal; propiciando la eficacia organizacional.

Las coberturas sanitarias se siguen extendiendo. Por ejemplo el Plan Nacer se implementó en la provincia en el año 2004 logrando brindar cobertura de salud a más de 400 mil beneficiarios en 2012 mediante efectores del Siprosa que han firmado un “compromiso de gestión”. Otro ejemplo es la donación de órganos, dado que se trata de un acto solidario y de salud. Al comparar lo que ha ido sucediendo en la Provincia de Tucumán con respecto a la Argentina vemos que de haber permanecido históricamente por debajo y lejos del promedio de generación nacional de donantes reales por cada millón de habitantes, la Provincia ha

logrado posicionarse a la actualidad por encima de la media nacional.

Un tema que cada día es más relevante y presente como la obesidad también encontró en esta gestión una respuesta positiva. La hemos entendido como un problema de salud pública, dado el número de personas afectadas y las consecuentes proyecciones de sus aso-

ciaciones mórbidas en la producción de invalidez, discapacidades diversas y riesgo de muerte prematura. Por tal motivo se creó el Programa de Atención Integral de la Obesidad (PAIO) con el objeto de establecer un modelo de prevención, detección y tratamiento integral y multidisciplinario de pacientes con sobrepeso u obesidad en la provincia de Tucumán. Y concientizar a la comunidad de la necesidad de adquirir hábitos saludables en nutrición y aumentar la actividad física.

En cuanto a prestaciones innovadoras resaltemos esta definición de 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". Se hacía necesario crear el Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión y decidimos dar el puntapié inicial para erigir el primer centro que brinda una atención integral y gratuita a pacientes con baja visión en el Noroeste Argentino.

La Sala de Situación de Salud (SDSS) se fortaleció como espacio activo donde la información es analizada sistemáticamente, con el fin de caracterizar la situación de salud de nuestra población. Gracias a la prioridad que este espacio tiene en nuestras políticas sanitarias logramos identificar y estudiar situaciones de salud coyuntural o de contingencia,



analizar factores determinantes de las mismas, visualizar las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto tucumano; monitorizar resultados y evaluar el impacto de las medidas tomadas.

El Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán continuó durante 2012 fortaleciendo el sistema informático que llega a nuclear 12 hospitales públicos y más de 110 CAPS y que está conformado por el Subsistema de Gestión Hospitalaria, 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.

A su vez y con el fin de mejorar la calidad de atención del paciente mediante una adecuada Referencia y Contrarreferencia se continuó consolidando la sistematización de la información buscando optimizar los recursos disponibles para generar satisfacción en el servicio de salud recibido, mejorar la accesibilidad del paciente ante una inquietud de salud y fortalecer la red de trabajo entre áreas programáticas, hospitales, programas y la Dirección de Emergencia. Para lograr dicho propósito se estableció un circuito básico con formularios de referencia y contrarreferencia que actúan como guías, acompañando de manera positiva el seguimiento continuo del paciente ambulatorio, desde su captación hasta la resolución de su patología.

En fin, a lo largo de estas páginas los lectores podrán apreciar la profundidad de las reformas



positivas que a lo largo del año fueron echando raíces en todas las instituciones dependientes de esta gestión de Salud Pública, que de la mano de nuestro gobernador busca garantizar el pleno derecho y el acceso universal a la salud para todas y todos los tucumanos.

Dr. Pablo Yedlin
Ministro de Salud Pública



Tucumán es modelo en materia de donación y trasplante de órganos

Una iniciativa que logró resultados altamente positivos y alentadores, renovando el compromiso del equipo de salud y la comunidad misma.

Donar órganos es un extraordinario acto de bondad que se logra gracias a la solidaridad de quienes donan una parte de sí para brindar una segunda oportunidad de vida a la persona que la recibe.

El año 2012 fue muy importante para la provincia en cuanto a políticas de donación y trasplante de órganos. Tanto es así que se demostró que, de haber permanecido históricamente por debajo y lejos del promedio de generación nacional de Donantes Reales PMH (por millón de habitantes), Tucumán ha logrado posicionarse en la actualidad por encima de la media nacional.

Unidad de Trasplante Renal

Con el fin de dar respuesta a la problemática de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC); de mejorar la oferta y de aumentar las posibilidades de recibir tratamiento en el sector público, el Ministerio de Salud Pública de Tucumán dejó habilitada a fines del año 2011 la flamante Unidad de Tras-



plante Renal en Hospital Ángel C. Padilla.

Para esta obra, el Ministerio de Salud Provincial y el Incucaí firmaron un convenio de Adhesión al Fondo Solidario de Trasplantes que permitió la construcción de la Unidad, el acondicionamiento de los quirófanos y la compra de equipamiento y medicamentos. También se ha celebrado un convenio de cooperación científica

con el Instituto Nephrology (el centro que más trasplantes renales realiza en el país), que llevó adelante la capacitación de los recursos humanos.

Esta unidad se enmarca dentro del Plan Nacional de Desarrollo de Trasplante Renal del Incucaí y está destinada a pacientes de la provincia y de todo el Noroeste Argentino que no poseen cobertura social.

Estrategia Hospital Donante

Se trata de una propuesta impulsada desde el Incucai que propone incorporar la procuración de órganos y tejidos en hospitales de referencia como una actividad médico asistencial garantizada por el Sistema de Salud. Su objetivo primordial es incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos destinados al trasplante, además de fortalecer y desarrollar la oferta pública de trasplante renal.

En Tucumán, esta estrategia se implementó en el Hospital Padilla ya que cuenta con infraestructura y recurso humano capacitado, además de una fuerte convicción y apoyo por parte de la Dirección y del Departamento de Emergencia de dicho nosocomio. Esto lo convirtió en uno de los cinco hospitales donantes del país y en el tercer hospital público que más órganos genera a nivel nacional.

Resultados

Hasta la fecha, la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Padilla ha realizado 20 exitosos trasplantes de riñón con donante vivo y cadavérico, y se espera que esta cifra aumente notablemente a fin de año permitiendo incrementar



la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo también los costos en salud.

Programa Nacional
Postrasplante

Esta iniciativa garantiza a los pacientes trasplantados sin cobertura social el acceso a medicamentos inmunosupresores que

envía el Incucaí. Actualmente, 120 pacientes tucumanos trasplantados reciben periódicamente y de forma gratuita estos fármacos que permiten evitar el rechazo al órgano trasplantado.

Estadísticas

En la siguiente tabla se detalla la cifra de donantes reales en la

provincia de Tucumán por año y tipo de institución. Como resultado de la estrategia Hospital Donante y de la puesta en marcha de la Unidad de Trasplante Renal en el sector público, que se suma al sector privado preexistente, se observó un gran incremento en la accesibilidad de los tucumanos al trasplante renal.

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (parcial)
Hospital Padilla	3	0	2	4	2	2	1	8	15	15	13
Sanatorios privados	2	3	2	1	4	6	7	7	4	4	3
Otros efectores públicos	1	-	-	1	2	-	-	2	2	3	1
Total	6	3	4	6	8	8	8	17	21	22	17

Evolución anual de trasplantes renales en pacientes tucumanos en centros Tx Tucumán

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (parcial)
TxR donante cadavérico	7	12	13	11	10	26	24	31	16
TxR donante vivo	0	0	3	3	5	5	6	11	8
Total Tx renales	7	12	16	14	15	31	30	42	24

Evolución anual de trasplantes renales de pacientes del NOA en centros Tx Tucumán

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TxR donante cadavérico	10	17	15	16	18	35	38	39	20
TxR donante vivo		1	3	3	8	7	7	13	8
Total Tx renales	10	18	18	19	26	42	45	52	28

Evolución anual de trasplantes renales en pacientes tucumanos Tx fuera de Tucumán

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TxR donante cadavérico	1	1	2	3	0	0	2	2	1
TxR donante vivo	1	0	2	3	5	3	3	0	1
Total Tx renales	2	1	4	6	5	3	5	2	2

Próximo objetivo: el trasplante hepático

A fines de 2012 se celebró un convenio de cooperación científica entre el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán, el Incucai y el Hospital Italiano (institución altamente avanzada en la temática) de la Ciudad de Buenos Aires para la realización de trasplantes hepáticos en el sector público de nuestra provincia para pacientes de todo el NOA.

Dicho acuerdo ya comenzó a gestarse a través de capacitaciones para personal y de la adquisición de instrumental específico. Tendrá su desarrollo también en el Hospital Ángel C. Padilla.

Reporte de donantes de órganos y tejidos comparativo anual

El Incucai publica diariamente el reporte de pacientes inscriptos en lista de espera tanto a nivel nacional como de cada provincia. Este reporte se genera en tiempo real, por lo tanto refleja los datos actualizados al momento de ejecutar la consulta. La cifra de referencia es actualizada cada hora, lo cual podría mantener una mínima diferencia con el presente reporte.

Pacientes inscriptos en lista de espera																			
Fecha de ejecución de la consulta: jueves 21 de noviembre de 2013 - 10:57 am																			
Para acceder a otros reportes con diferentes variables ingrese a la Central de Reportes y Estadísticas del SINTRA (CRESI)																			
Provincia	RN	RP	H	HR	HP	HI	CH	C	CP	CRR	PUL	PAN	PI	IN	Órganos	COR	ESC	Tejidos	%
BUENOS AIRES	2266	56	387	7	-	-	-	37	5	2	87	8	-	4	2859	1794	7	1801	42.6%
CORDOBA	579	11	143	2	-	-	-	34	1	-	11	1	-	1	783	206	1	207	9.1%
CAPITAL FEDERAL	288	11	90	4	-	-	-	11	1	-	31	3	1	-	440	311	5	316	6.9%
SANTA FE	465	2	62	1	-	1	-	2	-	-	8	2	-	-	543	70	2	72	5.6%
MENDOZA	329	2	15	2	-	-	-	3	1	-	5	-	-	-	357	148	3	151	4.6%
TUCUMAN	285	2	34	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	324	98	-	98	3.9%
SALTA	260	4	15	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	283	45	1	46	3.0%
SANTIAGO DEL ESTERO	131	2	16	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	153	124	1	125	2.5%
SAN JUAN	155	-	23	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	180	85	-	85	2.4%
ENTRE RIOS	173	5	18	-	-	-	1	2	1	-	5	2	-	1	208	19	-	19	2.1%
JUJUY	165	1	23	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	191	36	-	36	2.1%
MISIONES	137	1	5	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	144	41	-	41	1.7%
RIO NEGRO	88	-	11	1	-	1	-	-	1	-	5	1	-	-	108	67	1	68	1.6%
CHUBUT	94	1	17	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	114	61	-	61	1.6%
NEUQUEN	109	-	11	1	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	125	42	-	42	1.5%
LA PAMPA	69	2	8	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	82	80	-	80	1.5%
LA RIOJA	60	5	25	1	-	-	-	1	2	-	-	2	-	-	96	40	-	40	1.2%
CORRIENTES	111	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	118	14	-	14	1.2%
SAN LUIS	92	1	15	-	-	-	-	2	-	-	3	1	-	-	114	11	1	12	1.2%
CHACO	55	2	21	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	80	34	-	34	1.0%
CATAMARCA	65	-	12	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	79	25	-	25	1.0%
SANTA CRUZ	36	1	11	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	49	37	1	38	0.8%
FORMOSA	48	-	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	52	2	-	2	0.5%
TIERRA DEL FUEGO	27	-	6	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	34	8	-	8	0.4%
TOTAL	6087	109	975	23	-	2	1	101	13	2	174	21	1	7	7516	3398	23	3421	100.0%
																			264 10937 PMH

REFERENCIA:

- Listas de espera
- RN: renal
- RP: renopancreática
- H: hepática
- HR: hepatorrenal
- HP: hepatopancreática
- HI: hepatointestinal
- CH: cardiohepática
- C: cardíaca

- CP: cardiopulmonar
- CRR: cardiorrenal
- PUL: pulmonar
- PAN: pancreática
- PI: pancreointestinal
- IN: intestinal
- Órganos: total de inscriptos en la lista de espera de órganos
- COR: córneas
- ESC: escleras

% = porcentaje de donantes de la fila respecto del total de donantes evaluados.

DPMH = tasa de donantes por millón de habitantes (disponible sólo para los agrupamientos por región o provincia. Para el cálculo no se contabilizan los donantes de establecimientos extranjeros).

En el reporte comparativo anual se contabilizan el año actual (que siempre es parcial) y los diez años anteriores consecutivos.

CUCAITUC

CENTRO UNICO COORDINADOR DE ABLACION E IMPLANTE OFICINA REGIONAL DEL CUCAI TUCUMAN SIPROSA



Estadísticas - Hoy a las 11:09 am

Pacientes en lista de espera de órganos	Trasplantes de órganos 2013	Donantes reales 2013	Donantes PMH 2013
324 (1)	44 (2)	18 (3)	12.0 (4)

(1) corresponden a los residentes en la provincia

(2) con donante cadavérico, efectuados a los residentes en la provincia

(3) originados en establecimientos de la provincia

(4) donantes reales por millón de habitantes de la provincia (prevalencia)

Provincia: TUCUMAN

Población (hab): 1439575

Superficie (km2): 22524

Responsable: DRA. NATALIA GRINBLAT

Dirección: LAS PIEDRAS 1111 - SAN MIGUEL DE TUCUMAN (4000)

Teléfono: 0381-4301444

Fax: 0381-4301444

Correo electrónico: cucaituc@msptucuman.gov.ar



Servicio de Neonatología

Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes



Dr. Daniel Amado

Cuidado integral para el recién nacido

Adecuada a los parámetros más estrictos a nivel internacional, el Servicio de Neonatología del Instituto de Maternidad logro convertirse en referente en el NOA

Obra nueva

- Superficie: 820 m²
- Monto de Obra: \$3 450 000
- Financiamiento: Minera La Alumbra – Siprosa – Gobierno Nacional

Misión

El Servicio de Neonatología fue creado en septiembre de 2012 con el claro objetivo de brindar una atención de calidad, oportuna, integral y humanizada a todos los recién nacidos, con un cuidado centrado en la familia. Para ello, cuenta con un equipo de profesionales con un alto grado de compromiso y capacitación y con



equipamiento de máxima complejidad en tecnología médica.

Infraestructura

Ocupando la totalidad del tercer

piso del hospital, este servicio tiene una capacidad de 60 unidades de atención (25 para la Unidad de Cuidados Intensivos, 23 para la Unidad de Terapia Intermedia; 12 para Recuperación Nutricional y Crecimiento y 3 para Pre-alta).

Está conformado por:

1. Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva Neonatal, donde se interna al recién nacido en estado crítico (prematureo de bajo peso, nacidos con cardiopatías congénitas o aquellos con patologías quirúrgicas que necesitan ser operados de urgencia). Aquí,



los menores están vigilados las 24 horas del día.

2. Unidad de Terapia Intermedia Neonatal, donde se deriva al niño una vez superado el estado crítico de salud en Cuidados Intensivos. En este sector, los neonatos deben permanecer internados por períodos cortos de tiempo necesitando oxígeno o algún tratamiento que no revista mayor complejidad.

3. Recuperación Nutricional y Crecimiento, donde todos los niños que nacieron prematuros con menos de 1500 gramos son asistidos para su óptimo desarrollo y crecimiento. Se cuenta con la participación de los padres para que



los menores alcancen los 2 kg de peso y puedan recibir el alta.

4. Pre-alta, donde se controla a

los bebés que no requieren de cuidados intensivos o que tienen que hacer un tratamiento durante un período determinado de tiempo (de 2 a 10 días). La característica de este sector —que funciona en el cuarto piso— es que los niños son internados junto a sus madres cuando ellas padecen de cierta incapacidad o inhabilidad (analfabetismo, por ejemplo).

5. Área de apoyo, lavadero, depósito, office, baños y sala de estar.

La Neonatología está equipada con: servocunas e incubadoras; monitores multiparamétricos; incubadoras de transporte; bombas de infusión; bombas empuja jeringas; oxímetros de pulso y am-



bientales; respiradores de alta frecuencia; campanas de flujo laminar; aire acondicionado central y red informática, entre otros servicios. Asimismo, cuenta con un avanzado equipo de hipotermia inducida que permite reducir la temperatura cerebral del recién nacido a fin de evitar secuelas neurológicas a futuro, consecuencia de un parto depresivo.

Con respecto al personal, integran este Servicio: neonatólogos, pediatras, enfermeras, kinesiólogos, cardiólogos, oftalmólogos, ecografistas, cirujanos, fonoaudiólogos, médicos de guardia y psicólogos, además de radiólogos y técnicos de laboratorio, rayos X y bacteriología.



El Servicio de Neonatología del Instituto de Maternidad fue diseñado y concebido con todas las comodidades propias para esta

especialidad, tanto para el personal como para los familiares de los niños. Se consideró en el diseño un alto grado de confort del ambiente, a través del aprovechamiento de la luz natural, la climatización mecánica, el uso de materiales adecuados, colores agradables y murales decorativos.



Estadísticas año 2012

Sobrevida

Los resultados registrados durante el último año en la Neonatología de la Maternidad revelaron que el porcentaje de sobrevivencia de los niños que nacieron con bajo peso (de 1000 a 1499 gramos) fue del 85,82 por ciento, mientras

que el índice de aquellos cuyo peso al nacer fue de 1500 a 1999 gramos fue del 94,9 por ciento.

Ingresos y egresos

Se registró un total de 2485 ingresos y 2501 egresos, lo que equivale a un promedio de 6 o 7 niños nacidos en la institución por día o derivados de otros centros de salud. Cabe destacar que se notificó que los neonatos que ingresaron en la Terapia Intensiva o la Intermedia permanecieron alrededor de 60 días internados.

Cirugías

Actualmente, en este servicio se realizan cirugías de tórax, abdomen y otras cardiovasculares. Durante el año 2012, se efectuaron 73 procedimientos quirúrgicos mayores y 35 procedimientos menores (como colocación de drenajes, accesos vasculares centrales).

Estudios

Se realizó un total de 2386 estudios ecográficos a neonatos: 994 ecografías cerebrales, 566 abdominales, 519 renales, 229 de caderas y 78 de otro tipo.

Traslados

Se trasladaron desde y hacia otros centros de salud, un total de 1566



niños, de los cuales 271 estaban conectados a asistencia respiratoria mecánica con alto riesgo.

Cuidado del recién nacido

La Neonatología de la Maternidad trabaja de acuerdo a las nor-

mativas NIDCAP (Borner Individualized Developmental Care and Assessment Program) que es un programa centrado en la protección del neurodesarrollo sensorial y conductual del recién nacido.

