

Plan de salud

Informe del señor Ministro de Bienestar Social doctor Alberto del Vas

15 de septiembre de 1970

El presente informe intenta expresar, en forma global, el conjunto de actividades desarrolladas por el sector salud en la provincia del Neuquén durante el año 1970 y esbozar los lineamientos del programa de acción para 1971.

En marzo de este año fue designado como Director General de Salud, el doctor Néstor Perrone y en la Dirección Materno Infantil a la doctora Elsa Moreno, con el compromiso de presentar en noventa días un plan de salud para la provincia del Neuquén, que logre revertir la actual problemática sanitaria que nos da el triste privilegio de encabezar negativamente los más altos porcentajes de enfermedades como la hidatidosis, la brucelosis, desnutrición, bocio y tuberculosis, especialmente en las agrupaciones indígenas. Altísimos índices de mortalidad infantil y otros padecimientos que provoca la pobreza, especialmente en el interior provincial.

Atención Médica

I - Análisis de situación

Se recogió toda la información disponible de datos estadísticos de los últimos años (población, morbilidad, mortalidad y recursos en salud).

Se puso énfasis en saber cuál era la capacidad operativa de los establecimientos existentes, su organización, nivel de complejidad y producción. En nuestra provincia se destaca la necesidad de estudiar la accesibilidad de la población a los establecimientos, dadas sus condiciones geográficas y climáticas (red de establecimientos).

II - Daño en salud. Fijación de prioridades

Como producto del análisis del daño en salud, se fijaron las siguientes prioridades de atención médica:

1° Atención de la demanda espontánea, a fin de satisfacer el requerimiento de la población en lo que respecta a consultas e internaciones.

2° Control de embarazo y puerperio y atención del parto en establecimientos.

3° Control del niño menor de dos años. Las prioridades 2 y 3 encuentran plena justificación en el alto número de defunciones de menores de un año, así como en el peso que las mismas tienen sobre el total de fallecidos de todas las edades. Se les provee de leche a las madres embarazadas y niños de hasta dos años, que se presenten a efectuar el control correspondiente.

4° Vacunaciones, dadas las importantes cifras de morbilidad y mortalidad por afecciones evitables mediante inmunizaciones.

5° Asistencia alimentaria a los grupos bajo control: embarazadas menores de 2 años y desnutridos.

6° Control de la tuberculosis.

7° Atención odontológica a escolares.

8° Educación para la salud, a fin de que la comunidad tome conciencia y se organice para participar del proceso de salud pública.

Al fijar estas prioridades, se señala la necesidad de transformar la clásica atención médica reparadora en Atención Médica Integrada, donde no sólo se cure enfermos sino también se promueva salud, se prevengan enfermedades, se proteja y eduque, se rehabilite y, si fuere factible, se reubique socialmente.

III - Organización de los recursos

Estudiado el daño en salud y efectuado un balance con los recursos existentes, surgió la necesidad de su organización. Se estructuró el sector en tres niveles, central, zonal y local, con el principio de la regionalización. A nivel central se crearon cuatro direcciones con funciones esencialmente normativas (atención médica, saneamiento ambiental, servicios técnicos generales, y administración), correspondiendo la responsabilidad de la ejecución a la Dirección General a través de cuatro zonas sanitarias.

Se buscó dar realidad a la Región sanitaria, implantando en este año la Región operativa, como repetidor técnico del nivel central, adecuando y supervisando las normas. Se inició la descentralización administrativa con la supervisión del trámite a nivel zonal hasta lograr la maduración de las estructuras que permitan concretar la Región administrativa.

La consolidación de esta estructura se logrará al hacerse efectiva la decisión del gobierno de convertir, en 1971, la actual Dirección General de Salud Pública en Subsecretaría de Salud, lo que jerarquizará globalmente al sector que, manejando sus propios fondos, procurará agilizar el trámite administrativo.

IV - Organización de establecimientos de atención médica

Siendo el establecimiento el único efector de las actividades de salud y procurando introducir el concepto de responsabilidad del mismo con respecto a la población a la que sirve, se fijó el área de trabajo de cada uno de los servicios. Este año, se delimitaron 20 áreas programas, correspondientes a los establecimientos con internación. La accesibilidad comprometida de ciertos núcleos de población determinó, para 1971, la creación de dos nuevos hospitales con sus respectivas áreas (Las Ovejas y Tricao Malal).

La tarea de organización de los servicios se ha iniciado teniendo en cuenta el papel que los mismos desempeñan en la red de establecimientos provinciales. Se atendió a sus necesidades edilicias, equipamiento, adecuación de sus recursos humanos en cantidad y calidad, se dieron normas técnicas y se procuró mejorar sus sistemas de registros.

a - Planta física: se incorporó a nivel central arquitectura hospitalaria, lo que permitió el estudio de las necesidades médico arquitectónicas de todos los establecimientos. El estado actual de obras, estudios y proyectos es el siguiente:

Obras nuevas: hospitales de El Cholar, Tricao Malal, Las Ovejas, Loncopué, San Martín de los Andes.

Puestos sanitarios de: Huinganco, Varvarco, Manzano Amargo, Los Miches, Barrancas, Rincón de los Sauces, Curaco, Colipilli, Vista Alegre Norte, Vista Alegre Sur, Barrio Sarmiento, Angostura de Icalma.

