

31221

RELEVAMIENTO DE RECURSOS Y FLUJOS DE COMUNICACION ENTRE

EL NIVEL NACIONAL Y EL PROVINCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

Informe de avance Nº I

Tep C
M.411
R26
I

B. 31121

MARGOT ROMANO YALOUR

I N D I C E

1. OBJETIVOS ALCANZADOS EN ESTA ETAPA

2. METODOLOGIA

- 2.1. Entrevistas a funcionarios de la Secretaría de Salud.
- 2.2. Unidades programáticas.
- 2.3. Variables analizadas - Su definición.

3. LOS NUDOS PROBLEMATICOS

- 3.1. Hipótesis plausibles a verificar en muestra definitiva.
- 3.2. Indicadores.
- 3.3. Etapa de prueba y control.

APENDICE

Estudio de casos.

La encuesta utilizada.

Informe metodológico: Análisis del instrumento utilizado.

INFORME DE AVANCE

Relevamiento de recursos y flujos de comunicación entre el nivel Nacional y el Provincial en el área de la Salud

I. Objetivos alcanzados

En este informe de avance se procederá a analizar los llamados: NUDOS PROBLEMATICOS con que se enfrenta la organización del sistema formal salud a nivel central.

Ese fue el objetivo perseguido en esta etapa del trabajo, el cual apuntaría como último tramo a la posibilidad de esbozar una suerte de PARADIGMA del sistema formal de salud que tiene como eje central el flujo de comunicación entre el nivel Central y Provincial.

Si bien es una verdad ya consensual que todo flujo de comunicación no es ni puede ser unidireccional lo que en esta parte del estudio se pondrá mayor énfasis es en el tramo:

NIVEL CENTRAL NACIONAL \longrightarrow NIVEL PROVINCIAL

Dejando para una etapa posterior el flujo

NIVEL PROVINCIAL \longrightarrow NIVEL CENTRAL

2. METODOLOGIA

Las entrevistas

Se realizaron entrevistas de alrededor de 2 horas de duración, con funcionarios de categorías 22 y 23 del Ministerio de Salud y Acción Social, dependientes de la Secretaría de Salud. Dichos funcionarios con una antigüedad mayor de 10 años (alcanzando a 20 y 25 años en algunos casos) son de profesión médica y sanitaristas en su gran mayoría. Fue entrevistada una odontóloga del área de Planeamiento, que ha sido profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

2.2. Las unidades programáticas

Las unidades programáticas a las que pertenecen son:

- Vigilancia Epidemiológica e Inmunizaciones.
- Servicio Nacional de Tuberculosis y Enfermedades respiratorias.
- Programa de control de Enfermedades de Transmisión sexual.
- Programa Nacional de Maternidad e Infancia.
- Dirección Nacional de Estadísticas de Salud.
- Dirección Nacional de Atención Primaria.

Los tres primeros programas Vigilancia Epidemiológica, tuberculosis y Enfermedades de Transmisión Sexual, corresponden a la Dirección Nacional de Promoción y Protección de la

Salud.

2.3. Las variables analizadas - Su definición

Se procederá a continuación a la descripción de las variables utilizadas:

- Objetivos que persigue cada programa y/o cada Dirección Nacional:

Fines a los que apunten las actividades sanitarias.

- Cargo del funcionario entrevistado

Se refiere a categoría dentro de la Jerarquía de la Administración Pública y tipo de tareas que realiza.

- Actividades que realiza la entidad en cuestión:

Unidades de acción para el logro de objetivos.

- Metas programáticas:

Objetivos mensurables o medibles.

- Actividades propias de la dirección:

Intrasectoriales: Aquellas que solo se realizan con otras direcciones y programas de la misma Secretaría de Estado.

Intersectoriales: Aquellas actividades que se realizan en ^{con} otras Secretarías de Estado, de otros Ministerios.

- Actividades programadas para 1986:

Dado que las entrevistas se realizaron en noviembre-diciembre de 1985, se indagó acerca del año próximo.

