



Capítulo 5

Atención Primaria de la Salud – Parte II

LOS EQUIPOS DE SALUD EN APS

Los equipos son un conjunto de personas con conocimientos y habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, con objetivos planteados y estrategias para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro en forma conjunta.

En el seno del equipo se desarrollan sentimientos y valores que vinculan al conjunto de personas que lo conforman. El trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de conocimientos clínicos y de salud pública en los equipos de salud.

Para que un grupo se constituya en Equipo de Salud son importantes las siguientes condiciones:

- ✓ Tener una meta y objetivos en común en materia sanitaria, dirigidos a la comunidad.
- ✓ La creación de una ética de desempeño del equipo.
- ✓ Disciplina y organización dentro del equipo.
- ✓ Calidad e integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la Salud.
- ✓ El equipo cuenta con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones que le permite interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas.

Misión de un equipo

Uno de los pilares de la construcción de los equipos en las organizaciones es plantear una misión u objetivo común. La misión debe ser formulada de tal modo que indique claramente un propósito de acción, debe incluir: la actividad que debe ser desempeñada, sus destinatarios, si hay tecnología involucrada en la acción cuál es y cómo se utilizará, los espacios donde se

desarrollarán las acciones, los valores que sostienen el/los equipos y las imágenes que el/los equipos quieren suscitar en los destinatarios.

En este sentido, la misión es un conjunto de objetivos a alcanzar que el equipo se plantee, e incluye los modos, los escenarios y los valores que ellos involucran. A partir de ella, el equipo podrá definir estrategias de acción.

Para asumir los objetivos comunes en un equipo es necesario que se establezcan entre sus miembros vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran.

El trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud, en el contexto de un nuevo modelo de atención. Las características del trabajo en equipo incluyen la autonomía relativa de cada profesional (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno); la interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones; la interdisciplinariedad; la horizontalidad; la flexibilidad; la creatividad; la interacción comunicativa.



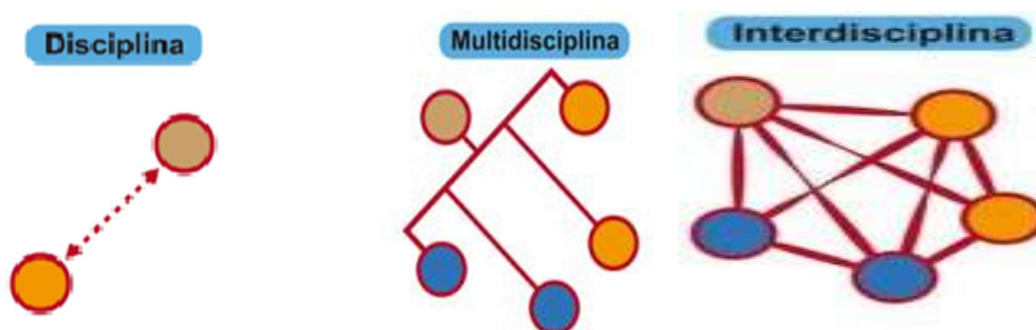
DISCIPLINA – MULTIDISCIPLINA – INTERDISCIPLINA

Disciplina: Es la capacidad de los profesionales para la ejecución de tareas y actividades inherentes a su profesión.

Multidisciplina: es un proceso mediante el cual varias disciplinas coinciden para cumplir un determinado objetivo. Es una mezcla no-integradora de varias disciplinas. Los profesionales implicados en una tarea multidisciplinar adoptan relaciones de colaboración con objetivos comunes, pudiendo ser esta mutua y acumulativa, pero no interactiva. En el ámbito del cuidado de la salud, un ejemplo de multidisciplina es que especialistas en el cuidado de la

salud de diferentes profesiones trabajen juntos para suministrar diagnósticos, valoraciones y tratamientos, de modo colaborativo, cada uno dentro de su ámbito de práctica y de su área de competencia.

