



Salud, Santiago

Publicación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero

2006 - Año de homenaje al Dr. Ramón Carrillo

Salud, Santiago

Año 1 N° 1

Julio - Agosto 2006

AUTORIDADES

Exmo. Sr. Gobernador de la Provincia de Santiago del Estero
Dr. GERARDO ZAMORA

Sr. Vicegobernador de la Provincia
Sr. EMILIO RACHED

Sr. Jefe de Gabinete
Sr. ELIAS SUAREZ

Sr. Ministro de Salud y Desarrollo Social
Dr. JUAN CARLOS SMITH

SUMARIO

EDITORIAL

Mensaje del Ministro de Salud y Desarrollo Social, Dr. Juan Carlos Smith.

HOMENAJE

al Dr. Ramón Carrillo.

INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
poniendo la casa en orden

GRIPE AVIAR E INFLUENZA HUMANA
Mito y realidad de una pandemia

COMUNICACION EN LA CRISIS
Capacitación para la contingencia

CIRUGIA CARDIOVASCULAR
revascularización miocárdica

SONRISAS SANTIAGUEÑAS
un exitoso programa de prevención bucodental.

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
Universalidad, equidad y continuidad.

POIONGA

Una enfermera querida por todos recibe honores post mortem

Coordinador-editor:
Carlos Francisco Ordóñez

Colaboran en este número:
Dr. Carlos A. Rojas
Dra. Patricia Gadda
Dr. Daniel Valdez
Dra. Alicia Díaz Fernández
Dra. Graciela Alzogaray
Arq. Aldo René Hid
Ing. Jorge Daniel Ragno
Sr. Luis Laplace
Sr. José Angel Alzogaray
Sr. Hugo Domínguez



Comienzan a construirse once nuevos hospitales

Con la apertura de propuestas por licitación pública para la construcción de las obras y las subsiguiente adjudicaciones para su ejecución, se inicia la segunda etapa del ambicioso proyecto del Gobierno de la Provincia de dotar al interior santiagueño de 11 nuevos hospitales de diversos niveles hacia los cuatro puntos cardinales, que se habilitarán a finales de 2007.

La imagen superior muestra la maqueta del Hospital Zonal de Loreto, departamento San Martín. La refuncionalización del sistema de Salud santiagueño requirió también la refacción de numerosos edificios y la construcción de nuevas postas sanitarias a lo largo y ancho del territorio.

El Gobierno apuesta fuerte a la preservación de la salud



Cuatro Unidades Sanitarias Móviles como la que muestra la imagen recorren todos los rincones de la provincia, brindando atención primaria de la salud a la población con dificultades de acceso a la asistencia médica. Cada una de ellas dispone de cuatro consultorios equipados con instrumental de última generación

para la atención pediátrica, clínica médica, ginecológica y odontológica. Una PC de a bordo y un sistema digitalizado de comunicaciones permiten desarrollar una logística adecuada. Estas USM trabajan sincronizadamente con los programas de Atención Primaria para la Salud en la realización de operativos integrales

SANTIAGO
por una nueva provincia



Editorial

En esta instancia angular de la historia santiagueña nos ha tocado, por voluntad popular, la responsabilidad de velar por la salud de nuestros comprovincianos. No es tarea fácil.

Por las circunstancias que todos conocemos, el sistema provincial de Salud estaba totalmente obsoleto, en situación de colapso. Era necesario reconstruirlo íntegramente y para ello teníamos como guía las Bases Programáticas que el ahora gobernador Dr. Gerardo Zamora había presentado desde el Frente Cívico como oferta electoral y que la comunidad santiagueña había refrendado en las urnas.

Como primera medida, luego de un relevamiento general de la situación, fue imprescindible reacondicionar los espacios físicos de atención médica, proveer medicamentos e insumos, rehabilitar el parque automotor y redimensionar los recursos humanos.

Así se fueron construyendo y reconstruyendo centenares de postas sanitarias, refaccionando hospitales, proveyendo instrumental y aparatología, duplicando la fabricación de medicamentos en el laboratorio central, incorporando más de dos millares de agentes de la salud, adquiriendo más de 70 ambulancias, instalando más de 40 consultorios odontológicos y poniendo al alcance de las comunidades más lejanas cuatro nuevos minihospitales rodantes que patrullan todo el territorio provincial.

Mientras se resolvían las urgencias funcionales, fuimos atacando los problemas de fondo. Mediante un convenio con el Colegio de Arquitectos y tras un período de capacitación en arquitectura hospitalaria, se diseñaron once nuevos hospitales, que ya han comenzado a construirse. También se corrigió, amplió y actualizó el proyecto del nuevo hospital de niños, que se construye como diseño de avanzada en Sudamérica y que será inaugurado el año próximo. La particularidad de estos emprendimientos es que no se trata solamente de nuevos edificios sino de nuevos hospitales, en su concepción integral. Con relación a la complejidad de la red existente, se ha logrado incorporar cirugía y otras prácticas complejas en los hospitales zonales.

Pero, como decimos, no siempre lo más importante es lo que está a la vista. Lo que no se ve en esta gestión de Salud es extremadamente importante para el desarrollo de nuestra comunidad provincial. Hemos generado programas propios, como el odontológico Sonrisas Santiagueñas que ha logrado resultados admirables (pag. 9). Hemos sido pioneros en la aplicación de programas nacionales, como Screening neonatal, que convierte a Santiago en un polo de consulta, considerado su par por el del Hospital Garrahan; fuimos los primeros en constituir el comité de



El Excmo. Señor Gobernador de la Provincia de Santiago del Estero Dr. Gerardo Zamora acompañado por el Sr. Ministro de Salud y Desarrollo Social Dr. Juan Carlos Smith.

vigilancia contra la gripe aviar y segundos en detección temprana de hipoacusia. En materia Chagas-Mazza se ha lanzado un programa santiagueño con recursos propios, unificando Lucha contra el Chagas y Servicio Provincial de Chagas y Patologías Regionales Endémicas, que ha sido dotado de doce camionetas equipadas al efecto y ochenta agentes especializados.

