



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Informe

Número:

Referencia: Anexo I ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.-

ANEXO I

ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

1. Principios generales.

En la Argentina, el camino hacia la Cobertura Universal de Salud se apoya en la estrategia de Atención Primaria de la Salud -APS- y para su implementación se han identificado los siguientes ejes:

- 1.- Población definida a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria.
- 2.- Desarrollo de sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas incluyendo historia clínica electrónica.
- 3.- Monitoreo y evaluación de indicadores y estándares de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincias para líneas de cuidado priorizadas.

La Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria de la Cobertura Universal de Salud, en adelante “ESFyC”, se compone de un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan el cuidado integral, la promoción, la protección, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la salud.

Para la implementación de la ESFyC es necesaria la articulación intersectorial e interinstitucional, que incorpore diferentes áreas del Estado nacional, provincial y municipal, instituciones de la sociedad civil, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, universidades y sociedades científicas, entre otras.

La Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud a través de la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, será la articuladora de la implementación en territorio de la ESFyC, trabajará y accionará en coordinación con los demás actores mencionados para acercar las políticas públicas a las provincias, los municipios, los hospitales, los centros de salud, los usuarios y sus familias; en la comunidad donde viven.

2. Atención Primaria de la Salud, Salud Familiar y Comunitaria y CUS.

El valor de la APS en la ESFyC se evidencia a través de un conjunto de acciones que garantizan la atención integral y efectiva con equidad y calidad; y propiciando un enfoque familiar y comunitario, con equipos multiprofesionales con población y territorios definidos y la existencia de redes integrales de servicios de salud con base comunitaria.

Desde la APS y en línea con los objetivos de la Cobertura Universal de Salud, la ESFyC propone:

1. Guiar todas las acciones relacionadas con el acceso, primer contacto, cobertura efectiva, integralidad, continuidad, y coordinación de los cuidados efectivos centrados en la persona a lo largo del ciclo vital, así como la humanización de las prácticas y la participación social;
2. Implementar un modelo de atención considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, espirituales, y culturales;
3. Desarrollar el ejercicio de prácticas de gestión participativas, bajo la forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones en territorios delimitados, considerando el contexto existente en el lugar donde viven dichas poblaciones;
4. Considerar al sujeto en su singularidad, en su complejidad, en su integralidad y en la inserción socio cultural y buscar la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades y la reducción de daños o de sufrimientos que puedan comprometer sus posibilidades de vivir de manera saludable;
5. Propiciar políticas públicas para acompañar a las jurisdicciones en el camino de construir municipios, comunidades y ciudades saludables;
6. Trabajar con toda la población, considerando la diversidad de contextos (libres y de encierro) y culturas particulares e incluyendo los pueblos indígenas y diferentes etnicidades;
7. Desarrollar actividades intersectoriales que permitan la interacción con otros sectores tales como educación, desarrollo social, vivienda, medio ambiente, deportes cultura, entre otros para la identificación de problemas y la articulación de los distintos intereses con el objetivo común de abordar los determinantes sociales de la salud
8. Fortalecer el abordaje de la salud mental en el Primer Nivel de Atención (PNA) integrándola a la salud, en promoción, prevención, atención y rehabilitación, tanto para los padecimientos mentales prevalentes como para las estrategias terapéuticas ampliadas de los trastornos mentales severos en el marco de las externaciones de crónicos.
9. Realizar evaluación y acompañamiento sistemático de los resultados alcanzados, como parte del proceso de planificación y programación;
10. Fomentar la participación comunitaria, la responsabilidad social, las decisiones compartidas, como elementos centrales para un modelo de salud centrado en las personas;
11. Coordinar los cuidados e integración mediante redes de servicios, fortaleciendo la integración del PNA con otros niveles de complejidad;
12. Priorizar a los trabajadores de salud con formación y actuación orientada a la salud familiar y comunitaria (medicina familiar y /o general, agentes sanitarios y disciplinas con orientación comunitaria) capacitados para ofrecer cuidados integrales de salud de calidad a las poblaciones de áreas urbanas, rurales, remotas y/o desfavorecidas e;
13. Incorporar otras especialidades médicas del ámbito de la atención ambulatoria y disciplinas (trabajo social, psicología, obstetricia, odontología, nutrición, etc.) que amplíen prácticas y trabajen en los centros de atención primaria.