- Actividades de normatización:

Se entiende por las mismas aquellas tendientes al control y regularización del ejercicio profesional en el área de la Salud y cuyo incumplimiento es susceptible de sanción. En este sentido vale como ejemplo las normas de vacunación, de pediatría, de tratamiento de T.B.C. y que se difunden a todas las jurisdicciones provinciales via publicación escrita y/o seminarios nacionales.

- Actividades de Programación:

Se define como tales a aquellos que fijan objetivos generales a alcanzar, explicitando metas, esto es objetivos mensurables en términos de cobertura. Un ejemplo es el cubrir con vacunación antisarampionosa al 100% de la población infantil, a partir de los 8 meses. Esta actividad puede realizarse al nivel Central o bien, ser únicamente definida y realizada por las Provincias.

- Actividades de financiación o financiación de actividades del nivel provincial:

Se refiere al suministro en dinero o equipos de fondos a las provincias.

Estas actividades pueden hacerse por entrega directa o por rogación final (entrega directa de cheques con el monto solicitado por las provincias).

-Actividades de Ejecución:

Se refiere a alguna actividad directa que realiza la NACION en los Hospital es bajo su tutela. Pueden ^E asistir o no, dependiendo ello de la política general vigente.

- Actividades de evaluación:

Se define por la misma, el acto de verificar la eficiencia o no de la acción generada por el nivel central, observando las consecuencias que produjo determinado RECURSO UTILIZADO, en función de las metas programadas.

- Población destinataria de acciones:

Se define como la población blanco de los programas pudiendo tratarse de diferentes grupos ^{o TAREAS} ~~o~~ tareas específicos como:

Niñez

Infancia

adolescencia

Jóvenes

Adultos

Viejos

O bien puede ser clasificados en función del mayor o menor riesgo de enfermar y o morir, como es el caso de las familias de mayor vulnerabilidad económica y social (sectores en extrema pobreza) y o expuestos con mayor fuerza a un estímulo nocivo para la salud (enfermedades ocupacionales por ejemplo).

Tecnologías sanitarias: Se trata del conjunto de conocimin-

tos acumulados en un campo determinado en el país o en el extranjero. Para el logro de las metas propuestas pueden ser tecnologías sencillas y poco costosas, o bien de alta complejidad (ej. uso de tomógrafos computados; ecografías atc.)

Importancia de "lo social" y el rol que "lo social" juega: Se trata de una pregunta muy abierta que intenta observar con que elementos se asocia el término tan usado "lo social" y como interviene la concepción que tiene el funcionario para poder transformar o conservar la realidad sanitaria.

Las alternativas de respuestas permiten al investigador verificar si lo consideran inmodificable o inamovible, o si lo confunden con los aspectos culturales de una población, si perciben que solo pueden relevarlo o conocerlo; y a través de qué técnicas o bien si pretenden modificarlo y de qué manera.

Actores sociales involucrados: Define la gama posible de instituciones que participan del programa.

LOS NUDOS PROBLEMATICOS

Hipótesis plausibles a verificar en muestra definitiva

Una meticulosa lectura de las respuestas de los funcionarios de salud permite hipotetizar:

Hipótesis I

La existencia de una aguda contradicción entre las diferentes actividades que se supone, realiza cada unidad programática, esto es, entre planificación, ejecución y evaluación. Lo que se programa, no se ejecuta ni se evalúa. Luego, existiría una fragmentación entre las actividades que transforma la misma en obstáculo para el logro de los objetivos propuestos.

1- Indicadores

Los entrevistados explican el "deber ser", lo que describen que "es", no necesariamente ocurre, sino más bien "debería ocurrir". Esta es una tendencia muy frecuente en el mundo tecnocrático, como la repetición de un clisé de índole técnica.

Lo anteriormente expresado se refiere a la conducta verbal pero existe otro lenguaje; el de la acción e inacción.

En este campo la omisión constituye un indicador. Este es la inexistencia de Reuniones o Encuentros NACION/PROVINCIAS. Habría que verificar a nivel provincial si existe o no encuentro-relación PROVINCIA/REGIONES.