Interdisciplina: Supone la existencia de un grupo de disciplinas relacionadas entre sí y con vínculos previamente establecidos, que evitan que se desarrollen acciones de forma aislada, dispersa o segmentada. Es la reunión de varias disciplinas, dónde el objetivo en común es el abordaje de un problema o situación particular desde la unión de las disciplinas: se compone un nuevo marco conceptual y/o marco de acción a partir de los aportes y características propias de cada disciplina. Por ejemplo, para poder abordar aspectos irresolutos de problemáticas complejas como pueden ser la epidemiología del SIDA o el calentamiento global, se requieren la interacción de varias disciplinas (médicos, antropólogos, sociólogos, biólogos, entre otros).



COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS EN APS

Si bien los equipos son más que la suma de sus integrantes, también son una combinación de las capacidades de sus integrantes. Por lo tanto, su desempeño no sólo se relaciona con las condiciones de trabajo y las estrategias que el equipo posee para realizar la tarea, sino con las competencias de los integrantes y la forma en que desempeñan sus tareas.

La composición de un equipo de atención primaria (EAP) debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por lo tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través

de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

Esta propuesta está caracterizada por la articulación a la propuesta de integralidad de las acciones de salud en los Sistemas de Salud basados en la APS. Esta articulación está dada por las situaciones de trabajo en que los miembros del equipo establecen correlaciones u coordinaciones con otros niveles y pone en evidencia las conexiones entre las diversas intervenciones en salud.

Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad). Si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición.

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. En países como Brasil, Costa Rica y Cuba se han visto experiencias exitosas de la aplicación del EAP en la prestación de los servicios de salud. Como común denominador se encuentran presentes en todos los casos mencionados el médico y la enfermera de la familia, a quienes se agregan, dentro de las particularidades de los sistemas de salud, otros profesionales que conforman los equipos de APS.

No hay pues, uniformidad en cuanto a la composición de los equipos de APS en el primer nivel de atención, si bien en general se considera una composición mínima a partir de un médico (general, de familia, etc.), y una enfermera. Es importante aclarar que no deben faltar los agentes sanitarios, el personal administrativo y los propios miembros de la comunidad ya que sus aportes y percepciones seguramente enriquecerán al resto del equipo. Para el equipo de salud es un verdadero desafío integrar estos saberes a una tarea compartida y articular estas competencias diversas.

La integración de todos los miembros del equipo, para participar en la planificación de metas y participación de estrategias de trabajo, también produce efectos en la motivación de los miembros. La motivación frente a la tarea genera compromiso.

NUCLEO BASICO DEL EQUIPO DE APS

El núcleo básico del equipo de Atención Primaria es el formado por aquellos profesionales imprescindibles para el desarrollo de sus funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud y sin los que es imposible hablar de un verdadero equipo.

Los médicos, profesionales de enfermería, los trabajadores sociales y los administrativos son los elementos constitutivos básicos.

Un equipo de salud completo estaría formado por médicos (generalista, pediatra, ginecólogo), enfermero, administrativa, psicólogo, trabajador social, odontólogo, nutricionista, entre otros profesionales de la salud.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMPOSICION DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

La situación política y económica, y la infraestructura sanitaria de cada país es el primer factor para considerar, ya que es el que delimita sus características globales y, a partir de ellas, las de todos los elementos del sistema de salud. En aquellos países con menores grados de desarrollo económico hay que tener en cuenta también las características concretas de la población en cuanto a sus necesidades de salud, forma de organización general y sanitaria y distribución geográfica.

Las necesidades de salud marcan la composición y funciones de los equipos de Atención Primaria. En los países subdesarrollados los problemas fundamentales pueden ser de saneamiento básico y suministro de agua y alimentos, mientras que en los industrializados lo serán, por ejemplo, la contaminación ambiental y los hábitos de vida nocivos.

La disponibilidad de profesionales sanitarios titulados, que suele ser escasa en los países subdesarrollados, puede hacer necesario recurrir a profesionales de carácter intermedio y agentes comunitarios de salud, los cuales, con un adiestramiento previo elemental y una supervisión periódica, son capaces de enfocar y solucionar los problemas de salud principales de la población atendida.

La estructura poblacional (pirámide de edad, distribución geográfica, organización comunitaria, rural o urbana) es también un factor determinante de la composición de los equipos de APS.

En este sentido puede afirmarse que la composición del equipo de salud será distinta en cuanto al número y tipo de profesionales en diferentes situaciones. Por ejemplo, en comunidades con abundante población infantil respecto a otras en las que exista menor número de niños; o bien en las de ámbito urbano, concentradas en un espacio geográfico más reducido y, por tanto, con mejor accesibilidad a los servicios sanitarios que las comunidades rurales, más dispersas.