3. Líneas de acción de la ESFyC.

Con el objetivo de cuidar integralmente la salud de las personas y la comunidad donde viven, sobre la base del respeto a sus particularidades culturales y en articulación con los distintos programas existentes a nivel nacional y local relacionados con la estrategia de APS, se incluyen las siguientes líneas de acción:

- Formación y capacitación de recursos humanos en salud familiar y comunitaria;

Definición del territorio de actuación del centro de salud, mediante georreferencia, con áreas y micro áreas de trabajo;

- Programación e implementación de las actividades, priorizando las soluciones de los problemas de salud más frecuentes, considerando la responsabilidad de la asistencia a la demanda espontánea y a las prácticas programadas;
- Asistencia integral, integrada y continuada, organizada para la población nominalizada y coordinada con los demás niveles de atención médica;
- Implementación de políticas públicas que pongan en valor la humanización de las prácticas en salud y el acogimiento, entendiéndose este último como la directriz ética y política de la producción en salud para la construcción de vínculos con la población;
- Reorganización de los procesos de trabajo de los profesionales, considerando en la dinámica asistencial a las personas en su multiplicidad cultural, étnica, social y ambiental;
- Realización de la primera atención en las urgencias clínicas en todas las áreas: médicas, enfermería, salud mental, odontológicas, entre otras;
- Participación de los equipos con las jurisdicciones en la planificación y en la evaluación de las acciones;
- Implementación del cuidado, prevención y promoción de la salud utilizando la estrategia de abordaje territorial en articulación con los sistemas sanitarios provinciales y municipales, instituciones y organizaciones locales, y otras áreas del Estado Nacional;
- Fortalecimiento de las capacidades institucionales de las provincias y los municipios para gestionar políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que aborden de manera integral los determinantes y condicionantes de la salud, y generen entornos favorecedores de la salud.

4. Implementación.

La ESFyC, se implementará a través de la organización de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

Las jurisdicciones propondrán a la Nación las alternativas posibles según realidades locales conforme a parámetros de referencia para el armado y funcionamiento de los equipos plasmados en la Estrategia Nacional de Salud Familiar y Comunitaria.

Nación brindará, mediante recursos financieros y técnicos, el apoyo necesario para la reorientación de los recursos humanos en salud que los integren.

4.1. Conformación de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria – Recomendaciones.

Los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria que se conformen, así también como los efectores de salud donde estos equipos realizan sus actividades, deberán estar debidamente registrados en el sistema de registro nacional que la Nación defina.

La organización y la combinación de las jornadas de trabajo de los integrantes de los equipos deberán garantizar el mayor acceso posible en relación a disponibilidad horaria y modalidad, para dar lugar al proceso de atención integral e integrada, el vínculo entre usuarios y trabajadores de la salud, profesionales y no profesionales, la continuidad, la coordinación y la longitudinalidad de los cuidados.

Se propone que cada Equipo de Salud Familiar y Comunitaria sea conformado por *equipos nucleares*, *ampliados* y de *apoyo matricial* de acuerdo a los siguientes parámetros.

a. Equipo Nuclear (EN):

Conformación: es un equipo conformado idealmente y al menos, por un/una médico/a con la especialidad en medicina general y/o familiar y si no hubiera disponibilidad de este perfil profesional, por un médico clínico o pediatra para la atención de la población de adultos o niños y adolescentes; un/una enfermero/a y agentes o promotores sanitarios (AS);

Modalidad de trabajo: Todos los miembros del equipo deberán tener responsabilidad sanitaria por un territorio de referencia. Se propone que el EN sea responsable de una población entre 3.000 y 4.000 habitantes aproximadamente u 800 a 1000 familias,

Dentro de cada área de 800 a 1000 familias adscriptas al EN, cada AS puede ser responsable de un micro área con aproximadamente 750 a 800 personas (200 familias), siendo el número propuesto de 4 o 5 agentes sanitarios por EN.

Se recomienda que el número de personas por EN considere el grado de vulnerabilidad social de las familias del área bajo su responsabilidad, siendo que, cuanto mayor el grado de vulnerabilidad, menor deberá ser la cantidad de personas bajo cuidado.