Hipótesis II

Cuando se esbozan lo que se dio en denominar Actividades Intersectoriales, no se encuentra asociación con un PROYECTO ESTRATEGICO elaborado a mediano o largo plazo. Podría hipotizarce una acción ORIENTADA hacia lo TACTICO, más que hacia lo estratégico.

Asimismo podría suponerse un PARTICULARISMO LATENTE, pero expresado en las actividades de relaciones primarias y no

necesariamente en el proyecto estratégico al cual se aludió recientemente.

En síntesis, a mayor orientación tactivista, por ausencia de un proyecto ESTRATEGICO, mayor tendencia a relaciones intersectoriales PARTICULARISTAS. A mayor particularismo, menor tendencia a la prosecución de los objetivos explícitos en cada programa.

Indicadores

La profundización de este hecho, puede realizarse a través de la pregunta siguiente:

Con qué criterios se elige la relación con x instituciones, por qué son esas y no otras y cuales otras podrían intervenir. y por qué? no intervienen?

Hipótesis III

Los entrevistados manifiestan su desacuerdo latente por la inexistencia de supervisión y evaluación de acciones en los niveles provinciales.

Aquí cabe plantear la siguiente hipótesis: a menores posibilidades de supervisión in situ, menores alcances de Evaluar logro de METAS y por ende de re formular programas existentes.

Indicador

El número de viajes de funcionarios del nivel central al provincial, así como los informes que pue-

de ejecutar el nivel central sobre el provincial para el análisis de las variables que se contemplan para describir la situación sanitaria vigente.

A menor flujo de comunicación entre el nivel nacional y el provincial mayor fragmentación de las actividades y de la posibilidad de integración nacional.

Indicadores

Inventario de todas las formas posibles de comunicación desde radio-llamadas, cartas, viajes, reuniones o encuentros, acciones conjuntas Nación-Provincia, Provincia-Nación.

Hipotesis IV

La programación a nivel central, elaborada desde Capital Federal se transforma en el gran clisé o molde, que cada provincia debe posteriormente adaptar a sus necesidades.

La modalidad operatoria vigente (si bien es verbalmente desmentida por los funcionarios) atenta contra el federalismo, en tanto se programa verticalmente y no desde la realidad provincial popular hacia el nivel nacional.

A mayor verticalismo menor satisfacción de las necesidades de salud de una población.

Indicadores

Análisis de cada uno de los programas existentes y su confrontación con las acciones provinciales y sus necesidades más prioritarias (Aquí cabe la formulación de la encuesta para medir actividades provinciales, planteada en la III etapa de este trabajo). La ausencia de comunicación planteada en la hipótesis III se transforma en obstáculo para la satisfacción de necesidades de salud de la población argentina.

La existencia de retornos o de respuestas (feedback) es otro indicador de las variables involucradas en la hipótesis III.

Hipótesis V

Podría a esta altura formularse una suerte de TIPOLOGIA del funcionario de la salud, que podría aplicarse tanto a nivel central como periférico.

Es el que sigue:

~~ANÓNIMO~~

Anónimo: desinteresado-abúlico-tecnicismo ritualista-orientado hacia el temor a la sanción y al no compromiso-ausencia de "commitment" con la NACIÓN y su estado de bienestar y de salud.

(ver pag 15)

Hipótesis VI

Existe una tendencia a considerar "lo social" como obstaculizante para el logro de las metas sanitarias de la población con sus pautas de comporta-

miento, costumbres y tradiciones sería un impedimento para el cumplimiento^{MIENTO} de prácticas científicas.

En cuyo caso, habría diferentes alternativas:

- neutralizar "lo social" a través de la educación sanitaria o bien considerar la salud como valor de mercado, privatizando sus servicios.

- estudiar "lo social" para mejor combatirlo, a través de encuestas (aquí se recurre al sociólogo y al antropólogo, si lo hubiera).

- Impregnar de "lo social" toda la programación e implementación de actividades, esto es actuar conjuntamente y al unísono de "lo social".

