Año 2012

MUNICIPALIDAD DE BAHIA BLANCA

N° DE ENTRADA 13821

Expediente: 796-00013821/2012-0-0 Fecha: 27/12/2012

Recurrente. SECRETARIA DE SALUD

Domicilio: ???..... 0

PROGRAMA MODELO DE ATE -

CUIDADO DE EQUIPOS DE REF

00679094

MUNICIPALIDAD DE BAHIA BLANCA
MESA GRAL. DE ENTRADAS Y SALIDAS
28 DIC 2012
SALIDA

MUNICIPALIDAD
de
BAHIA BLANCA

Fojas N°.....

Correspondiente al Expediente Letra 796 N° 13821 Año 2012

Bahía Blanca, 11 de junio de 2013

Visto la necesidad de contar con un modelo de atención-cuidado que responda a las necesidades de atención y cuidado de la ciudadanía que integre los distintos niveles y recursos con que cuenta hoy la Municipalidad de Bahía Blanca,

Considerando que en nuestro país, la mayoría de las acciones, programas y políticas sanitarias han estado dirigidos exclusivamente a la enfermedad y su atención, y no a la salud y su cuidado.

Que desde hace unos años se inicio un camino de **integración, inclusión y rediseño** de las estrategias de cuidado y atención que hoy nos permite mirar al futuro con optimismo y esperanza

Que nuestra política de salud se enmarca en el contexto de un proceso dinámico, que exige estrategias de gestión lo suficientemente adaptables como para dar respuesta a los procesos socio culturales en los que sucede el vivir, enfermar y morir

Que partimos de un marco ideológico y teórico que permite encausar los esfuerzos y resultados de la organización pública de salud, en función de un conjunto de valores, que son los que nos definen: la solidaridad, la salud como derecho y el estado como garante del mismo, el acceso con calidad, la participación de los ciudadanos, una organización de salud pensada en la persona, su familia y contexto

Que favorecemos una práctica de cuidado de la salud humanizada y con una visión integral e integrada del proceso salud / enfermedad / atención / cuidado

Que proponemos un reordenamiento del trabajo en salud según la directriz del Vínculo Terapéutico entre equipo de profesionales y ciudadanos, con el objetivo de estimular la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud.

Que es necesario dotar a las Unidades Sanitarias de Equipos de Salud multiprofesionales que estén en forma permanente y continua trabajando en la misma unidad sanitaria y comunidad, sin rotar por otras unidades sanitarias ni dispositivos móviles, en un horario ampliado, con tecnología y organización administrativa adecuada

Que proponemos 5 principios para mejorar la salud de los ciudadanos: Trabajo en Equipo, Lógica vincular, Abordaje Territorial, Oferta Centrada en el Derecho a la Salud, Control y Participación Social

Que impulsamos un Sistema de Equipos de Referencia entre trabajadores y ciudadanos, como organizador del modelo de atención-cuidado, el **INTENDENTE MUNICIPAL**, en uso de sus facultades,

RESUELVE

ARTICULO 1 Crear en el ámbito de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, el **"Programa Modelo de Atención-Cuidado de equipos de referencia"** según se adjunta a la presente en ANEXO I.

ARTICULO 2 Implementar "Postas de Salud Domiciliaria" como modelo de abordaje del proceso salud – enfermedad – atención – cuidado ambulatorio, en un área geográfica y

poblacional estratégica de la ciudad de Bahía Blanca, según se adjunta a la presente en ANEXO II.

ARTICULO 3 Será objetivo general del Programa institucionalizar la propuesta política que se desea desencadenar, sus fundamentos, bases ideológicas, teóricas y los proyectos a desarrollar durante los próximos cuatro años.

ARTICULO 4 Será objetivo específico asignar Equipos Nucleares de salud a las siguientes Unidades Sanitarias:

- Sociedad de Fomento Laureano Muñiz (General Daniel Cerri)
- Sociedad de Fomento Villa Bordeu
- Unidad Sanitaria Barrio San Dionisio
- Unidad Sanitaria Barrio Latino
- Unidad Sanitaria Barrio Villa Floresta
- Unidad Sanitaria Barrio Grumbien
- Unidad Sanitaria Barrio 12 de octubre
- Unidad Sanitaria Sanchez Elias
- Unidad Sanitaria Barrio Rosario Sur
- Unidad Sanitaria Loma Paraguaya
- Unidad Sanitaria Barrio Villa Serra
- Unidad Sanitaria Barrio Boulevard
- Unidad Sanitaria Barrio Saladero
- Unidad Sanitaria Barrio Kilómetro 5
- Unidad Sanitaria Barrio Rivadavia

ARTICULO 5 Será objetivo específico asignar a los siguientes Barrios Postas de Salud Domiciliarias:

- Barrio Puertas al Sur
- Barrio 9 de noviembre
- Barrio Stella Maris
- Posta Rural General Daniel Cerri: Paraje la Hormiga, Sauce Chico, Alferes San Martín

ARTICULO 6 El personal afectado a la realización del programa será de Planta Permanente, Temporaria y aquellos agentes asignados por los distintos programas nacionales y provinciales dependientes de la Secretaría de Salud.

ARTICULO 7 La organización del programa será articulada desde la Secretaría de Salud.

ARTICULO 8 Cúmplase, tomen nota Secretaría de Salud, dése al R.O. y RESÉRVESE.-

RESOLUCION Nº 5-226-2013.-

jvs

MED. DIEGO PALOMO
SECRETARIO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE BAHIA BLANCA

Dr. GUSTAVO BEVILACQUA
Intendente Municipal
Bahía Blanca

MUNICIPALIDAD
de
BAHIA BLANCA

Fojas Nº.....

ANEXO I

PROGRAMA "MODELO DE ATENCION-CUIDADO DE EQUIPOS DE REFERENCIA"

El presente programa tiene como objetivo institucionalizar la propuesta política que se desea desencadenar, sus fundamentos y bases ideológicas y teóricas, los proyectos a desarrollar durante los próximos cuatro años.

Se organiza con una breve contextualización y presentación general de las acciones en salud, fundamentalmente centradas en el primer nivel de atención.

Contextualización

En nuestro país, la mayoría de las acciones, programas y políticas sanitarias han estado dirigidas exclusivamente a la enfermedad y su atención, y no a la salud y su cuidado. Se fue diluyendo la idea de cuidar la salud y se fue imponiendo la estrategia de atender la enfermedad, generando de este modo un sistema de salud costoso, de baja eficacia, y de difícil acceso para gran parte de la población. Desde hace unos años se inicio un camino de **integración, inclusión y rediseño** de las estrategias de cuidado y atención que hoy nos permite mirar al futuro con optimismo y esperanza.

Nuestro marco ideológico y teórico, parte de pensar el sistema de salud como **campo**, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación de uno o más capitales; económico, social, cultural y simbólico.

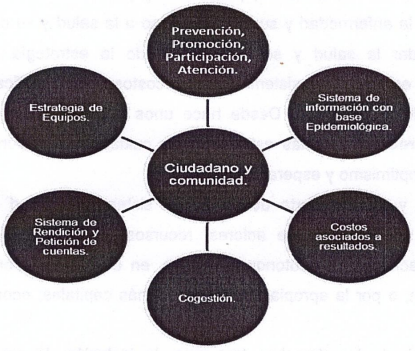
La promoción de la salud, de los derechos humanos, la inclusión, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, el acompañamiento, la calidad de vida, el desarrollo pleno de las potencialidades de las personas, la felicidad, la libertad, la participación y la democracia, son algunos de los aspectos que dan identidad a nuestra política de salud.

Nuestras líneas de trabajo se entienden en el contexto de un proceso dinámico, que exige estrategias de gestión lo suficientemente adaptables como para dar respuesta a los procesos socio culturales en los que sucede el vivir, enfermar y morir; pero también requiere de un marco ideológico y teórico que permita encausar los esfuerzos y resultados de la organización pública de salud, en función de un conjunto de valores, que son los que nos definen: la solidaridad, la salud como derecho y el estado como garante del mismo, el acceso con calidad, la participación de los ciudadanos, una organización de salud pensada en la persona, su familia y contexto.