La capacitación de profesionales, técnicos y operarios es uno de los objetivos más preciados, en aras de la excelencia prestacional. Para ello se han suscripto convenios con centros referenciales de la Salud universidades y otros organismos oficiales y no gubernamentales. Cada área ha podido así ofrecer a su personal distintas instancias de capacitación, que se han extendido a otras áreas de la estructura oficial, como el sistema educativo, el penitenciario y otros.

Es la primera vez en la historia de Santiago del Estero que sucede un episodio de esta naturaleza y magnitud. El pueblo de la provincia lo percibe y lo respalda, pese a algunos sectores que preferirían que todo quedase como estaba antes. Pero el destino de Santiago es irreversible y seguimos avanzando hacia adelante.

Dr. Juan Carlos Smith
Ministro de Salud y Desarrollo Social

El gran sanitarista

Cuando se nombra al doctor Ramón Carrillo, nuestro comprovinciano, tal vez el más insigne médico sanitarista que haya tenido Argentina, nosotros, los santiagueños, sentimos legítimo orgullo.

En los años '40, cuando el paradigma de la medicina eran los hospitales monumentales, Carrillo sostenía que *"la medicina moderna es la que se ocupa de la salud y de los sanos y el objetivo principal es no ya curar al enfermo sino evitar la enfermedad"*.

A instancia suya, en 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública de la Nación, que se convertiría en ministerio en 1949, del que fue su primer titular.

Desde la perspectiva histórica es justo reconocer que el Dr. Ramón Carrillo debe ser recordado como el organizador del sistema de salud argentino y el gran propulsor de la medicina social.

"El Estado no puede quedar indiferente ante los problemas de salud del pueblo, porque un pueblo de enfermos no puede ser un pueblo digno"



Dr. Ramón Carrillo, durante su gestión.

REFUNCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA

Al iniciarse la actual gestión de Gobierno, el doctor Gerardo Zamora dispuso a través del Ministerio de Salud y Desarrollo Social un relevamiento general de la infraestructura provincial de Salud a efecto de tener un panorama real de las necesidades insatisfechas de la población en esa materia. De ese modo surgió a la vista el estado del sistema, que había sido rigurosamente ocultado durante mucho tiempo. Edificios en estado ruinoso, instrumental insuficiente y obsoleto, aparatología deteriorada, fuera de servicio o desaparecida, escasez absoluta de insumos, parque rodante en situación de colapso e incumplimiento de sus obligaciones por parte de algunos profesionales y empleados.

Este deprimente panorama, sumado al sub registro en las diversas áreas que permitía ocultar los niveles de desnutrición y mortalidad infantil, daban razón de la decadente salud pública de Santiago del Estero durante los últimos años.

Ante esa contundente realidad de la situación sanitaria de la provincia, era imprescindible proceder de inmediato a refuncionalizar el sistema de Salud desde distintas disciplinas. Mientras el personal de Planificación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social ponía "parches" urgentes a los edificios para poder atender la salud de la gente, se trabajaba activamente junto con el Colegio de Arquitectos en el diseño de los nuevos hospitales que habrían de construirse en el curso de este año y en las reformas y ampliaciones que se harían de inmediato a los ya existentes. En tanto, los centros de atención de la salud recibían nuevas ambulancias con equipamiento de última generación, se instalaban equipos de rayos X, salas de odontología y se les dotaba de instrumental moderno e insumos necesarios.

También se designaron profesionales de la salud en numerosas localidades donde se carecía de sus servicios, se reforzaron otros y se elevó la complejidad de las postas, mini hospitales y hospitales del interior provincial, designando auxiliares y capacitando al personal.

Como corolario, se incorporó al Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo el servicio de cirugía cardiovascular. Este hecho constituye un hito en la salud pública santiaguena, considerando que por primera vez se realizó en un hospital público una cirugía de corazón por médicos santiaguenos.

Infraestructura hospitalaria

El deplorable estado en que se encontraban las instalaciones sanitarias de la provincia obligó a replantear la infraestructura hospitalaria, realizándose numerosas demoliciones, refacciones y nuevas construcciones. En ese marco se planificó la construcción de once nuevos hospitales.



Es impensable una sala de internación materno infantil en las condiciones que muestra la fotografía tomada en la localidad de Sachayoj, departamento Alberdi. El establecimiento será totalmente demolido y reemplazado por un nuevo hospital. También se construirá un nuevo hospital en Monte Quemado (Copo) para reemplazar al actual, cuyas instalaciones se reflejan en las fotos de abajo. Quimilí padecía también de graves deterioros en las instalaciones públicas de Salud, que fueron provisoriamente paliadas hasta concretarse la refacción total del nosocomio. Pampa de los Guanacos, también parte de esta gira de



Reconstruir la infraestructura, una dura tarea

Ing. Jorge Ragno
Director General de Planificación



El relevamiento del interior es constante y se dispone de información actualizada sobre el estado real de la infraestructura de postas sanitarias del extenso territorio



El Gobernador Gerardo Zamora inaugura una posta sanitaria en Loreto. Corte de cintas con el intendente municipal y referentes locales.

