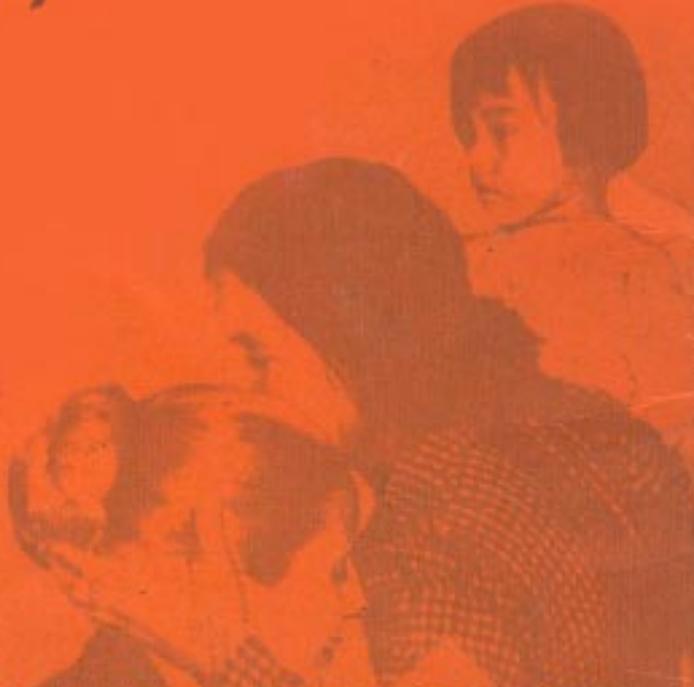


# Manos a la obra YA!

*Es tiempo de + Salud*



# ATAMDOS



GOBIERNO DEL PUEBLO DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
**MINISTERIO DE SALUD**



**Dr. ANTONIO FRANCISCO CAFIERO**  
GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**Lic. LUIS MARIA MACAYA**  
VICEGOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**Dr. FLOREAL ANTONIO FERRARA**  
MINISTRO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**Dr. JOSE ANDRES TAGLIAFICO**  
SUBSECRETARIO DE SALUD PUBLICA

**Dra. MARIA INES PERTINO VIDAL**  
SUBSECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL

**Dr. ATILIO ARMANDO SAVINO**  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACION

**Dr. MOISES ALBERTO MODAD**  
DIRECTOR PROVINCIAL DE ATENCION MEDICA

**Ing. HUGO DEL VALLE LOPEZ**  
DIRECTOR PROVINCIAL DE SANEAMIENTO  
y CONTROL DEL MEDIO



# Teoría Esencial

La transformación política, social y económica que se plantea el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires en el área Salud, reconoce un marco teórico que circunscribe paradigma de la justicia social definido por Juan Perón y el Movimiento Justicialista, en el **concepto de eficacia social**. Delimitando con precisión los determinantes estructurales que impulsan a nuestra sociedad hacia la inequidad, la marginalidad y la pobreza.

En el concepto esencial, enunciado en la idea de Eva Perón, que **allí donde existe una necesidad hay un derecho** se advierten con claridad las razones que han impedido hasta hoy el cumplimiento de este axioma fundamental. Detrás de la inequidad y de la marginalidad del pueblo, está la dependencia de nuestras fuerzas productivas.

La consagración de la justicia social, como meta del gobierno provincial obliga a la lucha certera contra todos los determinantes de esa dependencia histórica impulsada con la conceptualización de la justicia para la **eficacia Social**.

Detrás de este marco teórico esencial, es que se plantean las modificaciones políticas, sociales, técnicas y económicas para nuestra Provincia, y que tienen que ver precisamente con la distribución de la riqueza preferente/mente, con la participación del pueblo trabajador en tal producto social.

**La eficacia social** se mide entonces por la cualidad del cambio exigible, para que el pueblo sea el destinatario de las modificaciones producidas y ello permita la equitativa apro-

piación del beneficio social por parte de la comunidad bonaerense.

La justicia social, con **eficacia social**, será garantía de la erradicación de las diferencias en las relaciones sociales existentes y constituye el marco teórico esencial para señalar **el rumbo histórico que se reinicia hacia tales metas**.

La descentralización del poder llevando su centro de actuación hacia el municipio, la unidad o interrelación de dos o más municipios, en la proyección supramunicipal del poder, o hacia la región sanitaria, permitirá en el corto o mediano plazo, también la modificación del aparato técnico/administrativo del poder central.