Los objetivos y organización general del sistema de salud de un país y las funciones que en él se atribuyen a los distintos profesionales de Atención Primaria condicionan también la composición de los equipos de salud.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS DE APS

Desde la perspectiva de un sistema integral de salud, el equipo de Atención Primaria ha de asumir todas aquellas funciones dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva del grupo de población que tiene a su cargo. Este concepto amplio es el que delimita el marco propio de actuación del equipo.

La salud individual y colectiva de la población es un concepto abierto y dinámico que requiere para ser plasmado de un alto grado de identificación de los profesionales sanitarios con su entorno demográfico, social, geográfico y epidemiológico. Sin un previo diagnóstico de situación resultará muy difícil identificar los problemas y priorizar las necesidades, tanto de la población como del equipo.

La salud de una población está condicionada por un conjunto de circunstancias, las cuales pueden ser independientes de la actuación del equipo. Por esta razón sería irreal y demasiado ambicioso afirmar que un grupo reducido de profesionales pueden determinar totalmente el nivel de salud de una población concreta. No obstante, y aunque estas consideraciones no parezcan muy alentadoras, el equipo tiene una función clara y prioritaria, introductoria de las restantes, (y que no es otra) que es la de promover cambios cualitativos en las actitudes y hábitos de la población

en todos los campos que tienen una relación directa o indirecta con la salud. Este punto básico ha de estar siempre presente en cada uno de los grandes grupos de funciones y actividades a realizar por el equipo:

- ✓ Asistencia
- ✓ Promoción de la salud
- ✓ Prevención de enfermedades
- ✓ Rehabilitación
- ✓ Docencia e investigación



Todas estas funciones y actividades han de ser desarrolladas en la perspectiva de la APS, de forma integral e integrada, priorizando en cada momento las demandas y las necesidades de la población atendida.

La función asistencial curativa, dirigida hacia las personas con procesos patológicos agudos o crónicos, se llevará a cabo mediante actividades realizadas de manera interdisciplinaria, a través de programas de atención médica integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, varones y adultos mayores en los consultorios del centro de salud. Su organización básica responde a tres tipos principales: asistencia a demanda (con o sin cita previa), programada y urgente. El equilibrio entre la asistencia a demanda y programada definirá en parte la accesibilidad de los servicios sanitarios, y el acierto en la programación y protocolización de la actividad dirigida principalmente a la atención de procesos crónicos, en las consultas y los domicilios, evitará su utilización innecesaria. El equipo de salud de APS también actuará como nexo entre el paciente y los distintos niveles de atención (consultorios de segundo nivel y servicios en los hospitales).

Para lograr un desarrollo óptimo de las actividades de prevención y promoción de la salud es necesario que todos los profesionales de los equipos de Atención Primaria se involucren directa y principalmente en su realización, con énfasis especial en las acciones de educación sanitaria.

Las actividades de rehabilitación tienen aún una importancia secundaria dentro de las propias de los equipos de salud y, en general, son desarrolladas con base a equipamientos de apoyo especializado. A pesar de ello, no debe olvidarse que la rehabilitación no comprende solamente las técnicas fisioterápicas complejas, sino que abarca otras más sencillas asumibles por los componentes de los equipos y a realizar fundamentalmente en el ámbito domiciliario, para ayudar a las personas con discapacidad en su re-inserción en la sociedad.

En cuanto a las actividades de docencia e investigación los equipos de APS han de tener un papel protagonista en la formación pre, posgraduada y continuada de sus propios miembros. La investigación clínica y epidemiológica también está adquiriendo un importante grado de desarrollo. La introducción progresiva de la enseñanza en el campo de la APS en los programas de pregrado, el crecimiento en cantidad y calidad de los programas de formación posgraduada y el número cada vez mayor de trabajos originales publicados en revistas de Atención Primaria, son datos que reflejan en la práctica las afirmaciones iniciales.

