



**MUNICIPALIDAD DE ALMAFUERTE**

**ÁREA DE SALUD**

**PLAN DE SALUD**  
**PERÍODO 2012-2015**

DOCUMENTO ELABORADO POR:

***LIC. EN TRABAJO SOCIAL CARMEN GONZALEZ***

***MÉDICA AGUSTINA PIÑERO***

***LIC. EN PSICOLOGÍA DIANA SCORZA***

MARZO, 2012

---

**AUTORIDADES  
MUNICIPALES**

**INTENDENTE**  
**CR. ADRIÁN SCORZA**

**SECRETARIO DE  
GOBIERNO**  
**SR. GERARDO VÉLEZ**

**DIRECTOR DE SALUD**  
**LIC. EDGAR FERRERO**

**DIRECTOR DE  
DESARROLLO SOCIAL**  
**LIC. ROBERTO OLIVA**

**ALMAFUERTE, MARZO 2012**

# ÍNDICE

<b>APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA SITUACIÓN DE SANITARIA DE LA CIUDAD DE ALMAFUERTE</b>	<b>4</b>
<b>CIUDAD DE ALMAFUERTE</b>	<b>5</b>
<b>CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA</b>	<b>5</b>
<b>INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES SOCIALES</b>	<b>11</b>
<b>SISTEMA DE SALUD LOCAL. HOSPITAL MUNICIPAL DR. SALVADOR SCAVUZZO</b>	<b>14</b>
<b>RECURSOS EDILICIOS DEL HOSPITAL</b>	<b>14</b>
<b>RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL</b>	<b>15</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS</b>	<b>19</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>32</b>
<b>PLAN DE SALUD</b>	<b>36</b>
<b>FUNDAMENTOS</b>	<b>37</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>39</b>
<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>40</b>
<b>EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD DE ALMAFUERTE.</b>	<b>41</b>
<b>ACTIVIDADES, METAS E INDICADORES</b>	
<b>RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, EQUIPAMIENTO BÁSICO</b>	<b>66</b>
<b>PRESUPUESTO</b>	<b>67</b>
<b>MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DEL SALUD</b>	<b>70</b>

**APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA SITUACIÓN  
DE SANITARIA DE LA CIUDAD DE ALMAFUERTE**

En esta primer parte del documento, se presentarán y analizarán diferentes aspectos con el fin de identificar los problemas prioritarios en el ámbito de la salud de la ciudad. Para esto se presentará inicialmente la información sobre la ciudad en general, para luego trabajar más específicamente los datos en relación al sistema sanitario.

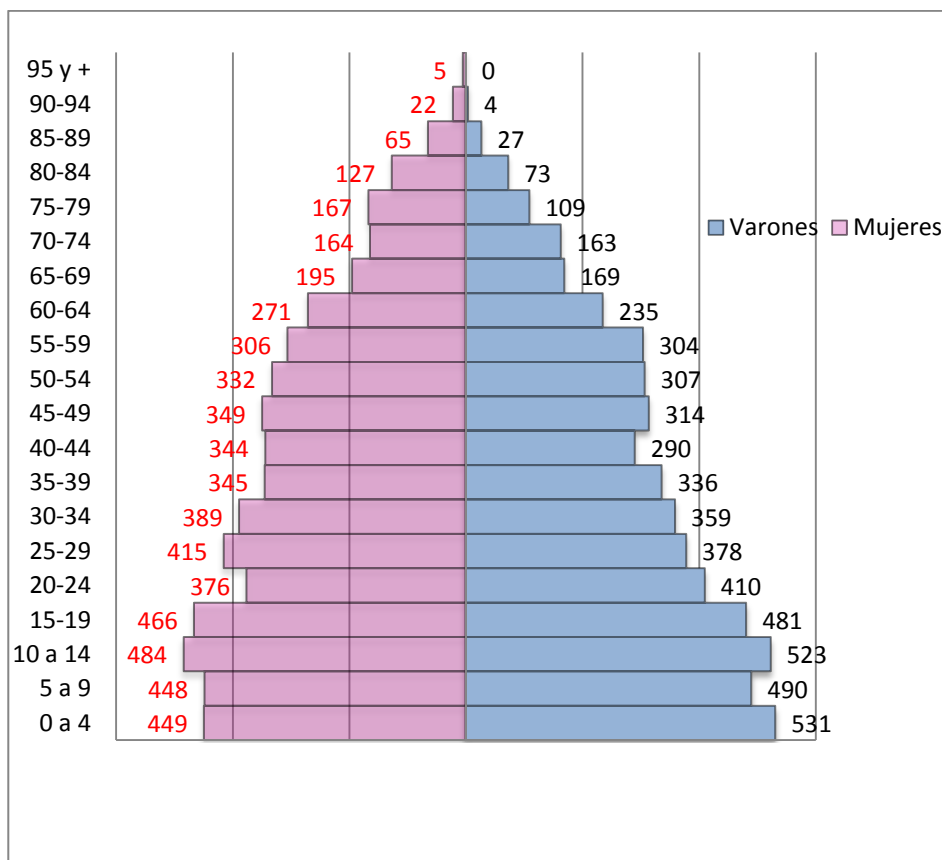
## 1. CIUDAD DE ALMAFUERTE

### 1.1. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

En este apartado se utilizan datos de censales del año 2008 y 2001, ya que no hay datos disponibles desagregados por localidad en el último censo nacional de 2010.

La ciudad de Almafuerite cuenta con una *población de 11.222 habitantes*, (5.503 hombres y 5.719 mujeres), según datos del censo provincial del 2008.

Gráfico N° 1: Pirámide poblacional de Almafuerite, año 2008



Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Provincial de Córdoba, 2008.

Tabla Nº 1: Población de Almafuerde por sexo según grupos quinquenales de edad.

Grupos quinquenales de edad	Mujeres	Hombres	Total
0-4	449	531	980
5-9	448	490	938
10-14	484	523	1007
15-19	466	481	947
20-24	376	410	786
25-29	415	378	793
30-34	389	359	748
35-39	345	336	681
40-44	344	290	634
45-49	349	314	663
50-54	332	307	639
55-59	306	304	610
60-64	271	235	506
65-69	195	169	364
70-74	164	163	327
75-79	167	109	276
80-84	127	73	200
85-89	65	27	92
90-94	22	4	26
95 y +	5	0	5
Total	5719	5503	11.222

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Provincial de Córdoba, 2008.

Si se analiza la **estructura poblacional** de la ciudad, se observa:

- A nivel global cierto equilibrio entre ambos sexos, con predominio de las mujeres (51%, 5719 personas) mientras que los hombres representan el 49% (5503 personas).

- El predominio de mujeres respecto a los hombres del mismo grupo etario se da claramente a partir de los 25 años en adelante y se acentúa considerablemente a partir de los 75 años y más.

- En la base de la pirámide, correspondiente a las edades jóvenes (0- 24 años), predominan los varones con relación a las mujeres.

- Con respecto a la estructura por edades, la población de 0 a 19 años representa el 35% (3.872 personas) de la población total.

- Las mujeres en edad fértil (15 a 44 años de edad), representan el 41% (2335 mujeres) del total de mujeres.

- A su vez, el grupo de mujeres de 35 años y más (2692) representa el 47% respecto al total de la población femenina de la localidad.

- En el extremo de la pirámide, los adultos mayores (a partir de 60 años y más) representan el 16% de la población (1796 personas). Esto da cuenta de una población envejecida, cuya tasa de envejecimiento local supera la tasa provincial (15.2%).

- Se observa también, dentro de la población adulta mayor, el incremento de población que llega a edades avanzadas y la fuerte tendencia a la feminización a partir de los 75 años en adelante.

A continuación se toman como referencia datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 a fin de analizar otros aspectos socio-demográficos, no disponibles en las fuentes censales posteriores.

Con respecto a la **cobertura de obra social** se observa para la localidad de Almafuerde que un 56.26% (5926 personas) cuenta con cobertura de obra social, plan de salud o mutual, mientras que un 43.74% (4608 personas) no tiene ninguna cobertura (Censo Nacional, 2001).

#### Población de Almafuerde con cobertura de obra social, 2001

##### Cobertura Social

	Municipio	Provincia	País
Porcentaje de población con cobertura de obra social o plan privado de salud o mutual.	56,26%	54,24%	51,95%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Referido al **nivel de instrucción** alcanzado en la población de 15 años y más, la mayoría cuenta con primaria completa y secundaria incompleta (48%) y en segundo lugar, los que tienen secundaria completa y estudios terciarios o universitarios incompletos (24.72%). En tercer lugar, se ubican las personas sin instrucción o con nivel primario incompleto (19.14%).

<b>Nivel de Instrucción alcanzado</b> Porcentaje de población de 15 años y más			
<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Municipio</b>	<b>Provincia</b>	<b>País</b>
Sin Instrucción o primaria incompleta	<b>19,14%</b>	17,82%	17,90%
Primaria completa y secundaria incompleta	<b>48,00%</b>	46,10%	48,87%
Secundaria completa y terciario o universitario incompleto	<b>24,72%</b>	26,50%	24,49%
Terciario o universitario completo	<b>8,13%</b>	9,58%	8,73%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Respecto a la **asistencia a establecimientos educativos** se observa un alto porcentaje de inserción educativa con respecto a los datos provinciales y nacionales para los mismos grupos de edad (entre los 3 y 24 años de edad). A su vez, se destaca que a partir de los 15 años de edad la asistencia a los centros educativos disminuye, lo cual podría estar reflejando cierto nivel de deserción en la población escolar que no finaliza el ciclo de especialización de la escuela secundaria. Esta tendencia se incrementa en los mayores de 18 años, donde disminuye aún más la proporción de población que continúa con los estudios terciarios y/o universitarios.

<b>Educación</b> <b>Asistencia a establecimientos educativos</b> Porcentaje de población de cada grupo			
<b>Grupos de Edad</b>	<b>Municipio</b>	<b>Provincia</b>	<b>País</b>
3 a 4 años	<b>44,39%</b>	39,06%	39,13%
5 años	<b>92,63%</b>	85,90%	78,80%
4 a 11 años	<b>99,74%</b>	99,09%	98,20%
12 a 14 años	<b>97,03%</b>	93,74%	95,11%
15 a 17 años	<b>80,47%</b>	76,45%	79,40%
18 a 24 años	<b>40,05%</b>	40,52%	36,86%
25 a 29 años	<b>11,55%</b>	16,55%	14,41%
30 y mas años	<b>1,82%</b>	2,49%	3,01%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.



En lo que respecta al **perfil ocupacional** se observa un alto porcentaje de población que trabaja en el sector privado como obrero o empleado ((45.13%) y en segundo lugar se encuentran los trabajadores por cuenta propia (23.44%).

**Población ocupada según categorías ocupacionales**

Categoría del Trabajador	Municipio	Provincia	País
Obrero o empleado en el sector público	<b>19,15%</b>	16,46%	21,20%
Obrero o empleado en el sector privado	<b>45,13%</b>	47,86%	48,94%
Patrón	<b>7,80%</b>	7,01%	6,24%
Trabajador por cuenta propia	<b>23,44%</b>	24,47%	20,26%
Trabajador familiar	<b>4,48%</b>	4,20%	3,37%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

En lo referido a los **aspectos habitacionales** se observa que un 2% de personas viven en condiciones de hacinamiento (considerando cuando duermen a más de tres personas por cuarto).

**Hacinamiento del Hogar**  
Porcentaje de hogares

Cantidad de Personas por cuarto	Municipio	Provincia	País
Hasta 0,50	<b>26,65%</b>	24,41%	20,85%
0,51 a 0,99	<b>23,96%</b>	20,45%	18,33%
1 a 1,49	<b>29,93%</b>	30,12%	31,55%
1,50 a 1,99	<b>8,30%</b>	9,16%	10,25%
2,00 a 3,00	<b>9,09%</b>	12,00%	14,23%
Más de 3,00	<b>2,07%</b>	3,86%	4,78%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

En lo que respecta a los **materiales predominantes en los componentes constitutivos de las viviendas** se observa que la mayoría de las mismas (63.70%) están construidas con materiales resistentes y terminadas, por lo que se ubican dentro de la primera categoría (CALMAT I); este porcentaje está por encima del provincial y nacional. Por otro lado, las viviendas construidas con materiales precarios y deficitarios (CALMAT III y IV), los porcentajes son

reducidos y están por debajo de los registrados a nivel provincial y nacional (4,3% y 0.62% respectivamente).<sup>1</sup>

**HOGARES Y VIVIENDA**

**TOTAL: 3.047**

**Calidad de los materiales de la vivienda (CALMAT)**  
Porcentaje de hogares

CALMAT	Municipio	Provincia	País
CALMAT I	<b>63,70%</b>	52,52%	60,24%
CALMAT II	<b>31,34%</b>	38,63%	21,05%
CALMAT III	<b>4,33%</b>	7,05%	12,60%
CALMAT IV	<b>0,62%</b>	1,80%	6,11%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Considerando las entrevistas realizadas a informantes claves y lo observado en terreno las **zonas vulnerables** identificadas se ubican en los barrios: Sol de Mayo, El Salto, Parque, Belgrano y Monoblock y los cortaderos de ladrillos (concentrados en principalmente dos zonas de la ciudad). Cabe destacar, que no se cuentan con datos existentes en cuanto perfil socio-demográfico y epidemiológico de los mismos.

<sup>1</sup> En el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, INDEC, se utiliza la sigla **(CALMAT)** como un indicador que mide la **calidad de los materiales de la vivienda en relación** a los materiales predominantes de los componentes constitutivos de la vivienda (pisos, paredes y techos); se evalúan y categorizan con relación a su solidez, resistencia y capacidad de aislamiento térmico, hidrófugo y sonoro. Se incluye asimismo la presencia de determinados detalles de terminación: cielorraso, revoque exterior y cubierta del piso. Y se clasifican en cuatro categorías:

**CALMAT I:** la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los componentes constitutivos (pisos, paredes y techos) e incorpora todos los elementos de aislación y terminación.

**CALMAT II:** la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los componentes constitutivos pero le faltan elementos de aislación o terminación al menos en uno estos.