Esta norma busca optimizar el macro- ambiente (vidrios polarizados; luz tenue; bajo ruido ambiental) y el micro- ambiente (postura, contacto de la madre) para darle al recién nacido un espacio

lo más parecido al útero materno, previniéndole así cualquier sobrecarga sensorial e inesperada que le pueda resultar estresante.

En el Servicio de Neonatología hay cuatro especialistas (kinesiólogo, enfermera, médico y psicóloga) que se encargan del cuidado del neurodesarrollo del bebé. Para ello, este grupo trabaja con los padres situándolos en el centro de toda la actividad como los cuidadores prin-

cipales del recién nacido.

Cabe destacar que, durante el año anterior, se realizó una evaluación del Servicio según el Sistema NIDCAP en el que se trazaron diversas estrategias apuntando a minimizar estímulos sonoros y lumínicos, generando ciclos noche/día en los niños, y favoreciendo su reposo y recuperación. Actualmente, están en desarrollo dichas estrategias planificadas.



Calificación Anual de los Servicios

2012

*Se realizará durante los
meses de agosto a octubre.*

*Todos los empleados permanentes y
transitorios del SIPROSA tenemos
el derecho de ser calificados por
nuestro superior inmediato
(Ley 5908).*



GOBIERNO DE
TUCUMÁN



Ministerio de
Salud Pública

Calificación anual del desempeño

Un procedimiento continuo que busca mejorar la gestión de las personas, de su organización y de áreas vinculadas al mismo.

Evaluar el desempeño significa la puesta en práctica de un sistema que permite calificar la actuación del trabajador en el desempeño de su tarea a cargo, teniendo en cuenta su rendimiento y lo que espera de él.

Implica esencialmente convertir el juicio u opinión subjetiva que se tiene de una persona con respecto a una cualidad o atributo, expresándolo numéricamente por medio de una escala de puntuación en la que se reflejan los distintos grados de esa cualidad, desde el más bajo al más elevado, así como su puntuación correspondiente.

Sistema de calificación

En nuestra provincia, el Proceso de Evaluación y Calificación del Personal del Siprosa está establecido en los artículos 32, 33 y 34 de la Ley 5908 de Carrera Sanitaria Provincial, los cuales establecen que el agente debe ser evaluado por su jefe directo y dos superiores jerárquicos a éste (quienes realizan la función de validación del proceso teniendo en cuenta que su



perspectiva de análisis es de mayor alcance que la del jefe) durante el período comprendido entre el 1° de agosto y el 31 de julio del siguiente año.

El propósito de la evaluación es cumplir con uno de los requisitos dispuestos en la Ley de Carrera Sanitaria que contempla la promoción de grado del empleado

en el escalafón horizontal. Sin embargo, también sirve al Sistema Provincial de Salud (para conocer el desempeño real del personal y poder tomar decisiones futuras); al evaluador (para promover el desarrollo y el aprendizaje en su área de trabajo); y al evaluado (para que realice una autoevaluación de su comportamiento laboral y personal).

Una vez aprobado el reglamento, mediante la resolución N°613/SPS-12, comenzó la evaluación el 27 de agosto de 2012 y finalizó en diciembre del mismo año. Durante ese período, el personal de las plantas permanente y transitoria del Sistema Provincial de Salud fue evaluado en su totalidad, lo que equivale a más de 13 mil agentes con diferentes niveles

educativos y una gran movilidad de tareas. De ellos, el 98 por ciento aprobó su calificación.

En este proceso, se inserta la participación activa de la Dirección General de Recursos Humanos en Salud del Siprosa, que capacitó a evaluados y evaluadores en los fundamentos y aplicación del sistema; proporcionó los materiales necesarios para efectuar la califi-

cación, y confeccionó la información relevante para la promoción de grados en el escalafón horizontal del personal calificado.

Herramienta utilizada

Se diseñó una planilla única de fácil llenado por parte del evaluador que comprendió dos rubros: a) desempeño en la tarea y conducta, y b) asistencia.

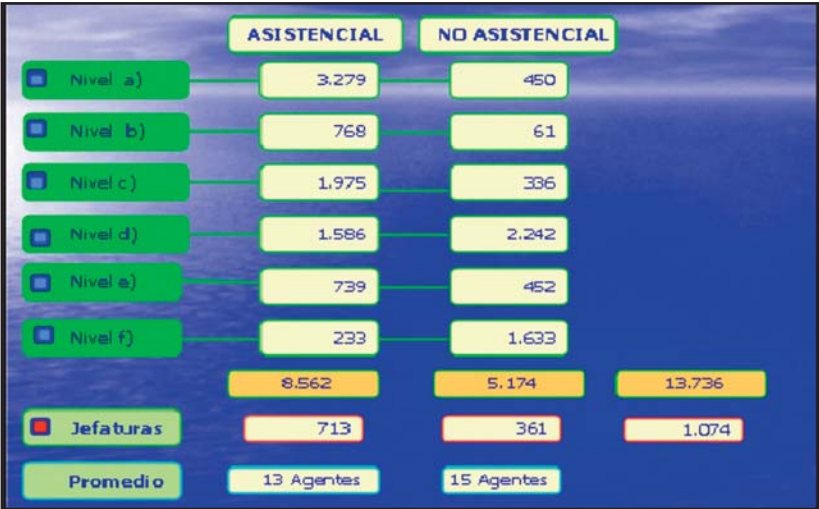
HOJA DE CALIFICACIÓN PARA “DESEMPEÑO DE LA TAREA Y CONDUCTA”				
<u>AUTORIDAD CALIFICADORA</u>				
APELLIDO Y NOMBRES:		DNI N°		
ORGANISMO EVALUADOR:		CARGO-FUNCION-JEFATURA:		
Fecha de Evaluación..... Período Evaluado: desde..... hasta.....				
<u>DATOS DEL AGENTE EVALUADO</u>				
Apellido y Nombres:		DNI N°:	Cargo/Nivel	
Puesto de Trabajo:				
INSTRUCCIONES PARA EL EVALUADOR: A continuación y una vez leído atentamente el FORMULARIO I, califique con los puntajes que para cada GRADO figuran en las columnas y que mejor describan el comportamiento laboral del agente evaluado.				
RUBRO: DESEMPEÑO DE LA TAREA Y CONDUCTA	GRADO A 10-9	GRADO B 8-7-6	GRADO C 5-4	GRADO D 3-2-1
Conocimiento de la Tarea:				
Organización y Administración de Recursos:				
Cumplimiento de Normas:				
Capacidad para aprender:				
Tolerancia a la Presión:				
Motivación:				
Flexibilidad y Adaptación al cambio:				
Comunicación:				
Integración al Servicio:				
Responsabilidad:				
PUNTAJE MAXIMO: 100 PUNTOS PUNTAJE MINIMO: 10 PUNTOS.				1

Con respecto al primer rubro, el evaluador calificó a todo el personal a su cargo entre 4 grados posibles (A: Excelente, B: Muy Bueno, C: Regular y D: Deficiente) a partir de 10 competencias laborales: conocimiento de la tarea, organización y administración de recursos, cumplimiento de normas, capacidad para aprender, tolerancia a la presión, motivación, flexibilidad y adaptación al cambio, comunicación, integración al servicio y responsabilidad.

En cuanto al segundo, la Ley 5908 también dispone que se debe calificar la asistencia, por lo que en este rubro el evaluador debió restar puntos de la calificación obtenida en la de competencias laborales:

- Cantidad de días con inasistencias injustificadas al servicio: resta 4 puntos cada una.
- Cantidad de días de licencia otorgados al agente sin goce de sueldo: resta 1 punto cada día.

En conclusión, el resultado definitivo de la calificación de cada agente fue igual a la suma de las puntuaciones obtenidas en cada competencia laboral, menos



EFFECTORES	Listado Total de Agentes	Agentes Evaluados	No Evaluados
AREA CENTRO	1.507	1.367	140
AREA SUR	1.330	1.291	39
AREA ESTE	1.261	1.180	81
AREA OESTE	1.078	998	80
MATERNIDAD	880	816	65
JUAN OBARRIO	193	191	3
CARMEN	196	193	3
CONCEPCIÓN	752	732	42
AVELLANEDA	932	750	182
PADILLA	1.681	1.121	560
CTRO SALUD	1.024	952	72
NIÑOS	1.077	642	437
NIVEL CENTRAL	1.825	1.624	201
TOTAL AGENTES	13.736	11.831	1.905

los puntos restados en el rubro Asistencia.

Cabe destacar, que para aprobar la calificación y así promover de

grado en el escalafón horizontal, el puntaje a obtener por los agentes debía ser igual o mayor a 60 puntos, siendo el puntaje máximo 100 puntos.

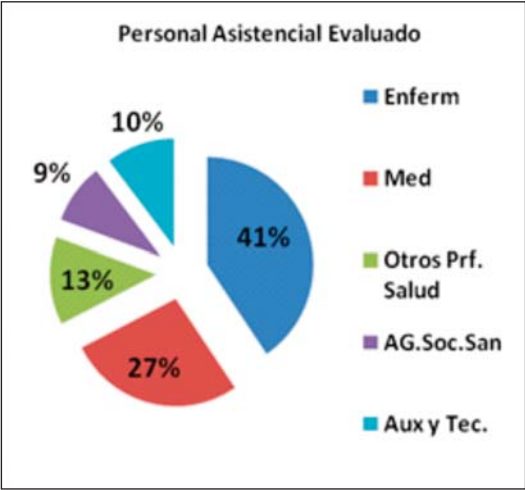
Resultados

Los agentes evaluados fueron distribuidos en dos agrupamientos (asistencial y no asistencial) y éstos a su vez divididos de acuerdo con

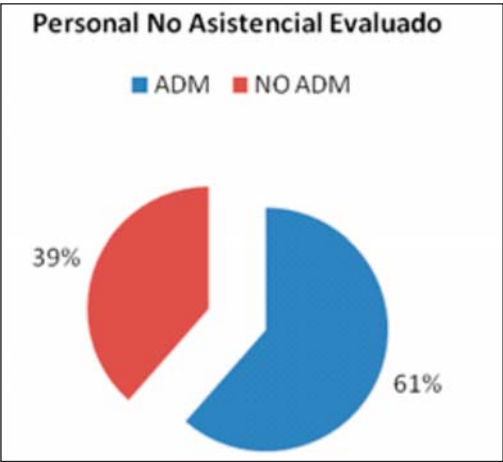
su nivel de escolaridad. En las siguientes tablas se muestra también la cantidad de agentes evaluados según los efectores que componen el Siprosa.

Durante el proceso de calificación, quedó en evidencia la gran movilidad del personal del Sistema de Salud que motivó que 1905 agentes no fueran calificados.

Personal asistencial evaluado						
Efector	Enfermeros	Médicos	Otros profesionales de la Salud	Agentes socio Sanitarios	Auxiliares y técnicos	TOTAL
Avellaneda	212	143	62	-	121	538
Obarrio	47	19	26	-	27	119
Carmen	48	34	20	-	14	116
Concepción	316	140	48	-	39	543
Maternidad	276	149	90	-	69	584
Padilla	331	254	107	-	151	843
Centro de Salud	312	225	90	-	84	711
Niños	278	65	51	-	80	474
AP Centro	203	270	190	209	42	914
AP Este	253	239	87	178	45	802
AP Oeste	214	186	98	126	33	657
AP Sur	438	226	75	140	48	927
TOTAL	2928	1950	944	653	753	7228



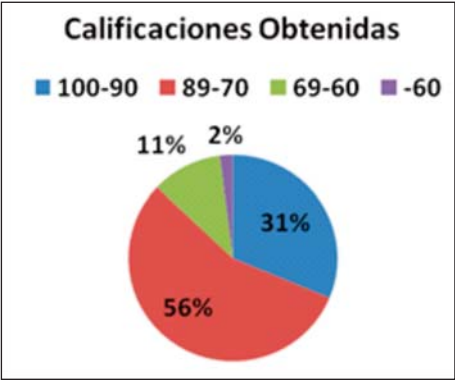
PERSONAL NO ASISTENCIAL EVALUADO			
Efector	ADM	NO ADM	TOTAL
Avellaneda	150	57	207
Obarrio	35	42	77
Carmen	35	40	75
Concepción	85	83	168
Maternidad	118	108	226
Padilla	129	149	278
Centro de Salud	153	88	241
Niños	78	90	168
AP Centro	272	178	450
AP Este	159	219	378
AP Oeste	159	182	341
AP Sur	173	175	348
Nivel Central	1.258	366	1.624
TOTAL	2804	1777	4581



Calificaciones obtenidas

Con respecto a las calificaciones obtenidas, se detalla a continuación una tabla que resume los puntajes alcanzados por todos los agentes:

Calificaciones Obtenidas					
Personal	100-90	89-70	69-60	-60	Total
Enfermeros	786	1780	270	67	2903
Médicos	1041	831	60	16	1948
Otros profesionales de la salud	450	501	35	2	988
Agentes socio sanitarios	154	423	88	14	679
Auxiliares y técnicos	254	402	56	19	731
Administrativos	773	1776	574	46	3169
No administrativos	241	886	210	75	1412
TOTAL	3699	6599	1293	239	11 830



El resultado más importante de esta primera calificación fue la promoción de los agentes dentro de los grados del escalafón horizontal. En este sentido, según la antigüedad el ascenso se produjo de acuerdo a la siguiente escala:

- Agentes de 1 a 5 años de antigüedad, la promoción al Grado I

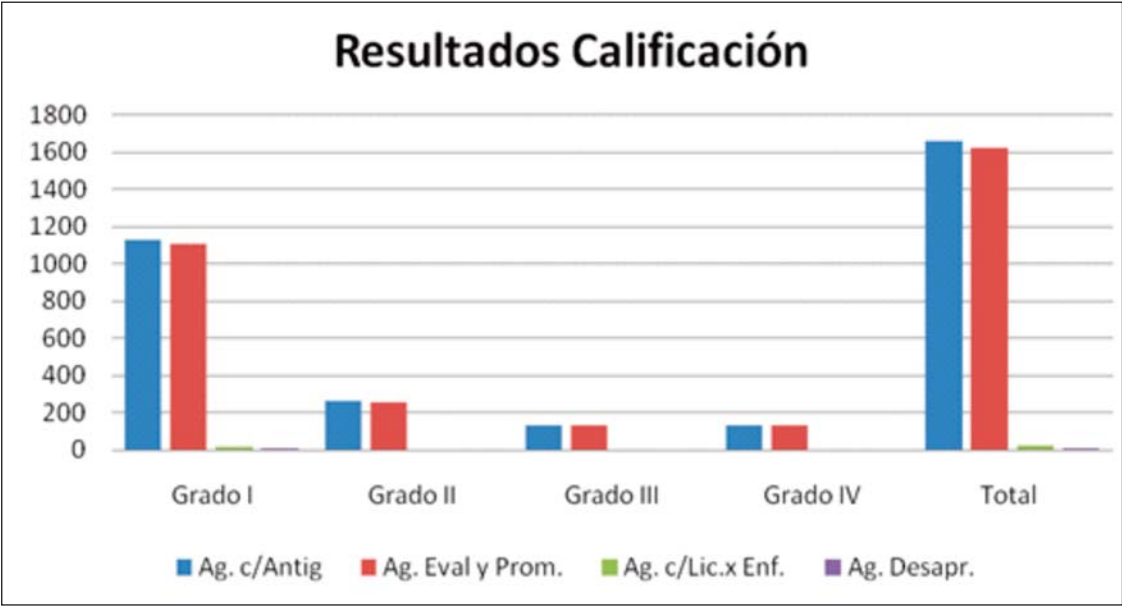
será cada 5 años.

- Agentes de 5 a 10 años de antigüedad, la promoción al Grado II será cada 4 años.
- Agentes de 10 a 15 años de antigüedad, la promoción al Grado III será cada 3 años.

- Agentes de 15 a 20 años de antigüedad, la promoción al Grado IV será cada 2 años.
- Agentes de más de 20 años de antigüedad, la promoción al Grado V será anualmente.

Las promociones han quedado distribuidas de la siguiente forma:

Personal	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Total
Agentes con antigüedad	1131	263	131	133	1658
Agentes evaluados y promocionados	1108	258	128	130	1624
Agentes con licencia por enfermedad	15	4	3	2	24
Agentes desaprobados	8	1			9



FORMULARIO II - HOJA DE CALIFICACIÓN
AUTORIDAD CALIFICADORA

APELLIDO Y NOMBRES:	DNI Nº:
ORGANISMO EVALUADOR:	CARGO-FUNCION-JEFATURA:

Fecha de Evaluación..... Período Evaluado: desde..... hasta.....

DATOS DEL AGENTE EVALUADO

APELLIDO Y NOMBRES:	DNI Nº:	Cargo/Nivel
Puesto de Trabajo:		

INSTRUCCIONES PARA EL EVALUADOR:
A continuación y una vez leído atentamente el FORMULARIO I, califique con la puntuación (no con tildes) que para cada COMPETENCIA figuran en las columnas y que mejor describan el comportamiento laboral del agente evaluado.

RUBRO: Desempeño de la tarea - Conducta	GRADO A 10-9	GRADO B 8-7-6	GRADO C 5-4	GRADO D 3-2-1
CONOCIMIENTO DE LA TAREA				
ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS				
CUMPLIMIENTO DE NORMAS				
CAPACIDAD PARA APRENDER				
TOLERANCIA A LA PRESIÓN				
MOTIVACIÓN				
FLEXIBILIDAD Y ADAPTACIÓN AL CAMBIO				
COMUNICACIÓN				
INTEGRACIÓN AL SERVICIO				
RESPONSABILIDAD				
SUBTOTAL DE CADA COLUMNA				
PUNTAJE TOTAL DE EVALUACIÓN: Suma de Puntajes obtenidos en los 4 grados				(1)

	Calificación del rubro asistencia	Cantidad documentada	Valor	Total puntos
INASISTENCIAS	Cantidad de días con Inasistencias Injustificadas al Servicio desde el 1º de Agosto de 2011 al 31 de Julio del 2012.		4 PUNTOS CADA UNA	
LICENCIAS	Cantidad de días de Licencias otorgados al agente sin goce de sueldo desde el 1º de Agosto de 2011 al 31 de Julio del 2012.		1 PUNTO CADA UNA	
PUNTAJE TOTAL EN RUBRO CONDUCTA Y ASISTENCIA: Suma de Puntajes obtenidos, una vez convertidos				(2)

Firma/s Evaluador/es

Centro de Baja Visión



La rehabilitación es la clave para optimizar la baja visión del paciente

Un servicio único en todo el Noroeste Argentino que brinda atención integral, personalizada y gratuita a todos los pacientes con impedimento en la función visual

Hablar de baja visión no es hablar de ceguera. Estudios realizados han demostrado que si bien no tiene cura por ser la resultante de patologías complejas, el 90% de este tipo de pacientes obtiene mejoras en su rendimiento visual si accede a un tratamiento y una rehabilitación adecuada.