Las tareas de docencia en un equipo de salud deben realizarse a través de la estrategia de Educación para la Salud, herramienta de gran valor para transmitir a la comunidad conceptos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En el equipo de APS se desarrollan siempre, además de las anteriores, otra serie de funciones y actividades, que denominamos de soporte y que comprenden elementos relacionados con las necesidades de organización interna del equipo, con la evaluación y control de las actividades y sus resultados, y con la gestión.

EL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

El sistema público de Atención Primaria ha de tener una organización administrativa coherente que garantice la adecuada interrelación de todas sus estructuras y de éstas con las del nivel de atención especializada.

Un buen modelo de organización ha de marcar de forma clara una línea de interconexión clara y objetiva: los centros de salud de APS deben formar el primer escalón del servicio de salud y del buen funcionamiento de ellos depende en gran medida el del conjunto del sistema. La agrupación de los

equipos (zonas o áreas básicas de salud) de un territorio geográfico determinado, delimita el segundo escalón del sistema, que contiene ya los elementos de atención especializada, relacionados funcionalmente con el hospital. Esto se refiere al área de salud como estructura organizativa capacitada para la planificación, programación y gestión de los recursos de los dos niveles del sistema. El volumen y otras características de la población, el número y clases de los recursos humanos y materiales disponibles, son, entre otros, los elementos que van a determinar las diferencias que puedan existir entre las distintas áreas de salud.

Si bien todos estos conceptos sobre filosofía, funciones, actividades, organización y dependencia del equipo de Atención Primaria son aplicables de forma general, no hay que olvidar las diferencias importantes existentes entre los ámbitos rural y urbano. En la actualidad, las corrientes migratorias producidas en los países desarrollados han dado lugar a una disminución progresiva del número de habitantes de las áreas rurales y a un envejecimiento significativo de su población. Las ciudades, por el contrario, han sufrido un importante crecimiento y concentración demográficos. Estos dos hechos definen las características fundamentales de los dos ámbitos: población dispersa, núcleos pequeños y aislados, largas distancias y comunicaciones a veces dificultosas en el ámbito rural y grandes concentraciones de población, distancias cortas y buenas comunicaciones en el urbano.

El factor fundamental que delimita el marco territorial y demográfico en el que ha de trabajar el equipo es, en el ámbito urbano, la cantidad de población y sus características intrínsecas, mientras que en los pueblos más pequeños o zonas rurales, se deberán gestionar las distancias y comunicaciones como factores primordiales.

La organización del equipo es también diferente para los ámbitos urbano y rural. En el primero el espacio físico será único (Centro de Salud o de Atención Primaria) y en él se realizarán la mayoría de las actividades, debiendo disponer de una estructura arquitectónica y funcional en la que se incluyan como mínimo las consultas de los distintos miembros del equipo, áreas para acciones de educación sanitaria y para el desarrollo de programas de atención colectiva y rehabilitación.

Asimismo, ha de contar con servicios de administración, recepción e información, y espacios para el trabajo interno de los profesionales (sala de reuniones y sesiones, biblioteca, consultorios para la coordinación del equipo). Algunos centros no disponen de estos elementos y padecen una escasez notoria de espacio físico, lo que condiciona muy negativamente el desarrollo de sus actividades.

En el ámbito rural el factor común y limitante es la dispersión de los núcleos de población en un territorio no siempre homogéneo. Los miembros del equipo de Atención Primaria tendrán que realizar una parte de sus actividades asistenciales de forma dispersa o separada, en los distintos núcleos de población que componen la zona. Este hecho condiciona cuantitativa y cualitativamente los espacios físicos, obligando a disponer de varios consultorios locales y de un centro de salud, generalmente ubicado en la población principal o central de la región o comarca. La estructura del centro de salud, que normalmente también sirve como consultorio local de la población donde está ubicado, contendrá menos consultorios y espacios para administración que otro equivalente del ámbito urbano. En esta situación, el centro de salud actúa como elemento aglutinador para la realización de las tareas no estrictamente asistenciales de la totalidad del equipo.

EL CENTRO DE SALUD



El centro de salud integral es la estructura funcional y física en la que se desarrollan las actividades propias de la Atención Primaria de Salud en los terrenos de promoción, prevención, asistencia curativa, rehabilitación y reinserción social, así como en el de la participación comunitaria.