Es por esto que planteamos un reordenamiento del trabajo en salud según la directriz del Vínculo Terapéutico entre equipo de profesionales y ciudadanos, con el objetivo de estimular la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud.

Organización de Salud pretendida:

- Centrada en el ciudadano y su comunidad
- Organizada por la idea de **equipos** de distinta pertenencia y disciplina
- Con una oferta orientada a la prevención y promoción, participación y atención activa
- Sistema de información con base epidemiológica
- Costos asociados a los resultados. Definidos por la necesidad y política municipal
- Cogestión: Incluir a los trabajadores, darles protagonismo y espacio. Recuperar el rol del trabajador de salud y cuidarlo
- Sistema de rendición y petición de cuentas
- Sistema de responsabilidad nominal y territorial (equipos)
- Primer nivel organizado por la estrategia de equipos



Estrategias de Equipos: Salud Bien Cerca

La política de atención-cuidado que impulsamos desde esta Secretaría, se centra en favorecer una práctica de cuidado de la salud humanizada y con una visión integral e integrada del proceso salud / enfermedad / atención / cuidado. El planteo de la humanización lo hacemos desde conceptos políticos, económicos, sociales, éticos e ideológicos. Humanizar significa tornar humano, dar condición humana. Insertar en un contexto de salud la humanización, más que mejora en la calidad de atención significa mejora de la calidad de nuestro comportamiento para con el otro. que merece ser tratado como un igual, como un par. En definitiva tiene que ver con el derecho a ser humano y a ser tratado como tal.

Por lo tanto planteamos una política de atención cuidado de la salud, basada en 5 principios:

1. <u>El trabajo en equipo:</u> Superar el concepto que una disciplina puede resolver y explicar los problemas de salud de una persona o su familia con un abordaje individual dentro de un consultorio, para instalar el concepto y la práctica de equipos multidisciplinares que aportan distintas miradas y explicaciones, según su formación para enriquecer y dar integralidad al cuidado. Estos equipos, no son solo el agrupamiento físico de distintas disciplinas, sino que están centrados en una

tarea común y tienen acompañamiento constante para poder modificar, adaptar o mejorar sus prácticas en este modelo.

2. Una lógica vincular: Recuperar el lazo de confianza y afecto entre los profesionales del equipo y la comunidad, a través de la permanencia de los mismos profesionales durante toda la semana en la misma unidad sanitaria, evitando las rotaciones innecesarias y la obvia consecuencia de despersonalización del servicio y falta de pertenencia, de los profesionales para con la comunidad y de la comunidad para con los profesionales. Favorecer la lógica vincular permite que las personas elijan atenderse en su unidad sanitaria porque encuentran allí mejor calidad y continuidad en la atención.
3. Un abordaje territorial: Que los equipos de salud tengan delimitado un territorio geográfico, poblacional y cultural, bajo su responsabilidad, les permite un mayor y mejor conocimiento de los procesos de enfermar, de atención, de modos de vida, de características de mortalidad, para poder hacer intervenciones mas efectivas y vinculadas a la realidad de ese territorio, y no intervenciones homogéneas a toda la ciudad, adaptando la respuesta a las particularidades y necesidades de cada comunidad.
4. Una propuesta orientada en la oferta centrada en el derecho a la salud: el equipo junto con la comunidad marcan las prioridades de atención e intervención, organizando la tarea con propuestas activas para que la demanda sea satisfecha y que la agenda de salud no contemple solo lo emergente, sino también, lo necesario.
5. Control y Participación Social: incluir la participación real de los usuarios, en la definición de sus necesidades y estrategias del cuidado de la salud y en control de las políticas e instituciones del estado responsables de garantizar el derecho a la salud. Es una estrategia para transformar las acciones individuales o sectoriales, en verdaderas políticas públicas. Deseamos una participación que fortalezca la autonomía de cada individuo y de cada comunidad, potenciando así la capacidad para trabajar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud. No se puede pensar una propuesta política sanitaria, superadora, efectiva y verdaderamente inclusiva para responder las necesidades de nuestra población, sin que esta participe en su organización.

Cinco Principios para mejorar la salud de los ciudadanos

Trabajo en Equipo, Lógica vincular, Abordaje Territorial, Oferta Centrada en el Derecho a la Salud, Control y Participación Social.

Basados en estos principios, se trata de impulsar un Sistema de Equipos de Referencia entre trabajadores y ciudadanos. Cada servicio de salud se rediseña a través de la conformación de Equipos de Salud y dispositivos de apoyo especializado. Los Equipos se organizan según lugar

de atención (unidad sanitaria, centro de salud, hospital) y la disponibilidad de trabajadores y sus disciplinas, intentando favorecer una integración multiprofesional. Los dispositivos de apoyo especializado, pueden ser desde equipos terapéuticos, (por Ej.: para el cese del hábito tabaquito), hasta trabajadores con especialización en un área de interés de acuerdo a las situaciones de salud de nuestra población. Ej.: psiquiatría, oncología, adolescencia, adicciones, entre otros.

Por lo tanto, el modelo de atención-cuidado que proponemos se despliega en el ***sentido vertical*** con los Equipos de Referencia en unidades sanitarias, centros de salud y hospital ***y en el horizontal***, por medio de la organización de una línea de apoyo especializado, consistente en un grupo de trabajadores con una serie de actividades y de procedimientos ofrecidos, disponibles para acompañar y enriquecer los abordajes de cada uno de los equipos, cuando estos así lo requieren.

Los equipos

- Equipos Nucleares de Salud en Unidad Sanitaria[1]
- Equipos de Referencia en Centros de Salud y en Hospital Municipal.

Estos equipos trabajan una lógica vincular propia y hacia la comunidad, sus instituciones y referentes, comparten una responsabilidad territorial y poblacional, otorgando una respuesta positiva y activa, desde un modelo de atención orientado en una oferta centrada en el derecho a la salud y no exclusivamente en la demanda.

Partimos del supuesto que este esquema de organización y ordenamiento del trabajo en salud potencializará alteraciones en la subjetividad y en la cultura dominante entre el personal de salud por medio de una valorización concreta y operacional de las directrices del Vínculo Terapeútico [2]

La población de una región será dividida en "grupos" bajo la responsabilidad de distintos Equipos de Referencia: Equipos Nucleares en Unidades Sanitarias' Equipos de Referencia en Centros de Salud y Equipos de Referencia en Hospital.

En una Unidad Sanitaria, por ejemplo, se montarían ENS (médico-generalista, enfermería, promotor y administrativo) mientras funcionan paralelamente en el centro de Salud de Referencia, Equipos de especialidades orientadas a atención de la infancia, adultos y mujeres.

Conforme con la disponibilidad de recursos en el área, cada ENS, podría contar con médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, obstetras, fonoaudiólogos, psicopedagogos,

---

1 Los Equipos Nucleares de Salud (ENS) están conformados por médicos generalistas o de familia, enfermeras, promotores y administrativos. Son responsables del cuidado de la salud de una comunidad específica con un enfoque de las prácticas centrado en las necesidades del usuario. En las páginas siguientes describiremos con más detalles las particularidades del trabajo de los ENS.

2 (Pichon-Rivière, 1988 y Campos, 1992); Interdisciplinariedad de los Saberes y de las Prácticas (Japiassu, 1976, Nunes, 1995; Testa, 1997; Almeida Filho, 1997; Passos, Benevides Barros, 1998) y el de Gestión de Organizaciones como dispositivo para producción de Grupos Sujetos (Campos, 1998).

nutricionistas y por otra parte con una línea de apoyo especializado[3], transversal a todos los equipos de referencia.

Los trabajadores que conforman la línea de apoyo especializado, se integrarían al trabajo de los ENS y Equipos de Referencia siempre que su aporte fuese considerado prioritario o necesario. Así, algunas actividades específicas como el trabajo en grupo, educación en salud, paseos terapéuticos, gimnasia para los adultos mayores, etc., serían también ofrecidos a la población y los equipos. Un médico o una enfermera, aun cuando estén integrando un Equipo y, por lo tanto, ser responsables de un conjunto de personas adscriptas[4], podrían ofrecer actividades especiales a los equipos. Cada Equipo de Referencia de la red básica tendría bajo su responsabilidad –para asegurar una atención integral a la salud– una población en torno de 1500 a 3000 personas, según distribución geográfica.