La refuncionalización de la infraestructura del sistema de salud de Santiago del Estero nos impuso una ardua tarea, que continúa en forma permanente. Se han realizado o están en carpeta obras de reconstrucción, remodelación y refacción en la mayoría de las estructuras sanitarias de la provincia. Así se ha ampliado, refaccionado y remodelado el hospital de Pinto, refaccionado el hospital de Vilelas, donde se ha construido un laboratorio a igual que en Pozo Hondo, remodelado salas de partos e internación como las de Fernández, Atamisqui y Río Hondo; refaccionado cocinas y áreas de servicios como en Sumampa, construido garages para ambulancias como en Lavalle y Colonia Dora o viviendas para profesionales como en Pampa de los Guanacos. A lo largo y ancho de la provincia, la Dirección General de Planificación esta reconstruyendo la infraestructura de la salud pública santiagueña, desde el hospital regional Dr. Ramón Carrillo hasta

lejanos enclaves de nuestra geografía, como Guampacha, Vilelas, El Mojón, Alhuampa, Sachayoj, Doña Luisa o Pozo Betbeder, donde -a igual

que en muchas otras localidades- se trabaja en convenio con las comisiones municipales. Este es, precisamente, uno de los logros importantes. La relación con directores de hospitales, postas, Upas, intendencias y comisiones municipales, ha permitido establecer una incipiente red de mantenimiento de infraestructura cuyo principal mérito es haber realizado pequeñas obras de refacción y mantenimiento de la totalidad de los 55 hospitales y medio centenar de postas sanitarias sobre 400 en carpeta, entre las que contamos a Yacu Hurmuna, La Meleada, Cartavio, Cachi, Babilonia, Agua Amarga, Pozo del Toba y cuantas más de parajes que muchos no han escuchado nombrar nunca pero donde viven hermanos santiagueños que necesitan atención para su salud.

Histórico



Los nuevos hospitales

En un año, desde el reinicio de actividades de la Dirección de Coordinación de Recursos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social con nuevos profesionales capacitados en arquitectura hospitalaria, se han proyectado aproximadamente 50.000 m² de los cuales 37.000 corresponden a los once nuevos hospitales diseñados mediante convenio con el Colegio de Arquitectos de Santiago del Estero y los restantes a ampliaciones de hospitales y construcción de nuevas postas sanitarias. La inversión ronda los 100 millones de pesos y las camas se aproximan a 600. Llamar a licitación once hospitales, con una inversión de \$72.000.000 es un hecho histórico, más aún



considerando que se lo hizo directamente desde el Ministerio. En esta Dirección intentamos retribuir la confianza depositada en nosotros por la superioridad y dar respuestas a la sociedad, que dio su respaldo al proyecto de Salud propuesto por el actual Gobierno de la Provincia.

Arriba:
 Fachada del Hospital de Selva, según los autores del proyecto.

Centro:
 Licitación del Hospital de Añatuya, el primero de una serie de once que comenzarán a construirse este año.

Abajo izq.:
 Vista aérea del Hospital de Selva

Categorización

Según complejidad en equipamiento y prestaciones.

Nivel III: Mini hospital; cuenta con consultorios, enfermería, laboratorio de análisis, Rx, banco de sangre, esterilización básica y ambulancia para derivación. Obstetricia e internación indiferenciada.

Nivel IV: Cuatro clínicas básicas (médica, pediátrica, tocoginecológica, traumatológica) más cirugía e internación diferenciada en las cuatro. Odontólogo estable, bioquímico, auxiliar de Rx, hemoterapia y anestesiología.

Nivel VI: Internación y especialidades críticas (otorrinolaringología, oftalmología, traumatología). Médico especializado en todos los sectores intermedios y generales. Departamentos médico, de diagnóstico y tratamiento, servicios técnicos, de investigación y docencia, de servicios generales y mantenimiento.



Localidad	Nivel	Capacidad	Superficie	Urg.	Obs.
AÑATUYA	VI Zonal	160 camas	5.000 m ²	Sí	Nuevo
LORETO	VI Zonal	100 camas	6.000 m ²	Sí	Nuevo
SELVA	IV Distrital	50 camas	2.400 m ²	-	Nuevo
FRIAS	VI Zonal	100 camas	4.000 m ²	Sí	Nuevo
V. ATAMISQUI	IV Distrital	16 camas	1.100 m ²	Sí	Nuevo
SACHAYOJ	III Tránsito	10 camas	500 m ²	-	Nuevo
CLODOMIRA	IV Distrital	60 camas	2.000 m ²	-	Nuevo
OJO DE AGUA	IV Zonal	60 camas	2.500 m ²	Sí	Nuevo
Mte. QUEMADO	IV Zonal	60 camas	4.400 m ²	Sí	Ampliac.
PAMPA de los GUANACOS	IV Distrital	40 camas	600 m ²	-	Ampliac.
COL. DORA	III Tránsito	12 camas	630 m ²	-	Nuevo

Gripe aviar y pandemia

Mito y realidad



La gripe o influenza es una enfermedad infecciosa que produce alta carga de enfermedad por las epidemias anuales. Cada año, en el mundo, alrededor de 500 millones de personas, el 10% de la población mundial, se enferma de gripe ocasionando entre 250 a 500 mil defunciones. También se producen pandemias, brotes epidémicos que afectan al mundo entero. Estamos hablando de gripe o influenza humana.

La gripe o influenza aviar es una enfermedad que afecta a las aves, silvestres o de corral. Ocasionalmente causa enfermedad a personas con estrecho contacto con las aves enfermas. Los síntomas son fiebre elevada, tos, dolor de garganta, secreción nasal, dolor muscular y malestar intenso. Debido a la tendencia que tienen los virus de la gripe a mutar frecuentemente y a adquirir capacidad para infectar a otras especies, estos virus pueden representar un peligro para la especie humana.

Pandemia humana: Si el virus se convierte en un virus humano pandémico con plena capacidad de transmisión, es probable que se propague por todo el mundo y afecte a todas las poblaciones.

Para que una pandemia comience deben darse tres condiciones: a) debe aparecer un nuevo subtipo de gripe que no haya circulado previamente entre humanos; b) ese nuevo subtipo debe ser capaz de provocar enfermedad en el ser humano; c) ese nuevo virus debe ser capaz de transmitirse con facilidad de humano a humano. El H5N1, virus de la gripe aviar actual, reúne las dos primeras condiciones y solo le falta adquirir la capacidad de transmitirse de un humano a otro.