Las actividades del centro de salud en los terrenos de promoción y prevención tienen características distintas en razón de cuál sea la naturaleza del

problema, su extensión o amplitud y el ámbito geográfico (rural o urbano) que se considere.

En muchos casos, es imprescindible la existencia de una amplia y constante colaboración institucional entre los distintos niveles del sistema sanitario, y con otros sectores distintos a éste para analizar y solucionar el tema (saneamiento del agua y de los alimentos, salud laboral, etc.). Ante diferentes problemas el centro de salud puede desempeñar un papel de coordinación intersectorial u otro más activo, según las características concretas del sistema sanitario en sus niveles estatal, regional y local.

Las funciones y actividades asistenciales curativas y de rehabilitación y reinserción social forman el núcleo básico sobre el que se asientan las restantes del centro de salud y han de estar fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los equipos de Atención Primaria y sus servicios de apoyo.

El centro de salud es el ámbito institucional desde el que debe promoverse la participación comunitaria en las tareas del sistema sanitario, para lo cual es preciso potenciar todas las actividades dirigidas a este objetivo esencial, sin el cual no es posible realizar una verdadera Atención Primaria de Salud.

Las funciones y actividades de docencia e investigación propias de la Atención Primaria han de desarrollarse en el centro de salud y responder a programas determinados que contemplen aspectos de formación continuada y de pre y posgrado, así como otros de investigación clínica y epidemiológica. Para la puesta en marcha de las actividades docentes en general y particularmente las dirigidas a pre-graduados, es necesaria la existencia de mecanismos de coordinación funcional con las correspondientes instituciones académicas. En este sentido, y de forma similar a lo que sucede en los hospitales, es preciso considerar la incorporación de determinados centros de salud a la estructura docente universitaria.

En el terreno de la coordinación funcional, el centro de salud es el eje alrededor del que han de canalizarse los flujos de demanda de servicios hacia otras partes del sistema, así como la conexión de los distintos programas planificados para el conjunto del área de salud a la que pertenece, a través de su presencia activa como institución en sus ámbitos de decisión.

El centro de salud ha de tener una estructura funcional acorde con sus características físicas y recursos concretos, lo que hace imprescindible que las directrices que se establezcan al respecto desde niveles centrales de decisión sean lo suficientemente flexibles para permitir esta adaptabilidad, sin la cual será difícil conseguir que el centro funcione de forma adecuada. Para el desarrollo de sus actividades es preciso que disponga de la infraestructura necesaria tanto en lo que se refiere a recursos humanos como a medios complementarios de exploración y documentación. Muchas veces no se valora correctamente la importancia que tiene para un centro de salud el área de recepción y admisión, a través de la que el usuario entra en contacto con el equipo y que le proporciona la primera imagen, que si es desfavorable costará revertir. Esta área ha de estar conectada con las consultas médicas, de enfermería y de asistencia social, a las que habrá de derivar y de las que recibirá pacientes en régimen de demanda espontánea o programada, y también con los servicios de documentación y archivo.

Un trato personalizado y amable de las personas que utilizan el centro de salud y sistemas ágiles y eficaces de citaciones, de información y de canalización de las reclamaciones o sugerencias, son bases imprescindibles para el establecimiento de una atención de calidad.

CONSULTAS DE ATENCION EN LOS CENTROS DE SALUD

Las consultas de Atención Primaria son el ámbito principal donde ha de producirse la integración de las actividades de promoción, prevención, asistenciales y de rehabilitación y reinserción social que se desarrollan en el centro de salud. La organización de los equipos de Atención Primaria ha de permitir poner en práctica una adecuada división funcional del trabajo según las aptitudes, actitudes y disponibilidades de sus componentes, de forma que las actividades puedan ser llevadas a cabo de la forma más adecuada.

Con el fin de lograr una óptima racionalización de las actividades y de sus tiempos de ejecución y además para organizar la demanda de atención de los pacientes se introducen elementos diferenciados de actividad como pueden ser los de consulta diaria con turno y la consulta programada. Existen otros tipos de consultas como las consultas sin turno previo y la consulta por una urgencia.

El sistema de consulta con turno en el día permite a la población que demanda asistencia espontáneamente (por propia iniciativa) acudir a la consulta de su médico con una hora previamente concertada y esto permite reducir el tiempo de espera del paciente en el centro y homogeneizar el volumen asistencial de los diferentes días de la semana. Todo ello debe dar lugar a un incremento del tiempo medio dedicado a cada visita y, consecuentemente, a una mejora de la calidad técnica y poder resolutivo.