**CALMAT III:** la vivienda presenta materiales resistentes y sólidos en todos los componentes constitutivos pero le faltan elementos de aislación y/o terminación en todos éstos, o bien, presenta techos de chapa de metal o fibrocemento u otros sin cielorraso, o paredes de chapa de metal o fibrocemento.

**CALMAT IV:** la vivienda presenta materiales no resistentes al menos en uno de los componentes constitutivos.

A modo de síntesis y teniendo en cuenta las tendencias antes mencionadas, se destacan **aspectos relevantes desde el punto de vista sanitario**, los cuales deben ser considerados y profundizados para su análisis :

- La *distribución espacial de la población sin cobertura de obra social*, plan de salud o mutual, la cual posiblemente se localice en los barrios más vulnerables.
- La disminución que se observa a partir del grupo de edad de 15 años y más en cuanto inserción en establecimientos escolares, lo cual podría estar reflejando una *deserción en el ciclo de especialización del nivel medio*. Tendencia que a su vez coincide al analizar el nivel de instrucción alcanzado por la población en general, en la cual prevalece un alto porcentaje de población con primaria completa y/o secundario incompleto (48%).
- En lo que respecta al *perfil ocupacional* se estima necesario actualizar esta información mediante otros métodos de relevamiento que permitan dar cuenta de la situación actual de la población económicamente activa, teniendo en cuenta los cambios y transformaciones que se han producido en la última década, especialmente desde el año 2003. De la información disponible se observa que la categoría ocupacional que predomina es la de obrero o empleado en el sector privado en primer lugar y segundo, los trabajadores por cuenta propia.
- Por último, en lo referido a los *aspectos habitacionales* se observa que es bajo el porcentaje de población con viviendas precarias, casos que podrían corresponder a familias en situación de pobreza estructural (los incluidos en las categorías (CALMAT III y IV), siendo más significativo el porcentaje de población con viviendas sin terminar, posiblemente correspondiente a familias empobrecidas (CALMAT II).

## **1.2. INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES SOCIALES**

La ciudad de Almafuerde cuenta con diversas instituciones y organizaciones entre las que se destacan:

### **Privadas de Salud:**

- 2 Clínicas privadas

### **Educativas y Culturales:**

- 5 escuelas de nivel inicial, primario y secundario
- Primario y secundario para adultos
- Terciario
- Guarderías municipales
- Biblioteca popular
- La agrupación cultural "Asustando al cuco".

### **Destinadas a los Adultos Mayores:**

- Residencia Geriátrica
- Hogar de Día
- Centro de Jubilados
- Círculo de Docentes Jubilados
- Universidad para la Tercera Edad
- Hogar Protegido

### **Deportivas:**

- Clubes de fútbol: Belgrano y Atlético.
- CAJU: club donde se practica básquet, voley, gimnasia artística, patín.

### **Servicios Públicos:**

- Cooperativa de Servicios Públicos
- Bomberos Voluntarios

### **Religiosas:**

- Caritas
- Iglesias de diferentes cultos religiosos

A nivel barrial se identifican los Centros Vecinales, de los cuales se estableció contacto con representantes de Barrio El Salto y Parque. En cuanto a las **problemáticas identificadas por referentes locales** se mencionan:

- Lo referido a aspectos edilicios de los Centros Vecinales, los cuales presentan cierto nivel de precariedad y falta de terminaciones en las instalaciones.

- La falta de finalización de la obra del Jardín de Infantes de la Escuela en Barrio El Salto.
- En relación a los servicios públicos: ausencia de gas natural y escaso alumbrado público.
- Dificultades en el acceso geográfico a Barrio El Salto, a raíz del cruce de la ruta y la alta velocidad de los vehículos.
- Con respecto a actividades programadas para niños y adolescentes, refieren que las mismas son escasas. En caso de Barrio Parque funciona una escuela de fútbol solventada con fondos del centro vecinal.
- En cuanto problemáticas sociales: existencia de familias numerosas, madres solteras jóvenes, falta de hábitos alimentarios en algunas familias.

## **2. SISTEMA DE SALUD LOCAL. HOSPITAL MUNICIPAL DR. SALVADOR SCAVUZZO**

De acuerdo a lo relevado y a la información proporcionada por el Director del Hospital Municipal Dr. Salvador Scavuzzo, Lic. Edgar Ferrero, el mismo brinda servicios los siete días de la semana, durante las 24 horas para la atención de las urgencias y emergencias, con presencia del médico de guardia y servicio de enfermería. Asimismo, se atienden consultas por patologías de tratamiento ambulatorio y/o internación corta en cama fría.

A su vez, la mayoría de los consultorios funcionan de lunes a viernes por la mañana y, en menor medida, la atención se extiende a la tarde.

### **2.1 RECURSOS EDIFICIOS DEL HOSPITAL:**

- 1 consultorio de Ginecología
- 1 consultorio de pediatría
- 1 consultorio de clínica medica
- 1 consultorio de psicología
- 1 consultorio de odontología
- 1 shock –room y guardia
- oficina de recepción y turnero
- oficina de administración
- sala de espera
- laboratorio
- sala de rayos X
- vacunatorio
- sala de internación con camas frías (2)
- cocina
- pasillos, depósitos
- sala de lectura
- dormitorio de medico de guardia con baño
- deposito de equipo electrógeno
- garaje para ambulancia
- 2 ambientes sin uso con baño clausurado

## 2.2 RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL

A Marzo de 2012, el Hospital cuenta con los siguientes **recursos humanos**:

<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<b>CANTIDAD HS. SEMANALES</b>	<b>SITUACION DE REVISTA</b>
Director: Lic. En Enfermería	25 hs	Contrato
Ginecólogo	18 hs	Planta Permanente
Pediatra	20 hs	Contrato
Pediatra	9 hs	Monotributista
Clínico	20 hs	Contrato
Cardiólogo	6 hs	Becario
Médico de guardia	72 hs	Monotributo
Médico de guardia	48 hs	Monotributo
Médico de guardia	24 hs	Monotributo
Médico de guardia	24 hs	Monotributo
Odontólogo	16 hs	Planta Permanente
Odontólogo	2 hs	Becario
Odontólogo	3 hs	Ad Honoren
Bioquímico	25 hs	Contrato
Radiólogo	20 hs	Becario
Psicólogo	20 hs	Contrato
Nutricionista. Fin de contrato	Pronto Ingreso de nueva profesional	
Asistente de farmacia	20 hs	Becaria
Fisioterapeuta	16 hs	Contrato
Fisioterapeuta	4 hs	Becaria
Auxiliar de Enfermería	40 hs	Planta Permanente
Auxiliar de Enfermería	40 hs	Planta Permanente
Auxiliar de Enfermería	40 hs	Contrato
Auxiliar de Enfermería	40 hs	Contrato
Auxiliar de Enfermería	40 hs	Becaria

Completa el recurso humano que se desempeña en el Hospital, el personal que se detalla a continuación:

Recepcionista	35 hs	Contrato
Administrativo	35 hs.	Efectivo
Limpieza	20 hs.	Becaria
Limpieza	20 hs.	Becaria
Limpieza	20 hs.	Becaria
Maestranza	35 hs.	Efectivo
Maestranza	35 hs.	Efectivo

En el siguiente cuadro se detallan las principales **tareas** que realiza cada una de las áreas del Hospital:

AREA	TAREA QUE REALIZA
AREA MÉDICA	Compuesta por las especialidades básicas (clínica médica, ginecología y pediatría), quienes tienen la mayor carga horaria dentro de dicha área, existiendo otras especialidades que brindan una prestación mínima (cardiología y oftalmología). Asimismo se implementan los programas de salud básicos, tales como el Control de Crecimiento y Desarrollo de 0 a 5 años, Control de Embarazo de bajo Riesgo, atención de patologías prevalentes crónicas como hipertensión arterial y diabetes.
ODONTOLOGIA	Diagnóstico y tratamiento de patologías odontológicas, obturaciones, extracciones y derivación cuando requieren mayor complejidad. Radiografías simples y certificado de salud buco dental. Actividades de promoción de la salud bucal en escuelas y otras instituciones.
LABORATORIO	Extracciones de muestras y determinaciones bioquímicas en sangre y orina. Preparación de muestras para derivación a laboratorios de mayor complejidad.
RADIOLOGIA	Radiografías simples (no se realizan estudios contrastados solicitados por consultorios externos y guardia)
KINESIOLOGIA	Kinesioterapia respiratoria, rehabilitación de patologías neurológicas, rehabilitación de patologías osteo – artro – musculares. Diagnóstico y tratamiento de las patologías posturales.
NUTRICION	Entrega de leche. Escasas consultas por consultorio externo.



PSICOLOGIA	Actividades psicoterapéuticas individuales para la atención de problemáticas psicológicas y psicosociales.
AUXILIARES DE ENFERMERIA	Control de signos vitales, curaciones, administración de medicamentos asistencia al paciente traumatizado por guardia, control y tratamiento indicado a pacientes internados en cama fría. Inmunizaciones. Colabora con los profesionales médicos en procedimientos como suturas, etc
GUARDIA	Atención del paciente politraumatizado por accidentes de diferentes etiologías, para estabilización y posterior derivación en caso de ser necesario. Atención de la demanda espontánea por patologías de tratamiento ambulatorio. Internación de pacientes con patologías de resolución rápida por cama fría. Derivación de acuerdo a nivel de complejidad requerido a hospital provincial de referencia. Certificado médico para carnet de conducir.

Fuente: Elaborado por Lic. Ferrero

Los profesionales brindan sus *servicios* en consultorio externo y en la guardia, atendiendo la demanda que surge de manera espontánea, es decir, se asiste a los pacientes que concurren a la institución por alguna patología.

Asimismo se ejecutan diferentes **Planes de Salud Provinciales y Nacionales:**

- Plan Nacer
- PROCORDIA
- Maternidad y Paternidad Responsable
- Complemento nutricional para la embarazada y los niños menores de 24 meses
- Remediar
- Programa ampliado de inmunizaciones

Analizando la información presentada, se destaca que el Hospital presenta un perfil eminentemente asistencial, brindando principalmente servicios de atención de patología, con eje en la Guardia.

Esta orientación está dada por una modalidad histórica de desarrollo de las actividades del Hospital, que ha llevado a que el equipo de salud en general

haya basado sus prestaciones en la atención de la enfermedad como objetivo prioritario.

La perspectiva preventiva y de promoción de la salud, ha quedado relegada a acciones que desarrollan algunos profesionales, en general fragmentadas del resto del equipo y de las actividades de la institución, como campañas de salud bucal en las escuelas, promoción de la lectura en niños y padres, entre otras.

Lo mismo ha ocurrido con las problemáticas psicosociales que no parecen haber tenido un lugar importante desde el sistema de salud local, quedando reducidas a la asistencia psicológica individual por consultorio externo. La falta de profesionales de trabajo social en el Hospital y la escasa articulación con el Área Social dan cuenta de esta importante dificultad, al tiempo que ha limitado la implementación de abordajes más integrales, con una perspectiva familiar y comunitaria.

## 2.3 ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS

A los fines de contar con una aproximación en relación al nivel de demanda recibida por el Hospital, se recurre a los de datos de las planillas de registro diario de consultas (C1), completada por los profesionales del Hospital entre los meses de Marzo y Noviembre de 2011, los cuales fueron sistematizados por personal administrativo y el Director del mismo.

Tabla N° 2. Cantidad de consultas realizadas en el Hospital por especialidad. Período Marzo – Noviembre 2011

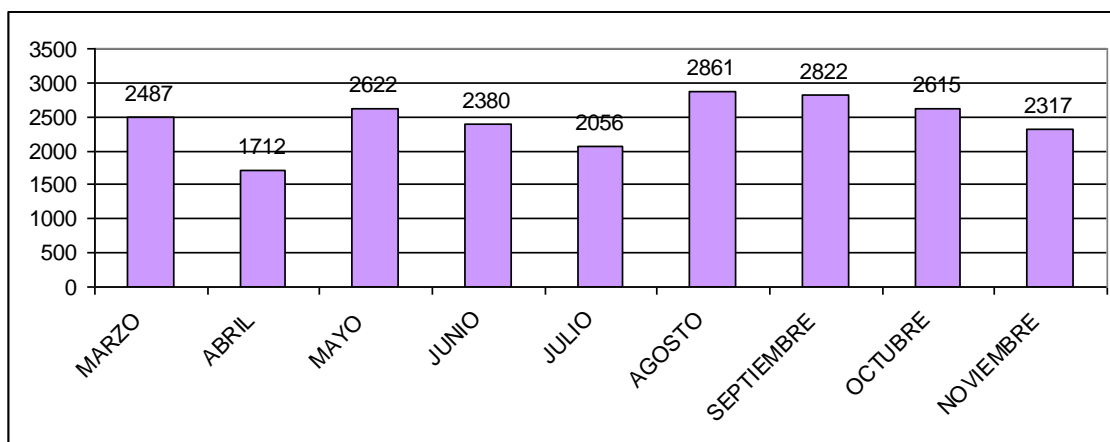
<b>SERVICIO</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agos.</b>	<b>Sept.</b>	<b>Oct.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Total</b>
Cl. Médica	263	241	212	207	294	274	258	208	217	<b>2174</b>
Pediatría	304	294	233	248	206	293	242	229	272	<b>2321</b>
Ginecología	139	123	172	129	46	171	140	148	137	<b>1205</b>
Cardiología	25	34	28	62	30	47	35	36	25	<b>322</b>
Oftalmología	47	31	21	11	s/d	s/d	s/d	18	37	<b>165</b>
Traumatología	63	20	32	23	23	37	63	36	16	<b>313</b>
Odontología	594	294	543	449	302	517	524	504	483	<b>4210</b>
Psicología	46	54	38	49	32	48	47	48	53	<b>415</b>
Psicopedagogía	4	4	4	8	9	6	s/d	3	4	<b>42</b>
Kinesiología	46	63	69	72	69	146	135	134	14	<b>748</b>
Laboratorio	392	554	742	600	440	685	752	718	566	<b>5449</b>
Guardia	564	s/d	528	522	605	637	626	533	493	<b>4508</b>
<b>Total</b>	<b>2487</b>	<b>1712</b>	<b>2622</b>	<b>2380</b>	<b>2056</b>	<b>2861</b>	<b>2822</b>	<b>2615</b>	<b>2317</b>	<b>21872</b>

En 8 de los 12 servicios, la cantidad de consultas se observan relativamente parejas en los meses considerados, observándose un leve descenso en el mes de Julio; esta tendencia no se dio en clínica médica, creciendo las consultas en dicho mes y en traumatología y psicopedagogía, que se mantuvieron relativamente estables.

