

Luis Medina Ruiz: “La experiencia de la pandemia nos permitió mejorar la capilaridad sanitaria y lograr mayor eficiencia”

El ministro de Salud Pública de Tucumán, una de las provincias que más mejoró sus indicadores, explica las políticas adoptadas, los logros y los próximos objetivos

El ministro de Salud Pública de la Provincia de Tucumán, Luis Medina Ruiz, es un hombre muy activo en las redes. Cada paso que da más allá de la actividad protocolar, lo muestra visitando las guardias de los hospitales, encabezando algún operativo especial de inmunización, laboratorios, vacunatorios o intercambiando opiniones con funcionarios de otras áreas como deportes, tránsito y obras públicas. No por casualidad, remarca en esta entrevista con ISALUD tres aspectos importantes de su gestión: articulación, ocupación y capacitación.

—¿Cuál es la situación en la provincia de Tucumán en relación con la mortalidad infantil?

—En 2019, que fue un año malo para todo el país, con 13,3 por mil en mortalidad infantil, en el 2018 era de 11,2 por mil, y en el 2020 que es cuando comenzamos la gestión, tuvimos que afrontar en forma secuenciada inundaciones, dengue y Covid19. Pero como venía con una intensa formación en la atención

primaria de la salud, en el interior de Salta y en localidades rurales de Tucumán como Ranchillos (experiencia que le permitió ganar un primer premio con el Programa de Apoyo a la Embarazada y al Recién Nacido, en el Congreso Provincial de APS de 2010), la idea cuando asumí fue la de armar una estrategia y empezar a focalizar la tarea en la atención primara de la salud, que había sido un poco desatendida al priorizarse las enfermedades crónicas no transmisibles. Así establecimos que nuestro primer pilar fuera lo materno-infantil, el segundo pilar las enfermedades crónicas, el tercero los pacientes con discapacidad más la salud mental, ambiental, el adulto mayor y la seguridad vial, porque la provincia registraba muchos siniestros viales, debido entre otros factores a la falta de hábito en el uso del casco sumado a que en los municipios no había en general control sobre el tema, así es que fuimos generando desde el ministerio de salud programas para tratar de interactuar con otras áreas y cumplir con ciertas normas.



“Toda esa experiencia tan dura para los argentinos que significó la pandemia nos permitió mejorar la capilaridad sanitaria y lograr una mayor eficiencia en la gestión”

–¿Qué otras mejoras en la gestión se realizaron para reducir el índice?

–En lo materno-infantil hemos generado, primero, mucha capacitación, en todos los niveles (primero, segundo y tercero). Hemos fortalecido el primero y segundo, generado y cubierto las vacantes de agentes socio-sanitarios en todas las áreas, con el objetivo de no dejar ningún área sin agente sanitario que cubrir, también reforzamos la capacitación del recurso humano sumando enfermeros y agentes sanitarios en todos los Centros de Atención Primaria, que son 300 en la capital y el interior de la provincia. En el esquema provincial tenemos una división, que es el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), con hospitales centrales a cargo y por otro lado está la Red de Servicios, que tiene tres áreas programáticas, éstas a su vez cuentan con sus respectivas áreas operativas, y cada área de operaciones tiene un hospital de segundo nivel y CAPs, esa es nuestra organización. Un paciente que vive en el interior debería ir al CAP, al hospital que le corresponde y de ahí ser derivado a la capital, de llegar a ser necesario. Nos planteamos fortalecer la capacidad humana, que cada área disponga de su agente socio-sanitario, con su enfermera y su médico, eso es fundamental. Primero hemos generado lo que llamamos nodos de confianza, porque el déficit de parteras y obstetras no nos permite distribuir la can-

tividad de profesionales suficiente en todo el interior, así que a través de estos nodos lo que generamos es la posibilidad de que si algún paciente presente una dificultad lo pueda plantear allí, de manera preventiva y encender un primer nivel de alarma para luego sí, si es necesario articular los pasos inmediatos con los otros niveles que permitan su traslado y atención.

–¿Cómo resuelven ese paso operativo?