En las consultas con turno otorgado en el día, las actividades suelen ser asistenciales curativas, pero no por ello deben dejar de realizarse, siempre que sea posible y aconsejable, las de tipo preventivo y de promoción de la salud.

Las *consultas programadas* son las consultas que se acuerdan previamente con día y hora, a iniciativa de los profesionales del equipo y destinadas generalmente al control de pacientes crónicos, al cumplimiento de un programa de salud o a la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud.

Las *consultas sin turno* son las realizadas por aquellos pacientes que acuden al centro de salud sin haber solicitado previamente día y hora de consulta. Idealmente deben ser atendidas por el médico de familia del enfermo, pero si ello no es posible pueden ser resueltas por otro miembro del equipo, que utilizará la documentación clínica habitual del paciente y comunicará los datos de la visita a su médico de familia.

Las *consultas por urgencias* ocurren esporádicamente y son tratadas inmediatamente tal como lo amerite la situación clínica del paciente, brindándole la atención inicial para poder derivarlo a un centro de salud de mayor complejidad, según la gravedad del caso.

La visita domiciliaria en APS

La atención en el domicilio constituye una de las actividades básicas a realizar por los equipos de Atención Primaria y en cuyo desarrollo intervienen de forma diferenciada todos sus componentes, para dar respuesta a necesidades de asistencia creadas por personas que, de forma temporal o permanente, se encuentran incapacitadas para desplazarse al centro de salud. Es preciso potenciar esta modalidad de asistencia, y analizar en profundidad sus indicaciones concretas en razón de las características de la comunidad

atendida y de los recursos disponibles para asistir a aquellas personas con diferentes grados de invalidez que les imposibilitan no solamente acudir al centro de salud sino también, en muchos casos, la realización de las actividades cotidianas básicas.

Los cambios inherentes a los procesos de reforma y potenciación de la Atención Primaria han repercutido de forma directa en el modelo de atención domiciliaria, que ha pasado de ser una asistencia puntual con connotaciones exclusivamente sanitarias, a ser parte de un proceso de atención continuado, integral y multidisciplinario en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales.

En los últimos años, el desarrollo de programas y actividades de atención domiciliaria ha pasado a ser uno de los objetivos prioritarios de la Atención Primaria. Los cambios socio-demográficos, junto con otros factores como la introducción de nuevas técnicas asistenciales, el crecimiento de los gastos por hospitalización o el criterio de que la situación idónea de la persona enferma está, siempre que sea posible, en su contexto habitual familiar y social y no en el hospital, han ido reforzando progresivamente la atención domiciliaria como una alternativa más eficaz y eficiente de asistencia que la hospitalaria, en determinadas situaciones. A pesar de ello, todavía existen graves deficiencias tanto en la planificación como en la cantidad de recursos destinados a la atención domiciliaria.

Aunque en el ámbito de la atención domiciliaria se presta asistencia a cualquier tipo de enfermo, ya sean niños, adultos o ancianos, las prioridades se dirigen a los grupos de población más vulnerables y necesitados, los cuales suelen presentar una serie de características comunes como edad avanzada, enfermedades crónicas y evolutivas, dependencia física y/o psíquica o situaciones terminales.

El análisis del proceso de atención domiciliaria es necesariamente complejo, entre otras razones por las siguientes:

1. No es específico de una patología concreta ni de ningún grupo de edad, sino que su indicación viene determinada por el grado de necesidad y/o incapacidad del enfermo.
2. Requiere, en muchos casos, la prestación de servicios o cuidados tanto sanitarios como sociales, por lo que es necesario que exista una buena conexión entre estos dos ámbitos.

3. Debido al grado de complejidad de la atención a prestar puede ser necesaria la colaboración habitual de recursos hospitalarios y de Atención Primaria.
4. La demanda de asistencia no siempre es generada por el enfermo o la familia.
5. Es imprescindible que exista una conexión adecuada con otros elementos y recursos que complementan la asistencia, tales como hospitales de día y centros socio-sanitarios.
6. Para que pueda desarrollarse correctamente, la atención domiciliaria precisa la implicación y el apoyo de los elementos familiares y del entorno comunitario.

