



**Plan_{de}
Salud
Tucumán
2015/2025**



ISBN 978-987-46042-0-0

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

Créditos

EQUIPO TÉCNICO ASESOR Dr. Pablo Yedlin
Dr. Fernando Avellaneda
Dra. Sandra Tirado
Ing. Sergio Epstein
Dra. Carolina Sosa
CPN Florencia Borsotto

EQUIPO DE REDACCIÓN Dr. Rogelio Calli
Dra. Graciela Lavado
Lic. Emilia Tarifa

EDICIÓN Y CORRECCIÓN DE TEXTOS Carla Mora Augier

FOTOS Ramón Teves
Carolina Lescano

Colaboradores

JORNADAS MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA (FESP) DICIEMBRE, 2014

Grupo 1 (Funciones 1, 2 y 11)

María Lilia Rubio	HOSPITAL PADILLA
Julio Saguir	SECRET. DE GESTIÓN PÚBLICA Y PLANEAMIENTO
Walter Castellanos	DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL
Teresa del Valle Mena	PRIS - DIVISIÓN SALUD RESPIRATORIA
Matías Tolosa	SERVICIO DE ADICIONES HOSR. AVELLANEDA
Esteban Paez Velasco	HOSPITAL DE TRANCAS
Rogelio Calli	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Silvina Mazzuco	ÁREA PROGRAMÁTICA SUR
Elena Abraham	ÁREA OPERATIVA AGUILARES
Walter Rómulo Sigler	HOSPITAL NTRA. SRA. DEL CARMEN
Miriam Aramburu	DIRECCIÓN DE EMERGENCIAS
Francisco Barreiro	DIRECCIÓN DE EMERGENCIAS
Sergio Epstein	SUBSECRETARIO DE SALUD - MINISTERIO DE SP
Lionella Safarsi	PRIS - DEPTO. MATERNO INFANTO JUVENIL
Nilda Roldán	PRIS - DEPARTAMENTO DE ECNT
Gerardo Zeppa	SECRETARÍA ADMINISTRATIVA CONTABLE
Félix Alejandro Ramírez	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Raúl García	DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA
Verónica Alí	DIRECCIÓN GENERAL DE RED DE SERVICIOS
Elena Beatriz Sarrouf	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
María Elisa Bruno	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Grupo 2 (Funciones 3 y 4)

Guillermo Fagalde	HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS
Verónica Ribatti	DIRECCIÓN GENERAL DE RED DE SERVICIOS
Gilda Lucía Juárez	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS FINANCIEROS
Nelly Ganim	IPSSST
Carolina Camacho	CTRL. DE FONDOS NAC. - DG RECURSOS FINANCIEROS
Hortencia Juárez	JUNTA PROVINCIAL DE DISCAPACIDAD
Lía Rossi	HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN
Genaro Raúl Quintana	PAMI
Noelia Jiménez	DIVISIÓN PLANIFICACIÓN
Conrado Mosqueira	SECRETARÍA GENERAL ADMINISTRATIVA
Patricio Vincent	PROGRAMA SUMAR
María Florencia Borsotto	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA
Viviana Crivelli	FACULTAD DE MEDICINA - UNT
Ana Beatriz Carrera	PRIS - DIVISIÓN EDUCACIÓN SANITARIA
Lucía Biazzo	CENTRO "LAS MORITAS"
Horacio Antonio Deza	FACULTAD DE MEDICINA - U. SAN PABLO-T
Gaspar López	SECRETARÍA EJECUTIVA MÉDICA
Alicia Jordán	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
María José González	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Grupo 3 (Funciones 5 y 10)

Silvia Villarreal	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA
Carlos Gabriel González	HOSPITAL OBARRIO
Jorge Alberto Yazbek	DIRECCIÓN GENERAL DE RRHH EN SALUD
Rossana Chahla	INST. DE MATERNIDAD NTRA. SRA. DE LAS MERCEDES
Silvina Rivero	PROGRAMA SUMAR
Javier Zayún	HOSPITAL PADILLA
Enrique Espeche	SUBSECRETARIO DE SALUD - MINISTERIO DE SP
Samuel Semrik	HOSPITAL DE DÍA NÉSTOR KIRCHNER
Teresa Arancibia	DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
Eugenia Gálvez	PRIS - DIVISIÓN EDUCACIÓN SANITARIA
Mónica Malé	PRIS - DEPTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
Yolanda Brepe	ÁREA OPERATIVA NORESTE - APC
Catalina Comedi	ÁREA PROGRAMÁTICA OESTE
Julio Augusto Torres	HOSPITAL DE FAMAILLÁ
María Belén Cordillo	ÁREA PROGRAMÁTICA CENTRO
Gabriela Alcaraz	LAB. DE SP - HOSR DE DÍA NÉSTOR KIRCHNER
María Verónica Coccioli	DIRECCIÓN GRAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
Romina Cuezzo	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Andrea Herrera Bruno	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Grupo 4 (Funciones 8 y 9)

Diego María Bertini	CUCAITuc
María Silvia Guerrero	PROYECTO REDES 2
Margarita Abraham	DIVISIÓN ENFERMERÍA
Luis Zelada	DIRECCIÓN GRAL. DE RRHH EN SALUD
Lorena Málaga	HOSPITAL DE MONTEROS
Sandra Tirado	PRIS
Sandra Miotti	PRIS
Marcela Lemaitre	PRIS - DIVISIÓN SALUD MENTAL
Graciela Ojeda	DG DE SALUD AMBIENTAL
Patricia Mena	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA
Adolfo Jorge Rospide	PROGRAMA SUMAR
Fernando Raúl Peral	DG DE CONTABILIDAD Y PATRIMONIO
Cristina Boscarino	DIRECCIÓN DE RECURSOS FÍSICOS
Jorge Ricardo Cortez	PRIS - DIVISIÓN INMUNIZACIONES
Elizabeth Ávila	HOSPITAL DEL ESTE EVA PERÓN
Isabel Mereles	PROYECTO FESP
Alberto Daniel Sabaj	SUBSECRETARIO DE SALUD - MINISTERIO DE SP
Diego Eskinazi	HOSR CENTRO DE SALUD ZENÓN J. SANTILLÁN
Susana Aden	DIRECCIÓN GRAL. DE RRHH EN SALUD
Carolina Salim	PRIS - DIVISIÓN SALUD MENTAL
Dora Rosquich	PROGRAMA SUMAR

Grupo 5 (Funciones 6 y 7)

Héctor Sale	COLEGIO MÉDICO DE TUCUMÁN
Orlando Di Marco	DIRECTOR GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
Irene Garbero	DEPTO DE ODONTOLOGÍA - HNK
Juan José Anastasio	HOSPITAL PADILLA
Silvio Iván Mariani	HOSPITAL OBARRIO
María Cristina Zelaya	BROMATOLOGÍA - DG DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
Mónica Andújar	ÁREA PROGRAMÁTICA CENTRO
Alicia Roqué	HOSPITAL DEL ESTE EVA PERÓN
Irma Julia Díaz	ÁREA PROGRAMÁTICA ESTE
Mirta Valeria Guzmán	ÁREA OPERATIVA BANDA DEL RÍO SALÍ
Raquel Núñez Mrad	DIRECCIÓN GENERAL DE RED DE SERVICIOS
Patricia Haro	SECRET. DE ESTADO DE PREV. Y ASIST. DE LAS ADICCIONES
Juan Ricardo Acosta	DG DE COORDINACIÓN JURÍDICA
María Marta Vargas	HOSR CENTRO DE SALUD ZENÓN J. SANTILLÁN
Gladys Martínez	SERVICIO SOCIAL
Rodolfo José Cecanti	HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN
Ma. C. García de Alabarse	HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS
Florencia Álvarez Caram	DEPTO. DE COMUNIC. Y PROMOCIÓN PARA LA SP
Emanuel Gall	DEPTO. DE COMUNIC. Y PROMOCIÓN PARA LA SP
Hugo Jovanovics	PRIS
Andrea Lescano	PRIS
Alejandra Mattiacci	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

EQUIPO DE TRABAJO ASIS. DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA.

Rogelio Calli	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Romina Cuezco	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Mariel González Linares	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Rita Cecilia Ivanovich	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Andrea Lascano	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Silvana León Moreano	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Alejandra Mattiacci	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Carolina Molina	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Alejandro Ramírez	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Elena Sarrouf	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
María José González	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
María Elisa Bruno	DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
Marcela Lemaitre	DG PRIS
Antona Lavenia	DG PRIS
Hugo Jovanovics	DG PRIS
Carolina Sosa	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA
Hortensia Juárez	JUNTA DE DISCAPACIDAD
Walter Castellanos	DG SALUD AMBIENTAL
Graciela Ojeda	DG SALUD AMBIENTAL
Matías Tolosa	SERVICIO DE ADICCIONES HOSPITAL AVELLANEDA
Verónica Coccioli	DG DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
Sandra Miotti	DG DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
Carlos Fernández	DG DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
Luis Zelada	DG DE RR HH
Laura Perelmuter	DG DE RR HH
Fernanda Norry	DG DE RR HH
Maria E. Fernandez	DG DE RR HH
Jorge Yazbek	DG DE RR HH
Karina Barrionuevo	DG DE RR HH
Susana Aden	DG DE RR HH
Silvia Mentz	DG DE RR HH
Gustavo Alabarse	DG DE RR HH
Natalia Huergo	DG DE RR HH
Noel Monti	DG DE RR HH
María Elisa Bruno	ASISTENCIA TÉCNICA
Andrea Herrera Bruno	ASISTENCIA TÉCNICA
Alejandra Mattiacci	ASISTENCIA TÉCNICA
Rita Ivanovich	ASISTENCIA TÉCNICA
Andrea Lascano	ASISTENCIA TÉCNICA
Adrián Herrera	ASISTENCIA TÉCNICA

EQUIPO METAS Y ESTRATEGIAS 2015-2025: JORNADAS DE ELABORACIÓN DE METAS Y ESTRATEGIAS SANITARIAS. SAN PABLO-T.

Mesa 1 | Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Elena Abraham	Diego Eskinazi
Leticia Triviño	Silvia Saguir
Nilda Roldán	Sandra Miotti
Cecilia Conti	Zaida Amado
Veronica Rubatti	Isabel Mereles
Ana Carrera	Patricia Mena
Francisco D'Onofrio	Gerardo Palacios
Alicia Jordán	María Silvia Guerrero
Carolina Sanna	Silvana Díaz
Ma. Cristina Orellana	Susana Civallero
Samuel Semrik	Cristina Duplessis
Cornado Cesca	Maria Lilia Rubio
Luisa Medina	

Mesa 2 | Enfermedades Transmisibles

Graciela Ojeda	Teresa Mena
Lorena Málaga	Esteban Páez Velasco
Valeria Guzman	Félix Alejandro Ramírez
Irma Díaz	Walter Castellanos
Cristina Zelaya	José Luis Raya
Orlando Di Marco	Florencia Borsotto
Elena Sarrouf	Fabio Andina
Verónica Ali	Catalina Comedi
Alicia Jordán	Monica Malé
Romina Cuezco	Gabriela Alcaraz
Ernesto Ways	Luis Zelada
Ana Cadiñanos	Ricardo Cortez

Mesa 3 | Salud materno- infantil / Salud bucal

Silvina Mazzuco	Jorge Róspide
Juan Palavecino	Fernando Peral
Lionella Safarsi	Sandra Tirado
Patricio Vincent	Elizabeth Ávila
Lia Rossi	Cristina Alabarse
Guillermo Fagalde	Mónica Andujar
Rossana Chahla	Irene Garbero
Eugenia Gálvez	Ricardo Acosta
Belen Gordillo	Susana Balmaceda
Teresa Arancibia	Juan Mircoli
Federico Villafañe	Hugo Jovanovics
Silvia Villarreal	Oscar Hilal

Mesa 4 | Salud Mental

Marcela Lemaitre	Walter Sigler
Silvia Guerrero	Rogelio Calli
Jorge Valdecantos	Matias Tolosa
Raquel Nuñez Mrad	Conrado Mosqueira
Alicia Roque	Lucia Biazzo
Iván Mariani	Yolanda Brepe
Julio Torres	Lucas Haurigot Posse
Rodolfo Cecanti	Gabriel González
Gaspar López	Silvina Rivero
Verónica Coccioli	Javier Zayun
Carolina Salim	Margarita Abraham de Arce



Prólogos

Palabras del Gobernador de la provincia de Tucumán: C.P.N. José Alperovich

Luego de casi 12 años desde que tomamos las riendas de la gobernación, nos encontramos ante un nuevo desafío para la Salud de nuestra provincia. Por ello quisiera recordar de dónde venimos, para ver cuánto camino hemos recorrido en dirección a la meta que nos propusimos los tucumanos.

Cuando llegué al gobierno en el año 2003, el tejido social, económico y político del país había sido arrasado y Tucumán, en particular, estaba inmerso en el descreimiento y la frustración. Pero, felizmente, se produjo un giro determinante en la historia política y social de nuestro país y el Estado recuperó el rol decisivo que nunca se tendría que haber resignado.

Consecuentemente, nosotros acompañamos desde un primer momento la nueva orientación nacional y le imprimimos nuestro sello propio, de acuerdo a nuestras particularidades y necesidades.

En ese esfuerzo por mejorar la calidad de vida de la población hemos llevado adelante una notable transformación del Sistema de Salud de la provincia, pues ése era uno de mis mayores objetivos cuando asumí la gobernación de Tucumán.

Para lograrlo, trabajamos con decisión en una tarea que fue más allá de las capacidades de un sector y constituyó una labor de gobierno. Por lo tanto, los logros de este período, en lo que a Salud respecta, son muy importantes y hay que seguir consolidándolos en el futuro.

El trabajo realizado, que se materializa en este texto, es muy bienvenido pues me confirma que el camino que hemos elegido hace más de una década es el correcto y nos lo marca con claridad.

Pero, además, nos permite una valiosa planificación de lo que es necesario conseguir en los años venideros, porque nuestra población se merece seguir accediendo a una mejor Salud pública y que los logros, que son de todos, sean cuidados y mantenidos.

A todos los que trabajaron con esfuerzo y dedicación en este nuevo Plan de Salud Tucumán 2015-2025, nuestro más profundo agradecimiento. Su concreción nos llena de orgullo y nos permite hacer un mejor balance de nuestra gestión, con la mirada puesta siempre en avanzar en beneficio de todos los tucumanos y tucumanas.

Palabras del Ministro de Salud Pública de la provincia de Tucumán: Dr. Pablo Yedlin

El Gobierno de Tucumán, de la mano del CPN José Alperovich, ha decidido que la Salud sea una política central en su gestión, contando en todo momento con el apoyo de la Señora Presidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner.

Nuevamente nos encontramos ante la práctica de la evaluación de nuestra actualidad, el trazado de la planificación a diez años y la visión estratégica de cómo lograrlo, porque sabemos hacia dónde queremos ir. Esta experiencia representa un momento de suma importancia para el proceso que iniciamos juntos como equipo de Salud en 2003, acompañando al Dr. Juan Manzur en su labor como ministro.

En este período, desde el Ministerio de Salud Pública hemos planificado nuestras acciones, pero también hemos actuado sin demora en cuestiones impostergables y urgentes como mejorar y ampliar la infraestructura física; en el equipamiento de los hospitales y red de atención primaria; en la dotación de medicamentos e insumos; en la capacitación y formación de recursos humanos y en el diseño de nuevos sistemas de información. Hoy, a casi ocho años de gestión, una nueva planificación nos convoca. Esto resulta muy enriquecedor ya que nos permite realizar el balance de los logros, fortalezas y debilidades para mejorar y crecer. Mediante este ejercicio podemos proyectar la generación del mayor grado posible de bienestar para la provincia y lo estamos haciendo como iniciativa de nuestro Ministerio. Es por eso que hemos convocado a más de cien participantes de distintos sectores de la Salud a que nos ayuden a evaluar el rol que cumplimos actualmente en este gran empeño y a proyectarnos hacia el mañana.

Nuestro documento anterior, “Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 ‘Salud al Bicentenario’”, en articulación con los Objetivos del Milenio, representó la guía de nuestros esfuerzos y los de todos los trabajadores de la Salud de la provincia. Tomándolo como base es que pensamos en un nuevo plan, que nos permita la organización de las acciones en Salud pública para un nuevo período, de 2015 a 2025. El trazado de dichas metas, y las subsiguientes estrategias para cumplirlas, tiene que ser una tarea de Estado, independientemente de su conducción, y esto es lo que deseamos para nuestra provincia.

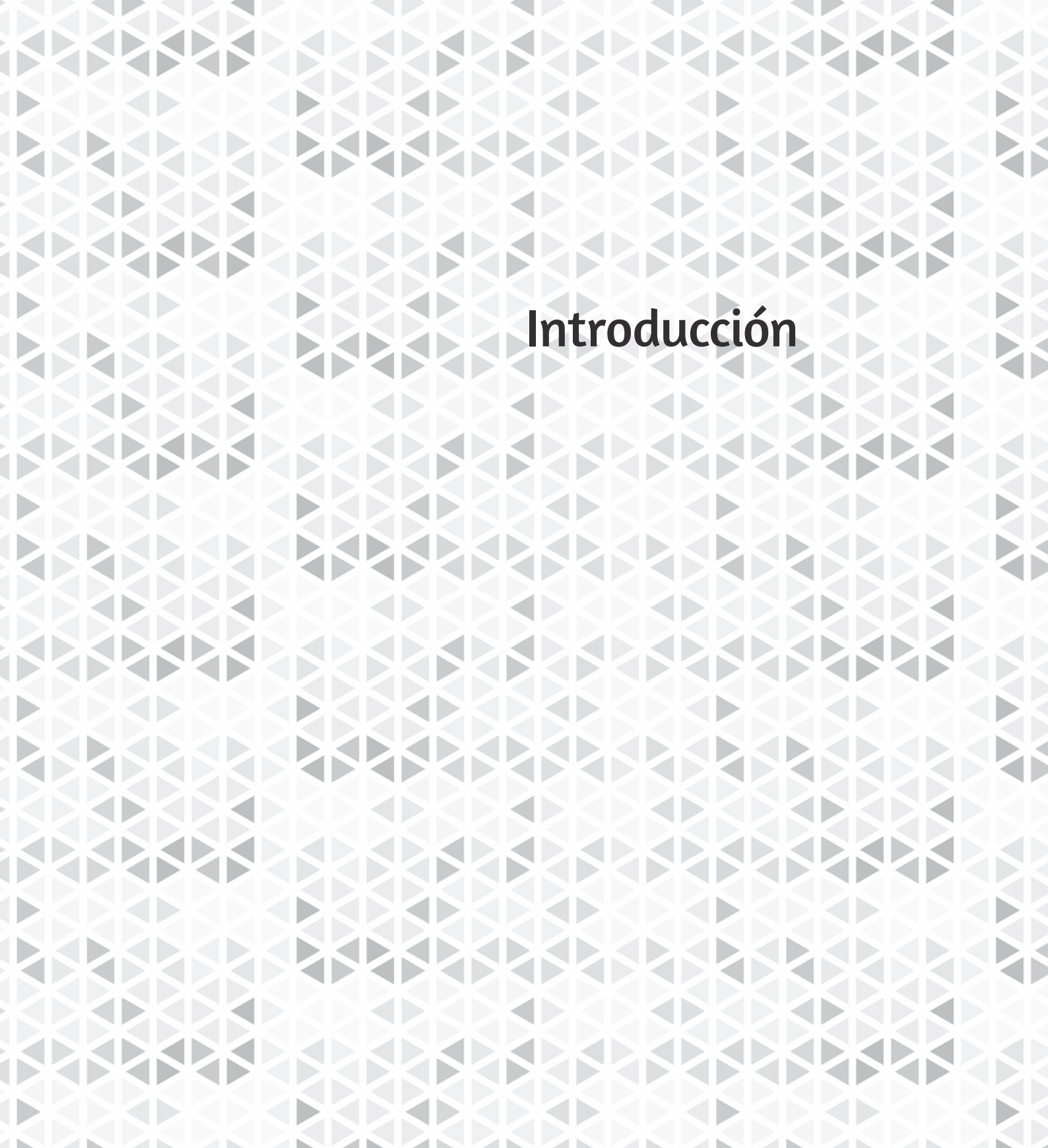
Un Tucumán que siga avanzando en Salud, que consolide los logros obtenidos y aspire a conseguir más igualdad en el acceso a todos los servicios sanitarios y mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos, es nuestro mayor deseo y la razón por la cual hemos trabajado con firmeza.

Finalmente, queremos reconocer el trabajo abnegado de quienes nos han colaborado en esta planificación, porque juntos hemos sabido mirar hacia el futuro procurando la construcción de una Salud pública sólida, de una gestión sanitaria efectiva y de servicios de Salud humanizados, de calidad y al alcance de todos.

Estamos convencidos de que hemos trabajado con el firme propósito de superar las problemáticas y avanzamos para continuar mejorando y afrontando los nuevos desafíos que se nos presenten, pero no nos conformamos con lo obtenido. Como equipo queremos tener la certeza de que dejamos la Salud en manos de los tucumanos, para que se continúe el trabajo ya realizado y, sobre todo, para que los logros y avances se multipliquen.

Autoridades	3
Créditos	5
Colaboradores	6
Jornadas Medición del Desempeño de las FESP. Diciembre 2014	
Equipo de trabajo ASIS. Dirección de Epidemiología	
Equipo Metas y Estrategias 2015-2025	
Prólogos	10
Gobernador CPN José Alperovich	
Ministro de Salud Pública Dr. Pablo Yedlin	
Índice	
01 Introducción	14
02 Ministerio de Salud Pública	16
MISIÓN	17
VISIÓN	17
FUNCIONES	17
DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE SALUD	18
MODELO ESTRATÉGICO OPERATIVO	18
03 Diagnóstico de Situación	20
MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA	21
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD	35
Enfermedades crónicas no transmisibles	
Salud Materno infantil	
Salud Mental	
Enfermedades transmisibles y salud bucal	
Recursos Humanos	

SITUACIÓN INSTITUCIONAL	102
Hospitales de III Nivel de atención	
Dirección General de Emergencias Sanitarias	
Dirección General de Red de Servicios	
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA	131
JUNTA PROVINCIAL EVALUADORA DE DISCAPACIDAD	137
CENTRO ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE DE ÓRGANOS DE TUCUMÁN	141
04 Planificación: Metas y Estrategias 2015/2025	144
POR ÁREAS TEMÁTICAS	145
Enfermedades crónicas y Tumores	
Salud Materno-infantil	
Salud Mental	
Enfermedades transmisibles y salud bucal	
POR ÁREAS DEL SISTEMA	152
Dirección General del Programa Integrado de Salud	
Departamento de Informática	
Dirección de Epidemiología	
Dirección General de Fiscalización Sanitaria	
Dirección General de Recursos Humanos en Salud	
Dirección General de Salud Ambiental	
Discapacidad y Rehabilitación	
Procuración y trasplantes de órganos	



Introducción

El *Plan de Salud “Tucumán 2015-2025”* presenta la situación de salud actual, pero también los logros realizados y las metas y las estrategias planteadas a futuro para el Sistema de Salud de nuestra provincia. El objetivo es revisar lo alcanzado gracias a la labor de todos los trabajadores del Sistema y, a la vez, realizar una proyección futura, en coordinación con otros actores sociales, con el propósito de brindar a la ciudadanía un acceso pleno y equitativo a la salud y una mejor calidad de vida.

Considerando como fundamental la tarea planificadora para una mejor concreción de lo propuesto, el Ministerio de Salud de Tucumán ha procurado un equipo destinado a trabajar ordenadamente según las áreas y temáticas sanitarias relevantes y la proyección de metas, con sus respectivas estrategias, de la mayor parte de las áreas del Sistema.

Como herramienta, la planificación mejora las posibilidades de lograr los objetivos que se proponen las organizaciones porque al ser un proceso que se desarrolla en continuo permite ajustar los objetivos, actividades y procedimientos para mejorar así la calidad de la gestión de las políticas públicas. “La planificación transforma la intención en acción” (Arriagada, 2002)¹.

A su vez, se ha avanzado en la reformulación de la Misión, Visión y Funciones del Ministerio de Salud Pública, profundizándolas a partir de lo conseguido y con una mirada hacia el futuro, con la finalidad de lograr el empoderamiento del ciudadano en su derecho a la prevención, para mejorar su percepción de nuestro Sistema de Salud y brindarle servicios de calidad.

Como antecedentes técnicos destacamos los documentos anteriores, “*Plan Cuatrienal 2004-2007*” y “*Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016. Salud al Bicentenario*”, y los

Lineamientos Estratégicos para el Desarrollo, elaborados por la Secretaría de Gestión Pública y Planeamiento del Gobierno de Tucumán en consenso con la sociedad civil. Dichos textos se redactaron con la intención de rendir cuentas a la sociedad del camino recorrido, del cumplimiento de lo planificado y de los logros alcanzados. Pero, además, permiten establecer de forma ordenada los nuevos propósitos hacia el año 2025, pues son la línea de base para realizar las nuevas metas y reflejan la necesidad de seguir prosperando y donde hacerlo.

El MSP quiere agradecer a todos los que colaboraron en la concreción de este documento, destacando el compromiso y esfuerzo asumidos desde el primer momento, mediante la conformación de jornadas de trabajo en equipo. Dos de estas jornadas fueron específicas para la redacción de este plan estratégico, donde el análisis se realizó en cuatro mesas según temas, como se verá en la sección de *Planificación por áreas temáticas*. La tercera, realizada en diciembre de 2014, fue la ocasión en que se implementó, para poder evaluar comparativamente luego de diez años, el instrumento de evaluación de las Funciones esenciales de Salud Pública (FESP) con el valor agregado de permitir un balance en la Salud pública de Tucumán. La explicación del mencionado instrumento, el detalle de lo realizado y los resultados obtenidos también se detallan en el capítulo de *Diagnóstico de situación*.

Destacamos el trabajo realizado y agradecemos su colaboración a todas las áreas del SIPROSA involucradas en este trabajo; Secretaría de Gestión Pública y Planeamiento; Universidad Nacional de Tucumán y su Facultad de Medicina; Universidad San Pablo-T; Pami; Subsidio de Salud (IP SST); Asociaciones y colegios de profesionales de la Salud, entre otros.

¹ Fernández Arroyo, Nicolás y Lorena Schejtman: Planificación de políticas, programas y proyectos sociales. 1a ed. Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012.



Ministerio de Salud Pública

Misión

La Misión del Ministerio de Salud Pública de Tucumán es garantizar el derecho a la salud como fundamental de la persona, a través de la promoción de la Salud, prevención de enfermedades y provisión de servicios de atención. Para ello debe profundizar la gobernanza de Salud, a través de la rectoría, regulación, planificación, coordinación, con control y gestión de la Salud Pública, articulando a los actores del sistema.

Visión

Las personas, familias y comunidades tendrán una vida más saludable, participarán activamente en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo y vivirán en ambientes sanitariamente protegidos. Tendrán acceso a una atención en Salud oportuna, equitativa, integral, con calidez y de calidad; a través de una estructura institucional transparente y eficaz que contribuye a una mejor calidad de vida.

Funciones

- Explicitar y proponer las políticas socio sanitarias que guiarán el desarrollo de la salud afianzando las bases consensuales mínimas que aseguran su sustentabilidad, manteniendo a todo nivel la mayor participación posible en la formulación, implementación y evaluación de las mismas.
- Orientar a la población tucumana y a la sociedad en general hacia estilos de vida saludables, y al control de los determinantes que afecten la Salud pública.
- Perfeccionar los procesos y programas exitosos, en función

de la mejora de los indicadores de salud y de bienestar de la población.

- Ejercer y fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública en el ámbito sanitario de la provincia.
- Interpretar y adecuar las políticas y programas sanitarios nacionales para su aplicación en la provincia.
- Participar en el fortalecimiento de las capacidades resolutorias regionales, en especial del NOA, para la más eficiente utilización de los recursos.
- Mantener y profundizar las capacidades del sistema sanitario de monitoreo y análisis de la situación de salud para la toma de decisiones oportunas en sus distintos niveles.
- Afianzar la red de vigilancia de riesgos y daños a la salud pública para su efectivo control.
- Avanzar en el desarrollo de las condiciones culturales, regulatorias, legales y de participación para que la promoción de la salud sea efectiva.
- Lograr la participación ciudadana en los distintos niveles de decisión.
- Profundizar las capacidades de planificación en Salud pública.
- Fortalecer la capacidad regulatoria y de fiscalización.
- Mantener el análisis permanente del acceso con equidad a los distintos servicios de salud en el ámbito provincial.
- Avanzar en la capacidad de planificación de los recursos humanos y de la programación de su desarrollo técnico y científico.
- Hacer de la calidad de los servicios el eje de la humanización de la salud, para que éstos sean dignos de los usuarios y motivo de orgullo para los trabajadores.
- Continuar incentivando las investigaciones en los asuntos relacionados con las prioridades sanitarias de la región.
- Profundizar el desarrollo institucional del sistema y funcionalmente a la sociedad, para la reducción del impacto de las emergencias sanitarias y de los desastres.

Definición de prioridades de Salud

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se definieron como prioridad teniendo en cuenta la información del sistema de vigilancia epidemiológica y el juicio a expertos. Estos Objetivos propuestos fueron ampliamente cumplidos en Tucumán.

Nuestra provincia presentó en febrero de 2014 los Lineamientos Estratégicos para el Desarrollo (LED), trabajo que coordinó la Secretaría de Planeamiento de la Provincia, con apoyo de las cuatro Universidades y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En la elaboración de las LED, el Sistema Provincial de Salud fue un protagonista activo.

Los problemas seleccionados como prioritarios fueron:

- Brecha de la mortalidad infantil con respecto al promedio nacional.
- Mortalidad materna.
- Morbilidad y mortalidad por diabetes.
- Sobrepeso y obesidad.
- Mortalidad por cáncer de cuello de útero y de mama, y de colon.
- Mortalidad y morbilidad por causa cardiovascular.
- Transmisión vertical de VIH y sífilis.
- Morbilidad y mortalidad por causas inmunoprevenibles.
- Control de enfermedades transmitidas por vectores.
- Morbilidad por trastornos mentales y adicciones.
- Discapacidad.
- Lesiones no intencionales.
- Patologías bucales.
- Diagnósticos tardíos y aparición cada vez más precoz de las patologías crónicas y no transmisibles.

Modelo estratégico operativo

Desde el año 2011, el Ministerio de Salud trabaja con un modelo estratégico operativo, en el cual un ciudadano empoderado es el centro y objetivo de todas las acciones sanitarias. Ese modelo está esquematizado en el Esquema 01.

El ciudadano, empoderado en su derecho, debe modificar hábitos y escoger estilos de vida que sean saludables. Gracias a la promoción, el mismo debe poder acceder a servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación; percibir calidad en la atención y no empobrecerse si se enferma.

Por su parte, el sistema sanitario tiene que garantizar la accesibilidad de los ciudadanos a servicios que tengan calidad asistencial, que sean eficientes y trabajen con abordaje comunitario e intersectorialmente. Además, debe responsabilizarse, en el ámbito sanitario de la Provincia, de la regulación público/privado. Es necesaria una coordinación entre ambos sectores para trabajar de manera conjunta y lograr un sistema participativo, que recupere costos y no repita acciones. De esta forma el sistema sanitario puede crecer de forma armónica.

El Sistema de Salud debe basarse en recursos humanos capacitados, participativos, controlados e incentivados. Es fundamental, para ello, un sistema de información eficiente que permita un fluido manejo de datos dentro del Sistema de Salud como hacia la toda comunidad, para una mejor toma de decisiones sanitarias en tiempo real.

En materia comunicacional, las herramientas de difusión y comunicación contraerán gran importancia en el fortalecimiento institucional y en el vínculo con la comunidad; acompañarán a ejecutar con mejores resultados el trabajo previsto en materia de prevención e intentarán promover el diálogo entre el gobierno y los ciudadanos. Toda propuesta o programa tiene que usar el esquema operativo, para asegurarnos de esta manera el derecho pleno a la salud.

Esquema 01 | Modelo estratégico operativo





Diagnóstico de situación

MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA (FESP)

Las funciones esenciales de la Salud Pública

El propósito de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas” es el de mejorar la práctica de la Salud Pública tanto en los niveles nacionales como en los provinciales, tomando esto como una condición necesaria para fortalecer y eficientizar el liderazgo de las autoridades nacionales respecto al conjunto del sistema de salud.

La complejidad del campo de la Salud Pública exige repensar la misma y operativizarla a través de unidades funcionales que posibiliten definir distintas líneas de actuación.

Cada una de estas unidades se constituyen en Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) con características y dinámicas propias que representan las funciones específicas de los ministerios de salud nacional y provinciales, tales como la conducción y rectoría, el ordenamiento de la prestación de servicios de atención, la modulación de la financiación y la garantía y regulación de la protección social de la salud.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), la operatividad rigurosa de una función depende en primer lugar de la definición de sus contenidos, objetivos y actividades, como así también del establecimiento de quien asume la responsabilidad de su ejecución. Sin la identificación precisa de responsabilidades es imposible la verificación, el acompañamiento y la evaluación.

En tanto las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), se definen como un conjunto de actuaciones con fines concretos para mejorar la salud de la población; es imprescindible para su adecuado desempeño, fortalecer el rol rector del Estado en el sector Salud. En este sentido, es constitutivo identificar y

favorecer la capacidad de acciones de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales como conductoras del sistema de salud, a través de la oportuna planificación de objetivos, metas, estrategias y actividades.

La definición de las FESP se sustenta en el concepto de Salud Pública como una acción colectiva del Estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de los individuos. Es una noción que va más allá de las intervenciones de base poblacional o de las intervenciones comunitarias y que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a cuidados de salud de calidad.

Esta iniciativa de la OPS pretende evitar la confusión frecuente entre el rol del Estado en salud, normalmente ejercido por los ministerios y la responsabilidad del Estado en cuanto garante del ejercicio apropiado de las FESP. Aun cuando el Estado tiene un rol indelegable en la entrega directa o en la garantía de las Funciones Esenciales, éstas representan tan solo una fracción de sus responsabilidades en salud. El ejercicio apropiado de estas responsabilidades es fundamental para elevar el nivel de salud y la calidad de vida de la población; ejerciendo la conducción, regulación y modulación del financiamiento sectorial, la supervisión del aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios. La iniciativa se apoya en la convicción de que la autoridad del Estado en salud tiene mayor valor y es mejor ejercida en la medida que el desempeño de las FESP sea adecuado.

Antecedentes

La OPS ha acompañado a la actual gestión del Gobierno de la Provincia de Tucumán desde septiembre del 2003, cuando apoyó el diagnóstico de Salud que originaría el Plan Cuatrienal de Salud.

A un año de gestión, el Sr. Ministro de Salud Pública a cargo, decide el análisis del grado de cumplimiento del Plan



Cuatrienal y de sus políticas sanitarias. En esa decisión se incluye la evaluación de las Funciones Esenciales, que constituyen uno de los pilares en los que se sustentan dichas políticas.

Con este fin, el Ministro solicitó a la OPS apoyo técnico para realizar la evaluación del desempeño de las FESP con el objetivo de mejorar la práctica de la Salud pública en la provincia. Para ello, este organismo apoyó la preparación y desarrollo del ejercicio, proporcionando el instrumento que se aplicaría por primera vez a escala en la República Argentina. Dicha aplicación fue realizada en 2004 y se publicaron los resultados para dotar de transparencia a los mismos.

Diez años después, el Ministerio de Salud Pública (MSP) de la provincia de Tucumán reitera su voluntad política y su compromiso para proteger y mejorar la salud de la población.

Otros ejemplos de instituciones que aplicaron el instrumento FESP son el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que lo realiza cada cuatro años desde el 2006 y hará

su tercera evaluación en mayo de este año, y el Ministerio de Salud de Córdoba, que lo llevó a cabo hace siete años y ya ha realizado su segunda evaluación.

Diez años después

En vistas de una nueva planificación de los objetivos, metas y estrategias, proyectadas a diez años para el ámbito de la salud en la provincia de Tucumán, es que se realizaron por tercera vez las jornadas de medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, en diciembre de 2014.

La evaluación de las FESP se realizó en una jornada de trabajo llevada a cabo en las instalaciones del Campus de la Universidad San Pablo T. Contó con la total colaboración de un equipo de organizadores especialmente preparados para el ejercicio, colaboradores y 100 informantes clave.

La medición del desempeño de las FESP debería permitir a

todas las áreas, la identificación de aquellos factores críticos a considerar para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la capacidad de la Salud pública, entendida como el conjunto de recursos humanos, fórmulas de gestión y recursos materiales necesarios para dicho propósito.

Esta medición resulta aún más pertinente en períodos como los actuales, marcados por el intento de reformar los sistemas de salud con el fin de hacerlos más adecuados a la satisfacción de las necesidades de la época. En estos procesos, la Salud Pública está llamada a jugar un rol fundamental, ya que es en su ámbito de acción donde se juega la posibilidad de lograr mayor equidad en el acceso a mejores condiciones sanitarias.

Descripción del proceso

El Secretario Ejecutivo Médico del Sistema Provincial de Salud, Dr. Fernando Avellaneda, en representación del MSP de la provincia, conformó una unidad ad hoc dedicada específicamente a la coordinación y organización del ejercicio de evaluación de las FESP. Para la ocasión se convocó a 100 profesionales del sector para que trabajen activamente transmitiendo su conocimiento y experiencia. Se contó además con la colaboración activa de representantes de la OPS.

Debido al gran número de participantes, se propuso dividir el análisis por función en cinco grupos que trabajarían en paralelo, a diferencia de la evaluación de 2004 que se organizó en cuatro grupos. Cada uno de ellos tendría a su cargo la discusión de funciones específicas.

Para la ejecución del ejercicio se dispuso que cada grupo se reuniese en un aula, siendo guiados por dos coordinadores y un data enter que, luego de llegar al consenso en las discusiones, actualizaría los valores de cada función evaluada en el instrumento. Finalmente, se realizó una presentación de los resultados de la medición en un lugar común a la totalidad de

Tabla 01 | Primeras Jornadas de Medición de las FESP. 2004.

GRUPO	1	2	3	4
FUNCIONES	1, 2 y 10	3, 4 y 11	6, 7 y 9	5 y 8

Tabla 02 | Segundas Jornadas de Medición de las FESP. 2004.

GRUPO	1	2	3	4	5
FUNCIONES	1, 2 y 11	3 y 4	5 y 10	8 y 9	6 y 7

los participantes, para visualizar los resultados de la jornada de trabajo.

Descripción del mecanismo de puntaje y medición

El valor resultante de los indicadores que forman parte de la medición de cada función se construye basándose en el puntaje obtenido para las llamadas “Preguntas Madres”. Estas preguntas tienen la opción de respuesta parcial dado que se construyen sobre la base del valor promedio de la cantidad de respuestas “Sí” de las mediciones y submediciones que se detallan en su interior.

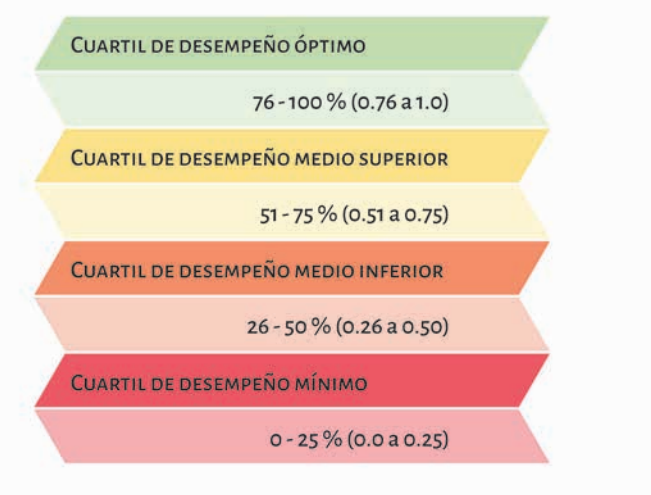
Las preguntas correspondientes a medidas y submedidas sólo tienen las alternativas de respuesta “Sí” o “No”. Por esta razón, la forma en que se construye la respuesta colectiva a cada medida y submedida es un tema relevante. En caso que no fuera posible obtener una respuesta en primera instancia de consenso del grupo, se determinó que si el resultado de la segunda ronda de una pregunta después de un empate y su consecuente discusión en grupo, resultaba en otro empate, la

respuesta automáticamente será “No”, por el hecho del nivel de incertidumbre consistente.

1.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subprovinciales de salud pública	0.83
1.5.1 Durante los últimos doce meses, El Ministerio de Salud Pública ¿Ha asesorado a uno o más niveles subprovinciales en materia de recolección y análisis de datos?	1.00
En todo caso,	
1.5.1.1 ¿Se le(s) ha asesorado en el diseño de instrumentos para la recolección de información de salud?	1
1.5.1.2 ¿Se ha comunicado a todos los niveles subprovinciales que existe la disposición a asesorarlos en materia de recolección de información?	1
1.5.1.3 ¿Se ha comunicado a todos los niveles subprovinciales que existe la disposición a asesorarlos en el análisis de datos recolectados localmente?	1
1.5.1.4 Durante los últimos doce meses, El Ministerio de Salud Pública ¿Ha asesorado a uno o más niveles subprovinciales para el análisis de datos recolectados localmente?	1
1.5.2 Durante los últimos doce meses, El Ministerio de Salud Pública ¿Ha diseminado información a los niveles subprovinciales y otros usuarios de la misma de manera periódica y constante?	0.67
En todo caso,	
1.5.2.1 ¿Se ha solicitado retroalimentación a los usuarios de esta información?	1
1.5.2.2 ¿Se ha asesorado a los usuarios en la interpretación de estos análisis?	1
	0.00
1.5.2.3 Durante los últimos doce meses, El Ministerio de Salud Pública ¿Ha asesorado a los responsables de la publicación de un perfil del estado de salud del país o de la jurisdicción de los niveles subprovinciales?	0
1.5.2.3.1 ¿Se ha comunicado a los responsables de la publicación de perfiles del estado de salud la existencia de esta disposición a asesorarlos?	0

Fuente: FESP, Instrumento de medición; los valores son a modo de ejemplo.

Tabla 03 | Escala para el análisis de los resultados.



Para registrar y procesar los resultados de respuestas, se utilizó un programa computarizado que permite calcular directa e instantáneamente el puntaje final de cada pregunta madre, en función de las respuestas a las medidas y submedidas que la componen. Este cálculo del puntaje final de cada pregunta madre opera en general como un promedio ponderado de las respuestas “Si” a las medidas y submedidas, salvo las excepciones que se especifican en el instrumento.

El puntaje asignado al indicador es el promedio ponderado de los resultados obtenidos en cada una de las medidas respectivas; y el promedio ponderado simple de los resultados de los indicadores, determinan el puntaje asignado al desempeño de cada función de salud pública.

En la Tabla 03 se propone una escala para el análisis de los resultados, como una guía convencional de interpretación global,

Como ya se dijo antes, los resultados de la medición del desempeño de cada una de las FESP fueron compartidos y analizados por los participantes en la última parte del taller, orientados a la identificación de áreas de intervención (procesos y resultados; capacidades e infraestructura; y competencias descentralizadas). Esta es la parte más importante del ejercicio, dado que en ello se vierten las expresiones de los participantes, pero a la vez permite evidenciar las fortalezas y debilidades, lo que sitúa a la administración sanitaria ante la posibilidad de elaborar un plan de desarrollo institucional para el mejoramiento de las FESP que son su competencia inmediata.

Resultados de la medición 2014: análisis general

Los resultados que acá se observan están representados por un valor promedio compuesto por diversos subvalores que se analizarán en el desarrollo individual de cada FESP. Estos



subvalores corresponden a una pregunta madre, compuesta a la vez por un grupo de subpreguntas que deben responderse en forma consensuada y de las cuales se desprenden todos

los resultados. A lo largo del documento se detallará la composición de cada FESP en sus subpartes: preguntas madres y preguntas individuales.

Gráfico 01 | Desarrollo de la evaluación 2014: resultados generales.

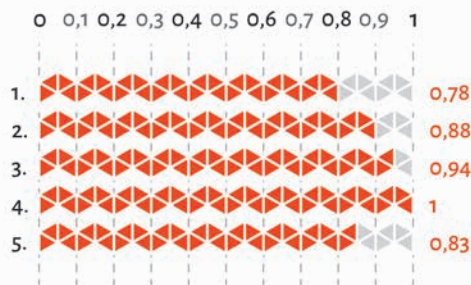


Del Gráfico 01 se desprende lo siguiente (bajo el sistema de clasificación por colores, donde verde es lo óptimo y rojo es lo de menor desempeño):

Tabla 04 | Sistema de clasificación por colores.

76 - 100 % (0.76 A 1.0)	FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud
Desempeño óptimo	FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
	FESP 3: Promoción de Salud
	FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en SP
	FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
	FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
	FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
51 - 75 % (0.51 A 0.75)	FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud
Desempeño medio superior	FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en SP
	FESP 10: Investigación en salud pública
26 - 50 % (0.26 A 0.50)	FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
Desempeño medio inferior	
0 - 25 % (0.0 A 0.25)	
Desempeño mínimo	

Gráfico 02 | Perfil FESP 1.



1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del ES*
2. Fevaluación de la calidad de la información
3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del ES
4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del ES
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subprovinciales de SP*

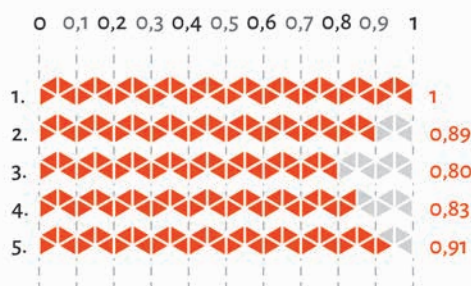
*ES: Estado de salud *SP: Salud Pública

FORTALEZAS FESP 1

Las cinco variables analizadas en las FESP 1 superan los parámetros de comparación establecidos y se consideran una fortaleza del sistema. Así, son puntos fuertes: la evaluación de la situación y las tendencias de Salud de la provincia y de sus factores determinantes, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos; el manejo de estadísticas vitales y de la situación de grupos de riesgo; la generación de información para la evaluación de desempeño de los servicios, la identificación de recursos disponibles que puedan mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida; el desarrollo de la tecnología para el manejo y difusión de la información y la definición y desarrollo de mecanismos de evaluación de la calidad.

FORTALEZAS FESP 2:

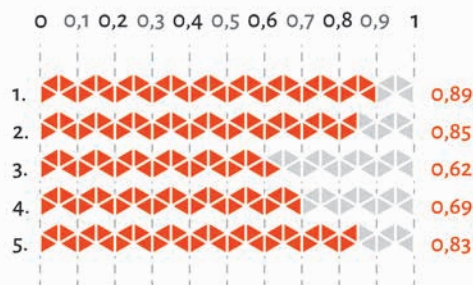
Gráfico 03 | Perfil FESP 2.



1. Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la SP
2. Capacidades y experticia en epidemiología
3. Capacidad de los laboratorios de salud pública
4. Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de Salud Pública
5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subprovinciales de SP

En la presente FESP, el análisis realizado también arroja como resultado que todas sus variables son consideradas una fortaleza en el Sistema de Salud, abarcando la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles; los factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud; el desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general; la instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas; el desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas; la vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.

Gráfico 04 | Perfil FESP 3.



1. Apoyo a promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones para favorecer conductas y ambientes saludables
2. Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud
3. Planif. y coordinación provincial de estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud
4. Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción
5. Asesoría y apoyo técnico a los subniveles provinciales de SP

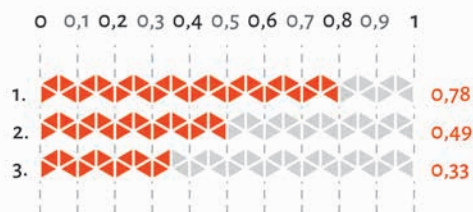
FORTALEZAS FESP3:

Dentro de este grupo se encuentra lo vinculado al fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud; el fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción y la evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.

DEBILIDADES FESP3:

En este punto, el desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables y la reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción, sobresalen como puntos débiles a fortalecer en el futuro.

Gráfico 05 | Perfil FESP 4.



1. Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública
2. Fortalecimiento de la participación social en salud
3. Asesoría y apoyo técnico a subniveles provinciales para fortalecer la participación social en salud

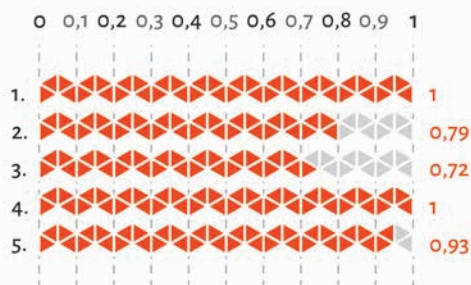
FORTALEZAS FESP4:

Lo referido al refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables, se considera una fortaleza en la FESP4.

DEBILIDADES FESP4:

Por otro lado, el apoyo a la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud en los niveles Municipales, es considerada una debilidad dentro del Sistema.

Gráfico 06 | Perfil FESP 5.

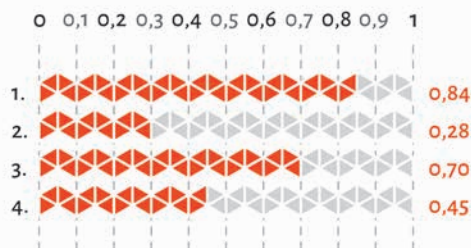


1. La definición provincial y subprovincial de objetivos en SP
2. Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de SP
3. Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la SP
4. Gestión de la cooperación interprovincial en salud pública
5. Asesoría y apoyo técnico a niveles subprovinciales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

FORTALEZAS FESP5:

En la FESP 5, la totalidad de variables son reconocidas como un punto fuerte, así como la definición de objetivos de Salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad; el desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones de política sanitaria a través de un proceso participativo coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan; la capacidad institucional para la gestión de los sistemas de Salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población; el desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos y el desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de Salud pública.

Gráfico 07 | Perfil FESP 6.



1. Revisión periódica, evaluación y modific. del marco regulatorio
2. Hacer cumplir la normativa en salud
3. Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio
4. Asesoría y apoyo técnico a niveles subprovinciales de SP en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos

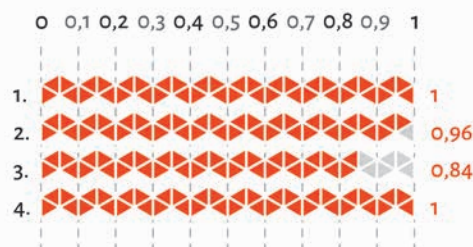
FORTALEZAS FESP6:

Una sola variable de la FESP 6 es considerada una fortaleza para el Sistema de Salud y tiene que ver con la capacidad institucional para el desarrollo del marco regulatorio con el fin de proteger la Salud pública y su fiscalización.

DEBILIDADES FESP6:

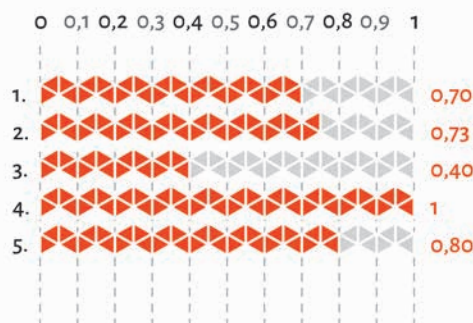
En este punto, se destacan la capacidad para generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables y la protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

Gráfico 08 | Perfil FESP 7.



1. Monitoreo y evaluación del acceso a servicios de salud necesarios
2. Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población
3. Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios
4. Asesoría y apoyo técnico a niveles subprovinciales en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

Gráfico 09 | Perfil FESP 8.



1. Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública
2. Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo
3. Educación continua, permanente y de postgrado en SP
4. Perfeccionamiento de RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios
5. Asesoría y apoyo técnico a niveles subprovinciales en desarrollo de recursos humanos

FORTALEZAS FESP7:

En la FESP 7 se califican como fortalezas todas las variables analizadas, lo que incluye la promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud; el desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud; el seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios y la colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud.

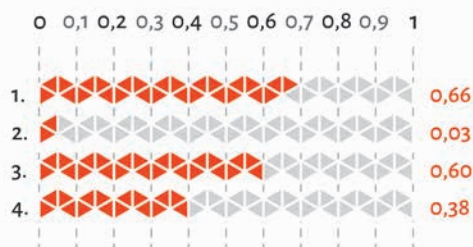
FORTALEZAS FESP8:

En la FESP 8, los puntos destacados como fuertes son los vinculados a la formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional para los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo; el desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural y la formación ética del personal con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

DEBILIDADES FESP8:

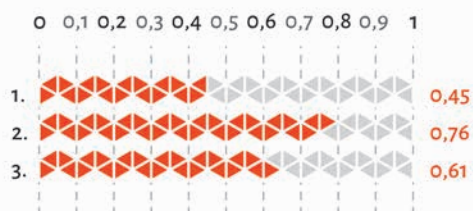
Como puntos débiles se mencionaron la educación, capacitación y evaluación del personal con el fin de prepararlos para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la Salud pública y evaluar adecuadamente las acciones en materia de Salud pública y la definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.

Gráfico 10 | Perfil FESP 9.



1. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
2. Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud
3. Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública
4. Asesoría y apoyo técnico a niveles subprovinciales de salud pública para asegurar la calidad de los servicios

Gráfico 11 | Perfil FESP 10.



1. Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública
2. Desarrollo de la capacidad institucional de investigación
3. Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles subprovinciales de SP

DEBILIDADES FESP9:

La FESP 9 presenta debilidades en todos sus puntos. Éstos comprenden la incorporación de sistemas de evaluación y mejoramiento de su calidad; el fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad; la definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios; la instauración de un sistema de evaluación de tecnologías que colabore en los procesos de adopción de decisiones del sistema y contribuya a mejorar su calidad; la utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad y la incorporación de sistemas de evaluación de satisfacción de los usuarios y su utilización para mejorar la calidad de los servicios.