La aparición de un virus con las tres condiciones será el desencadenante de una pandemia, por lo que todos los casos de transmisión humana deben ser investigados rápidamente. Se sabe que el H5N1 tiene la capacidad de transmitirse ocasionalmente entre humanos, pero en los excepcionales casos observados solo se ha propagado una generación en contactos estrechos durante la

fase aguda de la enfermedad.

Cómo se transmite: a igual que la gripe estacional, la gripe pandémica probablemente se propague con facilidad por medio de la tos o de los estornudos y será transmisible ya antes de la aparición de los síntomas. Cuando una persona habla, tose o estornuda, lanza al aire una gran cantidad de pequeñas gotitas visibles a contraluz, que se denominan "gotas de Flügger" en honor a su descubridor. Esas gotas serían el vehículo por excelencia de la transmisión persona a persona. Los humanos estamos permanentemente intercambiando agentes patógenos, lo que nos permite estar inmunizados contra muchas enfermedades, pero en caso de una nueva pandemia de influenza, nadie sería inmune porque el virus sería nuevo y no existirían anticuerpos.

Las vacunas contra la gripe estacional no servirán para evitar contraer la gripe pandémica. Como esta será causada por un nuevo tipo de virus que aún no existe, no es posible crear la vacuna. Sin embargo, una de las estrategias que se han aplicado para disminuir los riesgos de una pandemia es precisamente vacunar contra la gripe estacional. Dijimos que el virus necesitaba adquirir una facultad que tiene el virus de la gripe común. El H5N1 necesita un socio que aporte la habilidad de transmitirse de humano a humano y el de la gripe estacional le cae perfecto para unir aptitudes y convertirse en: a) un virus nuevo; b) muy agresivo; c) capaz de circular entre humanos. O sea el virus pandémico. Cuanto menos enfermos de gripe común haya, menos posibilidad de encontrar socio tendrá el virus de la gripe aviar. Por eso el ministro de Salud y Desarrollo Social enfatizó la necesidad de vacunar contra la gripe estacional como medida precautoria.

Si se produce una pandemia de gripe o influenza, no será la primera y seguramente tampoco la última. Las pandemias se producen repetidamente a lo largo de la historia. Durante el siglo XX se produjeron tres pandemias: en 1918, llamada "gripe española" por haber sido en España donde se denunció su existencia, que provocó la muerte de más de 40 millones de personas en todo el mundo y fue el episodio pandémico más atípico de la historia; en 1957, en



Dr. Daniel Valdez



Por qué prevenir

Muchos expertos creen que es muy probable que el virus aviar H5N1, que ha matado millones de aves y decenas de personas en Asia, desate una pandemia mortal de gripe. Pero, las enfermedades infecciosas son impredecibles. El H5N1 podría desaparecer, como ocurrió con la gripe porcina en 1976, y "La gran pandemia de 200X" podría surgir de una cepa que no existe todavía. Por otro lado, si el H5N1 ocasionara una pandemia humana, podría debilitarse y causar sólo una enfermedad leve.

Hay razones fundamentales para que el público se entere de esta grave amenaza: la gente tiene así oportunidad de prepararse emocional y logísticamente y podrá ayudar a que sus escuelas, empresas, hospitales y otras organizaciones se preparen. De esta manera apoyará los esfuerzos de preparación de sus gobiernos. Debe agregarse que si la pandemia comienza y la gente ha tenido tiempo de acostumbrarse a la idea, es más probable que se entiendan los riesgos, sigan los consejos oficiales y participen activamente en su propia protección.

Promoción de la precaución: es en vano alertar sobre peligros graves cuando domina la apatía. La población debe estar informada con anticipación de lo que le puede suceder.

El fundamento para la preparación de la pandemia del H5N1 no es que estemos seguros de que llegará; es lo grave que puede ser.

Prensa de Salud se prepara para la crisis

Los responsables de Prensa de los ministerios de Salud de todas las provincias argentinas se están preparando para afrontar una crisis epidemiológica desde las comunicaciones, ante el avance de la gripe aviar hacia occidente y la posibilidad de una pandemia de gripe humana.

El ministro de Salud de la Nación Dr. Ginés González García promovió dos jornadas nacionales de capacitación, que se desarrollaron en marzo y junio de este año, dando pie a la creación de una red nacional de comunicadores de salud que tendría permanencia y daría cobertura a cualquier evento de la sanidad nacional.

Como corolario de esta instancia capacitadora, los miembros de la incipiente red participaron de los talleres internacionales que organizó la Organización Panamericana de la Salud en Buenos Aires a fines de junio, con participación de Brasil, Bolivia, Chile, Estras Unidos, Méjico, Paraguay, Uruguay y - obviamente- Argentina representada por funcionarios de la Nación y de cada una de las provincias.

La OMS, Organización Mundial de la Salud, sostiene que las comunicaciones son vitales en la contingencia y exhibe los resultados obtenidos por diversos países en situaciones de emergencia conforme a la preparación y manejo adecuado de la información durante la emergencia. Es sabido que el manejo arbitrario de la información durante una crisis puede ser más lesivo que la causa misma de la emergencia y que la adecuada y oportuna información aporta sustancialmente a la solución del problema.

Conteste con ese criterio, el ministro de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero, Dr. Juan Carlos Smith implementó diversas medidas tendientes a optimizar la comunicación en su jurisdicción. Una de ellas fue incorporar el área de prensa al comité de vigilancia de la gripe aviar, actitud precursora en el orden nacional. Otra actitud de avanzada en ese campo fue la de



El ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González García fue el gran promotor de la capacitación para la comunicación en situación de crisis de los comunicadores de salud. En la foto, con los participantes en el Salón de las Américas del Ministerio de Salud.

disponer la organización de una jornada de capacitación para periodistas de nuestra provincia, que al cierre de esta edición aún no tenía fecha pero incluía como invitados a gente de prensa de las provincias del NOA, a efecto de promover una integración regional en comunicación para las diversas cuestiones en materia de salud pública que nos son comunes.