En este punto, necesitamos realizar una observación importante y que altera la tradicional noción de referencias y contrarreferencia vigente en nuestras organizaciones de salud: cuando un paciente utiliza el apoyo de un Equipo de Referencia de centro de salud o de hospital, nunca deja de ser usuario del ENS. En este sentido no hay una "derivación" dirigida, sino que se trata de diseños de Proyectos Terapéuticos que pueden no ser ejecutados sólo por los ENS o los Equipos de Referencia sino por un conjunto más amplio de trabajadores. De cualquier forma, la responsabilidad principal por la conducción del caso continúa siempre con el ENS.

Los trabajadores organizan una matriz de servicios especializados de apoyo a los Equipos de Unidades Sanitarias y de Referencia buscando una oferta tan amplia como sea posible. El apoyo especializado, organizado de esta forma, amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los Proyectos Terapéuticos, sin diluir la responsabilidad sobre los casos y sin crear recorridos interminables. Por otro lado, permite a los profesionales combinar de forma más libre el trabajo con su población de referencia con espacios que podrían dedicar a actividades que sea más de su gusto. Esto es particularmente conveniente cuando se piensa en el amplio menú de actividades de apoyo que pueden ser ofrecidas. Así, una enfermera además de su actividad nuclear típica podría ofrecer también, en algunas horas de su jornada, grupos terapéuticos, caminatas, etc.

¿Cómo se conforman y organizan los Equipos?

Equipo Nuclear de Salud en Unidades Sanitarias- ENS: (Medico de Familia / General – Enfermera - Promotor de Salud - Administrativo). Con el objetivo de realizar asistencia, trabajo comunitario, gestión, visitas domiciliarias, reuniones periódicas de los equipos y con la comunidad.

---

3 Cualquier trabajador de la organización de salud, que más allá de su formación disciplinar o su tarea básica a partir de algún interés o experticia en un campo específico pueda ofrecer sus técnicas y saberes para reforzar los proyectos de los equipos.

4 Población bajo responsabilidad de un equipo de salud.

Los ENS como su nombre lo indica, son el núcleo del que parten las acciones de cuidado y atención a la comunidad. Un núcleo/centro conformado por el equipo y el usuario, tomando esa relación como unidad (usuario-centrado), a diferencia de los modelos anteriores, cualesquiera sean (Medicina Comunitaria, Salud Familiar, APS) que resultaban medico centrados. Los ENS presentan en función de

- Carácter sustitutivo: sustituye las prácticas normatizadas de asistencia por un nuevo proceso de trabajo cuyo eje está centrado en el cuidado de la salud.
- Reconceptualizaciòn de la organización: el ENS está inserto en una organización matricial garantizando la atención integral y asegurando la corresponsabilidad de los distintos equipos que intervienen en la construcción de los proyectos terapéuticos.
- Territorializacion: territorio definido y responsabilidad en el acompañamiento de la población adscripta, máx. 3000 personas
- Equipo multiprofesional: médico de familia, enfermero, administrativo, promotor de salud.

El ENS se encuentra entonces en un territorio de adscripción definido, desarrollando acciones de salud concretas dirigidas a sus familias y comunidad, de forma continua, personalizada y activa, con énfasis en la promoción y en lo preventivo pero sin descuidar lo curativo-rehabilitador, con resultados positivos para la salud individual, familiar y comunitaria, y con una inversión sustentable en el largo plazo para la ciudadanía.
Cada uno de estos equipos debe trabajar en función de un **Proyecto de Trabajo Anual**, que incluya el tipo de trabajo clínico y el comunitario a realizar en el barrio, el análisis de situación, los objetivos y metas a alcanzar en el periodo, propuestas de accesibilidad, sistemática de las visitas domiciliarias, etc.

Posibles Estrategias de Atención- Cuidado del Equipo Nuclear de la Unidad Sanitaria:

- *Consulta de orientación (CO):* el equipo evalúa las características de la demanda y se dan respuestas según necesidad: asistencia programada, asistencia en el día, resolución del problema. De esta manera se intenta organizar y satisfacer la demanda.
- *Consultorio programado (CP):* respuestas organizadas a situaciones que son periódicas (control de embarazo, niño sano, personas con enfermedades crónicas)
- *Consultorio de demanda espontánea (CDE):* respuesta dada en el día, que puede ser la resolución de la necesidad, la derivación, orientación o programación de otra consulta.
- *Proyectos Terapéuticos Singulares (PTS):* controles de salud, abordaje de las personas con enfermedades crónicas, de problemas psicosociales, de pacientes policonsultadores, entre otras problemáticas.

- *Dispositivos integradores (DI):* entrevista familiar, talleres grupales, rediseño de las salas de espera, ficheros cronológicos.
- *Promoción del autocuidado (PA):* estrategias para recuperar saberes familiares y populares y reafirmación de conductas y pautas saludables incorporadas a los hábitos y costumbres familiares y comunitarias.

Los **Equipos Nucleares de Salud (ENS),** cumpliran la jornada de trabajo completa en una Unidad Sanitaria cubriendo 8 horas diarias, con el objetivo principal de mejorar el acceso al sistema y garantizar una atención de calidad. Las **Postas de Salud Domiciliarias (PoSaD)** estarán conformadas por médicos generalistas o de familia, enfermera, promotora de salud, trabajador social y psicólogo. Es una estrategia para responder a demandas y necesidades históricas de algunos barrios. Estas Postas trabajarán en comunidades en situación de alta vulnerabilidad fuera del horario habitual de funcionamiento de la Unidad Sanitaria, dedicando 12hs semanales divididas entre los días miércoles y sábados. Centran su actividad en el abordaje domiciliario de los problemas de salud y en la puesta en marcha de acciones preventivas en conjunto con la comunidad.

La PoSaD tiene como ejes de acción: la atención inmediata, resolución de consultas frecuentes y de rápida respuesta, controles de salud, controles de enfermedades crónicas y finalmente, el eje de educación / participación.

La relación entre equipo de salud y sujetos usuarios cambia significativamente con este abordaje, y esto es un cambio cualitativo, subjetivo, y humanizado sobre el que hay que hacer énfasis.

Aunque tenemos en claro y no negamos la existencia de las desigualdades en relación al poder, con el trabajo desde las postas que prioriza el espacio domiciliar como lugar privilegiado para diseñar intervenciones en salud, la relación de saber/poder en la que el médico ordenaba y el usuario obedecía se subvierte en algún sentido: es el usuario quien "recibe" al equipo en su domicilio y oficia de anfitrión. El saber del usuario sobre su problema o situación de salud también entra en juego a la hora de diseñar las estrategias terapéuticas. **Ver Anexo II Postas**

Equipo de Referencia en el Centro de Salud: (Clínico-pediatra- asistente social- psicólogo- ginecólogo- enfermera- administrativo, Obstetra, Fonoaudióloga, Atención Temprana). El profesional mantiene un horario de atención para la demanda del barrio cercano al centro de salud y otro para trabajar en conjunto con los ENS, con un rol de asesoramiento sobre la elaboración de historias clínica, seguimiento conjunto del paciente complejo y actividades comunitarias.

Esta reorganización del proceso de trabajo que promueve una mayor estabilidad de los especialistas en las unidades sanitarias posibilita más y mejores seguimientos y revaloriza el trabajo de cada uno de ellos jerarquizando su saber específico y ubicando ese saber como apoyo a la resolución de problemas de salud complejos.

Los especialistas de referencia de los centros de salud son un componente esencial en la organización, su presencia dentro del territorio permite al usuario tener una respuesta especializada cerca de su domicilio y evitar trayectos innecesarios a los hospitales con la consecuente ocupación de turnos y el desgaste de trabajadores y usuarios en ese esquema.

La estabilidad en un Centro de Salud determinado y la definición de su tarea de manera más específica permite a los especialistas construir un mejor vínculo con la comunidad y con sus compañeros de trabajo, adecuar las herramientas con las que cuentan a los problemas de las personas y elaborar en ese proceso sentimientos de pertenencia e identificarse más firmemente con lo que hacen y con su rol fundamental en el sistema público.