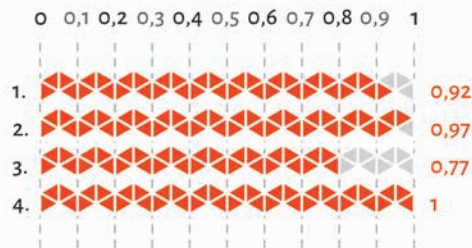
FORTALEZAS FESP10:

Dentro de las fortalezas, se destaca la investigación dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones y la ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en la materia cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.

DEBILIDADES FESP10:

Como punto débil, se encuentra lo relativo al establecimiento de alianzas con centros de investigación e instituciones académicas, con el fin de realizar estudios que apoyen la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria.

Gráfico 12 | Perfil FESP 11.



1. Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres
2. Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
3. Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones
4. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subprovinciales de salud pública para la reducción del impacto de emergencias y desastres

FORTALEZAS FESP11:

Todas la variables de la FESP 11 tienen una puntuación por encima de los parámetros de comparación, por lo que se consideran una fortaleza en el desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la Salud pública; el enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país; la participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres y la gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Tabla 05 | Análisis comparativo, incremento en la valoración de las variables.

FESP 1 : MONITOREO, EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD	122,5 %
FESP 2: VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA, INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS EN SP	196,67 %
FESP 3: PROMOCIÓN DE SALUD	100 %
FESP 4: PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS EN SALUD	178,95 %
FESP 5: DESARROLLO DE POLÍTICAS Y CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE PLANIFICACION Y GESTIÓN EN SP	67,92 %
FESP 6: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN EN SP	16,33 %
FESP 7: EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN DEL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS	17,28 %
FESP 8: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y CAPACITACIÓN EN SP	188 %
FESP 9: GARANTÍA Y MEJORAMIENTO EN CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUALES Y COLECTIVOS	23,53 %
FESP 10: INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA	117,86 %
FESP 11: REDUCCIÓN DEL IMPACTO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN SALUD	164,71 %

Gráfico 13 | Evaluación comparativa 2004 - 2014.



Dentro del grupo de variables analizadas en el año 2004, catorce de ellas que fueron calificadas en ese momento como una debilidad, dejaron de serlo y se convirtieron en fortalezas; mientras que otras diez aumentaron su valor a pesar de haberse mantenido como un punto a mejorar.

En el Gráfico 14 se refleja el caso de las diez variables con menor puntaje en el 2014 (por lo que son debilidades) y su variación en los últimos diez años.

En el Gráfico 15, se muestran las 10 variables con mayor puntaje en el 2014 (por lo que son fortalezas) y su variación en los últimos diez años.

Las variables reflejan no solo el cambio comparativo tanto en las fortalezas como en las debilidades, sino también el trato que se les aplicó a cada función, logrando que la medición demuestre la homogeneidad repartida en el desarrollo de las mismas y no una diferencia en su tratamiento como representan las líneas azules.

Gráfico 14 | Representación gráfica del comportamiento en los últimos 10 años de las variables con menor puntaje.

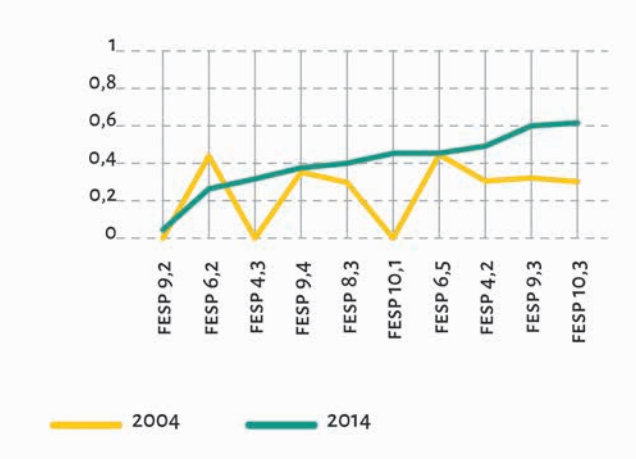


Gráfico 15 | Representación gráfica del comportamiento en los últimos 10 años de las variables con mayor puntaje.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Los Análisis de situación de Salud (ASIS) son procesos analítico-sintéticos dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de Salud-enfermedad de una población, así como definir necesidades y prioridades en salud y proveer información para el diseño, planificación e implementación de programas para abordarlas. Se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Dentro de las condiciones de vida coexisten factores tales como los demográficos, económicos, sociales, culturales, ambientales y de los Servicios de Salud².

Los ASIS se construyen articulando datos de fuentes primarias y secundarias de diferentes instituciones (no necesariamente del sector salud), que posean el común de permitir caracterizar la situación de salud de la población en todos sus aspectos.

La provincia de Tucumán se ha caracterizado por sostener sistemas de gestión de la información, actualizados y acordes al desarrollo tecnológico existente.

Para el ASIS del presente documento se accedió a las diversas fuentes de datos, tanto provinciales como nacionales, y a publicaciones de organismos oficiales.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL

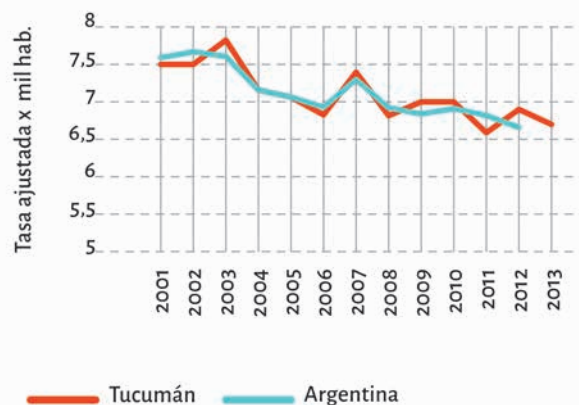
Los indicadores de mortalidad tienen por objeto establecer la evolución y estructura de las defunciones ocurridas en una población a lo largo del tiempo. La tasa de mortalidad general ha experimentado a lo largo de los años una notable disminución, especialmente a expensas de las enfermedades de causa

infecciosa. Tuvo que ver el avance científico que permitió conocer y aplicar métodos avanzados para el diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas.

La tasa de mortalidad es ampliamente utilizada en sus diversas dimensiones como un indicador sanitario. Para este documento se empleó la metodología de ajuste directo de tasas, considerando la influencia de los grupos de edad en la estructura poblacional a lo largo de los años, lo cual puede tener un impacto importante en el riesgo de morir³.

Los indicadores de mortalidad fueron descendiendo en el país desde el siglo pasado. En Tucumán la tasa ajustada de mortalidad general mostró una tendencia significativamente decreciente en los últimos 13 años, de modo similar a lo ocurrido en el país, con un porcentaje de variación anual promedio del 1% (Gráfico 16).

Gráfico 16 | Tasa ajustada de mortalidad por todas las causas. Tucumán y Argentina. 2001/2013.

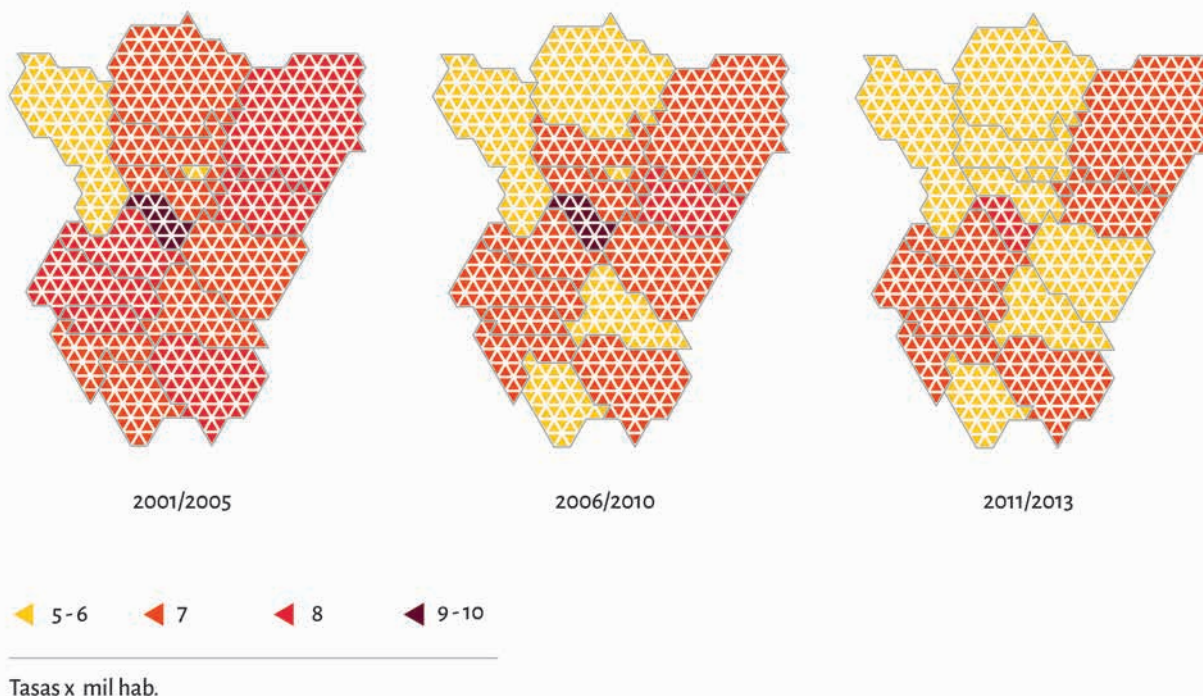


Fuente: Dir. de Epidemiología en base a datos de la Dir. de Estadística de la Provincia e Indicadores Básicos, Ministerio de Salud de la Nación

2 Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico 20 años. OPS, 1999. http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/BE_v20n3.pdf.

3 La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas. Boletín Epidemiológico, Vol. 23/Nº3. 2002.

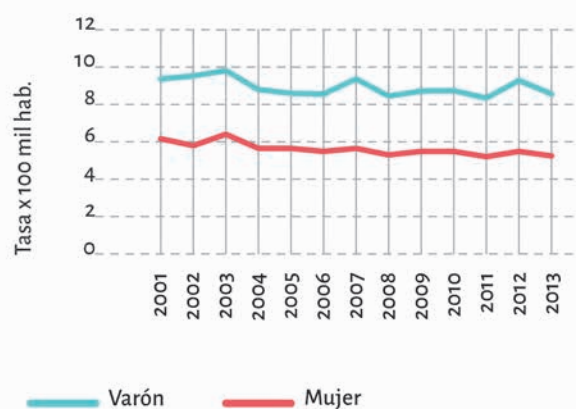
Gráfico 17 | Mapas de mortalidad general por departamentos en 3 períodos (Tasas ajustadas por edad). Tucumán.



Para observar el efecto de la mortalidad en los diferentes departamentos de la provincia se agruparon los años en tres períodos. Se pudo observar una reducción en todos los departamentos (Gráfico 17). La tasa de mortalidad por todas las causas podría ser influida por diferentes factores o marcadores de riesgo, en diversos grupos de la población, principalmente relacionados con sexo, ubicación geográfica o edad, entre otros.

En toda la serie de años, los varones tuvieron tasas de mortalidad más elevadas con respecto a las mujeres y la reducción hacia el año 2013 fue similar en ambos casos (Gráfico 18).

Gráfico 18 | Tasa ajustada de mortalidad general según sexo. Tucumán. 2001/2013.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

Enfermedades crónicas no transmisibles

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes mellitus (DM). Niños, adultos y ancianos son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ECNT, como las dietas no saludables, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo del alcohol ⁴.

Las ECNT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. La pérdida de productividad a causa de las muertes prematuras y los costos individuales y nacionales de la lucha contra las ECNT constituyen importantes obstáculos para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible⁵.

Se calcula que en la Región de las Américas el número de personas con alguna ENT asciende a más de 200 millones. El propósito de la OPS es reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura causadas por las ECNT en las Américas, con la meta de lograr una disminución de al menos un 25% de la mortalidad prematura por las cuatro ECNT principales para el 2025⁶.

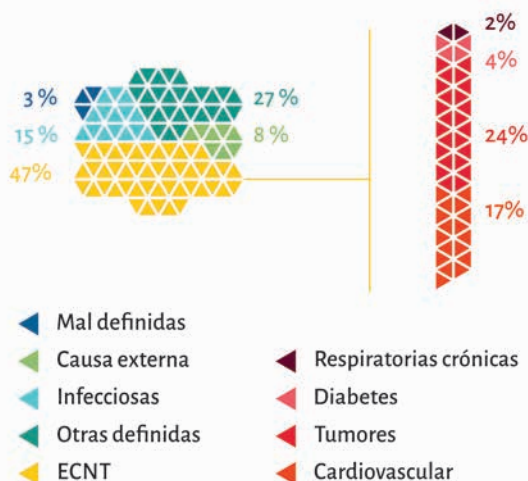
Considerando todas las ECNT, el 79,3% de las muertes en Argentina se debieron a estas enfermedades. En Argentina,

sobre un total de 304.525 muertes ocurridas en 2009, 89.916 fueron por causas cardiovasculares, 57.590 por cáncer, 7.701 por diabetes y 4.711 por enfermedades crónicas respiratorias. Las ECNT son prevenibles y, además, la evidencia científica disponible señala la efectividad de intervenciones de promoción, prevención y tratamiento que justifican llevar a cabo acciones de política pública⁷.

En la provincia de Tucumán, durante 2013, la mayor parte del peso en la mortalidad general (47%) fue debido a ECNT (Gráfico 19), constituido por cuatro grupos de enfermedades.

En el período 2001–2013 la tendencia de la mortalidad por ECNT en la provincia de Tucumán tuvo un comportamiento descendente, con un promedio anual de descenso del 2%, si bien no fue significativo ($p>0,05$). Por otro lado, en los últimos años alrededor de 36 de cada 10 mil habitantes fallecieron por alguna ECNT (Gráfico 20).

Gráfico 19 | Peso (%) de mortalidad por ECNT durante 2013. Tucumán.



4 Enfermedades no transmisibles. OMS. Nota descriptiva. Enero de 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

5 Informe sobre la situación mundial de enfermedades no transmisibles. OMS. Ginebra. 2014.

6 OPS y OMS. 28° Conferencia Sanitaria Panamericana, 64° Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA. 2012.

Gráfico 20 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por ECNT. Tucumán. 2001/2013.

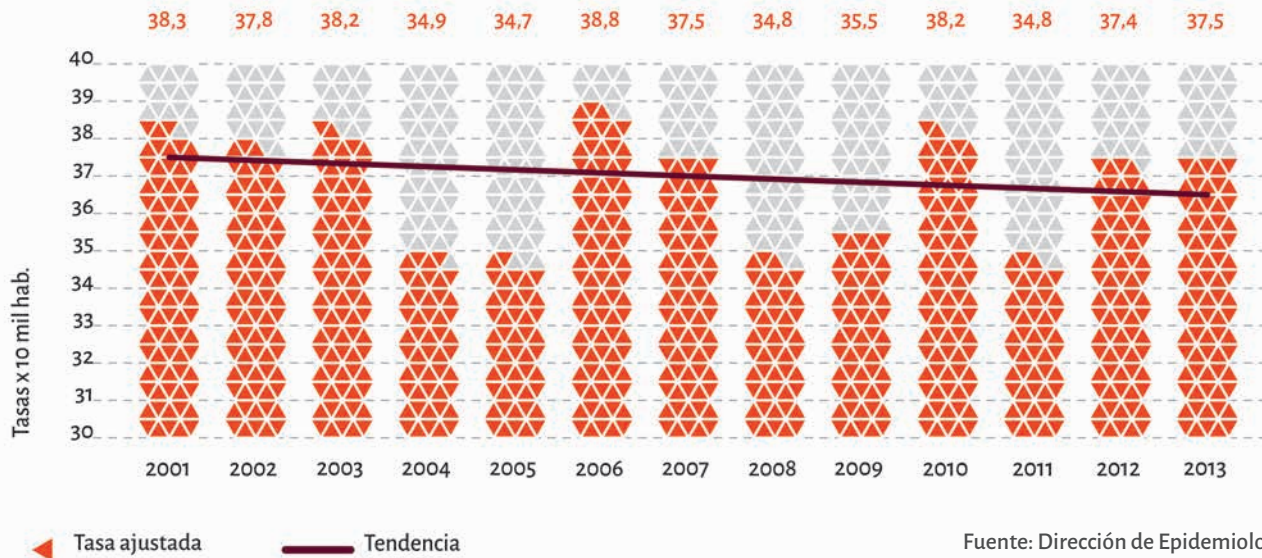
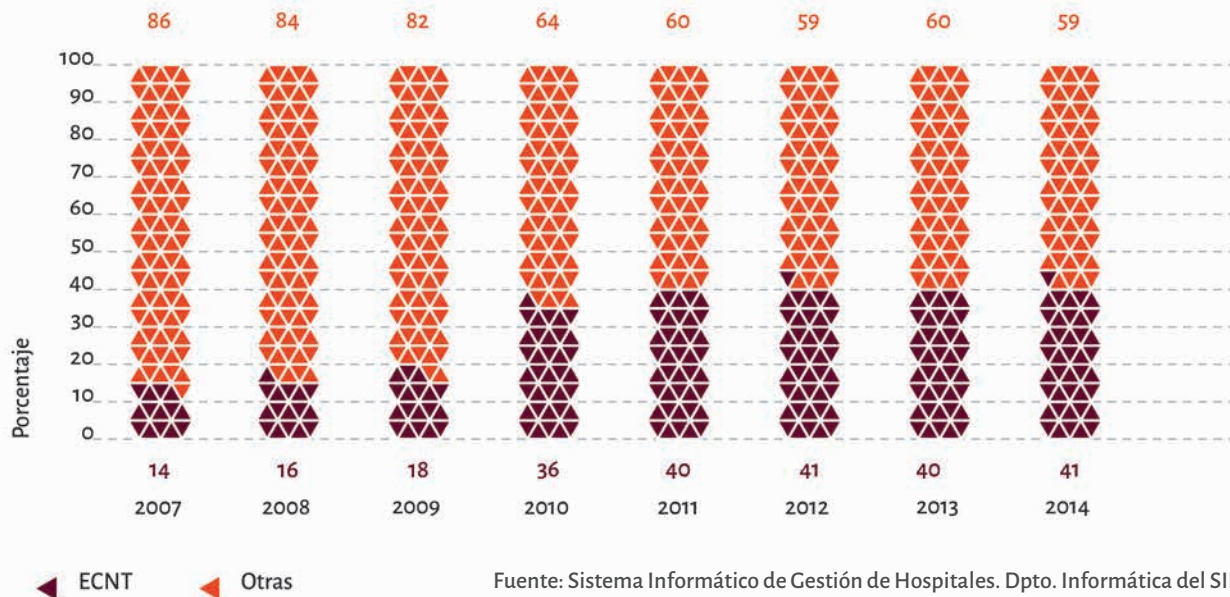


Gráfico 21 | Porcentaje de consultas de enfermedades no transmisibles en hospitales informatizados. Tucumán. 2007/2014.



A partir de la implementación de diversos programas orientados a la prevención y control de ECNT, se observó un aumento en la demanda de consultas relacionada a estas causas en todos los servicios de salud del sector público de la provincia de Tucumán. Si bien esto se observó sobre todo en establecimientos de Atención Primaria de la Salud, en los hospitales del sector público también hubo un incremento de las consultas (Consultorio externo) con una demanda mayor al 40% en los últimos años (Gráfico 21).

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Mortalidad por causa cardiovascular:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en nuestro país y en todo el mundo. El problema subyacente es la aterosclerosis, que progresa a lo largo de los años, de modo que cuando aparecen los síntomas - generalmente a mediana edad- suele estar en una fase avanzada. Los episodios coronarios (infarto de miocardio) y cerebrovasculares agudos se producen de forma repentina y conducen a menudo a la muerte antes de que pueda dispensarse la atención médica requerida⁸.

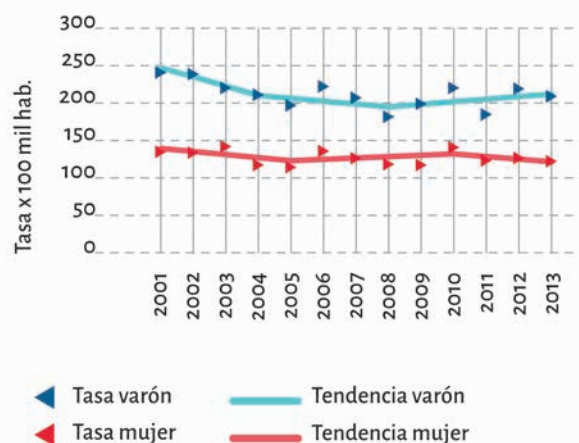
Durante 2011 el promedio de mortalidad por causa cardiovascular en el país fue del 198,4 por cada 100 mil habitantes (Tasa ajustada por edad), con valores más altos en Misiones (263,8 por 100 mil habitantes) y tasas más bajas en Jujuy (120,4 por 100 mil habitantes). Para el mismo año Tucumán presentó una tasa de 157,3 por 100 mil hab., ubicándose por debajo de la media nacional.

En Tucumán la mortalidad por causa cardiovascular mos-

tró una tendencia descendente, considerando el período 2001–2013, siempre por debajo de la media nacional. En el año 2001, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 182,1 y en 2013 de 160,7 por 100 mil habitantes, siempre con predominio del sexo masculino en todos los años (Gráfico 22). El descenso en la mortalidad fue sobre todo a expensas de grupos de mayor edad.

En los últimos años, en menores de 40 años se observó un incremento del 50% en varones en 2013 con respecto a 2008, y del 38% en mujeres en el mismo período (Gráfico 23). Esto concuerda con un fenómeno a nivel mundial, respecto a diversos factores que confluyen para observar un incremento en el peso de las enfermedades no transmisibles, en la salud de la población en edades más tempranas⁹.

Gráfico 22 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por causa cardiovascular según sexo. Tucumán. 2001/2013.

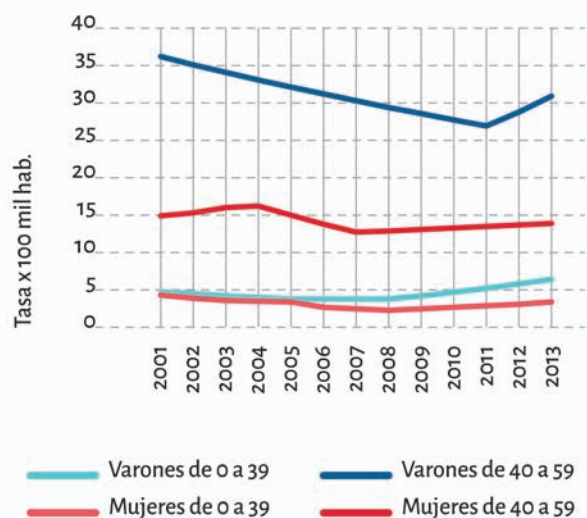


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

8 Guía de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Ministerio de Salud de la Nación – Junio 2009.

9 Bustos M Patricia, Amigo C Hugo, Arteaga L Antonio, Acosta B Ana María, Rona Roberto]. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Rev. Méd. Chile [revista en la Internet]. 2003 Sep [citado 2015 Mayo 11]; 131(9): 973-980. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900002>

Gráfico 23 | Tendencia ajustada de mortalidad por causa cardiovascular, según sexo; dos grupos de edad. Tucumán. 2001/2013.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia



PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad representan el sexto factor de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3,4 millones de personas adultas a consecuencia de estas afecciones. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad¹⁰.

El sobrepeso y la obesidad están en aumento tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, y afectan cada vez más a niños y adolescentes y en niveles socioeconómicos bajos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) invita a implementar políticas de promoción de una alimentación saludable y vida activa. En este contexto, las estrategias de promoción de la salud se imponen como herramientas fundamentales para detener el avance del problema de sobrepeso y obesidad. Toda acción en este sentido requerirá no sólo la intervención del sistema de salud, sino de la sociedad en su conjunto: sistema educativo, industria alimentaria, sector comercial, medios de comunicación, sociedades científicas, entidades deportivas y sociales, sin lo cual no será posible enfrentar con éxito esta epidemia.

Según la tercera ENFR 2013 a nivel nacional, el 57,9% de la población mayor de 17 años presentó exceso de peso¹¹, cifra significativamente mayor a la del 2009 (53,5%), compuesto por 37,1% de sobrepeso y 20,8% de obesidad. En Tucumán el exceso de peso fue del 61,5% (34,7% de sobrepeso y 19,5% de obesidad), siendo mayor en los varones, en los grupos con menor nivel de instrucción, con ingreso bajos y en incremento con la edad (Gráfico 24).

¹⁰ OMS. Obesidad y Sobrepeso. Ginebra: OMS; Agosto de 2014. Nota descriptiva: 311. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

¹¹ Puntos de corte propuestos por el documento de indicadores de enfermedades crónicas del CDC para el Índice de Masa Corporal (IMC): · Peso normal: 18,5 a 24,9 kg/m² · Sobrepeso: 25 a 29,9 kg/m² · Obesidad: 30 o más kg/m². Se definió a exceso de peso como a un IMC de 25 kg/m² o más (sobrepeso + obesidad).

Gráfico 24 | Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mayores de 17 años, según sexo. Tucumán y Argentina. 2005, 2009 y 2013

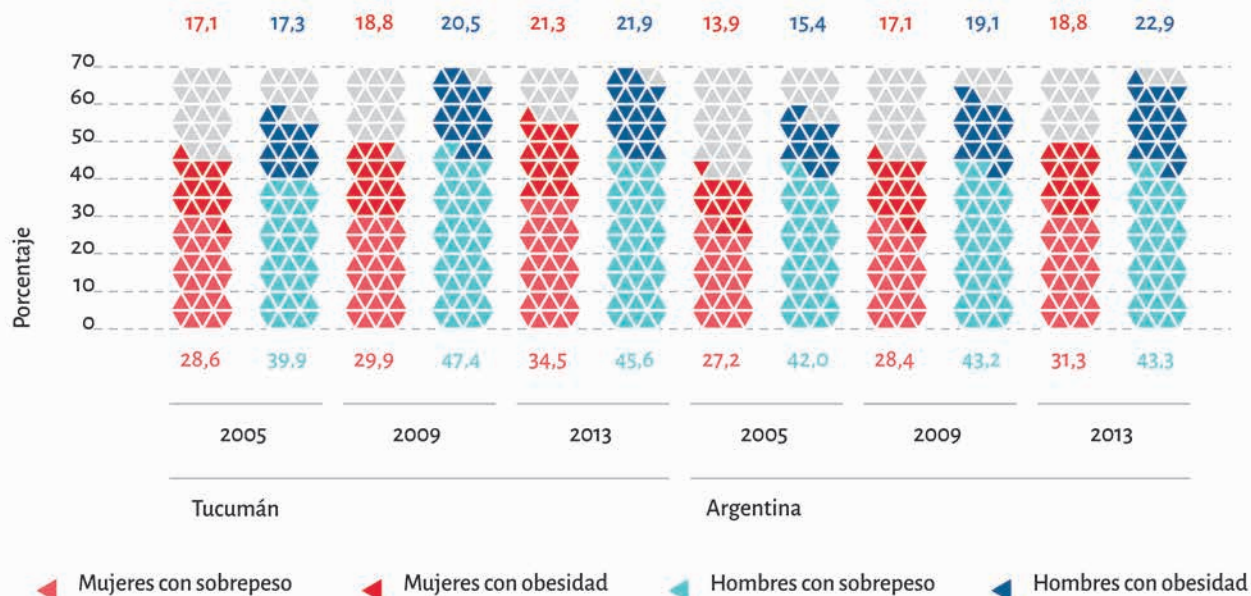
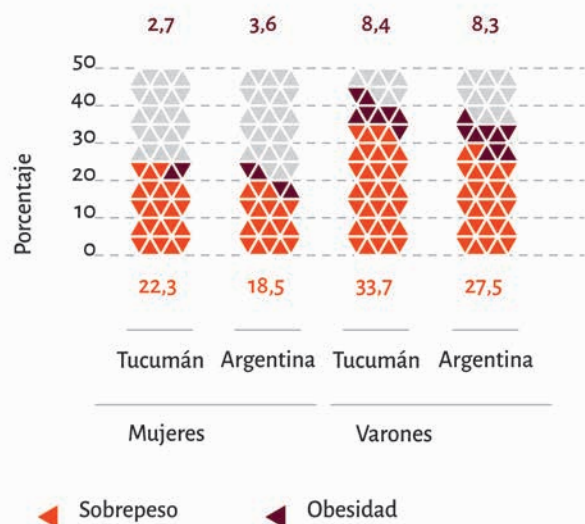


Gráfico 25 | Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de 13 a 15 años. Tucumán y Argentina. 2012.



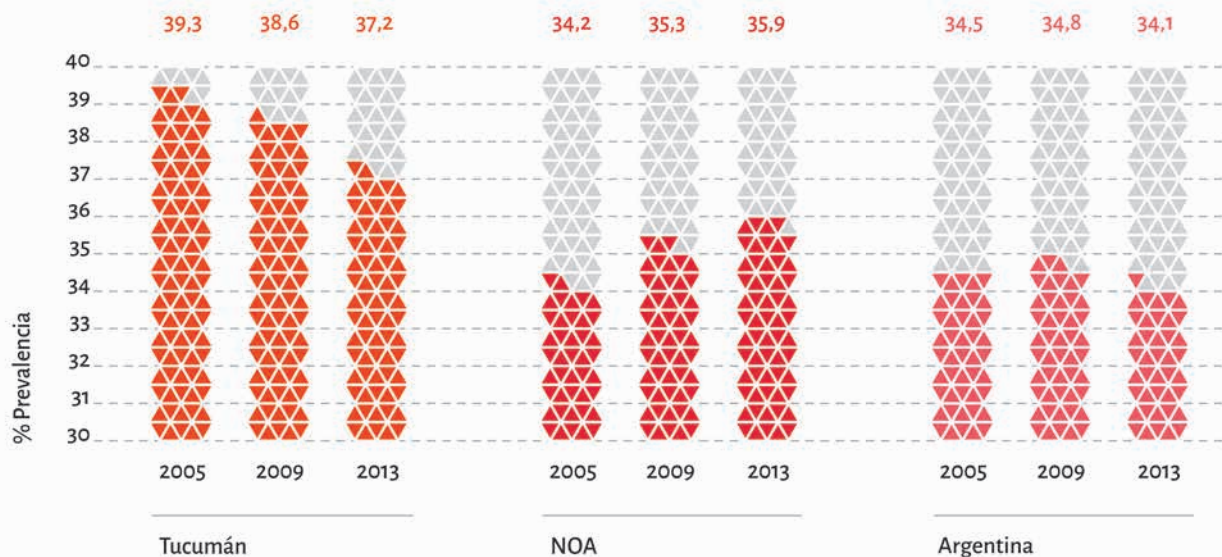
Fuente | Arriba: Encuesta Nac. de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación. Izq.: Fuente: Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012

En 2012, en el marco de la encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE), en niños de 13 a 15 años de edad en la provincia de Tucumán se registró un 33% de exceso de peso, siendo significativamente superior en varones (42%) con respecto a las mujeres (25%). Asimismo, se observó mayor prevalencia (43%) en niños de 13 años, con respecto a los de 15 años (22%).

A nivel nacional el exceso de peso fue de 28,6%, mayor al hallado en la EMSE 2007 (24,5%, $p < 0,05$)¹², siendo más prevalente en los varones (35,9% contra 22,1% mujeres) (Gráfico 25).

12 2° Encuesta Mundial de Salud Escolar- Argentina 2012. Informe de resultados. Capítulo 3 (p. 18). Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf.

Gráfico 26 | Prevalencia de presión arterial elevada en mayores de 17 años, según año y jurisdicción. ENFR 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

PREVALENCIA DE PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA

En 2008, en el mundo un 40% de los adultos mayores de 25 años habían sido diagnosticados de hipertensión aproximadamente; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008. Si bien la prevalencia en la Región de las Américas alcanzaba un 35% en mayores de 25 años, era una de las más bajas en el mundo con respecto a otras regiones como África. En general, la prevalencia de la hipertensión es menor en los países de ingresos elevados¹³¹⁴.

Las mediciones realizadas en el país en tres cortes transversales mostraron para Argentina una prevalencia de presión arterial elevada en un nivel estable, en alrededor del 34 por

cada 100 habitantes mayores de 17 años. Para Tucumán se observó una reducción en la prevalencia, de 39% en 2005 a 37% en el año 2013, valores siempre superiores a la media nacional (Gráfico 26).

En las encuestas mencionadas (2005, 2009 y 2013) se observó además que un 86%, 88% y 92% de las personas con presión arterial elevada realizaron al menos un control de su presión arterial en el último año previo a la encuesta, respectivamente, en la provincia de Tucumán.

¹³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory Data Repository [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main>). Consultado el 11 de febrero de 2013.



PREVALENCIA DE TABAQUISMO

El consumo de tabaco explica 5,4 millones de muertes por año a nivel mundial como consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, entre las más importantes¹⁵. El consumo de tabaco es un factor de riesgo presente en seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo¹⁶.

En Argentina, el consumo de tabaco se asocia a unas 40 mil muertes al año, representando un 16% de todas las muertes anuales, y ocasiona 824.804 años de vida saludables perdidos¹⁷.

En Argentina a partir del año 2005 comenzaron a surgir legislaciones provinciales dirigidas a asegurar espacios comunes libres de humo de tabaco, que se extendieron hasta alcanzar actualmente 16 provincias. En junio de 2006, la provincia de Tucumán puso en marcha la Ley antitabaco N° 7.575 que estableció la prohibición de fumar en lugares cerrados de uso público¹⁸. La ley fue promulgada un año antes y hasta su vigencia se realizó una intensiva campaña de difusión, educación y concientización a la comunidad acerca de la importancia de los ambientes libres de humo en toda la provincia. Para completar las acciones, en noviembre de 2005 se creó el Programa Provincial de Lucha Antitabáquica en el ámbito del Ministerio de Salud Pública provincial¹⁹.

15 Peto, R., et al, Mortality from smoking worldwide. Br Med Bull, 1996. 52(1): p. 12-21.

16 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, The MPOWER package 2008.

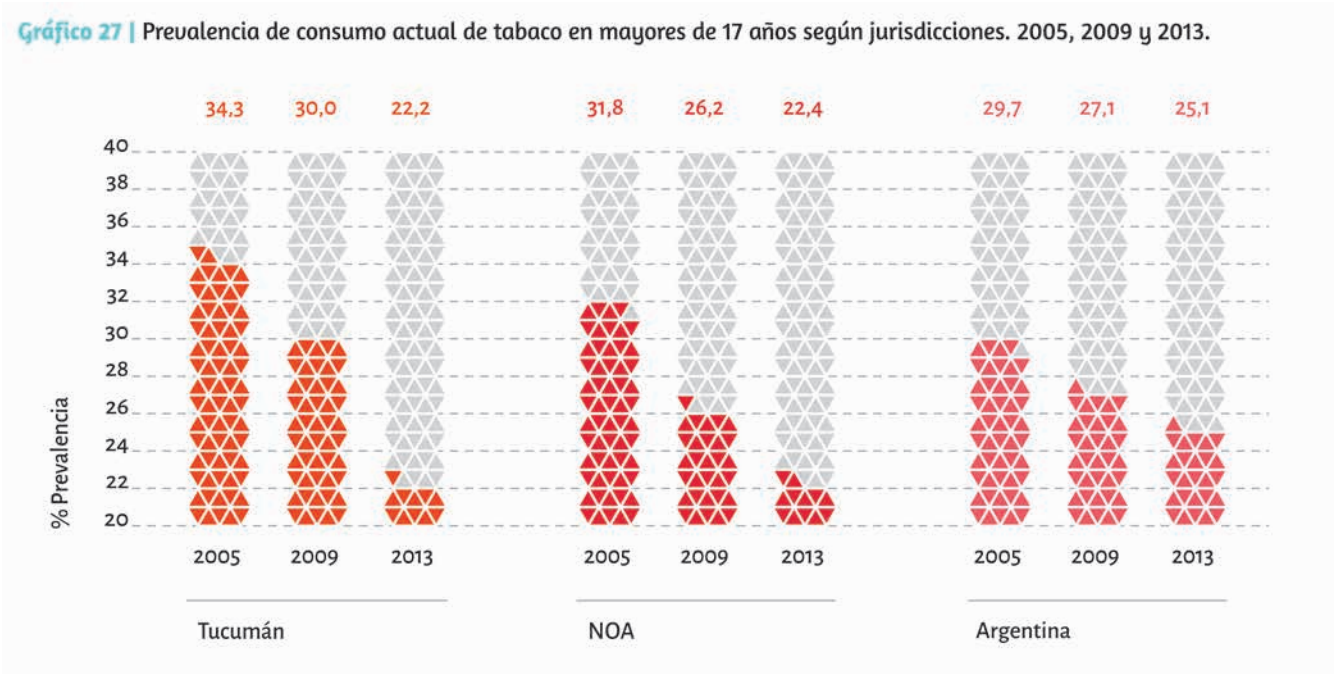
17 II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. 2011, Ministerio de Salud de la Nación – Argentina.

En 2011 se sancionó la ley nacional 26.687 que regula sobre ambientes 100% libres de humo y reglamenta sobre advertencias sanitarias con pictogramas en los paquetes de cigarrillos, medidas consideradas altamente efectivas (OMS, 2007; Hammond, 2006, Wilson et al, 2012). La ley nacional también regula la accesibilidad al tabaco en tanto reglamenta el tamaño mínimo de las unidades para la venta e incorpora la prohibición de venta a menores de 18 años y el expendio por medio de máquinas expendedoras²⁰.

Según la Encuesta nacional de factores de riesgo, la prevalencia de consumo de tabaco ha ido descendiendo en los últimos años en forma significativa en Argentina, con mejores resultados en algunas jurisdicciones que en otras. Las provincias que cuentan con legislación tuvieron mejores resultados que el

resto (Gráfico 27). La reducción fue mayor en el grupo de edad entre 18 a 29 años (51,2%) comparado con el grupo de 30 a 49 años (20,5%); el grupo de 50 y más años mostró un porcentaje intermedio (31,4%) de reducción.

En Tucumán, en la medición de 2013 pudo observarse que la reducción de “consumo actual de tabaco” fue significativamente mayor que en el resto de las provincias (36%) y la media del país (16%), con respecto al año 2005 (Gráfico 28). De modo similar al consumo de tabaco, la proporción de personas mayores de 17 años que estuvieron expuestos a humo de tabaco ajeno disminuyó en todo el país. Considerando las mediciones de 2013 con respecto a 2005, en la provincia de Tucumán esta reducción fue del 32%; del 25% en el NOA y del 30% a nivel país (Gráfico 29).



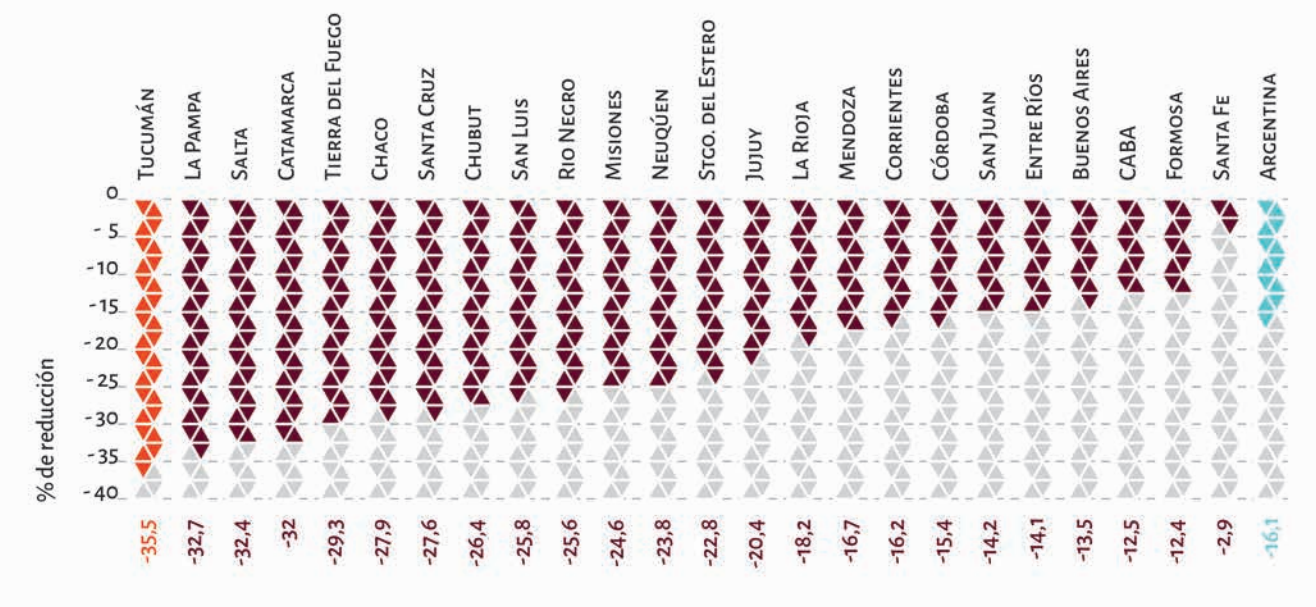
Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo . Ministerio de Salud de la Nación

18 Ley 7575 / 2005. Aviso N° 3785. Boletín Oficial de la Provincia de Tucumán núm. 26077, 18 de Julio de 2005. [Disponible en: <http://ar.vlex.com/vid/ley>]

19 Resolución 1060 – CPS 16/11/2005 del Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

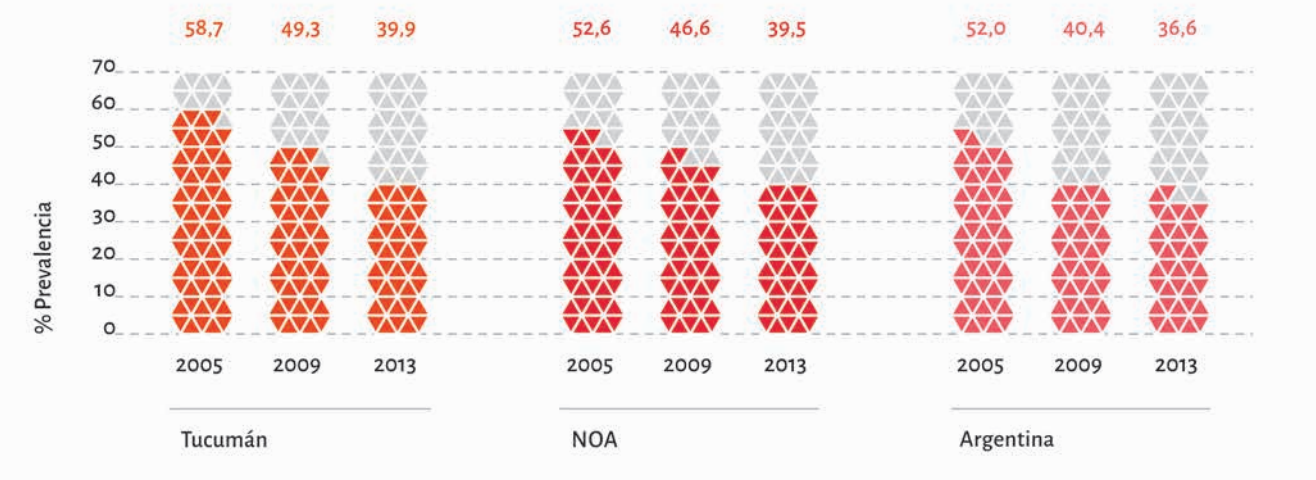
20 Evolución del consumo de tabaco en argentina 2005-2012. Disponible en: <file:///C:/Users/Epidemio/Downloads/EvolucionConsumoTabacoExtendidoAES.pdf>

Gráfico 28 | Porcentaje de reducción de prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 17 años, en 2013 con respecto a 2005, según jurisdicción.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

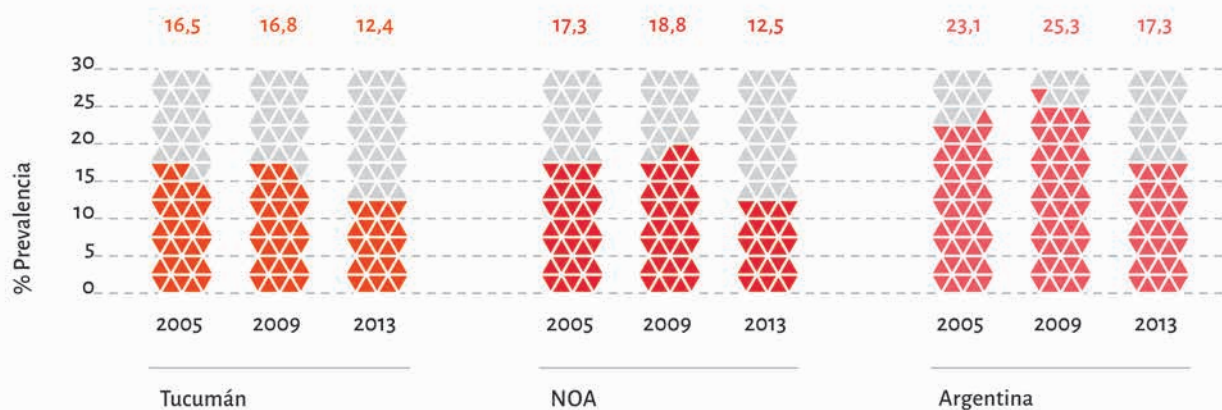
Gráfico 29 | Prevalencia de exposición al humo de tabaco ajeno, en mayores de 17 años según jurisdicciones. 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

Gráfico 30 | Prevalencia de consumo de sal* en mayores de 17 años, según jurisdicciones. 2005, 2009 y 2013.

(* siempre agrega sal a las comidas luego de la cocción, o al sentarse a la mesa)



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Ministerio de Salud de la Nación

CONSUMO DE SAL EN LAS COMIDAS

Uno de los factores de riesgo más implicados en la elevación de la tensión arterial es la ingesta de sodio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la reducción de sal en la dieta como una estrategia efectiva en función del costo que permite reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular en países en desarrollo²¹.

Alrededor del 17% de la población argentina agrega siempre sal a sus comidas, según la última ENFR (2013). En relación al resto del país, nuestra provincia siempre obtuvo bajas prevalencias en el agregado de sal a las comidas.

En Tucumán, como en el resto del país, se ha observado una reducción en la ingesta de sal en las comidas ($p > 0,05$), aunque la reducción fue mayor en el NOA (33,4%) y en el promedio país (31,6%), debido a que partían de prevalencias más elevadas (Gráfico 30).

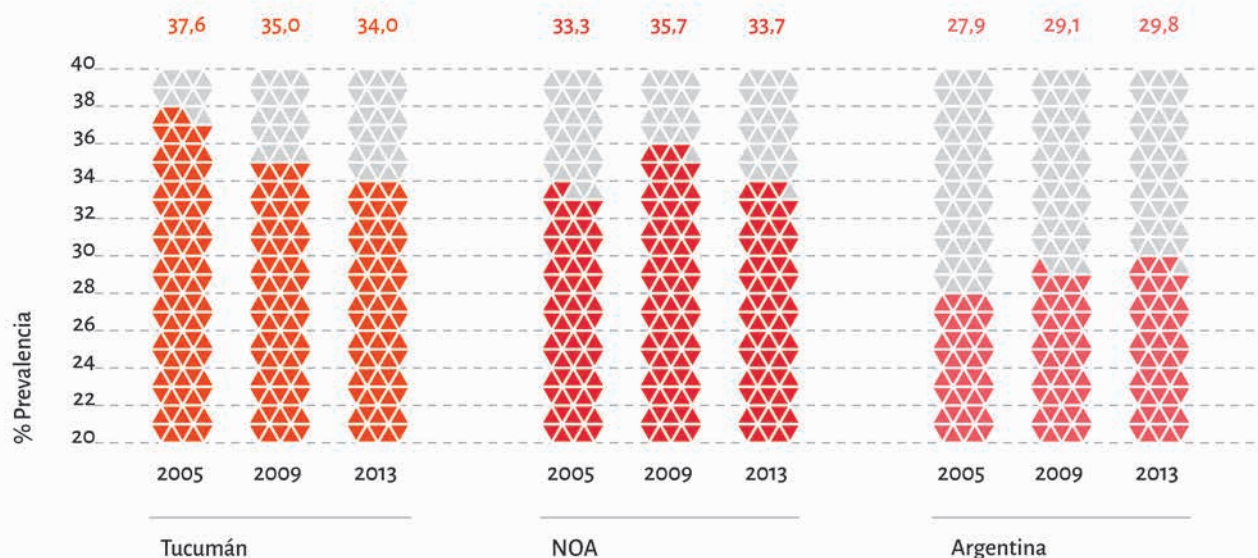
PREVALENCIA DE COLESTEROL ELEVADO

Los niveles de colesterol se asocian a un incremento de la mortalidad cardiovascular, con una relación continua entre los valores sanguíneos de colesterol y el riesgo de padecer eventos vasculares, en todos los grupos etarios y de forma independiente de otros factores de riesgo como los niveles de presión arterial. El colesterol elevado constituye el sexto factor de riesgo en importancia en relación a la mortalidad atribuible a nivel global, lo que se debería en gran parte a un aumento del riesgo de padecer infarto de miocardio²². En Tucumán, la prevalencia de colesterol elevado entre aquellos que alguna vez se midieron el colesterol en la sangre fue superior a la media del país, aunque con una tendencia descendente, considerando la primera medición del año 2005; si bien éste cambió, no llegó a ser significativo ($p > 0,05$). No hubo diferencias en cuanto a la caracterización por sexo. En sentido opuesto, en el promedio país se observó una tendencia ascendente (Gráfico 31).

21 OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

22 II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades No Transmisibles. Año 2011, Argentina, Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 31 | Prevalencia de colesterol elevado en mayores de 17 años, según jurisdicciones. 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

INACTIVIDAD FÍSICA

Los beneficios para la salud que se asocian con la realización de actividad física son ampliamente conocidos. Realizar 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día o durante casi todos los días de la semana proporciona beneficios de salud importantes, reduciendo o eliminando el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama. La actividad física moderada pero regular -subir escaleras, caminar rápidamente y montar en bicicleta como parte de la rutina diaria- puede reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimular la autoestima y mejorar la claridad mental²³. La mayor parte de esos beneficios de salud son conocidos en alguna medida por la población en general. Sin embargo,

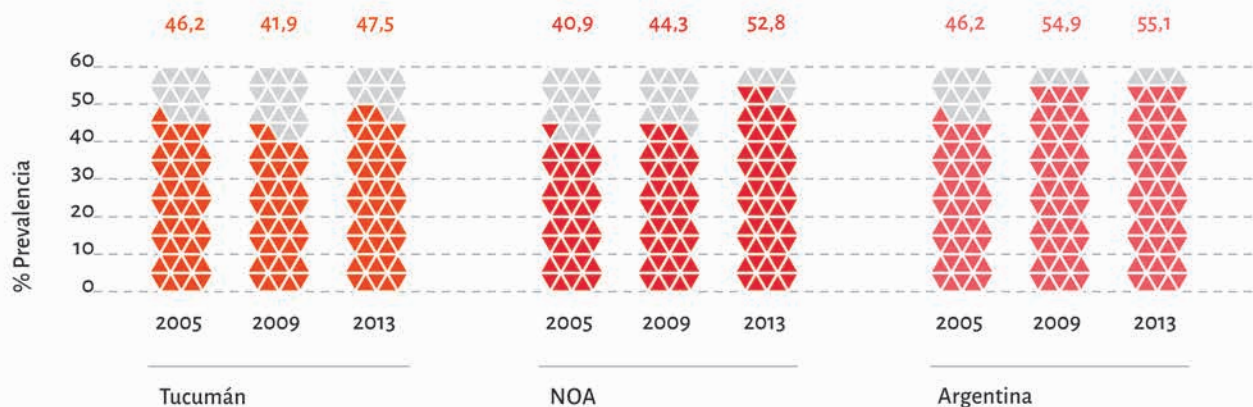
los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero. Tanto es así que la inactividad física constituye uno de los grandes factores de riesgo que explicaría las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles (ENT). En su “Informe sobre la salud en el mundo 2002²⁴”, la OMS indicó que 76% de todas las defunciones en el continente americano en el año 2000 se debieron a ENT, siendo esta proporción semejante a la encontrada en zonas desarrolladas de Europa (86%) y del Pacífico Occidental (75%).

En la última medición de la ENFR se observó un aumento en el número de personas mayores de 17 años con inactividad física en Argentina. Esta situación fue más marcada en la región del NOA.

23 Jacoby Enrique, Bull Fiona, Neiman Andrea: Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 2003 Oct [cited 2015 Mar 18]; 14 (4): 223-225. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003000900001>.

24 World Health Organization. 2002 world health report: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.

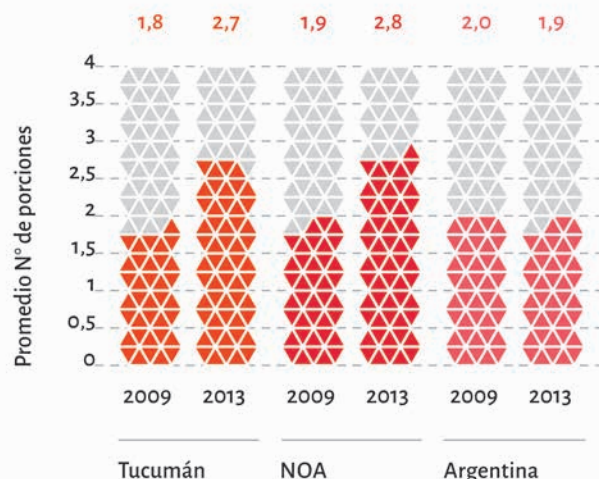
Gráfico 32 | Prevalencia de inactividad física en mayores de 17 años, según jurisdicciones. ENFR 2005, 2009 y 2013.



Fuente | Arriba, abajo: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

En Tucumán se observó también un aumento, luego de que en 2009 se observara una reducción del 9% (Gráfico 32). En 2013, el incremento de la inactividad física fue mayor en edades tempranas; del 28% en el rango de 18 a 24 años y del 12% en mayores de 49 años, considerando la medición del año 2005.

Gráfico 33 | Prevalencia de consumo de porciones de frutas y verduras en mayores de 17 años, según jurisdicciones. ENFR 2005, 2009 y 2013.



CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

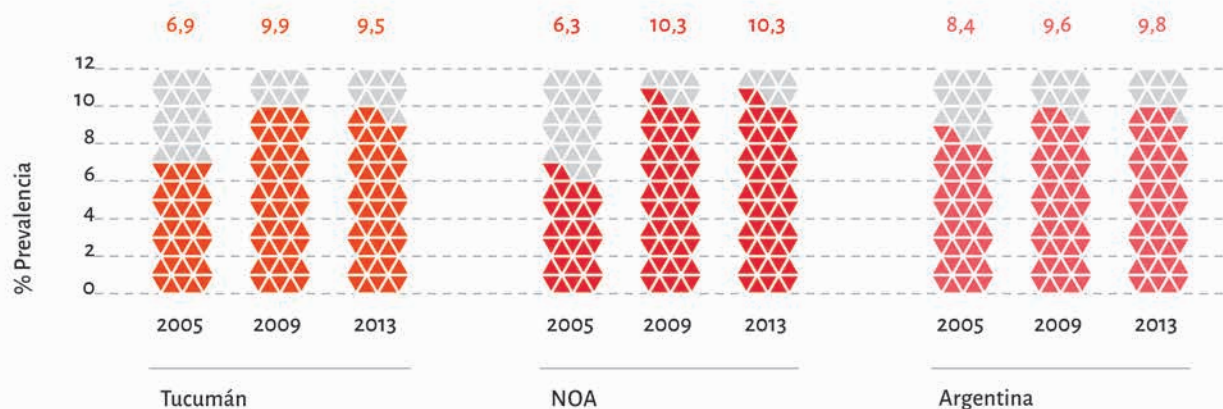
Existe suficiente evidencia científica que vincula el mayor consumo de frutas y verduras con un menor riesgo de desarrollar cáncer. El impacto de un adecuado consumo de frutas y verduras significaría una reducción de 20% para los cánceres de la boca, esófago, pulmones, cervix y vejiga; y de 50% para los cánceres de páncreas, vesícula, mama y útero²⁵. Además, el mayor consumo de fibra presente en frutas y verduras y la presencia de ciertos fitoquímicos contribuyen a disminuir hasta en 31%, el riesgo de cardiopatías isquémicas²⁶.

El promedio diario del consumo de porciones de frutas y ver-

²⁵ Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (World Cancer Research Fund). Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective. London, 1997.

²⁶ Informe sobre la salud en el mundo Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS, 2002. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1

Gráfico 34 | Prevalencia de diabetes en mayores de 17 años, según jurisdicciones. ENFR 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Ministerio de Salud de la Nación

duras aumentó significativamente en Tucumán y en el NOA entre los años 2009 y 2013, aunque en el promedio país no se observaron modificaciones (Gráfico 33). No obstante, los valores hallados son inferiores a lo expresado por la OMS que recomienda un consumo diario de 5 porciones²⁷ diarias (2 de frutas y 3 de verduras).

DIABETES (DBT)

La Diabetes es un desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Su curso es progresivo y se acompaña de lesiones micro (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados. Mundialmente, la prevalencia de DBT va en continuo

aumento, con una velocidad de crecimiento variable pero consistentemente mayor en los países en desarrollo²⁸.

La diabetes es un padecimiento conocido desde hace mucho tiempo; no obstante aún es incompleto el conocimiento cabal de su etiología e historia natural. Actualmente es ampliamente aceptado el rol que cumple los factores genéticos, aunque no sería suficiente para desarrollar diabetes. Los aspectos antropológicos y estilos de vida, explicarían mucho más sobre su comportamiento epidemiológico actual²⁹. Actualmente es catalogada como una de las epidemias del siglo XXI, por su creciente magnitud como por su impacto en la enfermedad cardiovascular³⁰.

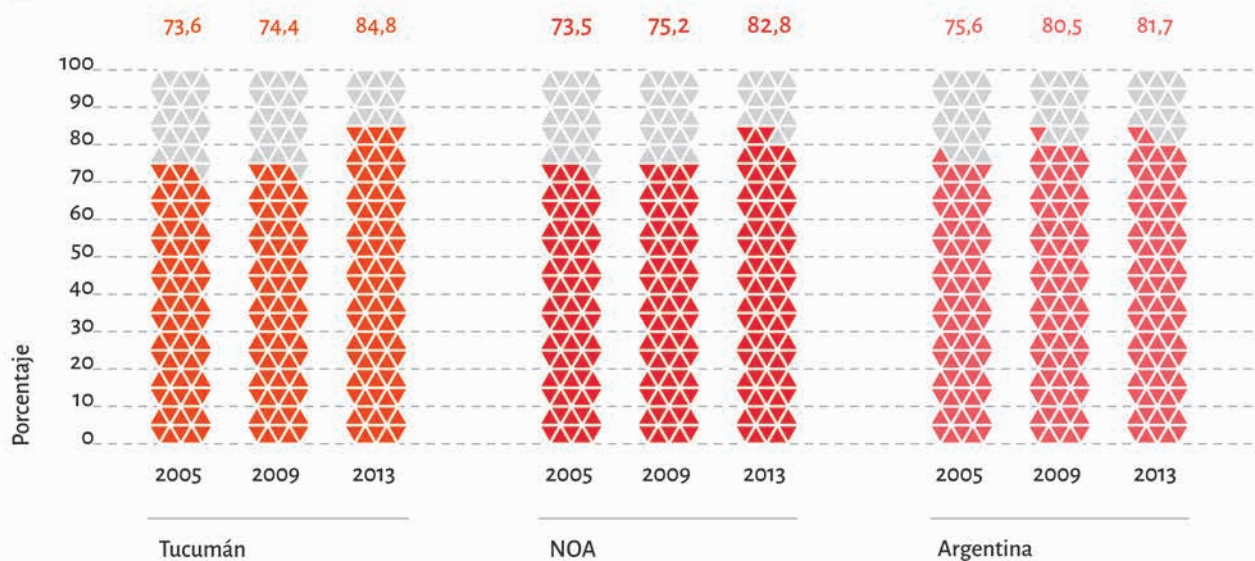
Según las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo, en Argentina el 10% de las personas mayores de 17 años tendrían diabetes y una cifra similar habría en Tucumán según las últimas mediciones (Gráfico 34).

²⁷ Una porción de fruta equivale a: 1 pieza mediana de naranja, manzana, pera, mandarina, durazno, pomelo, 1/2 taza de uvas, 1 taza de ciruelas, entre otros.

²⁸ Guía de Práctica Clínica sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DIABETES MELLITUS TIPO 2, para el 1er nivel de atención. Ministerio de Salud de la Nación. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000070cnt-2012-08-02_guia-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf



Gráfico 35 | Control de glucemia en el último año, en personas con DBT mayores de 17 años, según jurisdicciones. 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

29 L Moreno Altamirano. Epidemiología y Diabetes. Rev Fac Med UNAM Vol. 44 Enero-Febrero, 2001. <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un011i.pdf>
 30 S Valdés. G Rojo Martínez. F Soriguer. Evolución de la prevalencia de Diabetes tipo 2 en población adulta española. Medicina Clínica, Volume 129, Issue 9, September 2007, Pages 352-355. Disponible: <https://www.researchgate.net/publication/246617408>

Por otra parte, el porcentaje de personas con DBT que realizaron su control de glucemia en el último año, aumentó significativamente en la última encuesta nacional ($p<0,05$) (Gráfico 35).

Factores presentes en personas con DBT

En Tucumán según la tercera ENFR de 2013, un 50% de las personas con DBT refirieron realizar bajo nivel de actividad física; 24,4% refirió fumar; 46,3% tenía sobrepeso y 34% obesidad. Por otro lado, un 54,4% manifestó tener colesterol elevado y 60% refirieron tener HTA.

Controles en personas con DBT

De acuerdo con las recomendaciones internacionales; y nacionales, las personas afectadas con DBT deben realizar controles periódicos de salud, que incluyen controles clínicos y exámenes complementarios³¹. Para valorar la adherencia a los controles de salud, en la medición del año 2013, se eligió como indicador el examen de pies realizado en el último año. En Tucumán, un 39% de las personas con diabetes que concurrieron a servicios particulares y privados manifestaron haberse realizado un examen de los pies. Esto ocurrió en un 37% de los que fueron a hospitales y en un 80% de los que concurrieron a Centros de Atención Primaria de Salud. A nivel provincial, alrededor de 32 personas diabéticas por cada 100, realizaron control de pies en el último año previo a la última encuesta.

Por su parte, el Programa Provincial de DBT resaltó que en los últimos años hubo mayor captación de pacientes para seguimiento y una mejora en el número de estudios complementarios realizados, como realización de examen de fondo de ojo y determinación de Hemoglobina glicosilada.

Mortalidad³² por DBT

Según la OMS en 2004 fallecieron aproximadamente 3,4 millones de personas por diabetes. Se prevé que las muertes se multipliquen por dos hasta el año 2030³³.

En la Región de las Américas la diabetes causa un promedio de 242 mil defunciones cada año. En el año 2007, 22 mil defunciones (8%) fueron consideradas evitables porque ocurrieron en personas menores de 50 años de edad. Esta proporción fue más alta en el sexo masculino (10%) que en el femenino (7%)³⁴.

En base a datos de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación la tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus en el país fue de 19 por 100.000 habitantes en el año 2013³⁵.

En Tucumán, los varones presentaron tasas más elevadas de mortalidad que las mujeres y, desde el año 2001 hasta 2013 en general, la tendencia de mortalidad fue descendiendo en ambos sexos (Gráfico 36). En los últimos 2 años estudiados se observó un leve incremento de la mortalidad en ambos sexos, con un porcentaje de variación anual cercano al 7%, luego de que en 2011 alcanzara los niveles más bajos. En 2013, la tasa de mortalidad ajustada por edad se ubicó en 35 y 24 por cada 100 mil varones y mujeres respectivamente.

Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por DBT en 2013 fue de 11,7 por 10 mil habitantes a expensas del sexo masculino, habiendo aumentando alrededor de 2 puntos desde el año 2010.

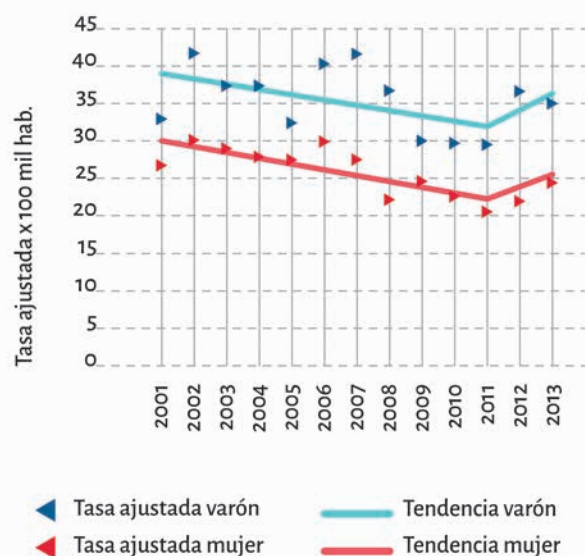
31 Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Ministerio de Salud de la Nación - Argentina 2008. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000070cnt-2012-08-02_guia-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

32 En el análisis de tasas de mortalidad por DBT no se incluyeron las muertes por condiciones asociadas, lo cual debe tenerse en cuenta para interpretar los resultados.

33 Nota descriptiva número 312. Septiembre de 2012. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

34 Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2011. OPS. Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf

Gráfico 36 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por diabetes, según sexo. Tucumán. 2001/2013.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es un importante problema de Salud pública. En Argentina, cada año mueren aproximadamente 5.400 mujeres³⁶. Es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de países desarrollados y también en la mayoría de los países en vías de desarrollo.

Se estima que, mundialmente, se producen alrededor de 1.200.000 casos nuevos por año, que implican más de 500.000 muertes³⁷.

Mortalidad por Cáncer de mama

Entre 2001 a 2009 hubo un leve pero sostenido ascenso de la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de mama. La tendencia mostró una leve inflexión desde entonces, descendiendo un 13% en el indicador; de 21,8 en 2009, a 18,9 fallecidas por cada 100 mil mujeres en 2013.

Por otro lado, la 3ra ENFR mostró que en Tucumán el 47,1% de las mujeres mayores de entre 40 a 64 años realizaron una mamografía en los últimos dos años presentando un incremento del 18% con respecto a lo observado en la medición del año 2009 (39,9%) (Gráficos 37 y 38).

Mamografías en mujeres de entre 40 a 64 años

Se observó un aumento de la realización de mamografías a nivel nacional obteniendo prevalencias de 49, 60 y 65% en los años 2005, 2009 y 2013 respectivamente. Esta situación fue similar en el NOA.

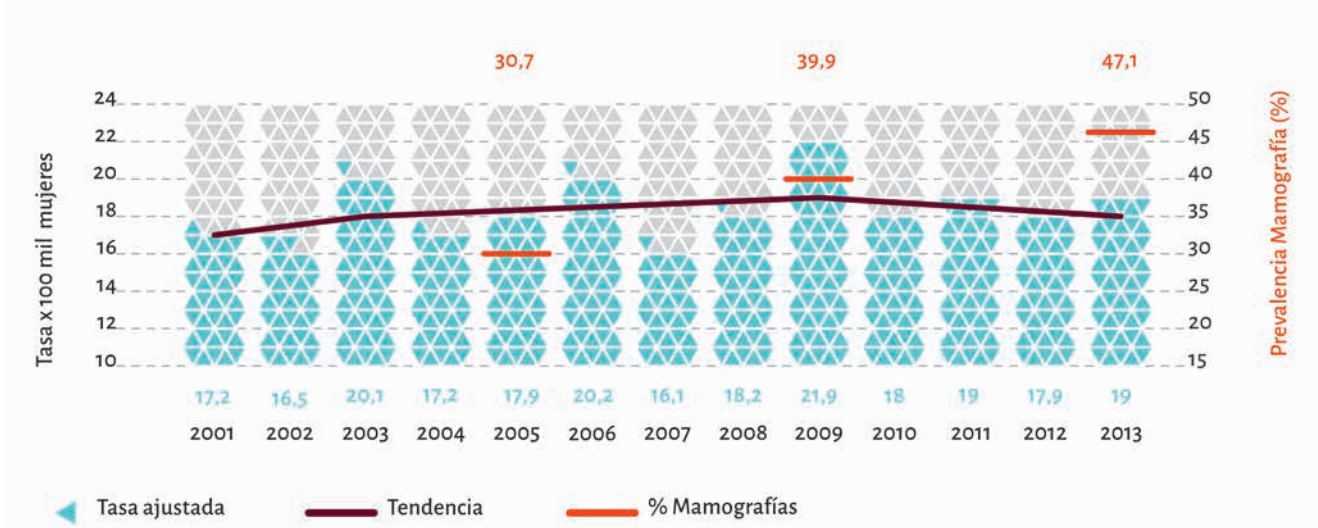
La realización sistemática de mamografía en mujeres mayores de 40 años podría reducir la mortalidad por cáncer en un 16%. Este descenso llegaría a 20%-30% en mujeres mayores de 50 años.

La realización de mamografías aumentó en todos los grupos etarios y estuvo directamente relacionada con el nivel de ingreso y el nivel de instrucción.

En Tucumán, esto podría estar relacionado, además, con intervenciones de salud realizadas en este período que ampliaron la oferta a grupos con menor accesibilidad. Entre estas estrategias podemos mencionar el aumento de mamógrafos y de la capacidad operativa del sistema sanitario, el "Tráiler de la mujer" y las actividades educativas enmarcadas en programas de prevención.

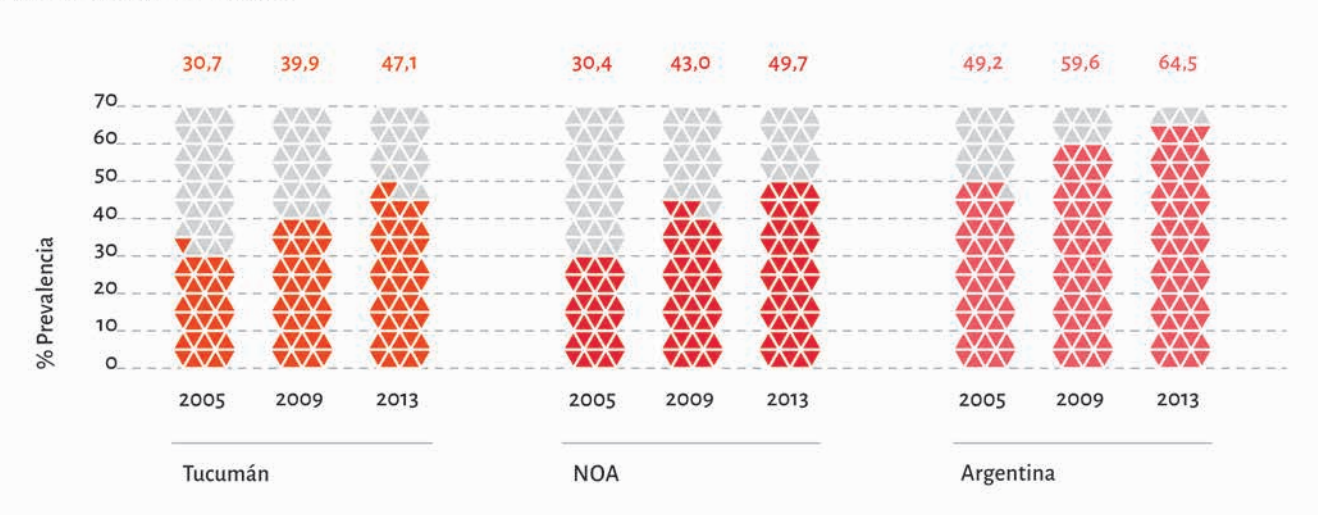
35 Estadísticas Vitales. Anuario 2013. Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Serie 5 N° 57. ISSN 1668-9054

Gráfico 37 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por cáncer de mama, 2001/2013; y prevalencia de realización de mamografías durante 2005, 2009 y 2013. Tucumán.



Fuente: Dirección de Estadística de la Provincia y Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

Gráfico 38 | Proporción de mujeres (de 40 a 64 años) que realizaron mamografías en los últimos dos años. Tucumán, NOA y Argentina. 2005, 2009 y 2013.



36 Viniestra, María. Cáncer de mama en Argentina : Organización, Cobertura y Calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010: Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programas Provinciales / María Viniestra; Melisa Paolino; Silvina Arrossi. - 1a ed. - Buenos Aires: OPS, 2010. ISBN 978-950-710-124-3

37 Ferlay, J.; Shin, H. R.; Bray, F.; Forman, D.; Mathers, C. and Parkin, D. M. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. <http://globocan.iarc.fr>, 2010.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes entre mujeres a nivel mundial; y es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, a pesar de la disponibilidad de métodos para detectar tempranamente la enfermedad. En Argentina, cada año se diagnostican alrededor de 3.000 casos nuevos de cáncer de cuello de útero y alrededor de 1.600 mujeres mueren a causa de la enfermedad³⁸.

Mortalidad por Cáncer de cuello uterino

En Tucumán la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero tuvo una tendencia descendente considerando la tasa de mortalidad del año 2001, con un porcentaje de cambio

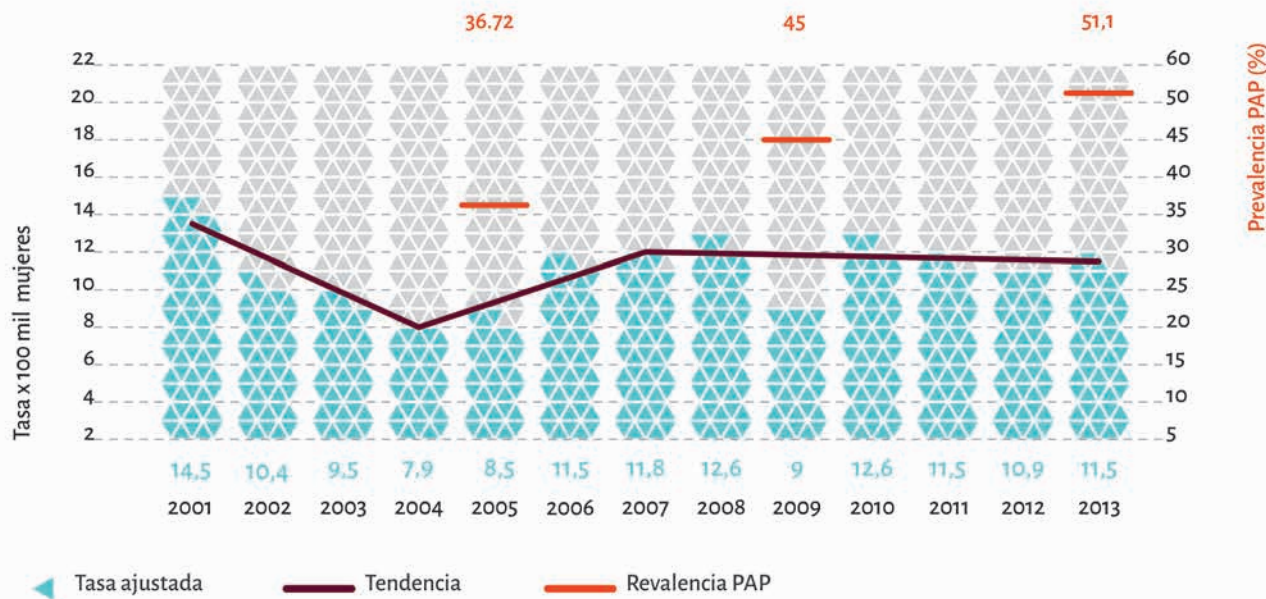
anual promedio (PCA) de 1,5%. En el último período a partir del año 2008 la tendencia muestra un sentido levemente descendente con una variación promedio de la tasa de mortalidad anual del 1% ($p>0,05$) (Gráfico 39).

Entre el 40% a 60% de las muertes por cáncer de cuello uterino podrían evitarse por la práctica periódica de PAP, seguido de tratamientos eficaces.

Realización de PAP en mujeres de entre 35 a 64 años

El programa de prevención de cáncer de cuello uterino propone la realización de PAP mediante una estrategia de screening para mujeres a partir de los 35 años hasta los 64 años, con intervalos de 3 años.

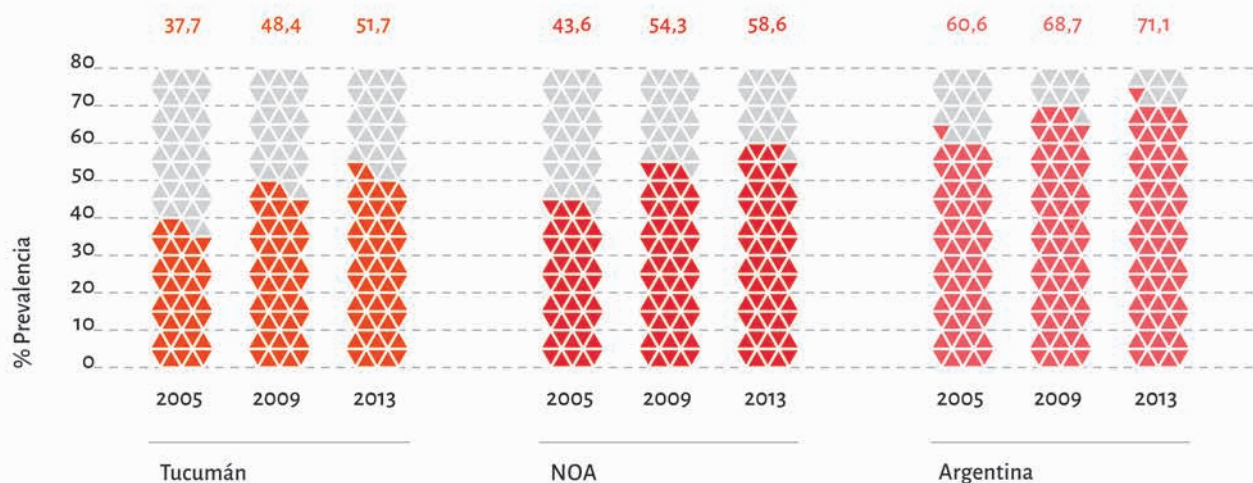
Gráfico 39 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por cáncer de cuello uterino, 2001/2013; y prevalencia de realización de PAP (%) durante 2005, 2009 y 2013. Tucumán.



Fuente: Dirección de Estadística de la Provincia y Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

38 Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Junio 2008 OPS.

Gráfico 40 | Proporción de mujeres (de 35 a 64 años) que realizaron PAP en los últimos dos años. Tucumán, NOA y Argentina. 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

En el período 2005-2013 la realización del PAP aumentó significativamente ($p < 0,05$) en Tucumán, en el NOA y en el país (Gráfico 40).

Desde el año 2011 el Ministerio de Salud de la Nación ha incorporado el Test de VPH como tamizaje primario en la Argentina. El mismo detecta la presencia de ADN de 13 tipos de VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cuello del útero, con una sensibilidad de alrededor del 90%. Esta estrategia se complementa a la realización de PAP.

CÁNCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuente en nuestro país, luego del de mama y próstata. Según estimaciones de la IARC (Agencia Internacional de Investigación del Cáncer-OMS), en Argentina se habrían producido 13.558 nuevos casos

en 2012 de los cuales el 53% fueron en hombres. Asimismo, en 2011 ocasionó 6.790 muertes en el país, que representa el 11,6% del total de muertes por tumores malignos, ubicándose en el segundo lugar luego del cáncer de pulmón con 9.254 muertes (15,9%). El 90% de los cánceres colorrectales se producen en personas mayores de 50 años de edad.

En Argentina la tasa de mortalidad ajustada en ambos sexos para el quinquenio 2005-2009 fue de 11,56 por 100.000 habitantes³⁹.

Mortalidad por Cáncer Colorrectal (CCR)

En Tucumán la tasa ajustada de mortalidad por cáncer colorrectal en 2013 fue de 7,5 por 100 mil habitantes, mostrando una tendencia ascendente con respecto a la tasa de 5,6 del año 2001 (Tasa ajustada por edad).

39 Instituto Nacional del cáncer - Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-colorrectal>

Gráfico 41 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por cáncer de colon. Tucumán. 2001/2013.

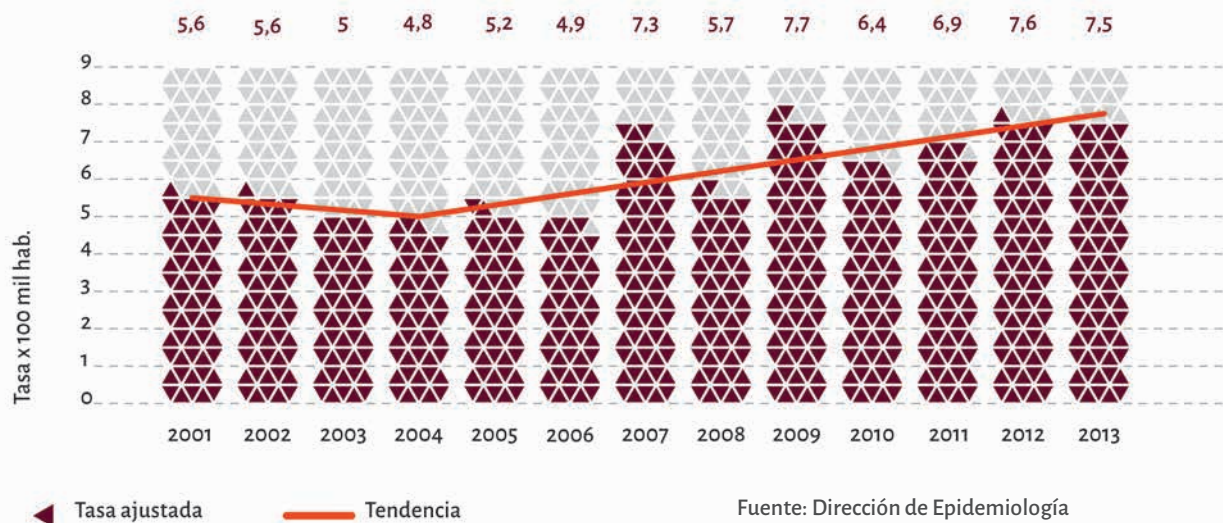
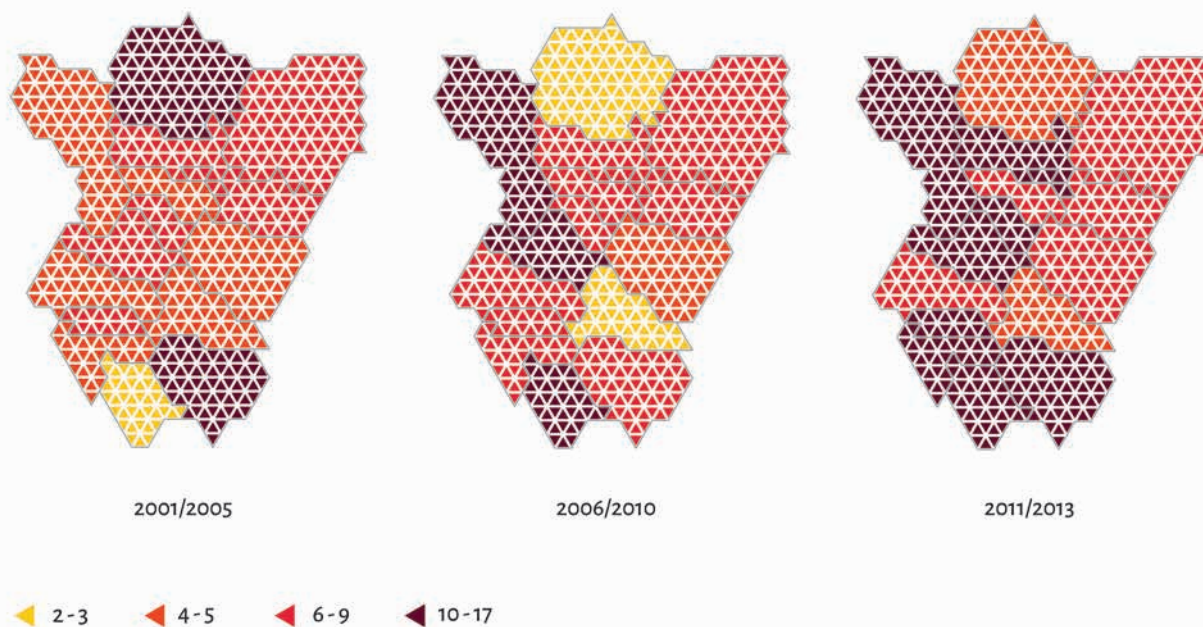


Gráfico 42 | Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de colon (por 100 mil habitantes), según departamento, y en tres períodos Tucumán.



Fuente: Dirección de Epidemiología

Se observó un incremento sostenido a partir del año 2005, con un aumento anual promedio del 5% ($p<0,05$) de la tasa de mortalidad (Gráfico 41). Dicho incremento fue más marcado en varones (68%) con respecto a las mujeres (8%), considerando todo el período analizado.

La mayoría de los departamentos de la provincia mostraron un incremento en la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal en el período 2011 a 2013, con respecto a los períodos anteriores (Gráfico 42), reflejando la situación provincial.

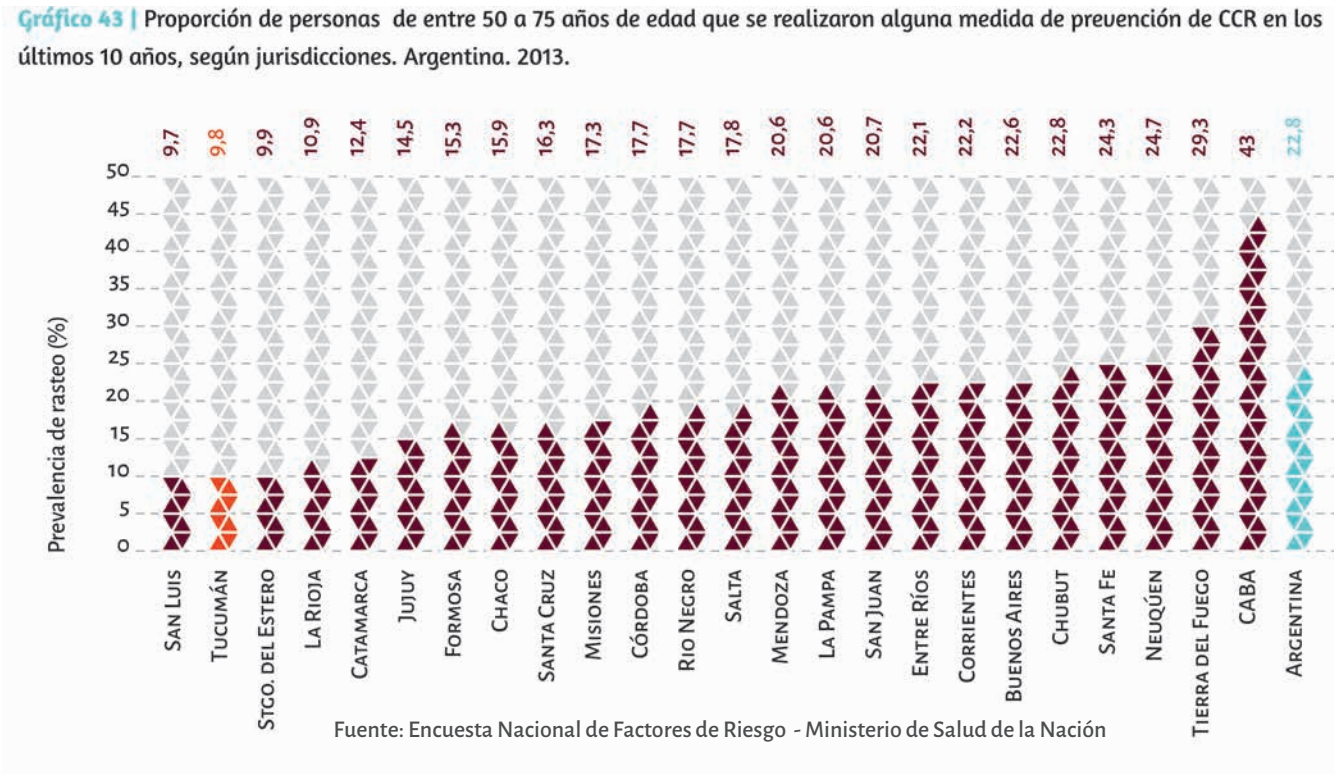
Realización de pruebas de diagnóstico precoz de CCR en personas de entre 50 a 75 años

El CCR es uno de los cánceres más posibles de prevenir y curar, ya que la lesión precursora, el pólipo adenomatoso, es de lento crecimiento. Además, su detección y resección mediante

colonoscopia permite disminuir eficazmente la incidencia de CCR. Cuando el cáncer es detectado en forma temprana, las posibilidades de curación son superiores al 90%, y los tratamientos son menos complejos⁴⁰.

En la última medición (ENFR, 2013) se indagó acerca de la realización, en forma preventiva, de alguna de los siguientes: prueba de sangre oculta en materia fecal, colonoscopia o radiografía de colon por enema. La frecuencia de realización depende de factores de riesgo presentes, antecedentes y la edad.

A nivel nacional, la provincia de Tucumán integra el grupo de provincias donde se realizó en baja proporción exámenes orientados a la prevención de CCR (Gráfico 43).



40 Garantías de calidad en Colonoscopia. Guía Programática de procedimientos. Instituto Nacional del Cáncer – Ministerio de Salud de la Nación.

LESIONES DE CAUSA EXTERNA

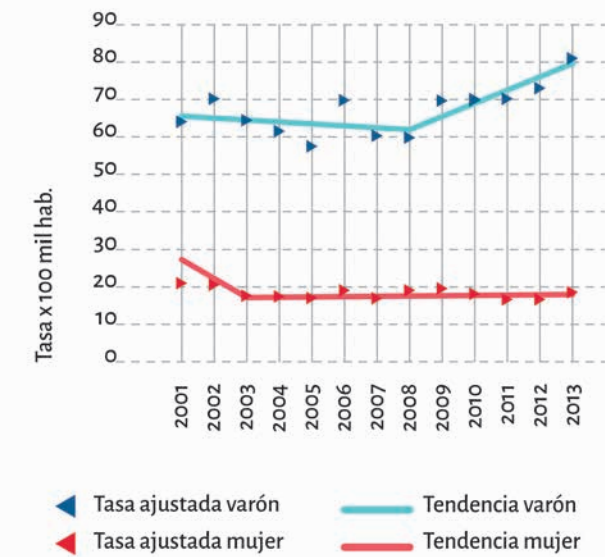
Mortalidad por Causa Externa

A nivel mundial, las causas externas (CE) de morbilidad y de mortalidad se encuentran desde hace dos décadas entre las principales causas de muerte prematura, adquiriendo cada vez mayor relevancia por su magnitud, las severas consecuencias que acarrearán y el alto costo social que representan⁴¹.

En Argentina, en el año 2011 las lesiones por causas externas fueron la primera causa de muerte en personas de 1 a 44 años, y se ubicaron entre las primeras siete causas para todos los grupos de edad. En particular, las lesiones causadas por el tránsito se ubicaron en primer lugar en edades entre 15 y 34⁴².

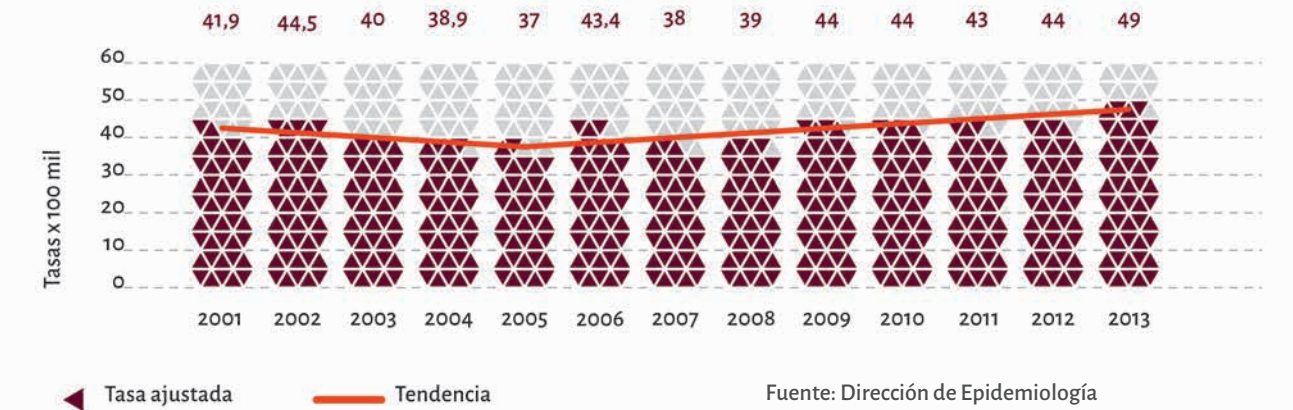
En Tucumán, considerando la serie de años 2001-2013, a partir de 2006 se observó un comportamiento ascendente de la tendencia, con una variación anual del 2,6% en promedio ($p<0,05$). En el año 2013 obtuvo la tasa más alta con 49 fallecidos por cada 100 mil habitantes (Gráfico 44).

Gráfico 45 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por causa externa según sexo. Tucumán. 2001/2013.



Fuente: Dirección de Epidemiología

Gráfico 44 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por causa externa (por 100 mil habitantes). Tucumán. 2001/2013.

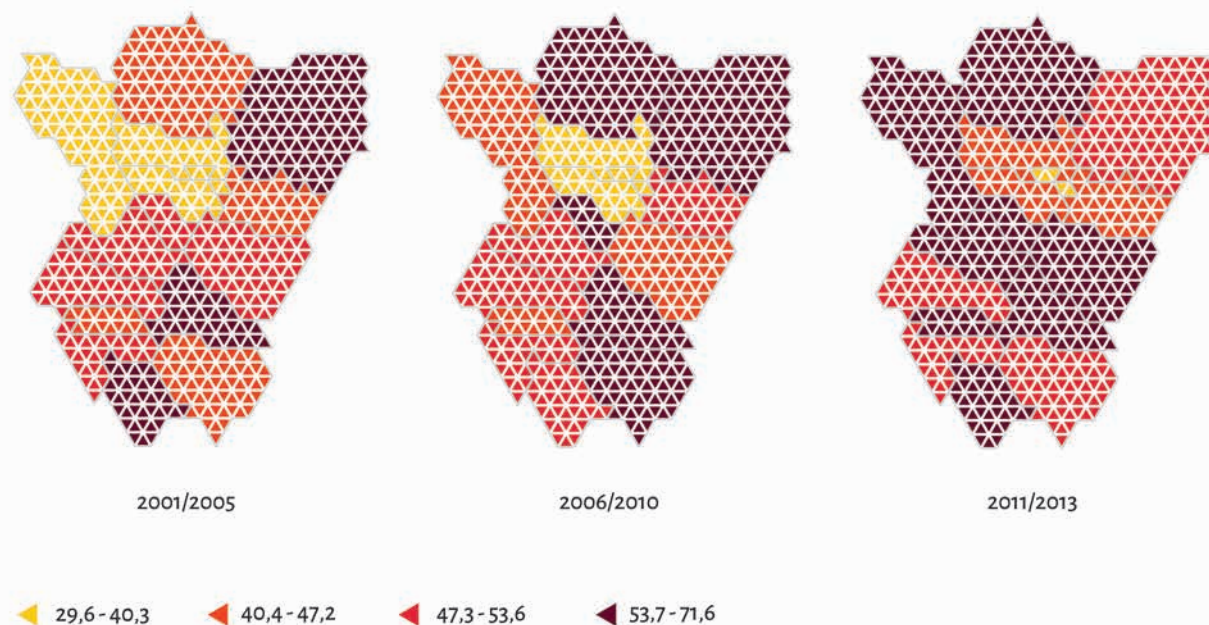


Fuente: Dirección de Epidemiología

41 WHO: Injuries and violence: the facts, WHO Library Catalogue-in-Publication Data, 2010. Los datos de mortalidad de esta publicación se basan en The Global Burden of Disease 2004 Update, World Health Organization, 2008.

42 Ministerio de Salud de la Nación: Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo, Nro. 6. Noviembre de 2013.

Gráfico 46 | Tasas ajustadas de mortalidad (por 100 mil habitantes) por causa externa según departamentos y en tres períodos. Tucumán. 2001/2013.



Tasas x 100 mil hab.

Fuente: Dirección de Epidemiología

En toda la serie de años, los varones presentaron tasas de mortalidad ampliamente superiores a la de las mujeres ($p < 0,05$), a partir del año 2009 con un crecimiento promedio anual del 5,1% en forma significativamente ascendente ($p < 0,05$), y sobre todo en edad joven, diferenciándose claramente de las mujeres. La estabilidad observada en mujeres desde 2004 se mantiene desde entonces, con una ascenso imperceptible del 0,2% en promedio anual (Gráfico 45).

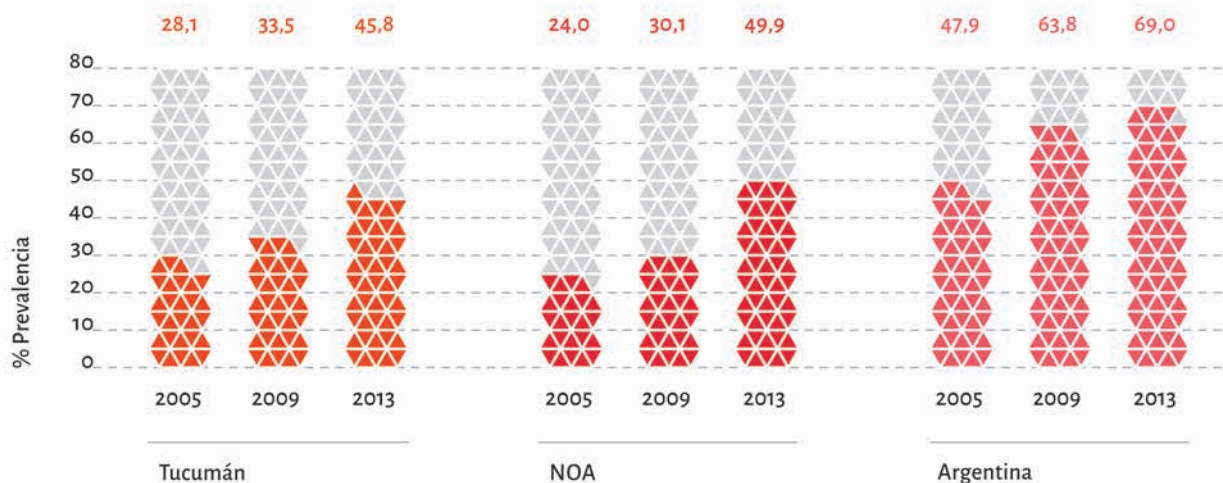
En el análisis desagregado por departamentos de tres períodos, se refleja la situación debido al aumento de la mortalidad por causa externa en el tiempo analizado, expresado en un “oscurecimiento” del mapa provincial (Gráfico 46).

La situación planteada con la mortalidad por causa externa es reflejada en los años potenciales de vida perdidos (AVPP) en varones, que de 190 años perdidos por cada 10 mil habitantes en el período 2001 a 2005, se elevó a 253 años perdidos en el período 2011 a 2013. En cambio, en las mujeres se observó una situación estable o de leve reducción, pasando de 57 a 53 años perdidos en ambos períodos.

Uso de cinturón de seguridad

La mortalidad por accidentes de tránsito desde hace décadas constituye un problema sanitario, ya que es la principal causa de defunción en los grupos de edad más jóvenes y tiene un alto impacto en los AVPP. Una de las medidas de prevención que ha mostrado eficacia en la reducción de traumatismos y

Gráfico 47 | Proporción de personas mayores de 17 años que siempre usan cinturón de seguridad según jurisdicciones. 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

casos graves es el uso de cinturón de seguridad al conducir y por parte de todos los ocupantes de un vehículo⁴³.

Según la última encuesta nacional, en Tucumán menos de la mitad de las personas mayores de 17 años usa siempre cinturón de seguridad. A pesar de ello, tanto localmente como en el NOA y a nivel país, entre 2005 y 2013 se observó un aumento estadísticamente significativo de uso. En la provincia de Tucumán este aumento fue del orden del 36,7% en 2013 con respecto a 2009 y del 63% con respecto a 2005. Idealmente se espera que este indicador fuese del 100% o una cifra muy cercana a ella.

Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol explica el 5,1% de la carga mundial morbilidad y lesiones, en términos de esperanza de vida

ajustada en función de la discapacidad⁴⁴. La relación entre este hábito y la salud es compleja porque produce problemas de salud y problemas sociales agudos y de largo plazo⁴⁵.

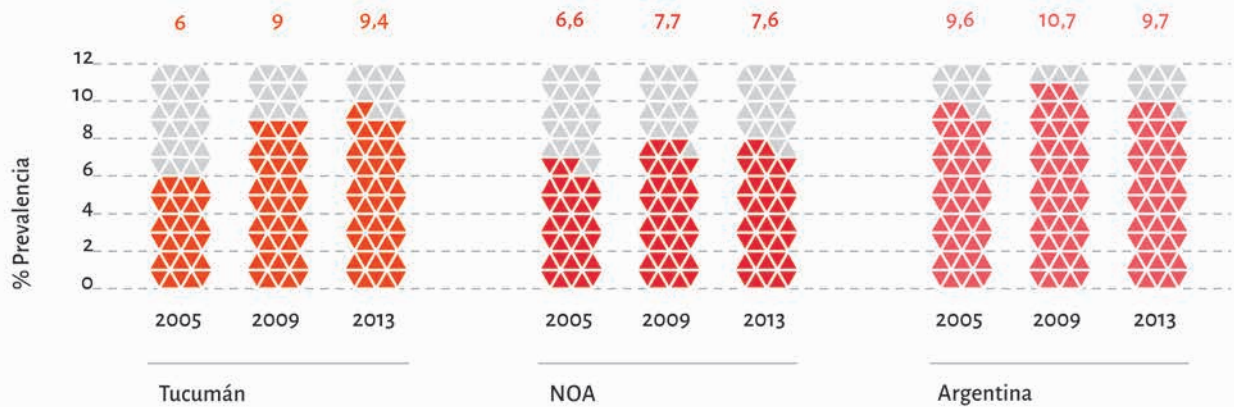
En la ENFR se analizó el consumo regular de riesgo de alcohol (consumo de más de un trago por día en mujeres y más de dos en varones) y se observó que, en la provincia de Tucumán, el aumento fue del 6 al 9,4% desde el año 2005 al 2013 ($p > 0,05$). Esta misma situación se observa en la región y a nivel país. A pesar de que el aumento no resultó ser estadísticamente significativo, lo llamativo del indicador es la dirección de la tendencia. Con respecto al haber conducido un vehículo automotor luego de haber ingerido alcohol en los últimos 30 días, el descenso a nivel país fue del 27,5% entre 2005 y 2013; mientras que, en la Región NOA y en Tucumán, la disminución fue del 30 y del 15% respectivamente en el mismo período.

43 OMS. Situación de la seguridad vial en el mundo. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/state_of_road_safety_es.pdf

44 Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Datos y cifras. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

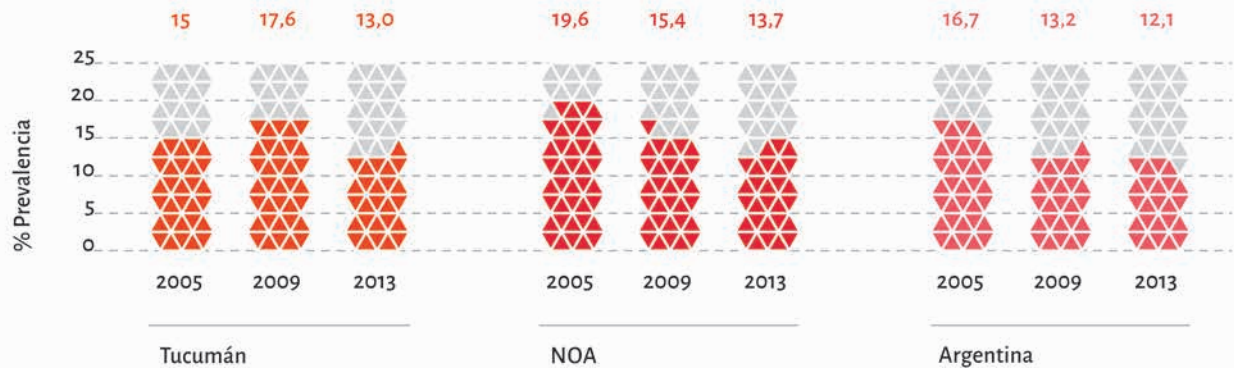
45 II ENFR. M. Salud Argentina. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000560cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2009_alcohol.pdf

Gráfico 48 | Consumo regular de riesgo de alcohol por personas mayores de 17 años, según jurisdicciones. 2005, 209 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación

Gráfico 49 | Proporción de personas mayores de 17 años que manejaron un vehículo luego de ingerir bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, según jurisdicciones. 2005, 2009 y 2013.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo - Ministerio de Salud de la Nación



Salud Materno infantil

Mortalidad Infantil

La Tasa de Mortalidad Infantil se utiliza como un indicador del nivel de calidad de vida de una población y también como una resultante del cuidado del bienestar en general y de la atención de la salud^{46 47}.

En Argentina como en la provincia de Tucumán, se observó a partir del año 2003 una disminución en la mortalidad infantil, a expensas principalmente de una disminución del componente neonatal, es decir del número de muertes desde el parto hasta los 28 días de vida (Gráfico 50 y 51).

Por otra parte, es esperable que un porcentaje de embarazos finalicen en abortos espontáneos, y el registro de los mismos como nacidos vivos incidirá en los indicadores sanitarios. El registro del número de nacidos vivos de menos de 500 gramos ha aumentado en los últimos años. A modo de ejemplo, durante 2013 la proporción de nacidos vivos menores de 500 gramos en la provincia de Tucumán fue superior a la media del país, a la de otras provincias en general y del NOA en particular.

Gráfico 50 | Mortalidad infantil de Tucumán y Argentina. 2000/2013.

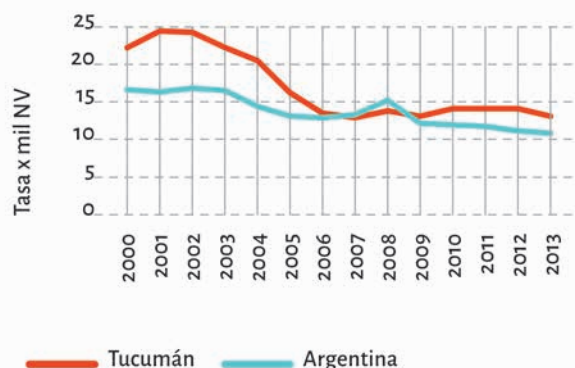
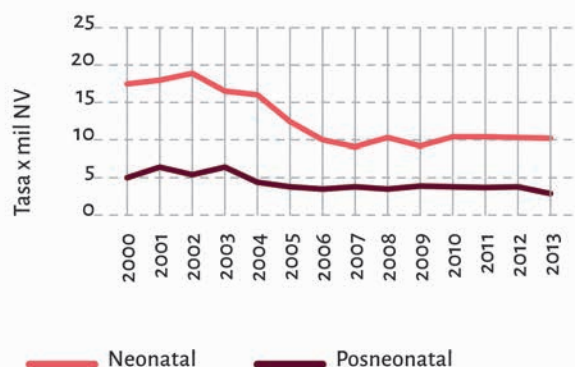


Gráfico 51 | Mortalidad infantil neonatal y posneonatal. Tucumán. 2000/2013.