Así, aparece como imprescindible que el nivel ministerial asuma una jerarquizada función normativa, evaluativa y de contralor de las acciones sanitarias y sociales que deben cubrirse en la Provincia, como también y en grado superlativo, el desarrollo de una tarea esencial de programación y planificación sanitaria/social.

Es conveniente reparar, que en todo caso, tanto la planificación como la normatización y evaluación de planes y programas, será de la responsabilidad primaria del nivel central, pero deberá ser cuidadosa e inexorablemente compartida, con los diferentes niveles periféricos hacia los cuales se desciende el poder de conducción y administración de las prestaciones.

Esta responsabilidad compartida de planificación, normatización, evaluación y control debe garantizar las exigencias de la comunidad en su terreno de requerimientos y esperanzas y la compatibilización integral de planes y programas que el nivel central elaborará corresponsablemente.

El proceso planificador tendrá así la dinámica de flujo y reflujo, de información, técnicas, programas, normas, etc., que será operar desde el centro a la periferia y viceversa, para asegurar el protagonismo integral que necesita esta fórmula del poder popular, que el peronismo hace suya.

Sin embargo, sería un error político no recuperar para la sabiduría comunitaria los errores cometidos por descentralizaciones anteriores que tuvieron otros objetivos y otras motivaciones. En este caso, cada municipalización del poder para cada organismo, establecimiento o institución, estará acompañada de la garantía de eficacia operativa, que ordena el exacto cumplimiento de los objetivos específicos de cada uno de los organismos municipalizados y así mismo, el respaldo presupuestario que la provincia asegurará para el fiel cumplimiento de tales metas.



# Diagnóstico de Situación

La Provincia de Buenos Aires carece de un programa de asistencia integral ambulatoria y domiciliaria en salud ya que las acciones sanitarias se realizan en forma aislada y sin coordinación con otros niveles o sectores, careciendo, además, de normas de funcionamiento, sistemas de evaluación y capacitación; todo esto enmarcado en una visión biológica, individualista y mercantilista del proceso salud/ enfermedad.

Esto genera:

- 1 Un alto porcentaje de la población sin acceso servicios de salud.
- 2 Elevados índices de morbimortalidad prevenibles (perinatológicos, accidentales, infecciosos, etc.).
- 3 Saturación del sistema hospitalario con consultas que no corresponden a su nivel de complejidad, lo que eleva los costos operativos y disminuye la calidad y eficiencia de la atención prestada..
- 4 Mala distribución de los recursos existentes determinada por responder a demandas coyunturales sin una planificación integral.
5. Despersonalización de la atención.
- 6 Sobreutilización de exámenes, procedimientos e internación hospitalaria.
- 7 Ineficiencia en la emergencia.
- 8 Fragmentación de la asistencia a la comunidad, la familia y el individuo (en lo social, médico, psicológico, sanitario, etc.)
- 9 Inexistencia de un sistema de derivación eficiente, ya que

se encuentran resistencia, por parte de los servicios hospitalarios a1 recibir la derivación proveniente de1 primer nivel de atención. Esto se fundamenta en el desprestigio del cual es víctima este nive1 y en la propia incapacidad de respuesta de gran parte de nuestros hospitales para atender las demandas poblacionales.

## **Fundamentación del Programa**

Frente a la problemática del primer nivel de atención, la experiencia en terreno, avalada por investigaciones sociales realizadas, permite afirmar que el usuario reclama como solución:

- 1 Una atención de salud personalizada e integral (en cuanto a todos los factores que atentan contra la salud) y que además sea continuo.
- 2 Una atención realizada allí donde se vive, se recrea y se trabaja, lo que refleja las vallas físicas, económicas y culturales de la accesibilidad al mismo sistema de salud.
- 3 Al mismo tiempo que reclama una asistencia de su enfermedad, propone y espera acciones preventivas que hagan un mejor nivel de salud.
- 4 Aumentar los niveles de su participación en la programación sanitaria y social.
- 5 Poder generar en con[unto con ese sistema social soluciones reales a los problemas comunitarios..

En razón del componente histórico social del proceso salud/ enfermedad, y frente a los resultados que la metodología

propuesta ha dado en anteriores experiencias basado en los pilares ideológicos de:

- 1 Una metodología científica que presente una planificación y evaluación constante.
- 2 Una filosofía superadora de los conceptos tradicionales de la historia política/social, ya que se incorpora el criterio de Pueblo como fuerza política de construcción de una comunidad organizada.
- 3 El concepto de participación popular desde el poder entre iguales; y
- 4 La concepción de equipo interdisciplinario, que supera las tradicionales divisiones del conocimiento.