Equipo de Referencia en el Hospital Municipal:

Se intentará organizar las diferentes disciplinas y especialidades médico hospitalarias en función de una definición territorial y poblacional, manteniendo una estrategia de comunicación con los equipos del primer nivel, tanto de centros de salud, como de las unidades sanitarias, que sea superadora de la idea de referencia y contrarreferencia, para poder dar respuesta a la necesidad compleja y continua de integración y comunicación entre el trabajo hospitalario y el primer nivel de atención.

Organizaremos dentro del hospital las diferentes disciplinas y especialidades en función de una definición territorial y poblacional estimulando la integración de la atención de las especialidades hospitalarias con las unidades sanitarias, contando con especialistas responsables por área programática y equipos de salud, con el fin de fomentar la responsabilidad territorial y poblacional.

La lógica de corresponsabilidad se sostiene en base al trabajo en conjunto entre paciente, equipo de unidad sanitaria y hospital. Aquellas familias, personas o grupos que presenten una situación de salud de un orden que escape al acompañamiento que puede darse en el primer nivel de atención, serán asistidas en conjunto por el equipo de la unidad sanitaria y el médico del hospital de segundo nivel.

Cada ENS tendrá sus referentes médicos en el hospital, a ellos deberá dirigir las inquietudes y consultas que escapen a sus posibilidades de atención y a las posibilidades de apoyo del equipo de referencia del centro de salud.

Línea de apoyo Especializado:

Los profesionales organizan una red de servicios especializados de apoyo a los Equipos de unidades sanitarias y de Referencia, buscando ampliar la oferta interesándonos en las posibilidades y deseos de los trabajadores de brindar algo distinto, utilizando aquel saber diferencial que poseen y en el cual se destacan.

El apoyo especializado, como ya dijimos anteriormente amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los Proyectos Terapéuticos, sin diluir la responsabilidad sobre los casos y sin crear recorridos interminables.

Por otro lado, permite a los profesionales combinar de forma más libre el trabajo con su población de referencia con espacios en que podrían dedicarse a actividades que sea más de su gusto. De esta manera, un profesor de educación física, por ejemplo, puede incluirse en el trabajo interdisciplinario en salud mental por el lado de la línea de apoyo especializado,

ofreciendo una lista de actividades que podrían o no ser incluidas en el Proyecto Terapéutico de acuerdo a lo que requieran los equipos.

En este sentido, se trataría de instituir –como norma organizativa– un nuevo Sistema de Referencias entre profesionales y usuarios.

Cada servicio de salud sería reprogramado a través de la composición de Equipos de Referencia, recortados según sea su objetivo, las características de cada local y la disponibilidad de recursos. De cualquier forma estos equipos obedecerían a una composición multiprofesional, variable, conforme a la circunstancia de estar trabajando en atención primaria, hospital, especialidades, etc." Gastao Wagner Sousa Campos.

Estos dispositivos nos permitirían conformar: Talleres de Educación Sexual, de Cesación de Hábito Tabaquico, Adolescencia, Consultorio de Mama, Psiquiatría, Nutrición, ORL, Endocrinología, Atención Domiciliaria y Cuidados Paliativos, Alergista, Prof. de Educación Física, entre otros.

Postas de salud básicas: en aquellas unidades sanitarias ubicadas en barrios que se encuentran cubiertos por otros efectores del sistema de salud, se contará con una enfermera de referencia al cuidado de los vecinos que, en contacto con la red completa de servicios públicos y privados, asegure que todos y todas tengan cubiertas sus necesidades.

UDES: Unidades de Demanda Espontánea correspondientes a consultorios de clínica y pediatría o medicina familiar, que funcionan con horario extendido desde 16 a 20hs con el apoyo de enfermería.

Estos consultorios extendidos trabajan con la demanda espontánea, no con turnos programados y vienen a agilizar la evacuación de consultas de pacientes que no respondan a emergencias pero que necesiten ser atendidos por alguna afección aguda. Estarán ubicados en centros de salud estratégicamente seleccionados teniendo en cuenta aquellos barrios que han presentado mayor cantidad de consultas por guardia.

Aunque no constituyen una urgencia médica, problemas de aparición reciente como la fiebre, las palpitaciones, los síntomas respiratorios, la cervicalgia, la diarrea, etc. son causa frecuente de preocupación entre los pacientes y generan numerosas consultas espontáneas o no programadas (sin turno) al médico, que ahora tendrán un espacio definido.

La ampliación del horario y la dedicación exclusiva a un barrio determinado significa un cambio trascendental en el proceso de trabajo tradicional dentro de la organización de salud. Anteriormente los profesionales de cada especialidad trabajaban en distintas Unidades Sanitarias de manera rotativa, lo que les dificultaba enormemente la posibilidad de conocer a la comunidad y realizar seguimientos y cuidados adecuados.

La estrategia que impulsamos permite atender tanto las consultas espontáneas como programar turnos para controles, realizando atención y cuidado domiciliario a quienes lo necesitan y trabajar con todas las instituciones de la comunidad. Todo esto, además de mejorar el vínculo, significa también poder acompañar diariamente el diagnóstico y tratamiento de las personas y profundizar el trabajo preventivo.

A Problemas Complejos, respuestas elaboradas. Lineas de Cuidado

El camino del usuario o paciente **con un problema de salud complejo** podría graficarse en el siguiente flujo:

Puerta de entrada US (ENS).

Consulta con Equipo de Referencia de Ctro de Salud (Clínico-gineco-pediatría)

Consulta con Línea de apoyo especializado: de ser considerado necesario (adolescencia-nutrición-infanto juvenil-patologías crónicas)

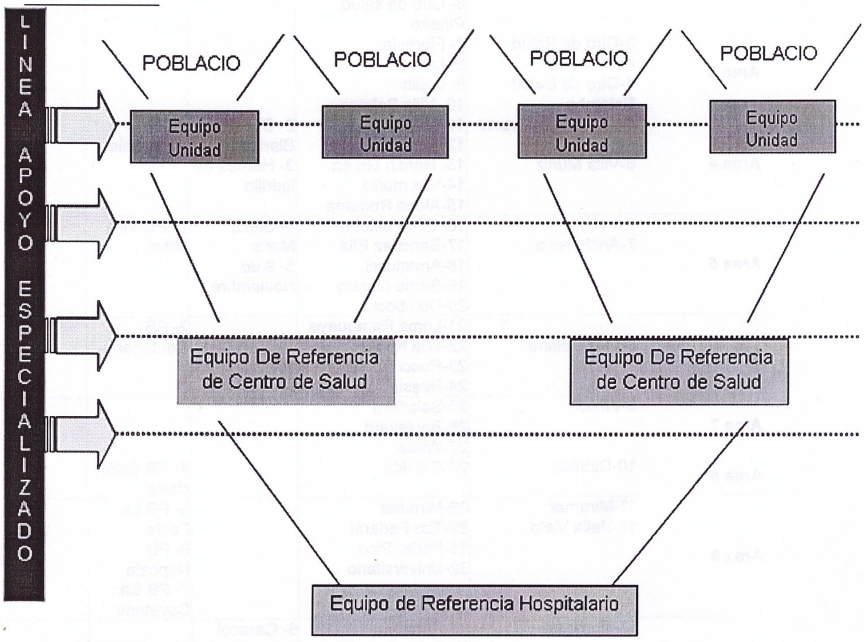
Consulta con Equipo de Referencia de hospital.

Todo esto requiere la elaboración de un **Proyecto Terapéutico Singular**[5] que por un lado orienta las acciones en salud y por otro incluya la opinión del usuario en el diseño de las intervenciones que se realizarán. La elaboración de los PTS requiere de acuerdos de profesionales y usuarios mediante contratos...

El seguimiento se realiza desde la US pero ya con los distintos apoyos activados ante cualquier cuestión que se genere, respondiendo a una lógica de corresponsabilidad frente a la salud de las personas.