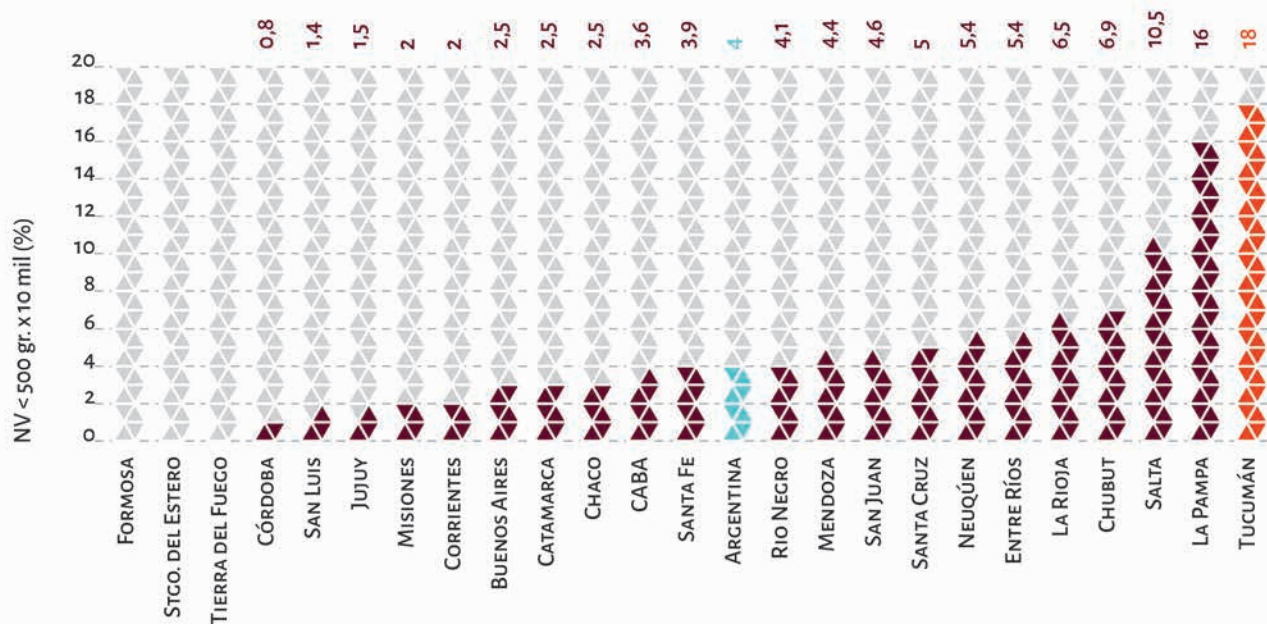
Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud—
Ministerio de Salud de la Nación

La viabilidad de los nacidos vivos de menos de 500 gramos no depende de la calidad de atención de las neonatologías.

46 Ten statistical highlights in global public health. OMS. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat2007_10highlights.pdf

47 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (UNDP). Informe sobre el Desarrollo Humano 2005. Disponible en: http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/pdf/HDR05_sp_complete.pdf.

Gráfico 52 | Mortalidad Infantil de Tucumán (Global y Ajustada) y de Argentina. 2004/2013.



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud – Ministerio de Salud de la Nación

La Provincia de Tucumán tiene un registro exacto de la condición al nacer ya que, además del personal de salud, existe una guardia de funcionarios de Identificación del Registro Civil presente en todos los nacimientos. Los signos vitales al nacer son observados por más de una persona.

Como se vio, en las Maternidades Públicas de Tucumán se registra una cantidad mucho mayor de nacidos vivos menores de 500 gramos en relación a otras provincias y, por lo tanto, su contribución a la mortalidad neonatal es mayor. Esto hace que Tucumán posea un incremento de la prematuridad extrema, con aumento exclusivo de la cantidad de nacimientos por debajo de los 500 gramos, sin incremento del número de nacimientos en las siguientes semanas de gestación y en pesos por arriba del mismo, en comparación con otras provincias

del país. Esto resulta incomprensible por las causas generales a las que se atribuye la prematuridad.

El análisis de subgrupos de Mortalidad Infantil (por edades al fallecer Neonatal y Postneonatal) ayuda a comprender mejor su estructura y las oportunidades de reducirla. De la misma manera, debería considerarse a nivel nacional que la comparación por subgrupos de peso (Mortalidad Específica por Peso al Nacer) es una manera ordenada y necesaria para su análisis y para la y posterior propuesta de políticas sanitarias. En este sentido parece pertinente que, a los efectos de comparaciones entre países o regiones cuya mortalidad neonatal es mayor que la postneonatal, se evite el peso relativo de la mortalidad neonatal por debajo de los 500 gramos, reportando Mortalidad Neonatal en Mayores de 499 grs.

Esta modalidad es la que se utiliza en diferentes países europeos y Canadá, los cuales excluyen a este grupo de peso en sus tasas de mortalidad neonatal e infantil^{48 49 50 51}.

A continuación se muestra la evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en Tucumán y excluyendo de la misma los NV con peso inferior a los 500 gramos comparando ambas con la TMI del país.

Con respecto a la tasa de mortalidad infantil postneonatal, la misma se encuentra por debajo de la media nacional, con valores que se mantienen estables dentro de los últimos años (Gráfico 54).

Por otro lado, se pudo observar a los niños menores de un año con muerte domiciliaria. Para el total país, en 2013 hubo 9 fallecidos por cada 10 mil niños menores de un año; en Tucumán la tasa fue de 3 por cada 10 mil niños, manteniéndose estable en los últimos 3 años, en un promedio de 4 decesos; y mejor ubicada en 2013, luego de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Gráfico 55).

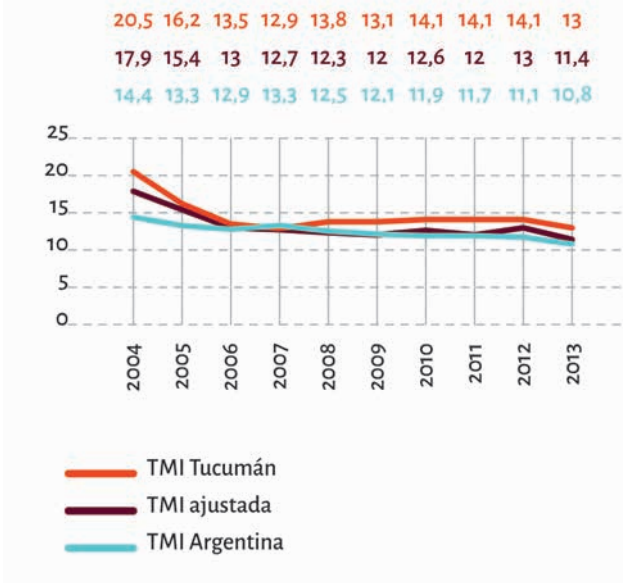
Mortalidad en menores de 5 años

Desde el año 2003 hubo un sostenido descenso de este indicador. En 2013 la tasa de mortalidad en menores de 5 años se estabilizó en alrededor de 15 por cada mil nacidos vivos (Gráfico 56). El mayor componente del indicador está compuesto por los niños fallecidos de menores de 1 año.

MORTALIDAD MATERNA

Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La mayoría de las muertes corresponden a países de ingresos ba-

Gráfico 53 | Tasa de mortalidad infantil ajustada comparativa. 2004/2013.



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud – Ministerio de Salud de la Nación

jos y muchas de ellas podrían haberse evitado. No obstante, la tasa de mortalidad materna (TMM) mundial se redujo en casi la mitad entre 1990 y 2010 (OMS).

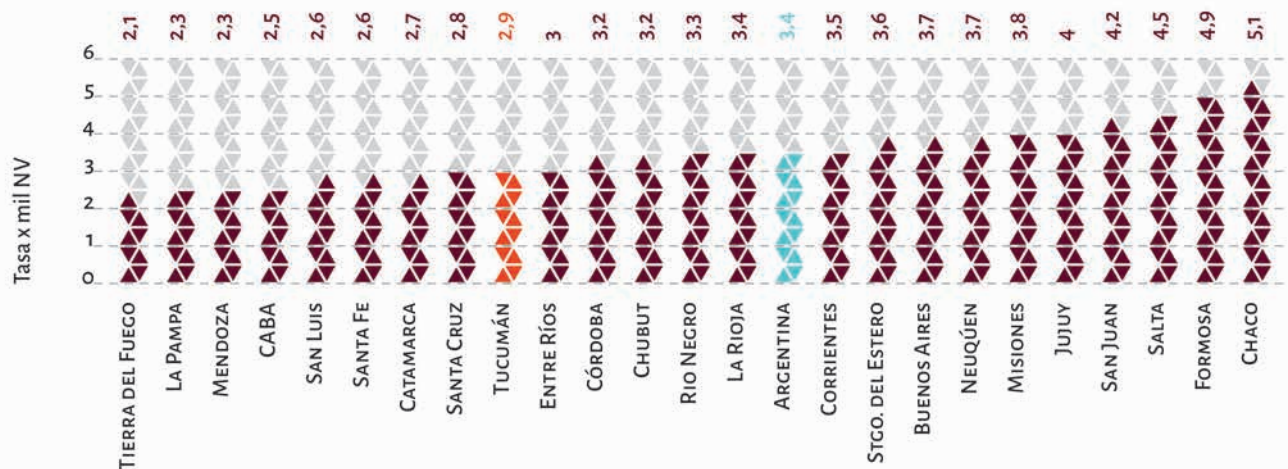
Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son hemorragias graves e infecciones (generalmente tras el parto), hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y abortos. Se estima que cada año mueren en la Argentina alrededor de 500 mujeres, mientras que el estado de salud de otras 15.000 queda afectado por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio⁵².

48 K.S. Joseph, Michael S. Kramer, Recent trends in Canadian infant mortality rates: effect of changes in registration of live newborns weighing less than 500 g. Canadian Medical Association and Minister of National Health and Welfare. OCT. 15, 1996; 155 (8).

49 Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Mortalidad Infantil en Uruguay 2012. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_7896_1.html

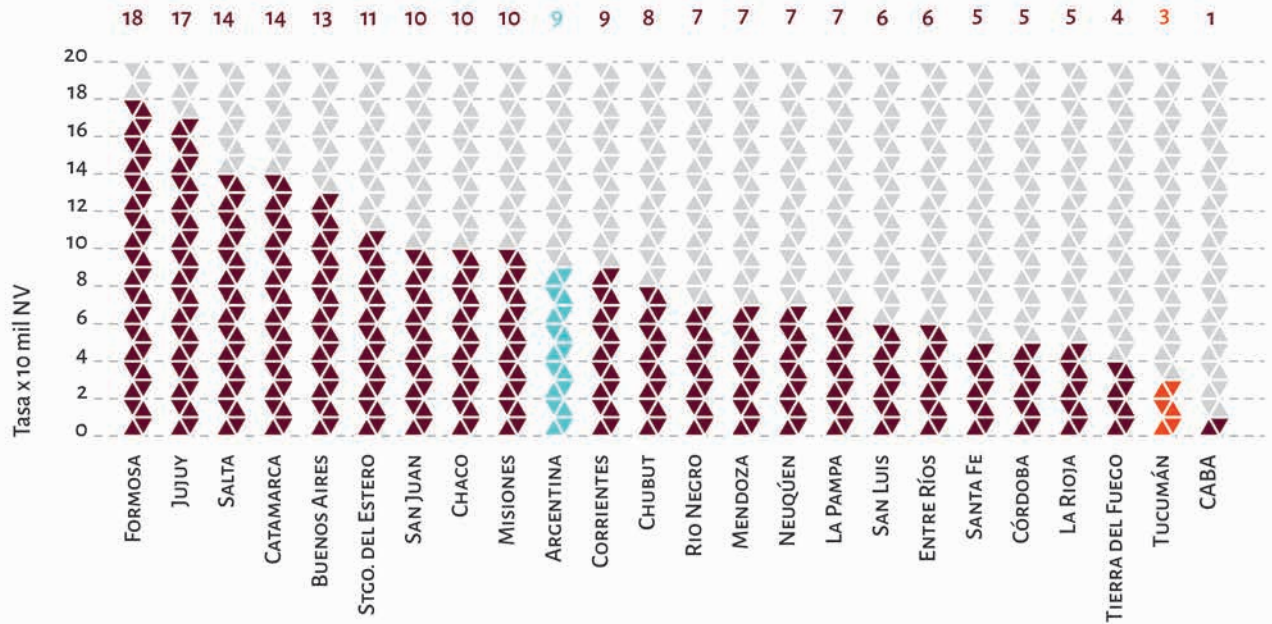
50 Wilson, Fenton, Munson. State Report of Live Births of Newborns Weighing Less Than 500 Grams: Impact on Neonatal Mortality Rates. PEDIATRICS Vol. 78 No. 5 November 1, 1986 pp. 850 -854.

Gráfico 54 | Mortalidad Post-neonatal, según jurisdicciones. Argentina. 2013.



Fuente | Arriba y abajo: Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud – Ministerio de Salud de la Nación

Gráfico 55 | Mortalidad en menores de 1 año en domicilio particular, según jurisdicciones. Argentina. 2000/2013.



51 Namasivayam, Hrishikesh C, Martha S. W, Waldemar A. C. Extremely Low Birth Weight and Infant Mortality Rates in the US. PEDIATRICS Vol.131, N° 5, May 2013.

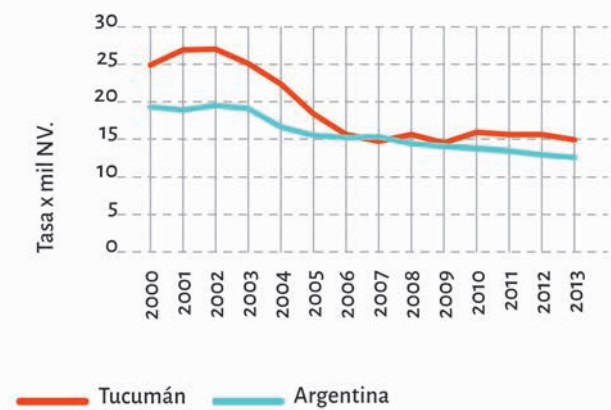
52 Morbimortalidad materna y mortalidad infantil en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: Argentina, 2004.

La Tasa de Mortalidad Materna en la provincia de Tucumán presentó una evolución fluctuante en los años analizados, característica propia de este indicador, aunque mostrando una tendencia descendente, de modo similar al comportamiento de la tasa nacional (Gráfico 57).

El análisis de tendencia mostró que la tasa descendió, en promedio, un 5% por cada año, desde 1980 ($p<0,05$). Desde 2008 el descenso anual se mostró más pronunciado respecto al período anterior (1987-2007).

La TMM es influida por diversas variables socioeconómicas, culturales y biológicas. En los últimos años se han agregado otros componentes por el desarrollo tecnológico, como los programas de fertilización asistida que influirán en los denominadores empleados para estimar el indicador materno infantil.

Gráfico 56 | Tasa de mortalidad en menores de 5 año en domicilio particular por cada mil NV. Tucumán y Argentina. 2000/2013.



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud

Gráfico 57 | Tasa de mortalidad materna por 10 mil nacidos vivos. Tucumán y Argentina. 1980/2013.



Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud – Ministerio de Salud de la Nación



Salud Mental

El 25% de la población padecería alguna forma de sufrimiento psíquico y/o trastorno mental a lo largo de su vida. En todo el mundo, los trastornos neuropsiquiátricos representan 13% de la carga de morbilidad⁵³. Los episodios de ansiedad y depresión son las principales causas de incapacidad en todo el mundo y la cuarta parte de las visitas a los centros sanitarios.

La morbilidad por trastornos mentales, su impacto negativo en la calidad de vida y la discapacidad asociada determinaron su priorización en el Plan de Salud al Bicentenario 2007-2016. A partir de entonces se definieron estrategias tendientes a disminuir la brecha existente entre las necesidades de atención de la población y la oferta actual de servicios en el ámbito público. Esto implicó transformar el modelo prestador asilar

vigente, hacia un modelo de salud mental comunitaria, garantizando la accesibilidad y la calidad de atención.

Durante el período 2007-2010 se avanzó en la formulación e implementación de programas provinciales tendientes a mejorar la calidad de la respuesta del Sistema Sanitario frente a problemáticas priorizadas por su magnitud, gravedad y transversalidad a todos los grupos etarios. Se definió también la Canasta Básica de Prestaciones de Salud Mental, conjuntamente con orientaciones normativas y Guías de Práctica Clínica para su implementación.

Se delinearon estrategias para el abordaje de los problemas de salud mental, desarrollándose a través de los siguientes programas:

⁵³ Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de Salud 525 23rd St. NW Washington, DC 20037. 2009

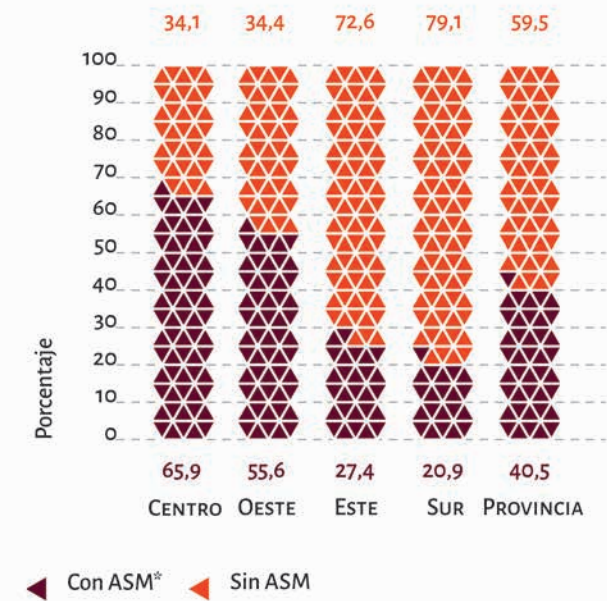
- Abordaje de Conducta Suicida
- Atención a personas afectadas por Violencia
- Abordaje Integral de Adicciones
- Atención de Anorexia y Bulimia
- Trastornos Severos
- Salud Mental Infantojuvenil
- Capacitación en Salud Mental para equipos de APS
- Información y Vigilancia Epidemiológica

La consolidación un Sistema de Información de Salud Mental posibilitó el inicio de la vigilancia de patologías mentales prevalentes, articulado a la Dirección de Epidemiología y al Sistema Informático de Gestión de Hospitales.

El crecimiento de la red de efectores de salud mental en diferentes complejidades se muestra en la Tabla 06

Para 2013 se contaba además con un Centro de Rehabilitación de Adicciones, una Unidad de Desintoxicación Programada y un Hospital de día para adicciones. Asimismo, con la participación de tres ONGs para la atención de salud mental se sumaban en total 171 dispositivos de atención. Para 2014 se avanzó en el número de CAPS que cuentan con un dispositivo de atención de salud mental.

Gráfico 58 | Proporción de CAPS que cuentan con atención psicológica y prestaciones psiquiátricas, según áreas programáticas del SIPROSA. Tucumán. 2014.



Fuente: División de Salud Mental – Dirección General de Programa Integrado de Salud del SIPROSA

Tabla 06 | Dispositivos de salud mental en distintos niveles de atención. Tucumán. 2007 y 2013.

DISPOSITIVOS	2007	2013
CAPS/ Hospitales del interior con Atención psicológica	83	140
CAPS/ CICs/ Hospitales del interior con Atención psiquiátrica	-	16
Hospitales de día	-	2
Guardia de SM e internación en crisis Hospitales Generales	-	2
Atención a población privada de libertad	-	3
Servicio Infantojuvenil, Internación y Rehabilitación	-	2

Fuente: División de Salud Mental – Dirección General de Programa Integrado - SIPROSA

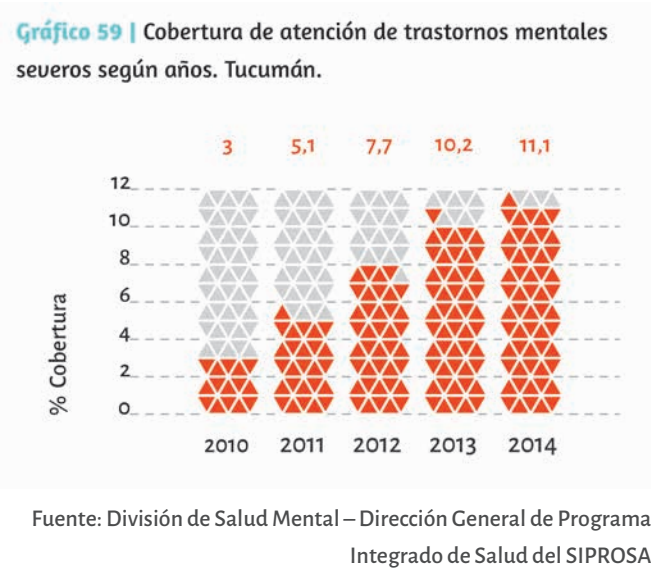
Los Centros de Atención Primaria responden el 41% de consultas por problemas de salud mental; los hospitales psiquiátricos, el 33% y los hospitales generales o polivalentes, el 26%. En el 2014 la demanda de atención por problemas de salud mental en el Sistema Público fue más del doble (108 %) en relación al año 2005, variando de 93 mil a 213.900 consultas.

Dentro de la patología mental, los trastornos mentales severos (TMS) presentan una alta prevalencia, afectando a la población joven; son de evolución crónica y con alta carga de morbilidad y discapacidad. El costo económico de estas enfermedades es elevado y las internaciones consumen más del 80% del gasto en salud mental, por lo que su abordaje es fundamental, ya que existen tratamientos de eficacia comprobada que pueden mejorar la calidad de vida de la población⁵⁴. Se estima que en Latinoamérica un 1,4% de la población presenta algún tipo de TMS⁵⁵. En los últimos años se ha producido una transformación de la atención, priorizando a la cobertura de atención por TMS como un indicador

de seguimiento en el sistema sanitario. De este modo en Tucumán, desde el sector público, aumentó la cobertura para la contención de la demanda por TMS, desde un 3% en 2010 a un 11 % en 2014 (Gráfico 59).

MORTALIDAD POR SUICIDIO

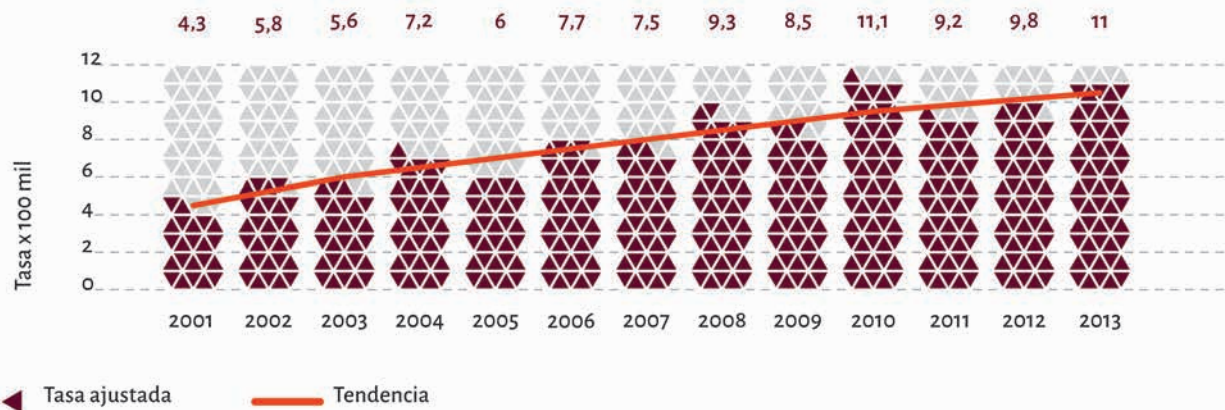
Aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. Los hombres tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explicarían este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales. En las Américas, el suicidio constituye un problema de salud pública de extrema importancia con alrededor de 65.000 defunciones anuales y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes, en el período 2005-2009⁵⁶.



54 Plan Federal de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2009.

55 Khon, Levav I, Cladas JM y cols.: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública, Rev. Panam. De SP 2005, Vol 18(4/5): 232-236.

Gráfico 60 | Tasas ajustadas y Tendencia de mortalidad por suicidio. Tucumán. 2001/2013.



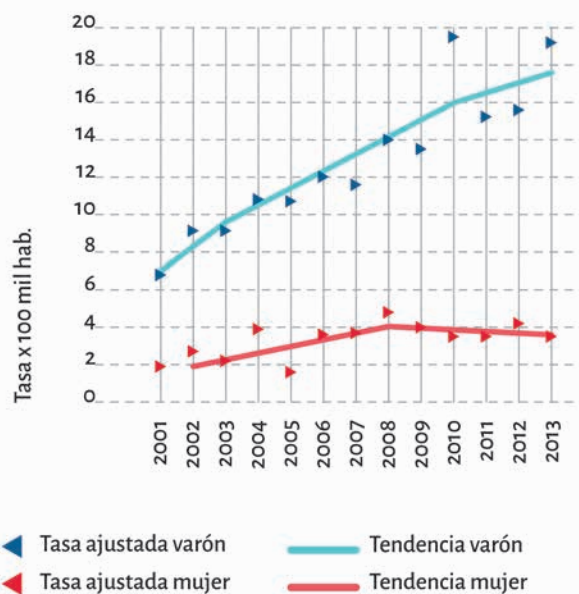
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

En Argentina en el año 2013 hubo 3.106 suicidios, representando un 14,5% del total de muertes por causas externas y un 62,2% de las muertes intencionales. El 80% ocurrió en varones. Las mayores tasas se observaron en jóvenes de 15 a 24 años y mayores de 75 años.

En la provincia de Tucumán se observó una tendencia creciente en la mortalidad por suicidio considerando la serie de años 2001 a 2013, presentando el último año una tasa de 11.1 por cada 100.000 habitantes. Se observó un mayor incremento en la tendencia en el período 2004 a 2010, con una variación anual promedio del 7,6% ($p < 0,05$); y desacelerándose a partir de 2011, aunque manteniendo una pendiente ascendente (Gráfico 60).

Coincidiendo con la bibliografía, la mortalidad fue superior en los varones con respecto a las mujeres en todo el período. Se observa una leve desaceleración a partir del año 2011, pasando de un crecimiento promedio anual del 7,6% a 3,4%. La tendencia de mortalidad en mujeres parece haberse modificado a partir de 2009, con un suave pero sostenido descenso

Gráfico 61 | Tasas ajustadas y tendencia de mortalidad por suicidio según sexo. Tucumán. 2001/2013.



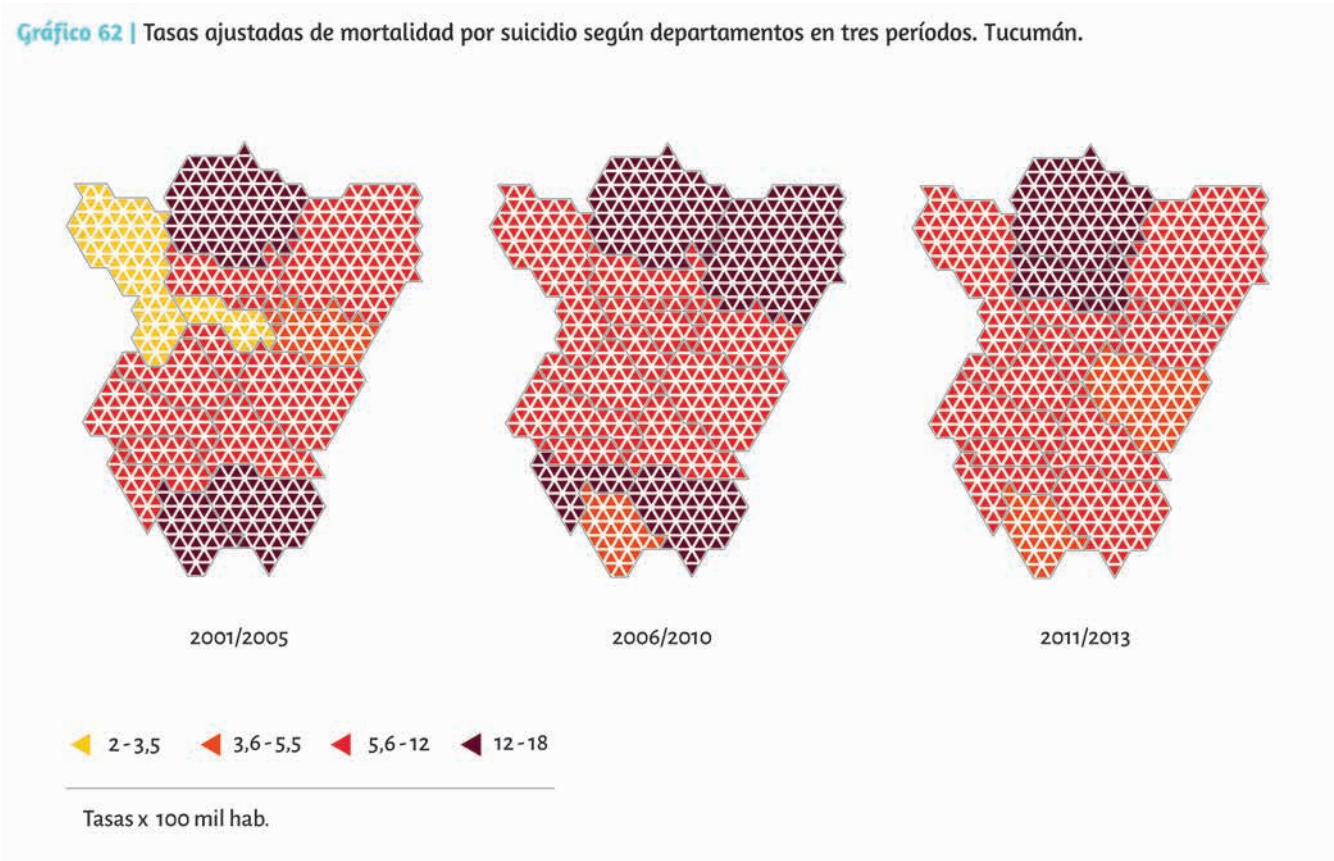
Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

a partir del mismo año (2,2% anual), aunque no de manera significativa estadísticamente.

Los jóvenes de entre 15 a 29 años mostraron tasas más elevadas y un aumento más marcado en la tendencia de mortalidad por suicidio, con respecto al resto de los grupos de edad. Los años de vida potencialmente perdidos debido a suicidio variaron entre 26 a 56 años en varones y entre 8 a 15 años en mujeres, por cada 10 mil habitantes, en los períodos 2001-2005 y 2011-2013 respectivamente.

En el último período (2011-2013) la mortalidad por suicidio aumentó en algunos departamentos con respecto al período 2001-2005. Los departamentos con tasas más elevadas en el último período fueron: Trancas, Burruyacu, Tafí Viejo, Yerba Buena, Graneros y Chicligasta (Gráfico 62).

La OMS considera tasas bajas de suicidio por debajo de 5/10.000 habitantes, medias entre 5-14, altas entre 15-30 y por encima de treinta se denominan muy altas⁵⁷.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

57 OMS. Objetivos de la estrategia regional europea de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

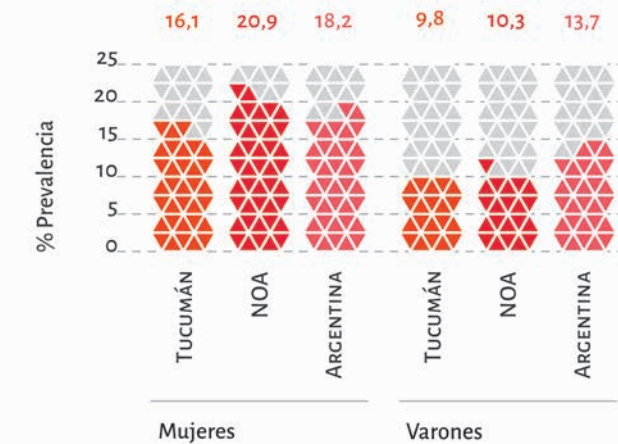
Tentativa suicida (TS)

Estudios referentes a ideación y tentativa de suicidio generalmente utilizan muestras de centros hospitalarios. Son menos frecuentes las que tienen base poblacional⁵⁸. En 2007 y luego en 2012, Argentina participó de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) en escolares de 13 a 15 años, obteniendo información valiosa respecto al fenómeno de acoso escolar y tentativa suicida. En el año 2012 se desagregó la información por provincias, obteniendo una prevalencia de TS del 16% a nivel nacional, siendo menor en varones (13%) que en mujeres (19%) ($p<0,05$). Las tres provincias con prevalencias más altas de TS fueron: Neuquén (23%), Salta (21%) y Catamarca (18%).

La TS estuvo claramente asociada a “siempre sentirse solo” o “la mayoría de las veces” y a sufrir “burlas por la religión o burlas de índole sexual” ($p<0,05$).

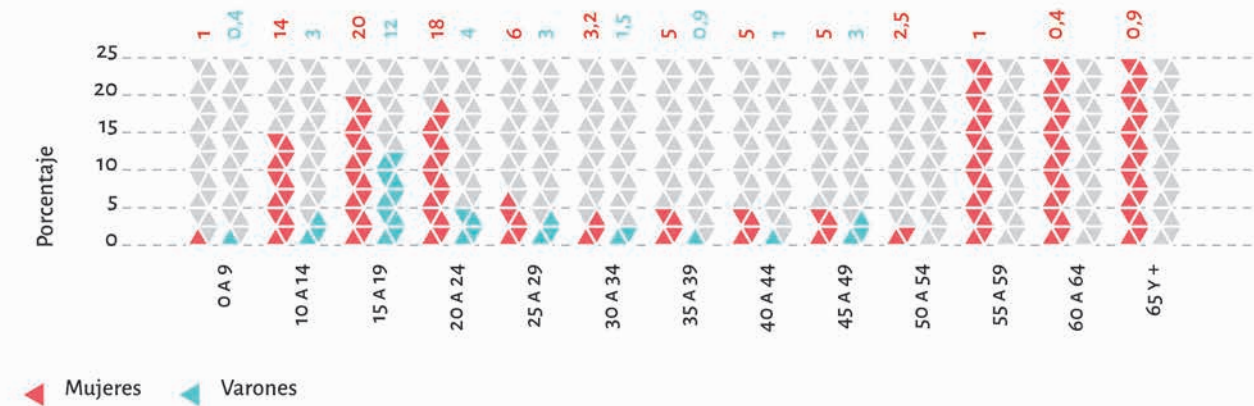
En Tucumán la tentativa suicida fue mayor en mujeres que en varones ($p<0,05$), tal como refieren las publicaciones. En la región del NOA fue la provincia con menor prevalencia en mujeres ($p<0,05$), (Gráfico 63).

Gráfico 63 | Prevalencia de tentativa suicida en escolares de 13 a 15 años según sexo y jurisdicciones. EMSE 2012.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar – Ministerio de Salud de la Nación

Gráfico 64 | Porcentaje de TS según grupos de edad y sexo en servicios de APS. Tucumán. 2014.

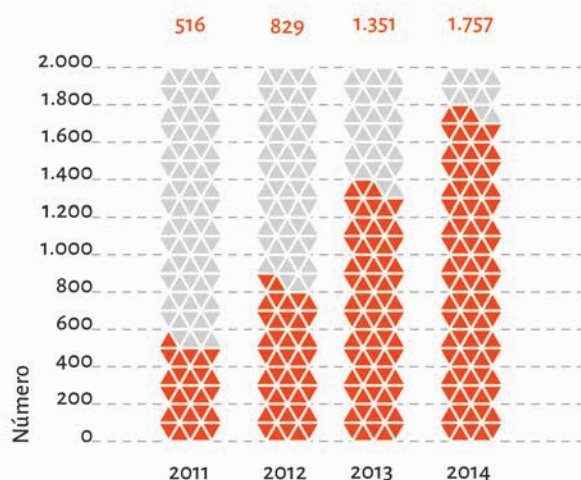


58 Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Suicide Life Threat Behav, 2005; 35:239-50.

Gráfico 65 | Proporción de Factores desencadenantes de TS según sexo en servicios de APS. Tucumán. 2014.



Gráfico 66 | Número de consultas por tentativa suicida. Hospitales de referencia. Tucumán. 2011/2013.



Fuente: División de Salud Mental – DG PRIS - SIPROSA

Vigilancia de Tentativa suicida

La vigilancia específica de TS se inició en 2014 y por la misma se detectaron 334 casos de TS a partir de la Red de APS. El 71% fueron mujeres. En ambos sexos, el 45% tuvieron antecedentes de intentos anteriores. La mayor frecuencia de TS estuvo entre los adolescentes de 10 a 19 años (49%).

Por otra parte, la demanda de consultas por TS aumentó significativamente en los hospitales de referencia del 3er nivel de atención, reflejando sobre todo la mayor oferta de atención y la mejora en los registros.

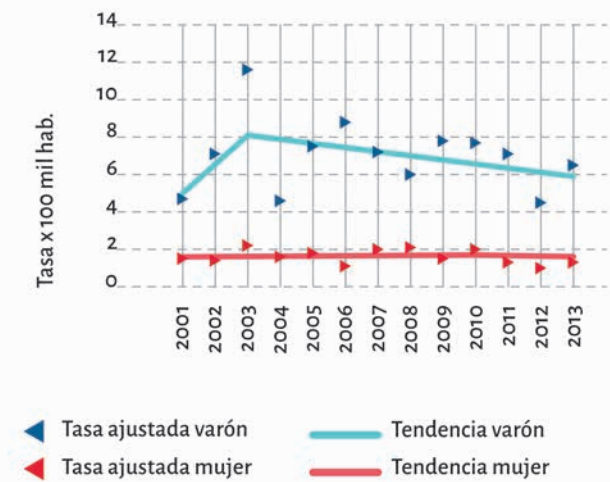
MORTALIDAD POR AGRESIONES

A nivel mundial el número anual de homicidios continúa siendo alto, aunque supone una disminución de un 16% con respecto a la cifra del año 2000, y en los países de ingresos altos ese descenso fue aún mayor⁵⁹.

En Argentina en el año 2011, hubo 1.808 homicidios (CIE10: X85-Y09), representando un 9,1% del total de muertes por causas externas y un 37,8% de las causas intencionales. La mayor carga de mortalidad se observó en la población de hombres jóvenes⁶⁰.

En la provincia de Tucumán (considerando la serie de años 2001-2013) en el año 2003 se registró la mayor tasa de mortalidad por agresiones en varones; desde ese año se observó una tendencia descendente con un promedio anual de variación de la tasa del 3% ($p>0,05$). En las mujeres, la tendencia se mantuvo estable en general y con una tasa promedio anual menor que la de los varones (Gráfico 67).

Gráfico 67 | Tendencia y tasa ajustada de mortalidad por agresiones según sexo. Tucumán. 2001/2013.



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos de la Dirección de Estadística de la Provincia

59 La violencia puede afectar a cualquiera. Dr. Etienne Krug, Director del Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad. OMS.10 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/violence-prevention/es/>

60 Ministerio de Salud de la Nación, Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo, Nro. 6. Noviembre de 2013.

Enfermedades transmisibles

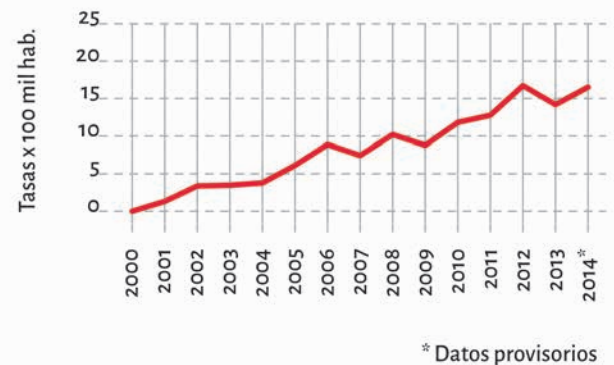
VIH Y SIDA

El tratamiento del VIH puede prolongar radicalmente la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH y prevenir con eficacia la transmisión del virus. Además de los medicamentos, el uso de preservativos, los cambios conductuales, la circuncisión masculina voluntaria por medios médicos y los programas para los grupos de población clave han demostrado su capacidad para reducir drásticamente las tasas de nuevas infecciones por el VIH. Los programas de VIH se fortalecen marcadamente cuando se combinan además con abordajes sociales y estructurales⁶¹.

Las infecciones por el VIH podrían no desaparecer en el futuro inmediato, pero la epidemia de sida puede llegar a su fin en su carácter de amenaza mundial contra la salud⁶².

En Tucumán la notificación de nuevas infecciones por VIH muestra una tendencia ascendente a partir del inicio de su re-

Gráfico 68 | Tasa de notificación de nuevas infecciones por VIH según años. Tucumán.



Fuente: Unidad Coordinadora de VIH/Sida e ITS

gistro desde el año 2001; hay un incremento sostenido como se refleja a nivel mundial, a pesar de los esfuerzos realizados globalmente. Sin embargo, en cuanto a casos de sida, la tasa de notificación muestra un leve ascenso desde 2008.

Gráfico 69 | Tasa de notificación de nuevos enfermos (sida) y fallecimientos según años. Tucumán.



61 Shannon K, Strathedee SA, Godenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al: Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants, Lancet, 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)60931-4

62 Programa Conjunto de la ONU sobre el VIH/sida (ONUSIDA), Fast-Track Ending the AIDS Epidemic by 2030 – 2014- ONUSIDA/JC2686 ISBN 978-92-9253-063-1

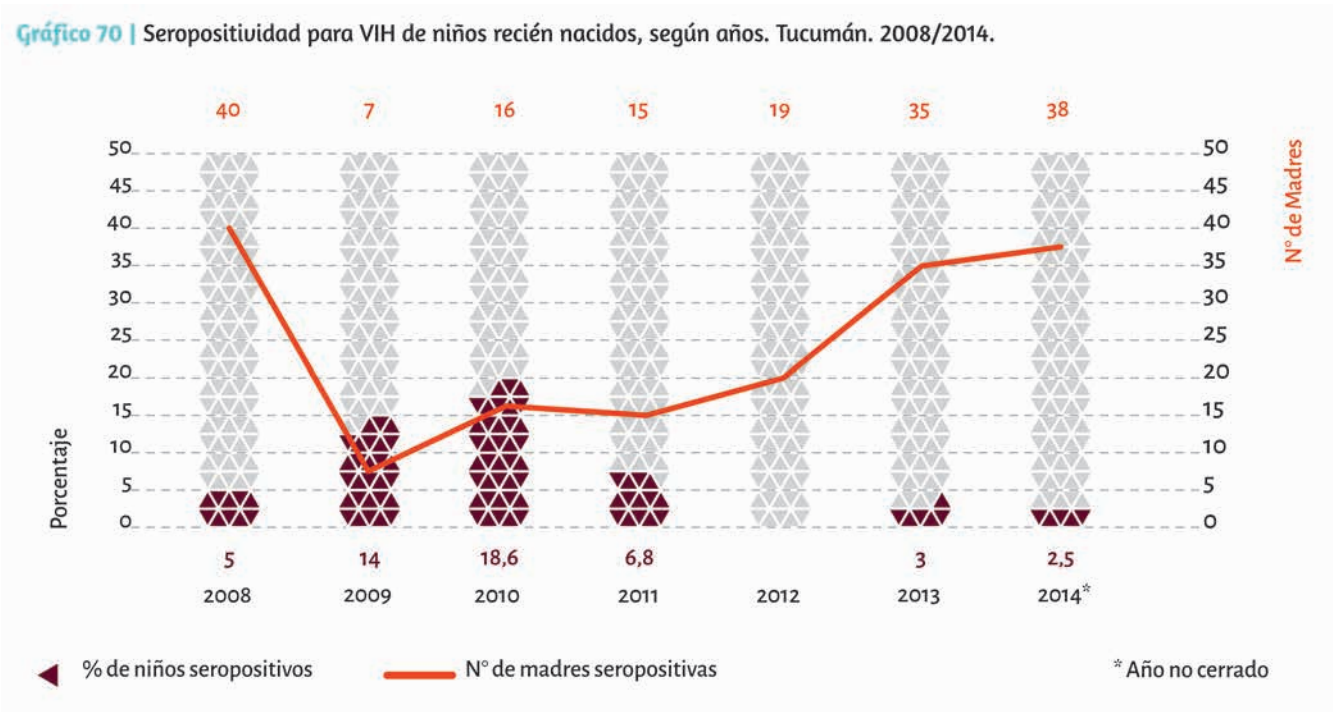
Esto coincidió con la introducción de la Terapia Antirretroviral de Alta Efectividad (HAART) implementada a partir de 1999, con la posibilidad actual de diagnósticos más oportunos de VIH y la implementación de campañas preventivas en los últimos años. Todas estas intervenciones incidirían también en la tasa de mortalidad, que mantiene una tendencia estable por debajo de 2 por cada 100 mil habitantes, a pesar del aumento del número de casos de VIH. Esta situación es una consecuencia de lo mencionado a propósito de los casos de sida.

Los varones son los más afectados por la epidemia (70%). A diferencia de aquéllos, las mujeres poseen mayor oportunidad de acceso al diagnóstico (el ofrecimiento del test es obligatorio en el embarazo por ley N° 25.543). La mayor parte de casos notificados fueron a partir de los grandes aglomerados urbanos y con cifras similares a los promedios nacionales.

Transmisión vertical de VIH

Desde su pico a mediados de los 90, la transmisión vertical de VIH disminuyó progresivamente gracias a las estrategias implementadas en todo el país. Actualmente, la vigilancia de la transmisión vertical de VIH tiene tres componentes: vigilancia de casos diagnosticados, seguimiento de embarazos y partos con mujeres con VIH y las pruebas diagnósticas de los niños expuestos.

En Argentina, el 47% de las mujeres con VIH conoce su diagnóstico previo al embarazo y un 41% se entera durante el embarazo, parto o puerperio. Un dato importante es que el 36% de los niños expuestos no completa su diagnóstico en su primer año de vida⁶³. En los niños, más del 90% de las infecciones por VIH se adquiere antes, durante y después del parto⁶⁴.



Fuente: Unidad coordinadora de VIH/Sida e ITS

63 Boletín sobre HIV-SIDA, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina - Diciembre 2014.

En nuestro país la tasa de transmisión vertical con intervención fue del 6% y en la provincia de Tucumán fue del 3% (año 2014). El indicador se construye estimando la proporción de niños seropositivos de madres seropositivas. A pesar de haber aumentado el número de madres seropositivas, la transmisión vertical se mantuvo en los últimos años cerca del 3%.

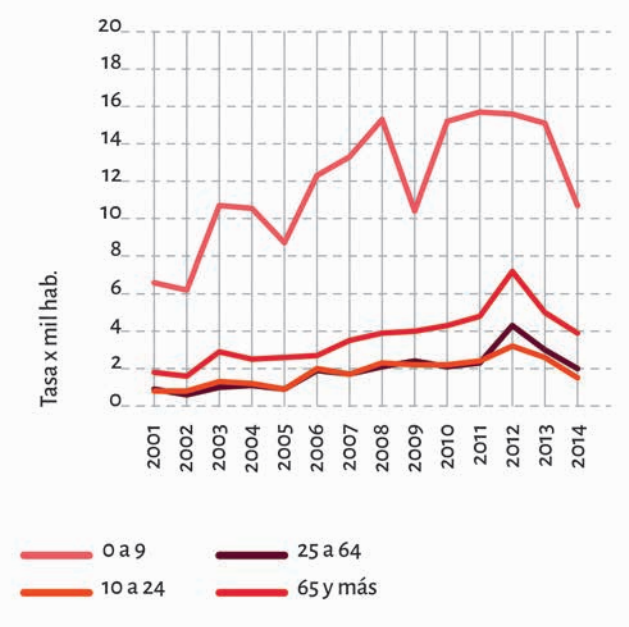
NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD (NAC)

Las NAC son enfermedades de causa infecciosa de origen bacteriano, viral o parasitario, que afectan el parénquima pulmonar. En los sistemas de vigilancia epidemiológica se notifican las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC), y las que se presentan como enfermedad primaria o como complicaciones de otras enfermedades bajo vigilancia (influenza, coqueluche, bronquiolitis, etc.).

En el año 2011 se incorporó en el calendario nacional de vacunación la vacuna antigripal para grupos de riesgo. La gripe tiene como complicaciones cuadros neumónicos bacterianos. En 2012 se incorporó para los niños la vacuna antineumocócica que previene de las afecciones provocadas por el *Streptococcus pneumoniae*, uno de los microorganismos implicados también en la generación de neumonías de origen bacteriano. Entre las vacunas incorporadas en el calendario regular de vacunación, para los principales agentes productores de neumonías se hallan, además de la mencionada más arriba, las que son contra *Haemophilus influenzae* y la vacuna contra la coqueluche.

En los niños menores de 9 años se observaron las tasas más altas de la enfermedad, que durante 2011 y 2012 alcanzaron hasta 16 por cada mil habitantes.

Gráfico 71 | Tasa ajustada de notificaciones de Neumonía por grupos de edad. Tucumán. 2001/2014.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud de la Nación

En los dos últimos años se observó una desaceleración y una reducción en la tendencia de notificación de casos de neumonías, en todos los grupos de edad. En menores de 10 años esta reducción fue del 32% ($p < 0,05$) con respecto al año 2011 (Gráfico 71).

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

La gripe o influenza es una enfermedad viral, respiratoria aguda y de rápida difusión, que se presenta habitualmente en los meses más fríos del año y es causa importante de morbilidad,

64 Chavez P Ana, Alvarez P Ana M., Wu H Elba. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. Rev. chil. infectol. [revista en la Internet]. 2000 [citado 2015 Mar 10]; 17 (4): 297-301. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So716-10182000000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/So716-10182000000400003>.

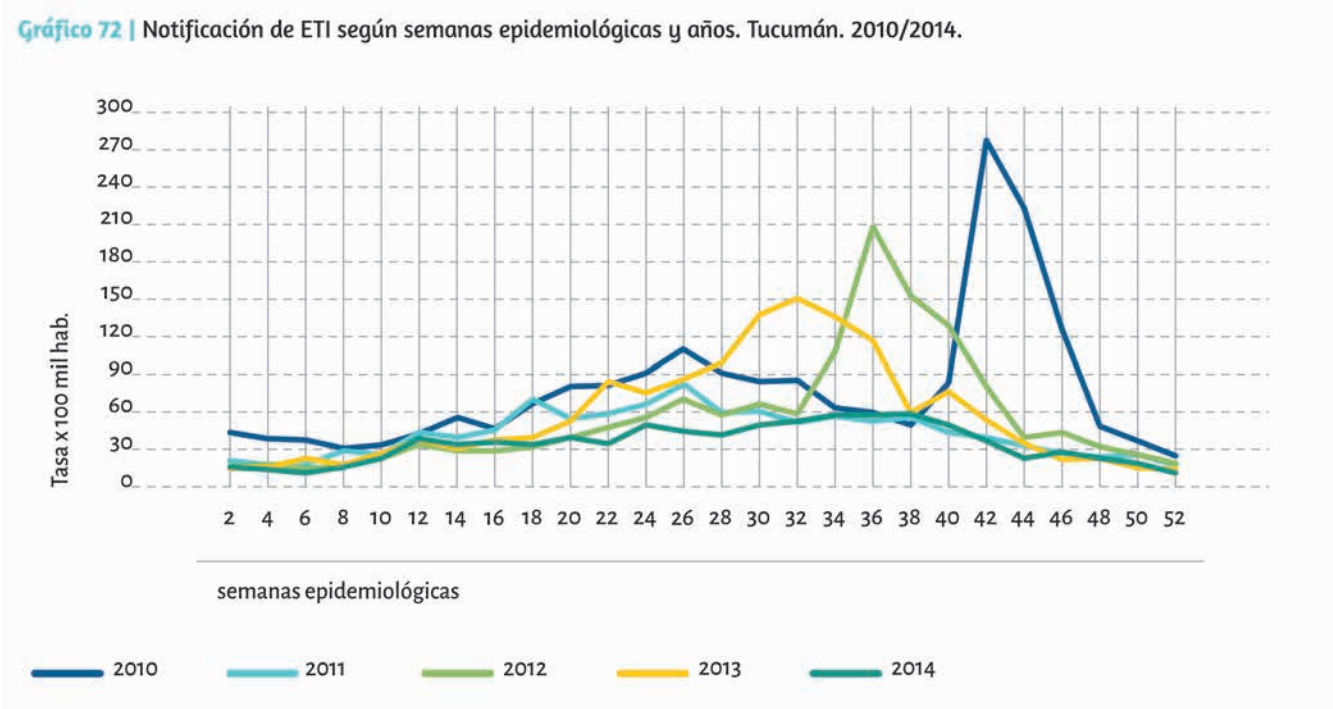
siendo su costo socio-económico elevado. La mayor parte de los casos se recuperan sin complicaciones, pero en grupos de riesgo puede conducir a la muerte, por lo que su prevención es de vital importancia. Esta enfermedad se vigila mediante un enfoque sindrómico que incluye un conjunto de síntomas que orienten un cuadro de gripe o influenza. En Tucumán, la Unidad Centinela de Vigilancia de Virus respiratorios desde el 2003 realiza en una muestra de la población, y a lo largo del año, estudios de laboratorio para identificar los tipos de virus circulantes. Luego de su aislamiento en centros nacionales colabora con la formulación de la vacuna antigripal para el Cono Sur del siguiente año.

Entre los años 2001 a 2006, hubo una mejora sostenida en la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia y mejoras en los criterios de clasificación de ETI. Hasta el año de la pandemia H1N1 (2009), la ETI se presentaba en época invernal, preferentemente. Luego de la incorporación de la vacuna en

el Calendario nacional, se observaron cambios en el patrón de estacionalidad, presentándose brotes o conglomerados de baja magnitud durante la estación de primavera. El brote del año 2010 estuvo relacionado con casos de gripe por virus no incorporados en la vacuna durante ese año (IA: H3N2 e IB).

En el año 2009 se produjo la pandemia por Influenza H1N1. Al año siguiente se llevó a cabo en nuestro país la vacunación a grupos de riesgo con la vacuna antigripal contra la cepa H1N1, y a partir del año 2011 se incorporó la vacunación antigripal (3 cepas) anual al Calendario Nacional de Vacunación para niños, embarazadas, personal de salud y grupos de riesgo. Antes de 2009 la vacuna estuvo disponible para mayores de 65 años de edad y personas con alto riesgo solamente.

Con respecto a las muestras analizadas de virus influenza (2.308) en 2014, hubo un predominio de Influenza A (77%: H1N1 y H3N2), seguido de Influenza B de ambos linajes (23%).



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud de la Nación

Gráfico 73 | Tasas ajustada de casos notificados de ETI. Tucumán. 2001/2014.