En la guardia, a partir de dicho mes (Julio) las consultas comenzaron a ascender, decreciendo nuevamente en los dos últimos meses del periodo observado.

En el siguiente gráfico, se muestra la variación del total de consultas mensuales, considerando los servicios mencionados anteriormente:

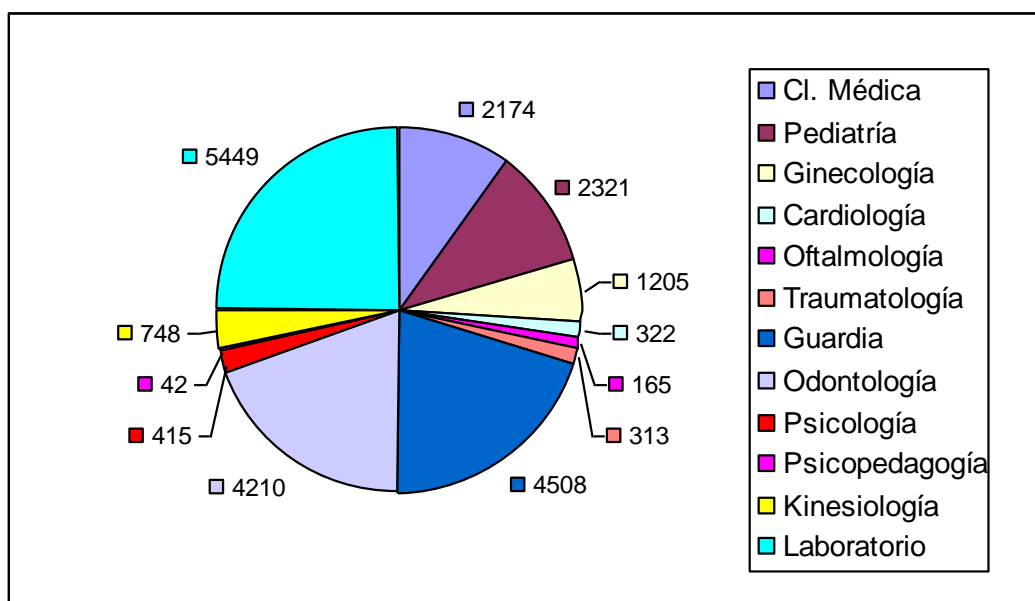
Gráfico N° 2. Total de consultas mensuales realizadas en el Hospital.  
Periodo Marzo – Noviembre 2011



Si bien se observa un marcado descenso en las consultas de Abril, se advierte que en dicho mes se produjo un subregistro en las consultas, dado que no se cuentan con los datos de la guardia.

Los meses de mayor consulta fueron Agosto y Septiembre, con aproximadamente 250 consultas más que en Mayo y Octubre, meses que se ubican en segundo y tercer lugar en relación a la cantidad de consultas.

Gráfico Nº 3. Total de prestaciones realizadas en el Hospital según especialidades. Período Marzo – Noviembre 2011



A partir de los datos presentados en el gráfico, se observa que la mayor cantidad de prestaciones están referidas a laboratorio y guardia y, en segundo lugar, odontología y clínica médica. Esto se relaciona con lo mencionado en párrafos anteriores respecto al perfil asistencial del Hospital, con eje centrado en la atención de la guardia.

### PROGRAMAS PREVENTIVOS DE SALUD

En este punto se analiza específicamente la implementación de los programas preventivos de salud, como acciones básicas a llevar a cabo desde el sistema municipal de salud, apoyadas desde diversos programas nacionales y provinciales e incorporadas en las leyes que al respecto están vigentes.

La importancia de contar con estos datos radica en:

- La posibilidad que brindan de realizar una aproximación acerca de estado de implementación de los programas preventivos de salud por parte del sistema sanitario público de Almafuerde.
- Significan un insumo para la elaboración del Plan de Salud, en la medida que ofrecen un diagnóstico de la situación actual.

- A partir de los mismos se pueden elaborar algunos indicadores de cobertura que sirven de línea de base para realizar futuras evaluaciones.

Como se mencionó anteriormente los datos que se analizan fueron registrados los profesionales en las planillas diarias de consultas (C1), por lo que es necesario realizar algunas consideraciones previas relacionadas a la calidad de los mismos:

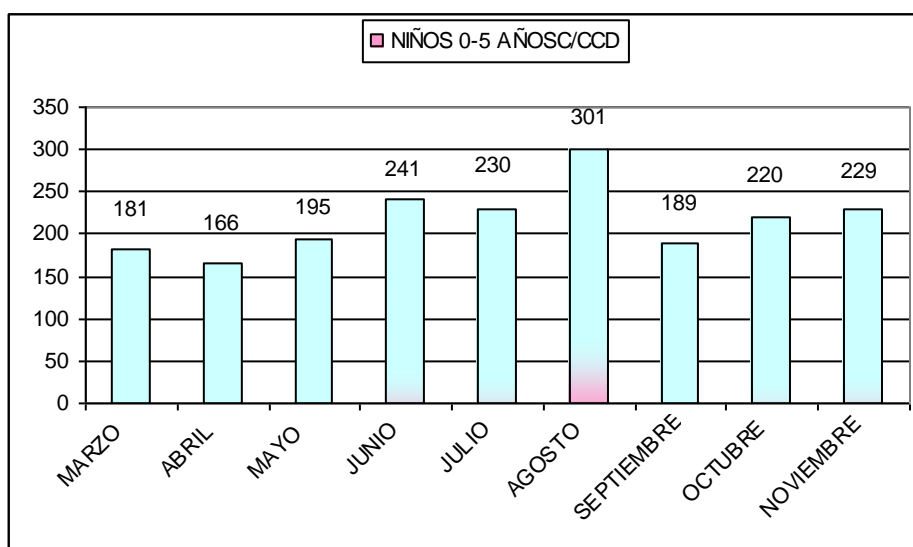
-Es probable que algunos de los datos que constan en las planillas no se hayan registrado correctamente; no obstante permiten reflejar la situación actual, al tiempo que plantean la necesidad de incorporar mecanismos institucionales que garanticen el registro de las prestaciones de acuerdo a la normativa, por parte de todo el equipo de salud.

- En el presente análisis se consideran los datos de consultas de manera equiparable a personas que consultan. Al no poder precisar si efectivamente las consultas informadas por los profesionales corresponden en todos los casos a distintas personas, se decidió tomar este criterio en la elaboración de los indicadores, ya que si hubiera situaciones que no fueran así, muy probablemente no sean numerosos, y en todos los casos empeorarían los indicadores.

- Los datos censales que se utilizan para la construcción de los indicadores de cobertura de los programas fueron extraídos de la información que consta sobre Almafuerde en el Censo Provincial llevado a cabo en el 2008; para calcular la población sin cobertura social se tomaron los datos del mismo año pero para la población de toda la provincia, ya que no están disponibles los locales. Por tanto para construir el denominador de dichos indicadores, se trabajó con estimaciones.

No obstante estas limitaciones, se considera muy importante contar con estos datos, ya que como se mencionó anteriormente, brindan la posibilidad de describir la situación previa y los problemas que deben ser resueltos a corto, mediano y largo plazo.

Gráfico N° 4: Cantidad de niños menores de 5 años con control de crecimiento y desarrollo. Período Marzo – Noviembre 2011



Como es esperable, los meses invernales tuvieron mayor cantidad de consultas, debido a las patologías prevalentes de dicha estación.

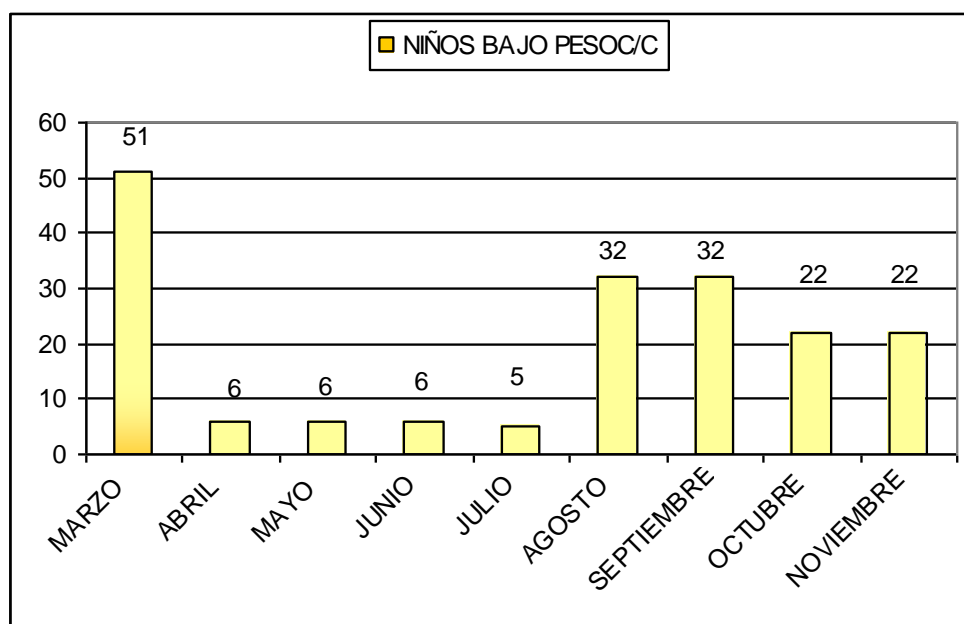
El promedio de niños de 0 a 5 años que concurrieron a control entre Marzo y Noviembre de 2011 es de 217 niños; lo que tomando los datos de niños de 0 a 4 años según datos del Censo Provincial 2008, representa:

- **22% de la totalidad de niños de esa edad, con y sin obra social** (sobre un total de 980 niños)
- **50% del total de niños de 0 a 4 años sin obra social** (sobre 431 niños sin obra social)

Estos datos reflejan una muy baja cobertura del programa de control de crecimiento y desarrollo, cuyos indicadores serían más bajos si se tiene en cuenta que no pudieron considerarse los niños de 4 a 5 años, por no contar con esa información.

Desde el punto de vista sanitario, esta situación revela una grave falencia y un problema de salud a resolver en el corto plazo, ya que en una población con la cantidad de habitantes de Almagre, debe tener una cobertura del 100% de los niños sin obra social.

Gráfico N 5: Cantidad de niños menores de 5 años con bajo peso con control. Período Marzo – Noviembre 2011



Los datos correspondientes a este gráfico son preocupantes debido a varios aspectos:

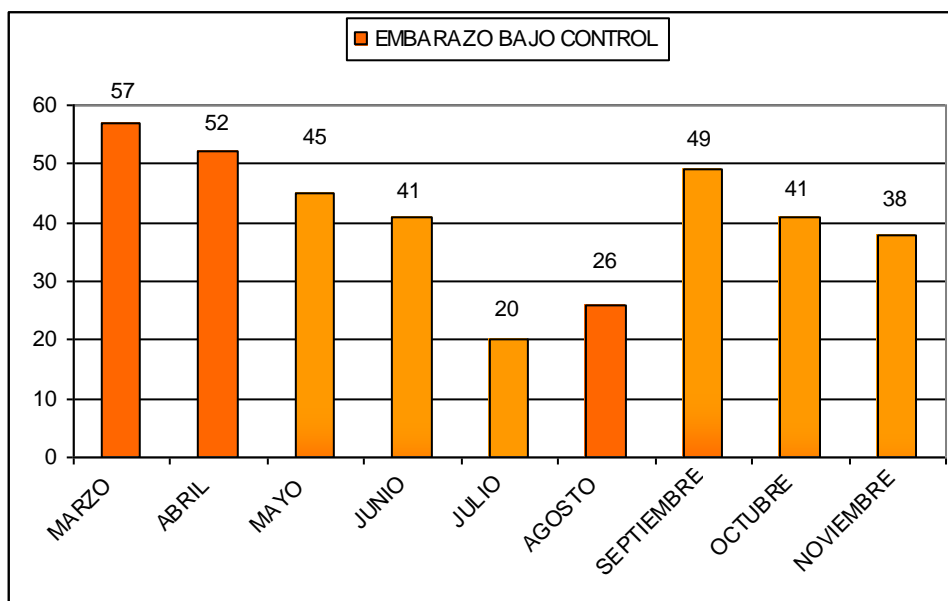
- No es posible visualizar la cantidad de niños desnutridos de la localidad.
- No se conoce el grado de desnutrición que estos niños presentan.
- La excesiva variación de los datos mensuales refleja la falta de seguimiento de estos niños y/o la falta de registro.
- Tomando los meses de Marzo y Agosto, los porcentajes de niños desnutridos fueron del **28% y 10%** respectivamente del total de niños controlados en dichos meses.

Debido a que estos porcentajes están muy por encima de la media nacional (8%) y de los peores indicadores del país, registrado en las zonas más desfavorecidas (10,5%), se desprende que existen serias dificultades de registro y de análisis de los datos.

Esto cobra gravedad ya que se trata de un problema de salud que es considerado prioritario mundialmente y cuyo indicador es tomado para valorar el nivel de desarrollo social. Por otro lado la detección, tratamiento y seguimiento de los niños desnutridos le corresponde casi con exclusividad al primer nivel atención.