---

5 Es un conjunto de propuestas de conductas terapéuticas articuladas no solamente en el plano biológico, para un sujeto individual o colectivo, resultado de discusiones colectiva de un equipe interdisciplinario, con apoyo matricial si es necesario. Consta de 4 pasos: Definición de Hipótesis diagnosticas: dimensión biológica, psicológica y social (Riesgo y Vulnerabilidad), Definición de metas: generar metas a corto, mediano y largo plazo consensuada con el sujeto por medio del miembro del equipo con mejor relación, División de responsabilidades: primero se debe elegir UN responsable de PTS, es el que coordina y se responsabiliza, Reevaluación: (Debe haber un día y horario fijo ara las reuniones de PTS, Cada miembro del equipo traerá aspectos diferentes según su especificidad disciplinar).



Pensando en potenciar el desarrollo de esta estrategia, proyectamos para el 2017 contar con:
• **44 Equipos Nucleares de Salud**. Este cálculo es teniendo en cuenta que cada equipo se responsabilice por el cuidado de 3000 personas bajo la lógica de adscripción territorial y acogimiento. Tomamos en cuenta los diferentes efectores y servicios de salud públicos y privados para contar con la cobertura total de los 400000 habitantes de la ciudad, teniendo en cuenta que el 60% de la población posee algún tipo de cobertura social. Esto es hablar de un sistema solidario y democrático que responde a las necesidades de salud de cada persona.

- **6 Postas de Salud Domiciliarias.**
- **7 postas básicas de salud**
- **14 equipos de Referencia en centros de salud**
- **1 UDES en el centro de Salud Leandro Piñeiro**

	Equipo de Referencia Especializado	ENS	PoSaD	Posta Básica	UDES
Area 1	1-Centro de Salud Menghini	1-Soc. Fom Cerri. 2-Ctro de Salud			
Area 2	2-Ctro de salud	3- Bordeu	1- Rural		Ctro de

	Piñeiro	4- Nocito 5- Maldonado 6- Ctro de salud Piñeiro			salud Piñeiro
Area 3	3-Ctro de Salud Avellaneda 4-Ctro de Salud Estomba 5-Vº Harding Green	7- Floresta 8- Latino 9- Lujàn 10- Villa Belgrano 11- Vª Gloria 12- Grumbein	2- Bº Punta Blanca	1.-PB Patagonia	
Area 4	6-Villa Muñiz	13- Hardin Green. 14-Vila muñiz 15-Aldea Romana	3- Hornos de ladrillo.		
Area 5	7-Anchorena	16-12 de octubre 17-Sanchez Elia 18-Amaducci. 19-Barrio Obrero 20-Don bosco	4- Stella Maris 5- 9 de Noviembre	2- PB Villa Mitre	
Area 6	8-Villa Delfina	21-Loma Paraguaya 22-villa Rosas 23-Rucci 24-Ressia		3- PB Centenario	
Area 7	9-White	25-Saladero 26-Boulevard 27-White			
Area 8	10-Cabildo	28-Cabildo		4- PB Saint claire	
Area 9	11-Miramar 12-Bella Vista	29-Miramar 30-Tiro Federal 31-Pedro Pico 32-Universitario		5- PB La Falda 6- PB Naposta 7- PB San Cayetano	
Area 10	13-Noroeste	33-Pampa 34-Colon 35-Mariano Moreno 36-KM5 37-San Dionisio 38-San Martin 39-Noroeste	6- Caracol		
Area 11	14-CIC	40-Villa Esperanza 41-Villa Serra 42-Villa Rosario 43-Rivadavia 44-Cic			

MED. DIEGO PALOMO
SECRETARIO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE BAHIA BLANCA

Dr. GUSTAVO BEVILACQUA
Intendente Municipal
Bahía Blanca

Anexo II - Postas de Salud Domiciliarias

Fundamentación

Teniendo en cuenta el crecimiento de la ciudad, los cambios cualitativos en su desarrollo demográfico y la respuesta tradicional de salud, creemos importante tratar de ampliar creativamente las intervenciones de salud, para brindarlas de acuerdo a las diferentes necesidades de cada colectivo poblacional.

Es así que nos encontramos con algunos barrios de la ciudad, que si bien cuentan en cercanías (geográficas) con una Unidad Sanitaria (US), sus habitantes sólo consultan ante situaciones de enfermedad o síntoma agudo, mientras que para realizarse controles de salud o seguimiento de enfermedades crónicas, el acceso, por distintos motivos, está limitado.

Entendemos que hay una dimensión de la atención que es responsabilidad del sistema de salud, tendiente al cuidado, que incluye el seguimiento longitudinal de las personas, las familias y la salud comunitaria. Los dispositivos tradicionales (como las US), más allá de la cercanía geográfica, no siempre cubren eficazmente en algunos sectores de su referencia, estas dimensiones del cuidado.

Es por esto que decidimos impulsar una estrategia de abordaje domiciliario de la salud que promueva el cuidado en el espacio intra-doméstico, estableciendo a la vez una articulación con la US más cercana. Sumando a esto, los dispositivos transitorios como las campañas de prevención (Ej. campañas de vacunación, saneamiento ambiental, desratización, fumigación, móviles de castración felina y canina, entre otros) y los móviles de salud que acercan un servicio (toma de PAP, ecografías y mamografías móviles, radiología, laboratorio) que no pueden ser brindados de forma domiciliaria y que por la densidad poblacional y las tasas de uso teóricas de dichos servicios, no requieren una presencia permanente en el sector, sino periódica y programada.

Por lo tanto, implementamos las **Postas de Salud Domiciliaria**, como una modalidad de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado **ambulatorio – domiciliario**, destinado a un área geográfica y poblacional, claramente delimitadas. Con esta estrategia las acciones de cuidado, promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad, se realizan sobre toda la población, básicamente a través de visitas domiciliarias programadas u organizadas por detección de problemáticas determinadas que pueden presentarse por referentes barriales o por demanda espontánea de las personas. El equipo de la Posta de Salud derivará a establecimientos de mayor resolutividad (Unidad Sanitaria o Centros de Salud) las situaciones que superen su capacidad de acción.

Un Equipo y una Práctica

La Posta de salud Domiciliaria – PoSaD como dispositivo de salud para algunos barrios de nuestra ciudad, no es solamente la contratación de determinado grupo de profesionales y la asignación de los mismos a una determinada población.

Es fundamentalmente la apuesta a una práctica clínica ampliada, integral, que incorpore al Otro como un sujeto activo y que signifique poner los distintos saberes disciplinares al servicio de las necesidades de las personas. Hoy, en nuestro modelo de atención, opera predominantemente un modelo de queja – conducta.

La atención en los servicios ambulatorios se ha convertido en una atención "de urgencia", que opera solo por demanda espontánea copiando el modelo hospitalario, aun sabiendo que no siempre el que más demanda es el que más necesita y muchas veces "los precios" materiales y simbólicos que hemos puesto a las personas para ingresar al sistema, generan condicionamientos e impiden su inclusión. (Campos Wagner de Souza, 2000)

La PoSaD tendrá 7 ejes de acción: Atención Inmediata, Resolución de consultas frecuentes y de rápida respuesta, Controles de salud, Controles de Enfermedades Crónicas, Educación y Participación, Detección y Reducción de Riesgos Sociales y finalmente, el eje de Jornadas Intensivas de Trabajo

La propuesta de la posta es apelar a la conformación de un equipo que reflexione sobre su práctica clínica y la amplíe en el mejor de los sentidos, para hacerla humana, integradora de las visiones de las personas y de otras disciplinas, orientadas a la salud y al seguimiento a lo largo de la vida de las personas y familias. Proponemos recuperar la escucha activa y paciente, el acompañamiento a las personas en situaciones de vulnerabilidad o sufrimiento como estrategias centrales del cuidado y la clínica. Es por esto, que tener un equipo formado, situado en un espacio poblacional determinado, es solo una parte de la posta de salud, la otra parte, la que la complementa, resignifica y la hace más interesante, es la de desarrollar una práctica clínica ampliada, humana e integral.