Es que el ATAMDOS se Incluye como primer nivel de oferta y accesibilidad, en el Sistema Integral de Atención Progresiva de la Salud y expresa una nueva fórmula de interrelación íntima y permanente de la oferta de recursos de salud y los requerimientos y expectativas transformadoras de la comunidad.

Esta relación dialéctica resulta la mejor estrategia para mejorar, y acrecentar el nivel de salud de la población, integrando al equipo de salud y la comunidad en las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación que sean necesarias a ese nivel.

## **El Programa**

El programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud se constituye en un nuevo eslabón del Sistema Integral de Atención Progresiva de la Salud, y su formalización normativa, así como sus tareas ejecutivas y de evaluación, deberán formar parte del código normativo para la Planificación de la Salud, que ofrezca reglas, ordenamiento de actividades, misio-

nes y funciones de sus recursos humanos y de sus organismos funcionantes; recursos financieros; acciones de evaluación; indicadores y relaciones para resultados, eficacia; eficiencia, etc.; como así también todas las pautas y determinaciones que permitan desarrollar el sistema de participación comunitario dentro de los objetivos propuestos.

El ATAMDOS incorpora a sus equipos interdisciplinarios de atención comunitaria y familiar a los profesionales capacitados en el justo nivel de exigencia, para cumplir las acciones de elevada jerarquía y responsabilidad técnico científica como las que corresponden a la salud de la población.

El Programa participa de una práctica de salud por parte de dichos equipos interdisciplinarios en relación viva con la comunidad, reconociendo una causalidad histórico social para el objeto de análisis, estudio y tratamiento. En este caso, equipo y comunidad saben que para la remoción de los conflictos, malestares y enfermedades suele ser imprescindible la transformación de la realidad social que la genera y, en la Atención Ambulatoria Domiciliaria como proceso también histórico social, pueden encontrarse las fuerzas y los vectores que harán posible esos cambios en el área que le corresponde.

El ATAMDOS tiene dos claras situaciones básicas de análisis programático: una la constituye el equipo de Salud Familiar y Comunitaria y su relación con las familias a su cargo y la realidad social en la que actúa, y la otra la comunidad como **“objeto de plena cobertura”** de salud y participación en el Sistema y en la transformación de la realidad comprendidas como causalidad de los conflictos esenciales que intervienen en el proceso salud / enfermedad.

# El Equipo

El equipo de Salud Familiar y Comunitario (E. S. F. y C.) constituye una innovación sanitaria, seguramente de trascendencia teórica y operativa.

la interrelación de los trabajadores de salud convocados en este equipo aparece como uno de los puntos claves del Programa. lograr tal interrelación, armónica y creadora, será una labor exigente y compleja. Resulta imprescindible lograrla y acrecentarla cotidianamente porque de ello depende en grado sumo la perspectiva futura del Programa.

A esta interrelación íntima que debe adquirir y mejorar diariamente el E. S. F. y C. se suma aún otra compleja operación, también casi inédita en el campo sanitario oficial. Se trata de la relación del E. S. F. y C. con la comunidad y su participación en la planificación, conducción y evaluación del sistema, para lograr tal objetivo de plena cobertura y la obtención de las metas de salud y bienestar esperadas.

Para la generación de un eficiente Equipo de Salud familiar y comunitaria (con eficiencia social) deberán cumplimentarse varios requisitos previos y elaborarse después en forma continua las fronteras cada vez más intensas y profundas de un funcionamiento en armonía operativa (que no quiere decir exento de conflictos), y creadora tarea para hallar conjuntamente con la comunidad los caminos para transformar aquella realidad que se muestre hostil a los cambios requeridos para lograr el bienestar propuesto.

Se trata por un lado, de formar al Equipo, generar sus vínculos de interrelación, contribuir a constituir su vocación científica y social al servicio de esta causa, operar con eficiencia, perfeccionar su armonía grupal, acrecentar las capacidades creadoras del Equipo para remover la causalidad social y destacar la necesidad de recomenzar cotidianamente con la comunidad esta labor de creación de un modo más justo y más libre.

Y por el otro lado, en clara interdependencia con el Equipo de Salud familiar y Comunitaria se trata de convocar a la comunidad para una honda tarea de solidaridad liberadora. Su participación en la labor, sus innovaciones y formulas de crecimiento de su protagonismo transformador, así como sus metas y reformulaciones programáticas para el avance hacia nuevos objetivos serán precisamente los desafíos más intensos que tendrá el Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud.