De la concepción de "lo social" dependerá la acción o inacción en el campo sanitario.

Indicadores

De las respuestas que emita el funcionario a cerca de su cosmovisión de "lo social", dependerá el tipo de acción que realiza modificando, conservando y o integrando la realidad social en la acción sanitaria.

Hipótesis VII

Se vislumbra una tendencia a la ruralización de las actividades sanitarias. Un mayor énfasis se da en las acciones ligadas al medio rural que al urbano con un mayor descompromiso, en acciones sanitarias del conurbano bonaerense, donde de hecho

se concentran las patologías que se traducen en altas tasas de morbilidad.

Indicadores

Población destinataria de programas. Es de interés indagar que la mayor cobertura se da en medios rurales ^{†mo} (conurbanos y o urbanos).

Hipótesis VIII

Del énfasis puesto en algunas de las actividades Sanitarias, esto es programar, capacitar, normatizar, ejecutar, evaluar, supervisar, o brindar recursos materiales en forma directa, dependerá el tipo y calidad del accionar sanitario.

Así, a mayor tendencia a la normatización, mayor predisposición por parte de la Dirección en cuestión a convertir el nivel Central Nacional en una mera agencia proveedora de normas.

Si esto es así habría una mayor tendencia al ritualismo anónimo ^{MICOX} por parte del funcionario de la salud.

Indicadores

Puede convertirse un programa en un simple generador de normas o en un depósito de drogas (como en el caso aquellos encargados de Vacunación, cuya función se restringe o puede restringirse a una farmacia que distribuye vacunas).

"No hace" por temor a equivocarse.

Voluntarismo tactiquista:

Intenta Hacer, se equivoca carece de estrategia y no tiene correspondencia con una conducción conocida de la realidad provincial y nacional. Hace, se frustra-vuelve a hacer- y por sobre todo CREE que algo puede modificar y quiere modificar la realidad que le duele efectivamente.

Tecnicismo interdisciplinario:

Recurre a las instancias metodológicas de las ciencias sociales. Utiliza la encuesta como modo de conocer la realidad sin necesariamente transformar la ^{MISMA} norma. Elabora proyectos intersectoriales viables, solicita subsidios internacionales, viaja al EXTERIOR. Hace cursos de capacitación.

Estos roles serían desviaciones respecto del rol del funcionario comprometido con la salud de la población:

- munido de conocimientos de ESTRATEGIA SANITARIA.
- concedor de TACTICAS (TECNOLOGIAS SANITARIAS).
- capacidad de conducir equipos interdisciplinarios

A este rol se le denomina el rol ideal en el sentido Weberiano, el rol del funcionario de la Salud - (SANITARISTA)

3.3. Etapa de prueba y control

En la continuación de este proyecto en la etapa

subsiguiente se pondrá a prueba (ad referendum de técnicas¹⁶³ del C.F.I.) esta tipología, pudiendo ampliarse, profundizarse, ope racionalizar_{ce} a nivel teórico-metodológico y empírico.

A P E N D I C E :

- ESTUDIO DE CASOS

- LA ENCUESTA

- INFORME METODOLOGICO - Analisis

del Instrumento UTILIZADO

ENTREVISTA REALIZADA AL COORDINADOR DE LA DIRECCION PRIMARIA
DE LA SALUD

El funcionario entrevistado es Coordinador de A.P.S. y la actividad que realiza es la coordinación de la atención primaria (el coordinador nacional está por encima de los jefes de áreas de cada región).

El objetivo de la dirección es implementar la estrategia de la atención primaria. Las metas programáticas son: tener 2.000.000 de personas cubiertas con las actividades normatizadas y programadas por A.P.S.: coordinar reuniones nacionales (el funcionario aclara que en Salta se realizarán las de 1986)

Las actividades propias de la dirección son las de programación, normatización, capacitación, supervisión y evaluación.

Intrasectorialmente, realiza actividades con Maternidad, de Infancia y Vigilancia epidemiológica. Establecimientos Sanitarios, Odontología, Instituto Nacional de Epidemiología de la Provincia de Santa Fe.