El abordaje del cuidado en forma domiciliaria

La casa y la familia son lugares donde las personas desarrollan gran parte del vivir, y un espacio validado de cuidado propio y de los afectos. Y es también, el espacio donde se atraviesan e instituyen las estructuras que determinan la salud, los problemas que la afectan, los modos y estilos de vida que la condicionan, etc. Pero más allá de estas situaciones y de su difícil valoración, el domicilio de las personas (las unidades en que los individuos comparten residencia) es un espacio socialmente validado de cuidado, donde ese cuidado es organizado y decidido por los propios miembros y producto de sus relaciones interpersonales y vinculares. Sin importar la cualidad de las mismas, es un espacio de alta autonomía para las personas. Es por esto que definimos el espacio del domicilio, como un espacio prioritario de los cuidados en salud.

En lo especifico al cuidado-atención de la salud, la autonomía es un aspecto central que pretendemos fomentar, asociado a la participación informada en las decisiones, en la construcción de proyectos terapéuticos singularizados y en la inclusión de la dimensión cultural, social y subjetiva en las propuestas de salud que se realicen.

En la búsqueda de solución a sus problemas, las personas toman decisiones permanentemente. En determinadas situaciones se hacen explicitas y en otras, ante circunstancias asimétricas de poder o conocimiento (en el encuentro medico paciente, por

ejemplo), son ocultadas. Lo que jamás puede pensarse es que las personas no toman parte o se muestran pasivamente obedientes ante prescripciones o indicaciones médicas u de otros profesionales, con las que no están de acuerdo o no le son asequibles por algún motivo.

Las personas son autónomas, principalmente en ámbitos o ante circunstancias que tiene que ver con su vida y con su desarrollo personal. Dicha autonomía, planteada desde el proceso de salud enfermedad atención cuidado, se va perdiendo a medida que se van acercando a los centros de mayor complejidad, donde sucede la pérdida total de dicha autonomía (producto de enfermedades más severas y urgentes, como abdomen agudo, descompensación diabética, IAM, etc.). Por ello, para el abordaje terapéutico en escenarios de baja autonomía, prevalecen las tecnologías duras (ref. 1) y duras-blandas, pero en los lugares donde el sujeto – usuario tiene alta autonomía, prevalecen las tecnologías blandas, las vinculares. (Mehry, 2006) Por ello, y fundamentalmente en patologías crónicas, que requieren de una adherencia muy especial a tratamientos prolongados, la colaboración del propio sujeto es fundamental para lograr buenos resultados. En este proceso, sino tenemos en cuenta la autonomía del mismo y la construcción de un vínculo con el equipo que permita un intercambio democrático en las opiniones sobre su tratamiento, seguramente se perderá la oportunidad de mejorar la salud de esa persona.

Ahora, el desafío también está en el desarrollo de tecnologías blandas también en los centros de mayor complejidad. Si bien, al inicio del proceso el sujeto – usuario tiene baja autonomía, una vez resuelto el cuadro, la recupera y comienza a transitar un territorio donde las tecnologías blandas producen mejores resultados y las duras y blandas/duras despojan o desconocen la voluntad y el aporte que puede ofrecer el sujeto a cuidar.

El denominado primer nivel de atención (que a decir de Menéndez es su propio hogar), es el territorio donde prevalece la autonomía de los sujetos – usuarios y es en el cual, por obvia secuencia, prevalecen las tecnologías blandas, con lo cual es el espacio relacional donde el usuario debe ser participe activo de su abordaje y de su tratamiento, donde decide qué, cómo y cuándo aceptar lo que el equipo o el profesional le propone.

Es importante destacar que si bien se pretenden reconocer y valorar los conocimientos y prácticas de los sujetos y por lo tanto construir relaciones de tipo más horizontal, no ignoramos que los agentes de salud al ser portadores de un conocimiento disciplinar-científico (que incluye un posicionamiento ético-político), socialmente reconocido y legitimado, los ubica en una posición algo diferente, con más poder, al momento de proponer una "manera de ver" sobre ciertas prácticas de cuidado-atención de la salud (entendiendo los espacios sociales como lugares de disputas, de luchas de sentido).

Esto es importante porque justamente al ser portadores de otro tipo y volumen de capital cultural, los agentes de salud no actuarán desde un relativismo total (cada uno trae un aprendizaje y argumentos éticos que pondrán en juego) sino que tratarán de "vigilarlo" ya que tendrán presente que los Otros también están posicionados –con una forma de ver, sentir y actuar- al momento del abordaje de la salud.

La relación entre equipo de salud y sujetos usuarios cambia significativamente con el abordaje desde las Postas -y esto es un cambio cualitativo, subjetivo, y humanizado sobre el que hay que hacer énfasis-, aunque tenemos en claro y no negamos la existencia de las desigualdades en relación al poder, sino que las legitimamos para pensar y reflexionar sobre las practicas.

El modelo generalizado de atención queja conducta, se caracteriza en que la relación profesional – sujeto usuario se organiza en una consulta, que da inicio a partir de la pregunta del profesional al "visitante" *¿qué es lo que usted necesita*? Y en función de esto se le proveen servicios o una determinada respuesta a la necesidad puntual identificada, sin más intervención o seguimiento. Además, el espacio de la atención es una institución con mayor o menor nivel de cercanía (según cual analicemos) con la persona, familia y comunidad, y es un escenario donde el anfitrión es claramente el profesional de salud y donde el que golpea, pide turno (permiso o autorización) es la persona, además es un espacio atravesado por una cultura y un simbolismo de poder donde muchos sujetos – usuarios adoptan automáticamente una conducta más temerosa y reticente. (Campos Wagner de Souza, 2000)

En un modelo de atención domiciliaria por un equipo multidisciplinar estable que garantice el seguimiento de las visitas y la intervención, el espacio del cuidado, es la casa de la persona y familia, donde desarrolla gran parte de su vivir y sus relaciones con los demás. Lo que permite no solo tener una mirada más amplia de la situación de salud enfermedad de la persona, sino que el cuidado se desarrolla en un lugar de gran cercanía y legitimidad para la misma. Pero lo interesante además es que la persona y su familia, "sujetos" de cuidado, son quienes protagonizan y son anfitriones en la relación equipo – persona – familia; y quien golpea la puerta y debe responder a la pregunta de *¿qué es lo que usted necesita*? es el propio equipo, que a su vez debe también ser atravesado por las cuestiones culturales y simbólicas que dominan ese ámbito. Si bien los profesionales no estamos acostumbrados a este tipo de prácticas, deberemos desarrollar las herramientas necesarias para proponer una agenda activa y positiva de cuidado, que incluya las necesidades que se consensúen o prioricen en la relación vincular y longitudinal que se irá forjando con la estabilidad y periodicidad de las visitas entre el equipo de salud, las personas y sus familias.

El equipo deberá generar, necesariamente, un seguimiento de las personas y sus problemas, evitando responder solo ante las quejas. Favoreciendo el abordaje de los procesos crónicos, complejos y multirelacionados, que tienen que ver con una mirada amplia e integral del concepto de salud. Es por esto que en principio, no es el equipo ni la visita domiciliaria lo fundamental. El equipo es una herramienta, que se presupone mejor que el abordaje individual, el domicilio es un espacio de la tarea, que se presupone más legítimo y validado para la persona y la familia, que permite la construcción de una relación vincular más simétrica y humana con la persona y familia. Más allá de esto, insistimos que el verdadero desafío y cambio estructural en la propuesta de atención cuidado tienen que ver con desarrollar una práctica profesional, una clínica, ampliada, que incluya al sujeto y sus saberes, la historia y cultura de su comunidad, que analice los contextos de las distintas propuestas y tareas que se

desarrollen e incluya las distintas miradas disciplinares en la salud y se anime a respetar, y por qué no a incluir, otros saberes. Entonces:

	Modelo queja conducta	Modelo atención cuidado domiciliario en equipo y con seguimiento:
Espacio del cuidado		Propio del paciente y familia
Anfitrión	El profesional	La persona y familia
Desencadenante del trabajo	La demanda de la persona	La propuesta positiva y activa del equipo de salud y la necesidad de la persona
Relación ante la demanda	De inicio y fin. Queja – conducta	De inicio y seguimiento
Foco del profesional	Procedimientos	Cuidados
Abordaje	Individual – Disciplinar	En equipo – multidisciplinar
Tecnologías	Duras, Blandas/Duras	Blandas
Autonomía del usuario	Baja	Alta