Gráfico N 6: Cantidad de embarazadas bajo control. Período Marzo – Noviembre 2011



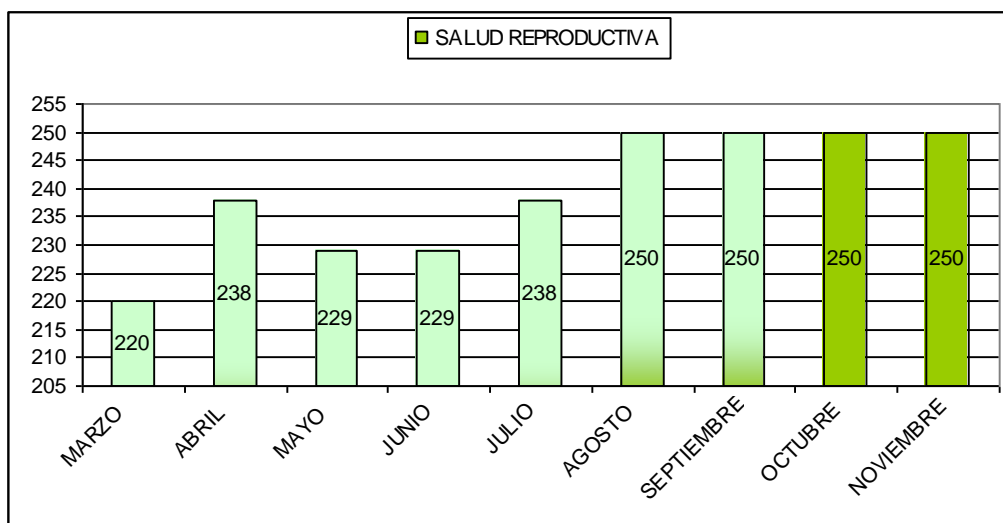
Este programa tiene como objetivo principal la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad materna y perinatal, por lo que es considerado uno de los programas preventivos básicos, a implementarse en centros de atención primaria de la salud.

Los datos del gráfico muestran cierta variación en la cantidad de embarazadas controladas, a excepción de Julio y Agosto que desciende, lo que podría estar indicando un problema en el registro y/o falta de seguimiento de la esta población.

Debido a que el protocolo de control prenatal establece que dichos controles deben ser realizados mensualmente para embarazos normales, es de esperar que esta variación sea menor.

Teniendo en cuenta el mes con mayor control de embarazo, presenta 57 embarazadas controladas, lo que representan el 2,4% del total de mujeres en edad fértil (2355 mujeres de 15 a 44 años, según datos del Censo Provincial del 2008). No obstante al contar con ningún mecanismo de detección y captación de embarazadas, no se puede establecer un indicador de cobertura de este programa.

Gráfico N° 7: Cantidad de consultas correspondientes al programa de salud sexual y procreación responsable. Período Marzo – Noviembre 2011



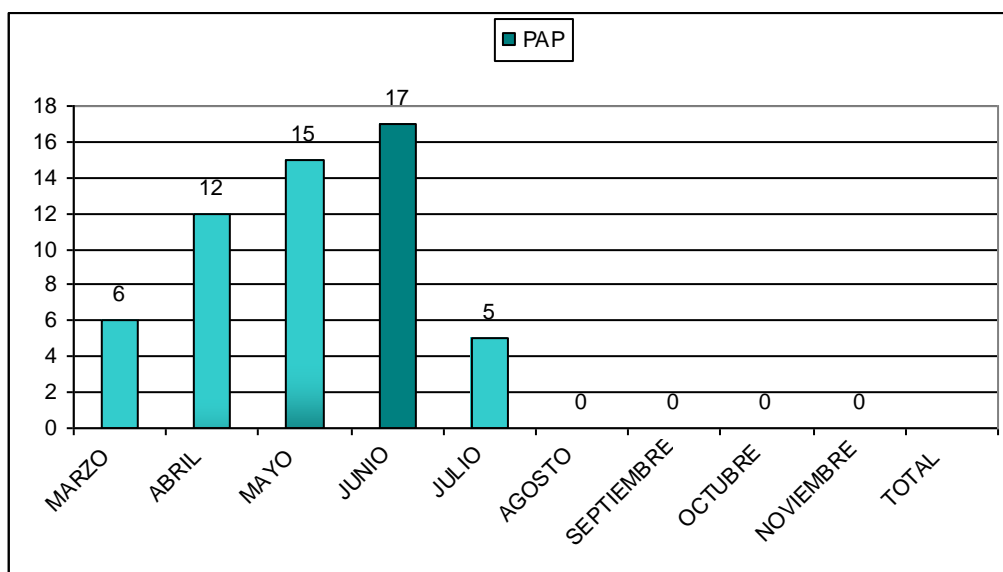
Según lo que se desprende de los datos del gráfico se puede decir que:

- El promedio de consultas durante los 9 meses analizados es 239, lo que significa que aproximadamente el **10% del total de mujeres en edad reproductiva estarían incorporadas al programa de salud sexual y procreación responsable** (2355 mujeres de 15 a 44 años según datos censales del 2008).
- Esta cobertura podría ser menor si una misma persona concurre más de una vez por mes y si concurrieron también hombres a las consultas.

Este indicador es muy bajo, sobre todo teniendo en cuenta que el Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable provee todos los anticonceptivos de manera gratuita.

Es de destacar la relevancia sanitaria que tiene el mejorar los indicadores de este programa, ya que el mismo fue incluido en el PMO (Programa Médico Obligatorio) en el año 2007; por otro lado a través de estas acciones de atención primaria se trabaja en prevención de ETS (enfermedades de transmisión sexual), embarazos no planificados, reducción de muertes maternas por abortos, prevención indirecta del maltrato infantil, entre otros aspectos.

Gráfico N° 8: Toma de citología- PAP. Período Marzo – Julio 2011



Es necesario aclarar que la toma de Papanicolaou -PAP- durante el año 2011 sólo se realizó hasta el mes de Julio, ya que a partir de esa fecha dejó de prestar sus servicios en el Hospital la médica que los realizaba.

El Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico-uterino se relanzó en el año 2008, proponiéndose reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero, que afecta principalmente a mujeres mayores de 35 años.

En el Hospital de Almafuerte solamente se hicieron 54 PAP en el año 2011, lo que significaría que sólo el **5,9% de las mujeres de 35 años y más, sin cobertura social se realizaron PAP en el Hospital** (tomando como base la estimación de 915 mujeres mayores de 35 años, sin obra social, según datos del Censo Provincial 2008).

Este indicador es muy bajo, el que podría ser aún menor si entre las 54 mujeres a las que se le realizó PAP hubieren menores de 35 años.

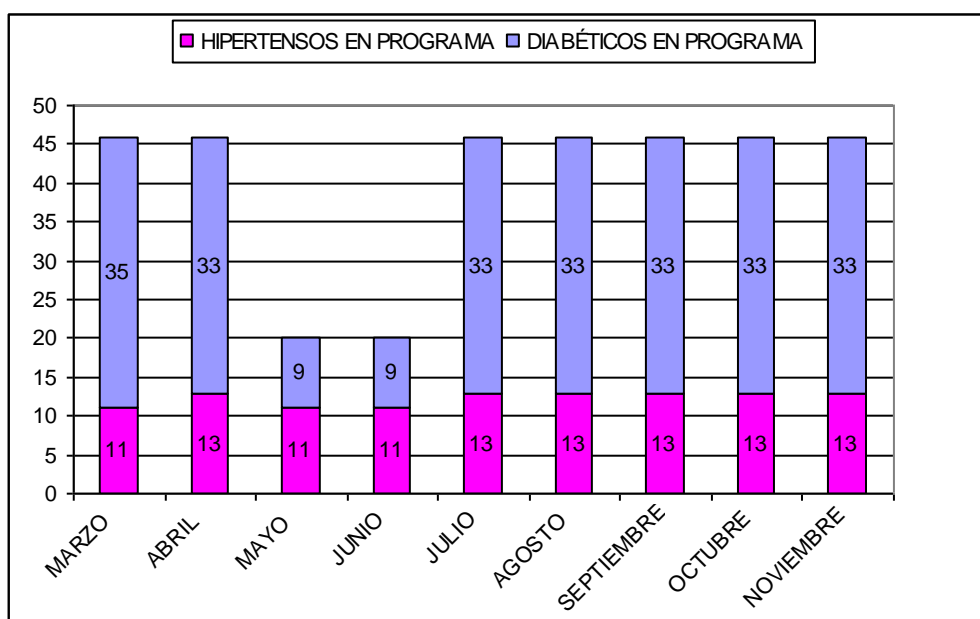
Se destaca que en el año 2009 la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el departamento Tercero Arriba fue de 6,1% (15 muertes de mujeres por esta causa), estando 2 puntos por encima de la media provincial (4,4%).

El 80% de las muertes por este tipo de cáncer se pueden evitar con la toma de citología según recomendaciones vigentes; esto implica que 12 de las 15

muertes de mujeres producidas en dicho año en el departamento Tercero Arriba, se deberían haber evitado.

Estos datos marcan la importancia de esta prestación desde el punto de vista sanitario, la cual está establecida como una de las actividades médicas que deben realizarse en todos los Centros de Salud y Hospitales del país.

Gráfico N° 9:: Pacientes hipertensos y diabéticos con control. Período Marzo – Noviembre 2011



Tanto la hipertensión arterial (HTA) como la diabetes (DBT) se encuentran dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes dentro de la población adulta; por esta razón es que existen programas específicos que apuntan a la prevención, detección y tratamiento de las mismas.

La prevalencia nacional de HTA 29,9% y DBT es 8,5%.

No existiendo ninguna razón conocida que haga suponer que las medias de Almafuerte para ambas patologías podrían ser inferiores a la media del país y considerando que según los datos censales del 2008, serían 2499 los habitantes mayores de 20 años sin cobertura social, se podría estimar lo siguiente:

- Diabetes
  - Aproximadamente unas 212 personas tendrían diagnóstico de diabetes en la localidad, siendo controlados en el Hospital unos 33 pacientes.

- Sólo el **0,3% de las personas con diabetes que debieran ser atendidas por el sistema público están siendo controladas en el mismo.**
  - La situación es preocupante no sólo por la muy baja cobertura, sino por el hecho de que en los meses Mayo y Junio la atención de esta patología descendió de 33 a 9 pacientes, lo que implica también la falta de atención longitudinal de esta patología crónica.
- Hipertensión arterial
    - Habría aproximadamente unos 747 pacientes hipertensos, siendo controlados en el Hospital sólo unas 13 personas.
    - El **1,7% de los pacientes hipertensos que debieran ser atendidos por el sistema público están siendo controladas en el mismo.**

Al igual que la situación descrita en el resto de los programas, son numerosas las falencias que se observan en la implementación de control de la HTA y DBT.

#### **2.4 ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS**

En este punto se presentan los datos que fueron recogidos a través de la observación, entrevistas y reuniones, los cuales permiten obtener la visión de otros actores involucrados en la realidad local.

En esta primera instancia de diagnóstico se realizaron **reuniones con representantes de Centros Vecinales** ubicados en zonas vulnerables de la ciudad (El Salto y Parque). En dichos encuentros los referentes barriales manifestaron diversas problemáticas con relación a la salud, entre las que se destacan:

- Las guardias no atienden consultas pediátricas.
- Para conseguir turnos deben concurrir en horarios de la madrugada, no garantizando tampoco la atención en el día.

- Ausencia de médicos en los Barrios, lo que dificulta la realización de los controles de salud de los niños, sacar turno a las “2 o 3 de la madrugada”, “dejar los chicos solos”.
- La falta de registro de las consultas en la historia clínica.
- Ausencia de programas de salud reproductiva.
- No disponen de medios para el traslado ante las urgencias y las familias no cuentan con medios propios para garantizar los mismos.

Por otra parte, se realizó una **reunión con el personal del Hospital**, al cual concurrieron 21 empleados de todas las áreas (profesionales, administrativos, maestranza y mantenimiento). A continuación se detallan los principales aspectos que se trataron en dicho espacio:

- Se plantearon diversas demandas con respecto a los consultorios, ausencia de médico clínico y farmacia por la tarde, incorporación de traumatólogo, neurología y aumento de horas para oftalmología.
- La demanda de capacitación fue un aspecto común de reclamo, principalmente en temáticas relativas a accidentología y emergentología, por ser uno de las problemáticas prevalentes en la atención. Asimismo, se planteó la falta de apoyo de otras gestiones a la capacitación del personal.
- Se relataron diversas experiencias de actividades de promoción de la salud llevadas a cabo en las escuelas, especialmente de Salud Oral.
- Se trabajaron dificultades e inquietudes compartidas por la mayoría del personal en relación a problemáticas psicosociales, siendo la más recurrente la violencia familiar; surgiendo como necesidad la articulación con Psicología y el Área de Desarrollo Social. Se destacó como importante retomar el funcionamiento del grupo GRANVI (grupo de apoyo a la no violencia).
- Se explicitaron la existencia de conflictos al interior del personal, que obstaculizan la articulación de acciones y el trabajo conjunto.
- En lo inmediato, se propuso la creación de un Comité de Capacitación y Docencia, como modo de comprometer y estimular al personal en estas temáticas, aspecto que tuvo aceptación por la mayoría de los asistentes a la reunión; se acordó que para mediados de Marzo el mismo estaría

conformado, planteando un programa de capacitación para el año 2012. Asimismo el Director del Hospital se comprometió a socializar a través de un transparente, las invitaciones que reciba el municipio sobre cursos, congresos y otras capacitaciones pertinentes.

- Por parte de los coordinadores hicieron explícitos los lineamientos planteados para el área, desde el primer nivel de atención, resaltando la importancia de que la institución y el equipo funcione articuladamente, en post de lograr la promoción de la salud, la prevención y asistencia de las patologías prevalentes y el reforzamiento del sistema de referencia y contrarreferencia con los otros efectores de la zona.

En general, los participantes colaboraron en el desarrollo del encuentro, destacando reiteradamente como muy positivo el mismo, el que fue interpretado como una señal de apoyo desde la gestión política y técnica al área y al personal.

Se observó que los profesionales no sólo actualmente desarrollan sus actividades de manera fragmentada, sino que no se hicieron referencias a experiencias anteriores de trabajo en equipo, por lo que este modo de funcionamiento pareciera ser histórico, careciendo de antecedentes de trabajo interdisciplinario entre los miembros.

Se considera indispensable ocuparse de manera inmediata de este aspecto, comenzando a revalorizar e incentivar al personal para lograr cambios que favorezcan la producción individual y grupal del equipo, centrandolo al mismo en las tareas a desarrollar. Se encontró muy buena predisposición en este sentido, solicitando los participantes se lleven a cabo reuniones de manera sistemática.