## **La Participación**

Se trata de un desafío que lleva implícito en su aceptación, como reto histórico, la auténtica perspectiva de cambiar el sistema sanitario bonaerense y colocar así una esperanza de plena realización para una profunda transformación del esquema de las relaciones sociales que el país debe lograr.

Para los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria la convocatoria del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires debe ser 'para los jóvenes profesionales. Esta es una tarea transformadora que se proyecta hacia el próximo siglo y en ella es casi excluyente que sus grandes protagonistas del acto profesional de la salud sean jóvenes, porque ellos pueden poner, pondrán, además de su esperanza, de su generosidad, de sus conocimientos, esa fuerza incontenible que se exige para las tareas históricas que deben cambiar el rumbo de la comunidad.

Para la Participación de la comunidad, sólo se requiere una convocatoria leal y franca por parte del gobierno bonaerense. Descentralizar el poder implica siempre un temor del poder central. De eso se trata, de entender definitivamente que la salud del pueblo sólo puede resolverla en profundidad, el propio pueblo interesado en su destino. La Participación apela al

gran dinamizador en la búsqueda de la justicia social que es la potencia de solidaridad que tiene el pueblo.

El Gobierno Bonaerense sabe que pone en marcha uno de los mecanismos más revolucionarios que conozca la historia social del país. Lo hará porque es conciente de su propia tarea transformadora y porque entiende, con plena convicción política, que cuando el pueblo participa en la solución de sus propios requerimientos y demandas sociales, políticas, económicas, culturales, religiosas, etc., la democracia social se está construyendo por el exacto camino por donde se debe construir cotidianamente.

## **La Municipalización**

El Sistema Provincial de Atención Ambulatoria y Domiciliaria deberá municipalizarse también, en forma paulatina y con el mismo sello de garantía de eficacia operativa (GEO) que corresponde al sistema hospitalario.

Esta municipalización en cuanto a la dependencia administrativa, se inscribe en el concepto definido para el justicialismo, "de cada día menos medicina centralizada" y que coincide con el criterio esencial del fortalecimiento de la democracia social, en cuanto esta reconoce como imprescindible el traspaso exigente del poder verdadero al pueblo.



Programa de  
Atención  
Ambulatoria y  
Domiciliaria de la Salud  
ATAMDOS



# Definición

El Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) es el ofrecimiento que realiza el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, para garantizar la accesibilidad de la población al primer nivel de Atención Progresiva de la Salud (SIAPROS), plasmando de este modo la integralidad de las acciones y la cobertura plena como objetivo.

De acuerdo con la concepción estructural del proceso salud / enfermedad, y contando con una percepción nacional para la búsqueda de las soluciones que requieren los problemas sanitarios y sociales, es que se han conformado los Equipos interdisciplinarios de los Trabajadores de la Salud, que tendrán a su cargo el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa.

Entre las funciones específicas que se asignaron a los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria, están los de protección y promoción, recuperación y rehabilitación de la Salud, ofreciendo atención normatizada a la familia, reconociendo los fenómenos sanitarios y sociales que repercuten sobre la comunidad, y produciendo las acciones exigibles para la transformación progresiva de la realidad.

El Programa promueve como estrategia fundamental, la participación popular en la planificación, conducción, ejecución y evaluación de las acciones requeribles.

# Propósito

Contribuir al esfuerzo colectivo para la elevación de la calidad de vida de la comunidad bonaerense, con el objetivo de obtener los mejores niveles de salud posibles, con una cobertura integral y la participación decidida de la comunidad.

# Objetivos Generales

1. -Mejorar el nivel de salud de la población de la Provincia de Buenos Aires.
2. -Extender el porcentaje de cobertura de atención de la salud de la Provincia de Buenos Aires.
3. -Implementar la participación de la comunidad como componente intrínseco de la práctica de salud.
4. -Accionar descentralizado.

# Objetivos Específicos

1. -Sistematización y normatización de las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, en el primer nivel de atención.
2. -Establecimiento de un adecuado sistema de derivaciones con los niveles de mayor complejidad, logrando una plena integración funcional y operativa.
3. -Desarrollo de un sistema de participación comunitaria organizada, a través de mecanismos de representación directa.
4. -Generación de un programa de formación de recursos humanos.
5. -Desarrollo de un sistema único provincial de recolección y procesamiento de datos sanitarios a los fines de la evaluación y control de gestión del programa.
6. -Regionalización y municipalización de los niveles decisivos.