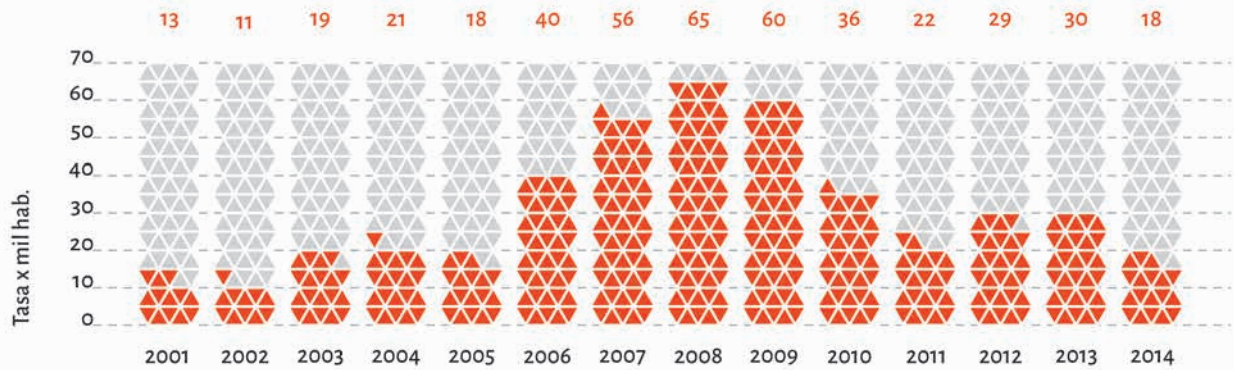
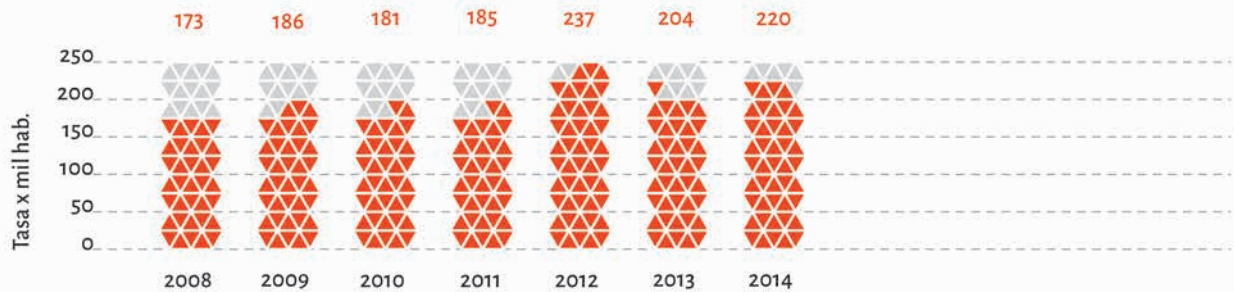


Gráfico 74 | Tasa de notificación de Bronquiolitis en menores de 2 años. Provincia de Tucumán, años 2008/2014.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud de la Nación

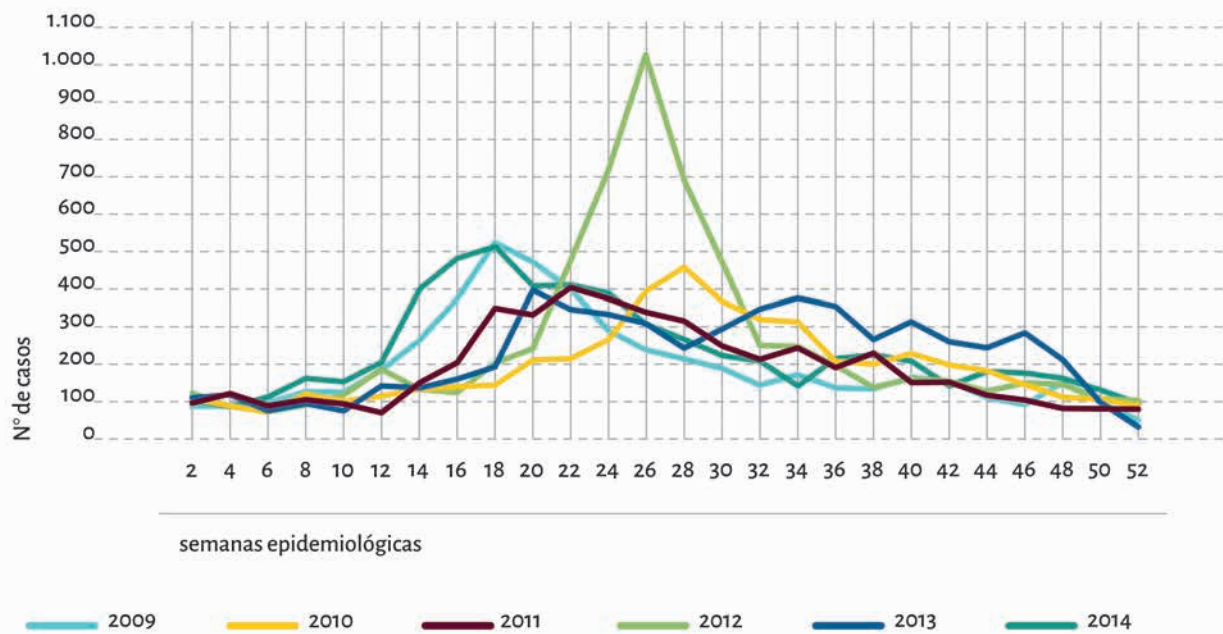
Se estima que en años subsiguientes el comportamiento de ETI seguirá siendo influida por la incorporación de la vacuna y por la aparición de nuevas cepas que permanentemente se generan en la región asiática sobre todo.

BRONQUIOLITIS

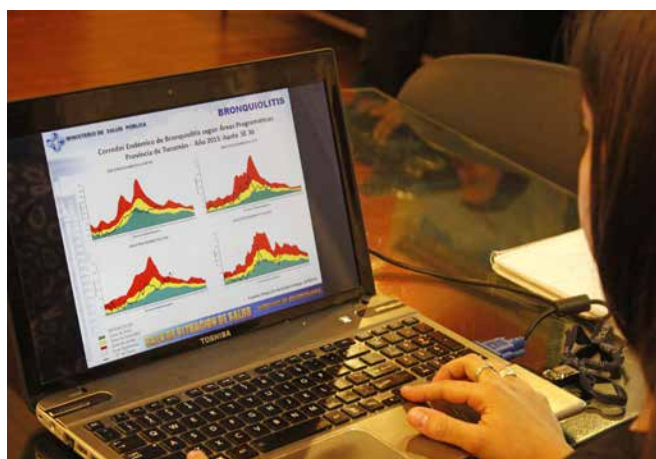
Es una infección respiratoria común y a veces grave que afecta a los niños más pequeños, especialmente menores de 2 años. Predomina en general en los meses de otoño/invierno. Habitualmente es producida por el virus sincitial respiratorio. Si bien no existen actualmente vacunas disponibles para

prevenirla, se recomiendan medidas de precaución estándar, como lavado de manos, lactancia materna y evitar el contacto con personas resfriadas y el humo de cigarrillos. Su contención se basa principalmente en la adecuada atención del niño enfermo que incluye la consulta precoz, hidratación y tratamiento de soporte del paciente (atención kinesiológica, broncodilatadores, oxigenoterapia, etc.). En la provincia de Tucumán, como en el país, se comenzó a notificar esta patología desde el año 2008 y desde entonces ha mostrado un sostenido incremento. En el año 2012 se produjo la mayor epidemia, con rápido ascenso y descenso de casos (en forma de pico) durante la época invernal, alcanzando una tasa anual de 237 por cada 1000 niños menores de 2 años.

Gráfico 75 | Casos de Bronquiolitis en menores de 2 años por semana epidemiológica. Tucumán. 2009/2014.

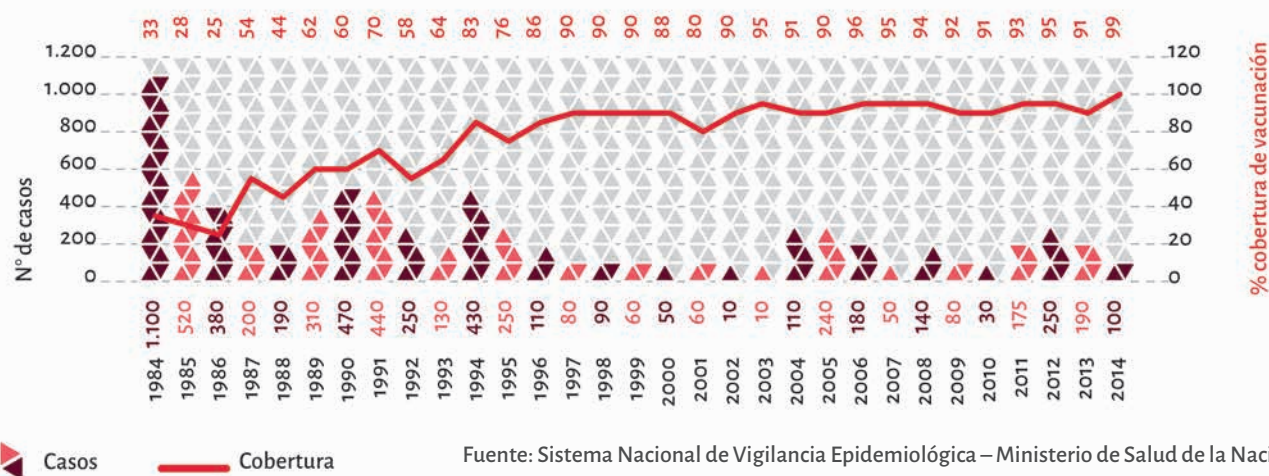


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud de la Nación



En Tucumán el momento de inicio de la temporada de Bronquiolitis es cambiante e imprevisible. Hubo años en los que inició tempranamente (en la SE 8), produciéndose su pico antes de la época invernal; en otros años se presentó más retrasada en el tiempo (Gráfico 75). Su modo de presentación (en pico y alta, en meseta o aplanada), influye directamente en la demanda y organización de los servicios. El rápido crecimiento de notificación de casos en un corto período de tiempo genera una gran demanda de consulta ambulatoria y de internación en los servicios de salud. De esta forma aconteció en la epidemia dada entre las SE 22 y 30 del año 2012.

Gráfico 76 | Número de casos notificados de Coqueluche y cobertura de vacunación, según años. Tucumán.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud de la Nación

COQUELUCHE

Es una de las causas principales de la morbi-mortalidad en la niñez prevenible por vacunación. Afecta a todos los grupos de edad, pero los menores de 1 año y, especialmente, los menores de 6 meses constituyen el grupo de mayor riesgo. Los adolescentes y adultos actúan como reservorios y agentes de transmisión. La letalidad puede alcanzar el 15% en los países en desarrollo, siendo más alta en los lactantes.

En Argentina se ha incorporado al calendario nacional un refuerzo con vacuna acelular para adolescentes y embarazadas, con la finalidad de incidir en la prevención de la enfermedad sobre todo en menores de 6 meses^{65 66}.

Desde la incorporación de la vacuna en Tucumán disminuyó la incidencia de Coqueluche. Actualmente se mantiene como una enfermedad endémica, por la concurrencia de diversos

factores atribuibles a la vacuna, los reservorios y los grupos de edad más vulnerables (menores de 6 meses), con insuficiente edad para completar el esquema de vacunación^{67 68}.

MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

En el año 2002 se inició el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas en niños menores de 6 años. Para entonces se recogieron algunas experiencias que se desarrollaban en algunas provincias, entre las cuales la provincia de Tucumán alcanzaba el mayor grado de desarrollo, fundamentalmente en el aprendizaje de la experiencia chilena por parte de pediatras y especialistas en neumonología infantil⁶⁹. En los años siguientes en Tucumán se observaron cambios

65 Recomendaciones Nacionales de Vacunación. Argentina, 2012. Ministerio de Salud de la Nación.

66 Fundamentos de la Vacunación de Mujeres Embarazadas con Vacuna Triple Bacteriana Acelular (dTpa). Argentina, 2012. Ministerio de Salud de la Nación.

67 Tos ferina en España. Situación epidemiológica y estrategias de prevención y control. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Tos ferina. Magda Campins, David

en la mortalidad en este grupo de edad, presentando una tendencia descendente del indicador. Para el último año, el descenso con respecto al año 2002 fue del 52%, mostrando cierta estabilidad en alrededor de 11 fallecidos por cada 10 mil nacidos vivos (Gráfico 77).

VARICELA

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo, producida por el Virus Varicela-Zoster (VVZ), de carácter benigno. El VVZ pertenece al grupo de los Herpes Virus y con éstos comparte la característica de persistir en el organismo luego de la infección primaria. Puede posteriormente reactivarse cuando, por cualquier causa, se produce una depresión de la inmunidad celular. Su presentación es endémica con ciclos estacionales. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, iniciando sobre todo con niños pequeños, con máxima incidencia entre los 2 y los 8 años de edad.

En Tucumán en los últimos años se ha comportado de modo

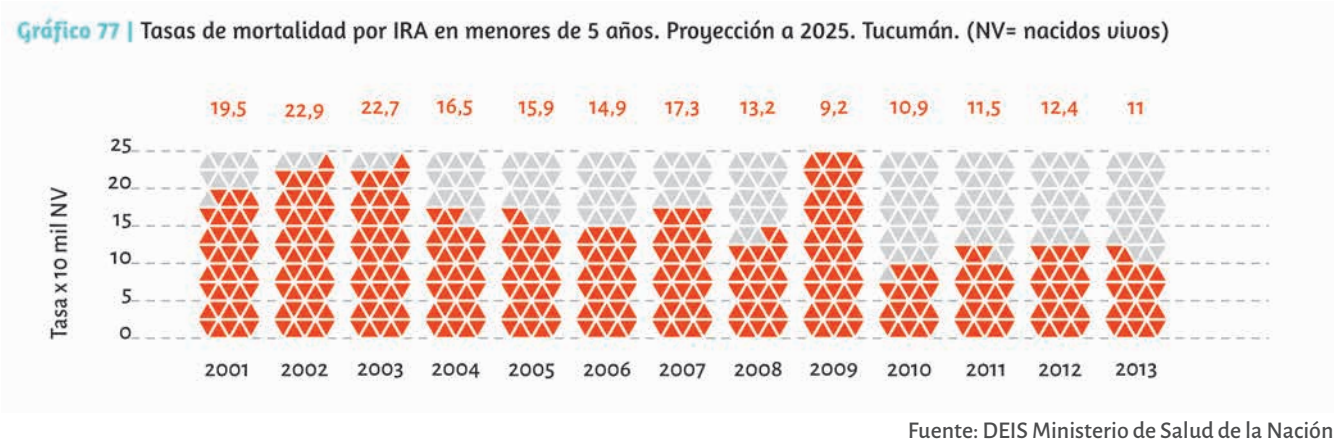
endémico, con casos durante todo el año, conformando una curva estacional, con mayor número de casos durante la primavera. A lo largo de la serie de años pareciera que cada tres o cuatro años incrementa el número de casos, probablemente por la acumulación de susceptibles.

En el 2015 la vacuna fue introducida en el Calendario de Vacunación obligatoria, medida que permitirá mejorar el control de esta patología en la comunidad.

DIARREAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

A pesar de ser una enfermedad prevenible y tratable, la diarrea presenta elevada morbimortalidad en menores de 5 años a nivel mundial. La posibilidad de enfermar aparece determinada por la situación social de la comunidad en la que el menor transita su historia.

En la provincia de Tucumán se presenta durante todo el año, pero con claro incremento en el período estival y predominio de cepas bacterianas. Durante el invierno se observa un con-



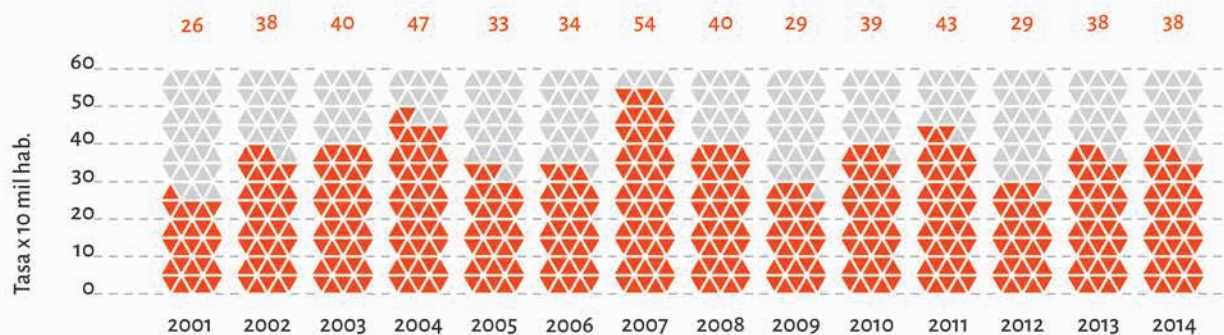
Moreno-Pérez, Angel Gil-de Miguel, Fernando González-Romo, Fernando A. Moraga-Llop, Javier Arístegui-Fernández, Anna Concé-Mellgrene, José M. Bayas, Lluís Salleras-Sanmartí.

68 Tos ferina en el lactante. ¿Quién lo contagia? F.A. Moraga-Llop, S. Iglesias Griñant, X. Martínez Gómez, G. Codina Grau, P. Gorris Hernando, M. Campins Martí.

glomerado de casos con prevalencia de etiología viral (rotavirus), generando mayor internación que los casos bacterianos. En 2014 se notifican alrededor de 300 episodios anuales por

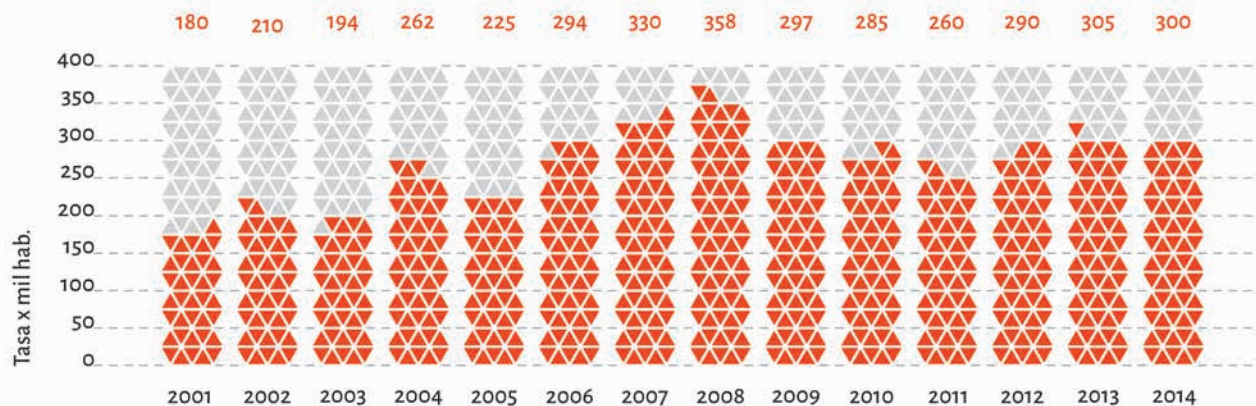
cada mil niños menores de 5 años, con una tendencia estable a lo largo del último período y manteniéndose dentro de los valores esperados para la época.

Gráfico 78 | Tasa ajustada de casos notificados de Varicela. Tucumán. 2001/2013.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud de la Nación

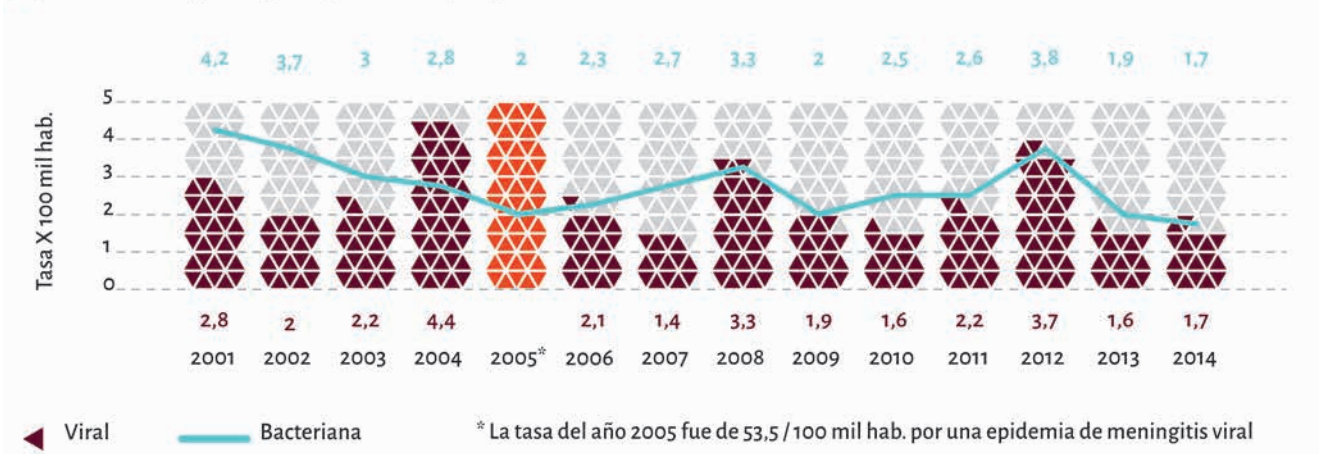
Gráfico 79 | Tasas de casos notificados de diarrea en menores de 5 años. Tucumán. 2001/2014.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud de la Nación

69 SPERANZA, Ana María; ORAZI, Virginia; MANFREDI, Lucrecia y DE SARASQUETA, Pedro. Programa Nacional de IRA Bajas. Hospitalización abreviada: Un modelo de atención basado en evidencias altamente efectivo para descender la mortalidad infantil. Arch. argent. pediatr. [online]. 2005, vol.103, n.3 [citado 2015-06-16], pp. 282-287. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000300014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-3501.

Gráfico 80 | Meningitis según agente etiológico y años. Tucumán. 2001/2014.



Fuente: Dirección de Epidemiología - SIPROSA

MENINGOENCEFALITIS

Esta enfermedad es endémica con episodios de brotes epidémicos en el transcurso de los años. Los últimos brotes se registraron en 1996 y en el período 2005/2006, ambos por el virus ECHO 4.

En la categoría de meningitis viral se incluyen Enterovirus, virus de la parotiditis y sin especificar. Por otro lado, las meningitis bacterianas se discriminan según su etiología en: Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Mycobacterium tuberculosis y otros gérmenes o sin aislar.

La meningoencefalitis es una enfermedad sujeta a notificación obligatoria desde 1960 (Ley 15465). En 1994 se estableció la Vigilancia Intensificada para meningoencefalitis, estimulando la notificación de casos desde el sector privado.

En el año 2005 la provincia cursó una epidemia regional de meningitis viral. Desde entonces anualmente se presentan un promedio de 35 casos anuales de meningitis virales. En cuanto a las meningitis bacterianas, se presentaron con un promedio

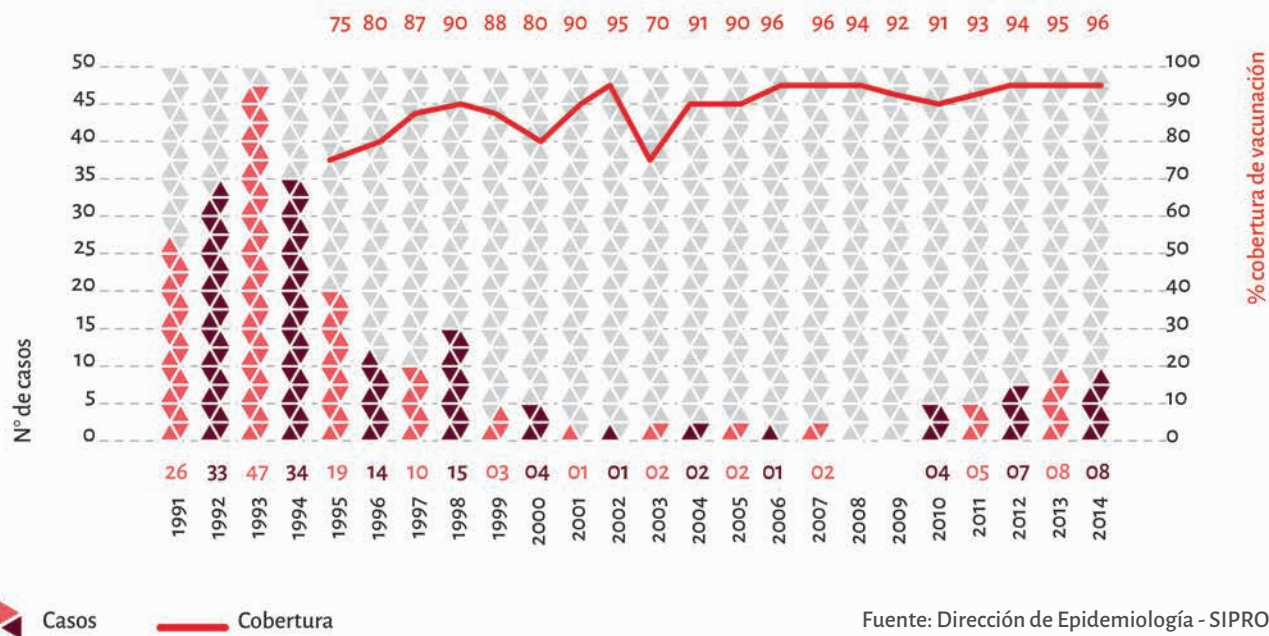
anual de 37 casos anuales. Ninguno de los casos estuvo relacionado, es decir, que haya existido un nexo epidemiológico que indicara la existencia de un brote.

Intervenciones

Antes de la introducción de la vacuna contra el Haemophilus Influenzae los casos de meningitis debido a ese microorganismo eran altos. A partir de 1994, con la inclusión de la vacuna se produjo una marcada disminución de la morbilidad y mortalidad de meningitis por dicho germen.

Los casos de meningitis por Haemophilus influenzae tipo b observado en los últimos cinco años corresponden sobre todo a niños menores de 6 meses, que no cuentan con la edad para completar su esquema de vacunación. En el año 2012 se incorporó en el calendario nacional la vacuna contra el neumococo para niños menores de 2 años. La bacteria está implicada con varias enfermedades, entre ellas las meningitis específicas a tal microorganismo.

Gráfico 81 | Meningitis por Haemophilus influenzae tipo b; casos notificados y cobertura de vacunación. Tucumán. 1991/2014.



Fuente: Dirección de Epidemiología - SIPROSA
División de Inmunizaciones – Dirección General de programa Integrado - SIPROSA

TUBERCULOSIS (TBC)

La TBC continúa siendo un problema de salud pública a nivel global. La Organización Mundial de la Salud estimó que, en 2012, 8,6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,3 millones murieron por esta causa.

En Argentina todos los años se notifican más de 8.500 casos nuevos de tuberculosis y más de 600 muertes por esta causa. Aunque la mayoría de estas muertes se registran en edades avanzadas, un 45% se registra por debajo de los 55 años de edad, ocasionando la muerte de niños, adolescentes, jóvenes y adultos en edad productiva por una enfermedad que puede

ser diagnosticada y tratada efectivamente con la tecnología actualmente disponible⁷⁰. En los últimos años su forma multirresistente ha ido en aumento, generando la preocupación de todos los responsables de la salud en todo el mundo.

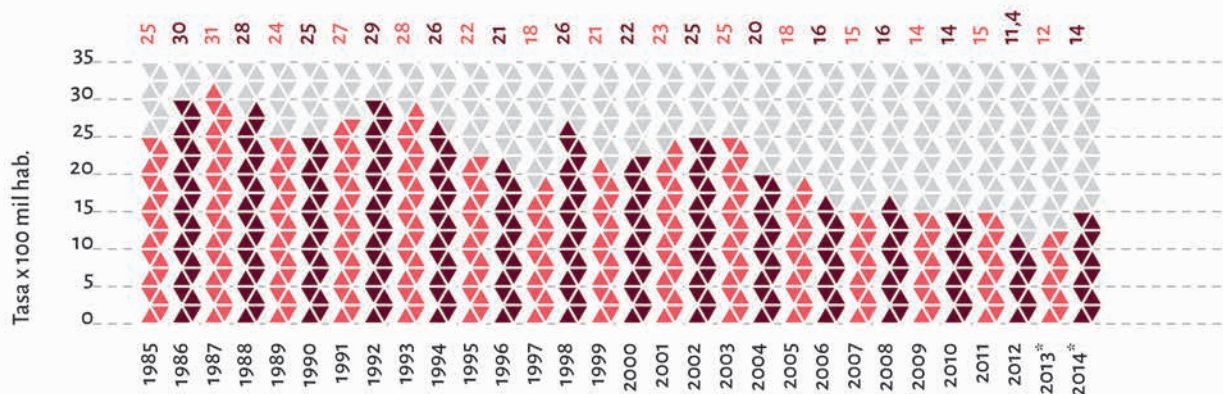
Para el año 2012 se notificó a nivel país un promedio de 22 casos por cada 100 mil habitantes. Para el mismo año, Tucumán notificó 11,4 casos; Jujuy 48,5 y La Rioja 7,3 casos por 100 mil⁷¹.

En Tucumán, desde la década de los '80 hubo una constante disminución en la notificación de casos nuevos de Tuberculosis. Se ha estabilizado en los últimos años en alrededor de 13 casos por cada 100 mil habitantes.

70 Mortalidad por tuberculosis en la República Argentina: Magnitud, características, distribución y tendencia, 1980-2012. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni", Ministerio de Salud de la Nación.

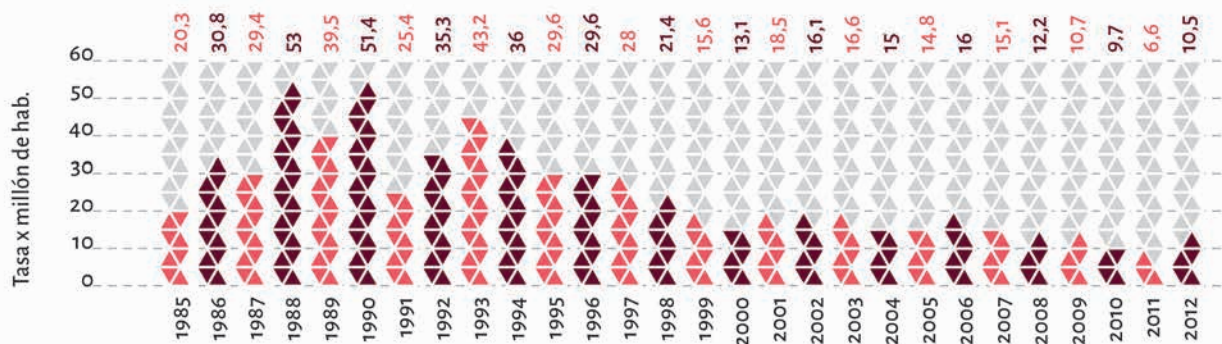
71 Situación de la Tuberculosis 2011-2012. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. E. Coni. ANLIS. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Gráfico 82 | Notificación de Tuberculosis (tasa por 100 mil habitantes). Tucumán. 1985/2014.



*Datos provisionales

Gráfico 83 | Mortalidad por Tuberculosis (tasa por millón de habitantes). Tucumán. 1985/2012.

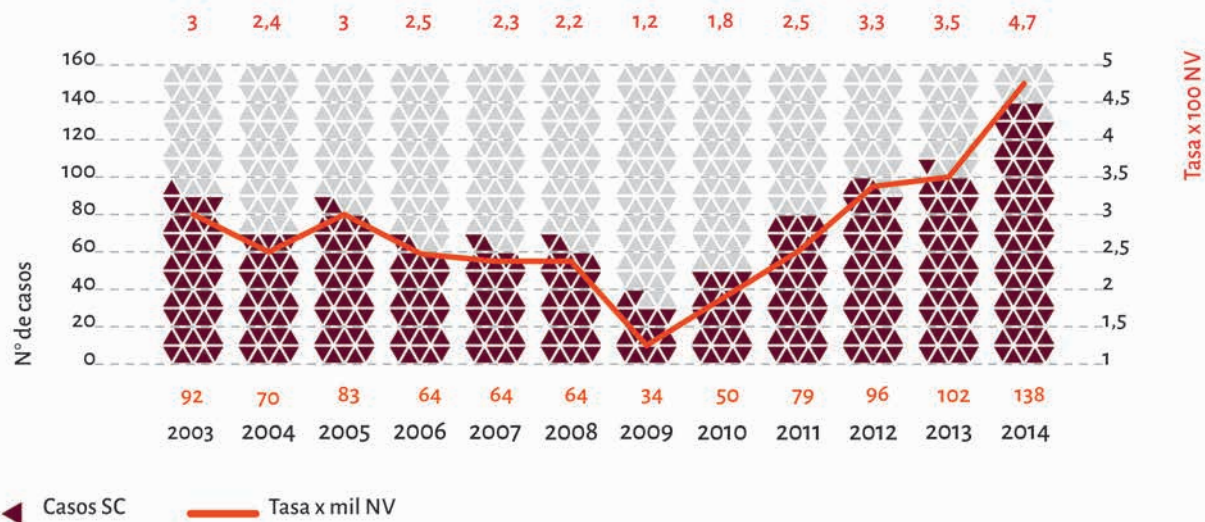


Fuente: Programa de Prevención y control de TBC – Dirección General de Programa Integrado – SIPROSA
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” – Ministerio de Salud de la Nación

En el bienio 2011-2012 la tasa de mortalidad a nivel país fue de 2,51 por cada 100 mil habitantes. Para el mismo período la provincia de Tucumán tuvo una tasa de 0,96; Jujuy 10,7 y La Pampa 0,4.

En Tucumán la mortalidad por TBC tuvo una tendencia descendente a lo largo de todo el período estudiado y del mismo modo en los últimos 10 años. Actualmente ocurren alrededor de cinco muertes por cada millón de habitantes, que incluye a las formas pulmonares, extrapulmonares y las asociadas a sida/VIH.

Gráfico 84 | Casos y tasas de Sífilis Congénita (Por 1000 nacidos vivos) según años. Tucumán. 2003/2014.



Fuente: Dirección General de Red de Servicios – Área de Vigilancia Epidemiológica

SÍFILIS CONGÉNITA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo y en la mayoría de los países de América Latina; tienen efectos profundos en la salud sexual y reproductiva. Son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral⁷². Uno de los aspectos más preocupantes de la medicina del siglo xx y el actual ha sido el incremento en la incidencia de las infecciones causadas por los agentes de transmisión sexual en diversas regiones del mundo⁷³.

La sífilis congénita integra el grupo de las ITS, y se adquiere a partir de una madre infectada que no haya recibido tratamiento adecuado. El pasaje por vía transplacentaria puede producirse en cualquier momento de la gesta o durante el

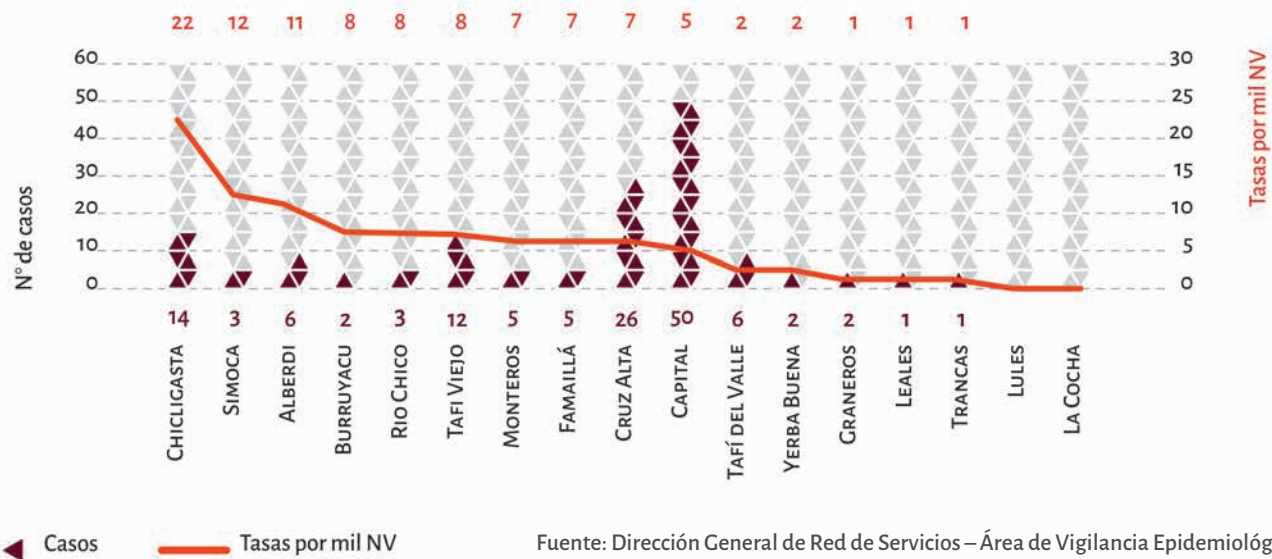
parto. La tasa de transmisión es de un 80-90% durante la fase secundaria de la infección con un 40% de abortos o mortinatos y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna. El riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo⁷⁴. Aunque en los últimos años en la provincia de Tucumán la tasa de Sífilis congénita (SC) muestra una tendencia ascendente, la misma refleja también la mejora en la vigilancia que ha ocurrido a través de la conformación de grupos de trabajo específicos para su control y prevención, y conforme a pautas nacionales⁷⁵.

La mayoría de los casos notificados durante el año 2014 provienen de los departamentos Capital y Cruz Alta, aunque las tasas fueron más elevadas en otros.

72 Infecciones de transmisión sexual. OMS. Nota descriptiva N°110. Noviembre de 2013 disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

73 Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid España, 2011. Disponible en http://sec.es/descargas/AC_ITS_Ministerio_2011.pdf

Gráfico 85 | Casos y Tasas de Sífilis Congénita según departamentos. Tucumán. 2014.



Fuente: Dirección General de Red de Servicios – Área de Vigilancia Epidemiológica

Cabe señalar que la magnitud de las tasas en el país y en Tucumán también tiene que ver con la calidad de vigilancia y notificación existente en diversas regiones.

PARÁLISIS FLÁCCIDA - POLIOMIELITIS

Tucumán no tiene casos de Poliomielitis desde el año 1980. En el país se notificó el último en el año 1984 (provincia de Salta). En 1991 se registró el último caso en las Américas (Perú). En agosto de 1994, la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP) declaró la erradicación del poliovirus salvaje en las Américas. El Programa de Erradicación de la Poliomielitis está fundamentado en asegurar adecuadas coberturas de vacunación

en niños contra la poliomielitis, y tiene como estrategia de Vigilancia, la notificación de todas las Parálisis Fláccidas (PAF), investigación epidemiológica dentro de las 48 horas de todos los casos y confirmación por laboratorio de todas las PAF en menores de 15 años.

Los indicadores de monitoreo de los últimos 8 años (Figura 73) muestran las coberturas obtenidas a nivel provincial y el número de casos de PAF notificados y estudiados por cada 100 mil menores de 15 años. En todos los casos se investigó dentro de las 48 horas, y se obtuvieron muestras para laboratorio dentro de los 14 días de iniciado el cuadro de PAF. Por otra parte, se obtuvo la notificación de todos los servicios de salud tanto públicos como privados.

74 Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la transmisión vertical de Sífilis. Marzo 2004

75 Vigilancia epidemiológica de la Enfermedades de Transmisión Sexual. Dirección de SIDA e ITS. Ministerio de Salud de la Nación – Argentina 2014. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000585cnt-2014-12_Guia-ITS.pdf

Gráfico 86 | Tasa de notificación de PAF en menores de 15 años; coberturas de vacunación antipoliomielitis. Tucumán. 1991/2014.

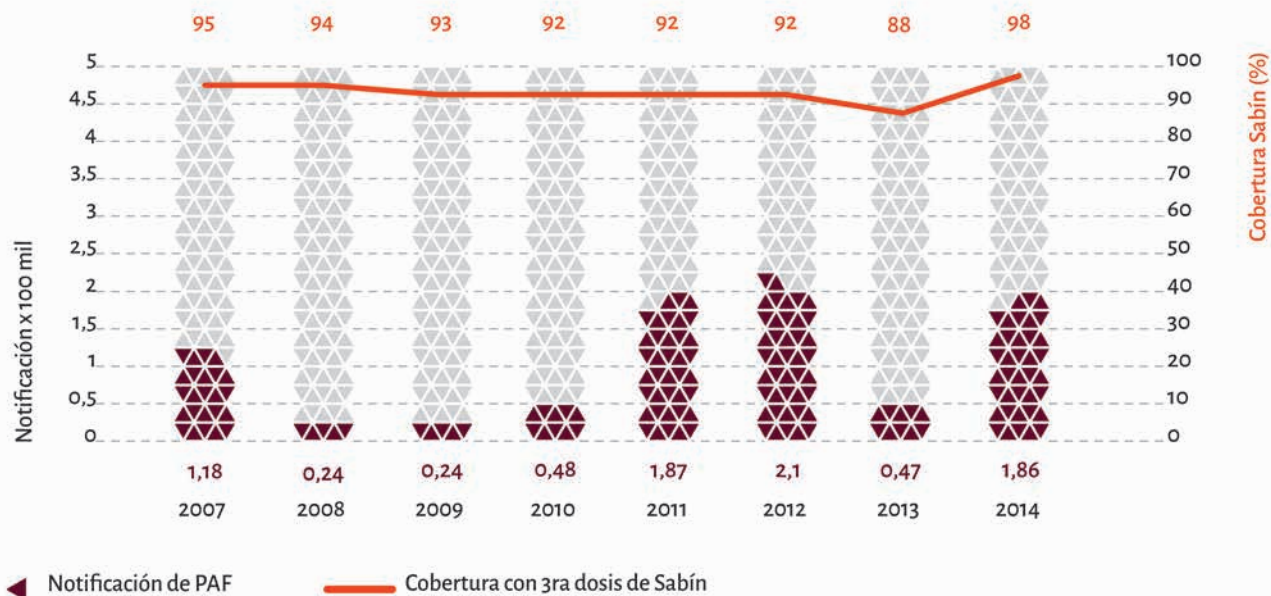
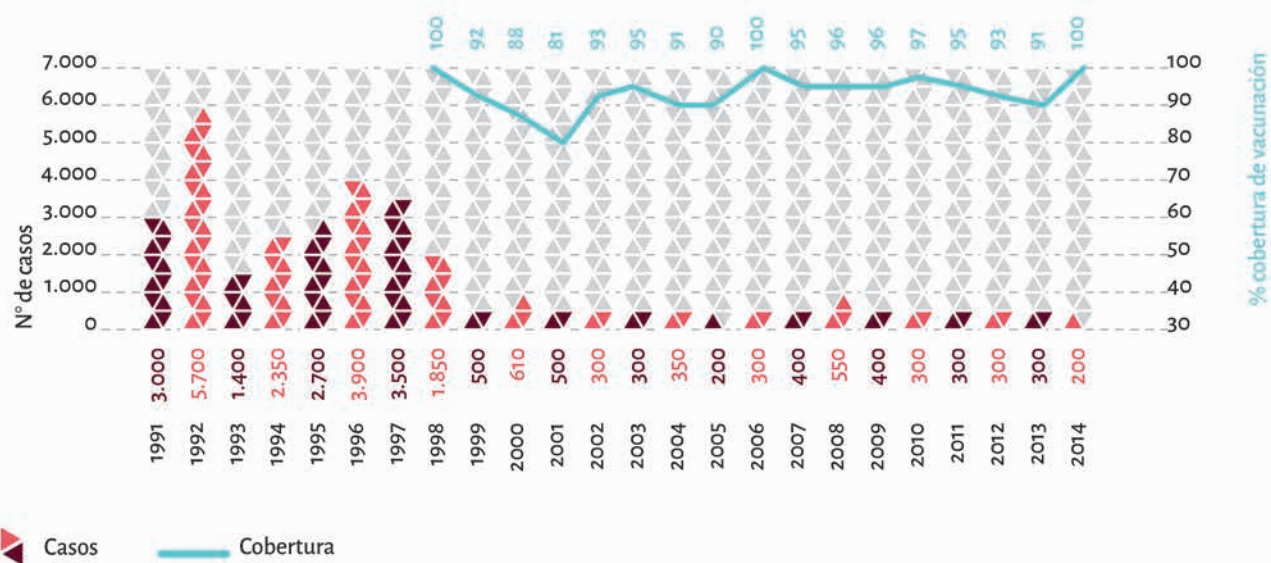


Gráfico 87 | Número de casos notificados por Parotiditis y coberturas de vacunación Triple Viral. Tucumán. 1991/2014.



Fuente: División de Inmunizaciones PRIS. Dirección de Epidemiología y Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

PAROTIDITIS

Esta enfermedad provocaba en la provincia epidemias cada 4 años, hasta que en 1998 se incluyó la vacuna Triple Viral (Parotiditis, Rubeola y Sarampión) en el Calendario Nacional de Vacunación. Desde entonces se observa una marcada disminución de la notificación de casos. Actualmente se mantiene una situación endémica con notificación menor a 10 casos anuales.

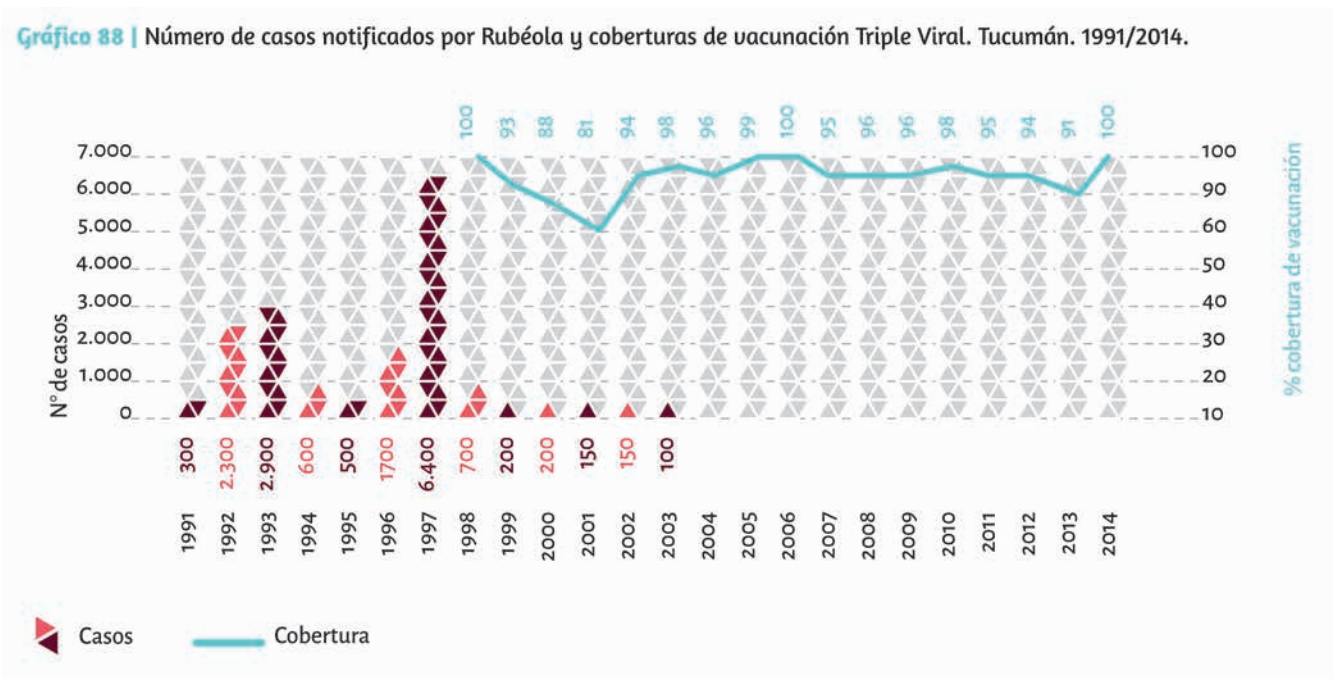
RUBEOLA

Esta enfermedad en la Provincia se presentaba en forma endémica y alternada con brotes epidémicos. En 1997 aconteció el mayor brote de los últimos años con 6430 casos. A partir de la incorporación de la vacuna Triple Viral (Parotiditis, Rubeola y Sarampión) en el año 1998 en el Calendario Nacional de

Vacunación, se observó una marcada reducción de las notificaciones por rubeola.

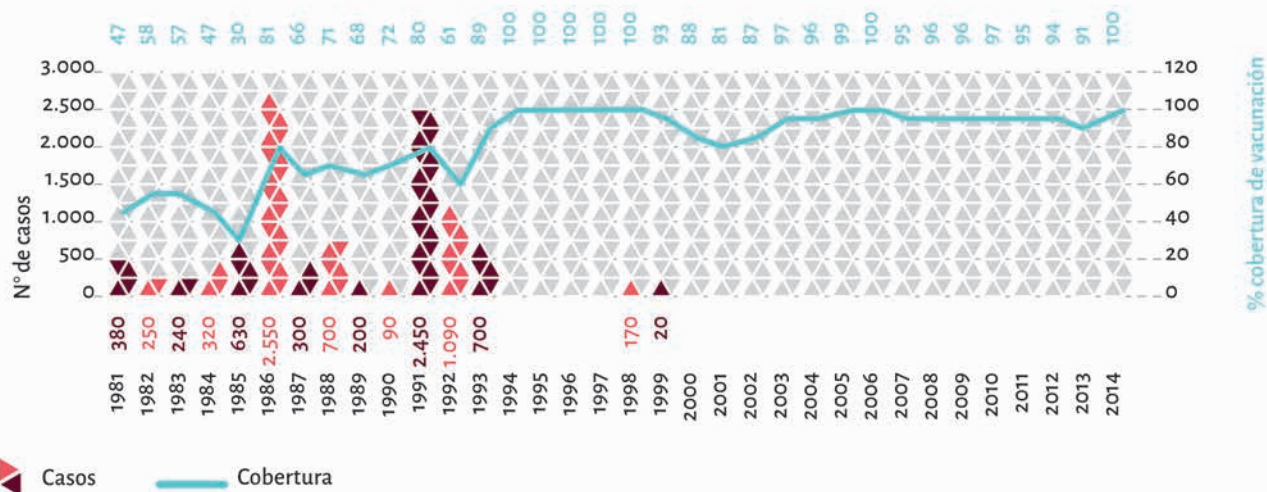
A fines del año 2008 se notificó un brote en 24 alumnos de sexo masculino entre 17 y 18 años pertenecientes a dos colegios que habían viajado a Bariloche, lugar en que contactaron con estudiantes de otras provincias que cursaban pequeños brotes. Oportunamente se controló el brote.

Dentro del marco de la meta de “Eliminación de la Rubeola y el Síndrome de Rubeola Congénita (SRC)” propuesto por la OPS, en el año 2006 se vacunaron en el país 6.718.314 mujeres, de 15 a 39 años en Argentina, alcanzando una cobertura nacional del 98.8%. En Tucumán se vacunaron 306.000 mujeres y superando la cobertura del 95%. En 2008 se realizó la segunda campaña nacional de vacunación, orientada en Tucumán a 250 mil varones de 16 a 39 años, obteniéndose una elevada cobertura de vacunación (> a 95%).



Fuente: División de Inmunizaciones PRIS. Dirección de Epidemiología y Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Gráfico 89 | N° de casos notificados por Sarampión y coberturas de vacunación Triple Viral. Tucumán. 1981-2014.



Fuente: División de Inmunizaciones, PRIS. Dirección de Epidemiología y Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En 2015 la OPS declaró a las Américas como una “Zona Libre de Transmisión Endémica de Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita”. Actualmente se mantiene vigente la vigilancia de SRC.

SARAMPIÓN

En la provincia de Tucumán se notificaron casos de sarampión desde 1981 hasta 1993, año en que aconteció el último brote importante. Hasta entonces se venía comportando como una endemia con brotes epidémicos cada seis años, con una incidencia de alrededor de 2.500 casos durante los brotes, y con 200 a 700 casos en los periodos interbrotes.

En los años 1985, 1993, 1997 y 2002, al igual que en el resto del país, se realizaron Campañas masivas de vacunación antisarampionosa, lográndose coberturas exitosas para el control de la enfermedad.

A partir del año 1994 se comenzó con la Vigilancia Intensificada

de las “Enfermedades Febriles Exantemáticas” (EFE), que requiere una confirmación por laboratorio de cada sospecha de sarampión. En el mismo año se notificaron once niños con sarampión hasta el mes de junio de ese año.

Después de cuatro años libres de Sarampión, en junio de 1998 se inició el último brote que se extendió hasta setiembre de 1999. Desde entonces, hasta la fecha de elaboración de este documento (2015) no se registraron más casos de sarampión (Gráfico 89).

Debido a la ocurrencia de brotes en distintos países de otros continentes se mantiene vigente y en forma intensificada la vigilancia de EFE. El motivo es el permanente riesgo de ocurrencia de casos autóctonos de sarampión en la provincia y en el país.

En el año 2003, se inició la Vigilancia Integrada Sarampión-Rubeola. En los años 2013-2014 se estudiaron 79 muestras de personas con sospecha de la enfermedad por laboratorio, y no se confirmó ningún caso hasta la fecha.

La tasa de notificación de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el año 2014 fue de 3,06 casos por 100000 habitantes (la meta recomendada es de 2 casos por 100000 habitantes).

TÉTANOS NEONATAL

En el período 1990 -1998 se registraron en Tucumán cuatro casos de tétanos neonatal e igual cantidad de muertes. Desde entonces no se registraron casos por esta patología.

La estrategia para la eliminación de esta enfermedad es la vacunación de mujeres en edad fértil, la vacunación durante el embarazo y la realización de partos seguros en hospitales adecuados. La vacuna antitetánica en dosis múltiples (2 o 3) es hasta el 98% efectiva para prevenir el tétanos neonatal⁷⁶.

La Argentina ha adherido desde 1993 al plan de erradicación del tétanos neonatal propuesto por la Organización Panamericana de la Salud.