Ampliaciones y remodelaciones: hospitales de Chos Malal, Andacollo, El Huecú, Neuquén, Plottier, Centenario, Cutral Có.

Puestos sanitarios de Caepe Malal, Cajón del Currileuvu, Taquimilán.

b - Equipamiento: se está concretando el mismo con aportes provinciales y ayuda de la Secretaría de Salud Pública nacional a través del programa de salud rural. Parte de los elementos de equipamiento se encuentran ya entregados a los servicios; los restantes serán suministrados al concretarse el acto licitatorio. Los jefes zonales y los directores de hospitales participaron en la formulación de los programas de equipamientos.

c - Recursos humanos: se estudió el plantel de personal de los establecimientos y se programaron las necesidades en cuanto a número y adiestramiento. El estudio reveló dos sectores críticos: enfermería y administración. El primero, con deficiente cantidad y ambos, con inadecuada capacitación. En 1971 se realizará el primer curso de auxiliares de enfermería, para lo cual se está trabajando con el sector educación. Se han previsto también cursos y adiestramiento en servicio para administradores.

d - Normas técnicas: creemos que en el proceso de normatización, el nivel central debe elaborar las normas y analizarlas con los niveles de ejecución. Posteriormente se adecúan, difunden y supervisan. Durante el año en curso se han implementado las normas del programa materno infantil con provisión de leche y control del menor de dos años, embarazadas y vacunaciones. Han sido elaboradas las de tuberculosis, control de desnutrición, preescolar y escolar. La estrategia seguida ha sido en todos los casos la implantación progresiva de las mismas a fin de lograr una mejor consolidación. En 1971 nos proponemos poner en marcha mecanismos de supervisión regular y periódica que aseguran el control de calidad de las prestaciones.

e - Sistemas de registros: se procuró mejorar la información estadística, poniendo énfasis en la necesidad de disponer en el menor tiempo los datos indispensables para actuar en tiempo y forma.

No se introducen nuevos formularios por entender que es preciso consolidar los correspondientes al programa nacional de estadísticas. Se implantó el modelo nacional de historia clínica única en el hospital Neuquén.

V - Programación de actividades

En este año se programaron las diferentes actividades de atención médica separadamente. Nos proponemos que en 1971 las mismas se programen en forma integrada a nivel establecimiento, para obtener por consolidación la programación zonal y provincial.

Frente a la falta de recursos humanos capacitados a ese nivel se fijó la siguiente estrategia:

1° Integración, durante 1970, de la ejecución de los programas, a nivel establecimiento, aceptando que el mismo es el único instrumento para llevarlos a cabo.

2° Elaboración a nivel central de un documento de trabajo para el establecimiento, consistente en un encuadre de actividades a desarrollar en base a las prioridades fijadas, el área de trabajo, y la capacidad operativa.

3° Análisis y reelaboración de la programación a nivel local con la directa supervisión del jefe zonal.

En la programación han sido utilizados todos los documentos nacionales elaborados a ese efecto.

La modalidad de trabajo «visita domiciliaria» por agentes sanitarios, introducida por el programa de salud rural, ha generado en los establecimientos su responsabilidad en el área programada a la que sirven, etapa fundamental en el proceso de integración de la atención médica. La experiencia recogida durante cuatro meses de tareas, nos conduce a procurar su consolidación así como la extensión a otras áreas, incluso urbanas.

Se trabajó también con visita médica periódica a poblaciones nucleadas y escuelas. A ese fin se radicaron profesionales médicos en zonas de difícil accesibilidad y se aumentaron los planteles de los establecimientos que no disponían de suficiente horas médicas para cumplirlas (Chos Malal, Varvarco, Las Ovejas, Barrancas, El Cholar, Tricao Malal, Loncopué, Junín de los Andes, San Martín de los Andes, Villa la Angostura).

El aumento del número de consultas, egresos y actividades de prevención logradas, así como los requerimientos de la comunidad, nos señalan la necesidad de mantener esta modalidad en 1971.

VI - Presupuesto

Se ha realizado un presupuesto para 1971 que contempla las actividades programadas desagregadas a nivel establecimiento.

VII - Suministros

La experiencia de este año nos muestra la necesidad imperiosa de organizar este aspecto fundamental de la administración de salud. Creemos que ningún factor compromete tanto la atención médica como una falta de suministros suficientes en el momento y lugar oportunos. La elaboración de normas administrativas, confección de normas operacionales y calendarios de compras y distribución aliviarán en parte este problema de «logística sanitaria».

Se está prestando atención a dos rubros que gravan significativamente el presupuesto: alimentos y medicamentos. Se implantaron las normas nacionales para racionamiento alimentario de hospitales. En medicamentos, se ha iniciado la confección de un fichero de control de existencias, en relación con los insumos críticos y un catálogo de productos medicinales, clasificándolos por acción farmacológica.

Entendemos que introducir la metodología de planificación a nivel de establecimientos es difícil y enfrenta gran cantidad de dificultades en todos los niveles, por falta de recursos humanos y materiales. Por tratarse de un proceso, esta primera etapa de la tarea corresponde a la racionalización de los recursos y toma de conciencia de que cuanto se haga debe responder a un

programa orgánico que, por aproximaciones sucesivas, nos permita llegar a una verdadera programación en salud que, en el más breve plazo, revierta el grave problema sanitario de la provincia del Neuquén.