# Meta

Brindar cobertura a 1.200.000 habitantes de la Provincia de Buenos Aires en los cuatro años de desarrollo del programa.

# Organización y Funcionamiento



# **Estructura Organizativa del Programa ATAMDOS**

## **1.-ORGANIZACION TECNICO-ADMINISTRATIVA**

### **a. Primer Nivel de Atención**

Los efectores del Programa ATAMDOS estarán estructurados en los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria, cada uno de los cuales estará constituido por: un médico, una enfermera, un agente de salud mental, y un trabajador social, según tiempo y tareas que señalará la normatización correspondiente. Integran también los equipos empleados administrativos.

A los fines de optimizar las prestaciones asistenciales y preventivas acorde a los criterios de atención integral y personalizada, cada equipo tendrá asignado un número de 300 familias, de manera que para determinada área geográfica, deberán funcionar tantos equipos de Salud Familiar y Comunitaria como sean necesarios para asegurar la cobertura total de la población.

### **b. Segundo Nivel. Coordinación**

Se constituirá en este nivel un ámbito de coordinación integrado por un trabajador de la salud y un agente administrativo, y en la medida que la complejización del sistema lo requiera se constituirán a nivel distrital otro nivel de coordinación.

### **c. Nivel Central**

El Programa estará estructurado a nivel del Ministerio de Salud en la Dirección General, dependiente de la Subsecretaría del SIAPROS.

## **FUNCIONAMIENTO DEL NIVEL CENTRAL**

Es el organismo encargado de:

— Coordinar

- Normatizar
- Evaluar

el cumplimiento de la doctrina del Programa, así como, fomentar la descentralización operativa y la participación comunitaria en las políticas a implementar.

### **FUNCIONES:**

- Proveer los recursos de apoyatura a las distintas instancias organizativas del Programa.
- Administrar los recursos provinciales destinados al Programa.
- Elaborar el presupuesto anual de la Dirección del ATAMDOS.
- Realizar convenios con los municipios para la descentralización de1 Programa, a través de la garantía de eficacia operativa, que asegure la proporcionalidad de recursos provinciales en pos del cumplimiento de las normativas programáticas.
- Rever en forma dinámica y sistemática las políticas del Programa, la formulación práctica del mismo y los aportes orgánicos que brinde la comunidad y los equipos de salud familiar y comunitaria (E. S. F. y C.).
- Establecer programas de corto y mediano plazo, promoviendo aquellos de carácter local, en concordancia con realidades y necesidades de la zona, y las prioridades que su población determine.
- Coordinar los programas del primer nivel intra y extra sectoriales.
- Promover y difundir el Programa.
- Seleccionar, Capacitar y perfeccionar el recurso humano.
- Evaluar permanentemente el programa.
- Apoyar técnicamente a los equipos ATAMDOS, contando para ello con aquellas disciplinas que se relacionan con la sa-

lud pública (sociología, educación, estadística, etc.).

— Asesorar en el cumplimiento de la legislación vigente.

— Contribuir a integrar el ATAMDOS a un sistema provincial e integrado de salud.

— Contribuir a elevar constantemente los niveles de participación de la comunidad.

## **ORGANIZACION y ESTRUCTURA**

La organización, normatización y evaluación del Programa, será tarea permanente del nivel central. A tal fin, de la Dirección dependerán los siguientes Departamentos:

— Administrativo contable

— Normatización

— Evaluación

— Capacitación de recursos

— Participación popular



Equipo de Salud  
Familiar y  
Comunitaria



# **EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR y COMUNITARIA (E. S. F. y C.)**

## **1. — DEFINICION:**

Los E. S. F. y C. serán los efectores directos en el primer Nivel de Atención del Programa ATAMDOS. A cada uno de los E. S. F. y C. le corresponderá un área programática precisa, y estará a su cargo el desarrollo e implementación de las acciones de protección, promoción, recuperación, y rehabilitación de la Salud pertinentes, que se regirán por las Normativas de Atención y procedimientos que se fijen.

## **2. — CONFORMACION DEL EQUIPO BASICO:**

Médico General, Enfermero Comunitario, Trabajador Social, Trabajador en Salud Mental y Odontólogo.