Algo más sobre el abordaje del Proceso Salud Enfermedad Atención Cuidado – PSEAC junto con la Familia

La *familia* es un espacio social para la reproducción cotidiana de la existencia. En este proceso de reproducción de la existencia los sujetos ponen en juego sus propias estrategias por las cuales, siguiendo a Bourdieu, tienden "de manera conciente o inconciente a conservar o aumentar su patrimonio, y correlativamente, a mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clase." (González, et al, 2000) La atención y cuidado de la salud es justamente una de las tareas que las familias organizan y llevan a cabo, asignando para esto roles y funciones, priorizando necesidades y estableciendo formas de consumo. De ahí que se torna importante la "comprensión del sentido que los actores otorgan a sus condiciones concretas de existencia, dado que son ellos quienes definen, interpretan y sienten sus necesidades." Son las familias "(...) nucleares, extensas, etc., las unidades en que los individuos comparten residencia (...). Como expresa Susana Hintze, si bien pueden existir otras unidades micro sociales de reproducción, a nivel de los sectores populares urbanos, las familias componen, sin duda, la unidad de análisis más adecuada, no sólo porque es la institución heredada por el capitalismo (...), sino porque es además la que con más economía permite la movilización gratuita del trabajo, en especial el trabajo femenino". (González, et al, 2000)

En esta misma perspectiva Silvia Gattino y Nora Aquín sostienen que "En tanto *estructura*, la organización familiar constituye un campo de posiciones e intereses, que asume una morfología contingente (histórico-social), en el que se articulan la distintas posiciones de sus miembros en un sistema de uso, transferencia y control del poder (sistema de autoridad) en

torno a actividades cotidianas. En tanto *dinámica,* la organización familiar va construyendo históricamente determinadas "reglas de juego" en base a las cuales se explican la comunicación, el afecto, la insatisfacción, la satisfacción, etc."(Gattino, S., Aquín, N, 1999)

Se plantea entonces un trabajo en salud que reconoce a la familia como estructura de contención material y simbólica y a sus miembros como seres activos, portadores de recursos materiales (escasos o no para la satisfacción de sus necesidades), sujetos de conocimientos, saberes, representaciones, significados y relaciones, es decir, sujetos dotados de capacidades transformadoras, "que significan sus necesidades, su lugar en el mundo, y lo que quieren hacer de sus vidas." (González, et al, 2000)

La estrategia de Equipos

Para garantizar tanto la satisfacción de los usuarios como el bienestar de los trabajadores, es importante dar lugar y cuidar los espacios en que el equipo se reúne a reflexionar sobre la práctica cotidiana y a construir lógicas de trabajo compartidas. Además de cuidar el tiempo y los momentos de reunión, es necesaria la preocupación por apropiarse de fundamentos y teorías que sostengan las acciones que se emprenden para dar el sustento necesario a la tarea y no equivocar el camino. En éste sentido, la formación de los trabajadores de la salud debe ser continua e integral, contraponiéndose a la lógica académica tradicional donde el conocimiento no se construye, se transmite y se divide en compartimentos estancos que poca relación tienen con la vida de las personas, con sus problemas cotidianos y sus saberes previos.

Es necesario pensar y repensar el por qué, el para qué y para quienes se trabaja (fundamentalmente) sin entrar en desvaríos teóricos estériles, buscando el punto en donde los problemas de la práctica dialoguen con los distintos campos de saber en la construcción de acciones concretas.

La estrategia de educación permanente en salud, como posibilidad de pensar una política de formación de los profesionales acorde a los cambios que implica la práctica, propone esta forma de construcción del conocimiento como ideal para un trabajo que se desarrolla en el terreno de los vínculos y que necesita de innovación y creatividad permanentes para responder a los problemas complejos y dinámicos del sector. Por su fundamento, es un pilar para el diseño de prácticas más democráticas y de calidad y por ello debe ser propuesta desde los espacios de gestión y sostenida por los propios trabajadores que son quienes aportan el producto de su trabajo y lo ponen en discusión.

Otro punto central que se toca con esta construcción de la lógica de equipo es la construcción del vínculo, vehículo primordial de las acciones en salud. El fortalecimiento de las relaciones entre los propios compañeros de trabajo y del equipo con la comunidad se verá reflejado en el impacto que generen las acciones y en los resultados que se obtengan. Incluir a los usuarios en el diseño de sus propios proyectos terapéuticos y problematizar la realidad en conjunto con la comunidad, representan oportunidades invalorables para lograr el efecto esperado con las acciones que se realizan.

Se trata de pensar en redes y concepciones heterárquicas de las relaciones entre las personas, pasando del pensamiento lineal, que es el que en general guía nuestras acciones a un pensamiento complejo que incluya la historicidad, el valor de los afectos y las percepciones a la hora de pensar en salud. (Dabas, Perrone 1999)

El equipo de salud domiciliario tiene, como función transversal a la práctica cotidiana, la tarea de impulsar la reconstrucción también de las redes familiares y comunitarias en aquellos casos en que éstas hayan desaparecido o se hayan debilitado. En los últimos treinta años hemos asistido a un movimiento de fragmentación del lazo social que generó una pérdida simbólica y cultural imposible de medir pero que ha sido descripta con insistencia en diferentes publicaciones: Instituciones, clubes y sociedades de fomento vacías, familias aisladas del contacto con sus vecinos y la desprotección de las personas que quedan por fuera de todo lazo (Severini, Teodori, Suárez, Grutchetsky, 2000). Para diversos autores, el proceso tiene que ver tanto con transformaciones culturales, como la globalización, como con la profundización en el siglo XX de las políticas neoliberales luego del debilitamiento del estado benefactor.

Hoy en un contexto político y cultural diferente, en donde desde el estado y sus distintos efectores proponen políticas de acción integrativa, los equipos y trabajadores de la salud en general, no pueden dejar pasar la oportunidad que brinda el contacto directo con una población y la entrada en sus espacios privados para trabajar potenciando ésta integración.

Operatividad de la PoSaD

Estarán formadas por un equipo profesional compuesto por médico, enfermera, trabajador social, psicólogo y promotor de salud.

La Posta de salud trabajará dos días a la semana: Miércoles y Sábados. Los días **miércoles** trabajará durante **4 horas**, que se distribuirán de la siguiente forma: **3 horas** estarán destinadas a las visitas domiciliarias y **una hora,** los integrantes del equipo estarán localizados en el *"Punto de Encuentro"*, un lugar de referencia para los habitantes del barrio donde el equipo podrá ser localizado, para brindar información, programar visitas o realizar orientación. Por otra parte, los días sábados se emplearán **5 horas**, de las cuales **3 horas** se destinarán a visitas domiciliarias, que podrán o no ser conjuntas, **una hora** para desarrollar tareas educacionales (talleres informativos, de educación, promoción, prevención, dispositivos terapéuticos grupales) y **1 hora** en el *"Punto de Encuentro"*.

Se programarán además 3 horas semanales para el registro de datos, elaboración de informes, organización del trabajo futuro y reuniones de equipo que se realizarán en horario y día a determinar por los mismos. Las Postas tienen determinada una cartilla de prestaciones de salud que brindarán a la comunidad:

Gestión Local de los Recursos Movilizados por la PoSaD

Las necesidades en Salud detectadas por la PoSaD que requieran de la puesta en marcha de recursos alejados de la comunidad en cuestión y las familias que la componen serán gestionadas por ésta misma, operando en la lógica de la descentralización y responsabilización

de la gestión. La PoSaD divide los recursos que moviliza desde el Gobierno Municipal hacia la Comunidad (y que no forman parte de su botiquín) en cuatro áreas:

1. Medicación e Insumos Crónicos
2. Interconsultas y Estudios
3. Pensiones, Ayudas Económicas y Subsidios
4. Jornadas Intensivas de Trabajo

Es importante aclarar que esta organización y la asignación de roles, no resta la responsabilidad al equipo de salud como práctica colectiva de cada tarea y los recursos administrativos y materiales que moviliza la misma.