Nadie puede prever con certeza lo que sucederá con esta pandemia aviar ni si se producirá o no una pandemia humana. Lo que está claro es que no estamos preparados aún -desde las comunicaciones- para enfrentar una situación de crisis con el aplomo y sobriedad que requiere una emergencia en la que se juegan vidas, no solamente las ajenas, sino las nuestras propias.

Las solidaridades es una consigna tácita para las comunidades en emergencia y capacitarse para la eficiencia es una expresa obligación profesional.



Crónicas de los desastres, en análisis.



El representante de Santiago del Estero expone durante el desarrollo de un taller.



Der. Una comisión elabora su consigna
Salud, Santiago 7

Dr. Carlos Rojas Jefe del Dpto. de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares
Dra. Alicia Díaz Fernández Jefa de Residentes de Clínica Médica del Hospital Regional



Estado actual de la cirugía de Revascularización Miocárdica

Sin lugar a dudas, el nacimiento de la Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM) tiene como año de iniciación a 1967; en ese momento R. Favaloro y A. Kolessov presentaban en el Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery este procedimiento mecánico como alternativa para el tratamiento de los pacientes con angina de pecho.

René Favaloro, desde la Clinic Cleaveland, siguiendo un método científico a partir de los estudios hemodinámicos efectuados por Mason Sones comunicó el éxito terapéutico obtenido en el primer grupo de 72 pacientes, utilizando la vena Safena Interna como elemento para conectar mediante by pass la raíz de Aorta con la arteria Coronaria comprometida. Para efectuar la cirugía requirió la ayuda de una bomba de circulación extracorpórea. El control posoperatorio de la permeabilidad de los puentes se realizó mediante coronariografía.

A. Kolessov desarrolló el procedimiento de revascularización sin ayuda de la circulación extracorpórea a partir de registros electrocardiográficos y utilizando como elemento para revascularizar las arterias mamarias internas. El control posoperatorio se realizó mediante examen clínico y electrocardiográfico.

Posteriormente, G. Green (de N.Y.) comenzó a revascularizar con circulación extracorpórea y arterias mamarias a los pacientes que presentaban obstrucción coronaria en el tercio proximal de estas arterias, constatando la mayor permeabilidad de los puentes en este grupo de pacientes.

A partir de 1980 en nuestro país F. Benetti comenzó a revascularizar pacientes con arteria Mamaria y sin circulación extracorpórea, los que habían sido arteriografiados previamente y bradicardizados mediante beta bloqueantes durante el procedimiento.

Sin lugar a dudas, este procedimiento no es más que la conjunción de los desarrollados por los antes mencionados pioneros de la Cirugía de Revascularización de Miocardio.

Otras terapéuticas quirúrgicas denominadas Mínimamente Invasivas incluyen abordajes alternativos como la Toracotomía izquierda sin circulación extracorpórea o una Esternotomía inferior, es decir estrategias no tradicionales que se están utilizando en la actualidad. El éxito definitivo de estos procedimientos dependerá como siempre de la permeabilidad a largo plazo de los injertos y de la creación de nuevas técnicas que mejoren la exposición cardíaca para efectuar una completa revascularización. Los resultados iniciales son sumamente alentadores respecto a la reducción de número de días cama y a la disminución de las

complicaciones neurológicas y hemorrágicas. La curva de aprendizaje de la CRM mediante métodos mínimamente invasivos ha originado numerosos informes de fracaso precoz del injerto, lo que motivó en muchos centros que se realicen angiografías intraoperatorias o posoperatorias precoces para determinar la calidad de la anastomosis. En este momento debemos enfatizar que, con el procedimiento tradicional, la permeabilidad precoz de la Mamaria interna es del 98% y del 91% en los injertos libres. En el futuro, la cirugía mínimamente invasiva y otras técnicas deberán igualar estas excelentes tasas de permeabilidad.

Consideraciones sobre la arteria mamaria interna

La arteria mamaria interna está habitualmente libre de ateromas, especialmente en los pacientes menores de 65 años. Cuando se anastomosa a la arteria coronaria parece ser virtualmente inmune al desarrollo de hiperplasia de la túnica íntima. Los cambios ateroscleróticos en esta arteria se desarrollan solo en un pequeño porcentaje de pacientes y está íntimamente ligado a que debe ser manipulada con gran cuidado evitando traumatizarla.

La superioridad de la mamaria puede obedecer a varias causas potenciales: la capa media de la arteria puede obtener su aporte metabólico tanto desde la luz arterial como desde los vasa vasorum, la lámina elástica interna es uniforme. El endotelio produce significativamente más prostaciclina que el de la vena safena, lo que permite que se produzca una autorregulación flujodependiente. El diámetro de la arteria mamaria coincide mejor con la coronaria recipiente del injerto. La reciente aceptación de las arterias mamarias internas como injertos se refleja en la base de datos de la Sociedad de Cirujanos Torácicos de los EE.UU. Entre los pacientes revascularizados en 1990 la arteria mamaria se utilizó en el 45% de los casos, incrementándose hasta el 79% en 1997. Actualmente más del 90% de los pacientes revascularizados reciben por lo menos una arteria mamaria como puente. Finalmente, los pacientes sometidos a injerto de arteria mamaria tienen un menor riesgo de muerte tardía, infarto de miocardio, eventos cardíacos y reintervenciones y esta ventaja clínica persiste durante 20 años. El estándar actual de la CRM aconseja el uso habitual de arteria mamaria izquierda para revascularizar el territorio de la descendente anterior.