DIFTERIA

La difteria es una enfermedad bacteriana aguda causada por la exotoxina producida por el bacilo gram positivo *Corynebacterium diphtheriae*. Sólo las cepas toxigénicas causan enfermedad. Es una infección grave, de amplia difusión, con potencial epidémico para la que existe una vacuna eficaz, incorporada en el Calendario Nacional de vacunación.

En nuestro país se presenta en pequeños brotes familiares o como casos esporádicos, como los notificados en el año 2003. Presenta una letalidad que varía de 5% a 10%, dependiendo del uso oportuno de la antitoxina diftérica. En la provincia de Tucumán no se notificaron casos de difteria desde el año

1974; no obstante, se mantiene una permanente vigilancia de la enfermedad.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

En la Provincia de Tucumán la enfermedad se vigila a través del Programa de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, que realiza además actividades de prevención y capacitación. Las acciones antivectoriales realizadas desde 1960 por la Base Nacional de Control de Vectores dieron como resultado importantes avances logrando el control de la transmisión vectorial.

De los 17 departamentos provinciales, desde los '90 sólo ocho continúan siendo endémicos, sumándose Lules (localidades El Nogalito y Mala Mala) a partir del año 2007.

Los diferentes departamentos endémicos presentan la siguiente estratificación de riesgo:

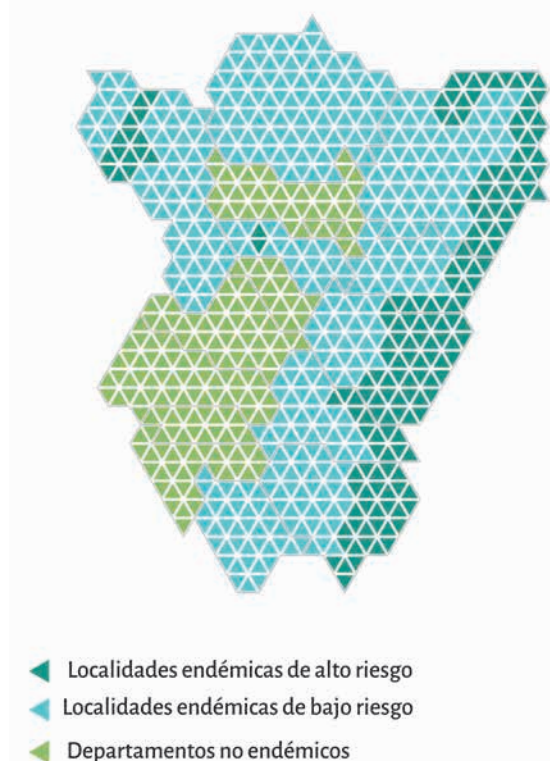
- Alto riesgo: con presencia ininterrumpida del vector en la unidad domiciliaria. En esta situación se hallan 91 localidades.
- Mediano Riesgo: en los últimos cinco años no se registró



76 Ogunlesi, T. A. Vacunas en mujeres para la prevención del tétanos neonatal: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2011). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



Gráfico 90 | Departamentos según endemidad y riesgo para Chagas. Tucumán. 2014.



Fuente: Progr. de Prevención y control de Chagas - DG PRIS SIPROSA

infestación. Son 155 localidades las que se hallan en esta situación.

➤ Bajo Riesgo: en los últimos 10 años, por vigilancia activa y pasiva, 325 localidades no tuvieron presencia del vector.

Las áreas endémicas de mayor riesgo por persistencia de infestación corresponden a la franja este de la provincia y a la zona centro de Tafí del Valle, con localidades limítrofes con las provincias de Santiago del Estero, Catamarca y Salta.

Transmisión Vectorial - Control Vectorial

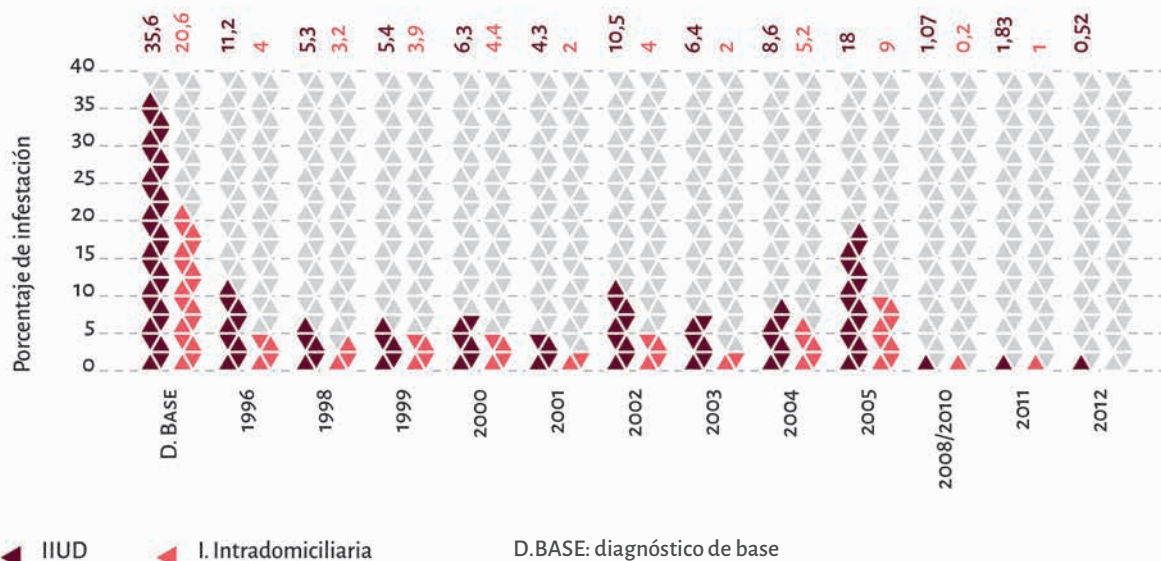
El vector que se encuentra en la mayoría de las localidades endémicas es el *Triatoma infestans*, al que se suma *T. eratyrusiforme* en algunos peridomicilios de Tafí del Valle y *T. guaysana* en peridomicilios de los departamentos de Graneros y Burruyacu.

La evaluación y rociado de las viviendas está a cargo de la Coordinación Nacional de Control de Vectores jurisdicción Tucumán; a partir del año 2012, se suma una Brigada Provincial de operarios dependientes de la Dirección General de Salud Ambiental del SIPROSA. Las viviendas trabajadas están siendo georreferenciadas, lo que facilitará su monitoreo.

Los “Índices de Infestación de la Unidad domiciliaria” (IIUD) descendieron significativamente en los departamentos Leales, Cruz Alta, Burruyacu, Lules y Simoca. Los departamentos de Graneros y Tafí del Valle continúan con IIUD elevados a expensas del peridomicilio, ya que el rociado de los corrales, gallineros y otros componentes del peridomicilio no tienen prácticamente poder residual. Esto se suma a las características climáticas de la zona (altas temperaturas, vientos, lluvias) y a la complejidad de la construcciones que impiden un buen acceso del insecticida, dando como resultado constantes reinfestaciones.

En la última medición el IIUD fue menor al 1%, tal como se requiere para la certificación de libre de transmisión vectorial.

Gráfico 91 | Índice de infestación de la unidad domiciliaria (IIUD) e intradomiciliaria por *Triatoma Infestans*, según años y períodos. Tucumán.

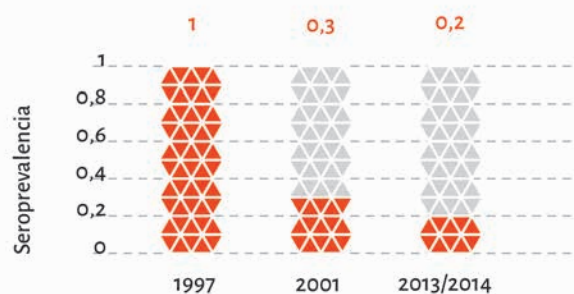


Luego de un arduo trabajo, en 2015 la provincia recibió la certificación que la decreta “Libre de Transmisión vectorial de Chagas” por parte de la Organización Mundial de la Salud, a través de la comisión externa de la Organización Panamericana de la Salud.

Vigilancia en menores de 5 años

En vista a las metas definidas por el Programa Nacional de Chagas para certificar a la provincia como libre de transmisión vectorial, el Equipo del Programa Chagas Tucumán propuso iniciar el proceso de consolidación-certificación, reforzando seis departamentos en el año 2014. A estos fines se diseñó un estudio por muestreo entomológico y serológico para valorar el impacto del control vectorial en menores de 5 años, en los departamentos endémicos Simoca, Cruz Alta, La Cocha, Trancas, Lules y Burruyacu. Tomando como referencia estudios realizados en períodos anteriores, se observó una disminución en la prevalencia serológica para chagas en menores de 5 años (Gráfico 92).

Gráfico 92 | Seroprevalencia para Chagas en menores de 5 años residentes en áreas de riesgo, según períodos estudiados. Tucumán.



Fuente: Programa de Prevención y control de Chagas
DG Programa Integrado de Salud – SIPROSA

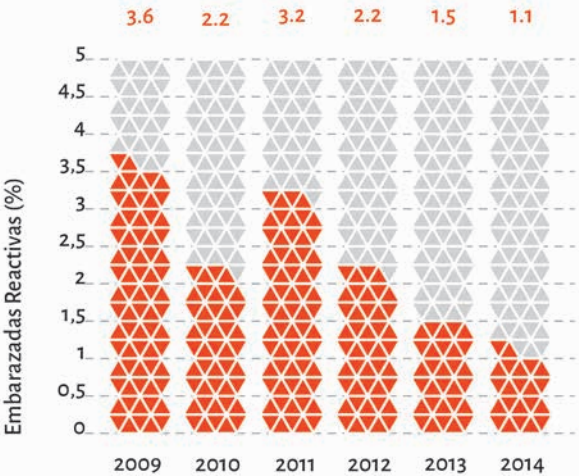
Transmisión Vertical - Chagas Connatal

La transmisión vertical constituye la principal forma de persistencia de la parasitosis en las poblaciones humanas, y continuará siendo un problema de salud pública hasta que las mujeres embarazadas infectadas disminuyan proporcionalmente.

La captación precoz de la gestante con serología positiva cobra importancia en la detección de los casos transmitidos de madre a hijo, como así también el seguimiento de la curva serológica en el recién nacido y en su primer año de vida, complementado con el diagnóstico oportuno que es pasible de tratamiento tripanomicida curativo.

En Tucumán, el porcentaje de embarazadas reactivas en el año 2009 fue del 3,6%, descendiendo este valor al 1,1% para el año 2014.

Gráfico 93 | Seroprevalencia para Chagas en embarazadas, en hospitales de referencia del SIPROSA. Tucumán. 2009/2014.



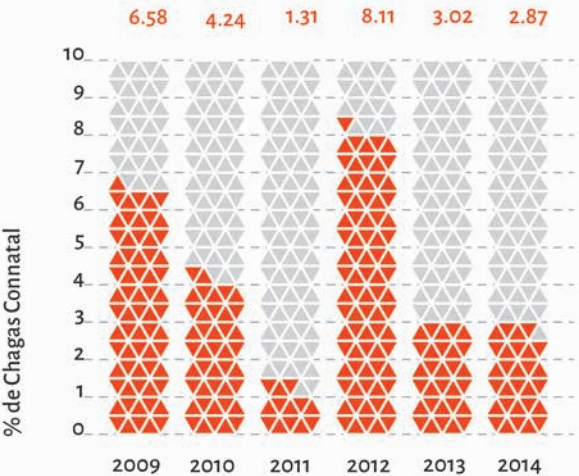
Fuente: Programa de Prevención y Control de Chagas

Sistema de Vigilancia por Laboratorio – SIVILA

La razón de infección chagásica connatal del Recién Nacido en las maternidades tuvo un comportamiento fluctuante en los últimos 6 años, aunque con una tendencia de período descendente. En los últimos dos años se observó alrededor de tres recién nacidos positivos por año por cada 100 madres chagásicas (Gráfico 94).

Es aconsejable que en todo Servicio de Obstetricia, Perinatología y Pediatría se efectúe el control prenatal de rutina de toda embarazada en el primer trimestre de gestación y a todo recién nacido hijo de madre portadora de esta infección.

Gráfico 94 | Poceraje de infección chagásica connatal. Tucumán. 2005/2014.



Fuente: Programa de Prevención y Control de Chagas
Sistema de Vigilancia por Laboratorio - SIVILA

SALUD BUCAL

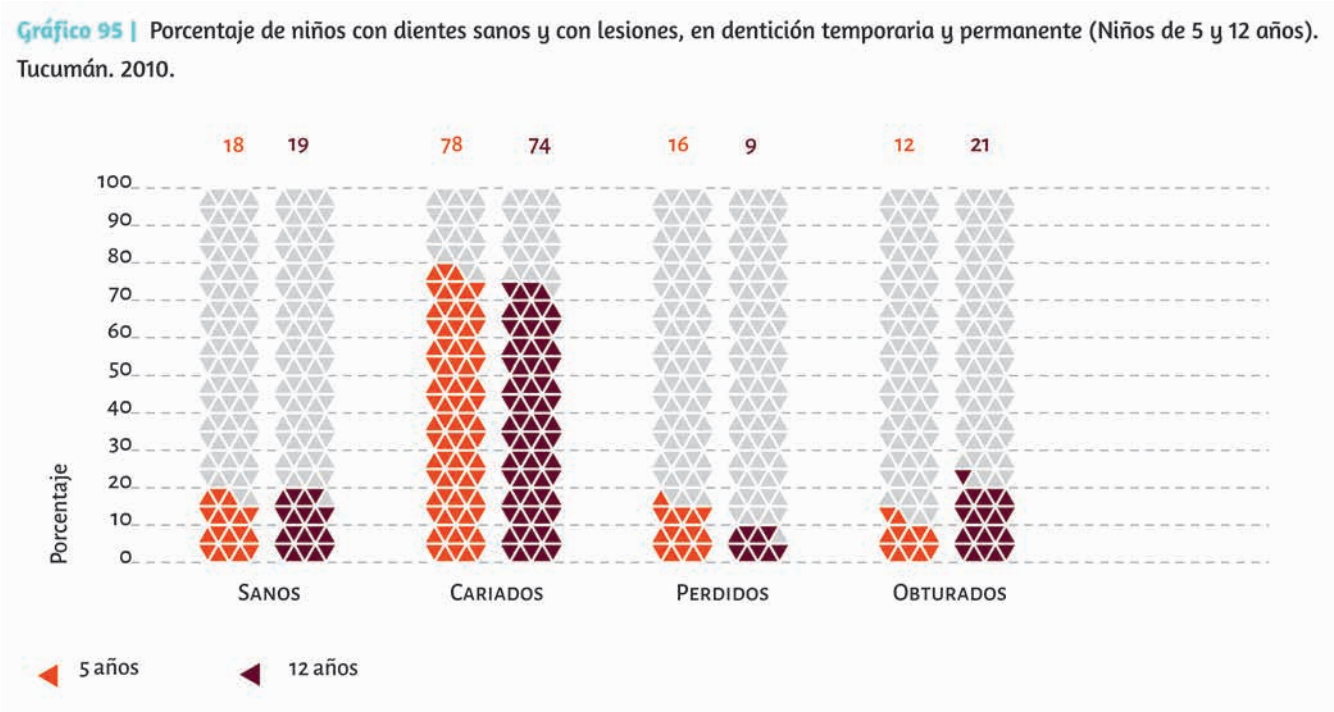
El componente de salud bucal continúa siendo un aspecto fundamental en las condiciones de vida y bienestar de la población. La caries dental y la enfermedad periodontal constituyen el mayor porcentaje de morbilidad dentaria a nivel mundial. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra, y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento⁷⁷.

En el año 2010 en la provincia de Tucumán, por iniciativa del Ministerio de Salud Pública, se realizó en escuelas públicas provinciales el estudio “Salud dental en niños de edad escolar”,

con el objetivo de conocer el estado de salud bucal en niños de 5 (dentición temporaria) y 12 años (dentición permanente).

Niños de 5 años: La prevalencia de caries fue del 82%. El 16,6% tenían al menos una indicación de extracción dentaria, sin diferencias por sexo o zona rural-urbana. El índice ceo-d fue de 4,87, mayor en zona rural, que indica un valor alto según la categorización de severidad. El índice ceo-s fue de 10,3⁷⁸.

En entrevistas realizadas a padres o tutores, el 44% (177 de 401) de los niños consultó al dentista al menos una vez al año; el 66% (263 de 400) ingería dulces a cualquier hora; el 94%



Fuente: División de Odontología – Dirección General PRIS

77 TASCÓN Jorge Eduardo, CABRERA Gustavo Alonso, Fon., Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Colombia Medica On line. Contenido volumen 36 N° 2, 2005 (abril-junio).

78 Estado de salud dental en niños con dentición temporaria y permanente en la Provincia de Tucumán. Informe técnico. Ministerio de SP de Tucumán, 2010.

Tabla 07 | Niños bajo Programa de Salud Bucal del Escolar. Provincia de Tucumán, 2008-2014

Año	2008	2010	2014
Nº DE ESCUELAS	79	-	196
Nº DE ALUMNOS	13.500	-	59.228
NIÑOS EVALUADOS DE 6 AÑOS	1.423	2.295	1.539
*ceod	6,4	4,8	4,6
**CPOD	0,4	0,6	0,5
NIÑOS EVALUADOS DE 12 AÑOS	1.027	1.879	1.009
ceod	0,6	0,7	0,2
CPOD	3,6	3	2,8

Fuente: División de Odontología-SIPROSA

*ceod: sumatoria de dientes temporarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Se divide luego entre el total de individuos examinados.

**CPOD: sumatoria de dientes permanentes cariados, extraídos y obturados, dividiendo luego entre el total de individuos.

(376 de 401) de los niños se cepillaba los dientes, pero solo un 11% (44 de 401) lo hacía en forma óptima.

Niños de 12 años: la prevalencia de caries fue del 81%. El índice CPOD⁷⁹ fue de 3,3 (nivel de severidad moderada) y el CPOS 6,2. El 9% tenían al menos un diente perdido, siendo mayor este índice en zona rural. El 52% de los escolares (202 de 386) realizó una visita al dentista al menos una vez al año; el 72% (275 de 384) consumía alimentos dulces a cualquier hora del día; el 95% (366 de 386) refirió cepillarse los dientes y, de ellos, el 20% (77 de 386) lo hacía en forma óptima.

El Índice de necesidades de tratamiento⁸⁰ en los escolares de 12 años, en base al componente C (dientes con lesiones de caries) del índice CPOD, fue del 86% sin diferencias por sexo o lugar de residencia. El Índice significativo de caries dental (SIC)⁸¹ alcanzado por el tercio de los niños de 12 años con

índices de caries más altos, fue de 6,6 (severidad muy alta); no hubo diferencias significativas según sexo ni lugar de residencia de los mismos.

El Programa de Salud Bucal Escolar vigente en la provincia amplió la cobertura de escuelas bajo programa desde 2008. En el relevamiento periódico realizado, los índices ceo-d y CPO-D de los niños evaluados presentaron una tendencia descendente.

El Programa de Salud Bucal de la paciente embarazada está destinado a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar su salud bucal, así como a la promoción de conductas saludables y hábitos de higiene. La cobertura de mujeres gestantes bajo programa aumentó de 1.239 en el año 2008 a 3.985 mujeres gestantes en 2014, y los índices CPOD fueron de 11,7 y 12,3 en ambos años, respectivamente.

79 Escala de severidad del CPO (OMS): Muy Bajo: 0 - 1,1; Bajo: 1,2 - 2,6; Moderado: 2,7 - 4,4; Alto: 4,5 - 6,5; Muy Alto: 6,6 y más.

80 Índice de Necesidades de Tratamiento es el % de la relación entre el N| de dientes con lesiones de caries sobre la sumatoria de dientes cariados y dientes obturados.

81 El SIC identifica al tercio de una población que presenta valores más altos de caries.

En 2013 el programa de salud “Sonrisa de Mamá”, con la finalidad de reponer protéticamente los dientes perdidos en embarazadas y puérperas, alcanzó la instalación de 205 prótesis. En 2014 se rehabilitaron 242 mujeres, a través de la instalación de 160 prótesis parciales y 82 prótesis completas.

La pérdida de elementos dentarios es un indicador de la salud oral de una población y está asociada a una menor calidad de vida. La principal causa de pérdida de elementos permanentes en jóvenes es la caries dental y, en adultos, la enfermedad periodontal.

La proporción provincial de odontólogos del sistema público es de 7,2 odontólogos por 10.000 habitantes sin cobertura de salud, distribuidos en 209 servicios de atención municipales y provinciales.





Recursos Humanos

El Llamado a la Acción, promovido por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), busca movilizar a los actores nacionales e internacionales, del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud. Se procura que éstos ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales y regionales de salud, y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015⁸².

En consonancia con los mismos propósitos, en Tucumán en los últimos años hubo un fortalecimiento en el subsector pú-

blico de los recursos humanos tanto en las áreas orientadas a la atención de la salud de las personas como en las áreas de apoyo para el logro de metas sanitarias.

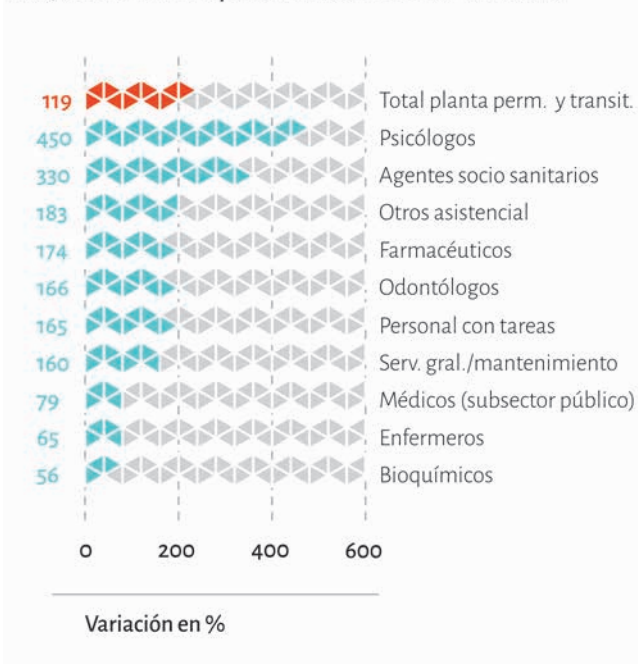
Tomando como referencia el personal del año 2003, en 2014 el crecimiento general fue del 119%, pasando de un total de 7.410 a 16.253 recursos humanos en situación permanente o transitoria. La variación relativa del crecimiento se muestra en el Gráfico 96.

La Oficina regional de la OMS ha proporcionado un documento de referencia para el desarrollo y cumplimiento de Metas de Recursos Humanos para la región de las Américas⁸³.

82 OPS/OMS. Llamado a la Acción de Toronto. 2006 – 2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas.

83 Resolución N° CSP27/10 de OPS, "Metas Regionales de los Recursos Humanos para la Salud (RHS) 2007-2015

Gráfico 96 | Crecimiento (%) de RRHH según funciones generales, en 2014 con respecto a 2003. SIPROSA. Tucumán.



Fuente de datos: Base datos Dpto. E. y Control de Gestión- Dirección General de RRHH en Salud

El objetivo apunta a identificar y definir datos que permitan delinear una línea basal para brindar un perfil de los recursos humanos para la salud, y facilitar el monitoreo de sus avances en el tiempo.

El Ministerio de Salud Pública de la Provincia, como el país, ha adherido a tales instrumentos y ha construido sus indicadores basados en las recomendaciones aludidas, plasmados en el documento Metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015, organizadas según los desafíos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto.

DENSIDAD DE RECURSOS HUMANOS POR HABITANTE

La OPS propuso que para 2015 en todas las provincias se alcance una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000 habitantes.

Aunque la provincia de Tucumán ha sobrepasado la meta (72/10 mil), existen aún desafíos en función de las nuevas prioridades que se van trazando desde el Ministerio de Salud Pública.

Enfermeras calificadas⁸⁴ con relación a los médicos

La enfermería es un servicio público que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas, humana, ética, interpersonal y terapéutica. En función de su importancia, la OPS propone para el Cono Sur al menos la razón de un enfermero calificado por cada médico. En el total provincial, para 2014 esta relación fue de 0,4 y en el Subsector público fue de 0,7.

Proporción de médicos en el Subsector público

Se espera que la proporción de médicos abocados a la Atención Primaria de la Salud sean al menos del 40% de la fuerza laboral médica. La Provincia de Tucumán tiene la característica de ser referente regional en muchos aspectos y cuenta con importantes centros académicos, de investigación y centros especializados que absorben buena parte de la comunidad médica. Para el año 2014 en el subsector público el 38 % del total de médicos se desempeñaban en Atención Primaria de Salud.

Personal de salud de origen

Según la visión de diversos organismos, los trabajadores de la salud que son reclutados de sus propias comunidades tienen más posibilidades de volver y permanecer en sus comunidades.

84 Comprende a enfermeras matriculadas que trabajan en planta permanente y transitoria del Sistema Provincial de Salud, con formación universitaria, o de institución técnica, se excluye de esta definición a auxiliares de enfermería.

des para trabajar después de completar su entrenamiento que aquellos que son reclutados externamente. El reclutamiento local fomentaría mucho más al equipo de APS al tener un individuo que ya tendría las sensibilidades culturales necesarias y el conocimiento de redes comunitarias, contactos y necesidades. En Tucumán se ha propuesto estimar la línea de base relacionada con la proporción de personal de salud en los entornos de atención primaria que fueron reclutados de sus propias comunidades, a fin de evaluar esta recomendación.

OBSERVATORIO CENTRAL DE RR HH

Es de vital importancia la existencia de una unidad institucional específica de recursos humanos que marque la dirección estratégica del tema para todo el sector salud y que, además, haya transformado su papel de administrador de personal al de gestor de políticas de recursos humanos. El Sistema Provincial de Salud cuenta con una Dirección General de Recursos Humanos que suple las necesidades surgidas, pero requiere continuar fortaleciéndose.

Metodología del ASIS

Para el cálculo de los indicadores de salud se estimaron tasas utilizando como denominadores los datos de los censos poblacionales del INDEC (2001, 2010) y sus proyecciones. Para controlar la influencia de la composición de la población (grupos de edad), se realizó ajuste directo de las tasas, empleando como población estándar la de Argentina 2000.

Para el estudio de la tendencia de los indicadores se realizó análisis de Regresión de Join Point. Las diferencias de cambios en la tendencia se expresaron mediante el Porcentaje Estimado de Cambio Anual (PECA).

Se calcularon Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en algunos indicadores de mortalidad.

Para estimar prevalencias de las encuestas nacionales, se calcularon porcentajes ponderados, conforme al tipo de diseño de muestreo.

En todos los casos se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se utilizó los siguientes programas de análisis estadísticos: Stata 11.1; Epidat 4 y Joinpoint Regression Program Versión 4.1.1.1.

Las metas sanitarias se fijaron mediante diferentes criterios, teniendo en cuenta las estimaciones por modelos estadísticos y mediante análisis de expertos en temas específicos.

Fuentes de datos

- Datos del Sistema Informático de Gestión de Hospitales (SIGEH) del Sistema Provincia de Salud (SIPROSA);
- Información del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y de sus diversos módulos;
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) en sus cortes transversales de los años 2005, 2009, 2013;
- Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de sustancias psicoactivas (EnPreCoSP) de los años 2008 y 2011;
- Datos de publicaciones de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación;
- Registros de Morbilidad a partir de programas de salud específicos, dependientes de la Dirección General de Programa Integrado;
- Información de mortalidad de la Dirección Provincial de Estadística;
- Información de Egresos Hospitalarios, del Dpto. de Estadísticas de Salud y de los Servicios del SIPROSA;
- Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 (EMSE).

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

Hospitales de III Nivel de Atención

En el área salud se reconocen tres niveles de atención asistencial, de los cuales el de 1er nivel comprende las acciones más elementales y constituye el punto de contacto con la comunidad. Al segundo y tercer nivel de atención corresponden los servicios con diferente grado de especialización y complejidad ascendente. Éstos actúan en general como referentes de servicios de Nivel I de atención, sobre la base de mecanismos organizativos de referencia y contrarreferencia de pacientes entre un nivel y otro, para asegurar la atención en el lugar o nivel más adecuado a sus problemas de salud.

Los hospitales del III Nivel de atención se caracterizan por la atención de problemas en general con alto riesgo de vida, mediante tecnología de alta complejidad y participación de los subespecialistas. Sus funciones comprenden acciones dirigidas al individuo, familia, comunidad y medio ambiente, en las que se realizan prácticas preventivas, curativas y de rehabilitación.

Son establecimientos de salud complejos, con perfiles diferentes, preparados para solucionar patologías agudas (traumáticas, cardíacas, infecciosas, etc.), pero que también realizan una atención integral al paciente crónico en las diferentes especialidades, principalmente al que padece patologías complicadas (tumores, obesidad, neurología, trastornos de salud mental, cirugías cardíacas, trastornos metabólicos, etc.).

En conjunto con instituciones académicas, participa en los programas de formación para personal de grado y posgrado, y en la capacitación en servicio de recursos humanos. Igualmente lleva a cabo diversas actividades de investigación relacionadas con la salud.

Existen nueve modelos de tipo de servicios, de complejidad creciente. Los del III Nivel de atención en Tucumán se encuadran dentro de los últimos niveles de complejidad⁸⁵.

La mayoría de los hospitales del III nivel se encuentra ubicado en San Miguel de Tucumán, excepto el Hospital Eva Perón situado en el área este y los hospitales de Concepción y Monteros en el sur de la provincia.

En los últimos años las unidades de atención del III nivel fueron modernizadas y adecuadas para brindar nuevas prestaciones, teniendo en cuenta no solo la atención médica, de tratamiento y cuidados a brindar, sino también la seguridad del paciente asistido en cada una de las instituciones.

El Ministerio de Salud Pública busca mejorar la calidad de la atención en hospitales y desarrollar prestaciones que requieran cada vez más alta tecnología y recursos humanos calificados.

85 NIVEL VI: Internación con Clínica médica, Cirugía, Pediatría y Toco-Ginecología. Cuenta con laboratorio y radiología. Se Agregan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. NIVEL VII: Atención ambulatoria exclusivamente y realiza prácticas quirúrgicas. NIVEL VIII: Atención médica de todas las especialidades. Los servicios son de mayor complejidad. Actúan como referentes regionales. NIVEL IX: Internación con máxima complejidad disponible y docencia universitaria.

Tabla 08 | Hospitales de Alta complejidad. Provincia de Tucumán

ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III DE ATENCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	COMPLEJ.
Hospital Dr. Ángel C. Padilla	ALBERDI 550 - S. M. DE TUCUMÁN	0381-4248012	IX
Hospital Centro de Salud Dr. Zenón Santillán	AV. AVELLANEDA 750 - S. M. DE TUCUMÁN	0381-4311208	IX
Hospital del Niño Jesús	PJE. HUNGRÍA 750 - S. M. DE TUCUMÁN	0381-4525000	IX
Instituto de Maternidad Ntra. Sra. de las Mercedes	AV. MATE DE LUNA 1535 - S. M. DE TUCUMÁN	0381-4230208	IX
Hospital de Clínicas Pte. Nicolás Avellaneda	CATAMARCA 2000 - S. M. DE TUCUMÁN	0381-4276008	VIII
Hospital del Este Eva Perón	RUTA 9 Y CAMINO DEL CARMEN - BANDA DEL RÍO SALÍ	0381-4268400	VIII
Hospital Regional de Concepción Dr. Miguel Belascuain	SAN LUIS 150 - CONCEPCIÓN	03865-421784	VIII
Hospital de Día Dr. Néstor Kirchner	MENDOZA 128/140 - S. M. DE TUCUMÁN	0381-4526114	VIII
Hospital Dr. Juan M. Obarrio	SAN MIGUEL 1650 - S. M. DE TUCUMÁN	0381-4330781	VI
Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen	MUÑECAS 2500 - S.M.DE TUCUMÁN	0381-4276303	VI
Hospital Gral. De Lamadrid de Monteros	SARMIENTO 453 - S.M.DE TUCUMÁN	03863- 426229	VI



HOSPITAL DR. ÁNGEL C. PADILLA

El Hospital Ángel Cruz Padilla es un hospital polivalente destinado a la atención de pacientes (mayor de 14 años) en estado crítico, con patologías agudas. Es centro de referencia provincial y regional en Traumatología.

Ofrece prestaciones en neurología y urgencias neuroquirúrgicas. Además, funciona como centro de procuración de órganos y trasplantes. Brinda atención en oncohematología y seguimiento integral al enfermo cardiológico. Tiene actividad

docente y de investigación, dirigida a la formación continua de todo el personal como mecanismo para lograr excelencia.

El Hospital Padilla integra la red de prestadores del Sistema Provincial de Salud, siendo una de las instituciones principales del III Nivel de atención, comprometido con una política de preocupación constante por el avance científico-tecnológico y por la identificación de las necesidades sanitarias de los ciudadanos.





Tabla 09 | Hospital Dr. Ángel C. Padilla.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA			RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	17.993 m2		Laboratorio clínico, de emergencia y especializado (Hematología)	
Área ambulatoria	1.365 m2		Anatomía patológica - Banco de tejidos	
Área hospitalización	4.566 m2		Radiología simple	
Área crítica	2.879 m2		Ecografía	
Área quirúrgica	788 m2		TAC	
			RMN	
			Estudios Doppler	
			Endoscopia	
RECURSOS HUMANOS	Nº	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	435	33,5	Consultas ambulatorias de emergencia	183.113
Nivel B	84	6,5	Consultas ambulatorias programadas	88.896
Nivel C	348	26,9	Hospitalizaciones anuales	10.105
Nivel D	239	18,4	Cirugías	6.091
Nivel E	67	5,1	Mortalidad hospitalaria	4,3 %
Nivel F	122	9,4		

HOSPITAL CENTRO DE SALUD DR. ZENÓN J. SANTILLÁN

Este hospital forma parte de los servicios de salud más complejos del III Nivel de la provincia. Comparte con el Hospital Padilla la atención en emergencias de numerosos accidentes de tránsito. Es un hospital polivalente que asiste casos de mayores de 14 años agudos y crónicos.

Brinda atención en diversas especialidades: traumatología, cirugía, hematología. Fortaleciéndose en los últimos años en

el área cardiológica. Cuenta con servicios de hemodinámica, unidad coronaria, salas de cuidados mínimos y cuidados Críticos (UTI), realiza cirugías cardiovasculares y cirugías de alta complejidad (torácica, abdominal, urológica y neurológica). Desde hace un tiempo cuenta con un Servicio dedicado a la atención integral del paciente con obesidad mórbida.

Los avances en salud pública en Tucumán han logrado equipar a este Hospital, en el área de radioterapia, cuenta con un acelerador lineal; bomba de cobalto. Es el único Hospital público con estos recursos.



Tabla 10 | Hospital Centro de Salud Dr. Zenón J. Santillán.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	18.152,59 m2	Laboratorio clínico, de emergencia y especializado (onco-hematológico)	
Área ambulatoria	4.766,24 m2	Anatomía patológica	
Área hospitalización	4.807,15 m2	Radiología simple y contrastada	
Área crítica	1.954,56 m2	Ecografía convencional y transesofágica, Eco Doppler y Ecoestres	
Área quirúrgica	1.075,11 m2	Mamografía	
		TAC	
		Acelerador lineal	
		Bomba de cobalto	
		Centellografía	
		Gammacámara portátil	
		Angiografía	
		Ergometría	

RECURSOS HUMANOS		Nº	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	428	34,2	Consultas ambulatorias de emergencia	89.427	
Nivel B	112	9	Consultas ambulatorias programadas	103.586	
Nivel C	251	22,1	Hospitalizaciones anuales	10.029	
Nivel D	276	20	Cirugías	6.614	
Nivel E	89	7,1	Mortalidad hospitalaria	8,04 %	
Nivel F	92	7,4			

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS

Es un hospital monovalente, único exclusivo para la atención pediátrica en la provincia. Brinda una atención integral a niños y adolescentes con patologías agudas y crónicas (menores de 14 años), tanto en el sector ambulatorio como en la internación. Posee internación para cuidados progresivos, con salas de cuidados mínimos, cuidados intermedios, y cuidados intensivos. De las 210 camas de internación, 40 unidades corresponden al área crítica. En la internación se destaca la Sala de Niños inmunodeprimidos, provista con habitaciones individuales con equipos de filtros de aire para el tratamiento y recuperación de los pacientes con patologías oncohematológicas.

Cuenta con un Centro Quirúrgico, con cinco quirófanos, uno de los cuales es utilizado en cirugías cardiovasculares y neurocirugía de alta complejidad.

Una de las fortalezas de este hospital es la variedad de especialidades pediátricas que ofrece en el sector ambulatorio, otorrinolaringología, oftalmología, endocrinología, nefrología, infectología, dermatología, genética médica, neumonología, cardiología, hematología, oncología, psicología y psiquiatría, cuidados paliativos, atención al adolescente, gastroenterología, entre otras.

Cuenta con vacunatorio en el mismo sector ambulatorio; posee un sector está dedicado a estimulación temprana en niños con alguna discapacidad.

También funciona en el hospital el consultorio de seguimiento del niño prematuro, tratado por un equipo de salud formado por médicos neonatólogos, psicólogos, terapeuta ocupacional, kinesiólogos, etc.





Tabla 11 | Hospita del Niño Jesús.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	18.000 m2	Laboratorio clínico, de emergencia y especializado	
Área ambulatoria	2.100 m2	Endoscopia respiratoria y digestiva	
Área hospitalización	2.100 m2	Radiología simple y contrastada	
Área crítica	950 m2	Ecografía	
Área quirúrgica	350 m2	TAC	
		Laparoscopia	
		Láser dermatológico	

RECURSOS HUMANOS	Nº	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	447	36,4	Consultas ambulatorias de emergencia	12.314
Nivel B	107	8,7	Consultas ambulatorias programadas	126.378
Nivel C	273	22,2	Hospitalizaciones anuales	12.597
Nivel D	259	21	Cirugías	3.345
Nivel E	51	4,1	Mortalidad hospitalaria	0,47 %
Nivel F	91	7,4		

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SRA. DE LAS MERCEDES

Este hospital es monovalente, pues está dedicado a la atención integral de la mujer en el área ginecología, con énfasis en el área perinatólogica. Adopta el modelo “Maternidad Centrada en la Familia”, garantizándole el mayor bienestar posible al binomio madre-hijo. Tiene como misión ser un hospital moderno y eficiente, que brinde una atención humanizada y de calidad a toda la población. Por ello es la Maternidad más importante y de mayor complejidad en la provincia. Referente de la región NOA, en los últimos años esta institución fue reciclada y renovada íntegramente.

Su canasta prestacional abarca en el área de Obstetricia: diagnóstico, control y tratamiento de diabetes; hipertensión arterial; embarazo en adolescencia; salud fetal; lactancia materna; preparación integral para la maternidad; salud mental y odontología.

En el área de Neonatología: servicio de neonatología de máxima complejidad (unidad cerrada III B) brindando atención al micro prematuro; encefalopatías; hipóxico-isquémica; postquirúrgico torácico-abdominal; hipotermia; equipo de óxido nítrico. Realiza diagnóstico y asesoramiento genético, nutrición, endocrinología, psicología y contención en gemelaridad.

En el área de Ginecología: patologías del tracto genital inferior, LEEP, planificación familiar, fertilidad, patología mamaria, climaterio, uro-ginecología y oncología.

En el área de Internación, cuenta con salas de cuidados mínimos, unidad de trabajo de parto y recuperación (UTPR), Salas de Parto, internación conjunta, unidades de terapia intermedia, y unidad de terapia intensiva (equipada con monitores multiparamétricos, equipos para asistencia respiratoria mecánica y camas articuladas).





Tabla 12 | Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Sra. de las Mercedes.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	12.577 m2	Laboratorio clínico, de emergencia y especializado (Screening neonatal)	
Área ambulatoria	839 m2	Anatomía patológica	
Área hospitalización	2.517 m2	Radiología simple y contrastada	
Área crítica	2.674 m2	Ecografía	
Área quirúrgica	284 m2	Mamografía	
		Neonatal de alta complejidad	

RECURSOS HUMANOS		N°	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	290	31,8	Consultas ambulatorias de emergencia	6.053	
Nivel B	88	9,6	Consultas ambulatorias programadas	45.307	
Nivel C	158	17,3	Hospitalizaciones anuales	14.337	
Nivel D	215	23,6	Cirugías	6.742	
Nivel E	74	8,1	Mortalidad hospitalaria	1,4 %	
Nivel F	85	9,3			

HOSPITAL DE CLÍNICAS PRESIDENTE DR. NICOLÁS AVELLANEDA

El Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda es un servicio de salud polivalente, que incluye entre sus prestaciones a las cuatro especialidades básicas (clínica médica, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia). Actualmente se fortaleció en el área Materno Infantil con el desarrollo de una Maternidad adecuada, de mediana complejidad, UTPR, y un servicio de neonatología que permitió lograr mejorar la calidad de la atención en los partos.

El hospital cuenta con 220 camas, la mayoría adecuadas para la internación de mediana complejidad, y solo tiene el área de neonatología preparada para cuidados críticos.

El sector ambulatorio es el más desarrollado y brinda además una destacada prestación en el área de discapacidad, con un servicio de rehabilitación eficiente, con recursos humanos capacitados, que incluye además de médicos fisiatras, a psicólogos, kinesiólogos, y terapeuta ocupacional.

Cuenta con un servicio de atención en adicciones, con la modalidad Hospital de Día, desintoxicación en crisis que se realiza en la emergencia, y tratamiento interdisciplinario a los pacientes con consumo de sustancias tóxicas.

Tiene, además, un Servicio de Neumonología de calidad para el diagnóstico y tratamiento de patologías respiratorias; y realiza cirugías laparoscópicas tanto en adultos como en niños, con la modalidad de CAM (cirugía mayor ambulatoria).





Tabla 13 | Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS			
Superficie total	17.800 m2	Laboratorio clínico y de emergencia			
Área ambulatoria	5.000 m2	Otoemisiones acústicas			
Área hospitalización	3.368 m2	Radiología simple			
Área crítica	114 m2	Ecografía			
Área quirúrgica	524 m2	Mamografía			
		Laparoscopia			
		Elementos para rehabilitación			
		Central de esterilización			
RECURSOS HUMANOS		Nº	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	290	38,2		Consultas ambulatorias de emergencia	167.113
Nivel B	88	8,2		Consultas ambulatorias programadas	12.685
Nivel C	158	17,7		Hospitalizaciones anuales	11.384
Nivel D	215	21,8		Cirugías	4.196
Nivel E	74	5,5		Mortalidad hospitalaria	0,7 %
Nivel F	85	8,5			

HOSPITAL DEL ESTE EVA PERÓN

Inaugurado en el año 2013 y ubicado en el área este de la provincia, brinda atención a los departamentos de Cruz Alta, Leales y Burruyacu. En su organización ha implementado la “Gestión por Procesos” con la finalidad de mejorar la calidad de la atención.

Es un hospital general con un perfil materno-infantil, por lo que tiene muy bien desarrollada el área de obstetricia, unida-

des de trabajo de parto (UTPR), quirófanos, terapia intensiva polivalente (UTI), atención ambulatoria de embarazos de alto riesgo y neonatología. También ofrece internación pediátrica de mediana complejidad y vacunatorio.

El hospital Eva Perón cuenta con 108 camas de internación, distribuidas en habitaciones para dos enfermos y con baño privado.





Tabla 14 | Hospital del Este Eva Perón.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	11.400 m2	Laboratorio clínico, de emergencia y especializado (microbiología y hormonal)	
Área ambulatoria	780 m2	Potenciales Evocados Auditivos	
Área hospitalización	2.144 m2	Radiología simple	
Área crítica	791 m2	Ecografía	
Área quirúrgica	524 m2	Mamografía	

RECURSOS HUMANOS		N°	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	175	29	Consultas ambulatorias de emergencia	72.613	
Nivel B	123	20,3	Consultas ambulatorias programadas	35.769	
Nivel C	180	29,7	Hospitalizaciones anuales	6.818	
Nivel D	123	20,3	Cirugías	1.948	
Nivel E	4	0,66	Mortalidad hospitalaria	0,56 %	

HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN DR. MIGUEL BELASCUAIN

Se encuentra situado en el departamento Chicligasta, 70 km. al sur de la ciudad de San Miguel de Tucumán, siendo el hospital de mayor complejidad del área sur de la provincia. Su canasta prestacional brinda atención ambulatoria y de internación en diversas especialidades médicas. Dispone actualmente de 212 camas, distribuidas en sectores de internación por cuida-

dos progresivos (comunes, intermedios y críticos). Cuenta con servicio de emergencia polivalente (clínica, cirugía, pediatría, toco-ginecología, anestesiología y traumatología), además de Unidad Coronaria y Terapia Intensiva de adultos y una Maternidad con el Servicio de Neonatología más importante del sur de la provincia.





Tabla 15 | Hospital Regional de Concepción Dr. Miguel Belascuain.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	12.872,32 m2	Laboratorio clínico y de emergencia	
Área ambulatoria	2.258,78 m2	Anatomía patológica	
Área hospitalización	4.091,44 m2	Radiología simple y contrastada	
Área crítica	1.265,74 m2	Ecografía	
Área quirúrgica	354,4 m2	Mamografía	
		Emergencias	
		Fibrocolonoscopia	
		Test de otoemisiones acústicas	
		Potenciales evocados auditivos	

RECURSOS HUMANOS		N°	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	258	25,3	Consultas ambulatorias de emergencia	104.957	
Nivel B	152	14,9	Consultas ambulatorias programadas	139.927	
Nivel C	242	23,8	Hospitalizaciones anuales	12.149	
Nivel D	249	24,5	Cirugías	4.334	
Nivel E	54	5,3	Mortalidad hospitalaria	2,25 %	
Nivel F	63	6,2			

HOSPITAL DE DÍA PRESIDENTE NÉSTOR KIRCHNER

Incorporado a la red de servicios de salud del III Nivel de Atención en el año 2014, este establecimiento comenzó a gestarse en diciembre del año 2009 y fue realizado en el espacio que ocupaba el ex sanatorio ADOS, convirtiéndose en un centro modelo de cirugía mayor ambulatoria y de prestaciones odontológicas de alta complejidad. Allí también funciona el Laboratorio de Salud Pública, referente provincial y regional en prestaciones bioquímicas de alta complejidad, respondiendo a las normativas de la red nacional ANLIS - Malbrán.

Este efector tiene como objetivo descomprimir las listas de espera quirúrgicas en los hospitales centrales, y satisfacer la necesidad de aquellas personas que deben efectuarse cirugías programadas de oftalmología, traumatología, odontología y urología. El paciente es intervenido quirúrgicamente y se retira a su hogar en el día.

Tiene cinco quirófanos equipados con la mejor tecnología y seguridad del paciente. Sala de recuperación anestésica, y una pequeña sala de internación abreviada, si el paciente lo requiere. Además, cuenta con vacunatorio con atención a demanda espontánea.

Se trabaja con un sistema de referencia y contrarreferencia, por lo que todas las consultas son derivadas por el resto de las instituciones sanitarias.

A corto plazo comenzará a funcionar el servicio de hemato-oncología para atención integral en adultos, con hospital de día de quimioterapia, salas de internación y UTI específica para pacientes inmunodeprimidos. Está prevista la infraestructura para realizar trasplantes de médula ósea, en el futuro.





Tabla 16 | Hospital de Día Dr. Néstor Kirchner

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA			RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	9.600 m2		Centro quirúrgico de alta complejidad	
Área ambulatoria	1.020 m2		Laboratorio clínico	
Área hospitalización	520 m2		Radiología simple y contrastada	
Área quirúrgica	224 m2		Ecografía- Ecografía oftalmológica	
			Pantomógrafo odontológico	
			Central de esterilización	
RECURSOS HUMANOS	N°	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	82	35,3	Consultas programadas	7.844
Nivel B	15	6,4	Hospitalizaciones anuales	728
Nivel C	75	32,3	Cirugías	728
Nivel D	60	25,9		

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. JUAN M. OBARRIO

Este nosocomio fue durante años un servicio de salud monovalente, dedicado exclusivamente a la atención de pacientes con patologías mentales severas. A partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, en el año 2010, la institución inicio un proceso de cambio, con la idea de externalizar al paciente crónico con trastorno mental severo (TMS) y tratar de integrarlo nuevamente a la familia y a la comunidad. Para lograr este objetivo se crearon estructuras nuevas como el Departamento de Rehabilitación, que tiene a su cargo los hospitales de día en TMS, infanto-juvenil y para adicciones, todos ellos con asistencia y tratamiento integral ambulatorio. En esta misma área funcionan las Unidades de Externación e Inclusión Social.



Ofrece en el área ambulatoria consultorios externos de psiquiatría, psicología y clínica médica. Posee, además, un sector preparado para internación en crisis y salas de internación abreviada.

Tabla 17 | Hospital Dr. Juan M. Obarrio.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	56.783,3 m2	Laboratorio clínico	
Área ambulatoria	924,7 m2	Electroencefalograma (EEG)	
Área hospitalización	3.752,9 m2	Radiología simple	
Área crítica	62,2 m2		

RECURSOS HUMANOS		N°	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	86	41,1		Consultas ambulatorias de emergencia	5.468
Nivel B	16	7,7		Consultas ambulatorias programadas	25.984
Nivel C	35	16,7		Hospitalizaciones anuales	492
Nivel D	37	17,7		Mortalidad hospitalaria	0,09 %
Nivel E	28	13,4			
Nivel F	7	3,3			



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NTRA. SRA. DEL CARMEN

Está dedicado a la atención integral de mujeres con patologías mentales, funcionando como hospital monovalente. A partir del año 2010 (promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657) se inicia el proceso de externación de las pacientes, por lo que se fortaleció la atención ambulatoria con la modalidad Hospital de día.

Lográndose los objetivos propuestos a través del Departamento de Inclusión Social, que tiene a su cargo las unidades de atención domiciliaria, integración psicosocial y unidad habitacional (para aquellas pacientes que no retornan a sus hogares), trabajando en coordinación con la unidad de abordaje comunitario, rehabilitación y terapia familiar.

En los consultorios externos se incluye la atención en psiquiatría, psicología, clínica médica, neurología, endocrinología, kinesiología, fonoaudiología, nutrición y odontología.

Tiene un Servicio de Emergencias y de Atención en Crisis para pacientes con trastornos mentales severos y consumo de sustancias peligrosas. Además, realiza prestaciones en desintoxicación y deshabitación, rehabilitación, hospital de día y casa de convivencia.

El Departamento de Hospitalización tiene a su cargo salas de internación de baja complejidad.

Tabla 18 | Hospital Psiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS		
Superficie total	65.769 m2	Laboratorio clínico		
Área ambulatoria	1.500 m2	Electroencefalograma (EEG)		
Área hospitalización	1.200 m2	Radiología simple		
Área crítica	300 m2			
Área oficinas y servicios	8.760 m2			
RECURSOS HUMANOS	N°	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	96	34,3	Consultas ambulatorias de emergencia	1.043
Nivel B	20	7,1	Consultas ambulatorias programadas	36.317
Nivel C	40	14,3	Hospitalizaciones anuales	619
Nivel D	70	25	Mortalidad hospitalaria	0,16 %
Nivel E	13	4,6		
Nivel F	41	14,6		



HOSPITAL DE MONTEROS GENERAL LAMADRID

Está ubicado en el sur de la provincia y es un hospital polivalente con una mayor atención en el área Materno Infantil. Posee guardia de 24 horas y sala de internación abreviada pediátrica. Su mayor fortaleza es la atención de pacientes cardiológicos, para lo que cuenta con una Unidad Coronaria .

Brinda atención ambulatoria en clínica médica, gineco-obstetricia, cirugía, neurología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, urología, odontología, psiquiatría y psicología. Se destaca el Servicio de Estimulación Temprana en los niños con algún grado de discapacidad.



Tabla 19 | Hospital Gral. De Lamadrid de Monteros.

INFRAESTRUCTURA Y PLANTA FÍSICA		RECURSOS TECNOLÓGICOS	
Superficie total	3.000 m2	Laboratorio clínico, de emergencia y especializado (hematología, bacteriología)	
Área ambulatoria	1.000 m2	Ecografía y Eco Doppler	
Área hospitalización	1.000 m2	Radiología simple	
Área crítica	500 m2	Mamografía	
Área oficinas y servicios	500 m2		

RECURSOS HUMANOS	Nº	%	DATOS DE PRODUCCIÓN 2014	
Nivel A	93	35,2	Consultas ambulatorias de emergencia	29.091
Nivel B	18	6,8	Consultas ambulatorias programadas	6.575
Nivel C	81	30,7	Hospitalizaciones anuales	2.279
Nivel D	54	20,4	Cirugías	771
Nivel E	6	2,3	Mortalidad hospitalaria	0,39 %
Nivel F	12	4,5		

Dirección General de Emergencias Sanitarias

El sistema de Atención Pre Hospitalaria Provincial brinda a todos los habitantes la Asistencia en situación de urgencia y/o emergencias extra hospitalarias o pre hospitalarias, tanto domiciliarias como en la vía pública. Es un servicio operacional y coordinado para los problemas médicos urgentes que comprende a todos los sistemas de atención médica y transporte de enfermos o accidentados fuera del hospital, y que forman parte de las instancias previas al tratamiento en las instituciones sanitarias.

Durante el año 2014 se atendieron 445.012 llamados telefónicos y se realizaron 43.806 prestaciones de emergencias.

PERFIL DE LAS SITUACIONES QUE SE ATIENDEN

- **Atención Pre hospitalaria:** sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no un simple traslado de pacientes en ambulancia, atendidos con precaución mínima.
- **Paciente declarado con una emergencia o urgencia médica:** paciente con un status especial, debido a que su patología evoluciona inminentemente hacia un estado de gravedad. Este estado a su vez está definido por la valencia donde no solo cuenta la medicina sino una suma de conocimientos. La urgencia es la suma de la gravedad de la patología del paciente más el tiempo necesario para su atención, más el grado de cuidado necesario, más la presión social para quien la sufre. La urgencia colectiva es simplemente la multiplicación y no la suma de las urgencias individuales.
- **Urgencia Extra hospitalaria:** toda situación crítica con riesgo de muerte potencial y necesidad de atención médica a la brevedad.
- **Emergencia Extra hospitalaria:** toda situación crítica con riesgo de muerte y necesidad de atención médica inminente.
- **Evento adverso con víctimas múltiples:** alteración en for-



ma súbita de las personas, el medio ambiente que las rodea o sus bienes, generado por causas naturales o por el hombre, y que ocasiona un incremento de la demanda de atención médica de emergencia en el lugar del evento.