Con la Escuela de Salud Pública y el I.N.O.S., realiza actividades intersectoriales: seminarios, discusión de documentos de trabajo, etc.

Explica el entrevistado que para 1986, además de las dos

reuniones nacionales programadas, se llevarán a cabo dos seminarios de capacitación y asesoramiento.

En relación al presupuesto total, el entrevistado aclara que viáticos y pasajes están dentro de la Subsecretaría de Programas de Salud.

Sectorialmente, se transfieren fondos a las provincias con el programa asistido de salud (P.A.S.)

Añade el encuestado que la normatización del nivel central al provincial consiste en brindar metodología de trabajo y actividades, proponer formularios e incorporar nuevas patologías a los programas; la normatización del nivel provincial al periférico varía según las provincias, situación que se repite en las actividades de programación y ejecución.

Los programas de las provincias son aprobados técnicamente por la Nación y esta tiene además, planes y programas propios.

Los proyectos son elaborados a nivel central y se aplican en las provincias, razón por la cual - nos dice el funcionario - la ejecución queda absolutamente en manos provinciales.

A través del programa asistido de Salud, la Nación transfiere fondos a las provincias, las que a su vez suministran a

los niveles periféricos dinero para sueldos, vehículos, uniformes, etc., agrega el coordinador de la Dirección Primaria.

La evaluación debería ser sobre el terreno pero su periodicidad depende de la provincia y sus fondos; en los niveles periféricos ocurre una situación análoga y produjo en 1985 pocas actividades de este tipo.

En relación a la selección de población, las actividades comienzan en el área rural con población de difícil acceso socioeconómico-cultural: se intenta ahora extender el servicio al sector urbano pero en este momento la cobertura solo es del sector rural.

El entrevistado aclara que la Dirección no provee tecnología Sanitaria, solamente fondos de capacitación y asesoramiento. (Las vacunas las provee Vacunación, la leche, Maternidad, etc.)

Dice además que se está buscando la participación comunitaria y que este, justamente fue el tema de las últimas Reuniones Nacionales (1988).

Continúa diciendo, que se trata de buscar gente que done horas libres o bienes materiales, vinculaciones con Clubes de Madres, Capillas, Comedores sobre todo en las Villas.

En el final de la entrevista, el coordinador de A.P.S. a

grega que el área rural es la que mayormente interviene en los programas, es la de mayor riesgo con escasa o nula infraestructura sanitaria. Dice el profesional de que allí no existe "comunidad" y se hace difícil la "integración comunitaria"; se propende a la autoayuda y el auto-cuidado.

ENTREVISTA REALIZADA A LA SUBDIRECTORA DE LA DIRECCION NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA.

El sistema que relaciona el nivel central con las provincias actualmente en vigencia - aclara la entrevistada - es el P.A.S.: Programas Asistidos de Salud.

Durante la gestión anterior existía el P.N.S. o Programas Unicos de Salud en el que según la Subdirectora, las provincias hacían el diagnóstico de la situación sanitaria y fijaban metas programáticas.

Hoy con el P.A.S. desaparece el diagnóstico y la presentación de las provincias se reduce a tres planillas no habiendo techo presupuestario ni normas: se fijan normas prioritarias. Esto es, dice la entrevistada, lo que se llama aparato programático y se divide en:

- Atención de Personas.
- Atención al medio.

La erogación por programa se subdivide en partidas, por ejemplo para funcionamientos vs. para equipamiento. Sin embargo, apunta, como no hay metas ni objetivos que fijan las provincias, no se actualizan los recursos para poder llegar a comparar lo que se hace con lo que se propone.

El indicador básico para fijar las áreas prioritarias es

del I.N.D.E.C. y es conocido como N.B.I. son, fundamentalmente, hacinamiento, deserción escolar e infraestructura.

Señala que este indicador está expuesto y analizado en el Libro de la Pobreza, el problema, según su entender, es que el mismo llega a las Provincias.