### **Dependencia Administrativa:**

- Subsecretaría de Salud.
- Dirección General de ATAMDOS.
- Región Sanitaria.

### **Dependencia Técnica:**

- Dirección General de ATAMDOS.
- Jefe de áreas ATAMDOS.
- Coordinador ATAMDOS.

### **Area de Cobertura:**

En función de la heterogeneidad de las características de la Provincia de Buenos Aires, ya efectos de establecer la delimitación de áreas de cobertura, se consideran diversos indicadores, algunos de los cuales se detallan a continuación:

Se toma como Unidad de referencia para el área urbana y suburbana un número determinado de familias (estimativo 300 familias) por equipo.

Otros parámetros para tener en cuenta para la delimitación del área serán:

- Cantidad de habitantes.
- Distribución de los mismos.
- Comunicaciones. .
- Transportes (vías de comunicación).
- Grados de autosuficiencia.

### **3. FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA:**

- a) Se realizarán acciones comunitarias a nivel de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento, limitación del daño, y rehabilitación temprana de la salud.
- b) Prestará asistencia normatizada a la familia y al individuo, ejerciendo además acciones de prevención 1º, 2º, 3º.
- c) Promoverá la participación de la comunidad en la toma de decisiones, planificación, elección de prioridades., control y evaluación de las acciones.
- d) Realizará acciones de saneamiento ambiental.
- e) Contribuirá en actividades de control y gestión.
- f) Participará en acciones de investigación sanitaria/social.
- g) Coordinará con la comunidad y organismos extra sectoriales, todas las acciones tendientes al bienestar comunitario.

## **ACTIVIDADES**

1. — Diagnóstico sanitario y social.
2. — Incorporación de las familias al sistema.
3. — Atención de la salud.
4. — Visitas domiciliarias programadas.

5. — Educación para la salud.
6. — Asistencia alimentaria.
7. — Inmunización.
8. — Capacitación continua del equipo.
9. — Capacitación de recursos extra e intra sectoriales.
10. — Vinculación con los niveles correspondientes intra y extra sectoriales.
11. — Integración a las instancias orgánicas de participación comunitarias.
12. — Participación en la transformación-socio-comunitaria.

## **TAREAS**

1. — Atención ambulatoria y domiciliaria programada.
2. — Atención ambulatoria y domiciliaria no programada.
3. — Recolección de datos y registro para evaluación de programas.
4. — Confección de historia clínica familiar .
5. — Confección y entrega del carnet ingreso al sistema.
6. — Registro de las tareas realizadas.
7. — Registro de asistencia.
8. — Participación de reuniones de coordinación; control y evaluación intra e inter E. S. F. y C.
9. — Participación en las reuniones del Consejo de administración.
10. — Vacunaciones.
11. — Dación de leche.
12. — Organización de talleres, grupos, y otros tipos de actividades de Educación para la Salud.
13. — Asistencia a cursos, jornadas, congresos, talleres bibliográficos, Ateneos, etc.
14. — Intervención junto a la comunidad en las acciones tendientes a la búsqueda de mejores niveles de justicia social.

## **LA PARTICIPACION y EL PROTAGONISMO POPULAR**

Uno de los ejes centrales de la política del gobierno del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, y por ende, del programa ATAMDOS, es la participación y el protagonismo popular para la concreción de la democracia social.

Cuando se habla de participación y protagonismo se está haciendo referencia al ejercicio del poder por parte del pueblo organizado.

Es entender definitivamente que la salud del pueblo sólo puede resolverla en profundidad el pueblo interesado en su destino.

La participación es un proceso social y para consolidarse deberá traducirse en estructuras organizativas permanentes, que perduren, cuya perspectiva sea una profunda transformación del esquema de las relaciones sociales.

La concepción de participación que el Programa ATAMDOS sustenta, marca la imprescindible necesidad de la organización comunitaria, que debe ser legítimamente representativa, sin fomento de organizaciones paralelas.

El respeto a la comunidad ya los modos y canales de participación que ella tenga aparece entonces como un requisito fundamental.

Siendo un principio histórico de este Gobierno de la Provincia el reconocimiento por las organizaciones libres del pueblo, se trata de que estas participen libremente con el pueblo en su conjunto en la creación de la estructura organizativa de representación directa en el ámbito de la salud comunitaria.

Teniendo en cuenta que cada E. S. F. y C. tendrá a cargo un área fija que comprende la cobertura de unas 300 familias por equipo, se crearán los Consejos de Administración y los centros Comunitarios en caso que en una misma área geográfica delimitada, existieran dos o más E. S. F. y C.