- **Evento adverso con víctimas en masa o desastre:** alteración en forma súbita que excede la capacidad de respuesta de los sistemas del lugar.

La Dirección tiene su base operacional en la ciudad de San Miguel de Tucumán. Cuenta además con 6 estaciones de radio, ubicadas estratégicamente en toda la provincia; 4 intercomunicadores y otros equipos de comunicación

Tabla 20 | Recursos humanos de la Dirección de Emergencias.

	DESCRIPCIÓN	NÚMERO
CONDUCTORES	Conductores de ambulancias	602
	Conductores de móviles de rescate	5
	Pilotos de helicóptero	3
	Pilotos de avión sanitario	5
TELEFONISTAS - RADIO OPERADORES	Telefonistas/recepcionistas de llamadas	28
	Radio operadores	18
MÉDICOS Y ENFERMEROS	Director	1
	Subdirector	1
	Jefes de división	2
	Jefe de sección de traslados y eventos	1
	Coordinadores	7
	Médicos de ambulancia	103
	Enfermeros	20

Dirección General de Red de Servicios (DGRS)

Esta Dirección engloba a los servicios de salud del I y II Nivel de Atención distribuidos por toda la provincia. Ellos son los responsables de la salud de poblaciones bien definidas, en base a áreas de responsabilidad. Estas unidades de salud (CAPS, CIC, Postas Sanitarias, Policlínicas/ Hospitales del II Nivel) buscan dar una respuesta adecuada con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), con énfasis en la accesibilidad y la continuidad de la atención.

El I Nivel (CAPS, CIC, Postas Sanitarias) brinda una atención ambulatoria integral con énfasis en la Prevención y Promoción de salud. Estas unidades son periféricas a un II Nivel (Policlínicas/Hospitales del II Nivel) que resuelven patologías de mediano riesgo. Todas ellas brindan, además de la atención clínica, soporte para el diagnóstico y tratamiento (Laboratorios de análisis clínicos, y Radiología).

En el año 2015 se logró que el 100% de los servicios de las Áreas programáticas estén informatizados.

El 100% de los Establecimientos de Salud cuenta con Farmacia, luz, agua, electricidad en general, y recolección de residuos patológicos.



Tabla 21 | Móviles de la Dirección Gral. de Emergencias.

MÓVILES	NÚMERO
Móviles estándar	62
Móviles medicalizados	24
Ambulancias para emergencias maternas y neonatales	4
Helicóptero	1
Avión sanitario	1
Móviles de rescate terrestre	4 (2 de alta montaña)

Tabla 22 | Datos de producción según Áreas Programáticas. 2014.

TIPO DE CONSULTA	ÁREAS PROGRAMÁTICAS			
	CENTRO	ESTE	OESTE	SUR
Ambulatorias Emergencias	146.910	205.748	88.766	108.781
Ambulatorias Programadas	1.464.787	651.952	488.555	806.427
Odontológicas	178.444	82.670	30.284	36.514
Salud Mental	53.46	21.310	14.151	9.056
TOTAL	1.843.577	961.680	621.756	960.778

Tabla 23 | Recursos humanos según Áreas Programáticas. 2014.

RECURSOS HUMANOS	ÁREAS PROGRAMÁTICAS			
	CENTRO	ESTE	OESTE	SUR
Médicos	431	401	334	252
Enfermeros	327	385	297	490
Bioquímicos	20	25	20	10
Farmacéuticos	9	6	10	6
Odontólogos	97	74	61	37
Psicólogos	83	37	37	19
Fonoaudiólogos	43	10	14	8
Kinesiólogos	6	1	4	-
Lic. Trabajo Social	9	3	4	-
Nutricionista	33	2	5	3
Agentes Sanitarios	256	265	213	189
Administrativos	276	176	193	152
Personal de Mantenimiento*	195	262	202	191
TOTAL	1.785	1.647	1.394	1.357

*Personal de mantenimiento: servicios generales, cocinero, ecónomo, gestor, portero, radio-operador, sereno, chofer.

Tabla 24 | Infraestructura según Áreas Programáticas. Año 2014.

INFRAESTRUCTURA	ÁREAS PROGRAMÁTICAS			
	CENTRO	ESTE	OESTE	SUR
Postas Sanitarias de Salud	2	36	11	13
Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)	55	54	50	66
Policlínicas/Hospitales de II Nivel	9	12	6	10
TOTAL	66	102	67	89

Tabla 25 | Proporción de establecimientos, por Áreas Programáticas, que cuentan con diferentes equipamientos. 2014.

EQUIPAMIENTOS Y OTROS	ÁREAS PROGRAMÁTICAS			
	CENTRO %	ESTE %	OESTE %	SUR %
Radiología	13	11	11	5
Ecografía	17	10	12	6
Mamografía	3	2	1,5	1
Laboratorio	14	2	11	6
Odontología	79	43	63	36
Sistema Informático	100	100	91	100*

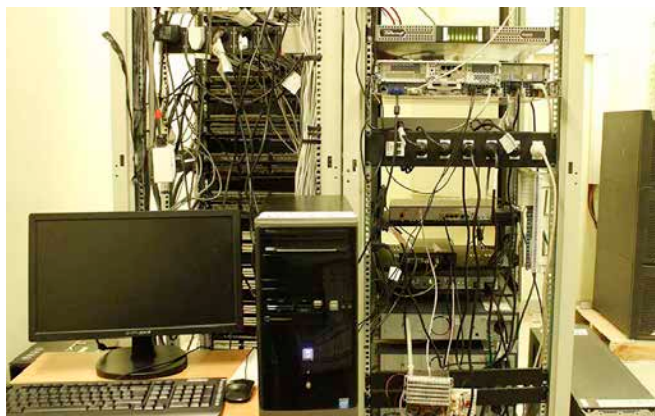
* En el año 2015 ya se logró que el 100% de los servicios de las Áreas programáticas estén informatizados.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA

Diagnóstico inicial

En el 2004 se comenzó realizando un diagnóstico de la situación de los efectores de Salud del SIPROSA. Se detectó un gran caudal de trabajo manual, carencia de normativas sobre procedimientos, falta de uniformidad en las tareas, trabajo duplicado y atrasado, falta de sistemas informáticos integrados y redes informáticas acordes, en contraposición de un parque informático viejo y obsoleto.

En base a esto se plantearon diferentes objetivos que comenzaron con la construcción del Data Center, que cuenta con los servidores y bases de datos necesarias para mantener el sistema integrado y en producción; construcción de redes informáticas, diseño paulatino de los subsistemas que integran el Sistema de Gestión Informático que reúne la información de: Sistema de Gestión Hospitalario (SGH), Sistema de Gestión de CAPS (SGC), Sistema de Emergencias 107, Sistema de Gestión de Programas de Salud, Sistema de Gestión de Recursos Humanos, Sistema de Gestión de Expedientes (SIGE), Sistema de Registro de Efectores, Sistema de Vacunación, Historia Clínica Informatizada y Sistema de Gestión Administrativa Contable (SIAC).



De esta forma, a la fecha logramos contar con una base de datos única y confiable de todos los pacientes de la provincia, con su trazabilidad en el Sistema Provincial de Salud; información clínica de pacientes reunida en una historia clínica única a la que acceden directamente los profesionales de la Salud; interacción de varios profesionales de distintas especialidades y efectores en conjunto para la mejora de la atención del paciente. Toda esta información incluye consultas médicas, odontológicas, psicológicas, de enfermería, entre otras, tanto en atenciones ambulatorias y de internación, como así también informes de estudios complementarios en línea, imágenes de placas radiográficas, ecografías, análisis de laboratorio, administración de medicamentos, etc. Asimismo, permite monitorear el calendario de vacunación, el ingreso y permanencia en programas de Salud, permitiendo la obtención de estadísticas e informes en línea, como tableros de control e información prestacional.

Situación Actual

SISTEMA DE GESTIÓN HOSPITALARIO

Está formado por los siguientes módulos:

- **Identificación de Pacientes:** proporciona el servicio de identificación y el registro único del paciente con datos de filiación, demográficos, socioeconómicos y de obras sociales. Verificando los datos registrados con la base nacional de SyNTIS, los datos adquieren autenticidad y seguridad evitando errores en la base de pacientes del Data Center.
- **Admisión de Consultorio Externo:** permite gestionar agendas de turnos ambulatorios y programados, en forma personal, telefónica o a través de la referencia y contrarreferencia; reprogramar agendas; cancelar turnos o registrar ausentismo. Asimismo, una vez atendido el paciente, posibilita el registro del diagnóstico médico.
- **Admisión de Guardia:** facilita el registro del ingreso de pacientes y la atención con el diagnóstico indicado.

➤ **Admisión de Internación:** propicia el ingreso de los pacientes a una internación, con la administración de su ubicación en un servicio, sala y cama, la codificación de distintos diagnósticos de permanencia y el egreso del mismo.

➤ **Módulo de Servicios:** permite a cada servicio gestionar sus turnos y emitir los informes de estudios realizados. El módulo general de servicios es configurable, pero además existen módulos específicos y de mayor envergadura que manejan mayor nivel de determinaciones, insumos para cada una de ellas, valores de referencia, entre otros, como el módulo de laboratorio y microbiología; así como los módulos específicos para diagnósticos por imágenes, que permiten combinar sistemas de digitalización de imágenes.

➤ **Módulo de Quirófano:** brinda la programación diaria de las cirugías, con asignación del horario semanal para cada quirófano. Lleva el control de las cirugías realizadas y suspendidas.

➤ **Módulo de Farmacia:** desde aquí se registra el ingreso de insumos a la Farmacia, las transferencias hacia los botiquines y el consumo por paciente tanto internado como ambulatorio. Mantiene en línea los saldos de medicamentos y provee la facturación de toda la información relacionada al consumo de los mismos.

➤ **Módulo de Historia Clínica:** es un sistema transversal a los módulos descritos anteriormente, ya que está ligado a todos ellos, permitiendo exclusivamente al profesional que realiza la prestación, registrar la problemática médica y su evolución. Está ligado a todos los módulos administrativos de gestión del paciente, ya que el profesional accede y visualiza los turnos, los pacientes admitidos en guardia y en espera de atención, así como aquéllos que ya están siendo asistidos y los pacientes internados. En todos los casos, el profesional incorpora datos con terminología médica que luego el sistema traduce automáticamente a los nomencladores vigentes y necesarios para realizar estadísticas de Salud (CIE10, odontológico, de procedimientos quirúrgicos, etc.), ahorrando de esta manera trabajo de transcripción al personal administrativo. Asimismo, el profesional puede ver el historial médico del paciente de cualquier institución (los diagnósticos



consignados por CAPS, si tuvo internaciones, intervenciones quirúrgicas, atenciones de guardia y la evolución de las consultas realizadas en otros hospitales donde el paciente se haya atendido); su Carnet Vacunatorio; programas de salud a los que pertenece; la evolución de signos vitales; registros de enfermería; estudios complementarios realizados en los hospitales; incluso la visualización digital de las placas e informes de estudios; evoluciones anteriores de todos los problemas del paciente; lectura y registro del carnet perinatal; nuevas fichas odontológicas; entre otros. Desde el punto de vista del paciente internado, permite la rápida evolución diaria, a través de plantillas, indicación de medicación y dietas del paciente, facilitando la interconsulta. Asimismo, con respecto a pacientes que requieran ser intervenidos quirúrgicamente, el



profesional puede programar un turno para ellos accediendo desde la historia clínica a la agenda del quirófano.

➤ **Módulo de Facturación y Cobranzas:** este módulo también recibe información resumida del resto, indicando las prestaciones a facturar que son tomadas por los Remitos. Optimiza los controles para evitar débitos y flexibiliza el proceso para adecuarse a los requisitos de cada prestataria.

➤ **Módulo Estadístico:** recolecta información del resto de los módulos y la procesa de acuerdo a los reportes predeterminados.

A marzo de 2015 los hospitales de referencia se encuentran informatizados al 100%. Son 15 los hospitales que utilizan el Sistema de Gestión Hospitalario: Hospital Ángel C. Padilla,

Hospital Nicolás Avellaneda, Hospital del Niño Jesús, Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes, Hospital Centro de Salud Zenón Santillán, Hospital Eva Perón, Hospital Néstor Kirchner, Hospital Regional de Concepción, Hospital de Aguilares, Hospital Psiquiátrico Obarrio, Hospital de Salud Mental Nuestra Señora del Carmen, Hospital de Tafí del Valle, Hospital de Trancas, Hospital General Lamadrid-Monteros, Centro de Rehabilitación Las Moritas.

SISTEMA DE GESTIÓN CAPS

En 2004 el diagnóstico realizado en varios centros de atención primaria arrojó, entre otras, la siguiente situación:

- ❖ Inexistencia de normativas claras de procedimientos de trabajo.
- ❖ Múltiples planillas manuales que solicitaban datos estadísticos en forma repetida.
- ❖ Errores en la gestión de información individual y colectiva.
- ❖ Demoras en el flujo de información estadística que no servían para la toma de decisiones.

En base a ello, se comenzó a trabajar en un proyecto cuyo plan de trabajo consistía en el relevamiento, identificación de problemas, recolección de las múltiples planillas, análisis de los datos y reingeniería y gestión de planillas y formularios. De esta forma, se diseñó un número preciso de formularios, de los cuales cada uno de ellos contenía datos de carácter general y de carácter específico. Luego de normatizar los formularios que comenzarían a recabar la información, se realizó un plan de informatización. El Sistema de Gestión de CAPS se nutre de toda la información de las prácticas realizadas por los profesionales de estos centros. El paciente es identificado en la Admisión del CAPS o Policlínica por el Servicio de Identificación de Pacientes, y dependiendo el tipo de atención que requiera y la edad del mismo, se imprime el formulario correspondiente:

- ❖ Formulario N°1: Niños y Recién Nacidos
- ❖ Formulario N°2: Adolescentes y Embarazadas
- ❖ Formulario N°3: Adultos y Embarazadas
- ❖ Formulario N°4: Odonto y Fonoaudiología; Salud Mental
- ❖ Formulario N°5: Estudios Complementarios

En las zonas donde resulta dificultosa la instalación de redes informáticas debido al área geográfica, los formularios son cargados por el Área Operativa, rescatando de esta manera los datos.

Gráfico 97 | Informatización del sistema de gestión de CAPS (SGC). Tucumán.



Debido a la necesidad de poner en condiciones un parque informático con redes acordes para la provincia se comenzó por etapas, informatizando primero a los Centros de Atención Primaria pertenecientes al Área Programática Centro, y así fue creciendo progresivamente. Actualmente se cuenta con la informatización de un 85% de todos los CAPS y Policlínicas de la Provincia. En números concretos, el Sistema de Gestión de CAPS (SGC) funciona para 285 efectores sobre un total de 337 y queda pendiente para una próxima etapa informatizar a 52 centros.

SISTEMA DE GESTIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD

El Sistema de Gestión de Programas de Salud se encarga de la gestión de información de múltiples programas permitiendo nominalizar los pacientes en cada uno de ellos y registrar información para su seguimiento. También prevé la generación de herramientas para la captura de datos (chequeras y padrones) y reportes necesarios para la implementación y control de dichos programas.

En la Tabla 26 se lista la cantidad de programas vigentes y el número de pacientes empadronados a marzo 2015

Tabla 26 | Programas vigentes y número de pacientes empadronados a marzo 2015.

PROGRAMA	EMPADRONADOS
Diabetes - HTA - SM	24.087
Epilepsia	2.404
Entrenamiento para el Trabajo	346
Celíacos	858
Obesidad	1.763
Salud Mental	315
Reumatología	693
Programa Abordaje Integral de Nutrición (Padrón Marzo/2015)	8.600

SISTEMA DE EMERGENCIAS 107

Tramita desde la recepción de la llamada hasta la gestión de la urgencia y el posterior traslado. Surge como una herramienta para apoyar las tareas de registro, administración y generación de información sobre las actividades del área de emergencias. Es un producto realizado con modernas herramientas de diseño y desarrollo que permite al administrador utilizar el mismo a través de redes de comunicaciones.

El Subsistema de Emergencias incluye:

Captura de llamadas: esta opción es realizada por los telefonistas y consiste en la recepción automática de 3las llamadas que ingresan a la central. En forma automática, además de tomar el número telefónico en caso de ser un nuevo fijo, se obtiene los datos del titular de la línea. El telefonista registra una serie de datos de vital importancia como ser:

- Paciente
- Localización de la Emergencia



- Tipo de Emergencia
- Preguntas
- Datos de Registros

Con la información registrada, en caso de tratarse de una emergencia ésta es derivada al Médico Coordinador.

Médico Coordinador: realiza la categorización de la emergencia. Para ello debe registrar:

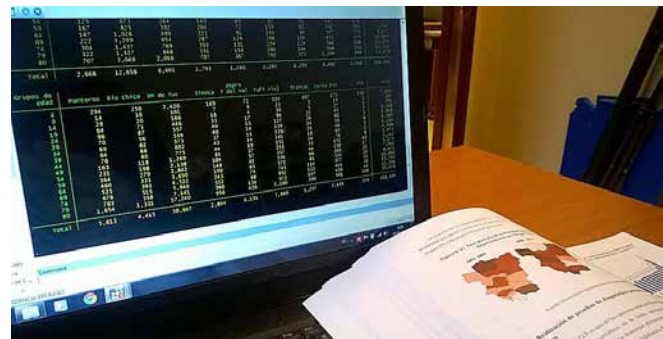
- Grado: Los valores posibles son Grado 3 (Alto), Grado 2 (Media), Grado 1 (Bajo).
- Cantidad de móviles sugeridos
- Tipo de móvil sugerido

Asignación y liberación de recursos por parte del radiooperador: éste se encarga de la administración de la flota de ambulancias con sus respectivos turnos, móviles y recursos humanos, y de asignar el o los móviles que se encuentran disponibles para la emergencia.

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

Reportes: el sistema cuenta con una serie de reportes de utilidad para los distintos usuarios:

- Prestaciones por móviles: el usuario podrá consultar en una fecha las prestaciones por móvil.
- Panel de Producción: el usuario sabrá, en un rango de fechas, la cantidad de llamadas por usuario.
- Localización de la emergencia: muestra la cantidad de emergencias por localidad.
- Llamadas por tipo: revela la cantidad de llamadas por tipo dentro de determinadas fechas.
- Historial de un paciente: permite ver las emergencias relacionadas con un determinado paciente a partir de una fecha.
- Planilla del telefonista: muestra a partir de la selección de un telefonista las distintas emergencias atendidas por él.



JUNTA PROVINCIAL EVALUADORA DE DISCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 15% de la población mundial vive con alguna forma de discapacidad. De ellas, casi un 20% experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Las personas con discapacidad tienen menor acceso a los servicios de salud, peores resultados académicos, menor participación económica y tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad⁸⁶.

En el Censo realizado por el INDEC en 2010 en Argentina se indagó acerca de “personas con dificultad o limitación permanente”, considerando como tales a aquellas que declararon tener “limitación en las actividades diarias y restricciones en la participación, originadas en una deficiencia física (por ejemplo para ver, oír, caminar, agarrar objetos, entender, aprender, etcétera) que las afectan en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social (por ejemplo en la educación, en la recreación, en el trabajo, etcétera)”⁸⁷.

A nivel nacional, el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) es el organismo rector en la normatización y ejecución de políticas de discapacidad y rehabilitación. Las competencias inherentes al organismo se encuentran establecidas en el Decreto N° 627/10 y la Disposición SNR N° 1176/11. Entre ellas, la de entender y actuar como autoridad de aplicación de la normativa vigente, referida a la evaluación de la discapacidad, y respecto de la Ley N° 19.279 (Régimen de franquicia impositiva para adquisición de automotores), sus reglamentarias, modificatorias y complementarias.

Es el Servicio Nacional de Rehabilitación el organismo que

tiene a su cargo por lo tanto, el registro nacional de todos los Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) emitidos en el país.

El CUD es un documento público que permite el acceso a los beneficios instituidos por la normativa en la materia, para las personas con discapacidad (Ley 22.431-24.901). Es un instrumento legal que permite a las personas con discapacidad la consecución y ejercicio pleno de sus derechos, en búsqueda de una mejor calidad de vida.

En nuestra provincia, el organismo encargado de la emisión del Certificado Único de Discapacidad, es la Junta de Evaluación de Discapacidad, dependiente del Ministerio de Salud Pública.

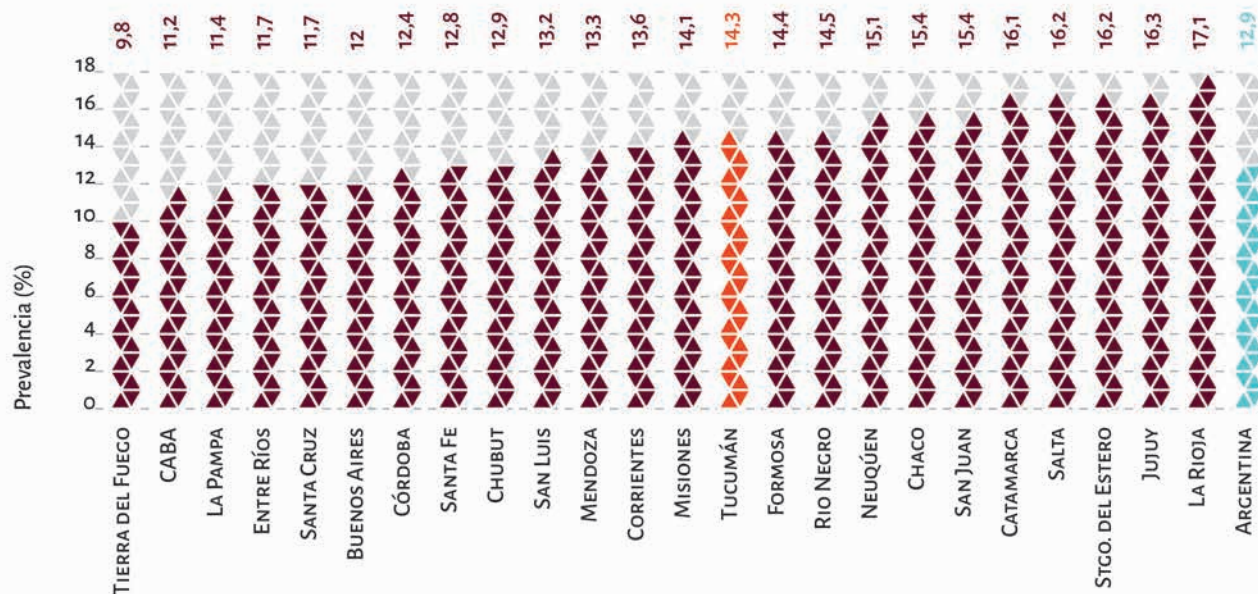
La Evaluación que realiza la Junta se basa en varios criterios y normativas: disposiciones según el tipo de discapacidad que emanan del SNR (Servicio Nacional de Rehabilitación), la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) y la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE -10). Todo esto se encuentra fundamentado en informes otorgados por médicos especialistas y profesionales relacionados, junto a los estudios complementarios que son requisito según cada tipo de discapacidad.

En el año 2001, en la Junta de Evaluación de Discapacidad de la Provincia de Tucumán comenzó a implementarse el sistema de registro en un soporte informático. En 2006 se aprobaron una serie de reglamentaciones que otorgaron mayor beneficio a las personas con discapacidad. En este mismo año, se duplicó el número de juntas de evaluación, ofreciendo mayor accesibilidad a la población y respondiendo a la creciente demanda. En el año 2010 se comenzó a certificar con un nuevo

86 Informe mundial sobre discapacidad. OMS, 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 156418 2 (NLM classification: HV 1553). ISBN 978 92 4 068521 5 (PDF), ISBN 978 92 4 068636 6 (ePUB), ISBN 978 92 4 068637 3 (Daisy).

87 INDEC (2012). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario: Resultados definitivos, Serie B N° 2, p. 331.

Gráfico 98 | Prevalencia de Discapacidad según Jurisdicciones. Argentina. 2010.



Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010.

protocolo en razón de iniciar el uso de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud)

En los últimos años se emiten anualmente entre 4 a 5 mil CUD en la provincia de Tucumán.

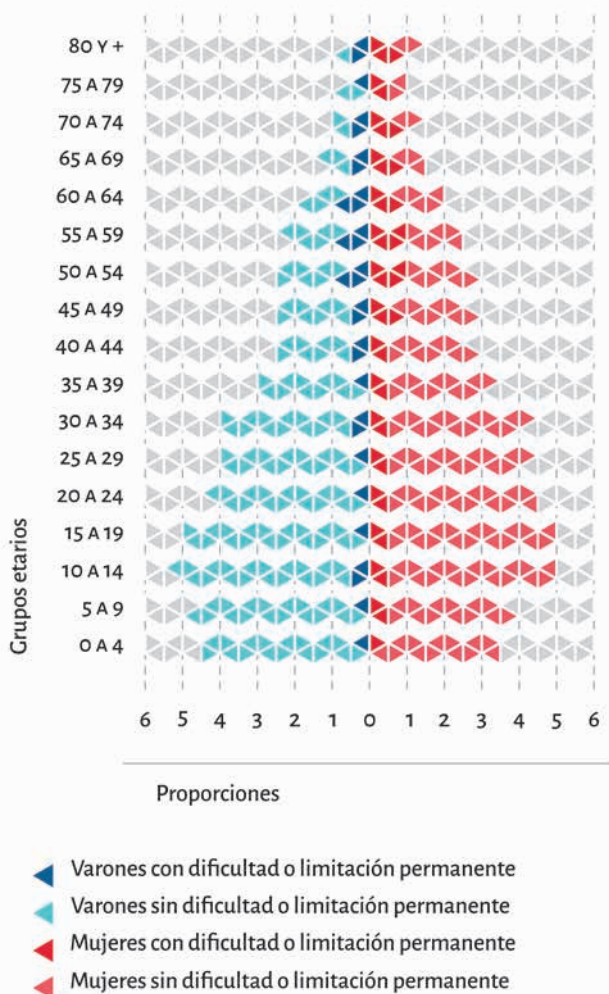
A partir del Censo INDEC 2010, la prevalencia de discapacidad obtenida para el total del país a nivel población fue de 12,9%, lo que representa a 5.114.190 personas que declararon tener alguna dificultad o limitación permanente. A nivel hogar la prevalencia fue del 30,6%. Es decir, alrededor de un 30% de los hogares poseen un integrante con algún tipo de discapacidad⁸⁸.

Para Tucumán la prevalencia de discapacidad a nivel población en el año 2010 fue del 14,3%, valor cercano al promedio nacional. En mujeres hubo mayor prevalencia de discapacidad (15,4%) que en varones (13,1%) $p > 0,05$. También pudo observarse un claro aumento de la prevalencia a medida que envejece la población.

A partir de la información gestionada por la Junta de Evaluación pudo observarse un predominio de discapacidad motora y mental en tres períodos analizados. Se observó además un aumento en la proporción de otorgación de CUD por causa motora en el último período ($p < 0,05$). La discapacidad motora incluye discapacidad por diversas causas según la edad de la persona. En menores de edad predominaron causas genéticas o perinatales, y en edades adultas las resultantes

88 Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Población con dificultad o limitación permanente. Octubre de 2014. Serie C, INDEC.

Gráfico 99 | Población con y sin dificultad o limitación permanente por grupo quinquenal de edad y sexo. Tucumán. 2010.



Fuente: INDEC. Censo Nac. de Población, Hogares y Viviendas, 2010.

de secuelas de patologías crónicas, de origen traumáticas como los accidentes de tránsito, etc. También se observó una reducción en la otorgación de CUD por causa mental ($p < 0,05$). La temática de las personas con discapacidad es un terreno

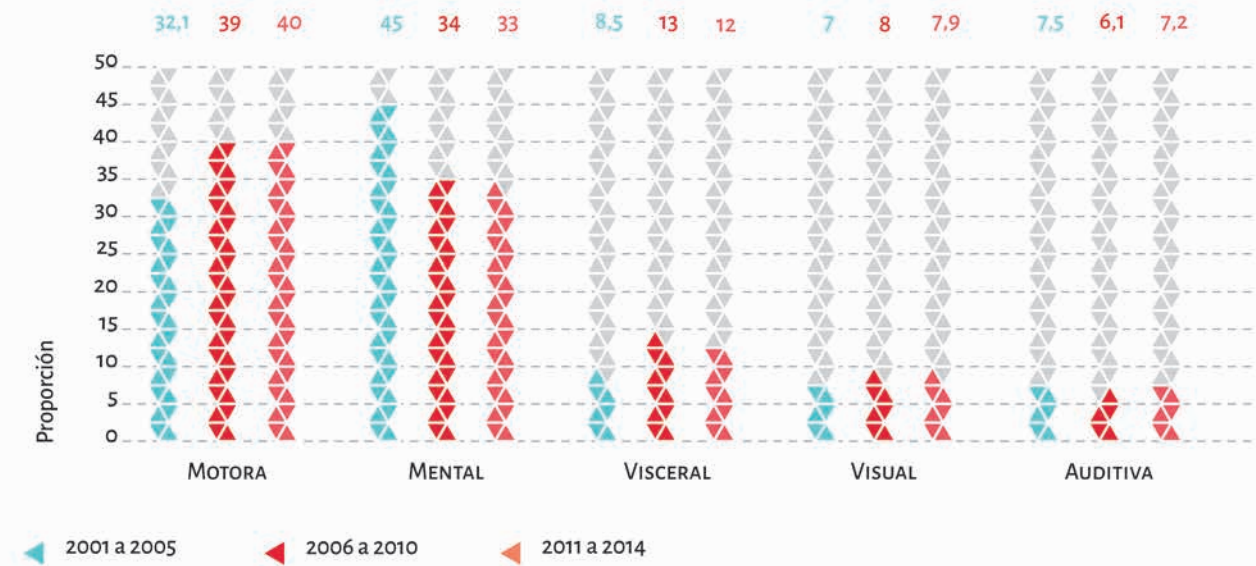
en constante dinámica. Por ejemplo, el hecho que nuestro país haya adherido a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y a su protocolo facultativo a través de la ley 26.378 o la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental, abre nuevos desafíos para las políticas públicas y para la sociedad en general.

Logros en los últimos años

- Creación del Servicio de Estimulación Temprana (niños 1-5 años) en el Hospital de Monteros;
- Apertura del Servicio de Rehabilitación Nivel II⁸⁹ en Tafí del Valle;
- Proyecto de refuncionalización del Servicio de Rehabilitación Nivel II del Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda;
- Articulación con otras áreas del Ministerio de Salud Pública para el Programa de Detección Temprana de la Hipoacusia y de Patologías Auditivas y para el Programa de Rehabilitación de personas con Baja Visión (PRBV);
- Certificación de Normas ISO9001 de calidad;
- Ampliación del parque automotor destinado al traslado de discapacitados a los servicios de salud (Junta de Discapacidad, Hospital Avellaneda, Hospital Obarrio, Hospital de Ranchillos);
- Categorización de la mayoría de los Centros para Atención Integral de Personas con Discapacidad (Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos, Talleres de Formación Laboral), destacándose por sobre el resto de las provincias del NOA. Acceso a la información a partir del registro en el Servicio Nacional de Rehabilitación;
- Creación de una fuente de información propia de las personas con discapacidad, con datos sobre la situación socio-económica.

⁸⁹ La categorización se realiza mediante la aplicación de las Guías de Evaluación del marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad y de las Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación.

Gráfico 100 | Proporción de Certificados de Discapacidad (CUD) otorgadas según períodos. Tucumán. (n= 48.163)



CENTRO ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE DE ÓRGANOS DE TUCUMÁN (CUCAITUC)

Cada año se realizan más de 100.000 trasplantes de órganos en el mundo, y se estima que más de 250.000 personas se encuentran actualmente en espera de un trasplante. Si bien las mejoras en la supervivencia de los pacientes y los nuevos tratamientos han ocasionado un aumento en la indicación de trasplante, la escasez de órganos es la limitante más significativa.

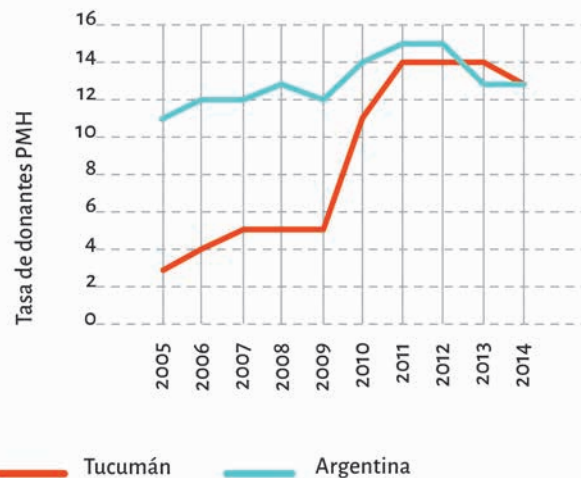
El número de donantes cadavéricos de órganos por millón de habitantes (PMH) es el indicador más utilizado para comparar la actividad. En los últimos años su desarrollo ha tendido a estancarse, excepto en los países que han implementado políticas activas para su evolución. Estados Unidos tiene una media de 26 donantes PMH, Europa sostiene una media de alrededor de 20 donantes PMH (España es el país del mundo con mayor actividad trasplantológica, con 35 donantes PMH). Canadá, Alemania y Australia, países con sistemas sanitarios desarrollados, tienen una tasa de donación similar a la de Argentina que supera los 15 donantes PMH⁹⁰.

El CUCAITUC se creó en el año 1985 como dependencia del Poder Ejecutivo por Resolución N° 3617/CPS. En el año 1994, la provincia de Tucumán adhirió a la Ley Nacional 24193 (mod. 26066), a partir de la cual se recreó el “Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Órganos de Tucumán” que en 2012 pasó a depender del Ministerio de Salud Pública.

Donantes Reales PMH

A partir del año 2010 se observó un incremento de la tasa de donantes PMH en la provincia, alcanzando en el año 2014 un valor cercano al del total país. En este año Tucumán ocupó el

Gráfico 101 | Tasa de donantes reales por millón de habitantes (PMH). Tucumán y Argentina. 2005/2014.



Fuente: INCUCAI

sexto lugar en donantes alcanzando una tasa de 12,7 donantes PMH (luego de Entre Ríos, CABA, Mendoza, Santa Fe y San Luis) (Gráfico 101).

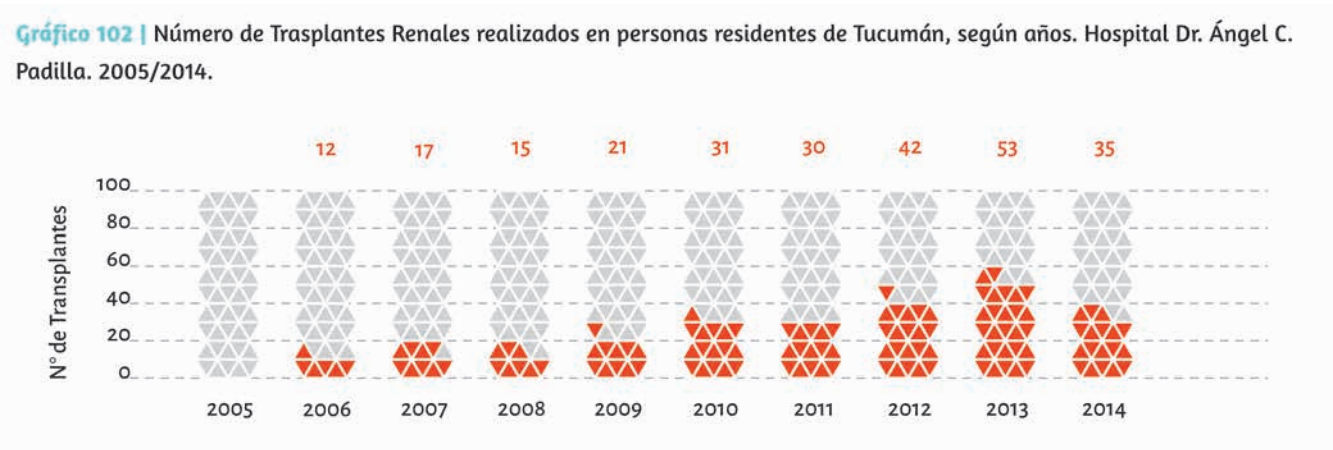
Procuración y Trasplante de Órganos

En la actualidad las dos unidades de procuración de órganos tienen sede en el Hospital Dr. Ángel C. Padilla y en el CUCAITUC. El Hospital Padilla es uno de los cinco “Hospitales Donantes” del país. Ha sido galardonado por el INCUCAI y el Ministerio de Salud de la Nación y cuenta con un Comité de Procuración y Trasplante.

En Argentina existen 76 equipos de trasplante públicos y 204 privados. En la provincia, existen actualmente ocho equipos de trasplantes habilitados, dos públicos (riñón y córneas) y seis privados.

90 INCUCAI: <https://www.incucai.gov.ar/index.php/institucional/integracion-regional/situacion-global>

En los últimos años se incrementó el número de trasplantes, concentrándose la mayor parte (331/457) en el Hospital Dr. Ángel C. Padilla.



Fuente: CUCAITUC

Trasplante de Tejidos

Actualmente funciona en el Hospital Padilla el más completo Banco de Tejidos del NOA, y con un aumento en su demanda. Desde el año 2005 se concretaron 205 trasplantes de tejidos en personas residentes de Tucumán, de los cuales 122 se llevaron a cabo en la Unidad de Trasplante de dicho hospital.

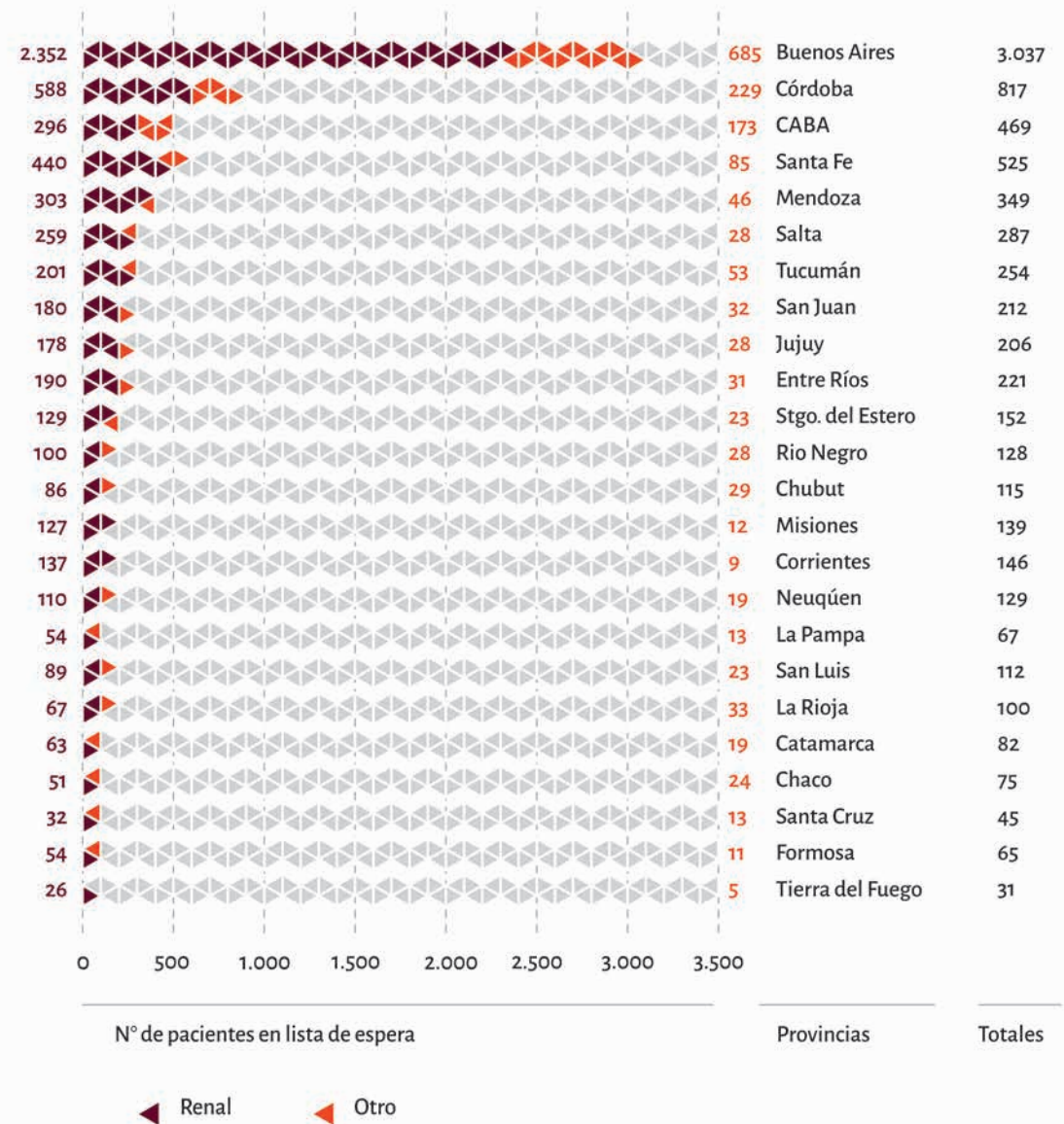
Pacientes en lista de espera

Tucumán ocupa el sexto lugar en el país en número de pacientes en lista de espera para trasplante de órganos, con un total de 309 pacientes (254 en lista espera de órganos y 55 de tejidos). Entre los pacientes en lista de espera de órganos un 79% son por trasplante renal (Figura 85).

La mayor proporción de pacientes en espera corresponden a trasplante renal (78,7% en el total país) y a trasplante de córneas (96% tanto en Tucumán como en Argentina).



Gráfico 103 | Pacientes en lista de espera para trasplante de órganos según jurisdicciones. Argentina. 2015.





Metas y Estrategias 2015-2025

POR ÁREAS TEMÁTICAS

Enfermedades Crónicas y Tumores

METAS

Enfermedades Cardiovasculares

Mantener la tasa de mortalidad por causa cardiovascular a menos de 148 por 100 mil habitantes.

Sobrepeso

Continuar con la desaceleración de la prevalencia de sobrepeso en mayores de 17 años, y estabilizarla a un valor menor al 40%.

Obesidad

Continuar con la desaceleración del incremento de la prevalencia de obesidad en mayores de 17 años, y estabilizarla a un valor menor al 25%.

Tabaquismo

- Mantener la prevalencia de tabaquismo por debajo del 20% en personas mayores de 17 años.
- Mantener la tendencia descendente de la prevalencia de exposición al humo de tabaco ajeno, por debajo del 30% en personas mayores de 17 años.

Consumo de Sal

Reducir la prevalencia de consumo de sal⁹¹ a menos del 10% en personas mayores de 17 años.

Inactividad Física

Reducir al 25% la prevalencia de Inactividad Física.

Diabetes

Mantener la prevalencia de diabetes (DBT) por debajo de la media país (menos del 10%).

Cáncer de Mama

Obtener una tasa promedio de mortalidad por cáncer de mama por debajo de 22 por 100 mil en el quinquenio 2021 – 2025.

Cáncer de Cuello de Útero

Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a menos de 11 por 100 mil mujeres en 2025.

Cáncer de Colon

Mantener la tasa de mortalidad por Cáncer de Colon a menos de 9 por 100 mil habitantes en 2025.

ESTRATEGIAS

Enfermedades Crónicas

- Detección precoz de factores de riesgo en todas las edades, en especial aquellos relacionados con la mayor mortalidad por grupo etario.
- Desarrollar programas de promoción de la Salud en base al cambio de los estilos de vida y sensibilizar al equipo de Salud. Disminuir las oportunidades perdidas⁹². Fortalecer la capacitación de los multiplicadores.
- Fortalecer y promover medidas multisectoriales con todas las áreas pertinentes del Estado y la sociedad.
- Propender a la formación integral, con énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), desde las carreras de grado. Para ello, se deberá articular con las Universidades y Residencias formadoras de personal de salud.
- Implementar políticas de Vida Saludable (incluidas en

⁹¹ Siempre agrega sal a las comidas luego de la cocción o al sentarse a la mesa.

⁹² Privar al paciente de oportunidades de curación o supervivencia.

todos los programas). Crear un Programa Provincial de Vida Saludable que incluya la alimentación y actividad física.

- Promover la reducción del consumo de alimentos ricos en sal y el aumento del consumo de frutas y verduras. Articular con el Ministerio de Educación.
- Lograr el pleno cumplimiento de la Ley N° 7575⁹³, de modo que el 100% de los espacios públicos sean ambientes libres de humo. Mejorar estrategias de fiscalización.
- Lograr que el 100% de las personas mayores de 40 años bajo programa en los Servicios Públicos de Salud tengan al menos una medición de nivel de colesterol por año; según estratificación de riesgo cardiovascular.
- Promover el control de la presión arterial en la mayoría de los hipertensos detectados; y que todos los que se encuentren bajo programa tengan acceso a tratamiento.
- Ejecutar el Programa Provincial de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
- Desarrollar el programa de control del paciente diabético y cardiovascular en el primer nivel de atención, asegurando el acceso a la medicación que corresponda. Mejorar el control de los pacientes bajo programa.
- Fortalecer la Red de APS para la atención de consultas, por emergencias cardiovasculares.
- Generar pautas de alarma en el personal de la salud que permitan anticipar la presentación de episodios agudos en enfermos crónicos.
- Realizar la capacitación continua en técnicas de cesación de tabaco, a la Red de Servicios de Salud.
- Fomentar la creación de un Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional en la provincia.
- Instalar multiplicadores de educación alimentaria en los ámbitos de salud, educación y comunidad.
- Optimizar la calidad de registro de todas las enfermedades crónicas bajo programa en los distintos niveles de atención.

- Mejorar la accesibilidad de pacientes inmovilizados a la atención sanitaria.

Tumores

- Garantizar el tratamiento adecuado en el 100% de los casos de cáncer diagnosticados en el sector público.
- Fortalecer el Registro Provincial de Tumores.
- Garantizar el apoyo multidisciplinario en la atención del paciente oncológico y sus cuidados paliativos.
- Fortalecer la prevención y detección temprana del Cáncer Colon Rectal (CCR) como una de las prioridades de Salud.
- Mejorar circuitos de derivación y seguimiento, a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

ESTRATEGIAS GENERALES

- Gestionar las interfaces que permitan integrar los datos provinciales con los sistemas nacionales de información sanitaria.
- Fortalecer actividades que disminuyan la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables.
- Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de atención para las ECNT principales, con énfasis en la Atención Primaria de Salud que incluya la prevención y un mejor autocuidado.
- Fortalecer la capacidad para la vigilancia y la investigación sobre las ECNT, sus factores de riesgo y sus determinantes, y utilizar los resultados de la investigación como sustento para

93 En Tucumán, la Ley 7575 establece la prohibición de fumar en todo lugar público o privado de uso público cerrado.

la elaboración y ejecución de políticas y programas basados en la evidencia.

Salud Materno Infantil

METAS

Mortalidad Infantil

- Mantener la tasa de mortalidad infantil en la provincia, por debajo de 12‰ Nacidos Vivos (NV).
- Mantener una tasa de mortalidad infantil ajustada⁹⁴ por debajo de 10‰ NV.
- Mantener la tasa de muerte domiciliar por debajo de 4 por 10.000 NV, en menores de 1 año.
- Mantener la tasa de mortalidad de menores de 5 años por debajo del 14‰ NV.

Mortalidad Materna

- Mantener la tasa de mortalidad materna por debajo de 2 por 10.000 NV.

ESTRATEGIAS

- Fortalecer el programa de Salud Sexual y Reproductiva e identificar RRHH para capacitar al respecto. Focalizar acciones en grupos de riesgo.
- Continuar con la difusión de la información y la comunicación desde el equipo de Salud a la población sobre el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- Desarrollar programas de detección precoz de la obesidad infantil, del síndrome metabólico y prevención de la ceguera.
- Capacitar al equipo de salud para asegurar la efectividad de la suplementación medicamentosa de micronutrientes, en el marco del Plan Remediar.
- Asegurar la rehabilitación clínico-nutricional de los niños menores de 6 años desnutridos agudos.

- Continuar con la promoción de la lactancia materna en todos los servicios.
- Acompañar en la gestión que permita disponer y acceder a alimentos fortificados con hierro para toda la población.
- Fortalecer la fiscalización sanitaria del subsector privado, en salud materno infantil, para acompañar en los procesos de adecuación y categorización.
- Afianzar el uso de Normas y Recomendaciones de Práctica Asistencial para garantizar la calidad y mejorar el monitoreo de cumplimiento.

ESTRATEGIAS GENERALES

- Lograr la captación precoz de la embarazada para reducir riesgos perinatales prevenibles y detección de embarazo de riesgo. Mejorar la cobertura y calidad de atención de las embarazadas en el primer nivel de atención.
- Capacitar al equipo de salud de los tres niveles de complejidad en la atención obstétrica de emergencia y en el manejo de las complicaciones puerperales de emergencia.
- Fortalecer el Programa de Maternidades Seguras capacitando al equipo de salud en la atención del parto y su manejo, en función de la medicina basada en evidencia y evaluando su desempeño. Consolidar los nodos obstétricos y la derivación obstétrica de emergencia, desalentando el parto en establecimientos no habilitados.
- Reforzar la estrategia de difusión de información sobre los beneficios de los controles prenatales en la embarazada.
- Consolidar el sistema de auditoría de muertes maternas e infantiles, integrándolo a los procesos de desarrollo institucional y de capacitación.
- Realizar un análisis de morbilidad en todo evento obstétrico.
- Fomentar actividades que permitan detectar y controlar a la población de riesgo (mujeres con mayor paridad y con abortos previos).
- Fortalecer el control del niño sano en la red periférica, ca-

94 Excluidos los recién nacidos fallecidos, menores de 500 gramos.

pacitando al equipo de salud, reforzando la red especializada pediátrica y aplicando la supervisión capacitante.

- Mejorar la calidad de atención neonatal de baja complejidad en la red especializada y de alta complejidad en los centros de referencia. Fiscalizar las unidades de traslado neonatales en el sector privado.
- Vigorizar y mejorar el seguimiento de recién nacidos y secuelas de patologías graves.
- Contemplar la apertura de una unidad de terapia intensiva para pacientes crónicos secueles.
- Continuar fomentando la consulta precoz ante patologías respiratorias en menores de 1 año.
- Implementar un área de consejería genética en un hospital de referencia y aumentar la detección prenatal de anomalías congénitas mediante el control adecuado del embarazo.
- Incrementar la difusión de pautas de prevención para evitar muertes súbitas en niños.
- Definir un Programa de Asistencia Integral a los pacientes crónicos de alto riesgo para asegurar la reinserción del paciente en su ambiente social. Preparar el equipo adecuado para atención domiciliaria del paciente crónico.

Salud Mental

METAS

Alcoholismo

- Contribuir a la disminución de la prevalencia del consumo regular de riesgo de alcohol en personas mayores de 17 años por debajo del 10%

Suicidio

- Desacelerar la tendencia de mortalidad por suicidio en varones a un valor por debajo de 20 por 100 mil varones.
- Mantener la tendencia descendente en mujeres, en un promedio quinquenal por debajo de 10 por 100 mil mujeres.

Trastornos Mentales Severos

- Incrementar la cobertura de atención a personas con TMS a un 15% de la población estimada con TMS.
- Llevar a un 75% la proporción de CAPS que cuentan con atención psicológica.

Adicciones

- Mejorar la detección precoz y la capacidad resolutive y ampliar la oferta prestacional en los CAPS en relación al consumo problemático de sustancias.
- Ampliar la oferta de la red de servicios en relación al consumo problemático de sustancias para la atención de niños, niñas y adolescentes.
- Fortalecer una oferta de servicios en adicciones, orientado a las necesidades de los usuarios, de base territorial.
- Fortalecer la intervención en crisis y en episodios agudos.
- Desarrollar dispositivos de atención intermedios de tiempo parcial.
- Contemplar la necesidad de desarrollar dispositivos de internación residencial, según la perspectiva de género.

ESTRATEGIAS

Alcoholismo

- Reforzar la inclusión de la temática en la agenda política.
- Realizar un seguimiento permanente del consumo de alcohol a través de diversos indicadores. Mejorar el registro de datos.
- Convocar a organismos públicos con competencia en la autorización en la distribución, venta, expendio, publicidad de bebidas alcohólicas, control de consumo a menores y horarios permitidos; a reforzar los controles y poder de policía en la materia.

Suicidio

- Incrementar el número de servicios de atención en crisis en Hospitales del tercer nivel.
- Fortalecer servicios de salud mental (guardias) en hospitales del segundo nivel.
- Formar y capacitar al Equipo de salud para la contención desde el primer nivel.
- Interactuar con las instituciones formadoras en el grado y postgrado para reevaluar la currícula e incluir contenido de Salud Mental.
- Gestionar la apertura de un dispositivo de Salud Mental que cuente con una línea telefónica de atención en crisis en la red de emergencias de la provincia.

Trastornos Mentales Severos

- Mejorar la calidad del registro de personas con TMS.
- Procurar la rotación de los residentes de diversas especialidades del SIPROSA por servicios de salud mental.
- Continuar con la formación de equipos en el primer nivel de atención que puedan dar respuesta a problemas de SM.

Adicciones

- Generar espacios de capacitación referidos a la temática y elaborar guías de práctica clínica y protocolos de acción, dirigidos a los integrantes del equipo de salud.
- Promover la conformación de equipos de referencia infanto-juveniles que lleven a cabo estrategias de abordaje, articulando con los distintos sectores del Estado.
- Continuar el desarrollo de equipos interdisciplinarios de acción territorial, que trabajen en base a la estrategia de APS, desarrollando una atención centrada en el usuario, su familia y la comunidad y el acompañamiento asistencial, promoviendo alianzas estratégicas con organizaciones locales
- Continuar con el desarrollo en hospitales generales y policlínicas de unidades de desintoxicación, incorporando la atención en crisis y asegurando una prestación de calidad.
- Generar dispositivos de “Hospital de día” en lugares estratégicos promoviendo la accesibilidad, que permitan un

abordaje integral de las personas con consumo problemático de sustancias. Favorecer la estabilización, la rehabilitación, la prevención de recaídas y la inserción familiar, social y comunitaria.