Es por ello, que hace más de un año funciona en nuestra provincia el Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión del Siprosa con el claro propósito de estimular el uso del resto visual disponible de todas las personas mayores de 14 años que la padecen, ayudándolos a mejorar su calidad de vida y recobrar su autoestima, brindándoles así, nuevas oportunidades.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “una persona con baja visión es aquella que aún después de tratamiento o corrección refractiva, tiene una visión de 0.3 en el mejor ojo o un campo visual inferior a 10 grados desde el punto de fijación, pero que usa o



es potencialmente capaz de usar la visión para la ejecución de tareas”.

Misión

- ✓ Ayudar a los pacientes a mejorar su calidad de vida, recobrar su autoestima y reintegrarse familiar, social y laboralmente.
- ✓ Estimular adecuada y gradualmente la capacidad visual para contribuir en el desarrollo de la eficiencia visual.
- ✓ 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.

- ✓ Ayudar al paciente a obtener una mejor calidad de vida contribuyendo a recuperar su autoestima y facilitar su reinserción en la sociedad.

- ✓ Informar a la comunidad sobre el trabajo que se realiza en el Centro de Rehabilitación de Baja Visión a través de charlas informativas en diferentes medios de comunicación.

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

Equipo interdisciplinario

✓ Médico oftalmólogo, quien toma conocimiento de la historia clínica, solicita estudios complementarios, orienta al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico, y prescribe ayudas ópticas en caso de ser necesarias.

✓ Licenciado en Rehabilitación Visual, quien trata de proporcionar al paciente una mejor calidad de vida mediante el uso óptimo de su baja visión y colabora en el desarrollo de otras habilidades y en el manejo de ayudas ópticas y no ópticas.



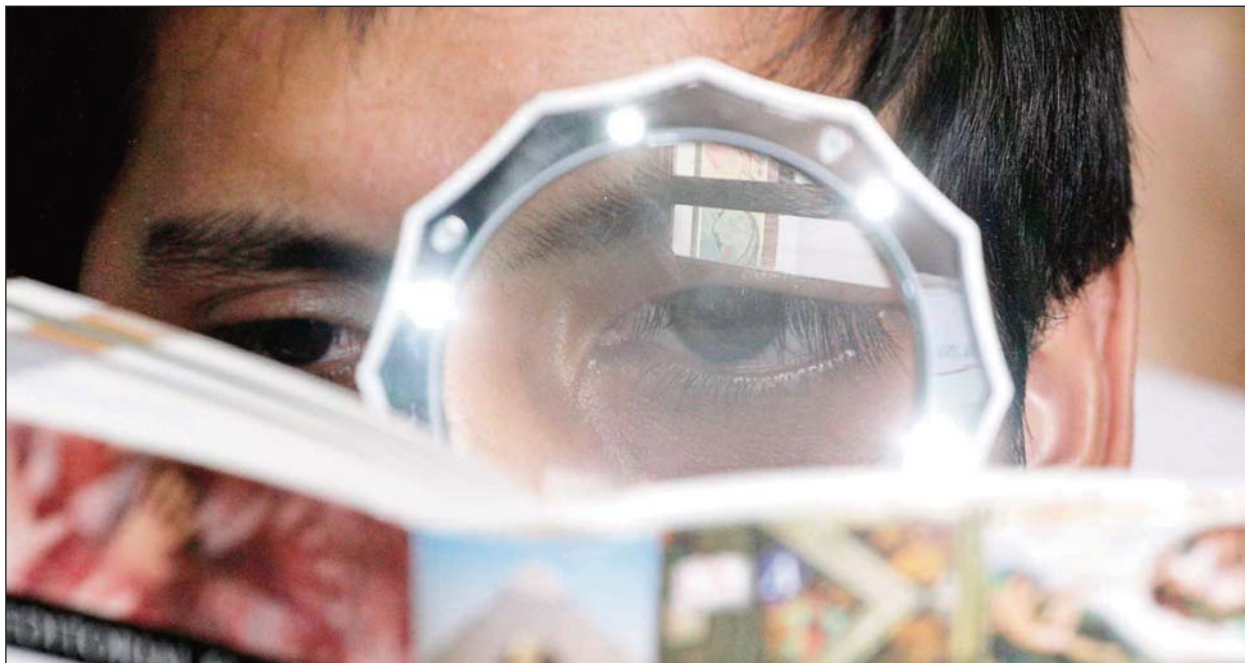
✓ Profesor de Movilidad y Orientación, quien procura que el paciente adquiera técnicas que le posibiliten autonomía, seguridad

y confianza en sí mismo, a fin de brindarle la mayor independencia posible al momento de trasladarse de un lugar a otro.



✓ Terapista Ocupacional, profesor de Actividades de la Vida Diaria, quien posibilita que los pacientes alcancen una mejor ejecución de sus acciones cotidianas, potenciando todos sus sentidos e incorporando nuevas habilidades que le permitan una mayor autonomía en su cuidado personal, labores dentro y fuera del hogar, y actividades sociales, entre otras.

✓ Profesor de Actividad Física Adaptada, quien estimula al pa-



ciente para la realización de actividades físicas acorde a sus necesidades e intereses, previa evaluación de las capacidades físicas y funcionales y de su reconocimiento del esquema corporal.

✓ Licenciado en Psicología, quien genera un ámbito de contención para el paciente con baja visión y su familia, y lo ayuda a obtener una mejor calidad de vida contribuyendo a recuperar su autoestima y su reinserción en la sociedad.

✓ Trabajador Social, quien lleva adelante distintas estrategias para la integración y reintegración de

la persona con baja visión a su medio familiar y social, detectando los principales impedimentos que cada persona tiene en su entorno.

Actividades desarrolladas durante 2012

✓ Se realizó una reunión de grupo trimestral con pacientes en la cual se discutieron temáticas de interés común.

✓ Se participó del curso de posgrado en Oftalmología de la UNT, en el cual los médicos mostraron gran interés en la tarea rehabilitadora de personas con baja visión.

✓ Se difundieron, a través de medios de comunicación masiva, los objetivos y actividades que realiza esta entidad. Como consecuencia de ello, muchas personas de otras provincias (como Tierra del Fuego, Santiago del Estero y Salta) se acercaron al Centro buscando respuestas a sus necesidades.

✓ Se realizaron numerosas reuniones con los familiares de pacientes con el fin de informar, orientar y animar a las personas a participar en la rehabilitación, sobre todo considerando que su

rol es determinante en el éxito de este proceso.

✓ Se llevaron a cabo diversas actividades informativas y recreativas para los pacientes, como talleres de tango, de informática, entre otros.

✓ Se participó de la presentación de la “Asociación Tiflotuc” en la ciudad de Monteros, una iniciativa que dio conocer a todos los habitantes de esa ciudad el servicio de Baja Visión.

✓ Se participó del Congreso de Discapacidad en Pediatría, en la ciudad Autónoma de Buenos Aires.

✓ Se participó del 1° Congreso Argentino de Baja Visión realizado en Paraná (Entre Ríos), organizado por el Club de Leones.



✓ Con motivo de la celebración del Día del Bastón Verde, profesionales y pacientes del Centro de Baja Visión impulsaron una caminata para difundir y concientizar a la sociedad con respecto a la importancia de esta herramienta

para las personas con baja visión. En la ocasión, se repartieron folletos para informar a los ciudadanos sobre la labor que el Centro realiza.

✓ El profesor de Educación Física Adaptada del Centro de Baja Visión, Rodolfo Cata, fue elegido y becado por la Unión Latino Americana de Ciegos (ULAC) para recibir una capacitación en San Pablo (Brasil). La formación fue en torno a las disciplinas Goalball y Fútbol 5 para personas con baja visión y ceguera.

✓ Se realizó la 1° Jornada Internacional de Psicólogos sin



Fronteras en la que participó como disertante el psicólogo del Centro de Baja Visión, Gonzalo Alonso. Se refirió en su trabajo al acompañamiento que realiza a los pacientes en el Centro de Baja Visión.

✓ Se participó en la ciudad de Recife (Brasil), el 2° Workshop de Formación en Recurso Humano en Baja Visión, organizado por la Fundación Altino Ventura.

✓ En el marco de la convocatoria realizada por FOAL para todas las organizaciones de Latinoamérica que abordan la problemática visual, para equiparse de materiales que se utilizan en las diferentes áreas de la rehabilitación, el Centro de Baja Visión de Tucumán fue seleccionado para ser beneficiado con una donación importante de materiales para el Centro.

Rol de la familia

La contención y comprensión familiar es clave en la rehabilitación de una persona afectada por Baja Visión ya que son ellos quienes deben apoyar a los pacientes y ayudarlos a conocer todas las posibilidades que tienen para recuperar su resto visual disponible.

Resultados 2012: la esperanza es cada vez mayor

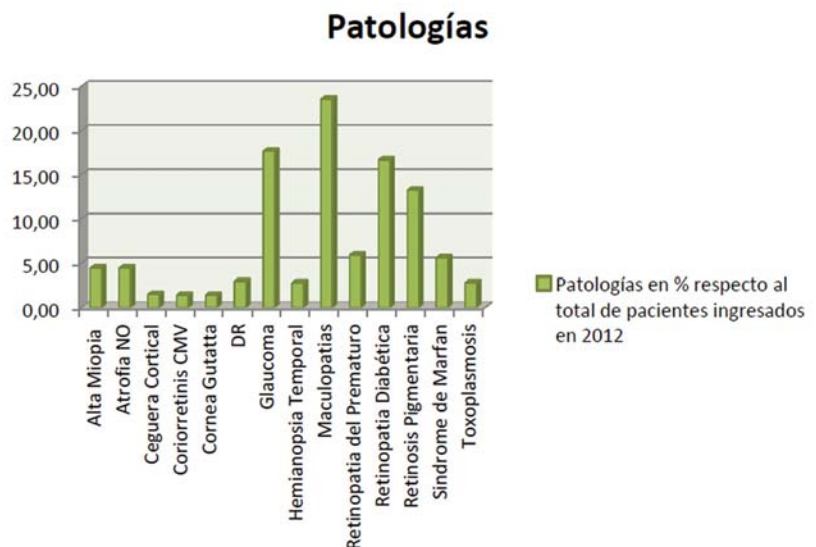
Durante el último año, en el Centro de Rehabilitación para Personas con Baja Visión se atendieron alrededor de 300 consultas, aunque no todos los pacientes tenían baja visión. De este total, 43 pacientes ingresados en el transcurso del año fueron dados de alta (30%), mientras que 141 personas todavía se encuentran en proceso de rehabilitación.

En el siguiente gráfico, se detallan las patologías más frecuentes en los pacientes que concurrieron al Centro:

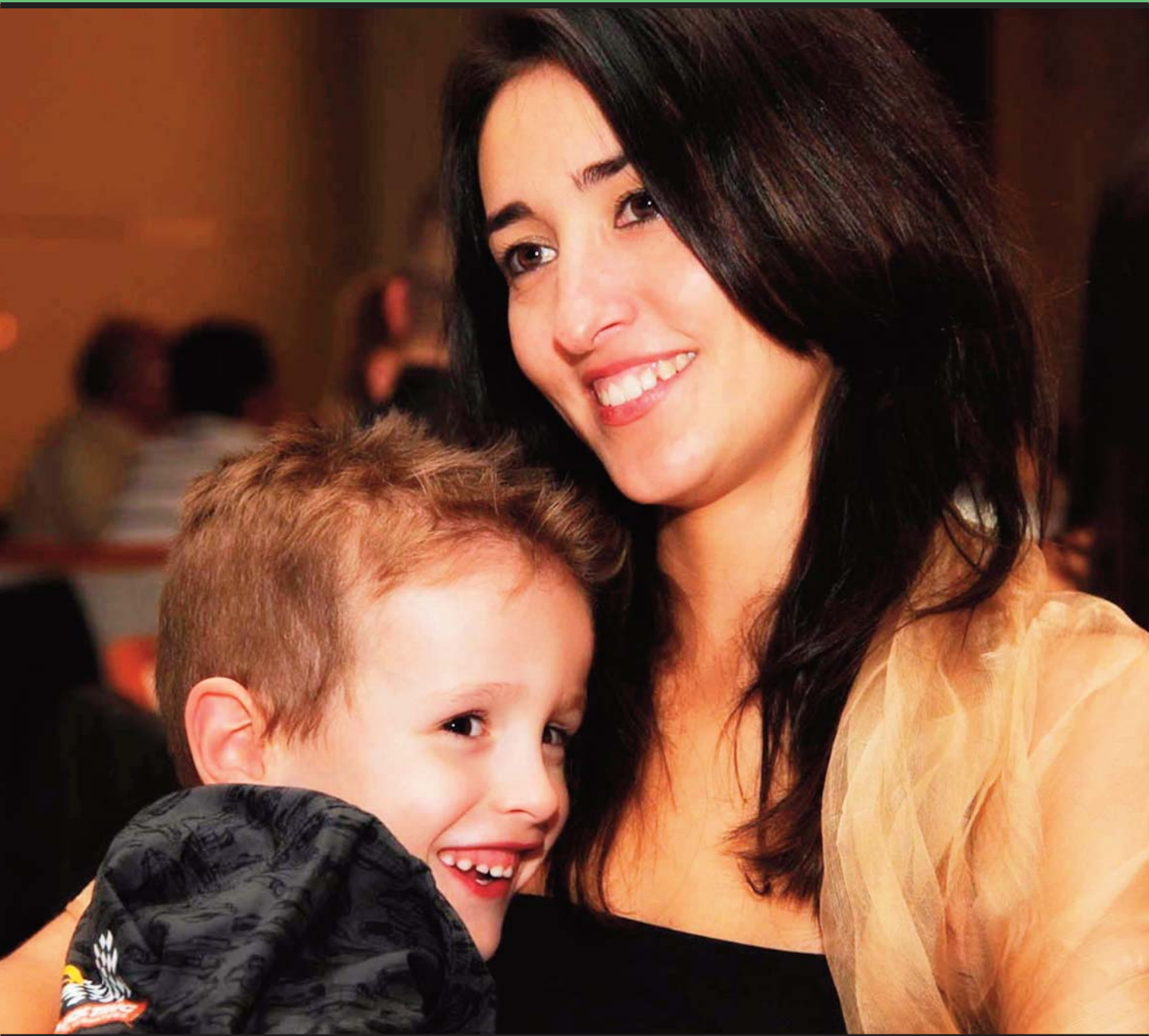
•Maculopatía asociada con la edad



- Glaucoma
- Retinopatía Diabética
- Retinosis Pigmentaria



Programa SUMAR



Silvina Rivero

El camino hacia una política de inclusión social más efectiva

Profundizando la gran alianza federal constituida con el Plan Nacer, este nuevo programa busca fortalecer los sistemas provinciales de salud a través de un modelo innovador de política pública.

El año 2012 fue muy positivo en el orden sanitario porque el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud de la Nación, puso en marcha el Programa Sumar, la ampliación del Plan Nacer.

El 23 de agosto del mismo año, el ministro de Salud de la Nación, doctor Juan Manzur, y el gobernador de la Provincia, José Alperovich, firmaron un convenio que oficializó la incorporación de esta nueva política de Estado en nuestra provincia para beneficiar a más de 400 mil tucumanos sin obra social.

Esta política nacional se concretó



mediante la creación de la Dirección de Financiamiento Complementario por Desempeño (Res. 548-SPS-2012 del 2 de agosto de

2012) dependiente de la Dirección General de Recursos Financieros del Siprosa, que vino a fortalecer la planificación estratégica y la eficiencia de los establecimientos de salud de Tucumán para que la población usuaria reciba la mejor atención y de la manera más oportuna y efectiva.

Objetivos del Programa Sumar (2012-2015)

1. Continuar disminuyendo la tasa de mortalidad infantil.
2. Contribuir a la reducción de la mortalidad materna.



3. Profundizar el cuidado de la salud de los niños y niñas en la etapa escolar y la adolescencia.

4. Mejorar el cuidado integral de la salud de la mujer, promoviendo controles preventivos y buscando reducir las muertes por cáncer cervicouterino y por cáncer de mama.

El Programa Sumar –basado en los pilares del Plan Nacer– además de brindar cobertura a embarazadas y niños y niñas hasta los 6 años, incorpora hoy a adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

Establece distintas prestaciones de salud de acuerdo con las particularidades de los distintos grupos etarios. Los servicios se ofrecen dentro de un marco de acceso



gratuito a los servicios médicos; una atención sin discriminación; protección y contención ante situaciones de peligro, y vacunación oportuna.

Utiliza un modelo de financiamiento en el cual el Ministerio de Salud de la Nación transfiere un

monto importante de recursos a las provincias en función de la inscripción y nominalización de la población objetivo, y a partir de los resultados de cobertura efectiva y la calidad de atención brindada por los establecimientos públicos que integran los sistemas de salud. Se trata de una inversión de 2500



millones de pesos por parte del gobierno nacional y 200 millones de pesos por parte de las provincias adheridas. De manera general, se puede decir que en Tucumán, durante 2012, se logró pagar a los efectores bajo programa alrededor de 15 millones de pesos.

Actividades desarrolladas

✓ Durante todo el año, se desarrolló la integración con otros organismos del Estado (como la Anses y el Registro Civil de la Provincia) para coordinar esfuerzos entre la Asignación Universal por Hijo, la Asignación Universal por Embarazo y la cobertura efectiva de salud por parte del Plan Nacer,



con lo que se incrementó la inscripción de los niños y especialmente de las embarazadas.

✓ Se promovió la articulación con la obra social provincial, el Instituto de Previsión y Seguridad Social (IPSS) buscando coordinar esfuerzos que apunten a mejorar la cobertura de salud que cada uno de los sectores brinda bajo valores, principios, objetivos y herramientas comunes, independientemente de su fuente de financiamiento.



✓ Se trabajó en el fortalecimiento de los hospitales de referencia para garantizar la cobertura integral del tratamiento y cirugía de niños con cardiopatías congénitas, que constituyen la principal causa de mortalidad infantil difícilmente reducible, a la vez que se contribuyó a las mejoras observadas en

el funcionamiento de la Red Nacional y del Centro Coordinador de Derivaciones de pacientes a nivel regional. Este logro sirvió para reducir la lista de espera para las cirugías un 80 por ciento (respecto a la existente en 2003).