## **CONSEJOS DE ADMINISTRACION DEL E. S. F. y C.**

Se crearán los Consejos de Administración que funcionarán como ámbito representativo participativo de toda la población, que se encuentra comprendida en el área de cobertura (300 familias) de un E. S. F. y C.

Este consejo será el ámbito de decisión, planificación y ejecución de las acciones prioritarias de la Asamblea Comunitaria.

### **ASAMBLEA DE ADMINISTRACION :**

La Asamblea de Administración es la organización comunitaria de base que implica la reunión de los integrantes de las 300 familias del área de cobertura de un E. S. F. y C.

#### **SERA FUNCION DE LA ASAMBLEA DE SALUD:**

- La selección de las prioridades de las acciones.
- Delegar mandato al consejo de administración.
- Evaluación de lo actuado por el consejo.

## **CENTRO COMUNITARIO:**

### **1. -CONSTITUCION**

El centro comunitario estará integrado por:

- Los representantes de los consejos de administración.
- Un representante de cada institución estatal que actúe en el barrio (ej.: escuela, jardín de infantes, guardería, colonia, etc.).
- Un representante de cada organización de base avalado con la firma de por lo menos 100 vecinos.

### **2. -FUNCIONES**

Es el órgano decisorio de las políticas sanitaria/sociales del barrio.

Son funciones del centro comunitario:

- Evaluar el funcionamiento del programa en la comunidad.
- Coordinar acciones con los Consejos de Administración.
- Ejecutar el mandato de la Asamblea Comunitaria.
- Coordinar las actividades Sanitario/sociales intersectoriales.
- Planificar, ejecutar y controlar el desarrollo de las actividades sanitario/ sociales/ barriales.

## **ASAMBLEA COMUNITARIA**

La Asamblea Comunitaria es el organismo que implica la reunión de toda la población comprendida dentro de los límites del barrio donde actúen los centros comunitarios.

Se constituirá en el organismo máximo de decisión barrial.

### **SERA FUNCION DE LA ASAMBLEA COMUNITARIA:**

- Selección de las prioridades de las acciones.
- Delegar mandato al centro comunitario.
- Evaluar lo actuado por el centro comunitario.

# Sistema de Capacitación



# CAPACITACION PERMANENTE

Reconociendo la importancia de la formación permanente de los profesionales, tanto para el mejoramiento constante de su tarea, como así también para su crecimiento personal y profesional, se organizarán cursos, talleres, seminarios, etc., cuya realización otorgará a los cursantes puntaje curricular de acuerdo a la reglamentación que establezca el Ministerio.

En este sentido, un primer diseño de planificación del desarrollo de la capacitación permanente para el año en curso acorde a los objetivos anteriormente planteados, es

el siguiente:

**a) Formación técnica profesional:** se realizarán como mínimo dos seminarios anuales con la incorporación en los mismos de docentes especializados.

Análogamente a este seminario se dictarán otros de carácter optativo, sobre determinadas áreas de especialización.

Se harán también cursos cuatrimestrales sobre problemáticas generales de la realidad sanitaria, pero abordados desde la perspectiva específica de cada disciplina.

**b) Formación interdisciplinaria:** se diferencian dos áreas:

— Abordaje metodológico comunitario.

— Problemática integral de la salud.

Respecto del primero se utilizará bimestralmente un día de trabajo para la realización de un taller donde se trabajará sobre áreas problemáticas específicas de la realidad sanitaria, incorporando la experiencia que los equipos hayan adquirido.

Respecto de la segunda área se priorizará el dictado de cursos relativos a problemas sanitarios que atraviesan el conjunto de la realidad provincial, en este sentido se prevé el dictado de cursos sobre temáticos como curanderismo, droga dependencia, etc.

La capacitación continua se desarrollará durante el horario de trabajo.

Concientes que la realidad no es algo estático, sino en constante cambio, se considera que la reflexión sistemática y permanente sobre la práctica y el contexto sobre el que se desarrolla, es imprescindible para la formulación de estrategias de acción adecuadas.

Es por eso que se descarta el supuesto tradicional del carácter absoluto y estático de la teoría y se recupera en cambio su validez en la medida en que se construye y aporta a una acción transformadora.