En cuanto a indicadores que determinen el factor de riesgo en el área de Salud Materno Infantil, la Subdirectora enumera los siguientes:

- Familia con un chico muerto menor de un año.
- Familias con chicos con reiterados egresos por diarreas y neumopatías.
- Madre analfabeta.
- Jefe de familia sin ocupación estable.

La entrevistada menciona que se ha hecho un acuerdo con el P.A.N. Programa Alimentario Nacional, por el cual el mismo hace entrega de 2.000.000 de Kgs. de leche por mes para la detección de desnutrición: los niños detectados como desnutridos son derivados al sector salud para que este les entregue más leche.

Aclara finalmente que en casi todas las provincias cambiaron las autoridades del área, excepto en Chaco, San Luis, Jujuy y Neuquén.

ENTREVISTA REALIZADA AL JEFE DE DEPARTAMENTO DE DISEÑO Y EVALUACION DEPENDIENTE DE LA DIRECCION DE ESTADISTICA DE LA SALUD.

Este funcionario, cuya actividad con la Jefa del área nos explica, es la de organizar tareas y publicaciones, establece que los objetivos que intenta cumplir la dependencia están relacionadas con el deseo de llevar a cabo el Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Desde hace 15 años están trabajando en el tema, conformando el Sistema Nacional de Salud

Plantea el funcionario dos metas programáticas:

- Incrementar la cobertura informativa.
- Poner al día el atraso de información existente.

Todas las actividades desarrolladas en 1985, explica, son intersectoriales, o sea, realizadas con otras dependencias. Aquellas consisten en el trabajo con departamentos o direcciones de Estadísticas de Salud de todo el país en 17 jurisdicciones. Estas estadísticas incluyen estadísticas vitales y de salud propiamente dichas. En 7 zonas se trabaja por separado en estadísticas de salud y estadísticas y censo.

Es tarea de la dependencia coordinar los programas de salud, computación y planeamiento.

Actualmente, nos explica, se está elaborando una encuesta en coordinación con E.P.E. (Encuesta Permanente de Hogares),

un area sera vinculada con el Ministerio de Trabajo.

Ademas se buscan los diferenciales de mortalidad infantil en las provincias, entre si y dentro de si mismas.

Las actividades programadas para 1986 son:

- Encuesta de Salud para octubre (en vias de presupuestación).
- Actividades permanentes (capacitación del personal provincial, talleres en las regiones N.O. Cuyo, etc.)

Aclara el entrevistado que las actividades de normatización (del nivel central al Provincial) estan vinculadas a la recoleccion de datos, procesamiento, envio y vuelco a soportes aptos: en 20 jurisdicciones se mantiene un equipo de computación para soportar los datos del programa. Se realizan reuniones nacionales y regionales, La normatización del nivel Provincial al periferico estuvo dada desde el nivel nacional. Ahora no. Los niveles provinciales -explica- no tienen evaluadas su situación.

En la programacion, cada provincia cumple con los requisitos de su jurisdiccion; tambien hay tematicas pedidas por la Nacion.

En lo referente a la financiacion declara que el nivel nacional transfiere a las provincias el apoyo tecnico y financiero mientras estas se ocupan del mantenimiento del nivel peri-

férico.

Proyectos actuales en el nivel central hacia las provincias son:

-La ya mencionada encuesta coordinada con el E.P. H.

-Investigación de mortalidad infantil en Formosa, Chaco, Buenos Aires, Misiones y Santa Fé. Las provincias deben satisfacer los requerimientos de la Nación en materia de estadística de natalidad, mortalidad, etc. pero en los proyectos cada una tiene su propia modalidad.

En el nivel de ejecución, según el funcionario consiste a nivel nacional en sacar los totales nacionales de información que las provincias registran en cada Departamento.

La evaluación, al decir del funcionario, está postergada tanto en el nivel nacional como en el provincial. En aquel se realizan reuniones anualmente (cuando el presupuesto lo permite) en éste, no están dadas las condiciones para evaluar, según el entrevistado- solamente existen actividades de consenso: se reciben los problemas y se asesora para superarlos.