“Este es un programa que ha funcionado muy bien, que nos dio muchas satisfacciones y que nos seguirá generando expectativas de éxitos sanitarios en toda la provincia”.

Así calificó el vicegovernador de la Provincia Emilio Rached al programa *Sonrisas Santiagueñas* en oportunidad del lanzamiento de la campaña 2006. “Es un programa exitoso, por cuanto ha llegado a muchos pueblos del interior de Santiago y también a mucha gente”.

El ministro de Salud y Desarrollo Social Dr. Juan Carlos Smith, por su parte, se enorgullece al afirmar que es “un programa de santiagueños para santiagueños y los recursos que se han invertido, unos cuatro millones de pesos, son absolutamente provinciales”.

Sonrisas Santiagueñas tuvo su lanzamiento inicial el 12 de Julio de 2005; hasta fin de año había distribuido más de 60.000 cepillos dentales y en julio de 2006 llegaban a 157.168 cepillos entregados en escuelas y jardines de infantes afectados por el programa.. Esta cifra tiene significación en tanto cada cepillo es entregado a un niño luego de un proceso de capacitación destinado a incorporar hábitos saludables de higiene bucal, orientado a evitar

caries y otras patologías afines.

El ámbito por excelencia de este programa es el de la educación básica, donde se crea un lazo solidario entre capacitadores, docentes y alumnos, practicando tareas casi lúdicas en torno al uso del cepillo dental. Láminas de presentación del programa y de métodos de cepillado dental y otras técnicas para la preservación de la salud bucal, contribuyen a fijar estos conceptos en el alumnado y la comunidad educativa.

Otro aspecto del programa está vinculado a las prestaciones odontológicas del sistema de salud santiagueño. Para superar el gran déficit que el sector presentaba en los establecimientos públicos, la Dirección General de Odontología, cuya titular es la doctora Patricia Gadda, realizó un relevamiento general y dispuso acertadas medidas para refuncionalizar el servicio.

Entre los objetivos realizados hasta el cierre de esta edición cuentan el aumento del 112% en la demanda en consultorios y 198% en



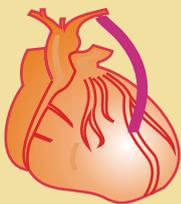
Doctoras Patricia Gadda y Marta Tarchini

arreglos, a la vez que disminuyeron en 145% las extracciones dentales. Se ha realizado 186 prótesis en laboratorio propio y se instaló el Primer Gabinete de Ortodoncia, que ya está instalando aparatos. Hay también toda una

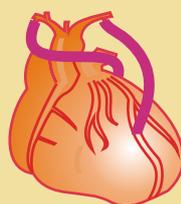
Implementos incorporados

Equipos odontológicos	42
Equipo de Rayos X	30
Gabinetes de revelado	30
Delantales plomados	22
Contraángulos	39
Lámparas halógenas	33
Micromotores	37
Compresores	27
Turbinas	44
Estufas esterilizadoras	24
Mamparas plomada	2
Muebles multifuncionales	8

Revascularización...



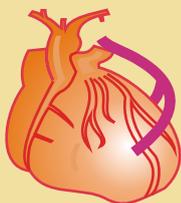
Injerto simple de mamaria



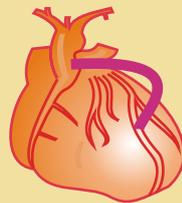
Bilateral



Secuencial



Injerto en Y



Injerto libre

Diferentes tipos de injertos de arteria mamaria

Injerto simple de mamaria. Una sola unión del injerto de la arteria mamaria interna (izquierda o derecha) con su origen en arteria subclavia se conecta a las arterias coronarias.

Bilateral. Injertos bilaterales de ambas arterias mamarias internas (izquierda y derecha) se conectan terminolateralmente a las arterias coronarias.

Secuenciales. Injertos secuenciales de arteria mamaria con la porción libre de la mamaria unida laterolateralmente a una o más coronarias y una anastomosis terminolateral.

Injerto en Y. El injerto en Y con arteria mamaria tiene dos ramas terminales libres que son anastomosadas, cada una, a una arteria coronaria.

Injerto libre. Una arteria mamaria interna (izquierda o derecha) puede utilizarse seccionándola cerca de su origen, en la arteria subclavia, con anastomosis de su extremo proximal en la aorta y del distal en la arteria coronaria.

Cuando la conocí, casi ciega a causa de su avanzada diabetes, estaba ya en el ocaso de su vida. Con una pierna amputada y próxima a amputarse la otra, sobrellevaba una severa cardiopatía que no le impedía moverse con cierta soltura a bordo de su silla de ruedas en la humilde vivienda que alquilaba en la capital santiagueña, donde recibía a sus amigos con la misma alegría de siempre. "Poionga", como la llamaban todos, seguía siendo hasta su último momento un verdadero himno a la vida.

Consuelo Maclovia Campos, flamante egresada de la Cruz Roja Argentina en Santiago del Estero, llegó muy joven a Sol de Julio con su título de enfermera a hacerse cargo de la salita de primeros auxilios del pueblo, única alternativa para la salud en ese pequeño enclave obrajero del sur santiagueño. Don José Domínguez, fuerte comerciante local de productos forestales, había donado un predio para la construcción del edificio municipal y como primera medida se había habilitado en él una pequeña salita de primeros auxilios para dar contención a la demanda de atención de la salud de la zona.

Consuelo conoció todas las lágrimas que produce el dolor y sumó muchas veces las suyas en la impotencia que produce el último suspiro, pero tal vez puso su mayor dedicación al llanto que anuncia el esplendor de una nueva vida. La atención a la madre embarazada, la asistencia en el parto y los cuidados del recién nacido fueron quizá los mayores desvelos de esta jovencita que no imaginó jamás trascender sobre su modesto rol vocacional.