# Normatización



# **NORMATIZACION**

Cumpliendo con el objetivo específico “sistematizar y normatizar las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en el primer nivel de atención”, se han

fijado normativas para todas las actividades y tareas de f los E. S. F. y C.; éstas se encuentran agrupada; dentro de los siguientes ítems:

**a) Atención de la Salud:**

1. — Controles en salud adulta.
2. — Materno-infanto-juvenil.
3. — Control y trat. de T. B. C.
4. — Control y trat. de enfermedades de transmisión sexual.
5. — Inmunizaciones.
6. — Salud bucal.
7. — Diagnóstico y trat. de patologías prevalentes.
8. — Saneamiento ambiental.

**b) Vademécum de monodrogas en atención ambulatoria.**

**c) Participación Popular.**



# Sistema de Evaluación



# EVALUACION

Dentro de la evaluación que el programa propone realizar se distinguen dos tipos, con objetivos y contenidos diferentes.

El primer tipo es la evaluación de impacto o de resultados que tiene como objetivo conocer el grado en que el programa ha conseguido los fines que se proponía y que se concreta en el mediano plazo.

El segundo es la evaluación de procesos o control de gestión cuyo objetivo es conocer en que medida las acciones emprendidas y las actividades programadas se van desarrollando de la forma prevista y se van acercando a los resultados establecidos. Esta evaluación se concreta en el corto plazo.

La evaluación del programa reconoce además niveles e instancias con particularidades propias en cada uno de ellos. Los niveles son los que a continuación se detallan:

1° nivel de evaluación: de los equipos de salud familiar y comunitaria.

2° nivel de evaluación: El de coordinación distrital.

3° nivel de evaluación: El de región Sanitaria.

4° nivel de evaluación: El del nivel central (ATAMDOS).

## PRIMER NIVEL DE EVALUACION: EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR y COMUNITARIA

### A. Diagnóstico de situación inicial

Cada uno de los equipos de salud familiar y comunitaria deberá realizar en primer término el diagnóstico de situación inicial de su respectiva área programática. Para tal fin se recurrirá a métodos de obtención de información (censo, historia clínica y relevamiento de instituciones y organizaciones comunitarias .

## **B. Control de gestión**

El equipo realizara una reunión semanal en donde entre otras actividades realizará el control de gestión de lo actuado. Esto consiste en la verificación cuanti-cualitativa de las tareas realizadas tales como:

- Visitas domiciliarias realizadas en relación a las programadas.
- Revisión de ficheros cronológicos.
- Revisión de análisis de historias clínicas realizadas.
- Confección de la planilla de resumen mensual (el ultimo viernes de cada mes) para elevar al coordinador. Esta tarea deberá realizarse con posterioridad al diagnóstico inicial.
- Discusión del desarrollo del programa.
- Participación -un integrante por vez de la reunión mensual con el coordinador. En esta reunión se hará entrega de la planilla resumen mensual.

## **SEGUNDO NIVEL DE EVALUACION: COORDINACION**

El coordinador recopilará las planillas resumen mensual de los equipos a su cargo y las consolidará elaborando un informe trimestral -de acuerdo a las planillas que se

elaboren a tal fin- estimando las discrepancias encontradas entre lo realizado y lo programado y luego de su análisis propondrá cursos de acción a desarrollar tanto a nivel

de su respectiva jefatura de área cuanto de equipos a su cargo.

Realizará una visita a cada uno de los equipos de su responsabilidad.

### **TERCER NIVEL DE EVALUACION: REGION SANITARIA**

El responsable de la región sanitaria recopilará las planillas resumen trimestral de los coordinadores de su área de responsabilidad y las consolidará elaborando un informe trimestral de acuerdo con las planillas que se elaboran a tal fin; estimará las discrepancias encontradas y luego de su análisis propondrá cursos de acción a seguir, adopta las decisiones pertinentes y propone rectificaciones a Nivel Central.

### **CUARTO NIVEL DE EVALUACION: NIVEL CENTRAL**

El Departamento evaluación recopilará las planillas resumen trimestral de los jefes de región sanitaria y las procesará, produciendo un informe en el que se analicen las

discrepancias ocurridas y proponga a la Dirección de Atención Primaria de la Salud las modificaciones que estime pertinentes para que esta tome las medidas necesarias.

Se realizará una reunión conjunta por lo menos en forma trimestral con todos los jefes de área para evaluar el desarrollo del programa.

**SISTEMA DE  
ATENCIÓN  
AMBULATORIA  
Y DOMICILIARIA  
DE LA SALUD**

**ATAMDOS**



**GOBIERNO DEL PUEBLO DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE SALUD**