✓ El Siprosa conjuntamente con la Sociedad Argentina de Cardiología realizó las Primeras Jornadas del NOA de Cardiopatías en el Niño y la Embarazada, que convocaron a especialistas de todo el país.

✓ Se lanzó en todo el país un programa de capacitación a distancia con modalidad virtual a fin de posibilitar el acceso continuo de los equipos de salud a la actualización y el perfeccionamiento profesional necesario para brindar la mejor atención en salud. Durante 2012, más de 10 mil personas lo han utilizado.

✓ Con el propósito de asegurar una implementación exitosa en la provincia y con la necesidad de empoderar a la comunidad para una participación responsable, se brindaron charlas informativas a referentes barriales, referentes políticos, organizaciones civiles y otros.



✓ En la tarea de sensibilización de la comunidad con los conteni-

dos del Programa, se participó activamente de todos los eventos de promoción de la salud a nivel

masivo: Mes de la Mujer; actividades deportivas en las plazas públicas; semana de la Actividad Física, Día Internacional de la Donación de Órganos, Expo Tucumán 2012, jornadas sobre cuidados paliativos, entre otros.

✓ A través del Plan para Pueblos Indígenas (PPI), el Programa continuó impulsando acciones que garanticen el acceso a la salud de los pueblos indígenas sin discriminación, con respeto y de calidad. Asimismo, está incorporando gradualmente un enfoque intercultural de salud.

Se estima que entre 2012 y 2015 el Programa Sumar brindará cobertura de salud a más de 9.5 millones de personas, incluyendo a 1.8 millones de niños y niñas de 0 a 5 años; 3.9 millones de adolescentes; 230 mil embarazadas y 3.8 millones de mujeres de 20 a 64 años que no tienen otra cobertura sanitaria que la que ofrece el sistema público de salud.

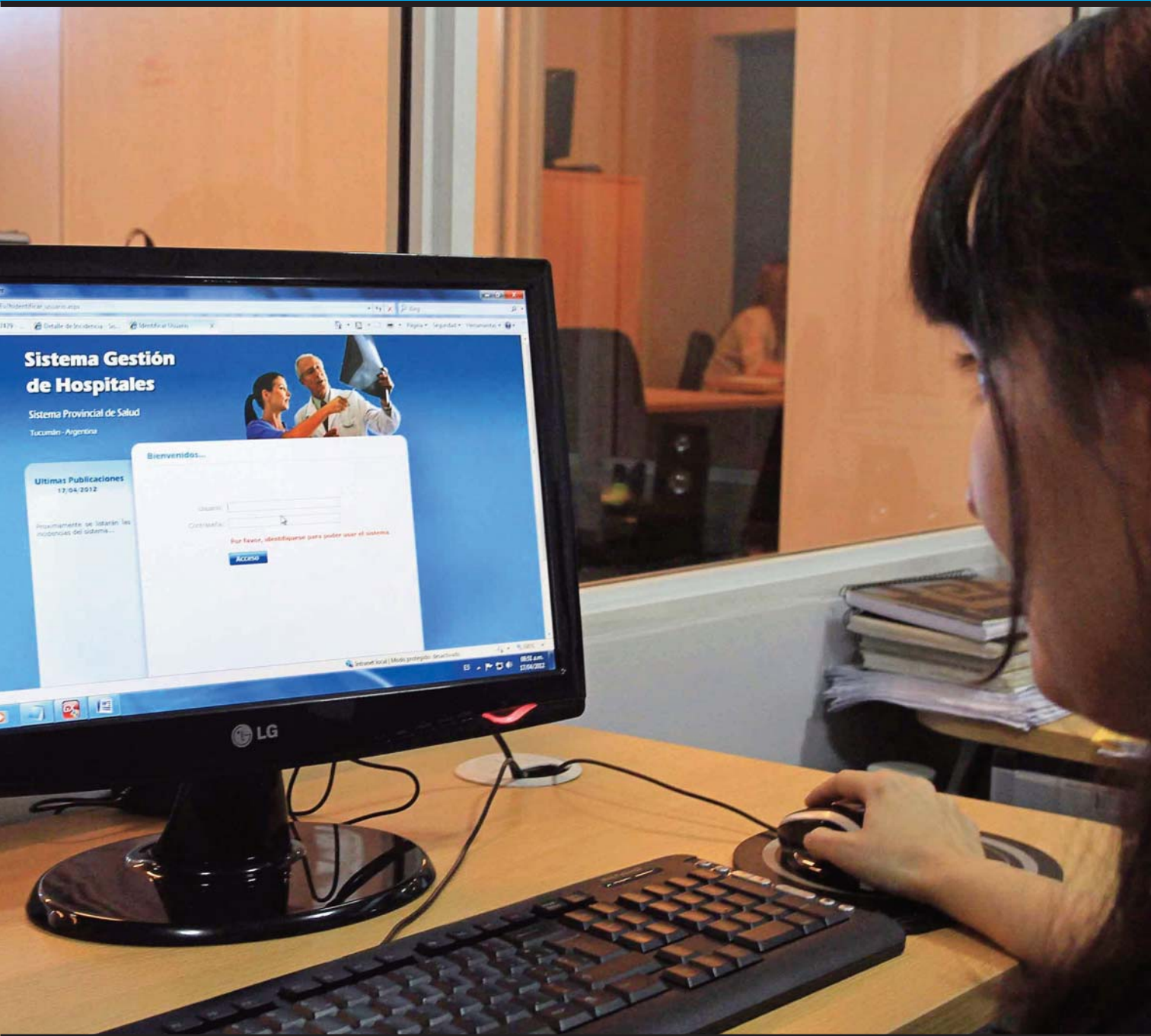
El impacto esperado por la cartera sanitaria a partir de la implementación del Programa superó las expectativas. Gracias al Programa Sumar se logró brindar una cobertura integral de salud en la



población más vulnerable, fortalecer los hospitales y centros de salud públicos de todo el país, además de la promocionar el ejer-

cicio efectivo de los derechos de la salud promoviendo la equidad e igualdad y la transparencia en el uso de los recursos.

Departamento de Informática



Un sistema de gestión integrada que involucra a todos los sectores del Siprosa

El Ministerio de Salud Pública de Tucumán posee un Sistema Informático integrado por diversos subsistemas que cuentan con una base de datos única que concentra información de todos los pacientes dentro de la estructura pública

Este Sistema Informático funciona actualmente en 105 CAPS y 11 hospitales de la provincia: Hospital Ángel C. Padilla, Hospital de Clínicas 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 de Aguilares, Hospital de Niños, Hospital de Tafí del Valle, Hospital Juan M. Obarrio, Hospital General de Lamadrid de Monteros, y Hospital de Salud Mental Nuestra Señora del Carmen.

Está administrado y mantenido desde el Departamento de Informática del Siprosa donde funciona el Data Center, un servicio especialmente diseñado con las últimas tecnologías en el manejo de la información.

Posee cuatro servidores y tres proveedores de comunicaciones lo que permite la expansión de este sistema sobre toda la geografía de la Provincia. Además,



cuenta con una política de respaldo de información que se realiza en forma diaria, semanal y mensual con un esquema de rotación de cintas que son llevadas fuera del Data Center.

Con respecto al equipo de trabajo, se encargan de su implementación y mantenimiento: referentes informáticos de hospitales, equipo de soporte en capacitación e implementación, administrador de base de datos, administrador de redes, equipo de soporte técnico, analistas en sis-

temas, desarrolladores de sistema, help desk, y equipo de procesos hospitalarios y de CAPS.

Subsistema de Gestión Hospitalaria

Funciona a través de módulos integrados y relacionados en los cuales el paciente es registrado desde su ingreso al hospital hasta su egreso, de acuerdo con la prescripción que requiera (turnos espontáneos; turnos programados por especialidad y profesional; atención por emergencias, internaciones programadas y de ur-

gencias; planificación y programación de cirugías y suministro de medicamentos, entre otros). Cada módulo funciona en los distintos sectores y registra todas las prestaciones realizadas al paciente.

Durante 2012 se realizaron refuerzos en este Subsistema de acuerdo con los proyectos de reorganización administrativa y otras necesidades de adaptación a nuevos procesos:

- ✓ Se implementó el Sistema Informático en el Hospital General de Lamadrid de Monteros y en el Hospital de Salud Mental Nuestra Señora del Carmen.

- ✓ Se trabajó también para incorporarlo en el Hospital de Trancas y Hospital de Lules, mediante el acondicionamiento de los distintos sectores con el correspondiente cableado y puestos de red.

- ✓ Se realizó la migración de los subsistemas de Gestión de Hospitales y de Stock (de Genexus 9 a Evolution I).

- ✓ Se realizó la migración de las siguientes Bases de Datos (del SQL SERVER 2000 al 2008): Puco, subsistemas de Gestión de Hos-



pitales, de Stock, de Gestión de Expedientes, de Efectores, de Incidencias.

- ✓ Se generaron nuevos reportes y funcionalidades de la gestión administrativa en Consultorio Externo, Guardia, Internación y Servicios Complementarios de Diagnóstico.

- ✓ Se ejecutó una reingeniería en el manejo de la información de servicios médicos y especialidades, sectores, profesionales y roles.

- ✓ Se puso en marcha la facturación de las IPO en hospitales del Interior. Estas son plantillas que utilizan los CAPS no informatizados

para volcar la información de las prestaciones que allí se realizan.

- ✓ Se llevó adelante la facturación al Incucaí, que permitió la creación de una factura especial para la ablación de órganos con datos específicos referidos a los mismos.

- ✓ Se creó un nuevo módulo para la afiliación de pacientes del Plan Nacer- Sumar, capturados por los subsistemas de hospitales, CAPS y 107 Emergencias.

- ✓ Se realizó la reingeniería de los reportes y nuevas funcionalidades de los módulos de: Recién Nacido (código de pulsera, impre-

sión de la constancia de parto público, entre otros); Internación (posibilidad de registrar el familiar acompañante de un paciente, internación conjunta del niño sano con la madre, nuevos reportes para capturar datos de la obra social del bebé y documentación para facturación); Turnos (reprogramación parcial de turnos, mensajes de advertencia ante la ausencia del paciente, e implementación de la Referencia y Contrarreferencia), y Estadísticas (reingeniería del censo de pacientes internados).

✓ Nuevos reportes del módulo de Quirófano (producción de los usuarios y reporte de clasificación de cirugías).

✓ Nuevos reportes para el Servicio de Salud Mental.

✓ Se realizaron mejoras en el Módulo Farmacia (nuevos reportes de consumos en salas de internación, modificaciones del reporte para el Programa Remediar, entre otros) y se lo implementó en el Hospital Centro de Salud Zenón Santillán y Hospital Juan M. Obarrio.

Asimismo se implementaron nuevos módulos, tales como:

✓ Estimulación Visual para la



Junta de Discapacidad, el cual permitió registrar consultas oftalmológicas y de rehabilitación a personas con resto visual disminuido.

✓ Clínico de Laboratorio en el Hospital de Niños, Hospital Avellaneda y Hospital de Aguilares.

✓ Diagnóstico por Imágenes – sector de mamografías– en el Hospital de Aguilares.

✓ Administrativo Contable, que permitió manejar la información contable, económica y financiera de la institución hospitalaria. Abar-

có: procesos de presupuesto y control presupuestario; procesos de administración de inventarios (stocks de todos los bienes), procesos de compras y contrataciones, nuevos procesos de facturación (prestaciones del hospital y procesos de recupero de costos); procesos de pago; procesos de cobranzas a obras sociales; procesos de rendición de cuentas; procesos bancarios, procesos contables (ejercicios económicos, plan de cuentas, libros, reportes, etc.), y procesos de costos (de centros de costos y beneficios, costos por paciente).

Subsistema de Gestión de CAPS

Captura los datos del paciente al momento de su presentación en el centro de atención y, de acuerdo a la asistencia que requiera (consultas, estudios complementarios, enfermería o vacunación), se le emite un formulario donde el prestador registra los datos que luego son cargados en el Sistema.

Durante 2012, se realizaron los siguientes cambios:

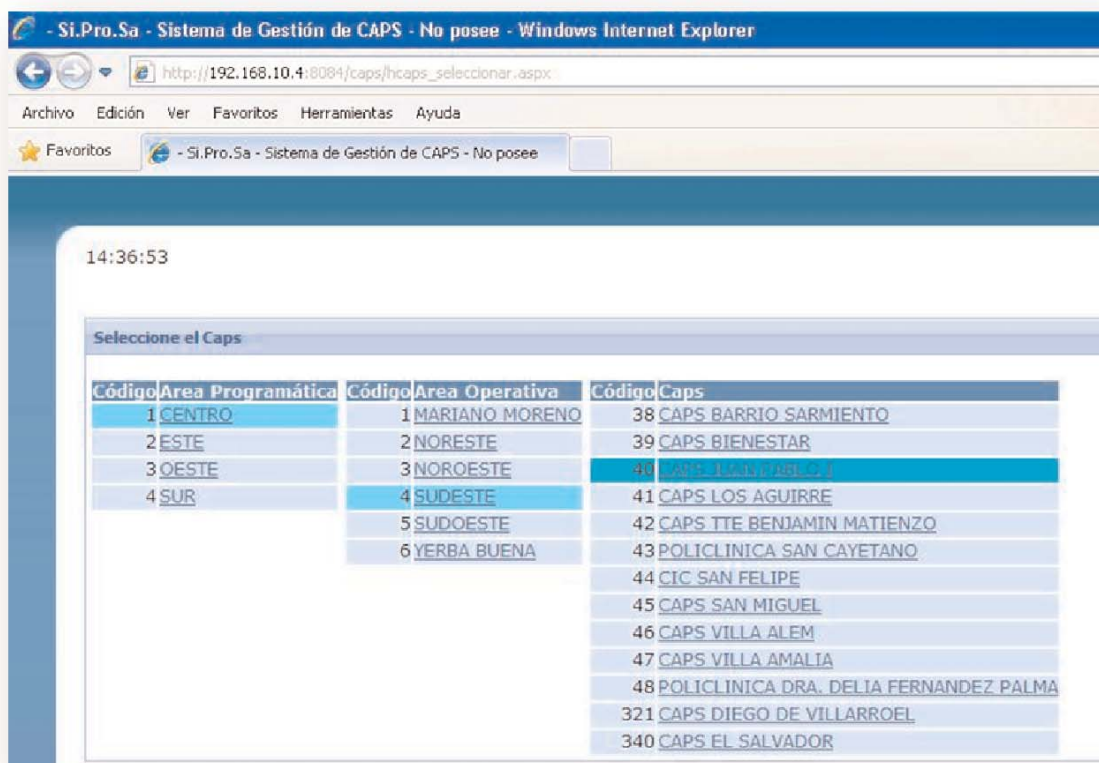
- ✓ Se realizó el rediseño de todas

las planillas de información con el objetivo de que se puedan emitir directamente desde el Sistema de Gestión, permitiendo el control de la atención por cada efector y área operativa.

- ✓ Se informatizaron 14 CAPS del Área Programática Centro y un Centro de Integración Comunitaria: 17 de Octubre; B° Belgrano; Pacará; Santa Rita; Alfredo Miroli; Ángel Silvestre; Dr. Amenábar; F. Leloir; Nuestra Señora del Rosario; Alde-

retes; Banda del Río Salí; Eva Perón, Monseñor Gregorio Díaz; San Andrés y CIC Lastenia.

- ✓ Se creó el perfil de Multi-Caps, asociado a usuario con privilegios de lectura o escritura, estructuración de profesionales y enfermeros de acuerdo a la jerarquía, depuración de padrones de profesionales y enfermeros, e interfaz de carga de oferta y demanda de producción de enfermeros y profesionales.



En el marco del proyecto Mejora de Calidad y Veracidad en la Admisión de Pacientes, se realizaron diferentes tipos de controles sobre la duplicidad de los registros de pacientes y se agregaron datos requeridos, especialmente del Plan Nacer: clase de documento, lengua o idioma, pertenencia a algún pueblo indígena, calle, teléfono, entre otros.

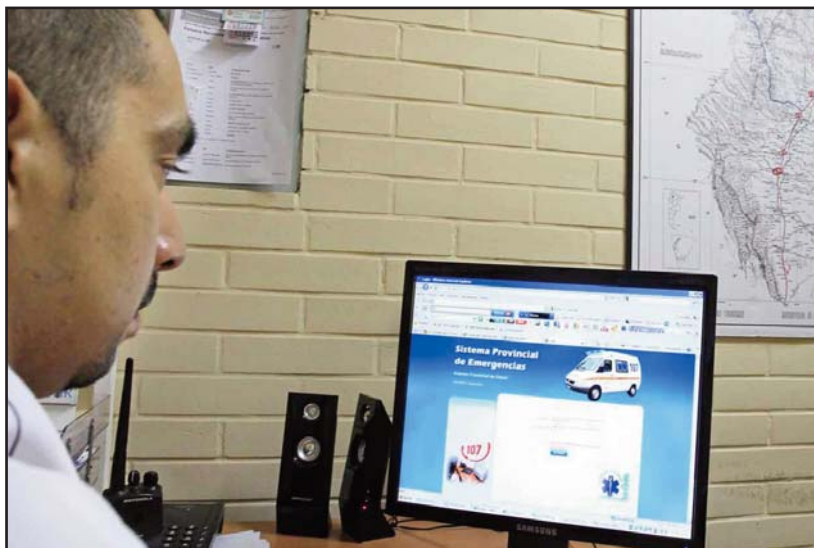
Subsistema de Gestión de Programas de Salud

Con la informatización de la gestión de los programas de salud vigentes en la Provincia, se logró unificar y aumentar su eficiencia, además de facilitar el seguimiento y registro de la información de todos los pacientes bajo programa.



Este sistema nominaliza los pacientes que poseen diagnósticos de diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, epilepsia, celíacos, entre otros, y que se encuentran

bajo Programa para que se puedan identificar quiénes son los beneficiarios a través de un formulario de inscripción donde se registran sus datos de relevancia y así generar chequeras para cada uno, el cual contiene órdenes de prestaciones o prácticas ordenadas cronológicamente con un vencimiento mensual de las prácticas médicas que deberá cumplir el paciente.



De esta forma, se logró mantener actualizados la base de datos de los programas de salud y los resultados de las diferentes prestaciones brindadas en el Sistema de Salud, así como el control y seguimiento de sus beneficiarios.

Programa de Abordaje Integral Nutricional

A partir del año 2012, el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia junto con el Ministerio de Salud trabajaron de manera conjunta integrando el Programa Focalizado de Rehabilitación Nutricional y el Programa Familias Críticas, ambos destinados a contribuir en la recuperación nutricional a través de la complementación alimentaria.