Todas las actividades de los EN pueden desarrollarse en los Centros de Salud, los domicilios de los usuarios o en otros puntos del territorio.

Acciones recomendadas para los EN:

- Ser el primer contacto con el sistema de salud en la comunidad, asegurando al usuario y su familia los cuidados clínicos necesarios, considerando el momento del curso de vida, la edad, la vulnerabilidad, la promoción, mediante prácticas preventivas y atención según corresponda.
- Constituirse en el eje de las acciones socio-sanitarias en territorio y trabajar con los equipos Ampliados y de Apoyo Matricial.
- Realizar análisis e intervenciones conjuntas sobre riesgos colectivos y vulnerabilidades, coordinar la organización del proceso de trabajo (acogimiento, continuidad del cuidado, atenciones de demanda programada, acciones colectivas, gestión de las agendas, articulación con otros puntos de atención de la red de servicios de salud, identificación de necesidades de educación permanente, utilización de dispositivos de gestión del cuidado, entre otros).
- Censar a todas las personas de su área y mantener los registros actualizados para realizar atención integral a las personas y familias de su área.
- Desarrollar acciones que busquen la integración entre el equipo de salud y la población a cargo en el centro de salud, considerando las características y las finalidades del trabajo de seguimiento de individuos y grupos sociales o colectividad.
- Permanecer en contacto con las familias desarrollando acciones educativas, con vistas a la estimulación de la salud, a la prevención de las enfermedades, a la atención de problemas, rehabilitación y mantenimiento de la salud de acuerdo con la planificación del equipo y orientar en cuanto a la utilización de los servicios de salud disponibles.
- Participar activamente de las actividades de Educación Permanente en Servicio, junto a los Equipos Ampliados y/o a los equipos de Apoyo Matricial.
- Organizar la gestión de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento del Centro de Salud.

b. Equipo Ampliado (EA):

Conformación: equipos compuestos por trabajadores de la salud y profesionales de diferentes áreas de conocimiento, que deben actuar de manera integrada y trabajando articuladamente con los EN.

Se podrán conformar cada 2 EN; y estará integrado por: Trabajador Social, Psicólogo/a, Odontólogo/a, Administrativo/a, pudiendo integrarlo también Obstétrico/a, Nutricionista, Kinesiólogo/a, y, otras disciplinas así como otras especialidades médicas (por ejemplo, pediatría, clínica médica, ginecología).

Modalidad de trabajo: Los EA tienen el objetivo de ampliar el alcance de las acciones en el PNA y mejorar su resolución.

Existe una responsabilidad compartida entre el EA y los EN, que prevé el trabajo interdisciplinario, procesos de referencia y contra referencia, ampliándola a un proceso de compartir casos y seguimiento en un trabajo coordinado.

c. Equipos de Apoyo Matricial (EAM):

Conformación: Se propone un EAM cada 8 Equipos Nucleares.

Modalidad de trabajo: Son equipos que trabajarán con el PNA para el abordaje de las problemáticas complejas, que excedan el nivel resolutivo de los Equipos Nucleares y Ampliados.

Tienen la función de brindar apoyo matricial a EN y EA. El apoyo matricial puede ser implementado de diversas maneras:

- De manera virtual (por ejemplo, tele consultas), supervisiones, monitoreo, acompañamiento determinando trabajo con los equipos nucleares del PNA o en el PNA, en espacios compartidos con los equipos nucleares y ampliados.
- De manera presencial, los **Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS)** son los que actúan como soporte en lo que respecta a problemáticas prevalentes de salud mental y trastornos mentales severos en el PNA. Tienen como objetivo brindar apoyo técnico especializado a los equipos nucleares y ampliados.

Se recomienda que la conformación mínima y necesaria de un EAPS contemple idealmente 4 profesionales, entre los que se incluya un/a psicólogo/a y/o psiquiatra, y un profesional de las ciencias sociales (trabajo social, antropología, comunicación social, sociología, otros). A su vez, podrá incluir otros profesionales de otras disciplinas de la salud mental, así como otras disciplinas que puedan complementar el trabajo de los EAPS.

También podrán participar como colaboradores usuarios/as/pacientes y/o familiares de usuarios/as/pacientes.