## 2. 5 CONCLUSIONES

Analizando la información desarrollada en este apartado, a continuación se retoman aquellos aspectos que representan problemas para la situación de salud de la población, los que deben ser solucionados durante el desarrollo de la gestión actual, propósito que guió la formulación del presente Plan de Salud.

Asimismo se señalan diversos elementos que pueden favorecer la implementación de los cambios necesarios en post de lograr el acceso a los servicios de salud de la población de Almafuerte.

- **PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS**

En relación al Sistema Sanitario de Almafuerte:

- Está centrado en un único efector, el Hospital; en consecuencia se trabaja respondiendo eminentemente a una lógica hospitalaria: el eje es fundamentalmente la atención de patologías por consultorio externo y guardia, sin articulación entre las diferentes prestaciones que brinda el equipo de salud.
- Se centra también en la atención individual, perdiendo la perspectiva de abordaje familiar y comunitario.
- Las prestaciones se realizan solamente en función de la demanda espontánea, quedando descubierta la salud de las personas que por diversas causas no concurren al Hospital.
- En términos generales existe una escasa productividad por parte del equipo de salud, tomando como referencia la cantidad de consultas registradas por los mismos.
- La implementación de los programas de salud (control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años, control de embarazos, salud sexual y reproductiva y control de enfermedades crónicas no transmisibles -hipertensión y diabetes-) comparten importantes problemas:
  - ✓ Muy bajos indicadores de cobertura.
  - ✓ No existe seguimiento de la población bajo programa.
  - ✓ Esto significa que no sólo es muy poca la población que recibe estos servicios, sino que muy probablemente no se brinden la



cantidad de controles necesarios según los protocolos vigentes

- ✓ No hay acciones que apunten a detectar y a incorporar a los programas las personas sin control y/o con problemas de acceso al sistema sanitario.
  - ✓ Fallas en los registros de las prestaciones.
  - ✓ Prestaciones preventivas básicas como el PAP, para el rastreo del cáncer cérvico uterino no se realiza desde el mes del Agosto del 2011.
- No hay claridad en relación a la cantidad de niños desnutridos que se atienden en el Hospital, como tampoco se conoce el grado de desnutrición, ni existe seguimiento para este grave problema de salud.
  - Falta de atención de algunas especialidades básicas por la tarde, dejando sin cobertura de salud a un sector poblacional que no puede concurrir por la mañana.
  - Los Barrios con mayor nivel de vulnerabilidad socioeconómica, donde muy probablemente residen personas sin cobertura, son los más alejados del Hospital, significando esto una barrera en la accesibilidad geográfica al mismo. Las escasas prestaciones que se realizan en las salitas de los Barrios El Salto y Sol de Mayo, no alcanzan para cubrir las necesidades de salud elementales de esta población.
  - Las acciones de prevención primaria no están incorporadas como correspondientes a su responsabilidad, siendo que las mismas son propias de la atención primaria de la salud y del primer nivel de atención.
  - Las problemáticas de la salud física y los problemas psicosociales y psicológicos se atienden sin articularlos entre sí; por otro lado, ambos no son incorporados desde el análisis de los contextos sociales. Es decir, no se incorpora una visión integral del ser humano, desde una perspectiva de la salud bio-psico-social.
  - No hay presencia de la disciplina de Trabajo Social en el Área Salud, profesión fundamental para la planificación e implementación de los programas preventivos a nivel hospitalario y comunitario.
  - Los datos recogidos a través de las entrevistas a referentes barriales reflejaron estos mismos problemas, al tiempo que expresaron otras dificultades como la falta de atención de pediatría en la Guardia, los

horarios en los que deben concurrir para conseguir los turnos y el trato que suelen recibir por parte de personal del Hospital.

Tomando en cuenta diferentes datos recabados a través de encuentros con los profesionales del municipio, así como otros equipos técnicos y referentes barriales, se evidenció que las *problemáticas psicosociales* son importantes en la ciudad; las mismas estarían relacionadas con:

- Violencia de género
- Situaciones de maltrato infantil y/o dificultad de las familias para cumplir con su función de contención, protección y promoción del desarrollo saludable de sus miembros.
- Problemáticas vinculadas a la salud sexual y reproductiva
- Problemáticas escolares: dificultades de conducta y aprendizaje en los niños

Con respecto a los datos demográficos, el análisis de los mismos muestran una serie de aspectos que merecen profundizarse en su conocimiento, con el fin de que las Áreas de Salud y Desarrollo Social del municipio, puedan diseñar líneas de acción que contemplen el abordaje de tales situaciones:

- Los datos estarían reflejando una deserción en el ciclo de especialización del nivel medio, a partir de los 15 años.

Teniendo presente que este abandono de las instituciones educativas se produce en una edad donde la contención es indispensable para el atravesamiento de la etapa de la adolescencia sin mayores dificultades, sería importante profundizar el conocimiento de la situación de este grupo etario.

La preocupación por escasos espacios de inclusión de adolescentes también fue manifestada por los referentes barriales, en términos de la poca de oferta deportiva y/o recreativa (esta misma situación fue manifestada para los niños de los Barrios más alejados del centro de la ciudad).

Desde otra mirada del problema también los referentes plantearon la existencia de numerosas madres solteras jóvenes.

- El hecho de que la tasa de envejecimiento de Almafuerde supere la tasa provincial, reflejaría una población importante de adultos mayores. Por esta razón y por la situación de vulnerabilidad propia de esta etapa vital, se considera necesario plantear líneas de acción para este sector, así como priorizar su incorporación a los programas de salud.
- Si bien los datos en relación a los aspectos habitacionales muestran que es bajo el porcentaje de población con viviendas precarias, este es un indicador que podría estar revelando problemas sociales y de salud de estas familias, por lo que es indispensable identificarlas en el corto plazo y orientar acciones para mejorar su calidad de vida.

- **PRINCIPALES FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES**

- Si bien aún no están disponibles datos actualizados de la población sin cobertura de obra social, plan de salud o mutual de Almafuerde, a partir de la información con la que se cuenta, se puede estimar de dicha población es de aproximadamente unas 5000 personas, lo que significa un número que se puede cubrir sanitariamente con el desempeño de un sólo equipo interdisciplinario de profesionales.
- La distribución espacial de esta población, la cual posiblemente se localice en los barrios más vulnerables, los que a su vez están ubicados geográficamente en zonas relativamente cercanas entre sí, favorece el desarrollo de las actividades en terreno.
- El compromiso por lograr un cambio en las políticas sanitarias de la localidad por parte del Intendente, otros funcionarios y responsables de las Áreas de Salud y Desarrollo Social, representa el principal aspecto para poder alcanzarlo.

**PLAN DE SALUD**  
**PERÍODO 2012 - 2015**

### 3.1 FUNDAMENTOS

La propuesta para el ámbito sanitario público de la ciudad de Almafuerse se basa en los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de Salud, a partir de la formulación de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Dicha estrategia parte de **valores** que son los que van a fundamentar y guiar todas las políticas que se implementen:

- **Derecho a la salud:** la salud considerada como un derecho fundamental de los sujetos.

- **Equidad:** todas las personas deben tener las mismas posibilidades de acceso a los servicios de salud independientemente de su capacidad de pago; es decir se trata de dirigir los servicios a los que tienen mayores necesidades.

- **Solidaridad:** posibilidad de trabajar con éxito junto a otros sectores y actores sociales cuyo apoyo es necesario para mejorar la salud y las condiciones que la determinan.

La salud es un derecho que está consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos y también en la Constitución Nacional, teniendo entonces categoría de derecho constitucional.

La **Declaración Universal de Derechos Humanos** lo insta en el artículo 25, párrafo 1, cuando afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

También está reconocido en el inciso IV, apartado e) del artículo 5 de la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial**, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**, de 1979.

En el ámbito provincial la **Ley de Garantías Saludables**, promulgada en el año 2003, sostiene en su artículo 1 que "...el Estado Provincial deberá ajustar el desarrollo de sus acciones en garantía del derecho a la salud de todos los habitantes de la Provincia, sobre la base de la igualdad en el acceso a las

prestaciones, de la equidad en la asignación de los recursos y la difusión y promoción del autocuidado de la persona, el que estará integrado por la totalidad de los prestadores habilitados por la Autoridad Sanitaria Provincial”.

El sistema de salud está compuesto por tres **niveles de atención**: primario, secundario y terciario. Cada uno de ellos supone un conjunto de establecimientos de salud, con niveles de complejidad necesaria para dar respuestas a los problemas de salud de diferente magnitud y severidad.

Lo expresado anteriormente se puede categorizar según las respuestas en salud del siguiente modo: (Ase, Buriyovich, De La Serna, 2007):

<b>Primer Nivel</b>	Problemas frecuentes (de naturaleza simple)	Requieren respuestas tecnológicamente simples
<b>Segundo Nivel</b>	Problemas menos frecuentes (de naturaleza no tan simple)	Requieren respuestas tecnológicamente medias
<b>Tercer Nivel</b>	Problemas de ocurrencia rara (de naturaleza compleja)	Requieren respuestas tecnológicamente complejas

El **sistema de salud público de Almafuer** se encuadra principalmente en el Primer Nivel. El mismo implica una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos.

Le corresponde el desarrollo de actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes, dentro de la estrategia de atención primaria de la salud. Mediante estas acciones se cubren aproximadamente el 70-80% de la población.

De este modo, se plantea que la **Misión** del Área Salud de la Municipalidad de Almafuer es:

**Garantizar el derecho a la salud de la toda población mediante la implementación de políticas de cuidado de la salud y atención de la enfermedad que serán *accesibles, equitativas, integrales y participativas*.**

## **3.2 OBJETIVOS**

### **Objetivos Generales**

1. Garantizar el acceso a los Servicios de Salud de todos los habitantes de Almafuerte, priorizando la población vulnerable.
2. Consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud como núcleo central y eje del modelo de atención, desde una concepción bio-psico-social del proceso salud-enfermedad.

### **Objetivos Específicos**

1. Asegurar la atención de los habitantes de la ciudad, especialmente de aquellos sin cobertura.
2. Garantizar la cobertura de servicios básicos en el Hospital y la asistencia de la emergencia.
3. Fortalecer la implementación de los programas de salud y de atención de patologías prevalentes de los diferentes grupos etáneos, en los niveles individual, familiar y comunitario.
4. Desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud a nivel comunitario, a partir de las necesidades de salud de la población vulnerable.
5. Desarrollar estrategias de prevención y atención a las problemáticas psicosociales y de salud mental prevalentes.
6. Garantizar la calidad de las acciones sanitarias y la atención integral.
7. Incorporar estrategias de trabajo en red:
  - con los niveles de mayor complejidad del sistema sanitario (sistema de referencia y contrarreferencia)
  - con otras áreas de la gestión –desarrollo social, educación, obras públicas, defensa civil, deporte y cultura, etc.- (redes intersectoriales)
  - con instituciones de la ciudad (redes inter-institucionales)

### 3.3 ESTRATEGIAS

La implementación y consolidación del modelo de atención primaria de Almafuerte supone el desarrollo de estrategias tales como:

- El **trabajo interdisciplinario** como punto de referencia para el abordaje y desarrollo de las acciones de salud, a partir del modelo bio-psico-social. De esto se desprende la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y odontólogos).
- El abordaje de los problemas de salud a nivel **territorial**, implica el desarrollo de acciones comunitarias de acuerdo al reconocimiento local en cuanto necesidades y formas de resolución inherentes a la población, priorizando las zonas geográficas más desprotegidas; de allí la importancia de extender la atención del Hospital a los barrios como puntos estratégicos para desarrollar las acciones de salud.
- El enfoque **integral e integrado** supone el reconocimiento de la persona como una unidad bio-psico-social y del proceso de salud – enfermedad a lo largo del ciclo vital. De esto surge la necesidad de implementar los programas de salud acordes a los diferentes grupos etarios y teniendo en cuenta las enfermedades prevalentes según las etapas del ciclo vital.
- La **intersectorialidad** en cuanto estrategia que implica la articulación con diferentes jurisdicciones (nacional, provincial), áreas del municipio (área social, educación, deportes, etc.) y organizaciones de la sociedad civil, mediante el trabajo en red que potencialice las acciones de salud.
- **Capacitación del RRHH**: la consolidación del modelo de atención primaria en salud no sólo se da a partir de la existencia de equipos interdisciplinarios, sino la generación de espacios de capacitación y formación de los recursos humanos en el nuevo enfoque de atención.
- La promoción de la **participación comunitaria** es fundamental tanto para el desarrollo de acciones de autocuidado de la salud, como para la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas y necesidades de salud.
- La **comunicación social** como instancia de difusión y concientización de largo alcance.



### **3.4 EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD DE ALMAFUERTE.**

#### **ACTIVIDADES, METAS E INDICADORES**

Con el propósito de dar cumplimiento a la política y objetivos descritos, se enuncian acciones cuyo cumplimiento será progresivo, planteando metas intermedias para el primer año y metas para lograr en los años subsiguientes de la gestión.

De esta manera en las **acciones para el primer año de implementación del Plan de Salud** se priorizan los siguientes logros:

- Optimizar la cobertura de servicios básicos en el Hospital y el Servicio de Guardia.
- Fortalecer la ejecución de los Programas Preventivos de Salud de las Personas, teniendo en cuenta los diferentes grupos etarios, priorizando en este primer período la salud materno-infantil y los adultos mayores institucionalizados.
- Poner en funcionamiento pleno los Programas de Salud Nacionales y Provinciales: Plan Nacer, Remediar, Procordia, Médicos Comunitarios, etc.
- Implementar el Programa de Salud Escolar en las escuelas primarias de la localidad.
- Mejorar la accesibilidad geográfica de los sectores de mayor vulnerabilidad socioeconómica: Barrios El Salto, Parque, Sol de Mayo, Monoblock y Cortaderos de Ladrillos.

Para lograrlo se planifica la puesta en funcionamiento de dos Centros de Salud:

- Barrio El Salto
- Barrio Sol de Mayo

En los mismos se prevé que se realicen principalmente acciones correspondientes a la implementación de los Programas Preventivos y actividades de promoción y protección de la salud.