- Estudiar la demanda de personas con consumo problemático de sustancias, por área geográfica y género.

ESTRATEGIAS GENERALES

- Profundizar el monitoreo y la evaluación de los programas prioritarios en salud mental.
- Optimizar el sistema de vigilancia en salud mental.
- Continuar con la adecuación a las normativas vigentes de los hospitales de salud mental.
- Profundizar el desarrollo de dispositivos de SM comunitaria destinados a la población de usuarios con vulnerabilidad psicosocial: residencias protegidas, hogares, centros de día, casas de medio camino, etc. Fortalecer el trabajo en red con organizaciones sociales.

Enfermedades Transmisibles

METAS

Vacunación

- Sostener coberturas de vacunación superiores al 95%, para todas las enfermedades incluidas en el Calendario Nacional de Inmunizaciones.
- Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de enfermedades transmisibles.
- Mantener a Tucumán libre de casos de enfermedades inmunoprevenibles eliminadas: Sarampión, Rubeola, Síndrome de Rubeola Congénita, Poliomielitis.
- Mantener el control de las enfermedades como Difteria, Hepatitis A, Tétanos neonatal.

Tuberculosis

- Mantener por debajo de 0,6 la tasa de mortalidad por TBC por cada 100 mil habitantes.

Salud Bucal

- En dentición temporaria, disminuir el índice Ceod⁹⁵ a un valor menor al 4%.
- En dentición definitiva, reducir el Cpod⁹⁶ por debajo del 2%.

SIDA/VIH

- Mantener el promedio de la tasa de mortalidad por SIDA/HIV por debajo de 1,3 casos por 100 mil habitantes, en el quinquenio 2020-2025.
- Mantener por debajo del 3% la transmisión vertical por VIH.

Triatoma Infestans / Chagas

- Mantener a la provincia de Tucumán libre de transmisión vectorial de Chagas.
- Lograr que el índice de infestación de la unidad domiciliaria (IIUD) sea menor al 1% en los Departamentos endémicos de la Provincia.
- Mantener la seroprevalencia de chagas por debajo del 1% en embarazadas y en menores de 5 años.

Sífilis Congénita

- Disminuir al 3‰ la tasa de Sífilis congénita.

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

- Mantener la mortalidad por IRA en menores de 5 años, por debajo de una tasa de 10 por 10 mil NV.

ESTRATEGIAS

Vacunación

- Mejorar la calidad del registro nominal, crear vacunatorios exclusivos para mejorar la accesibilidad de la población.
- Reforzar la vacunación en grupos de población en las áreas identificadas como de cobertura ineficaz.
- Capacitación en el llenado de los informes estadísticos de mortalidad en la calidad de certificados de defunción en causas primarias y secundarias y morbilidad; capacitación en codificadores de registros de morbilidad.
- Fortalecer la vigilancia de las Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

Tuberculosis

- Realizar la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y realizar baciloscopías a todos los casos sospechosos y sus contactos.
- Mantener el control de todas las bolsas en Bancos de Sangre.
- Extender y reforzar el programa de IRA a toda la Red de servicios.
- Lograr una alta tasa de éxito en pacientes curados y en pacientes con Tratamiento Directamente Observado (TDO) completo y con baciloscopías positivas previas.
- Mantener controlados a los pacientes con TBC y bajo TDO, con la finalidad de reducir el abandono del tratamiento.

Salud Bucal

- Fortalecer las relaciones intra e inter sectoriales a fin de mejorar la salud bucal de la población.
- Educar a la población en hábitos bucales saludables, reforzando el trabajo interdisciplinario.
- Asegurar que el rol educador del odontólogo se inicie con la madre embarazada e incluya a todos los grupos etarios.

95 Ceod: sumatoria de dientes temporarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Se divide luego entre el total de individuos examinados.

96 CPOD: sumatoria de dientes permanentes cariados, extraídos y obturados; dividiendo luego entre el total de individuos.

- ✎ Incorporar en el discurso comunicacional la promoción de salud bucal en los distintos actores del Sistema Provincial de Salud.
- ✎ Capacitar al personal de los servicios odontológicos según las prioridades en Salud y perfil de la comunidad.
- ✎ Incorporar herramientas de gestión y favorecer la investigación utilizando los recursos disponibles del sistema.
- ✎ Utilizar los datos disponibles del sistema informático para realizar vigilancia epidemiológica y establecer las prioridades en salud bucal.
- ✎ Organizar y definir la red de odontología por niveles de complejidad de los servicios de salud.
- ✎ Promover las capacitaciones y posgrados en función a las necesidades sanitarias de la provincia.

VIH/ETS

- ✎ Garantizar la oferta del Test de VIH y VDRL (prueba de Sífilis) a todas las mujeres embarazadas en el primer y último trimestre de embarazo y a los grupos de población más vulnerables.
- ✎ Tratar a todas las embarazadas con VIH y a sus hijos para evitar la transmisión vertical.
- ✎ Continuar con la promoción del uso de preservativos en la población sexualmente activa.
- ✎ Sostener los Centros de Testeo Voluntarios gratuitos y confidenciales para VIH, Sífilis, Hepatitis B y C.
- ✎ Realizar el seguimiento de niños de madres positivas para todas las infecciones de transmisión vertical.

Triatoma Infestans / Chagas

- ✎ Realizar la serología para chagas a todas las embarazadas del sub-sector público.
- ✎ Tratar con anti-parasitario específico para chagas a todos los pacientes diagnosticados.
- ✎ Instalar la vigilancia entomológica activa en las localidades de mediano y alto riesgo para el desarrollo de la enfermedad de chagas.

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

- ✎ Fortalecer el seguimiento de grupos de riesgo para reducir la mortalidad infantil domiciliaria por IRA.

POR ÁREAS DEL SISTEMA

Dirección General del Programa Integrado de Salud

INTRODUCCIÓN

La Dirección General del Programa Integrado de Salud, creada en 2005, coordina los programas sanitarios de manera que se potenciaran unos con otros, utilizando eficazmente los recursos para focalizarlos en las prioridades de salud y gestionar los recursos provinciales y nacionales, a través de una administración contable y financiera única para todos los programas.

Se plantea como visión concentrar los recursos institucionales existentes en el Sistema Provincial de Salud desde cada uno de los programas en un Programa Integrado de Salud cuya visión objetivo será el cuidado primordial de la familia, ejecutando actividades de promoción de la salud y participación social, prevención de las patologías por grupos poblacionales abarcando a todos, atendiéndolos y rehabilitándolos en su ambiente y dando cobertura con calidad a toda la provincia.

La misión permite asegurar la atención integral de la salud de las personas y de las familias, orientando los recursos del Ministerio de Salud Pública y de la comunidad en el marco de los Objetivos, metas y estrategias sanitarias 2007-2016 “Salud al Bicentenario”. Persigue concientizar en el autocuidado a fin de mejorar su calidad de vida y generar un cambio con resultados en la salud de la población. Además, permite reconocer las prioridades sanitarias con criterio epidemiológico, definiendo el “qué hacer” de los servicios de salud. Desde el Departamento de Maternidad e Infancia se realizaron acciones que contribuyeron al descenso de las tasas de mortalidad infantil y materna, a partir del desarrollo e implementación de acciones coordinadas y ejecutadas por la Red Perinatal de la provincia.

Se mejoró la calidad de atención neonatal de alta complejidad, con un trabajo conjunto entre nuestros servicios con el Hospital Garrahan de Buenos Aires, basado en incorporación de protocolos actualizados y en la incorporación de recursos humanos especializados. A su vez, se aseguró el traslado adecuado de los recién nacidos en ambulancias equipadas con médico y enfermera capacitados. En consecuencia, aumentó la sobrevivencia de los prematuros extremos, en especial de los nacidos entre 1000 a 1500 grs.

Se creó el Programa de Seguimiento de Prematuros que brinda atención adecuada a estos niños, aplicándoseles vacunas especiales a los niños y al grupo familiar, como así también anticuerpos monoclonales para prevenir infección por virus sincitial respiratorio. La disminución de retinopatía del prematuro también es un indicador de calidad de atención neonatal efectuada.

Se implementó el Programa de Maternidades Seguras capacitando al equipo de salud en la atención del parto. Complementariamente, el Comité de Mortalidad Materna e Infantil audita las muertes, lo que permite reorientar conductas que eviten desenlaces fatales.

Se fortalecieron los nodos obstétricos y la derivación obstétrica de emergencia en ambulancias con médico, partera y equipamiento adecuado, previniendo así la atención del parto en establecimientos no habilitados. Se capacitó en todos los niveles de atención en la atención de emergencia, ya sea obstétrica como en el manejo de las complicaciones puerperales. De forma adicional se trabaja con el Programa de atención bucal de la embarazada.

A los niños menores de 6 años se logró nominalizarlos en una base de datos única, en donde se registran los controles mensuales de peso y talla, como así también la vacunación y entrega de leche, si corresponde. En relación al estado nutricional, se implementó una única curva de referencia para la valoración nutricional y antropométrica, según pautas de

la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los niños que presentan riesgo nutricional o con desnutrición instalada ingresan al Programa Focalizado de Rehabilitación Nutricional, para contar con apoyo económico nutricional y seguimiento específico del grupo familiar.

Se creó la Mesa Provincial de Nutrición, junto con los Ministerios de Desarrollo Social, Educación y la Universidad Nacional de Tucumán, para definir los aportes nutricionales que se brindan desde los diferentes ministerios.

Bajo normativas del Programa Nacional de Sanidad Escolar (PROSANE) se creó el Programa Provincial de Salud Escolar para detectar y resolver las patologías que afectan el desempeño escolar, detectar factores de riesgo y promover hábitos saludables. A modo de ejemplo, en niños diagnosticados se entregaron anteojos para mejorar su visión y rendimiento escolar.

Para jerarquizar el trabajo que se ejecuta en la prevención y atención de las enfermedades respiratorias, se creó la División Salud Respiratoria dentro del Programa Infecciones Respiratorias Agudas. Durante la denominada Campaña de Invierno se refuerzan con insumos y recursos humanos los diferentes niveles de atención, aumentando la capacidad resolutoria de las salas de internación abreviada y evitando internaciones innecesarias. Estas acciones, entre otras, trajeron como consecuencia una disminución en el componente respiratorio entre las causas de mortalidad infantil.

Con respecto a la prevención de tuberculosis, el programa provincial correspondiente trabajó para mejorar el diagnóstico precoz y asegurar el tratamiento de los pacientes. También se garantizó el tratamiento de aquellos con infección multiresistente.

Se aseguró el tratamiento a los pacientes con VIH, como así también la oferta para la realización de testeos voluntarios para el diagnóstico de dicha enfermedad.

Por otra parte, el Programa de Inmunizaciones tiene como objetivo alcanzar y mantener coberturas útiles de todas las vacunas incluidas en el calendario de vacunación obligatorio, para disminuir la morbimortalidad producida por enfermedades inmunoprevenibles. En los últimos años se incrementó la cobertura, acompañando al aumento en la cantidad de vacunas incluidas en el Calendario Nacional Obligatorio. En 2010 se inició la nominalización de los usuarios que son vacunados, tanto en el subsistema público como en el privado, lo cual permite conocer mejor el nivel de cobertura y posibilita que cada usuario pueda consultar su carnet a través de la página Web del Ministerio.

La prevalencia de las enfermedades crónicas y no transmisibles (ECNT) llevó a que desde la Dirección se planifiquen y ejecuten diferentes programas. Los mismos cuentan con población nominalizada en el sistema informático único, con cobertura explícita a través de chequeras con las prestaciones que debe recibir cada paciente, redes de atención y tratamiento garantizado.

Para prevenir las ECNT se trabaja en promocionar hábitos saludables y auto cuidado a través de tres grandes pilares: prevención del tabaquismo, alimentación saludable y actividad física. En conjunto con la Legislatura, IPLA (Instituto Provincial de Lucha contra el Alcoholismo) y otras organizaciones, se garantizó el 100% de espacios públicos libres de humo. Se certificaron más de 50 espacios libres de humo cada año. Para esto fue de gran importancia la Ley anti tabaco 7575.

En relación a la promoción de alimentación saludable se trabajó en diferentes estrategias, como “Menos sal más vida” en las panaderías de la provincia, “Eliminación grasas trans”, promoción de consumo de frutas y verduras, entre otras. Se informa a la población mediante campañas, ferias de salud, trabajo con escolares y en conjunto con el Mercofrut. Al mismo tiempo, se avanzó en el proyecto kioscos escolares saludables, en un trabajo conjunto con el Ministerio de Educación y Desarrollo Social. Se formaron multiplicadores

de Educación Alimentaria Nutricional (docentes y agentes del sistema de salud) en conjunto con el Ministerio de Salud de Nación.

Con respecto a la actividad física se ofrece a la comunidad, espacios de actividad física libre y gratuita en diferentes plazas de la provincia. Junto con el Programa Anímate se realizan pausas activas en los lugares de trabajo y en diferentes eventos.

Desde la División Oncología se nominalizaron a los pacientes con patologías oncológicas y se les garantizó el tratamiento adecuado según protocolo. En este sentido se agilizó el proceso de compra y dispensa, desde el origen del pedido de la droga hasta la administración al paciente, logrando un circuito más ágil y eficiente. Se les brindó la medicación adecuada a un promedio de 2.000 pacientes por año. Recientemente se creó el programa para la prevención del cáncer de colon.

En julio del 2011 se habilita el Centro Único de Lectura Mamográfica, con el objetivo de concentrar la lectura de mamografías provenientes de los mamógrafos instalados en la provincia, en tiempos adecuados. Cuenta con equipamiento de avanzada y profesionales imagenólogos de primer nivel. Esto permite lograr una alta calidad diagnóstica, doble lectura en los casos que lo requieran, y la referencia - contrarreferencia con los centros de salud. Su visión es convertirse en una unidad de referencia en lectura, interpretación, diagnóstico, seguimiento y estadísticas de la patología mamaria en la provincia de Tucumán.

El 83% de los centros de realización de mamografías se encuentra en un área de influencia de un hospital, no mayor de 15 km de los mismos, y han sido distribuidos estratégicamente en diversas instituciones de salud de 1°, 2° Y 3° nivel, lo que permite asegurar la accesibilidad a los mismos. Actualmente Tucumán cuenta con 14 mamógrafos.

Además, es la segunda provincia en incorporar el tamizaje por test de VPH (Virus Papiloma Humano) para la detección

de cáncer de cuello de útero. Se utiliza de manera conjunta con el estudio de PAP. Las pacientes detectadas son seguidas y controladas por el equipo de salud.

El Programa Provincial para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes protocolizó el tratamiento del paciente; se confeccionaron chequeras prestacionales nominalizadas (garantía explícita de cobertura de salud). Se garantizó también el acceso a medicación de todos los pacientes incluidos en el programa. La informatización del programa brinda la posibilidad de realizar un monitoreo del impacto del mismo en la población en tiempos reducidos.

Se creó el Programa Provincial de Enfermedad Celíaca con la finalidad de realizar promoción, diagnóstico temprano de la enfermedad y seguimiento adecuado. También se crearon los Programas de Epilepsia, Enfermedades reumatológicas autoinmunes, Obesidad, Emergencias Cardiovasculares, entre otros.

Se fortalecieron los procesos tendientes a garantizar la recuperación, rehabilitación y reinserción de las personas: Programa Baja Visión, que permitió la creación del Centro de baja Visión; Programa de Seguimiento de Prematuros y Programa de Hipoacusia.

Con el objeto de brindar cobertura a los pacientes privados de libertad se creó el Programa de salud en contexto de encierro, que busca asegurar la atención de salud de manera interdisciplinaria.

El Banco Central de Sangre se constituyó como nodo independiente de los servicios de transfusión hospitalarios. En el mismo se llevan a cabo los procesos de donación, producción de componentes sanguíneos, tamizaje de infecciones transmitidas por transfusiones centralizando los estudios serológicos e inmunohematológicos de las unidades de sangre. Se intercambia plasma excedente con plantas fraccionadoras por hemoderivados como Albumina humana, gamma glo-

bulina intravenosa, sueros testigos, etc. En los últimos años se aumentaron las donaciones y disminuyó el porcentaje de positividad de serología reactiva de los donantes.

Se desarrollaron estrategias de comunicación social enfocadas en la prevención de los problemas prioritarios y promoción de vida saludable mediante el trabajo en conjunto entre la División Educación Sanitaria con el resto de los programas, del sistema sanitario y trabajo intersectorial, haciendo de la promoción y prevención el eje de las acciones de salud.

El Programa de Lactancia Materna avanza en la estrategia del “Hospital o Centro de Atención amigo de la madre y el niño”.

El Programa de prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores trabajó para lograr el status de “Provincia Libre de Transmisión Vectorial y transfusional de Chagas”, con certificación internacional por parte de expertos de OPS. Este programa también trabaja activamente en la prevención de enfermedades transmitidas por mosquitos

La División Zoonosis trabaja en la vacunación antirábica y en la tenencia responsable de mascotas. Con la incorporación de los quirófanos móviles, se realiza la castración a perros y gatos en conjunto con otros programas.

En Salud Mental se avanzó en la prevención de la conducta suicida y la atención de las adicciones, trastornos mentales severos, trastornos de la alimentación, de violencia y salud mental infantojuvenil.

Con la finalidad de garantizar la accesibilidad de la población a una medicación segura y de calidad, reducir intermediarios, se implementó el programa Botiquines, que consiste en la compra centralizada de medicamentos, preparación de botiquines y distribución directa por un operador logístico al CAPS u hospital de segundo nivel.

METAS

- Afianzar los logros obtenidos en estrategias de gestión unificada de los Programas sanitarios.
- Continuar con la logística y distribución de insumos basados en los lineamientos estratégicos, prioridades sanitarias y la situación epidemiológica, para favorecer la accesibilidad de los usuarios.
- Continuar con la disponibilidad de medicamentos seguros y acceso a sangre segura por parte de los usuarios.

En coordinación con otras áreas del Ministerio de Salud:

- Consolidar intervenciones orientadas a la mejora de los indicadores de salud materno infantil.
- Fortalecer acciones relacionadas con la prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Reforzar la gestión de información unificada y nominalizada. Continuar con las intervenciones favoreciendo conductas y hábitos saludables en todos los ejes trazadores y transversales.
- Continuar con las medidas preventivas orientadas a la reducción de morbilidad por enfermedades transmisibles y las ocasionadas por vectores.
- Consolidar estrategias para lograr la recertificación como Provincia libre de transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas.
- En el campo de la salud mental, afianzar la disponibilidad de recursos, cobertura y accesibilidad, ofreciendo una atención de calidad y con un abordaje integral para todos los grupos de edad.
- Fortalecer las intervenciones realizadas en odontología que permitan mejorar indicadores de salud bucal.
- Continuar fomentando estilos de vida saludable, hábitos de consumo de alimentos saludables y la práctica de actividad física.

Departamento de Informática

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el uso de la informática aporta sin duda múltiples ventajas a la gestión del quehacer diario. En este sentido, la informatización de cualquier servicio o tarea exige, en primer lugar, el análisis del proceso a informatizar. Esto presenta una ventaja indudable: valorar los mecanismos de trabajo, simplificar o ampliar las etapas de las diversas tareas que se realizan, e introducir las mejoras que se consideren oportunas. La informatización permite un mejor y más rápido control en los sistemas de trabajo.

En el área de Salud, la implementación del Sistema de Gestión derivó en diversos beneficios. Entre ellos podemos nombrar:

- ✦ Contar con una base de datos única y confiable de pacientes en la provincia.
- ✦ Evitar la circulación de pacientes no identificados.
- ✦ Mejorar la calidad de atención con disminución del tiempo de espera a través de la asignación de turnos programados.
- ✦ Obtener estadísticas e informes en línea, como tableros de control e información prestacional.
- ✦ Mejorar la administración de los recursos.
- ✦ Lograr mayor contacto del personal de la Salud con el paciente debido a la disminución de la tarea administrativa.
- ✦ Disminuir el uso tedioso de registros manuales, evitando el doble trabajo.
- ✦ Aumentar la captación de la cobertura social de pacientes que asisten a los hospitales públicos y centros de atención primaria para mejora del recupero de costos.
- ✦ Obtener la trazabilidad de los pacientes por todo el Sistema de Salud.
- ✦ Permitir la administración de Programas de Salud.

Nuestra Visión consiste en proveer al sector de la Salud de Tucumán de una información única y confiable en tiempo real, para la toma de decisiones en los diferentes niveles de

dirección, la docencia, la investigación y la gestión en Salud. A partir de ello, nuestra Misión fue crear un Sistema Integral de Gestión de Información que pueda capturar datos en tiempo real y brindar información como reportes y tableros de control, para dicha toma de decisiones.

Contar con información completa permite a cada efector una mejor administración de sus recursos; facilita la gestión administrativa desde la creación del presupuesto hospitalario y la administración del mismo por centro de costo, y la captación de la cobertura social de pacientes que asisten a los hospitales públicos y centros de atención primaria para mejora del recupero de costos.

En base a nuestra visión nos propusimos continuar con el crecimiento y nuevos desarrollos. De esta forma construimos las metas y estrategias generales para el período 2015 a 2025.

METAS Y ESTRATEGIAS

Meta 1:

Asegurar las herramientas informáticas que faciliten y mejoren la atención de calidad al paciente (Referencia, contrarreferencia, asignación de turnos, etc.) en todos los establecimientos del Sistema de Salud, permitiendo disminuir los tiempos de espera y la pérdida de oportunidades para el paciente.

Estrategias

- ✦ **1.1.** Facilitar, a través del Sistema de Gestión, la referencia de pacientes desde el primer nivel de atención, permitiendo a los profesionales de CAPS y Policlínicas de la red la administración de un cupo de turnos para especialidades del tercer nivel de atención.
- ✦ **1.2.** Crear un registro de derivaciones por especialidades del tercer nivel para la identificación de debilidades y fortalezas a fin de proponer intervenciones para mejorarlas.
- ✦ **1.3.** Facilitar, a través del Sistema informático, la contrarreferencia y seguimiento en cualquier nivel de atención

de pacientes que fueron internados en hospitales de tercer nivel.

➤ **1.4.** Seguir del compromiso de gestión de los servicios hospitalarios, a través de los tableros de indicadores del Sistema Informático.

Meta 2

Continuar con la informatización de todos los datos que permitan construir otros documentos sanitarios, destinados a diversos fines y usuarios (Historias clínicas, recetarios electrónicos, informes estadísticos de producción y específicos de programas, etc.)

Estrategias

➤ **2.1.** Avanzar en la implementación de la Historia Clínica Informatizada en todos los hospitales de la provincia y crear e implementar la HCI en todas las policlínicas y CAPS de la provincia.

Meta 3

Crear un Sistema de Gestión de Recetas Electrónicas para prescripción de medicamentos, a ser entregados en farmacias del sector público.

Estrategias

➤ **3.1.** Vincular el módulo de recetas electrónicas de medicamentos a la Historia Clínica Informatizada para la prescripción y al módulo de Farmacia del SGH (Sistema de Gestión de Hospitales) y Sistema de Gestión de CAPS, para control de la entrega de los mismos.

➤ **3.2.** Promover el uso del módulo de recetas electrónicas en instituciones de Salud independientes del SIPROSA (PROFE, Farmacias privadas, etc.).

➤ **3.3.** Vincular la receta electrónica a protocolos de tratamientos.

Meta 4

Brindar el servicio para la implementación del Sistema Informático Administrativo Contable (SIAC) en todos los hospitales y en el Nivel Central del SIPROSA.

Estrategias

➤ **4.1** Colaborar en la ejecución del sistema necesario para la confección del presupuesto anual por partida desde cada servicio o Centro de Costo.

➤ **4.2** Facilitar mediante el sistema SIAC la gestión de las solicitudes de compras de bienes por cada servicio o Centro de Costo de acuerdo a su presupuesto autorizado.

➤ **4.3** Facilitar el ordenamiento y la transparencia de la gestión de compras y recepción de bienes hospitalarios.

➤ **4.4** Facilitar el ordenamiento y la transparencia de la gestión de pagos a proveedores, retenciones, multas y rendición de cuentas.

➤ **4.5** Vincular el módulo SIAC a sistemas externos de usos frecuentes y obligatorios (Contrataciones 3.000, SAFIC).

➤ **4.6** Implementar y ordenar la gestión de los activos fijos del hospital, con determinación de su vida útil, valuación, amortizaciones y ubicaciones físicas en los depósitos y/o sectores asignados.

➤ **4.7** Contar con registros contables de partida doble para la obtención de Balances Financieros por hospital.

➤ **4.8** Conocer la estructura de costos del hospital por centro de costo o servicio, así como también los costos por pacientes atendidos.

Meta 5

Continuar con la informatización de otros organismos del SIPROSA, orientada a mejorar la gestión de la información y la eficiencia en los procesos de las misiones y competencias de tales organismos.

Estrategias

En la Dirección de Fiscalización Sanitaria del SIPROSA:

- **5.1** Crear legajos electrónicos en el área de matrículas.
- **5.2** Realizar el seguimiento y planificación de inspecciones y requerimientos en los tres subsectores del Sistema (público, seguridad social y privado).
- **5.3** Permitir la realización de trámites, solicitudes de habilitación y consultas vía web
- **5.4** Informatizar los pagos de aranceles por habilitaciones.

- En la Dirección de Recursos Humanos del SIPROSA:
- **5.5** Promover el registro electrónico del legajo completo del personal del SIPROSA en el Sistema de Gestión de Recursos Humanos ADELIA.
- **5.5.1** Mejorar los registros electrónicos y reducción de expedientes físicos.
- **5.5.2** Implementar herramientas informáticas para la evaluación del personal del Sistema anualmente.
- **5.5.3** Centralizar los datos de RRHH: legajo, inspección médica, evaluación y novedades.
- **5.6** Promover la informatización las unidades de laboratorios de los hospitales y policlínicas.

Meta 6

Avanzar en el proceso de la digitalización de imágenes en los servicios de Salud del SIPROSA.

Estrategias Generales

- Crear un equipo de auditoría de la información que reflejan los sistemas informáticos, orientado a asegurar la calidad, continuidad y consistencia de los datos, que comprenda la verificación de los tableros de indicadores, análisis de alertas automáticas o situaciones de riesgo epidemiológico, equipos especialistas en analizar la información clínica de pacientes (calidad de tratamientos o protocolos indicados, controles por referencia y contrarreferencia, seguimiento de las atenciones, etc.).

- Articular con otros organismos del Estado para asegurar el resguardo de toda la información sanitaria.
- Diseñar interfaces de transcripción de información a otros sistemas provinciales o nacionales, a partir del Sistema Informático de Salud de la Provincia.

Dirección de Epidemiología

INTRODUCCIÓN

La Dirección de Epidemiología del SIPROSA ha avanzado y concretado aspectos contemplados en las Metas Sanitarias formuladas en el año 2007. Se ha fortalecido el área de investigación, innovación y desarrollo, en función de las prioridades sanitarias de la provincia, estimulando la búsqueda del conocimiento científico, a través de la articulación intersectorial y la coordinación de fuentes de financiamiento y el desarrollo de recursos humanos calificados.

El Departamento de Vigilancia Epidemiológica es la unidad orgánica encargada de garantizar la Vigilancia Epidemiológica en la Provincia de Tucumán. Conformar el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) que, a través de sus diversas herramientas, permite conocer la frecuencia y distribución de los problemas de Salud y la detección oportuna de brotes epidémicos y modificaciones de tendencias de indicadores de Salud que podrían poner en riesgo la Salud de las personas.

En sucesivas evaluaciones de la calidad del sistema de vigilancia realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través del índice ICEN-C2⁹⁷, la provincia de Tucumán se ha mantenido entre las dos provincias mejor posicionadas.

El Departamento de Investigación y Análisis de la Información en Salud Pública tiene a su cargo responsabilidades relacionadas con la producción y actualización de conocimientos que

sirvan de sustento al planeamiento y evaluación de políticas sanitarias.

La Sala de Situación de Salud es un espacio estratégico donde se presentan y discuten periódicamente diversos temas relacionados con el escenario sanitario actualizado de la provincia. La información es alimentada por diversas fuentes de datos provinciales, nacionales e internacionales, a partir de las cuales se construye un escenario de Situación de Salud. Este espacio ha sido y continúa siendo un modelo de referencia en el país, debido a su institucionalización y como un espacio de análisis situacional presidido por autoridades del Ministerio de Salud, Direcciones de Hospitales, Áreas Programáticas y Operativas, entre otros.

En el territorio de la provincia, diferentes instituciones están vinculadas a la realización de investigaciones científicas sustentadas por becas o subsidios otorgados por diversos organismos del estado nacional, instituciones académicas e industrias privadas. Éstas buscan avanzar en el conocimiento de la salud, de sus determinantes y de propuestas de interven-

ción. La regulación de tales proyectos está contemplada en leyes y normativas (nacionales y provinciales). Se ha avanzado en la articulación de las diferentes áreas involucradas, a fin de otorgar el debido sustento administrativo legal que avale el desarrollo ordenado de las actividades de investigación en salud. Ligado a esta actividad se halla el desarrollo de procesos que aseguren aspectos metodológicos y la evaluación por parte de un Comité de Ética en Investigación de los protocolos que se lleven a cabo en la provincia.

El Departamento de Estadísticas de Salud de los Servicios (DESS) tiene como misión “administrar, resguardar y asegurar la información sanitaria necesaria para el monitoreo y análisis de la situación de salud”, además de gestionar del registro provincial de tumores.

Entre las funciones más destacadas, y en coordinación con el Departamento de Informática del SIPROSA, está el avance en la digitalización de los datos de egreso hospitalario, movimiento de camas y consultas médicas por especialidad, para dar respuesta a requerimientos provinciales y nacionales. En los últimos años se ha logrado conformar información con



97 Índice Complejo de enfermedades de notificación mediante Planilla C2 (Notificaciones médicas)

98 Becas Carrillo Oñativia y del Instituto Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación.

muy buena calidad, aunque se espera acortar los plazos de demora mediante la codificación online de todos los eventos. Se busca aportar información oportuna para la planificación o evaluación de programas, y cumplir con los plazos fijados por organismos nacionales.

METAS

- Mantener la vigencia de un sólido Sistema de Vigilancia Epidemiológica (clínica, por laboratorio y otras fuentes), que permita detectar brotes, epidemias y cambios en las tendencias de enfermedades endémicas.
- Adecuar la Vigilancia Epidemiológica al desarrollo de nuevos sistemas, tanto provinciales como nacionales, según el avance tecnológico y prioridades de Salud Pública.
- Mantener los espacios de Sala de Situación como momento esencial del monitoreo de la situación sanitaria. Fomentar la construcción de indicadores de seguimiento de problemas de salud con mayor carga de enfermedad y mortalidad.
- Consolidar a la provincia como referente regional en investigación en salud en sus componentes de diseño conceptual y metodológico, evaluación ética, análisis y difusión en publicaciones científicas. Avanzar con la priorización de los temas de investigación en salud.
- Mejorar la gestión de la información de salud de los servicios, acortando los tiempos de consolidación; otorgando mayor oportunidad; sustituyendo el flujo de información mediante papel a formato electrónico online, según su pertinencia, en coordinación con el Departamento de Informática del SIPROSA.

ESTRATEGIAS

- Consolidar la notificación de Enfermedades de Notificación Obligatoria, vía “on line” a través de la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Adherir a desarrollo del SISA⁹⁹, propuesto e implementado

99 Sistema Informático de Información Sanitaria Argentino.

por el Ministerio de Salud de la Nación, y otras tecnologías a surgir.

- Sostener la periodicidad de los espacios de la Sala de Situación de Salud, como así también de los mecanismos de divulgación de la información.
- Continuar con la articulación con instituciones académicas y organismos provinciales, nacionales e internacionales, en la elaboración y participación en proyectos científicos conjuntos orientados al avance del conocimiento de la salud.
- Continuar con el fortalecimiento de RRHH en temas relacionados con elaboración de proyectos, análisis de la información y difusión de los resultados.
- Participar en la construcción de una agenda provincial de investigaciones prioritarias en salud, teniendo en cuenta el escenario epidemiológico actual y mediante la aplicación de técnicas validadas de fijación de prioridades de investigación.
- Continuar en la adecuación de los sistemas de información de salud de los servicios, según normativas vigentes, evaluando constantemente la calidad de los datos cargados.
- Continuar con el entrenamiento y capacitación de los responsables de la gestión de la información en los hospitales y centros de salud sobre diversos componentes del Sistema Informático de Gestión de la provincia. Avanzar con la meta de prescindir de los informes en formato papel.

Dirección General de Fiscalización Sanitaria

INTRODUCCIÓN

La DGFS tiene como misión garantizar la seguridad de los Servicios de Salud y productos médicos, farmacéuticos y farmacológicos relacionados con las personas, en el ámbito de la Provincia de Tucumán.

Tiene dos funciones principales, ejercer el poder de policía sanitaria sobre todos servicios y productos relacionados con la salud de las personas y realizar el registro y fiscalización de

todos los Servicios de Salud (hospitales públicos, sanatorios, clínicas, consultorios privados de diferentes especialidades, móviles de traslado, residencias geriátricas, farmacias, droguerías, laboratorios de análisis clínicos, laboratorios de preparación de medicamentos, establecimientos de productos médicos, centrales de esterilización, gases medicinales y establecimientos relacionados con la manipulación de alimentos).

LOGROS DE LOS ÚLTIMOS AÑOS:

- Incremento de los RRHH: cuenta con una nómina de 166 agentes. Tiene un inmueble exclusivo para la DGFS. Posee actualmente 9 móviles en buen estado de mantenimiento y equipamiento informático en todas las áreas.
- Modificación en la modalidad de las inspecciones, previas a las habilitaciones de todos los establecimientos de Salud (anteriormente se habilitaban los servicios con un trámite administrativo).
- Capacitación continua de los RRHH tanto en procesos administrativos como informáticos.
- Registro centralizado de las investigaciones clínicas en el ámbito de la Provincia.
- Desarrollo del área de calidad en la DGFS (creación del Departamento Técnico y de Calidad).
- Bases de datos informatizadas (SIISA, Departamento de Fiscalización de Servicios de Salud, Departamento de Fiscalización Farmacéutica y Tecnología Médica, Departamento Técnico y Calidad).
- Certificación de procesos bajo normas ISO: se han certificado áreas de la DGFS (Dirección, Departamento Técnico y Calidad, División Radio física Sanitaria, División Registros y Matriculas y Departamento Administrativo Contable). Se encuentran en proceso de certificar tres áreas (Departamento de Fiscalización de Servicios de Salud, Departamento de Fiscalización Farmacéutica y Tecnología Médica y Laboratorio de control de gluten de la Dirección de Bromatología).

METAS Y ESTRATEGIAS POR ÁREAS DE LA DIRECCIÓN

Departamento de Fiscalización de Servicios de Salud y Departamento de Fiscalización Farmacéutica y Tecnología Médica.

Metas

- Centralizar e interrelacionar la información de los distintos Departamentos de la DGFS, para mejorar la eficiencia de la gestión.
- Categorizar los Servicios de Salud por Calidad de Atención, según estructura, procesos y resultados.
- Gestionar la modificación de la Ley Provincial de Regulación de Farmacia N° 5483, adecuándola a las necesidades de salud actuales de la población.

Estrategias

- Coordinar con las distintas áreas para la provisión de la información y con el Departamento de Informática para la digitalización de las distintas bases de datos.
- Elaborar un instructivo para que la categorización se realice en conjunto con diferentes agentes (DGFS, Asociación de Clínicas y Sanatorios, colegios profesionales, expertos).
- Trabajar en forma conjunta con el Colegio de Farmacéuticos y con la Comisión correspondiente de la Honorable Legislatura de la Provincia.

Departamento Técnico y Calidad y División Registros y Matriculas

Metas

- Elaborar e implementar un proyecto de Seguridad del Paciente (SP) para ser aplicado a todos los Establecimientos Asistenciales de la Provincia.
- Implementar en los Establecimientos Asistenciales una Gestión de Riesgos, proceso estructurado que tiene por obje-

tivo la identificación y atención de riesgos en los procedimientos, así como identificar las oportunidades, con un enfoque de soluciones individuales, y con el fin de reducir la probabilidad de errores.

- Conformar un equipo de Calidad en la DGFS, con un referente de calidad en los Establecimientos Asistenciales, que elabore guías clínicas de las patologías más relevantes y procesos en condiciones de ser certificados bajo normas ISO.
- Lograr que la inscripción y matriculación de las diferentes profesiones se haga de manera digital on line.

Estrategias

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre la importancia institucional de la SP y conformar un equipo de trabajo delimitando sus atribuciones y responsabilidades.
- Desarrollar e implementar ACR¹⁰⁰ (Análisis de Causa—Raíz) en todos los Hospitales Públicos.
- Identificar y valorar los riesgos a los que se somete al paciente.
- Realizar acciones con el fin de reducir o eliminar los incidentes.
- Establecer los riesgos potenciales a los pacientes antes de que sucedan.
- Llevar adelante y desarrollar una Gestión por Procesos, y capacitar los recursos que llevarán adelante el proyecto.
- Articular con distintas instituciones proveedoras de información.
- Digitalizar el otorgamiento de Matrículas Profesionales, y eliminar el uso del papel informatizando los procesos, con la tecnología acorde y los mecanismos de seguridad necesarios.

Dirección General de Recursos Humanos en Salud

INTRODUCCIÓN

La gestión de recursos humanos en salud se ha transformado en el eje central y transversal para el desarrollo del Sistema y los servicios de Salud. Su abordaje resulta primordial frente a las demandas sanitarias prevalentes y emergentes de la población.

El mayor desafío del Sistema Provincial de Salud reside en posicionar al trabajador sólidamente formado en un lugar estratégico, a partir de una adecuada planificación y desarrollo del mismo, a fin de alcanzar los objetivos sanitarios establecidos en el marco de una gestión equitativa, igualitaria, universal y de calidad.

A través de la implementación de Políticas Públicas enfocadas en la priorización del capital humano en salud se destaca el alcance de los siguientes logros:

- Evaluación del Desempeño del personal del SIPROSA prevista en la Ley de Carrera Sanitaria: implementada en el año 2012, su construcción colectiva contó con la intervención de Entidades Gremiales, Direcciones de Hospitales y Red de Servicios de Salud y la Dirección General de Recursos Humanos en Salud, quien actúa como autoridad de aplicación del mencionado proceso.
- Examen Único Médico (EUM) para residencias en la Provincia de Tucumán: es un abordaje conjunto entre el Ministerio de Salud de la Nación y la provincia para unificar la preinscripción, el cronograma y la prueba de selección múltiple para el ingreso a las residencias médicas en distintas jurisdicciones. El EUM, implementado en 2013, está basado

¹⁰⁰ El ACR es una metodología sistemática y comprensiva para identificar las fallas en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata. ("El análisis Causa-Raíz [ACR]", UNICEF, 2011)

en los principios de transparencia, acceso y unificación de la información.

- Creación del Departamento de Capacitación de la Dirección de Recursos Humanos en Salud: a partir de su instauración se priorizaron las necesidades de capacitación, teniendo en cuenta los procesos críticos, las zonas de riesgo asistenciales, condiciones económicas, las realidades de servicios, entre otras.

- Reglamento de Concursos de Funciones Jerárquicas en el SIPROSA: aprobado en 2011, éste permite seleccionar a los agentes que se postulan para cubrir funciones jerárquicas, según la idoneidad necesaria asegurando y garantizando la transparencia, concurrencia y publicidad.

- A partir del año 2012 se dio inicio el proceso de descentralización de la gestión operativa de RRHH, implementando áreas de competencia, dependientes normativa y funcionalmente de esta Dirección General y jerárquicamente de las Direcciones de los distintos efectores.

- Área de Salud Ocupacional: descentralización de la atención a los agentes del sistema en sus propios lugares de trabajo, a fin de tener una mejor gestión de la Licencias y del el control de ausentismo. A su vez se estableció el procedimiento de juntas médicas para especialidades de alto ausentismo laboral, como Salud Mental y Traumatología.

- A partir de 2014 se puso en marcha el relevamiento de las tareas y de las responsabilidades que involucran cada puesto de trabajo, con el fin de elaborar el manual descriptivo de puestos del Sistema. Se logró la estandarización de los procesos de selección grupal e individual para ajustar el perfil del postulante al puesto requerido.

- Incremento de la dotación de RRHH en el subsector público: Como resultado de la implementación de Políticas Públicas enfocadas en la priorización del capital humano en Salud, y tomando como referencia la dotación de personal del año 2003 (7.410 agentes), al año 2014 el crecimiento general fue del 119% (16.253 agentes en situación permanente o transitoria).

METAS Y ESTRATEGIAS POR ÁREAS DE LA DIRECCIÓN

Capacitación y Formación

Metas

- Continuar con la adecuación, reconversión y capacitación de los RRHH en problemáticas de salud prevalentes y emergentes en la Provincia, orientadas a mejorar la calidad de atención.
- Orientar la formación y capacitación de los RRHH para el desarrollo de Equipos de Salud competentes, destinados a brindar un servicio de excelencia.
- Promover la elección y retención de los estudiantes en carreras de alta vacancia social y territorial.
- Promover la implementación de nuevas Carreras Técnicas Universitarias y No Universitarias, a fin de adaptar el perfil del egresado a las problemáticas de salud de la población (Técnico en Emergencias – Acompañante Terapéutico – Geriátrica, otras).

Estrategia

- Creación de la Escuela de Salud Pública.
- Promover la equidad en el acceso a la capacitación de los RRHH del Sistema, fortaleciendo la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- Incentivar a nivel institucional y poblacional la difusión de las necesidades de RRHH en salud, a fin de orientar la formación.
- Trabajar en conjunto con organismos provinciales, nacionales e instituciones formadoras de RRHH relacionados con la salud.
- Promover la intersectorialidad entre Salud y Educación con la finalidad de definir currículos y perfiles del egresado que respondan a las necesidades del sistema de salud.

Información de RRHH en Salud

Meta

➤ Fortalecer el desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos en Salud¹⁰¹ de la Provincia de Tucumán.

Estrategias

- Articular con las distintas instituciones públicas, privadas, de la Seguridad Social y demás actores a fin de facilitar el intercambio y accesibilidad a la información oportuna y rigurosa del RRHH. Exponer esta información crítica y que la misma se encuentre disponible a través de las TIC.
- Facilitar el procesamiento de la información para la toma de decisiones.
- Articular con otros organismos del Ministerio la difusión de la información.

Planificación Sanitaria de RRHH

Metas

- Mantener una razón de densidad de RRHH (médicos, enfermeras, parteras) por encima de 25 por 10.000 habitantes.
- Alcanzar la razón enfermera¹⁰²/médico de un 2:1 en todos los servicios del Sistema.
- Lograr una proporción de médicos de APS superior al 40% de la fuerza laboral en el Sector Público.
- Procurar que el 30% del personal de la Salud en los entornos de APS sea incorporado de sus propias comunidades.
- Formalizar y sistematizar los procesos de selección, ingreso y promoción de los RRHH al Sistema, basados en los principios de igualdad de oportunidades, transparencia de la información y participación de la sociedad civil.
- Continuar con la cobertura de funciones jerárquicas en el SIPROSA mediante la metodología de concursos vigente.

Estrategias

- Generar acciones de distribución, reconversión y cobertura de brechas acordes a los escenarios actuales y futuros de demanda sanitaria.
- Diseñar un sistema de incentivos que promueva la rotación en áreas con problemas de cobertura.
- Desarrollar e implementar programas de reclutamiento, selección y formación a fin de incentivar la incorporación al Sistema de agentes que ejerzan en los centros de salud de su comunidad.
- Elaborar descriptivos para cada uno de los puestos de trabajo, del Sistema Provincial de Salud como herramienta de referencia para procesos de selección, evaluación y promoción.
- Reforzar el uso de Sistemas informáticos, como herramienta de Gestión de los RRHH.
- Socializar la reglamentación y modalidad de los Concursos de Funciones Jerárquicas y promocionar los beneficios de los mismos, para la mejora de la estructura organizacional y funcional.
- Articular con el Observatorio de RRHH la producción y el intercambio de información.

Salud Ocupacional

Metas

- Gestionar la modernización de los procesos que involucran el cuidado y control de la Salud Ocupacional.
- Implementar la realización de Exámenes Preocupacionales acordes a los puestos de trabajo, a fin de determinar la adecuación psicofísica del potencial agente a las exigencias del cargo.

¹⁰¹ Definido como el esfuerzo integrado, colaborativo y permanente del capital humano de las instituciones involucradas, más las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), y los procesos preestablecidos, orientados a lograr una red de conocimiento e intercambio que fortalezcan a todos y cada uno de los centros de atención del sistema de salud, logrando la satisfacción del usuario del mismo.

➤ Desarrollar el Área de Higiene y Seguridad Laboral con el objetivo de prevenir accidentes y enfermedades profesionales.

Estrategias

- Coordinar con el Departamento de Informática la elaboración e implementación de un soporte informático que contenga los procesos inherentes al área de salud laboral.
- Estandarizar e implementar los procesos inherentes al área de salud laboral.
- Definir los requisitos psicofísicos para cada uno de los puestos de trabajo y establecer los estudios clínicos y complementarios necesarios.
- Implementar planes de Promoción y Prevención de la Salud Laboral a los empleados del Sistema, a través de un equipo interdisciplinario de trabajo.
- Implementar el Programa Nacional de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT).

Dirección General de Salud Ambiental

INTRODUCCIÓN

La salud ambiental basa su ámbito de acción en la búsqueda de una significativa disminución de patologías asociadas a las deficiencias de las condiciones medioambientales y de los servicios básicos, a través de tareas que minimicen estos factores de riesgo para la salud de la población (OMS, 2010).

Los riesgos ambientales vinculados con la contaminación del agua, generación de residuos, presencia de vectores, deficiente evacuación de agua e inundaciones, contaminación del aire, entre otros, constituyen problemas de Salud Pública.

Las metas de protección de la salud en general y los programas

de control ambiental se contemplan en el contexto de una política de Gobierno, que incluyen iniciativas para asegurar un ambiente saludable, en concordancia con actividades intersectoriales y la participación de la población a través de Estrategias de Promoción.

Desde la Dirección General de Salud Ambiental (DGSA) se ha orientado las acciones básicamente a tres grandes áreas:

1. Vigilancia de Calidad de Agua Potable y Recreacionales:

En la Provincia de Tucumán la prestación de los servicios de agua potable se realiza a través de diferentes organismos: Municipios o Comunas Rurales, Cooperativas y Asociaciones Vecinales y la Empresa Sociedad del Tucumán.

La DGSA tiene la responsabilidad de vigilar la calidad de agua de consumo de la población con una significación de carácter preventivo. Se priorizan los centros que contienen niños, instituciones educativas e instituciones de salud. También se vigila a usuarios de la población elegidos al azar.

Estas actividades de vigilancia buscan detectar indicadores de contaminación bacteriológica de agua destinada al consumo humano; evaluar los riesgos y colaborar con los organismos responsables del suministro de agua, para la corrección de las deficiencias del servicio y lograr medidas estructurales concretas para alcanzar la calidad satisfactoria.

Con respecto a las aguas recreacionales, existe un elevado número de piscinas cuya vigilancia persigue el fin de asegurar las condiciones sanitarias básicas, conforme a normativas vigentes.

2. Control de Vectores

El objetivo general del plan es el control de enfermedades transmitidas por vectores especialmente Dengue, Chagas, Chikungunya y Leishmaniosis. Estas actividades están orientadas a realizar el control focal y los bloqueos de casos sospechosos de alguna de las enfermedades mencionadas.

3. Gestión de residuos en establecimientos de Salud

El manejo integral de residuos patológicos en establecimientos de Salud se ha constituido en una de las prioridades para el Ministerio de Salud. La gestión y el control de tales residuos permitirán proteger el medio ambiente y la salud pública e implementar acciones de mejoras oportunas.

La gestión de residuos hospitalarios está orientada a mejorar las condiciones del entorno laboral, incrementar la seguridad en el manejo de residuos y químicos y proteger la calidad de vida de la comunidad, minimizando los riesgos del ámbito intrahospitalario. En el año 2014 se ha logrado el diagnóstico y relevamiento de situación inicial de 19 Hospitales, en función del objetivo estipulado por la Salvaguarda Ambiental del Proyecto FESP 2.

También se llevan a cabo las actividades de desinfección y control de plagas en las dependencias del SIPROSA, Escuelas públicas y organismos oficiales que así lo requieran. La DCGSA participa también en situaciones coyunturales, en eventos de salud relacionada con situaciones ambientales (plaguicidas, pesticidas de uso agrícola), coordinando con otros organismos del Sistema de Salud.

METAS

- Aumentar al 100% la cobertura de vigilancia de agua destinada al consumo en instituciones educativas y de salud de la Provincia de Tucumán.
- Lograr la cobertura de 100% en hospitales con el monitoreo de gestión y disposición de residuos contaminantes.
- Fortalecer el control vectorial en los municipios de alto

y muy alto riesgo, como así también el seguimiento de los índices vectoriales de las enfermedades bajo programa.

- Generar la línea base de contaminantes atmosféricos y acústicos.

ESTRATEGIAS

- Realizar la vigilancia y control periódico de los sistemas de abastecimiento de agua para garantizar las condiciones sanitarias. Instituir las recomendaciones para la distribución y almacenamiento seguro.
- Ejecutar acciones intersectoriales en concordancia con la Coordinación Nacional de Control de Vectores, para prevenir y/o controlar las enfermedades transmitidas por vectores. Las actividades se ejecutarán en conjunto con los gobiernos locales y los agentes socio-sanitarios del SIPROSA.
- Articular con organismos relacionados con la problemática de los basurales y residuos sólidos, a fin de mejorar la correcta disposición de los mismos.
- Controlar los riesgos asociados a la gestión de los residuos peligrosos. Gestionar la disposición final de los envases vacíos de agroquímicos. Asesorar en la reglamentación de la legislación destinada al control de los residuos patogénicos.
- Ejercer el poder de Policía, junto a otros organismos, para controlar el estricto cumplimiento de la normativa vigente en lo relacionado a Contaminantes Atmosféricos y Acústicos.
- Fortalecer la capacidad operativa en las distintas áreas de trabajo mediante el adiestramiento de recursos humanos y el uso de equipamiento acorde al avance de la tecnología.

Discapacidad

INTRODUCCIÓN

Logros de los últimos años:

- Creación del Servicio de Estimulación Temprana (niños 1-5 años) en el Hospital de Monteros.
- Apertura del Servicio de Rehabilitación Nivel II¹⁰³ en Tañá del Valle.
- Proyecto de refuncionalización del Servicio de Rehabilitación Nivel II del Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda.
- Articulación con otras áreas del Ministerio de Salud Pública para el Programa de Detección Temprana de la Hipoacusia y de Patologías Auditivas y para el Programa de Rehabilitación de personas con Baja Visión (PRBV).
- Certificación de Normas ISO9001 de calidad.
- Ampliación del parque automotor destinado al traslado de discapacitados a los servicios de salud (Junta de Discapacidad, Hospital Avellaneda, Hospital Obarrio, Hospital de Ranchillos).
- Categorización de la mayoría de los Centros para Atención Integral de Personas con Discapacidad (Centros de día, Centros Educativos Terapéuticos, Talleres de Formación Laboral), destacándose por sobre el resto de las provincias del NOA. Acceso a la información a partir del registro en el Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Creación de una fuente de información propia de las personas con discapacidad, con datos sobre la situación socio-económica.

METAS

- Ampliar la cobertura de Evaluación de discapacidad para otorgar mayor oportunidad de acceso al CUD a las personas.
- Implementar una Red de Rehabilitación en distintos Servicios de Salud de la Provincia.
- Procurar que todos los prestadores de los Servicios para Personas con Discapacidad (PCD) estén categorizados por la Junta Provincial de Discapacidad, a fin de asegurar una atención de calidad.
- Priorizar la prevención de la discapacidad y promover la rehabilitación, con una participación activa de la familia y de la comunidad en general.
- Fortalecer la capacitación de RRHH y favorecer la investigación en discapacidad y rehabilitación, generando indicadores para el diseño de políticas sanitarias.

ESTRATEGIAS

- Ampliar y extender la frecuencia de las Juntas Itinerantes de Discapacidad en zonas alejadas de la capital. Lograr la articulación intersectorial con Educación, Trabajo, etc.
- Coordinar con la DGRS la atención a personas con diferentes grados de discapacidad a través de los Servicios de Salud.
- Crear entornos favorables y servicios de apoyo necesarios para el abordaje integral de la discapacidad con un modelo de atención que cubra los aspectos médicos, psicológicos, sociales y ambientales.
- Participar en el diseño de proyectos de investigación en coordinación con otras áreas.

¹⁰³ La categorización se realiza mediante la aplicación de las Guías de Evaluación del marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad y de las Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación.

Procuración y Transplantes de Órganos

METAS

- Fortalecer en Tucumán las políticas de salud en cuanto a trasplante de órganos y tejidos en adultos y niños, en hospitales públicos.
- Afianzar la conciencia de donación de órganos en la población, aumentando la tasa de donantes por 1.000.000 habitantes, posicionándose entre las 5 primeras provincias del país.

ESTRATEGIAS

- Con el apoyo de organismos y referentes nacionales de trasplante, lograr el funcionamiento de otras unidades para realizar trasplantes de diversos órganos y tejidos (Hígado, Pulmón, corazón, y otros) en hospitales públicos.
- Consolidar el trasplante de riñón en adultos, acortando el tiempo de los pacientes en listas de espera; avanzar con las distintas modalidades como trasplantes cruzados y donantes marginales.
- Avanzar con los proyectos de trasplante pediátrico (renal e intestinal), conformando equipos especializados para su abordaje y adecuando la estructura necesaria en hospitales públicos.
- Gestionar la adecuación del marco legal que facilite y acelere los tiempos de la donación y procuración de órganos y tejidos.