Cada jurisdicción podrá adaptar esta modalidad de abordaje territorial propuesta a sus propias capacidades y disponibilidad de recursos humanos, al contexto de atención (urbano, periurbano o rural) y a las particularidades de sus sistemas de salud.

4.2. Competencias del trabajo de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

- Conocimiento del territorio de actuación del centro de salud, como también el mapeo y reconocimiento del área inscripta.
- Delimitación precisa del territorio de actuación, georreferenciamiento y reconocimiento del área, que incluya el segmento poblacional determinado, con actualización periódica.
- Mantenimiento actualizado del registro de las familias y de los individuos y utilización de forma sistemática de los datos para el análisis de la situación de la salud considerando las características sociales, económicas, culturales, demográficas y epidemiológicas.
- Diagnóstico, programación e implementación de las actividades, priorizando los controles de salud y las soluciones a los problemas de salud más frecuentes, considerando la responsabilidad de la asistencia a la demanda espontánea.
- Desarrollo de las acciones educativas que puedan ayudar en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de la población y ampliar la responsabilidad social en la defensa de la calidad de la vida.
- Desarrollo de acciones enfocadas sobre grupos de riesgo y factores de riesgo comportamentales, alimenticios y/o ambientales, con la finalidad de prevenir la aparición o el mantenimiento de las enfermedades y daños evitables.
- Asistencia integral, integrada y continua, organizada para la población panelizada/adscripta.
- Práctica del cuidado familiar ampliado, a través del conocimiento de la estructura y de la salud, priorizando la solución de los problemas de salud más frecuentes; funcionalidad de las familias, cuya finalidad sea proponer intervenciones que influyan en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de los individuos, de las familias y de la propia comunidad.

- Desarrollo del cuidado de la salud, prioritariamente en el ámbito del centro de salud, en el domicilio y en los demás espacios comunitarios (escuelas, clubes, asociaciones civiles, entre otros) cuando sea necesario.
- Trabajo interdisciplinario y en equipo, integrando áreas técnicas y profesionales de diferentes formaciones.
- Estímulo, fomento y desarrollo de acciones intersectoriales, buscando colaboraciones e integrando proyectos sociales y sectores afines, orientados hacia la estimulación de la salud, de acuerdo con las prioridades y bajo la coordinación de la gestión local.
- Responsabilidad por la población a cargo, manteniendo la coordinación del cuidado mismo, cuando ésta necesite de asistencia en otros servicios del sistema de salud, garantizando la continuidad del cuidado.
- Ser parte de las actividades de planificación y evaluación de las acciones del equipo, a partir de la utilización de los datos disponibles.
- Trabajo con colaboradores, referentes y recursos en la comunidad que puedan potenciar las acciones intersectoriales con el equipo.
- Ejercicio de la escucha activa y ampliada de las necesidades de los usuarios en todas las acciones, proporcionando asistencia humanizada y facilitando la construcción del vínculo.
- Realización dentro de las prácticas de salud, al registro de las actividades en los sistemas de información y la utilización de tecnologías informáticas de salud, en el PNA.
- Realizar acciones y actividades definidas de acuerdo con las prioridades locales.
- Implementación del acogimiento.
- Realización de la primera atención en las urgencias de salud (incluye a todas las áreas: médicas, de enfermería, de salud mental, odontológicas) y responsabilidad sobre derivación oportuna.
- Participación del equipo en la planificación y en la evaluación de las acciones.
- Desarrollo de las acciones intersectoriales, integrando proyectos sociales y sectores afines, orientados hacia la estimulación de la salud.
- Apoyo a las estrategias de fortalecimiento de la gestión local y de responsabilidad social.
- Valorización de los diversos saberes y prácticas con la perspectiva de un abordaje intercultural, integral y resolutivo, haciendo posible la creación de vínculos de confianza y ética, compromiso y respeto.
- Promoción y el estímulo a la participación comunitaria en la responsabilidad social, en la planificación, en la ejecución y en la evaluación de las acciones.
- Acompañamiento y evaluación sistemática de las acciones implementadas, con vistas a la readecuación del proceso de trabajo.
- Por último, en relación a la educación permanente, es central que los equipos de salud de los centros de cada jurisdicción, propongan y desarrollen acciones de educación permanente intentando combinar necesidades y posibilidades singulares con ofertas y procesos más generales de una política propuesta para todos los equipos y para toda la jurisdicción.