A tal fin se requiere de la conformación de un Equipo Interdisciplinario para realizar trabajo en terreno, constituido por *Trabajador Social, Psicólogo, Enfermero y Médico Generalista o de Familia*.

Se considera conveniente realizar tareas 2 días en Barrio El Salto, 2 días en Sol de Mayo y 1 día Cortadero de Ladrillos, priorizando en una primera etapa el conocimiento de la situación de salud de las familias, a través del relevamiento poblacional, focalizando la incorporación de los niños y embarazadas a los programas materno-infantiles.

- Fortalecimiento del RRHH, intentando lograr la motivación por el proyecto de salud de la gestión y el compromiso con la tarea. En este primer año se centrará en:
  - Capacitación
  - Mejora del clima laboral
  - Respeto por los protocolos y legislación vigentes
  - Optimización de los sistemas de registros de prestaciones
  
- Por otro lado, teniendo en cuenta que el agua segura y el saneamiento ambiental son elementos fundamentales para el gozo de buena salud, se torna indispensable garantizar el acceso a agua segura y la eliminación adecuada de excretas de la población que aún no cuenta con dichos servicios. En consecuencia otra meta que la gestión debería lograr a mediano plazo es que todos los habitantes de Almafuerte gocen del derecho al agua segura y a la adecuada eliminación de excretas.

A continuación se detallan las actividades requeridas para el cumplimiento de cada uno de los objetivos, con las metas a mediano y largo plazo, los indicadores y los registros necesarios para monitorear y evaluar la implementación del Plan de Salud en su totalidad.

**Objetivo Específico N° 1:** Asegurar la atención de los habitantes de la ciudad, especialmente de aquellos sin cobertura.

Descripción de las Actividades

1. Deberá realizarse la *ampliación de Servicios* hacia zonas de mayor vulnerabilidad, con sede en Barrios El Salto y Sol de Mayo.
2. *Relevamiento poblacional:* se trata de un relevamiento de todas las familias, llenando una planilla diseñada a tal fin, con el fin de conocer la población en especial sin cobertura social, ampliar la cobertura de los programas preventivos de salud, detectar los problemas de salud y factores de riesgo individuales y familiares, para poder brindar las respuestas sanitarias adecuadas. Se prevé completar durante el 1º año el relevamiento en las zonas de mayor vulnerabilidad socioeconómica, para luego avanzar sobre la detección de otras personas sin cobertura.
3. *Cartografía:* se trata de una representación gráfica en un plano de la ciudad en general y más específicamente del sector poblacional vulnerable, en donde se consignan los datos recogidos a través del relevamiento en relación a las problemáticas de salud y factores de riesgos individuales, familiares y/o ambientales. Es una herramienta indispensable para el seguimiento de la población a cargo y de las intervenciones del equipo de salud, por lo que su actualización es constante, en la medida que se avanza con dichas intervenciones.
4. Incorporación progresiva de la población a los programas de salud correspondientes.
5. Detección de población de riesgo e incorporación a los programas de salud correspondientes.

<b>Actividad</b>	<b>Metas al año</b>	<b>Metas a partir del 2º año</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>
1. Ampliación de servicios a zonas de mayor vulnerabilidad	-Servicios básicos de salud (médico generalista y enfermero) funcionando al menos dos días a la semana en Barrios El Salto y Sol de Mayo, con cobertura de todas las zonas vulnerables -Idem para equipo de psicología y trabajo social		-Ver indicadores programas especificados para las consultas realizadas en los Centros de Salud de ambos Barrios (Ver Obj. siguientes)	-Instalaciones y equipamiento adecuados en los Centros de Salud de ambos Barrios  -Planillas de registro diario
2. Relevamiento	-100% de la familias de zonas vulnerables relevadas -Diseño de estrategias de identificación y relevamiento de personas sin cobertura en toda la ciudad	-Sistemas de registros actualizados de las personas sin cobertura de la ciudad	-Nº de familias relevadas de cada una de las zonas vulnerables / total de familias de cada una de las zonas vulnerables -Familias y/o personas sin cobertura de toda la ciudad relevadas	-Cartografía de la cada una de las zonas, donde figuren claramente los hogares que la constituyen -Cartografía de la ciudad con población sin cobertura -Planillas de relevamiento
3. Cartografía	-Cartografía actualizada de todas las zonas vulnerables	-Cartografía actualizada de toda la población sin cobertura de la ciudad	-Nº de familias identificadas en la cartografía bajo programas/Total de familias identificadas en la cartografía	-Cartografía -Planillas de relevamiento
4. y 5. Incorporación a los programas de salud	Ver Objetivos siguientes	Ver Objetivos siguientes	Ver Objetivos siguientes	Ver Objetivos siguientes

**Objetivos Específicos N° 2, 3 y 4:** Garantizar la cobertura de servicios básicos en el Hospital y la asistencia de la emergencia; fortalecer la implementación de los programas de salud y de atención patologías prevalentes de los diferentes grupos etarios, en los niveles individual, familiar y comunitario; desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud a nivel comunitario, a partir de las necesidades de salud de la población vulnerable.

Descripción de las Actividades:

**A. Servicios básicos en el Hospital**

Con el propósito de garantizar la asistencia médica en el Hospital se deberá establecer:

- Consultorio externo de las especialidades básicas (pediatría, gineco obstetricia, medicina general), durante 8 hs. diarias, con independencia del Servicio de Guardia; laboratorio y diagnóstico por imágenes.
- Asistencia de la emergencia a través del Servicio de Guardia, las 24 hs., 7 días de la semana.

**B. Programas preventivos de salud**

Se deberán poner en marcha Programas de Cuidado de Salud de las Personas, en acuerdo con la legislación y protocolos vigentes, teniendo en cuenta los diferentes grupos etarios: salud de la mujer, salud de niños y niñas, salud de adolescentes, salud de los adultos, salud de los adultos mayores.

El Ministerio de Salud de la Nación formuló el **Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes** con el fin de reducir la mortalidad materna, infantil y de la mujer y de las adolescentes; éstos son indicadores de un proceso continuo de la atención a la mujer en general, la mujer en edad reproductiva y la embarazada, el parto, el recién nacido y el niño.

El Plan contempla para el **Primer Nivel de Atención** las siguientes *políticas*:

- Promoción, prevención y participación: lactancia materna, alimentación adecuada para el desarrollo infantil, ambiente saludable e inmunizaciones

- Captación temprana de la embarazada y control prenatal de calidad y pediátrico
- Optimización de los RRHH con designación de enfermero/as y obstétrico/as
- Mejoramiento del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos
- Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Estrategia de internación abreviada para enfermedades respiratorias
- Capacitación en consejería integral para la salud sexual y reproductiva
- Fortalecimiento de las estrategias de búsqueda activa para garantizar el acceso al Papanicolaou
- Mejoramiento en las condiciones de atención de adolescentes

Las estrategias relacionadas con los servicios del Primer Nivel de Atención para lograr los objetivos planteados en dicho Plan, son extender la cobertura y mejorar la atención, a través de:

- Fortalecer la gestión de los Centros a través de la conformación de equipos de salud liderados por un Coordinador de Centro, enfatizando los siguientes ejes: programación local participativa, población bajo responsabilidad del efector e identificación cartográfica.
- Promover la atención programada de la madre y el niño, incorporando los turnos programados, el fichero cronológico y la búsqueda activa.
- Promover la normalización de los controles de salud y de las patologías prevalentes, así como la utilización de registros.
- Fortalecer y promover las salas de internación abreviada para el Síndrome Bronquial Obstructivo y las Postas de Rehidratación Oral como estrategias de fortalecimiento del primer nivel de atención, aumentando su capacidad resolutive.
- Propiciar el trabajo intersectorial y las actividades extramuros.
- Fortalecer el acceso universal a la información pertinente y oportuna en materia de salud sexual y reproductiva y a una canasta de métodos anticonceptivos, seguimiento, fichero cronológico y búsqueda activa de mujeres en edad reproductiva.
- Promover la búsqueda activa para la realización de PAPs en mujeres en edad objetivo (35-64 años).

- Promover la atención de adolescentes en espacios diferenciados que promuevan sus derechos y faciliten el acceso.
- Fomentar la elaboración de proyectos de participación comunitaria con eje en los niños, las embarazadas, las mujeres en general y las adolescentes.

### **B.1 Salud de la mujer**

Los diferentes programas que componen el Área de Salud de la Mujer tienen diversos objetivos:

- Control de embarazo y puerperio: prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal. El protocolo de control prenatal establece que dichos controles deben ser realizados mensualmente para embarazos normales.
- Salud Sexual y Procreación Responsable: sus objetivos son alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que las personas puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de las adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.
- Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino: con el propósito de reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello de útero, que afecta principalmente a mujeres de 35 a 64 años.

Actividad para todos los programas descriptos a continuación: identificación de las mujeres mayores de 14 años, incorporándolas al programa correspondiente.

<b>Programas</b>	<b>Acciones (según protocolos vigentes)</b>	<b>Metas al año</b>	<b>Metas a partir del 2º año</b>
1. Control de Embarazo y Puerperio 2. Salud Sexual y Procreación responsable (SSyPR) 3. Prevención del cáncer cérvico uterino/ cáncer de mamas. 4. Control periódico de Salud	1. Control de embarazos. Valoración y seguimiento clínico. Orientación y seguimiento psicosocial 2. Orientación y provisión de MAC* 3.PAP** y examen de mamas 4.Gestión de mamógrafo móvil del Ministerio de Salud para que realice las prestaciones anualmente en la ciudad 5. Rastreo de E.C.N.T.*** Fomento de estilos de vida saludables. 6. Educación para la salud	- 75% de las embarazadas bajo programa con controles de embarazo adecuados -100% de las mujeres en edad fértil de las zonas vulnerables identificadas -PAP realizados dentro del sistema público - Examen mamario realizados por mamógrafo móvil del Ministerio -100% de las acciones de salud de la mujer realizadas según protocolos vigentes	-90% de mujeres en edad fértil sin cobertura, bajo programa - 90% de las embarazadas y puérperas sin cobertura, bajo programa con controles de embarazo adecuados - 90% de mujeres sin cobertura, con PAP y examen mamario actualizados según protocolo vigente -Implementación de acciones preventivas y comunitarias del programa de SSyPR

\*MAC: métodos anticonceptivos - \*\* PAP: papanicolau - \*\*\* E.C.N.T: enfermedades crónicas no transmisibles



## Indicadores

### 1. Control de embarazo y puerperio

- N° de embarazadas identificadas / total de embarazadas esperadas para la población a cargo (1,3% para Córdoba)
- N° de embarazadas bajo programa / total de embarazadas detectadas en la población a cargo
- N° de embarazadas bajo programa con rastreo de sífilis gestacional / total de embarazadas
- N° de embarazadas con inmunizaciones completas / total de embarazadas
- N° de embarazadas con abordaje odontológico preventivo y/o curativo / total de embarazadas diagnosticadas con problemática bucodental
- N° de embarazadas con seguimiento nutricional / total de embarazadas diagnosticadas con problema nutricional en la población a cargo
- N° de mujeres con controles en el puerperio / total de embarazadas controladas

### 2. Salud Sexual y Procreación Responsable

- N° de mujeres con acceso a información adecuada brindada por agentes de salud / total de mujeres en edad fértil de las zonas vulnerables.
- N° de hombres con acceso a información adecuada brindada por agentes de salud / total de hombres
- N° de mujeres con acceso efectivo a los MAC / total de mujeres
- N° de hombres con acceso efectivo a los MAC / total de hombres
- Acciones preventivas comunitarias y en escuelas del programa de SSyPR realizadas / Acciones preventivas comunitarias y en escuelas del programa de SSyPR planificadas

### 3. Prevención del cáncer cérvico uterino y cáncer de mamas

- N° de mujeres en edad fértil bajo programa / total de mujeres en edad fértil en las zonas vulnerables
- N° de mujeres de 50 años y más con mamografías hechas / total de mujeres de 50 años y más de las zonas vulnerables
- N° de mujeres hasta 65 años con citologías realizadas / total de mujeres hasta 65 años en las zonas vulnerables
- N° de mujeres con PAP actualizado / total de mujeres en edad fértil en las zonas vulnerables
- N° de mujeres bajo programa con examen ginecológico realizado / total de mujeres en edad fértil en las zonas vulnerables

## B.2 Salud de niños y niñas

Programas	Acciones (según protocolos vigentes)	Metas al año	Metas a partir del 2º año
1. Control de Crecimiento y Desarrollo 2. Inmunizaciones 3. Salud Escolar 4. Salud Oral 5. Control de patologías prevalentes (SBO*. SDA**)	1. Control peso talla y desarrollo psicomotor. Seguimiento nutricional. Valoración clínica. Orientación y seguimiento psicosocial 2. Inmunizaciones 3. Control odontológico, fomento de hábitos saludables 4. Diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías prevalentes 5. Educación para la salud	-75% de niños menores de 6 años bajo programa. -75% de niños menores de 6 años con inmunizaciones -100% de los niños de las zonas vulnerables identificados -Ejecución del progr. de salud escolar en el 100% de las escuelas y CIC de las zonas vulnerables (con controles médicos, oftalmológico, odontol. e inmuniz.) -80% de niños escolarizados y que concurren al CIC con controles de salud -Reducción de las internaciones/derivaciones por patologías prevalentes -100% de las acciones de salud de los niños realizadas según protocolos vigentes	-90% de niños menores de 6 años bajo programa -90% de niños menores de 6 años con inmunizaciones -90% de niños escolarizados bajo programa -Reducción de las internaciones/derivaciones por patologías prevalentes -Implementación de acciones preventivas y comunitarias

SBO\*: síndrome bronquial obstructivo. - SDA\*\*: síndrome diarreico agudo

## Indicadores

- N° de niños sin control / total de niños relevados en la población vulnerable
- N° de niños menores de 6 años bajo programa / total niños menores de 6 años en las zonas vulnerables.
- N° de niños menores de 6 años con inmunizaciones completas / total niños menores de 6 años en las zonas vulnerables.
- N° de niños menores de 6 años con controles de salud bucal / total niños menores de 6 años en las zonas vulnerables.
- N° de niños con abordaje odontológico preventivo y/o curativo / total de niños diagnosticados con problemática bucodental.
- N° de niños con seguimiento nutricional / total de niños diagnosticados con problema nutricional.
- Acciones preventivas y comunitarias realizadas / acciones preventivas y comunitarias planificadas.