–Es que además se puso en marcha el Trailer Sanitario de Salud que es un equipo de trabajo móvil, que va por todo nuestro interior, con todo el equipamiento médico necesario e incluye un médico generalista, enfermero, partero y laboratorio, con un bioquímico que extrae sangre en el lugar, y esto funciona como nexo para unir los distintos niveles de atención de forma ambulatoria y espontánea. Esta modalidad que está dentro del programa de *Los Mil Días* nos facilitó la posibilidad de llegar a los lugares más complejos, donde la gente no tiene recursos para salir y es muy efectiva, pero lo que nos llamó la atención es que incluso, en la capital de la Provincia, donde hay un mayor acceso a la salud, por alguna razón, la gente de a pie opta por ellos y quizá sea porque les resulta una experiencia más amigable y empática. Esto comenzó a visualizarse mucho a partir de la pandemia por Covid19, y donde sobre todo en el interior, salían familias enteras

Consultas, nacimientos y visitas domiciliarias

- 2,6 millones de consultas brindadas en hospitales del 3er. nivel de atención.
- 3,5 millones de consultas brindadas en efectores del 1er. y 2do. Nivel de atención.
- 14.057 nacimientos en el sistema público de salud.
- 57.000 familias en contexto de vulnerabilidad, censadas y georreferenciadas por visitas domiciliarias.
- 39.000 cirugías realizadas en hospitales del 3er. nivel de atención


a vacunarse. Toda esa experiencia tan dura para los argentinos nos permitió mejorar la capilaridad sanitaria y lograr una mayor eficiencia en la gestión.

—¿Cuáles son las dificultades que aún persisten en el marco de la situación actual?

—Lo que hemos notado respecto a la mortalidad infantil, es que el 75% de las muertes infantiles son en prematuros, entonces en ocasión de una visita que tuvimos del doctor (Augusto) Sola, una eminencia en neonatología, con él veíamos que la dificultad era en los neonatos prematuros que se morían antes del primer mes, y eso pasa en casi todos los lugares. ¿Qué es entonces lo que uno primero intenta hacer? Lograr mejores neonatologías y formar más a los neonatólogos, darle más complejidad a la especialidad, cuando en realidad lo más necesario es hacer que el bebé pueda cumplir con su período de vida en la panza. La Tasa de Mortalidad Infantil es el número de niños que mueren antes del primer año de vida, en un año determinado por cada mil nacidos vivos, y la Argentina tiene por debajo del 10xmil, mientras Tucumán siempre estuvo alto, pero agrega dentro de los fallecidos a los menores de 500 gramos. Si los que fallecen son prematuros, el razonamiento lógico de un médico de familia es procuremos que el bebé esté el tiempo necesario en la panza de su madre. Por eso hay que procurar un mayor y mejor control del embarazo, determinar los antecedentes de prematurez en la mujer o en partos anteriores, su predisposición genética, porque el cuidado entonces tiene que ser mayor, hacer los seguimientos que permitan detectar si hay infecciones urinarias, problemas odontológicos y otras enfermedades como la diabetes

gestacional o el control de la hipertensión arterial. Pensemos que dos semanas de vida del bebé en la panza materna o en neonatología, significa la posibilidad de tener mucha más madurez pulmonar y más posibilidades de vida.

—¿De qué manera se incorpora la tecnología a este abanico de medidas?

—La tecnología lo que nos ha permitido, entre otros beneficios, es la vinculación entre paciente-especialista-médico de primer nivel, que eso es fundamental para poder hacer una interconsulta con un colega que está a distancia y evacuar la situación, sin tener que hacer algún traslado. La telemedicina la hemos experimentado mucho durante la pandemia y hoy ya tenemos instalada en el sistema de la Provincia oficinas de comunicación a distancia, en dos hospitales de Tucumán hay línea directa con el Hospital Garrahan, fomentamos la comunicación interna con lo que llamamos una sala de situación, donde se plantean las enfermedades prevalentes. Ahora estamos con el dengue, pero siempre vigilamos el tema de la bronquiolititis, que es un problema latente en la provincia y se vincula mucho con la mortalidad infantil. Cuando hay más de 200 pacientes con bronquiolititis por semana activamos el plan de invierno, articulamos el circuito con la guardia, el equipo de kinesiólogos, enfermeras, médicos, ya que los niños con menos de un mes y un kilo y medio de peso son un potencial de riesgo. Es una situación brava porque obstruye los bronquios de los más chiquitos, se dificulta el paso del aire y hay que ponerle respirador a un niño que no sabe toser ni sabe respirar por la boca, entonces es una situación compleja, y por ese motivo mantenemos una vigilancia muy estricta con un recurso humano muy capacitado que actúe articuladamente y no se saturan las guardias. 

Salud materno-infantil

- 12.300 (83%) incremento de prestaciones a través del tráiler del “Programa Ruta de la Embarazada y del Niño”.
- 10.000 mujeres tamizadas con test de VPH.
- 10.000 colposcopias realizadas a mujeres con test de VPH y PAP positivos.
- 10.400 embarazadas que iniciaron su control en el 1er. trimestre.
- 263.000 controles de crecimiento y desarrollo.
- 13.000 menores de 2 años controlados por la Brigada de Bronquiolititis