El joven Alfredo Moriconi logró llegar hasta su corazón y con él formó una familia que la radicaría permanentemente en esa localidad cercana a Sumampa. "Era muy piadosa -afirma Hugo

Poionga

Consuelo Campos de Moriconi

Domínguez, hijo del obrajero que donó el predio-. Fue la primera persona que conocí, hace varias décadas, devota de San Expedito, a quien se encomendaba antes de iniciar un parto".

En la pequeña ciudad que es hoy Sol de Julio, todos recuerdan la vocación de servicio de Consuelo Campos de Moriconi. Su buena voluntad y sentido solidario se extendía hasta parajes muy lejanos, donde la requerían para atender partos o encrucijadas de la salud.

Escuché el relato del caso en que, yendo de noche al campo a atender un parto, el sulky en que se trasladaba se accidentó, sufriendo fuertes golpes en la caída. No obstante, prosiguió hacia donde la esperaban y atendió a la parturienta hasta el amanecer, en que nació la criatura. Traslada luego al hospital de Sumampa, constataron que había sufrido fracturas de costillas. Sin embargo, ella no había priorizado su propio problema, sino el del prójimo.

"Muchas mujeres venían a la salita para que las asistan en el parto -recuerda don Hugo-. Y ella los alojaba en su casa, porque siempre venían acompañantes. Como la gente del campo es pobre y a veces el parto se demoraba varios días, ella les daba de comer a todos. Pero su sueldo de enfermera no alcanzaba y tenía que salir a pedir a los vecinos, que siempre ayudaban". En esos tiempos era costumbre agradecer esas atenciones con un par de pollos, un cabrito o tal vez una vizcacha, pero difícilmente



Consuelo Campos de Moriconi con su hijo Carlos, junto a Hugo Domínguez y un joven no identificado.

pudieran pagar los gastos que producía la internación. "Muchas veces Poionga mandaba a sus hijos a dormir en la casa de algún vecino, para poder alojar a los acompañantes de la parturienta. Pero ella no se quejaba y siempre estaba dispuesta a resolver el problema ajeno, antes que dejar que se produjera el parto en el rancho del monte, sin atención". Curiosamente, tal vez sin proponérselo, estaba promoviendo el parto institucional, aunque no hubiera institución disponible. La querida "Poionga", ya anciana, murió a comienzos de los años '90. Su hija menor, Nancy, tomó la posta en el hospital de Sol de Julio, inaugurado a fines del 2005. Cuando el Ministro de Salud y Desarrollo Social doctor Juan Carlos Smith ordenó habilitar el recién construido edificio del hospital de tránsito, se hizo una convocatoria pública para que se eligiera el nombre que debía llevar el nosocomio. El pueblo de Sol de Julio decidió por unanimidad que su hospital debía llamarse Consuelo Campos de Moriconi. Así se hizo. Fue el propio gobernador de Santiago del Estero, el doctor Gerardo Zamora, quien descubrió la placa que lleva su nombre.

Carlos F. Ordóñez
Prensa M.S. y D.S.



Izq.: el pueblo impuso su nombre al hospital de tránsito recién inaugurado.



Rodados

Luis Laplace
Jefe de Parque Automotor

La refuncionalización del parque rodante requirió la incorporación de numerosas unidades de distintas características, para garantizar la atención en emergencias, traslados y la logística hospitalaria.



El ministro Smith entrega unidades a directores de hospitales zonales.

Uno de los más serios problemas que debió enfrentar la actual gestión al asumir el gobierno fue la reactivación del material rodante del ministerio de Salud y Desarrollo Social. Con un parque automotor colapsado, la refuncionalización del sistema no podría apoyarse en vehículos que habían cubierto ya con creces su vida útil. Tan solo un puñado de ambulancias de reciente data estaba en condiciones de prestar servicios.

Así fue como se decidió, planificación mediante, la incorporación de 52 ambulancias para traslado de pacientes y 7 unidades coronarias dotadas de instrumental de alta complejidad.

A la vez, se hizo un gran esfuerzo para reparar las unidades deterioradas que fueran recuperables y de ese modo se pudo dotar de una unidad de traslado a localidades que nunca habían tenido ambulancia, quedando aún una veintena de vehículos a reparar y reubicar.

Por otra parte, destinadas al Programa Provincial de Lucha contra el Chagas, se incorporaron 12 camionetas Ranger turbodiesel doble cabina con aire acondicionado y cúpula adecuada a las necesidades del programa, que se encuentran desarrollando su tarea en el campo santiaguense. Finalmente, una nueva incorporación de camionetas doble cabina fue destinada a los directores de hospitales zonales, quienes determinan su competencia.

Izquierda: Unidad coronaria. En la foto, ambulancia afectada al servicio de emergencias SEASE 107 -

Derecha: Interior de ambulancia de traslado.