Para lograr este objetivo, en el mes de julio del mismo año se implementó el uso de una tarjeta magnética para la compra de alimentos, cuya modalidad de prestación se realizó a través de la Tarjeta Cabal (tarjeta pre-cargada) y el Módulo Alimentario (para las zonas que no cuentan con las condiciones operativas necesarias para la implementación del sistema de tarjeta magnética). Asimismo, se realizó el último depósito en las tarjetas Visa- Vale.

Además, se concretó el envío mensual al Ministerio de Desarrollo Social de los datos de todos los pacientes que ingresaron al programa con sus respectivos responsables en caso de ser menores de edad. Del mismo modo, se en-



viaron las bajas y modificaciones del padrón con el fin de que dicho Ministerio proceda a gestionar la generación de la tarjeta.

Programas de Enfermedades Crónicas

Para la gestión de programas de enfermedades crónicas, durante 2012 se continuó con: el registro de los pacientes en diferentes programas de manera que se pueda tener un padrón nominalizado de cada uno; el mantenimiento, bajas y modificaciones de los padrones; generación de chequeras para cada programa; registro de resultados de las diferentes prestaciones; emisión de

reportes para el control y seguimiento de los programas.

Como instrumento de seguimiento para este tipo de pacientes, se dio continuidad a la implementación de chequeras con vigencia de 6 meses que se renuevan automáticamente. Éstas incluyen órdenes de prestaciones y prácticas que se consideran pertinentes para cada enfermedad.

Programa de Obesidad

Se inició el empadronamiento de pacientes bajo este programa, registrando pacientes con sobrepeso, obesidad, y obesidad mórbida.

Programa de Reumatología

Se inició el empadronamiento de pacientes bajo este programa, registrando pacientes con artritis reumatoidea, espondiloartritis, LES, y otras enfermedades de tejido conectivo.

Subsistema de Inmunizaciones

Admite el registro de las vacunas aplicadas a cada paciente según el Calendario Nacional de Vacunación y genera automáticamente el Carnet Digital de vacunas según enfermedades cubiertas y dosis del niño, permitiendo el control preventivo

de inmunización de la población y análisis de la cobertura provincial.

Durante el año anterior:

✓ Se implementó el módulo de vacunación en los vacunatorios privados y obras sociales.

✓ Se incorporó el módulo de trazabilidad de paciente para un mejor control y seguimiento de los mismos.

✓ Se implementaron procesos de gestión para el análisis de coberturas de enfermedades inmunopreveni-

bles correspondientes al Calendario de Vacunación, el cual instituyó un ranking por áreas programáticas y operativas con el fin de realizar un análisis para la toma de decisiones en cuanto a la cobertura de vacunas de la provincia.

✓ Se creó el historial de vacunas.

✓ Se estableció la entrega de un reporte de control de vacunas.

✓ Se actualizó el módulo de estadísticas para una mayor eficiencia en el control.

Establecimiento: 39 - CAPS BIENESTAR				
Desde: 01/11/12 - Hasta: 01/11/12				
Vacuna: Todas				
Fecha	Apellido y Nombre	Fecha Nac.	Doc. Nro.	Dosis
01/11/2012	HERRERA HERNANDEZ, SOFIA ABRIL	30/09/2011	51417685	07)- TRIPLE VIRAL (SRP) - 1º Dosis
01/11/2012	AGUILAR, EVELIN LUDMILA	29/10/2011	51551962	07)- TRIPLE VIRAL (SRP) - 1º Dosis
01/11/2012	AGUILAR, EVELIN LUDMILA	29/10/2011	51551962	08)- HEPATITIS A (HA) - A 12 Meses
01/11/2012	HERRERA HERNANDEZ, SOFIA ABRIL	30/09/2011	51417685	08)- HEPATITIS A (HA) - A 12 Meses
01/11/2012	HERRERA HERNANDEZ, SOFIA ABRIL	30/09/2011	51417685	NEUMOCOCO 13 CONJUGADA - 3º DOSIS (Inmunocomprometido)
01/11/2012	AGUILAR, EVELIN LUDMILA	29/10/2011	51551962	NEUMOCOCO 13 CONJUGADA - REFUERZO - 12 meses
01/11/2012	LOPEZ, LARA LORENA	19/05/1993	37499788	12)- ANTIGRIPAL - Unica Dosis Embarazada
01/11/2012	ALDERETE, NELIDA CRISTINA	24/06/1962	14984816	02)- HEPATITIS B (HB) - 1º DOSIS 11 AÑOS
01/11/2012	GONZALEZ, VICTOR HUGO	08/02/1961	14225548	02)- HEPATITIS B (HB) - 2º DOSIS 11 AÑOS
01/11/2012	ALBERTUS FERNANDEZ, LOURDES CAMILA	02/09/2007	48284657	05)- SABIN (OPV) - 5º Dosis - Refuerzo
01/11/2012	ALBERTUS FERNANDEZ, LOURDES CAMILA	02/09/2007	48284657	06)- TRIPLE BACTERIANA CELULAR (DPT) - Refuerzo (5º Dosis) - 5 o 6 Años
01/11/2012	ALBERTUS FERNANDEZ, LOURDES CAMILA	02/09/2007	48284657	07)- TRIPLE VIRAL (SRP) - 2º Dosis
01/11/2012	SORIA, BIANCA MELANI DEL PILAR	20/04/2009	49504894	12)- ANTIGRIPAL - 1º DOSIS (6 Meses a 8 Años)
01/11/2012	SORIA, BIANCA MELANI DEL PILAR	20/04/2009	49504894	19)- NEUMOCOCO 23 VALENTE - 1º Dosis o Unica Dosis - a partir de los 2 Años
01/11/2012	SORIA, KAREN XIMENA	10/04/2001	43431433	HPV - 2º DOSIS - 11 AÑOS
Cantidad Total		15		

Otros proyectos realizados

Durante 2012, se presentaron numerosos proyectos que surgieron para poder satisfacer los nuevos requerimientos que surgen en un contexto de constante evolución y para poder continuar con el cumplimiento de nuestra visión:

Proyecto de reorganización de la gestión administrativa de pacientes

Implica un rediseño de todos los procesos administrativos vinculados a la gestión del paciente, para lograr un ordenamiento de los procesos y como consecuencia un incremento en el recupero de costos.

Se trabajó en el Instituto Maternidad y en el Hospital Centro de Salud, donde se realizó un relevamiento del funcionamiento de todos los sectores y la reorganización administrativa en diferentes reuniones de trabajo con personal del hospital designado de acuerdo a un cronograma establecido, dando lugar a un documento integrado por manuales de funciones y manuales de procedimientos.

Proyecto Recupero de Costos

Implica una reingeniería de las



oficinas de Recupero de Costos de los 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 procedimientos 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 el costo de las mismas.

- 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.

Historia Clínica Única e Informatizada

A partir del crecimiento del sistema de gestión en cuanto a la concentración de la información administrativa de los distintos centros de atención de pacientes, en el año 2012 nació la necesidad de contar con información clínica de todos los pacientes atendidos dentro de la Provincia. De esta forma, los profesionales podrían consultar y registrar la información de cada uno, independientemente del lugar en el que se haya atendido.

Para ello, se trabajó con el Hospital Italiano de Buenos Aires de lo que surgió un Convenio de Colaboración para el armado de la misma, de acuerdo a la experiencia de dicho hospital destacado a nivel nacional. Así, se desarrollaron controles y validaciones en el sistema, y se modificó la base de datos actual de pacientes con el objetivo de asegurar la identidad del paciente que se atiende y evitar la duplicación de los registros.

Sistema de información automático 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; así como también de indicadores de atención de CAPS informatizados (turnos, consultas y prácticas de enfermería por efector, por área operativa).

Durante 2012 se agregaron los siguientes mails automáticos:

✓ Producción Hospitalaria: ta-

blero de control que se procesa diariamente con datos del día anterior y muestra indicadores de turnos, cirugías programadas, guardia, egresos de internación, derivaciones, defunciones, camas disponibles.

✓ 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 destaca con colores si los valores se encuentran dentro de los parámetros normales para el día de la semana, mes y hospital calculado.

✓ Guardia: muestra el número de episodios de guardia que se registraron en cada hospital. El sistema destaca 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. Estas, se encuentran diferenciadas en camas



comunes, terapia intermedia y crítica y a su vez, cada tipo se subdividen en camas de neonatología, pediatría y adultos.

✓ 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. Actualmente existen 2 versiones de los indicadores: analítico (para un día indicado) y gráfico (en los últimos 30 días).

✓ Indicadores de Emergencias 107: es una herramienta para apoyar las tareas de registración, administración y generación de información sobre las actividades del área de emergencias. Comprende dos documentos adjuntos: tipos de llamadas en los últimos 30 días (broma - consulta - emergencia), y emergencias (motivo de consulta). Se resalta los días domingos.

Subsistema de Emergencias 107

Atiende las necesidades de gestión y administración de llamadas e incluye: captura de llamadas, médico coordinador, asignación y liberación de recursos por parte del radio operador, y reportes de utilidad.

Durante 2012 se desarrollaron los siguientes cambios:

✓ Reportes que llegan a través de mails automáticos de acuerdo al pedido de los distintos hospitales. Por ejemplo, se solicitó al Hospital Ángel C. Padilla: cantidad y tipo de accidentes de tránsito registrados en los distintos turnos de la guardia el día anterior.

✓ Se mejoró la performance y se agregó la posibilidad de exportar a Excel los tipos de llamadas.

✓ Se realizó la exportación a Excel de las planillas del telefonista y del operador de radio.

✓ Se modificó la carga del destino de las historias clínicas. De esta forma, el usuario ahora podrá seleccionar entre los siguientes destinos: hospitales, Caps, sanatorios, instituciones privadas, entre otros.

SIGE: Sistema Integrado de Gestión del Expediente

El SIGE es un sistema que permite establecer la trazabilidad de todos los expedientes que deben ser tramitados en el ámbito del Siprosa, conocer exactamente su ubicación actual y tener datos de auditoría (como fecha, hora, etc.). Esto permite una mejor y mayor



eficacia en el funcionamiento de la administración, asegurando la vigencia el ordenamiento jurídico objetivo.

Sus caracteres sustanciales son: búsqueda de la verdad material; informalismo en los trámites (permitiéndose al administrado subsanar errores no esenciales o calificar correctamente sus recursos, reclamos o peticiones); debido proceso legal, entendiéndose como el absoluto respeto a la libre defensa en juicio; además de celeridad y economía en los trámites.

Durante 2012 se trabajó para la eficiencia en el trámite con el armado de los procesos administrativos:

✓ Se creó una única Mesa de Entrada en cada dirección general (Casa Central, Fiscalización Sanitaria, PRIS, Red de Servicios, Recursos Humanos, Salud Ambiental); oficinas internas, hospitales (Centro de Salud, Niños, Padilla, Avellaneda, Eva Perón, Monteros, Maternidad) y áreas operativas (Sudeste, Aguilares y Taí Viejito), trazando el circuito administrativo que es por donde el expediente circula.

✓ Se presentaron proyectos sobre las primeras normativas de



trabajo para las mesas de entrada de toda la provincia, y para la unificación en la gestión y criterios de trabajo del expediente, del área de despacho de los hospitales de la provincia.

✓ Se trabajó con el área de servicio social de los hospitales, unificando criterios y dando prioridad al paciente que concurre al servicio social y tramita su expediente.

✓ Se creó una mesa de ayuda SIGE.

✓ Se capacitó a los representantes de las mesas de entrada, operadores y gestores en sus misiones y funciones.

✓ Se capacitó en la carga de resoluciones completas al Sistema.

✓ Se armaron los procesos administrativos, realizando la rein-

geniería de procesos.

✓ Se armó un grupo de trabajo SIGE en Google Talk, el cual está formado por los responsables de las mesas de entrada y referentes informáticos. Esto permitió la comunicación con diferentes puntos de accesos que son importantes para la gestión y la circulación eficiente del trámite del expediente.

Resultados

✓ Durante el último año, el número de usuarios ascendió de 210 a 450.

✓ Se alcanzó un total de 194 727 registros.

✓ Se dio el alta diaria de un promedio de 250 expedientes a nivel central, observando el crecimiento y el alto impacto exponencial en todos los servicios de la provincia que integran el SIGE.

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA DURANTE 2012 (Comparativa con el año 2011)

TURNOS ATENDIDOS 2011 - 2012

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	ENERO	ENERO	FEBRERO	FEBRERO	MARZO	MARZO	ABRIL	ABRIL	MAYO	MAYO
Aguilares	3877	3209	4603	3472	6140	5741	3641	4480	2717	5347
Avellaneda	6268	8023	7597	9283	9628	14 900	9194	10 738	8923	13 911
Centro de Salud	6346	8690	7366	8271	11 191	11 751	5359	9682	2647	12 307
Concepción	7765	7515	7770	7514	9768	11 214	6333	8506	4104	10 559
Maternidad	4417	5243	5113	5325	5220	7404	5395	5665	5773	6982
Niños	8677	9252	10 608	9366	13 326	14 963	5786	11 732	3974	15 842
Obarrio	817	646	564	802	731	1160	818	880	697	1457
Padilla	6452	7808	7783	7154	10 627	11 946	9414	9951	5101	12 716
Tafí del Valle	1699	2081	1567	2391	1907	2787	2047	1757	1531	2326
HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	JUNIO	JUNIO	JULIO	JULIO	AGOSTO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	OCTUBRE
Aguilares	2.484	4892	2315	4936	3997	5363	5088	4840	4842	5508
Avellaneda	7.509	11 826	6578	10 836	10 048	13 113	10 623	11 193	9833	13 941
Centro de Salud	1.307	10 847	1055	10 011	6456	9320	12 793	7680	11 278	10 200
Concepción	2.808	9937	2369	9840	7022	11 773	9282	10 274	9586	12 443
Maternidad	5.638	6089	5340	5834	6396	6639	6546	5946	6393	7190
Niños	3.296	15 490	2516	13 416	9484	15 952	13 756	13 321	13 747	16 675
Obarrio	813	1360	756	1322	1082	1478	1123	1460	1226	1599
Padilla	5.177	11 911	4150	12 695	9329	16 006	12 630	12 972	12 215	14 856
Tafí del Valle	1.530	1961	1756	2228	2007	2139	2111	2401	2295	2711

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	TOTAL
Aguilares	4427	5332	3897	4379	48 028	57 499
Avellaneda	10 852	12 708	10 266	10 650	107 319	141 122
Centro de Salud	11 659	9434	9469	7825	86 926	116 018
Concepción	10 029	10 426	8576	9113	85 412	119 114
Maternidad	6709	6641	5850	5758	68 790	74 716
Niños	13 495	14 974	10 928	11 755	109 593	162 738
Obarrio	1231	1391	747	1062	10 605	14 617
Padilla	12 306	12 857	10 510	10 344	105 694	141 216
Tafí del Valle	2262	2385	2049	1776	22 761	26 943
Total general	72 970	81 897	62 292	68 724	645 128	868 682

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA DURANTE 2012 (Comparativa con el año 2011)

CONSULTAS DE GUARDIA 2011 - 2012

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	ENERO	ENERO	FEBRERO	FEBRERO	MARZO	MARZO	ABRIL	ABRIL	MAYO	MAYO
Aguilares	3916	3479	3161	3134	3439	3299	3313	2796	3113	3057
Avellaneda	10 969	9918	9095	9465	9951	10 727	9662	9009	11 402	10 555
Centro de Salud	5540	6808	4834	6163	6963	6319	6099	5875	5926	6895
Concepción	7948	8558	6036	7283	7695	7301	7639	6550	6958	7340
Maternidad	2664	2929	2451	2700	2708	2838	2436	2685	2457	2880
Niños	9834	11 058	7761	8922	8651	9895	10 674	9335	12 390	11395
Obarrio	282	275	310	286	357	372	371	361	340	423
Padilla	8637	8533	7416	7390	7986	7732	7464	7128	7078	7653
Tafí Del Valle	1619	1746	1402	1408	1191	1199	1257	965	1084	782
Total General	51 409	53 304	42 466	46 751	48 941	49 682	48 915	44 704	50 748	50 980

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	JUNIO	JUNIO	JULIO	JULIO	AGOSTO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	OCTUBRE
Aguilares	2587	3264	2653	3543	3109	3488	3329	3863	3250	3455
Avellaneda	9444	11 372	9572	9084	9492	10 455	10 221	11 657	10 604	10 533
Centro de Salud	5157	6412	5107	6926	6312	7300	6398	7480	6503	7054
Concepción	5978	7620	5405	8189	7566	8088	7640	9018	7889	9156
Maternidad	2335	2661	2288	2492	2422	2660	2361	2671	2381	2807
Niños	10 176	11 892	9974	8006	9496	9609	9933	11 124	9992	10 288
Obarrio	313	325	327	357	332	401	338	361	366	434
Padilla	5908	6980	5894	7209	7157	7821	7462	8349	7931	8018
Tafí Del Valle	1183	599	1044	773	1239	606	1279	706	1239	559
Total general	43 081	51 125	42 264	46 579	47 125	50 428	48 961	55 331	50 155	52 307

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	TOTAL
Aguilares	2777	3280	2824	3393	37 471	40 051
Avellaneda	10 114	10 436	9092	10 746	119 618	123 957
Centro de Salud	6315	7110	6224	7180	71 378	81 522
Concepción	7783	8755	7854	8876	86 391	96 734
Maternidad	2383	2687	2730	2815	29 616	32 825
Niños	9783	10 994	9990	10 952	118 654	123 470
Obarrio	386	435	340	391	4062	4421
Padilla	8199	7716	7929	7243	89 061	91 772
T. Del Valle	1275	509	1142	570	14 954	10 422
Total general	49 015	51 922	48 125	52 404	571 205	605 517

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA DURANTE 2012 (Comparativa con el año 2011)

CIRUGÍAS REALIZADAS 2011 - 2012

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	ENERO	ENERO	FEBRERO	FEBRERO	MARZO	MARZO	ABRIL	ABRIL	MAYO	MAYO
Aguilares	22	4	6	3	17	19	11	11	2	16
Avellaneda	277	404	494	267	536	444	486	377	426	481
Centro de Salud	546	402	478	508	624	690	542	591	406	486
Concepción	364	380	320	269	397	359	341	333	293	418
Maternidad	671	509	602	518	674	543	633	319	696	565
Niños	424	364	361	336	452	435	401	395	288	423
Padilla	412	492	479	403	573	639	527	585	489	681
T. Del Valle	-	-	-	-	9	11	9	10	2	13
Total general	2170	2153	2262	1796	2658	2450	2408	2030	2196	2597