### Salud Escolar:

- N° de escuelas abordadas / total de escuelas en zonas vulnerables.
- N° de escuelas abordadas / total de escuelas en la ciudad.
- N° de niños escolarizados controlados / total de niños escolarizados en zonas vulnerables.
- N° de niños escolarizados controlados / total de niños escolarizados en la ciudad.
- N° de niños con inmunización completa / total de niños escolarizados.
- N° de niños con tratamiento odontológico preventivo / total de niños escolarizados.
- N° de niños con altas básicas odontológicas / total de niños con problema bucal.
- N° de niños derivados y con tratamiento especializado / total de niños con diagnóstico de necesidad de tratamiento por especialista (incluye todas las áreas: médica, nutricional, odontología, psicosociales)

### Control de patologías prevalentes (SBO. SDA)

- Cantidad de niños atendidos con SBO / Prevalencia de la enfermedad
- Cantidad de niños derivados con SDA / Cantidad de niños atendidos

### B.3 Salud de los adolescentes

Programas	Acciones (según protocolos vigentes)	Metas al año	Metas a partir del 2º año
1. Control de salud de adolescentes. Inmunizaciones	1. Control a adolescentes escolarizados y no escolarizados.	-100% de los adolescentes de las zonas vulnerables identificados	-75 a 90% de los adolescentes con al menos un contacto anual con el equipo de salud
2. Salud Escolar	2. Campañas para completar carnet de inmunizaciones.	-75% de las embarazadas bajo programa	-100% de las embarazadas bajo programa
3. Prevención de abuso de sustancias	3. Campañas participativas con jóvenes escolarizados y no escolarizados.	-100% de las acciones de salud de los adolescentes realizadas según protocolos vigentes	-75-90% de adolescentes con inmunizaciones completas
4. Prevención de accidentes			-Implementación de acciones participativas comunitarios y en escuelas de prevención de accidentes y abuso de sustancias
5. Salud sexual y procreación responsable (ver salud sexual de la mujer)			

#### Indicadores

- N° de adolescentes con al menos un control anual / total de adolescentes de la población vulnerable.
- N° de adolescentes embarazadas con control / total de adolescentes embarazadas detectadas.
- N° de adolescentes con inmunizaciones completas / total de adolescentes.
- N° de adolescentes con abordaje odontológico preventivo y/o curativo / total de adolescentes diagnosticados con problemática bucodental.
- N° de adolescentes con seguimiento nutricional / total de adolescentes diagnosticados con problema nutricional.
- N° de adolescentes incorporados al programa de SSyPR / total de adolescentes
- Acciones preventivas comunitarias y en escuelas realizadas / acciones preventivas comunitarias y en escuelas planificadas.

## B.4 Salud de los adultos

Programas	Acciones (según protocolos vigentes)	Metas al año	Metas a partir del 2º año
1. Control de salud del adultos  2. Detección y seguimiento de ECNT* y factores de riesgo (diabetes, HTA**, dislipemia, obesidad)  3. Promoción de salud/ Estilos de Vida Saludables.	1. Controles de salud de adultos sanos consultantes y no consultantes  2. Campañas de detección de ENCT  3. Campañas de promoción de estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, etc.)	-100% de los adultos de las zonas vulnerables identificados  - 60% de los adultos diabéticos e hipertensos que ya están bajo programa continúen en el mismo, con seguimiento.  -100% de las acciones de salud de los adultos realizadas según protocolos vigentes	-75 a 90% de los adultos sin cobertura con controles de salud  - 80-90% de adultos con ENCT bajo programa  - Implementación de actividades de promoción de la salud y estilos de vida saludables

ECNT\*: enfermedades crónicas no transmisibles. HTA\*\*: hipertensión arterial

### Indicadores

- N° de adultos con problemáticas prevalentes / total de adultos en la población vulnerable.
- N° de adultos con problemática prevalente con controles periódicos (discriminado por patología) / total de adultos con problemáticas prevalentes (discriminado por patología).
- N° de adultos con inmunizaciones completas / total de población adulta
- N° de adultos con abordaje odontológico preventivo y/o curativo / total de adultos diagnosticados con problemática bucodental
- N° de adultos con seguimiento nutricional / total de adultos diagnosticados con problema nutricional
- Actividades de promoción de la salud y estilos de vida saludables realizadas / actividades de promoción de la salud y estilos de vida saludables planificadas

## B.5 Salud de los adultos mayores

Programas	Acciones (según protocolos vigentes)	Metas al año	Metas a partir del 2º año
1. Control de Salud integral de los adultos mayores (incluyendo los adultos mayores institucionalizados) Inmunizaciones.  2. Seguimiento y cuidado de patologías crónicas.	1. Controles de salud de adultos sanos consultantes y no consultantes  2. Campañas de promoción de estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, etc.) y uso del tiempo libre	-100% de los adultos de las zonas vulnerables identificados  -100% de los adultos mayores alojados en la Residencia de Ancianos y que concurren al Hogar de Día con controles de salud y valoración nutricional  -100% de las acciones de salud de los adultos mayores realizadas según protocolos vigentes	-90% de los adultos mayores sin cobertura con controles de salud y valoración nutricional  -Implementación de actividades de promoción de la salud, estilos de vida saludables y uso del tiempo libre

### Indicadores

- N° de adultos mayores alojados en la Residencia de Ancianos con controles de salud / total de adultos mayores alojados en la Residencia de Ancianos.
- N° de adultos mayores que concurren al Hogar de Día con controles de salud / total de adultos mayores que concurren al Hogar de Día.
- N° de adultos mayores sin cobertura con controles de salud / total de adultos mayores sin cobertura de la ciudad
- N° de adultos mayores con inmunizaciones completas / total de adultos mayores sin cobertura
- N° de adultos mayores con abordaje odontológico preventivo y/o curativo / total de adultos mayores diagnosticados con problemática bucodental
- N° de adultos mayores con seguimiento nutricional / total de adultos mayores diagnosticados con problema nutricional
- Actividades de promoción de la salud, estilos de vida saludables y uso del tiempo libre realizadas / actividades de promoción de la salud, estilos de vida saludables y uso del tiempo libre planificadas

**Objetivo Específico Nº 5:** Desarrollar estrategias de prevención y atención a las problemáticas psicosociales y de salud mental prevalentes (PPySM).

Descripción de las actividades: según datos de la Organización Panamericana de la Salud los problemas psicosociales y psiquiátricos (especialmente los vinculados a violencia, accidentes y alcohol) se ubican como 5º causa principal de muerte y entre las 10 primeras causas de enfermedad. Se prevé que en el 2020, dichos problemas serán la 3º causa principal de morbilidad. (Cohen, 2004).

Las características del contexto socio sanitario actual, plantean como prioritaria la elaboración de políticas públicas que permitan abordar estas problemáticas de manera oportuna, mediante la creación de dispositivos y la asignación de recursos, adecuadas en cantidad y calidad, a las problemáticas y necesidades locales.

Como se mencionó en el apartado anterior algunas de las *problemáticas psicosociales* prevalentes estarían relacionadas con situaciones de violencia conyugal, maltrato infantil, dificultades de conducta y aprendizaje en los niños.

La complejidad que requiere el abordaje de estas problemáticas requiere del trabajo articulado con recursos locales y de otras dependencias.

Entre los **equipos técnicos locales** se identifican los propios recursos de la planta municipal y el equipo interdisciplinario de la Cooperativa de Servicios Públicos, compuesto por 2 psicopedagogas y 1 psicóloga; este equipo desempeña sus funciones en 5 escuelas del nivel primario realizando tareas de asesoramiento y orientación a docentes y padres de niños con problemáticas de aprendizaje y de conducta, muchas de las cuales están asociadas a dificultades en el ámbito familiar.

Se considera indispensable la articulación con el mismo, de modo que se generen estrategias conjuntas, delimitando las responsabilidades y acciones con el fin de evitar superponer acciones y aprovechar al máximo los recursos disponibles.

En relación específicamente a los *problemas de salud mental*, se estima que el 80% de las personas que presentan estos problemas pueden ser atendidos en el primer nivel de atención; sólo un 20% necesita atención psiquiátrica y de éstos sólo un 20% requiere internación por más de 9 días (Goldberg, 2007).

En este marco, la finalidad de la atención de salud mental a nivel municipal sería brindar un espacio de escucha cercano al ámbito cotidiano de la población, a través del cual sea posible trabajar en la identificación, creación y potenciación de los recursos (personales, familiares, comunitarios e institucionales) de quienes consultan, para la resolución de las situaciones problemáticas que se les plantean; posibilitando de esta manera una mejor articulación entre las necesidades y problemáticas de la población y los recursos disponibles para dar solución a las mismas.

Frente a problemáticas de salud mental ya instaladas, que excedan la posibilidad de resolución en este primer nivel porque requieren otro tipo de abordaje, se podrá ofrecer un servicio de tratamiento de las mismas también a nivel municipal. Frente a situaciones que superen esta capacidad de resolución, se hará necesaria la articulación con instituciones provinciales de segundo o tercer nivel, para su derivación.

De este modo, las actividades principales que se deben realizar para cumplir con este objetivo son:

1. Profundizar el diagnóstico de los problemas psicosociales y de salud mental con la población (a través del relevamiento poblacional), comunidad e instituciones.

2. Trabajadores sociales y psicólogos trabajando en terreno, en las zonas de mayor vulnerabilidad: los fundamentos por los cuales se plantea que equipos interdisciplinarios conformados por trabajadores sociales, psicólogos, médicos generalistas y enfermeros, tengan presencia en las zonas de mayor vulnerabilidad, se relacionan con los siguientes aspectos:

- es a los agentes de salud cercanos donde la población inicialmente recurre en busca de ayuda,
- se pretende brindar mayor posibilidad de acceso a servicios,
- el espacio comunitario es el lugar en el que se presentan los problemas y donde se encuentran sus principales condicionantes,



- garantiza la indispensable articulación con los otros agentes de salud (médicos, enfermeros), recursos esenciales en la detección de familias o individuos con problemáticas psicosociales o de salud mental,
- posibilita el desarrollo de intervenciones con continuidad en el tiempo,
- facilita la articulación con otros sectores, grupos e instituciones y la estimulación de espacios de participación y promoción de la salud barriales,
- permite el seguimiento de familias o individuos y la realización de tareas de monitoreo permanente de las intervenciones.

De este modo, los profesionales podrán actuar a modo de nexo entre la familia o individuo y los recursos comunitarios e institucionales existentes. Para ello es indispensable establecer una comunicación permanente con referentes de instituciones y organizaciones de la comunidad.

3. Diseño y ejecución de estrategias de atención de problemáticas psicosociales y de salud mental prevalentes por parte de los profesionales de las Áreas de Salud y Desarrollo Social, en articulación con Educación y otros equipos técnicos locales, donde se elaboren protocolos de intervención por problemáticas, en función de la valoración de riesgo de las situaciones detectadas y competencias profesionales.

4. Diseño y ejecución de proyectos de prevención de problemáticas prevalentes.

<b>Actividad</b>	<b>Metas al año</b>	<b>Metas a partir del 2º año</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>
<p>1. Profundizar el diagnóstico de los problemas psicosociales y de salud mental (PPySM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación del 100% de las familias relevadas con PPySM de zonas vulnerables</li> <li>- Entrevista a la totalidad de directivos y referentes institucionales de las áreas pertinentes</li> <li>- Diagnóstico participativo en la totalidad de las zonas vulnerables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contar con actualizaciones periódicas del diagnóstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de familias con PPySM / Total de familias relevadas</li> <li>- Cantidad de instituciones relevadas / Total de instituciones de la localidad</li> <li>- Elaboración de diagnóstico comunitario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fichas de relevamiento donde conste PPySM</li> <li>- Registros de entrevistas realizadas, en función de las guías elaboradas</li> <li>- Informe diagnóstico</li> </ul>
<p>2. Trabajadores sociales y psicólogos en zonas de mayor vulnerabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo de psicología y trabajo social funcionando al menos dos días a la semana en las zonas de los Centros de Salud de Barrio El Salto y Sol de Mayo, con cobertura de todas las zonas vulnerables</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalaciones y equipamiento en los Centros de Salud de ambos Barrios</li> <li>- Planillas de registro diario</li> </ul>	

<p>3. Diseño y ejecución de estrategias de atención de PPySM prevalentes</p>	<p>-Diseño e implementación conjunta entre las Áreas de Salud y Desarrollo Social de las estrategias de atención de PPySM, que incluya la perspectiva de redes</p> <p>-100% de las acciones enmarcadas dentro la legislación vigente</p>	<p>-Abordaje de casos con PPySM</p>	<p>-N° de casos con PPySM abordados / total de casos detectados con estas problemáticas</p> <p>-Diseño de indicadores cualitativos para la evaluación de las actividades</p>	<p>-Planillas de registro diario</p>
<p>4. Diseño y ejecución de proyectos de prevención de problemáticas prevalentes</p>	<p>-Desarrollo de actividades comunitarias (que sirvan de base para la meta siguiente)</p> <p>-Diseño de proyectos de prevención de PPySM entre las Áreas de Salud y Desarrollo Social</p>	<p>-Ejecución de los proyectos de prevención diseñados conjuntamente entre las dos áreas</p>	<p>-Proyectos de prevención de PPySM implementados / Proyectos de prevención de PPySM diseñados</p> <p>-Participación de instituciones y población en los mismos</p> <p>-Diseño de indicadores cualitativos para la evaluación de las actividades</p>	<p>- Planillas de registro de actividades comunitarias</p>