Destinos de las nuevas ambulancias

Establ. Sanitario	Localidad	Depart.	Unidad
Sease 107 Emerg.	Capital	Capital	Coronaria
Sease 107 Emerg.	Capital	Capital	Coronaria
Hospital Zonal	Añatuya	Taboada	Coronaria
Hospital Zonal	Las Termas	Río Hondo	Coronaria
Hospital Zonal	Frías	Choya	Coronaria
Hospital Zonal	Quimilí	Moreno	Coronaria
Hospital Zonal	Ojo de Agua	Ojo de Agua	Coronaria
H. Independencia	Capital	Capital	De traslado
H. Antenor Alvarez	La Banda	Banda	De traslado
Hospital de Niños	La Banda	Banda	De traslado
Maternidad Herrera	La Banda	Banda	De traslado
Hospital Zonal	Ojo de Agua	Ojo de Agua	De traslado
Hospital Zonal	Añatuya	Taboada	De traslado
Hospital Zonal	Quimilí	Moreno	De traslado
Hospital Zonal	Frías	Choya	De traslado
Hospital Zonal	Fernández	Robles	De traslado
Hospital Zonal	Pinto	Aguirre	De traslado
Hospital Zonal	Monte Quemado	Copo	De traslado
Hospital Zonal	Nueva Esperanza	Pellegrini	De traslado
Hospital Zonal	Campo Gallo	Alberdi	De traslado
Hospital Distrital	Selva	Rivadavia	De traslado
Hospital Distrital	Loreto	Loreto	De traslado
Hospital Distrital	Vª La Punta	Choya	De traslado
Hospital Distrital	Forres	Robles	De traslado
Hospital Distrital	Suncho Corral	J. F. Ibarra	De traslado
Hospital Distrital	Sumampa	Quebrachos	De traslado
Hospital Distrital	Bandera	Belgrano	De traslado
Hospital Distrital	S. P. Guasayán	Guasayán	De traslado
Hospital Distrital	Pampa Guanacos	Copo	De traslado
Hospital Distrital	Col. El Simbolar	Robles	De traslado
Hospital Distrital	Tintina	Moreno	De traslado
Hospital Distrital	Clodomira	Banda	De traslado
Hospital Distrital	Atamisqui	Atamisqui	De traslado
Hospital Distrital	El Bobadal	Jiménez	De traslado
Hospital Distrital	Pozo Hondo	Jiménez	De traslado
Hospital Tránsito	Sachayoj	Alberdi	De traslado
Hospital Tránsito	Santos Lugares	Alberdi	De traslado
Hospital Tránsito	La Cañada	Figueroa	De traslado
Hospital Tránsito	Sol de Julio	Ojo de Agua	De traslado
Hospital Tránsito	Colonia Dora	Avellaneda	De traslado
Hospital Tránsito	Los Telares	Salavina	De traslado
Hospital Tránsito	Los Pirpintos	Copo	De traslado
Hospital Tránsito	Bandera Bajada	Figueroa	De traslado
Puesto Sanitario	Matará	Ibarra	De traslado
Puesto Sanitario	Herrera	Avellaneda	De traslado
Puesto Sanitario	Estación Simbolar	Banda	De traslado
Puesto Sanitario	Taboada	Sarmiento	De traslado
Puesto Sanitario	El Caburé	Copo	De traslado
Puesto Sanitario	Icaño	Avellaneda	De traslado
Puesto Sanitario	Lugones	Avellaneda	De traslado
Puesto Sanitario	El Mojón	Pellegrini	De traslado
Puesto Sanitario	Pozo Betbeder	Pellegrini	De traslado
Puesto Sanitario	Rapelli	Pellegrini	De traslado
Puesto Sanitario	El Cuadrado	J.F. Ibarra	De traslado
Puesto Sanitario	La Dársena	Banda	De traslado
Puesto Sanitario	Km. 49	Ojo de Agua	De traslado
Puesto Sanitario	Lavalle	Guasayán	De traslado
Puesto Sanitario	Real Sayana	Avellaneda	De traslado

Unidades recuperadas y redistribuidas en

CAPITAL: Departamento Oxígeno, Bromatología, Subsecretaría de Salud, Dir. del Interior, Hospital Diego Alcorta.

HOSPITALES: Medellín, Laprida, Guardia Escolta, San José del Boquerón, Pozo Hondo.

PUESTOS SANITARIOS: Villa Unión, Casares, El Sauzal, Colonia Alpina, Villa Figueroa, El Charco, Guampacha, Nueva Francia, Guardia Escolta, Villa Guasayán, Ahí Veremos, La Noria, El Arenal, Las Delicias, Choya, Arraga.

En playa otras unidades en reparación a reasignar.

Atención Primaria de la Salud



Dra. Graciela Alzogaray
Directora de A.P.S.

Atención Primaria de la Salud

El propósito de APS es garantizar el acceso de toda la población a los servicios esenciales de salud. Se trata de propender a la universalidad, la equidad y la continuidad

para toda la población, con particular atención a las necesidades prioritarias de los grupos vulnerables. La Atención Primaria de la Salud representa el primer contacto del sistema provincial de salud con la comunidad, la familia, la persona. Se trata de llevar la atención de la salud lo más cerca posible del lugar en que residen. Es propósito de esta gestión de gobierno llegar hasta los más alejados lugares de la provincia con el primer nivel de atención médica y los programas de vacunación, dación de leche, remedios y educación sanitaria. Por otra parte, la jerarquización de los centros de atención barriales tiende a descentralizar la concurrencia a hospitales, que deben especializarse en niveles de mayor complejidad. La capacitación y contención social que brinda el servicio a través de los educadores sanitarios son, junto con el sinceramiento de los registros, piezas estratégicas del desarrollo sanitario santiaguense.

José Angel Alzogaray
Director de U.S.M.



Unidades Sanitarias Móviles

Cada una de las cuatro Unidades Sanitarias Móviles que ha incorporado el Ministerio de Salud y Desarrollo Social constituye por sí misma un pequeño hospital rodante, con capacidad para atender clínica médica, enfermería, pediatría, ginecología y odontología. Están diseñadas para dar cobertura a zonas desfavorables, por lo que cuentan con un equipo electrógeno, termotanque y otros elementos que le otorgan autonomía.

Su instrumental es de última generación y tiene colposcopio trióptico, detector ultrasónico de latidos fetales, negatoscopio, estufa para esterilización, balanza para bebés, electrocardiógrafo, fotósfere de pie, equipo de Rx dental con gabinete de revelado, sillón odontológico, heladera, aire acondicionado, alarma contra incendio, PC con conexión a telefonía celular y muchos implementos más, como otoscopio, oftalmoscopio, tensiómetros, cajas de sutura y demás. Su dotación incluye médicos, odontólogos, enfermeras y educadores sanitarios que llevan historia clínica, vacunan, entregan medicamento y organizan talleres y charlas sobre problemáticas locales sociosanitarias.