En el proceso de atención domiciliaria se pueden distinguir dos modalidades básicas de asistencia:

Atención domiciliaria espontánea: en algunos casos puede ser de carácter urgente y tener que ser realizada, generalmente por el médico, en un corto espacio de tiempo. Hay que evitar cometer errores en la valoración, generalmente telefónica, de la gravedad o urgencia de una demanda asistencial de este tipo.

Atención domiciliaria programada: Tiene como objetivo fundamental la realización de actividades dirigidas a personas en situaciones de enfermedad o de riesgo sanitario o social e incluye tareas de tipo curativo y otras acciones centradas en la prevención, educación sanitaria, promoción del auto- cuidado y rehabilitación y dirigidas en su conjunto a la mejora de la calidad de vida. Esta modalidad es la que permite el desarrollo, con el grado máximo de expresión y amplitud, del concepto de atención domiciliaria en una perspectiva integral y multidisciplinaria.

Las características que definen al equipo de salud permiten desarrollar los elementos básicos que definen la atención domiciliaria. Su carácter interdisciplinario, compuesto por profesionales sanitarios y no sanitarios, y la integralidad de la asistencia que presta, posibilitan en la práctica esta modalidad de atención de salud, que implica una oferta de servicios a realizar fuera del recinto de la consulta, en el ámbito comunitario. Ya se ha comentado previamente que en este tipo de atención es necesaria la participación, no sólo de distintos miembros del equipo sino también de otros profesionales

provenientes del campo social y con dependencia orgánica y funcional distinta.

Todas estas características hacen imprescindible la existencia de programas de atención domiciliaria y protocolos concretos de actuación, que delimiten las funciones y tareas a desarrollar por las distintas personas que intervienen y que establezcan los mecanismos de coordinación entre ellos:

Criterios de inclusión y exclusión: Dependerán en muchos casos de la capacidad de los equipos para dar respuesta a las demandas del grupo de población atendida y estarán en relación con las prioridades de actuación decididas.

Detección de casos y el circuito de demanda: Son elementos básicos que han de permitir al equipo de salud la búsqueda de los grupos de riesgo priorizados y establecer las fórmulas concretas para canalizar las peticiones de asistencia procedentes de distintos ámbitos (familia, hospital, informes sociales, de especialistas, etc.).

Sistemas de coordinación: Son esenciales para el buen funcionamiento y aprovechamiento de los recursos de distinto origen que intervienen en estas actividades. En este aspecto hay que resaltar la importancia de disponer de circuitos claros de derivación de pacientes.

En los últimos años se han puesto en marcha programas de atención domiciliaria bajo la denominación de hospitalización a domicilio. En este caso, los pacientes provienen del hospital y son dados de alta para que pasen en el domicilio el período de convalecencia, en muchos casos tras intervenciones quirúrgicas realizadas, en ocasiones, sin haber sido ingresados (cirugía ambulatoria). La atención de este tipo de pacientes pone en evidencia la necesidad del establecimiento de mecanismos estrechos de coordinación y relación asistencial entre el nivel hospitalario y el de Atención Primaria. En las experiencias realizadas hasta ahora en este campo, en las que la atención de estos pacientes ha sido principalmente responsabilidad de los profesionales de los equipos de Atención Primaria, se ha comprobado que no se produce ninguna disminución de su calidad y que el nivel de satisfacción de los enfermos es óptimo.

EL AGENTE COMUNITARIO EN APS

El agente de salud ocupa un lugar de primer orden dentro de la organización de la comunidad y sirve de nexo entre los servicios de salud y la población. Pero tiene una tarea más importante, la de movilizar a los ciudadanos y tratar de llegar a cada una y a todas las personas de su organización y de la comunidad: sólo realizando esta tarea llega a ser el vínculo auténtico entre la comunidad y sus servicios de salud.

Para ello es necesario conocer y hacer conocer el perfil del Agente Comunitario, que debe ser un verdadero promotor de la salud.

La selección del Agente Comunitario de Salud se realiza previa designación concertada entre el equipo de salud y la organización comunal a la que pertenece el agente comunitario y al perfil establecido.