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	JUNIO	JUNIO	JULIO	JULIO	AGOSTO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	OCTUBRE
Aguilares	3	17	21	29	13	28	28	6	21	9
Avellaneda	331	472	351	442	393	587	407	419	416	472
Centro de Salud	373	381	388	649	564	694	781	499	758	589
Concepción	289	360	266	363	328	370	336	321	358	391
Maternidad	625	633	615	515	606	688	610	653	568	685
Niños	261	275	299	253	367	430	436	380	485	450
Padilla	329	591	263	549	474	648	608	510	621	591
T. Del Valle	4	4		5	13	2	9	8	9	4
Total general	1842	2352	1815	2156	2194	2753	2434	2297	2478	2602

HOSPITALES	2011	2012	2011	2012	2011	2012
	NOVIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	TOTAL
Aguilares	17	22	25	28	186	192
Avellaneda	413	414	440	371	4970	5150
Centro de Salud	687	541	633	698	6780	6728
Concepción	349	376	372	343	4013	4283
Maternidad	642	615	580	605	7522	6848
Niños	495	446	454	366	4723	4553
Padilla	640	553	498	312	5913	6554
T. Del Valle	4	-	5	-	64	57
Total general	2560	2426	2374	2025	34 180	34 372

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA DURANTE 2012 (Comparativa con el año 2011)

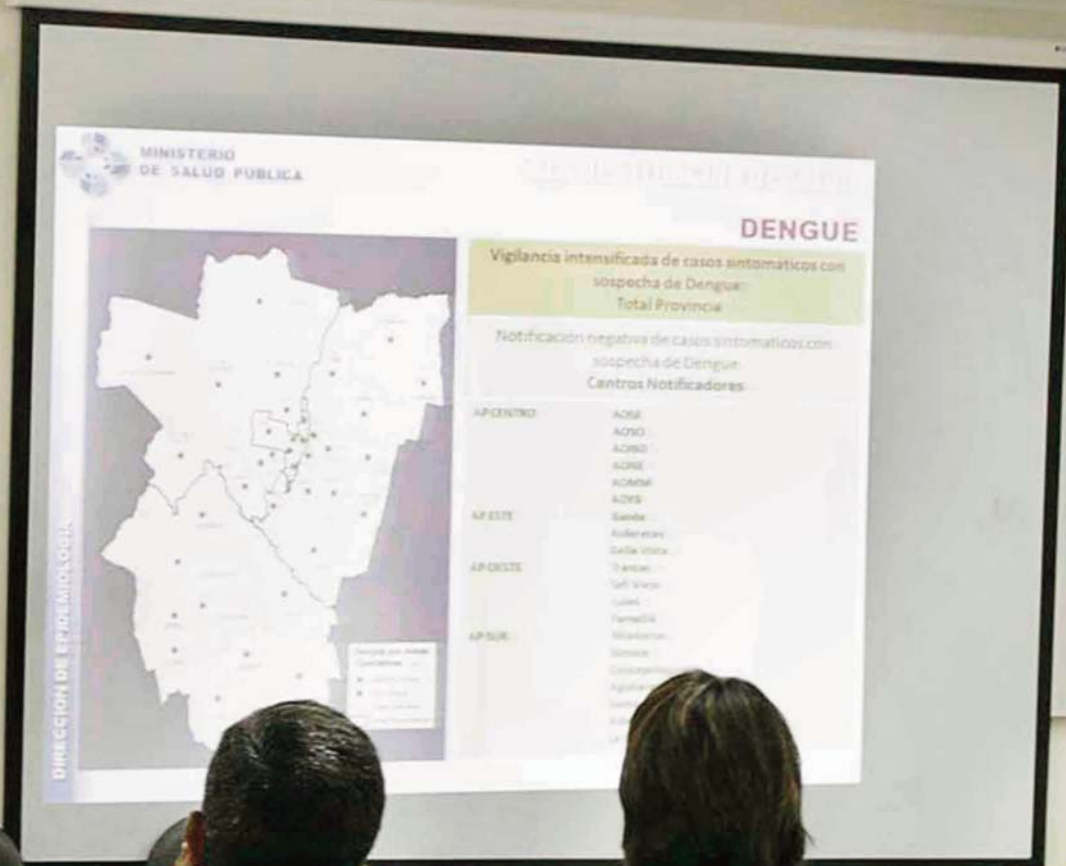
INTERNACIONES 2011 - 2012

HOSPITALES	2011 ENERO	2012 ENERO	2011 FEBRERO	2012 FEBRERO	2011 MARZO	2012 MARZO	2011 ABRIL	2012 ABRIL	2011 MAYO	2012 MAYO
Aguilares	130	98	96	90	125	120	139	110	117	112
Avellaneda	848	906	741	850	860	932	918	814	1029	1021
Centro de Salud	722	816	631	664	702	694	673	604	601	744
Concepción	1021	964	923	833	1029	951	966	831	903	1043
Maternidad	1507	1508	1461	1332	1505	1509	1485	1357	1541	1552
Niños	776	889	669	775	789	887	776	777	899	922
Obarrio	28	35	30	28	28	39	29	34	30	40
Padilla	724	826	645	679	816	856	786	820	744	863
T. Del Valle	49	45	41	45	48	65	51	38	42	61
Total general	5805	6087	5237	5296	5902	6054	5823	5385	5907	6358

HOSPITALES	2011 JUNIO	2012 JUNIO	2011 JULIO	2012 JULIO	2011 AGOSTO	2012 AGOSTO	2011 SEPTIEMBRE	2012 SEPTIEMBRE	2011 OCTUBRE	2012 OCTUBRE
Aguilares	126	127	132	179	107	142	159	96	150	120
Avellaneda	879	1101	893	988	880	858	925	794	830	858
Centro de Salud	544	665	375	754	572	831	671	790	708	838
Concepción	846	970	809	1034	885	961	904	833	907	956
Maternidad	1405	1428	1323	1420	1358	1314	1369	1259	1352	1300
Niños	844	1042	778	916	831	824	878	803	842	907
Obarrio	24	41	41	32	28	36	28	42	27	33
Padilla	644	807	602	800	694	909	821	841	820	925
T. Del Valle	34	50	26	40	43	38	54	38	49	53
Total general	5346	6231	4979	6164	5399	5921	5809	5496	5685	5990

HOSPITALES	2011 NOVIEMBRE	2012 NOVIEMBRE	2011 DICIEMBRE	2012 DICIEMBRE	2011 TOTAL	2012 TOTAL
Aguilares	135	118	124	92	1540	1404
Avellaneda	864	806	856	820	10 523	10 748
Centro de Salud	630	809	640	620	7469	8829
Concepción	910	923	941	855	11 044	11 154
Maternidad	1389	1118	1427	839	17 122	15 936
Niños	862	791	847	761	9791	10 294
Obarrio	28	31	33	25	354	416
Padilla	890	873	811	858	8997	10 057
T. Del Valle	46	42	40	33	523	548
Total general	5 755	5 514	5 719	4 903	67 366	69 399

Sala de Situación



Una herramienta indispensable para la toma de decisiones en Salud Pública

Hallándose en continuo desarrollo, este innovador espacio de trabajo se constituye como un modelo a seguir a nivel nacional.

La Sala de Situación de Salud (SDSS) es un dispositivo que permite realizar un diagnóstico de la situación epidemiológica de la provincia con orientación al pasado, presente y futuro, favoreciendo así la toma de decisiones que posibiliten la ejecución de acciones oportunas para el beneficio de la salud de la población.

Es un espacio virtual y físico donde la información es analizada sistemáticamente por un equipo de profesionales con el fin de caracterizar la situación de salud de una región (coyuntural o de contingencia); analizar factores determinantes de la misma; visualizar las soluciones más viables y factibles, de acuerdo con el contexto local; además de monitorizar resultados y evaluar el impacto de las medidas tomadas.

Se encuentra institucionalizada mediante la resolución N° 117/CPS del 31/01/03, gracias a decisiones políticas orientadas a fortalecer la gestión de la información y la correspondiente cons-



trucción de indicadores sanitarios que permitan visualizar la identificación de los principales problemas de salud, grupos vulnerables y el impacto de las intervenciones, entre otros.

A partir de su creación, la Sala de Situación de Salud viene funcionando de forma ininterrumpida, alcanzado un desarrollo en todo sentido: recursos humanos, capacidad de análisis de la información, uso de herramientas informáticas para el análisis de los

datos, entre otros.

El encargado específico de actualizar y renovar periódicamente los indicadores de seguimiento de diversas enfermedades u otros eventos relacionados con la salud, es el Departamento Unidad de Análisis y Monitoreo de la Salud (UnAMoS) perteneciente a la Dirección de Epidemiología, quien trabaja conjuntamente con otras Direcciones del Siprosa que están estrechamente vinculadas a los sistemas de información sanitaria.

Formatos de presentación

1- Sala de Situación de Salud Física

Actualmente la SDSS cuenta con un nuevo espacio físico ubicado en la sede central del Siprosa, que se caracteriza por su fácil acceso y multiplicidad de contenidos y actualizaciones en relación con la información sanitaria de nuestra provincia.

Además, cuenta con un sistema multimedia que presenta en forma dinámica información de actualización periódica sobre diversos temas concernientes a la salud.

En este lugar se pueden apreciar distintos paneles con indicadores de los siguientes temas:

✓ Índices demográficos y so-



ciosanitarios;

✓ Estructura y producción de los servicios de salud;

✓ Indicadores de morbilidad y mortalidad;

✓ Salud materno-infantil;

✓ Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM);

✓ Indicadores de vigilancia vectorial;

✓ Indicadores de vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT);

2- Sala de tipo Conferencia

Consiste en la presentación semanal de la situación sanitaria de la Provincia ante las autoridades del Ministerio de Salud Pública y referentes provinciales del Siprosa (Dirección General de Programa Integrado de Salud, Dirección Ge-



neral de Red de Servicios de Salud, directores de Áreas Programáticas y Operativas, directores de hospitales, y otros invitados).

Este encuentro es considerado como una importante herramienta de monitoreo periódico de la situación de salud de la población, cuya construcción de indicadores se realiza a partir de las siguientes fuentes de información de actualización permanente:

- ✓ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVS).
- ✓ Sistema Informático Provincial de Gestión Hospitalaria y de CAPS.
- ✓ Estadísticas de Salud de los Servicios.
- ✓ Programas de Prevención y Control de enfermedades.
- ✓ Boletines del Ministerio de Salud de la Nación.
- ✓ Sitios de Vigilancia epidemiológica de provincias y países limítrofes.
- ✓ Notificación diaria de eventos bajo vigilancia intensificada o negativa.



- ✓ Datos de la Dirección de Estadística de la Provincia.
- ✓ Estudios de campo realizado por la Dirección General de la Red de Servicios.
- ✓ Datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.
- ✓ Investigaciones realizadas por los residentes de epidemiología y
- ✓ otras fuentes informales (rumores, medios masivos de información, referentes de diversas organizaciones, páginas de internet de la OMS, CDC y red de vigilancia de enfermedades transmisibles,

Indec, sanatorios privados, etc.).

3- Conferencia de Prensa

El equipo del Departamento de Comunicación y Promoción para la Salud del Ministerio de Salud Pública se encarga de difundir a la población el Boletín Epidemiológico en el cual se informa la situación de salud recientemente evaluada en el momento de la Sala de Situación de tipo Conferencia. Para ello, se trabaja conjuntamente con los medios de comunicación locales y dependencias del Sistema.

Dicho Boletín puede encontrarse en la página web del Ministerio de Salud Pública (www.msptucu

man.gov.ar), desde donde la población puede acceder a la información, fotografía y videos. Además, se publica en nuestros nuevos sitios de redes sociales (Facebook, Twitter, YouTube y Soundcloud).

Toma de decisiones

El esquema del proceso de toma de decisiones en la modalidad de conferencia de análisis de situación de salud se realiza de la siguiente manera:

1. Presentación de los indicadores de seguimiento semanal.

2. Análisis de la situación sanitaria a partir de los indicadores mostrados por parte de los organismos que intervienen en la gestión de recursos y de la salud.

3. Discusión por temas sobre causas y factores que pueden ser modificados.

4. Toma de decisiones basada en evidencia vista en la presentación:

✓ Intervenciones o medidas de control a cargo de diversos organismos de salud.

✓ Demanda de mayor información para la mejor comprensión de los problemas.

✓ Estudio en detalle de la situación o investigaciones de campo para ampliar la situación o identificar grupos vulnerables.

✓ Activación de equipos de respuesta: "Comités de Emergencia".

✓ Conformación de equipos para la planificación de intervenciones a corto o mediano plazo.



Aportes en situaciones puntuales

✓ Seguimiento y toma de decisiones a partir del monitoreo de enfermedades de comportamiento estacional.

En determinadas épocas del año, patologías estacionales (como bronquiolitis, enfermedad tipo influenza, neumonías, diarreas, varicela) muestran ascensos superiores a lo esperado habitualmente, dando lugar a situaciones como brotes o epidemias.

En estos casos, se realiza un seguimiento semanal para ajustar las intervenciones como la reorganización de los servicios de atención de salud para absorber la demanda de atención. Además, existen protocolos elaborados por los comités de emergencia quienes identifican la situación según la enfermedad y dan respuesta como: el refuerzo de recursos humanos o insumos necesarios para enfrentar la contingencia; adecuación de distintos servicios de los hospitales de mayor complejidad para la atención de pacientes graves; la organización de derivaciones y gestión de camas; el seguimiento domiciliario de pacientes dados de alta, entre otros.

✓ Monitoreo de medidas preventivas ante potenciales epidemias (dengue, nuevo tipo de virus influenza, SARS, cólera).

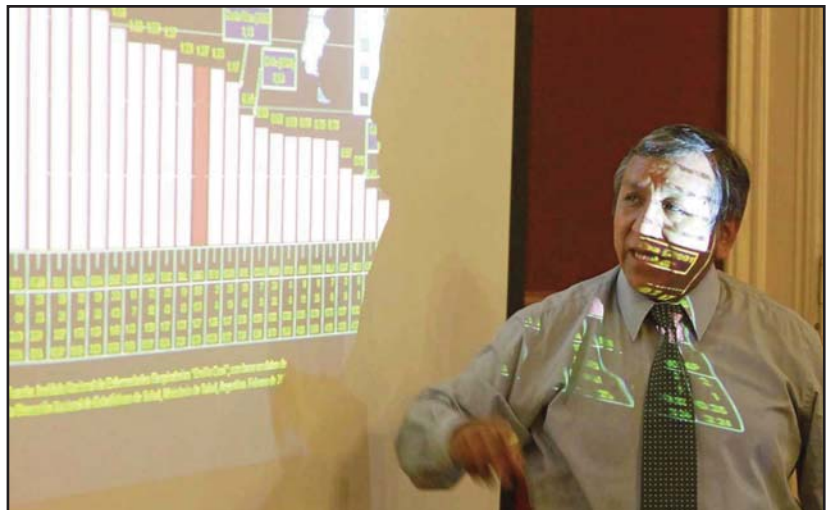
Tomando como base el comportamiento de las enfermedades en el contexto regional, se evalúa la cobertura de medidas de prevención como “descacharrado”, educación poblacional a cargo de agentes sociosanitarios; monitoreo rápido de coberturas de vacunación y evaluación y gestión sobre saneamiento básico, entre otras.

✓ Seguimiento y monitoreo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y otros eventos de salud.

Ante esta situación, las medidas de prevención no implican la ur-

gencia de las enfermedades estacionales. No obstante por su importancia, se emiten directivas para la planificación de intervenciones mediante programas a largo plazo o la gestión con otras organizaciones del Estado.

En otras situaciones —como la atención de accidentes— se evalúa la respuesta que brinda el servicio de emergencias de la provincia. También se verifica el comportamiento de los indicadores sanitarios luego de las intervenciones poblacionales realizadas en años anteriores (tabaquismo, mortalidad materno-infantil, obesidad, actividad física) a fin de mantener las intervenciones o fortalecer las mismas para mejorar o sostener los indicadores alcanzados.



Servicio de Cardiología

Hospital Centro de Salud



Dr. Carlos Salazar

Excelencia en la atención y resolución de patologías cardiovasculares agudas

El recurso humano altamente calificado y la moderna tecnología con la que cuenta, lograron que las prestaciones que se ofrecen en Tucumán sean modelo para la región NOA

El Servicio de Cardiología del Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán brinda atención integral a pacientes con enfermedades cardiovasculares, desde lo que respecta a la prevención hasta el intervencionismo y cirugías de alta complejidad.

Está integrado por cuatro sectores:

Unidad de Clínica Médica, en la cual se brinda atención y tratamiento ambulatorio a todos aquellos pacientes que consultan de manera espontánea o que son derivados con un cuadro de baja o mediana complejidad.

Unidad de Hemodinamia, especializada en el estudio del movimiento de la sangre en arterias y venas, es el sector en el cual se realiza un diagnóstico e intervención terapéutica a todos los pacientes con patologías cardíacas.

Unidad Coronaria, donde se asiste la emergencia cardiovascular propiamente dicha de aquellos enfermos críticos que necesitan



de un monitoreo continuo.

Unidad de Cirugía Cardiovascular,

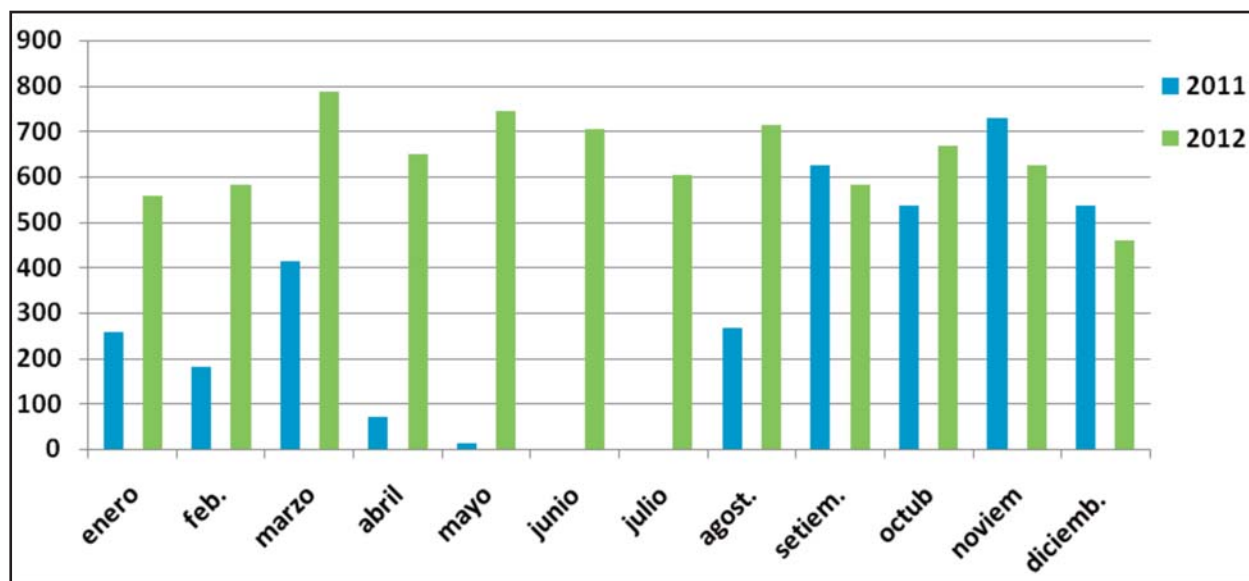
donde se realizan intervenciones quirúrgicas de alta complejidad médica, como por ejemplo: un reem-

plazo valvular aórtico, o un puente arterial coronario, entre otros.