Medicación e insumos crónicos

Los individuos con necesidades crónicas de medicación o insumos (aparatos de ortopedia, material para curaciones prolongadas, etc.) serán ingresados en el Programa de Medicación Crónica en territorio, por la PoSaD, desde donde un miembro del equipo será responsable de la gestión del mismo en la Secretaría de Salud. La resultante de la gestión, la medicación y los insumos, serán transportados por el móvil de Secretaria y retirados por la persona, en el punto de encuentro de cada Posta. El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en **la** Farmacia de la Secretaria de Salud**. Responsable del trámite**: Médico y Enfermero**. Contacto en Secretaría de Salud:** Responsable de Farmacéutica

Interconsultas y Estudios

El Administrativo del área será responsable por los turnos de Interconsulta y/o Estudios en el HMALL. Se encargará de obtenerlos en el HMALL. El equipo comunicará los turnos a las personas de la comunidad en la siguiente visita. El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en el Hospital Municipal**. Responsable del trámite:** Enfermero y Administrativo del área.

Pensiones y Ayudas Económicas

El Trabajador /a Social, será responsable por la gestión de los recursos de esta área, frente a los organismos que correspondan (Promoción Social, ANSES, PAMI). El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en Promoción Social de la Municipalidad / ANSES / PAMI / Desarrollo Social Nación**,** entre otros**. Responsable del trámite:** Trabajador/a Social

Jornadas Intensivas de Trabajo

En los espacios de intercambio permanente con la Comunidad existirán –entre otras instancias- reuniones con los vecinos para evaluar necesidades y la tarea realizada. De esta lógica participativa surgirán periódicamente necesidades puntuales y extraordinarias que no puedan ser resueltas en los Domicilios. Ejemplos claros pueden ser un grupo de mujeres que quieran colocarse un DIU o la realización de mamografías, entre otros. Para estos eventuales existirá la Jornada Intensiva de Trabajo, que tendrá un día y lugar de referencia anunciados con antelación suficiente, preferiblemente orientada a un grupo nominalizado y organizado de vecinos y vecinas. El instrumental y material necesario será gestionado por un miembro del

equipo directamente frente a la Sección de Insumos de la Secretaría de Salud. Esta gestión debe incluir la cobertura total de los insumos necesarios para la jornada, el transporte de los mismos al lugar y hora prefijados, y la responsabilización posterior de la gestión de los residuos patogénicos generados y de los materiales para el análisis o control (PAP, laboratorio, DIU). El Recurso a Movilizar hacia la Comunidad se encuentra en Sección de Insumos de la Secretaría de Salud. **Responsable del trámite:** Médico y Promotor de Salud

Cada posta contará con un botiquín de medicamentos e insumos, una heladera portátil con vacunas y una caja con el instrumental necesario para su práctica.

Ejes de acción	Contenidos	Instrumental	Botiquín
Atención Inmediata	Detección de necesidades médicas y sociales urgentes o emergentes que requieren rápida derivación a través del 911 o atención dentro de las 24 hs en centro de salud de referencia o guardia de promoción social	teléfono	Primeros auxilios
Consultas frecuentes y de rápida respuesta	Demandas sociales y de salud espontáneas, que pueden resolverse en el contexto de una consulta de salud o de trabajadora social tradicional con el instrumental mínimo	Tensiómetro Termómetro estetoscopio Baja lengua Otoscopio balanza Librería Formularios Heladera Vacunas Gestograma Pinard / ecoson Test de embarazo	Remediar Botiquín curaciones simples Vacunas Planillas
Controles de salud	Niño sano Mujeres embarazadas Adulto Adulto mayor	Tensiómetro Termómetro Estetoscopio Pediómetro Baja lengua Gestograma Pinard / ecoson Otoscopio Librería Formularios	Hierro Vacunas Vitaminas

		Balanza Centímetro	
Controles de Enf. Crónica	HTA Obesidad DBT Dislipemia Epoc	Tensiómetro Estetoscopio balanza Librería Formularios Pico Flujo	Remediar
Educación / participación	Talleres, dispositivos grupales, reuniones con los vecinos para evaluar necesidades y la tarea, etc.	Material didáctico	A solicitud
Detección y Reducción de Riesgos Sociales	Detección de Necesidades Prevalentes de Salud a nivel Individual o Familiar que justifiquen una intervención sostenida en el tiempo a medida del problema (por ej. emergencia habitacional para familias con recién nacidos, niños / embarazadas con bajo peso, pensiones por discapacidad, jubilaciones, refuerzo alimentario, otras ayudas económicas, colocación de DIU .emb no deseado-)	Formularios para Pensiones, refuerzos alimentarios	PNSSyPR (Región) Otros a solicitud
Jornadas Intensivas de Trabajo	Necesidades puntuales y extraordinarias surgidas desde la Comunidad, Negociadas y Organizadas con los Equipos que no puedan ser resueltas en los Domicilios (DIU, PAP, Mx, Pensiones, etc)	Consultorio móvil Móvil de Salud de la Mujer Camión ANSES Documentación	A solicitud

Los equipos en su recorrida por el barrio contarán con un referente barrial como colaborador. Todos los integrantes del equipo dispondrán de un carnet identificador, se les proveerá de bolsos que también tendrán una identificación y contarán con la gestión de insumos y recursos necesarios:

Cartillas de prestaciones de salud

- Promoción en la Infancia de Hábitos Saludables
- Seguimiento del Desarrollo en la Infancia
- Vacunaciones Sistemáticas en la Infancia
- Detección Precoz de Problemas en la Infancia
- Atención Buco-dental en la Infancia

- Promoción de la Salud en la Adolescencia
- Detección de embarazo, primer control y referencia
- Información de Métodos Anticonceptivos
- Detección Precoz de Cáncer de Cérvix
- Detección Precoz de Cáncer de Mama
- Vacunaciones en el Adulto
- Promoción de Estilos de Vida Saludable en el Adulto
- Detección de Problemas de Salud Prevalentes en el Adulto: HTA, DBT, EPOC, Asma, Adicciones
- Atención a la Persona Mayor Frágil
- Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
- Educación para la Salud con Grupos
- Detección de Riesgo de Maltrato Familiar
- Atención al riesgo social en salud: Actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones van encaminadas a su adecuada identificación, intervención, coordinación socio-sanitaria, seguimiento y evaluación.

Se consideran áreas de actuación preferente las siguientes:

- Persona anciana dependiente o en riesgo de dependencia con problemática social añadida.
- Personas con discapacidad o severa dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y/o para salir a la calle (minusválidos/as, inmovilizados/as, terminales, etc.) y que presenten problemática social añadida.
- Menores que presentan una problemática socio-sanitaria.
- Niños/as que se sospeche que puedan ser víctimas de malos tratos y/o agresión sexual, abandono o desatención.
- Violencia de género. Mujeres con sospecha o confirmación de sufrir malos tratos y/o agresión sexual.

- Personas con hábitos adictivos.
- Colectivos de inmigrantes y refugiados.
- Problemas socio-sanitarios que pueda presentar las minorías étnicas con problemas de integración.

Ref 1.: Merhy refiere tecnologías duras a las maquinas (radiografías, tomógrafos, estetoscopio, etc), blandas duras a los conocimientos sistematizados (clínica, epidemiología, etc.) y blandas, a las relaciones vinculares (acogimiento, proyectos terapéuticos, visitas domiciliarias, etc.)

Bibliografía

1. Campos Wagner de Souza, Gastao. Gestión en Salud: En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001. Colección Salud Colectiva
2. González, C. Nucci, N. Soldevila, A. Ortolanis, E. Crossetto, R., Miani, A. "Estrategias de Reproducción Cotidiana en el Espacio Social Familiar." Informe Final de Investigación. SECyT Universidad Nacional de Córdoba. Año 2000.
3. Gattino, S., Aquín, N. Las familias de la nueva pobreza. Una lectura posible desde el Trabajo Social. Espacio Editorial, Bs. As., 1999.
4. Merhy, Emerson Elias. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. Colección Salud Colectiva

MED. DIEGO PALOMO
SECRETARIO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE BAHIA BLANCA

Dr. GUSTAVO BEVILACQUA
Intendente Municipal
Bahía Blanca