La selección establecida de esta manera facilita que el agente comunitario de salud, en su condición de morador y líder de la comunidad, tenga un mayor acercamiento a la población y a la ejecución de un programa comunitario destinado a promover comportamientos básicos y a la realización de un sistema de vigilancia comunitaria con las familias y organizaciones locales contribuyendo además a hacer conocer los servicios, las demandas y necesidades de salud de la población.

La selección del Agente Comunitario se basa en los siguientes requisitos:

- ✓ Debe ser elegido por los miembros de la comunidad a la cual pertenece.
- ✓ Debe vivir en la comunidad donde realizará su trabajo.
- ✓ Debe tener disponibilidad para realizar el trabajo voluntario en salud.
- ✓ Debe tener disponibilidad y voluntad para participar en la capacitación y en las reuniones de coordinación.

El proceso de formación de los Agentes Comunitarios de la Salud se debe realizar teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Perfil del agente comunitario de salud (ACS) es el conjunto de características que debe reunir la persona seleccionada que va a asumir el rol de agente

comunitario de salud. En relación con el perfil del agente, es importante que tenga capacidad de interlocución amplia, de concertar con diferentes sectores de la comunidad, es decir que tenga un liderazgo en la comunidad, habilidades y manejo de la comunicación.

Conocimientos que deben adquirir los ACS:

- ✓ Identificar los problemas de salud de la comunidad.
- ✓ Identificar y referir a las personas de la comunidad que requieren atención al establecimiento de salud.
- ✓ Conocer y difundir mensajes claves para la prevención de las enfermedades.
- ✓ Conocer y difundir mensajes básicos de alimentación y nutrición del niño y de la gestante.
- ✓ Conocer y difundir los datos básicos en salud.
- ✓ Conocer y difundir el tratamiento de la rehidratación oral, para aplicar como abordaje inicial en cuadros de deshidratación.
- ✓ Conocer y difundir las medidas ante emergencias obstétricas, neumonías, accidentes de tránsito, etc.
- ✓ Conocer y difundir el plan de salud de su comunidad.

Habilidades que deben incorporar los ACS:

- ✓ Realizar el seguimiento y monitoreo comunitario de las familias en riesgo.
- ✓ Registrar las actividades realizadas.
- ✓ Aplicar y difundir las normas de higiene básica a las personas, las familias y la comunidad
- ✓ Manejar instrumentos de registro de familias en riesgo.
- ✓ Coordinar y utilizar los recursos existentes en la comunidad.
- ✓ Plantear alternativas de solución a los problemas encontrados en la visita domiciliaria.
- ✓ Ordenar los problemas priorizándolos.
- ✓ Reconocer signos de alarma para las patologías prevalentes de su comunidad.

Actitudes que deben fomentarse en los ACS:

- ✓ Ser positivo, entusiasta y comprometido en sus actividades.
- ✓ Tener madurez emocional.
- ✓ Saber escuchar.
- ✓ Tener compromiso con los problemas de salud de su comunidad y con el establecimiento de salud.
- ✓ Ser amable con las personas de su comunidad.
- ✓ Estar dispuesto siempre a ayudar a quien lo necesita.
- ✓ Inspirar confianza.
- ✓ Utilizar palabras sencillas y claras.
- ✓ Mantener una actitud vigilante acerca de los procesos de salud-enfermedad

BIBLIOGRAFÍA:

- "Sistemas de salud basados en APS: estrategias para el desarrollo de equipos de APS" de la Organización Panamericana de la Salud.
- "Atención Primaria: concepto, organización y práctica clínica" de A. Martín Zurro y J.F. Cano Pérez, 4º edición, Hartcourt-Brace, 1999.
- Atención Primaria de Salud: principios y métodos; Axel Kroeger, Ricardo Luna y col; Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata; 1ª edición; Buenos Aires; Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- Manual de estudio. SALUD COMUNITARIA 1. 2019.-Prof. Dr. Carbonetti Mario E. Prof. Dra. Viviana María del V. Combina & Col. Edit **La Reforma.**
- Manual de estudio. SALUD COMUNITARIA 1. 2022.-Prof. Dr. Carbonetti Mario E. Prof. Dra. Viviana María del V. Combina & Col. Edit **La Reforma.**