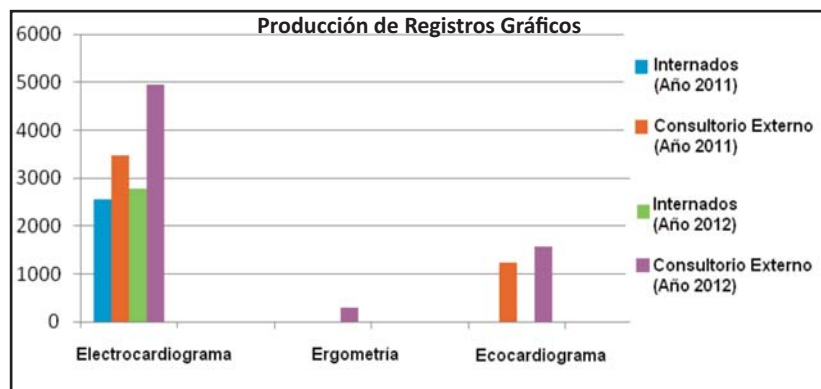
Logros alcanzados durante 2012

✓ Se amplió la cartera prestacional en el consultorio externo del Servicio

de Cardiología, lo que llevó a un incremento generalizado en el número de consultas de pacientes ambulatorios, que pasó de 3972 (en el 2011) a 7676 (en 2012).



✓ Se creó el **Sector de Registros Gráficos**, un moderno espacio con equipamiento nuevo y todas las comodidades básicas para la realización de electrocardiogramas, ecocardiogramas y ergometrías. Esto permitió incrementar el número de exámenes del corazón que pasó de 7248 (en el 2011) a 9414 (en 2012).



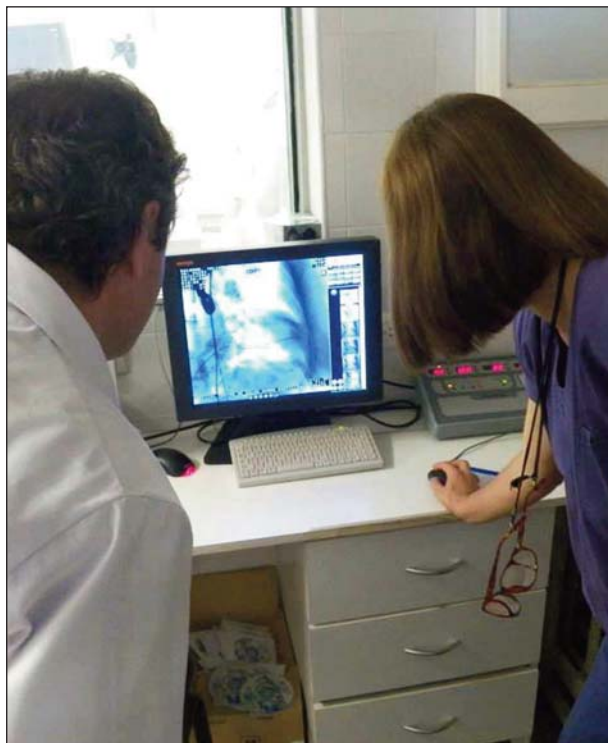


✓ Se incorporó nuevo equipamiento en la **Unidad de Hemodinamia** para la realización de cateterismos, angioplastías y colocación de stents. Esto permitió efectuar mayores intervenciones de infarto agudo de miocardio, anginas inestables y otro tipo de procedimientos.

Año 2012

PROCEDIMIENTOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
PROC. DIAGNÓSTICO	25	16	27	21	26	23
PROC.TERAPÉUTICOS	21	3	12	9	10	16
CONSULTAS	81	34	76	76	64	65

PROCEDIMIENTO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PROC. DIAGNÓSTICO	23	30	38	23	33	20
PROC.TERAPÉUTICOS	11	7	11	14	19	11
CONSULTAS	—	56	89	63	94	28



✓ La Unidad de Cirugía Cardiovascular duplicó el número de cirugías de alta complejidad, dando mayor y mejor respuesta a pacientes sin obra social que antes eran derivados a instituciones privadas.

Cirugía	Número
Reemplazo valvular Aórtico	10
Doble reemplazo valvular	1
Comunicación Interauricular (CIA)	5
Aneurisma de Aorta	2
Bypass Aortocoronario	11
Mixoma de Aurícula Izquierda	1
Otros	24
Total	54

✓ Se creó el Comité de Evalua-

ción de Patología Cardiovascular de Alta Complejidad conformado por un equipo de especialistas que evalúan los casos complejos a fin de emitir recomendaciones para el tratamiento del paciente o la necesidad de una intervención quirúrgica.

✓ Se amplió, refaccionó y remodeló a nuevo la Unidad Coronaria del Hospital que tiene una superficie actual de 483 m² y capacidad para 18 camas de internación. Está conformado por boxes individuales de 9m² cada uno,

que permiten la observación directa y permanente desde la Estación Central.

Cuenta con equipamiento de última tecnología, un grupo electrógeno propio (UPS), aire climatizado, aislamiento sonoro del medio externo, sala de espera, área de administración y atención al público, circulación diferenciada para el personal, entre otros.

Esta obra, permitió incrementar de manera significativa tanto la internación de pacientes con pa-

tologías cardiovasculares, (que pasó de 387 en 2011 a 626 en 2012) como el porcentaje de ocupación de camas (de 76 a 82).

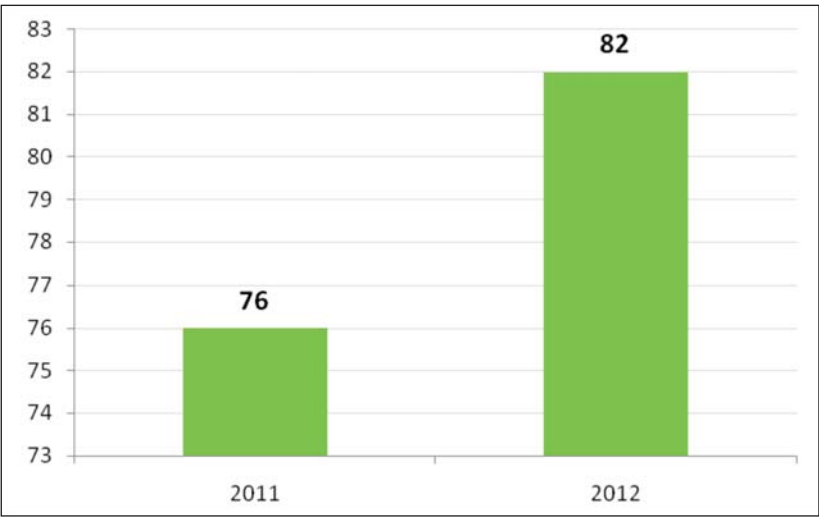
Próximos objetivos

- ✓ Implementación de la Unidad de Hemodinamia 24 horas, para la cual se está gestionando incorporar más recurso humano capacitado en este tipo de procedimientos de alta complejidad.
- ✓ Creación de un Consultorio de Seguimiento de Insuficiencia Cardíaca para los pacientes externados de la Unidad Coronaria y estudios de Eco Stress para el diagnóstico de la Cardiopatía Isquémica.
- ✓ Formación de la Unidad de Electrofisiología, para realizar procedimientos de estudio y tratamiento de patologías del ritmo cardiaco (arritmias).
- ✓ Adquisición de nuevos equipamientos, como la Sonda Transesofágica Tridimensional que permitirá realizar estudios de alta complejidad del corazón en tiempo real. Se está trabajando para su incorporación en el año 2013, el primero en el Noroeste Argentino.

Internación en Unidad Coronaria- 2012

Meses	Porcentaje Ocupacional	Giro de cama	Promedio días de estadía	Promedio de camas disponibles
Enero	68,4	7,8	3	5
Febrero	66,0	6,3	3	5
Marzo	72,2	8,2	3	5
Abril	63,8	8,1	2	5
Mayo	60,7	7,7	3	6
Junio	55,0	9,0	2	6
Julio	48,0	6,3	2	8
Agosto	53,2	7,0	2	8
Septiembre	74,2	6,4	3	8
Octubre	75,0	8,8	3	9
Noviembre	67,4	8,5	3	9
Diciembre	41,2	3,8	3	17

Giro de camas Unidad Coronaria (UCO). Año 2011-2012



Referencia y Contrarreferencia



Una manera de contribuir a mejorar la calidad de atención

Se trata de un Sistema donde los distintos niveles de atención actúan de manera coordinada y articulada, en función de las necesidades y características de la comunidad

El Sistema Provincial de Salud posee una red de establecimientos conformada por un conjunto de efectores de diferentes niveles de riesgo, complejidad y capacidad de resolución; cuya combinación de recursos y servicios tiende a asegurar la provisión y continuidad de un conjunto de acciones prioritarias de salud.

✓ El **Primer Nivel de Atención** está constituido por los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), efectores de autogestión, y centros municipales de asistencia.

✓ El **Segundo Nivel de Atención** está conformado por los hospitales de baja y mediana complejidad, en los que se realiza atención ambulatoria de las especialidades básicas y algunas críticas.

✓ El **Tercer Nivel de Atención** está representado por los hospitales de referencia que implican el mayor nivel de resolución en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.



El **Sistema de Referencia y Contrarreferencia** se basa en el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten ofrecer una prestación adecuada al usuario del servicio de salud, con la debida oportunidad y eficacia. Representa la derivación de pacientes entre distintos establecimientos sanitarios, articulando una Red Asistencial.

***Referencia:** derivación del paciente desde un CAPS hacia el hospital de referencia para una complementación terapéutica.

***Contrarreferencia:** derivación en sentido contrario para seguimiento del paciente por su médico de cabecera, en el CAPS de la zona.

Objetivos

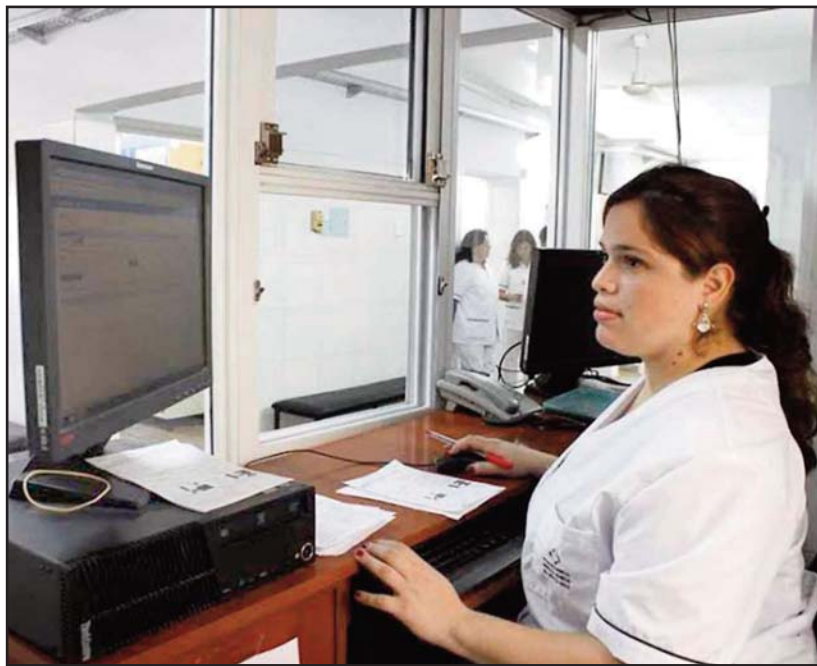
- ✓ Optimizar la calidad de atención.
- ✓ Disminuir los tiempos de espera.
- ✓ Optimizar los recursos disponibles.
- ✓ Mejorar la accesibilidad del paciente.

Ventajas

✓ Asegura el seguimiento continuo del paciente, desde su captación hasta la resolución de su patología o posteriores controles en caso de que su patología lo requiera.

✓ Evita la congestión hospitalaria, asegurando la permanencia de la información del paciente y evitando la suerte de teléfono descompuesto entre entidades y profesionales.

✓ La información circula vía correo electrónico desde las áreas operativas y programáticas al Centro de Referencia y Contrarreferencia, y a las oficinas nodo ubicadas en cada hospital de segundo y tercer nivel de complejidad.



✓ Contempla tanto al paciente ambulatorio como al horizontal, interviniendo de esta forma en

el trabajo conjunto y adecuado entre los diferentes niveles de complejidad.



✓ Establece un verdadero trabajo en red, en la que se hace indispensable la coordinación entre CAPS, áreas operativas, áreas programáticas, programas de salud y Dirección de Emergencias.

Circuito de Referencia y Contrarreferencia

Para poner en marcha este sistema se estableció un circuito básico con formularios de referencia y contrarreferencia que actúan

como guías, en los cuales el paciente acude al CAPS u hospital más cercano, donde es evaluado por el médico correspondiente.

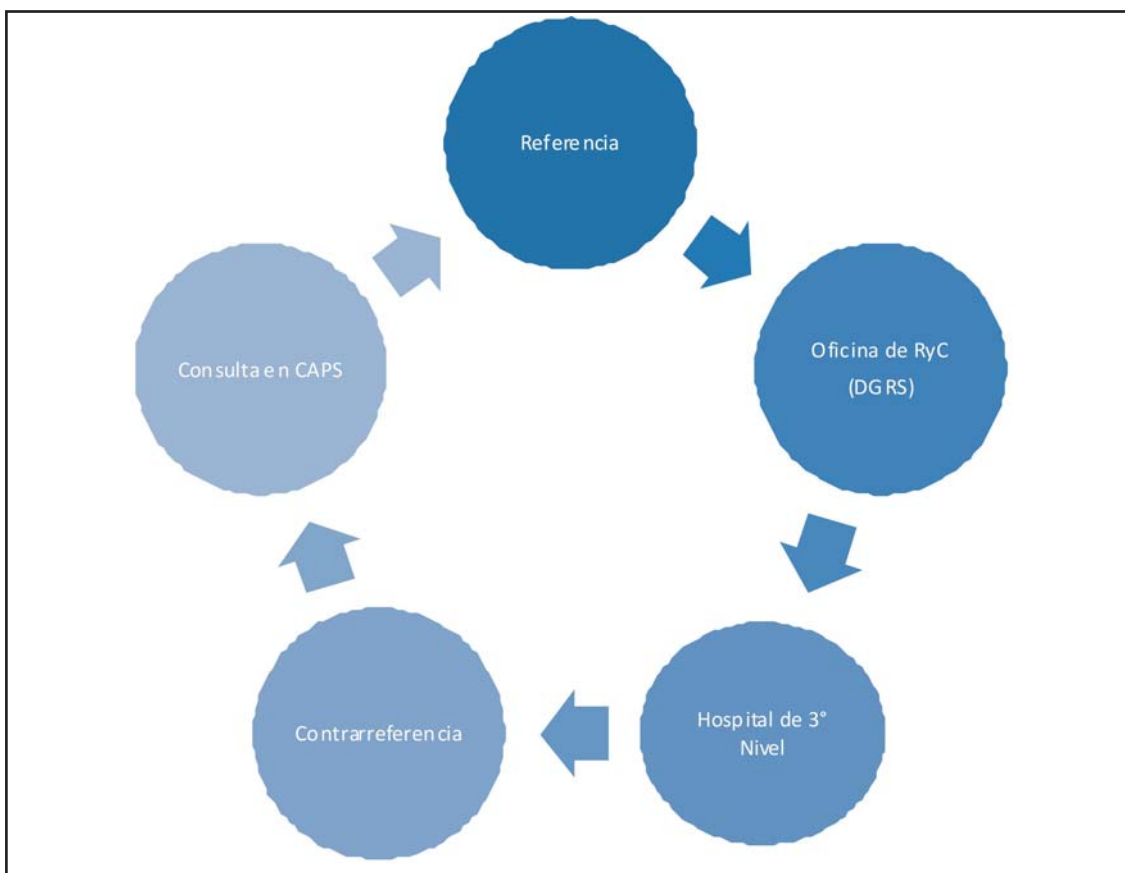
En caso de que su patología no pueda resolverse en el primer o segundo nivel de atención, dicho establecimiento le gestionará un

turno en el hospital de tercer nivel a través de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia.

El día del turno, el paciente deberá concurrir al hospital 15 minutos previos al horario establecido con su Documento Nacional de Identidad, carnet de obra social

en caso de tenerlo y último recibo de sueldo.

Luego que el paciente fue tratado, se realiza la derivación en sentido contrario (contrarreferencia) donde el paciente regresa al CAPS de la zona para su seguimiento a cargo de su médico de cabecera.