**Objetivo Específico Nº 6:** Garantizar la calidad de las acciones sanitarias y la atención integral

Actividad	Metas al año y años subsiguientes	Indicadores	Medios de verificación
1. Desarrollo de las acciones de salud realizadas según protocolos vigentes	-100% de las acciones de según protocolos vigentes	<p>-Nº de controles de salud según protocolos vigentes / Total de controles de salud realizados</p> <p>-Nº de personas bajo programas con la cantidad de controles según protocolo (seguimiento) / Total de personas bajo programa</p>	- Historia Clínica
2.Capacitación en servicio del equipo de salud	<p>-Formación de Comité de Capacitación y Docencia conjunta entre Área Salud y Social</p> <p>-Planificación anual de las capacitaciones, con temáticas interdisciplinarias y de atención primaria</p> <p>- Ejecución de la planificación</p> <p>-Al menos el 80% de asistencia por parte de todo el personal de ambas áreas</p>	<p>-Nº de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones planificadas</p> <p>-Temáticas de capacitación que incluyan la atención primaria y contenidos de todas las áreas de salud y desarrollo social</p>	<p>-Programa de capacitación anual</p> <p>- Registro de asistencia a las capacitaciones</p>

<p>3. Revisión y optimización de los Sistemas de registros individuales (historias clínicas) y registros de prestaciones del Hospital y ambos Centros de Salud</p>	<p>-100% de las consultas sean registradas en la HC</p> <p>-70% Historia Clínica Completa (HCC), aumentando progresivamente hasta el 100%, a los 2 años.</p>	<p>- Cantidad de HCC / Total de HC</p>	<p>-Historia clínica</p> <p>-Planilla de registro diario</p>
<p>4. Desarrollar interdisciplinariamente las acciones de salud</p>	<p>-Coordinación y gestión conjunta entre las Áreas de Salud y Desarrollo Social</p> <p>-Que a lo largo del 1º año el equipo de salud logre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostener reuniones periódicas</li> </ul>	<p>-Cantidad de reuniones mensuales entre los responsables de Salud y Desarrollo Social</p> <p>-Cantidad de reuniones mensuales del equipo de salud</p>	<p>-Historias clínicas</p> <p>-Registro de las reuniones entre las direcciones de ambas áreas</p> <p>-Registro de reuniones del equipo de salud</p> <p>-Registro de asistencia a las reuniones del equipo de salud</p>
<p>5. Desarrollo de las tareas en un clima laboral adecuado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compromiso con el trabajo en forma homogénea</li> <li>• Intentos de solucionar los problemas en forma conjunta</li> <li>• Resultados positivos en la resolución de problemas</li> <li>• Trabajo articulado con el Área Social</li> <li>• Abordar en forma conjunta los problemas de salud que lo requieran</li> </ul>	<p>-Contenidos de lo trabajado en las reuniones</p> <p>-Opinión del equipo de salud en relación a la resolución de problemas</p> <p>-Nº de casos abordados por dos o más disciplinas / Total de casos que requieren la intervención de dos o más disciplinas</p>	<p>-Encuesta al equipo de salud</p>

6.Optimizar el otorgamiento de turnos	Para Hospital y Centros de Salud: -Reducción del tiempo de espera para acceder a los turnos -Otorgamiento de turnos solicitados en el transcurso de los 7 días para consultas programadas, en todas las especialidades -Otorgamiento de turnos en el día para consultas que así lo requieren, en todas las especialidades	-Opinión de los usuarios en relación a la gestión de turnos y acceso a los servicios programados y de urgencia	-Registros de turnos  -Encuesta a los usuarios del servicio público de salud
7. Optimización del RRHH	-Aumentar la cantidad de consultas médicas a 3 pacientes por hora	- Cantidad de consulta mensuales por profesionales / Total de horas mensuales asignadas por profesionales	-Registro de consultas diarias -Registro de turnos
8. Desarrollar una buena relación equipo de salud / paciente, familia, comunidad	-Que la totalidad de las acciones de salud, individuales o colectivas se desarrollen con: • Comunicación e información accesible a los destinatarios • Compromiso • Empatía y buen trato • Ética profesional	-Grado de aceptabilidad / conformidad de los pacientes, familias, comunidad -Nivel de comprensión de los usuarios en relación a la información brindada por parte del equipo de salud -Grado de conformidad de los usuarios con respecto a la relación con el equipo	-Encuesta a los usuarios del servicio público de salud

Por otro lado en toda institución de salud, es fundamental el desarrollo de otras tareas que aportan a lograr la calidad de los servicios:

- *Recepción* de las personas que acuden a solicitar una prestación: esta instancia es muy importante no sólo porque de esta respuesta depende en gran parte que la demanda sea atendida, sino porque en muchas ocasiones la situación emocional o la sensibilidad de las personas pueden verse afectada por los problemas padecidos, por lo que la calidad de esta primera atención pasa a ser indispensable.
- *Tareas administrativas*: cuando estas funciones son ejercidas eficazmente, permite que el Director del Hospital pueda abocarse a la gestión de las acciones de salud, sin tener que destinar su tiempo a este aspecto. Por otro lado, permite que se pueda contar los datos de epidemiológicos y de prestaciones actualizados, aspecto fundamental para planificar y rediseñar las acciones (siempre que el equipo de salud registre en tiempo y forma).
- *Limpieza y de mantenimiento* de la institución: la relevancia de esta actividad radica por un lado, en que las mismas deberían asegurar que los ambientes, recursos materiales y equipamiento estén en condiciones adecuadas para el desarrollo de las acciones de salud; por otro lado, porque en la medida que se lleven a cabo respetando las normativas de higiene y seguridad vigentes, deberían tender a reducir al mínimo los riesgos de infecciones y accidentes, garantizando la seguridad de los pacientes y equipo de salud, además de proteger el medioambiente.

De esta manera, es importante para el logro de este objetivo, elaborar protocolos para el desarrollo de estas tareas, así como la capacitación de este personal y la inclusión del mismo en las actividades descritas que se consideren pertinentes.

**Objetivo Específico Nº 7:** Incorporar estrategias de trabajo en red con los niveles de mayor complejidad del sistema sanitario, con otras áreas de la gestión y con instituciones de la ciudad

Actividad	Metas al año	Metas a partir del 2º año	Indicadores	Medios de verificación
<p>1. Red con los niveles de mayor complejidad del sistema sanitario (sistema de referencia y contrarreferencia) e instituciones de atención a problemáticas psicosociales</p>	<p>-Conocimiento de los centros de mayor complejidad y/o de referencia para todas las áreas y/o problemáticas</p> <p>-Haber realizado las gestiones necesarias para lograr la articulación con los mismos</p> <p>-Elaborar una guía de recursos para las diferentes especialidades y problemáticas</p> <p>-Seguimiento del 100% de los casos que han sido referidos a otras instituciones y/o centros de mayor complejidad</p>		<p>-Nº de pacientes que fueron atendidos en centros de mayor complejidad/ Total de pacientes que fueron derivados a centros de mayor complejidad</p> <p>-Guías de recursos para PPySM y otras especialidades</p>	<p>-Historia clínica</p> <p>-Planilla de derivación</p> <p>-Registros de intervenciones psicosociales</p>
<p>2.Red con otras áreas de la gestión –desarrollo social, educación, obras públicas, defensa civil, deporte y cultura, etc.- (redes intersectoriales)</p>	<p>-Conocimiento de las acciones y recursos de las otras áreas municipales</p>	<p>-Articulación con las mismas en función de los proyectos</p>	<p>-Reuniones con otras áreas de la gestión</p> <p>-Ejecución de proyectos conjuntos</p>	<p>-Registro de las reuniones con otras áreas</p> <p>-Registro de proyectos con áreas</p>



<p>3.Red con instituciones de la ciudad (redes interinstitucionales)</p>	<p>-Reuniones entre las instituciones y organizaciones que trabajan con los mismos grupos etarios y/o problemáticas comunes</p>	<p>-Proyectos conjuntos con instituciones de la ciudad en relación a las problemáticas prevalentes</p>	<p>-Diseño de indicadores que permitan valorar el nivel de profundidad de las redes (se sugiere el material de Mario Rovere: "Redes en Salud")</p>	<p>-Registro de las reuniones con otras áreas -Registro de proyectos con áreas</p>
--	---	--	--	--

### **3.5 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, EQUIPAMIENTO BÁSICO**

La ejecución del presente Plan de Salud, requiere no sólo la reorientación de las acciones del equipo de salud actual, sino también contar con nuevos profesionales, así como mejorar el equipamiento técnico y edilicio.

#### **A. Recursos Humanos**

Con el fin de poner en funcionamiento los Centros de Salud de Barrio El Salto y Sol de Mayo y reforzar algunas prestaciones del Hospital, será necesario incorporar el siguiente recurso:

- 2 Médicos de Familia/ Generalistas, con dedicación exclusiva, para atención en el Hospital, los dos Centros de Salud y salidas a terreno. Uno de ellos deberá además cumplir con funciones de gestión en el área.
- 1 Trabajador Social
- 1 Psicólogo

Estos profesionales deben tener motivación por desempeñarse en el ámbito de la salud pública y por el trabajo con poblaciones en situación de vulnerabilidad, así como conocer y compartir el proyecto de la gestión.

#### **B. Recursos Materiales**

- Hospital: se deberá prever la inversión necesaria para la refuncionalización y optimización del mismo; esto significa destinar la mayor parte del espacio físico existente a la atención de personas, dejando espacios sólo indispensable para funcionamiento de los profesionales (específicamente dormitorio del Médico de Guardia, lugar de reuniones, etc.).
- Centros de Salud: se deberá relevar los espacios físicos, estimando la inversión necesaria para la adecuación de ambos puestos sanitarios;

esto requiere inversión edilicia (arreglo de paredes, pintura, etc.) y la compra de materiales necesarios para la atención de pacientes:

1. Balanzas de adulto y pediátrica
2. 2 Camillas (que puedan convertirse en ginecológicas para la toma de PAP)
3. Tallímetro
4. Fotosforo
5. Tensiómetro (de adultos y niños) y estetoscopio.
6. Estetoscopio de Pinard.
7. Otoscopio y/ o Pantoscopio.
8. Heladera para la conservación de vacunas.
9. Armario para archivo de historias clínicas.
10. Cinta métrica inextensible.
11. Detector de latidos cardio fetales.
12. Caja de curaciones.
13. Insumos para curaciones (pervinox/ agua oxigenada/ gasa/ etc.)

### **3.6 PRESUPUESTO**

Con los datos que actualmente cuenta este equipo, se realiza una propuesta que contempla diferentes rubros, con la intención de que sirva como base para la elaboración del presupuesto desde la gestión municipal.

Se sugiere en lo inmediato calcular los costos, para reevaluarlos nuevamente a los 3 meses.

De esta manera se puede plantear como meta que en Diciembre del año 2012, la gestión local esté en condiciones de elaborar el presupuesto para el año 2013 con el máximo nivel de detalle posible.

<b>COMPONENTE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>TOTAL Mes</b>	<b>TOTAL Trimestre</b>	<b>TOTAL Anual</b>
Honorarios Profesionales de la planta actual	Incluido todas las categorías: planta permanente, contrato y beca del municipio.			
Honorarios del resto del personal de salud	Empleados administrativos, limpieza y maestranza.			
Insumos	Insumos médicos, de diagnóstico por imágenes, laboratorio, enfermería, odontológicos, otros.			
Retiro de residuos patógenos.	Honorarios mensuales abonados a la empresa responsable del retiro de residuos patógenos.			
Área protegida	Honorarios abonados a la empresa de emergencias, por cobertura de edificios municipales y accidentología en la vía pública.			
Fondo situaciones de emergencia	Situaciones de emergencia por aparición de enfermedades (por ej. dengue), accidentes masivos y/ o catástrofes.			
Cobertura de eventos Municipales.	En función de quién está a cargo de la cobertura de los eventos deportivos y/o culturales.			
Apoyo a vecinos para compra de medicamentos	Farmacia del Hospital y/ o compra directa de medicamentos.			
Papelería.	Impresión de Historias Clínicas, hojas, carpetas, formularios, cartuchos de impresora, etc.			

Adecuación edilicia de Hospital y Centros de Salud.	Materiales de construcción, mano de obra, instrumental médico, etc.			
Relevamiento poblacional y cartografía de las zonas vulnerables	Planillas de relevamiento, mapas, computadora para carga de datos, RRHH.			
Prevención y Promoción de la salud	Actividades a nivel comunitario e institucional			
Prensa y Difusión	Cartillas, folletos, sopt radiales y televisivos, etc.			
TOTAL				

### 3.7 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DEL SALUD

Para lograr hacer efectivos los objetivos del presente Plan de Salud, será indispensable realizar evaluaciones de proceso (monitoreo) de manera continua, para luego realizar un primer corte evaluativo con el fin de medir los resultados logrados al año de ejecución.

- **Monitoreo:** se propone un monitoreo de manera trimestral (como período de tiempo máximo) que permita un seguimiento de los avances de la implementación, detectando las dificultades para resolverlas de modo inmediatas e ir realizando los ajustes que fueran necesarios.

El monitoreo deberá centrarse fundamentalmente sobre el *seguimiento de las actividades* planteadas para cada uno de los objetivos.

En esta etapa es muy importante la producción de información y su sistematización a los fines de generar los insumos necesarios para la evaluación anual.

- **Evaluación:** esta etapa a realizar al año de la ejecución del Plan, apunta a valorar el *cumplimiento de metas* de acuerdo a los indicadores descritos anteriormente, considerando como **línea de base**, el diagnóstico de situación de salud realizado por este equipo.

Los indicadores se construirán en función de la información generada a través de los diferentes *medios de verificación* planteados oportunamente. Asimismo se aplicarán encuestas de satisfacción de usuarios y los profesionales para realizar una aproximación cualitativa desde la perspectiva de los mismos.

Esta evaluación permitirá no sólo conocer en qué medida se han podido cumplir las metas planteadas para el primer año, sino también si las estructuras, equipos, insumos y reorganizaciones previstos fueron los que se requerían y si resultaron suficientes; de igual forma si las metodologías de trabajo y actividades propuestas fueron adecuadas y funcionaron según lo esperado.

De este modo, con la evaluación se trata de contrastar el Plan formulado con las evidencias que surgen de su aplicación, a los fines de introducir correcciones si fueran necesarias, con el propósito de alcanzar mayores niveles de eficacia.