En otro orden de cosas, explica que de estos procesos surgen los datos estadísticos vitales del país al exterior.

La población relevada es la de todo el país; la estadis-

tica hospitalaria se basa en el 95% del sector oficial y un 5% obras sociales y fuerzas armadas.

El entrevistado dice, finalmente, que se utiliza tecnología de computadoras, analistas y programas escasos por falta de personal.

ENTREVISTA AL AREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E INMUNIZACION.

El objetivo del programa -dice la entrevistada- "es disminuir la morbimortalidad de enfermedades inmunoprevisibles, mediante la promoción de la Vacunación específica y la Vigilancia epidemiológica. Así mismo se trata de evitar la difusión de brotes de meningitis purulenta, de hepatitis B. Se realiza vigilancia epidemiológica de las enfermedades bajo control. Se capacita al personal de enfermería de los puestos de Vacunación. Se compran las vacunas D.P.T. y D.T., Antisarampionosa, Sabin valente y monovalente, Antitetánica, Antineningocócica y Antihepatitis B y se distribuyen en todo el país."

Se cubre al 80% de la población con refuerzo D.T. al ingreso escolar.

Actividades

Las propias del programa consisten en la conducción de actividades y la normalización, conjuntamente con la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Educación para la Salud y Atención primaria.

Las actividades intersectoriales se realizan con Sanidad escolar del Ministerio de Educación.

Metas programáticas

-Incorporar al 100% de los establecimientos esta

tales al Sistema de Notificaciones.

-Elaborar boletines epidemiológicos Nacionales y de registro de enfermedades bajo vigilancia.

-Desarrollar laboratorios para Vigilancia.

-Mejorar la calidad y oportunidades del sistema Unificado de Registro de Vacunación y de la cadena de frío.

-Comprar Vacunas y reactivos.

-Proponer la capacitación.

-Elaborar normas de Vigilancia epidemiológica.

Las actividades de programación se realizan conjuntamente con las provincias. Las provincias programan y la periferia ejecuta.

En cuanto a financiación, se suministra Vacunas, jeringas, Conservadoras, según la cantidad demandada por las provincias.

La población destinataria está compuesta por menores de un año, de 1 a 4 años y a la población escolar y las embarazadas. También se hacen propuestas de criterio por enfoque de riesgo.

Lastecnologías sanitarias utilizadas son simples: vacunas y material pedagógico.

Importancia de "lo social"

"lo social" tiene importancia -dice la funcionaria entre
vistada- por la accesibilidad al sistema sanitario "lo social"
sostiene, son las pautas culturales.

LA ENCUESTA UTILIZADA A FUNCIONARIOS DE SALUD

(1) DIRECCION O DEPENDENCIA

(2) OBJETIVOS QUE INTENTA CUMPLIR LA DIRECCION

(3) CARGOS DEL FUNCIONARIO (CATEGORIA)

(4) ACTIVIDADES QUE REALIZA

(5) METAS PROGRAMATICAS

(6) ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN LA ACTUALIDAD (1986)

A - Propias de la Direccion.

B - Intrasectoriales (Con que otras Direcciones)

C - Intersectoriales (Con que otras Dependencias)

(7)

ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA 1986

(8)

PRESUPUESTO DE LA DIRECCION

-Total

-Sectorial

ACTIVIDADES

DEL NIVEL CENTRAL

AL PROVINCIAL

DEL PROVINCIAL

AL PERIFERICO

(9) NORMATIZACION

(15)

(10) PROGRAMACION

(16)

(11) FINANCIACION

(17)

(12) PROYECTOS

(18)

(13) EJECUCION

(19)

(14) EVALUACION

(20)

TOTAL

(21) CRITERIOS PARA SELECCION DE POBLACION-OBJETIVOS

(22) TECNOLOGIAS SANITARIAS

(23) ¿QUE ROL JUEGA LO SOCIAL EN LAS PROGRAMACIONES DE SALUD?

(24) COMO JUEGA LO SOCIAL

(25) ¿QUE INSTANCIAS INTERVINIERON?-ACTORES INVOLUCRADOS