ANEXO 1 FORMULARIO DE REFERENCIA "A"	
AREA OPERATIVA:	
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN:	FECHA:
HORA:	ESTABLECIMIENTO:
APELLIDO Y NOMBRE DEL USUARIO	ESTABLECIMIENTO DESTINO:
FECHA DE NACIMIENTO:	OS O PP:
DOMICILIO:	TELÉFONO:
APELLIDO Y NOMBRE DEL FAMILIAR/ACOMPANANTE:	
DNI:	
DOMICILIO:	TELÉFONO:
MOTIVO DE LA DERIVACION:	URG ENCI/EMERGENCIA:
	INTERCONSULTA:
	INTERCONSULTA:
	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO:
	CONTROL:
RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA:	
DIAGNOSTICO:	
TRATAMIENTO PREVIO (SI/NO):	CUALP:
RESPONSABLE DE LA REFERENCIA:	

Formulario de Contrareferencia "B"	
FECHA:	HOSPITAL:
APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD:
DOMICILIO:	DNI:
ESPECIALIDAD:	
DIAGNOSTICO:	
TRATAMIENTO INDICADO:	
NUEVA INTERCONSULTA:	
SELLO:	FIRMA:

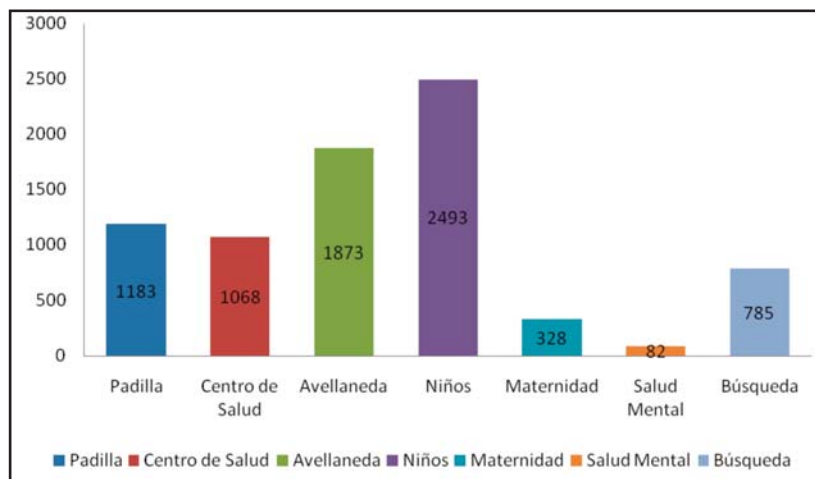
Logros 2012

✓ En el período comprendido entre septiembre de 2011 a diciembre de 2012, se realizó un total de 7822 referencias provenientes de diferentes puntos de la provincia y distribuidas según necesidad en los diferentes nosocomios.

✓ Se estableció la oficina central de Referencia y Contrareferencia en la Dirección General de Red de Servicios del Siprosa.

✓ Se crearon oficinas nodo en cada hospital del tercer nivel de

Distribución de pacientes referenciados según hospital destino. Septiembre de 2011- diciembre de 2012 (n=7.822)



complejidad que compone este Sistema, sumado al referente res-

pensible de cada centro asistencial de esta provincia.

Porcentajes de interconsultas según especialidad y según hospital.
Septiembre de 2011- diciembre de 2012 (n=7822)

ESPECIALIDAD	HOSP. PADILLA	HOSP.Z. SANTILLAN	HOSP. AVELLANEDA	HOSP. REGIONAL CONCEPCION	INST. MATERNIDAD	HOSP. DE NIÑOS	HOSP. SALUD MENTAL
NEUROLOGIA	25%	-----	-----		-----	60%	-----
GASTROENTEROLOGIA	14%	17%	-----		-----	13%	-----
TRAUMATOLOGIA	33%	18%	26%	38%	-----	-----	-----
CIRUGIA	13%	22%	11%		-----	-----	-----
ENDOCRINOLOGIA	15%	30%	-----			13%	
ORL	-----	-----	46%		-----	7%	-----
CARDIOLOGIA	-----	-----	17%		-----	-----	-----
OFTALMOLOGIA				23%			
UROLOGIA	-----	13%	-----		-----	-----	-----
NEUMONOLOGIA	-----	-----	-----		-----	7%	-----
FLEBOLOGIA				15%			
REUMATOLOGIA				23%			
EST.COMPL.	-----	-----	-----		27%	-----	-----
TGI	-----	-----	-----		25%	-----	-----
MASTOLOGIA	-----	-----	-----		18%	-----	-----
ALTO RIESGO	-----	-----	-----		16%	-----	
EEG	-----	-----	-----		-----	-----	55%
PSIQUIATRIA	-----	-----	-----		-----	-----	37%

Proyectos a mediano plazo

✓ Crear las oficinas de R/CR en los hospitales nodos carentes de ellas, y en cada área operativa, contando con su propio sector, mobiliario y recurso humano, des-

centralizando así la actividad operacional del Centro de Referencia y Contrarreferencia.

✓ Trabajar sobre disponibilidad de camas de los niveles de com-

plejidad segundo y tercero para lograr un equilibrio entre la complejidad necesaria para cada paciente y la ofrecida por la institución.

Recursos Físicos



Más obras para mejorar la salud de los tucumanos

Continuamos con la tarea de construir y modernizar los servicios de salud de la Provincia

2012 fue un año muy significativo para nuestra provincia en materia de infraestructura sanitaria ya que se invirtió un total de 64 044 395 millones de pesos en obras que incluyeron edificios nuevos, remodelaciones, ampliaciones y mantenimiento.

Estas obras, que representan una superficie total de 26 841 metros cuadrados, posibilitaron el mejoramiento de la capacidad resolutive de todos nuestros hospitales y centros de Atención Primaria de la Salud.

Obras 2012

Hospital de Día Presidente Néstor Kirchner

- Superficie: 9960 m²
- Monto de obra: \$33 700 000.
- Financiamiento: Siprosa –PAMI – fondos provinciales

✓ Se puso en marcha la construcción de este moderno Centro de Atención Ambulatoria de seis pisos que funcionará con las características de hospital de día, atendiendo distintas especialidades: cirugía mayor ambulatoria,



odontología de alto nivel; hemato-oncología; cuidados paliativos; laboratorios de salud pública y áreas para capacitaciones, además de otros servicios complementarios de apoyo.

Hospital Eva Perón

- Superficie: 12 800 m² /9 hectáreas
- Financiamiento: gobierno local (\$1 615 283) - Estado Nacional (\$20 000 000) - Fundación de Ayuda al Desarrollo, de España, (€ 15 900 823,30).

✓ Se inició la edificación del hospital propiamente dicho que

consistió en la construcción del acceso vehicular, alimentación eléctrica, planta y red colectora de líquidos cloacales, alimentación de gas natural, circulaciones interiores, estacionamiento, rampas, y cerca perimetral. Además, incluyó la instalación del equipamiento informático, enlaces digitales y radiocomunicación.

Hospital Regional de Concepción Miguel Belascuain

- Superficie: 4006 m²
- Monto de obra: \$12 500 000.
- Financiamiento: Siprosa– Miñera La Alumbra.

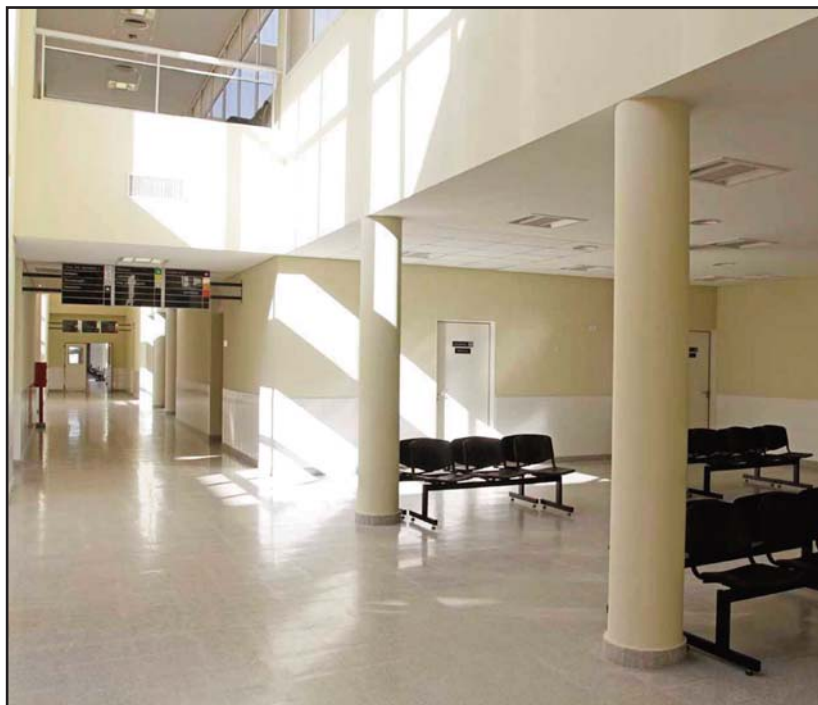
✓ Se puso en marcha la primera etapa de obras que incluyó la construcción de un ala nueva sobre calle Obispo Colombres que permitió trasladar el sector de Laboratorio y Hemoterapia a la planta baja, y las áreas de conducción, Dirección, Administración y sector personal al primer piso.

✓ Se reestructuró y equipó el Servicio de Unidad Coronaria– Terapia Intensiva, y se realizó una adecuación del equipamiento y recurso humano en el área de Emergencia.

Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda

✓ Se construyó la Capilla “Nuestra Señora de Lourdes” de 90,65 m² (superficie cubierta: 62,29 m², superficie semicubierta: 7,63

m², y superficie descubierta: 20,73 m²), que permitió que los familiares de enfermos dispongan de un lugar para rezar.



Instituto de Maternidad y Ginecología “Nuestra Señora de las Mercedes”

✓ Se construyó el nuevo Servicio de Neonatología con una capacidad de 60 unidades de atención, conformado por los sectores de: Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Intermedia Neonatal, Recuperación Nutricional, Pre-alta, y área de apoyo. Ocupa la totalidad del 3° piso del efector (820 m²) y cuenta con equipamiento de última tecnología. Monto de la obra: \$3 450 000.

✓ También se remodeló com-



un complejo equipo de radiología y radioscopía.

✓ Se acondicionó y remodeló a nuevo la nueva sala de Salud Mental (163 m²) destinada a la a la internación de pacientes en crisis con cuadros agudos de salud mental.

✓ Se realizó la ampliación del Servicio de Esterilización, se puso en funcionamiento un nuevo sistema de esterilización por óxido de etileno, y se instaló una losa rampa que une el servicio de Emergencias con los quirófanos, mejorando la comunicación existente. Además, se refuncionalizó el espacio existente con una superficie total de 120 m² (64 m² en planta baja y 56 m² en el primer piso).

pletamente el Servicio de Esterilización que abarcó mejoras en las dependencias internas para el personal; sector de recepción, lavado, preparación y acondicionamiento de materiales como esterilizadores y estufas especiales, entre otros. Monto de la obra: \$342 000.

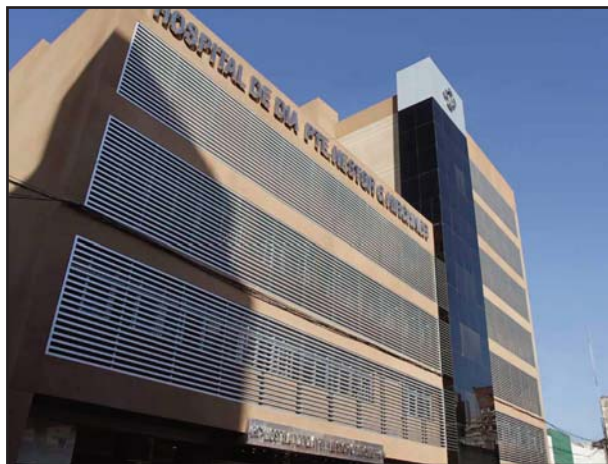
venciones exitosas.

✓ Se reestructuró y remodeló el Servicio de Diagnóstico por Imágenes y se incorporó un nuevo tomógrafo computarizado helicoidal y multicorte, 3 ecógrafos, y

Hospital Ángel C. Padilla

✓ Se concretó la primera etapa de obras en dicho hospital que comprendió la construcción de un nuevo quirófano (211,40 m²), la refacción íntegra del existente, y la creación de una sala de recuperación conectada con las salas de internación. Con esto, se dejó habilitada la Unidad de Trasplante Renal que comenzó a funcionar el 3 de julio y al 31 de diciembre ya registraba 10 inter-





✓ Se remodeló y equipó completamente el anfiteatro “Tiburcio Padilla”, un espacio de encuentro y aprendizaje con una capacidad para 180 personas.

Hospital Centro de Salud

✓ Se remodeló la nueva Unidad de Tomografía en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes, con una superficie de 450 m², lo que permitió ubicar a este servicio a la altura de los más sofisticados que existen en el sector privado. Monto de la obra: \$924 000.-

✓ Se remodeló la primera etapa del área del Servicio Quirúrgico (330 m²) que comprendió la construcción de 3 quirófanos con sus respectivos sectores auxiliares. Monto de la obra: \$720 000.

✓ Se remodeló la Unidad Coro-

naria (561 m²) provista de 18 camas en boxes individuales de 9 m² cada uno y con equipamientos de última generación. Monto de la obra: \$2 600 000.-

Casa Central Siprosa

✓ Considerando la necesidad de realizar un mantenimiento general de su fachada, se propuso revalorizar y resaltar todos sus elementos con una intervención minuciosa y el asesoramiento de la Comisión de Patrimonio Cultural de la Provincia.

✓ Se refaccionó la fachada del edificio de manera integral: se cambió todo el sistema pluvial desde la cubierta hasta la calle; se reemplazó el basamento de mármol por uno nuevo de mármol Galala; se repararon las molduras

en mal estado; se aplicó un nuevo revestimiento acrílico tipo piedra París; se repararon y completaron las rejas de ventanas; se cambió toda la vereda; se embutieron o fueron retirados los cables aéreos de las instalaciones (informática, electricidad, telefonía, etc.); se recuperó el color de las carpinterías; y se utilizó un sistema de iluminación que realza y revaloriza toda la fachada. Monto de la obra: \$393 644.-

CAPS Dominga Guerrero, Las Salas, San Javier (Área Operativa Yerba Buena)

✓ Se realizaron trabajos de remodelación en el puesto sanitario existente (250 m²), que ahora cuenta con enfermería, una amplia sala de espera; consultorios clínico, pediátrico, y odontológico; farma-

cia; administración; oficinas y depósitos; y baños para discapacitados. Monto de la obra: \$580 000.

CAPS María Auxiliadora (Área Operativa Noroeste)

✓ Se dejó habilitado un nuevo consultorio de odontología y de ginecología, y se remodeló la sala de espera, sanitarios y espacios donde los equipos de salud desarrollan diversas actividades. Monto de la obra: \$350 000.-

Policlínica San Rafael (Área Operativa Nordeste)

✓ Se reubicó el Laboratorio de Análisis Clínicos y Bacteriológicos con un mayor desarrollo de mesadas; más iluminación, ventilación y equipamiento. También se me-



joró la fachada con mejor accesibilidad en vereda: cambio de piso, rampa, baranda, pintura exterior y embutido de cañerías. Monto de la obra: \$200 000.

CAPS San Martín (Área Operativa Sudeste)

✓ Se realizó el reemplazo de la cubierta de todo el servicio, con aumento de la pendiente, cambio de chapas y estructura; se reparó el cielorraso suspendido en sectores afectados por filtraciones; se ampliaron servicios de enfermería, consultorios, baños públicos y salón de usos múltiples. Monto de la obra: \$280 000.

CAPS Los Aguirre (Área Operativa Sudeste)

✓ Se refaccionó la admisión, baños, y consultorios, mediante el cambio de revestimientos, cielo-rasos, pisos con las instalaciones correspondientes; se creó un salón de usos múltiples con galería en



el contrafrente y se mejoró la fachada y vereda mediante un cambio de piso, colocación de rampa y baranda, marquesina como protección climática y expansión de la sala de espera.

CAPS Barrio Sarmiento (Área Operativa Sudeste)

✓ Se planteó la realización de un sobretecho de chapa sobre la losa existente, realizándose una estructura metálica sobre pilares y cubierta con caída libre a terreno absorbente; se ampliaron los consultorios de fonoaudiología (con cabina acústica) y odontología (pintura de fachada y casillas de servicio). Monto de la obra: \$150 000.

Policlínica Villa Mariano Moreno (Área Operativa V. M. Moreno)

✓ Se cambió la cubierta y cielo-raso deteriorado en una superficie de 50 m², correspondiente a consultorios externos, admisión y baños; se cambiaron los pisos; se realizaron revestimientos e instalaciones complementarias; se pintó el exterior e interior en fachada y locales en general; y se renovó equipamiento. Monto de la obra: \$290 000.-

CAPS Los Romanos (Área Operativa Lules)

✓ Se amplió y remodeló la sala



de espera, consultorios y enfermería, incluyendo instalación sanitaria, revoques, revestimientos, pisos y cielorrasos; y se realizó el cambio completo de cubierta. Superficie total de la obra: 173 m² (superficie cubierta: 151,8 m² y superficie semicubierta: 21,2 m²).

CAPS La Cañada (Área Operativa La Ramada)

✓ Se agregaron elementos de adecuación, como ser un baño público para discapacitados, admisión, depósitos de leche y medicamentos; se amplió la enfermería; se acondicionaron los ser-

vicios con nuevos revestimientos, iluminación y pintura; y se cambiaron las instalaciones (agua, cloaca y electricidad). Monto de la obra: \$320 000.

CAPS Los Pereyra (Área Operativa Estación Aráoz)

✓ Se amplió y remodeló la sala de espera, consultorios y enfermería; se incorporaron baños públicos adaptados para discapacitados, incluyendo la instalación sanitaria, revoques, revestimientos, pisos y cielorrasos y se realizó el cambio completo de cubierta. La obra definitiva tiene una superficie

total de 151 m2 y demandó una inversión de \$440 000.

CAPS Tacanas
(Área Operativa Estación Aráoz)

✓ Se cambiaron todas las instalaciones existentes desde el básico sanitario hasta las instalaciones de agua y luz, y se agregó un consultorio odontológico, baño público para discapacitados, pasillo técnico y office.

CAPS Vipos
(Área Operativa Trancas)

✓ Se construyó un baño público para discapacitados, una admisión, y un depósito de leche y medicamentos; se amplió la enfermería; se acondicionó el lugar con nuevos revestimientos, iluminación y pintura; y se cambiaron todas las instalaciones (agua, cloacas y electricidad). Superficie total de la obra: 169 m².

CAPS El Cadillal
(Área Operativa El Cadillal)

✓ Se refuncionalizó el edificio completamente, incluyendo el cerco perimetral; se generó una nueva fachada jerarquizando el acceso; se acondicionaron todos los servicios con nuevos revestimientos, iluminación y pintura; y se cambiaron todas las instalacio-



nes (agua, cloacas y electricidad).
Monto de la obra: \$250 000.

Mantenimiento programado

Cabe destacar que el Sistema Provincial de Salud también realizó trabajos de mantenimiento en los

CAPS: Horco Molle, Islas Malvinas, Marcos Paz, Costanera Norte, Urquiza I, Pedro Riera, Villa Alem, Delia Castoldi de Fernández Palma, San Cayetano, San Felipe y 17 de Octubre, entre otros.

Edición**Emanuel Gall****Redacción****Solana Posse****Corrección de textos****Mariana Nofal****Fotografías****Ramón Teves****Diseño****Lic. Pablo Lesnik****Octubre 2013**

