



## ENFOQUE ESTRATEGICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA RESPUESTA A LA EPIDEMIA DE INFLUENZA A (H1N1)

Este documento proporciona información técnica y recomendaciones sobre la organización de los servicios de salud del primer nivel y las comunidades en la respuesta a la pandemia de Influenza A (H1N1). Está dirigido a los gerentes de servicios de salud<sup>1</sup> en todos los países de la Región de las Américas, que pueden o no tener casos probables o confirmados de infección. La información presentada en este documento será revisada a medida que la situación evoluciona y se disponga de información adicional.

**JUNIO 29, 2009**

El enfoque estratégico de la Atención Primaria de Salud (APS) exige que los problemas de salud se aborden con visión integral y sus soluciones de manera integradora. La actual epidemia de Influenza A no es una excepción. El carácter de emergencia no justifica un desvío o abandono del camino de la transformación de los sistemas y servicios de salud en sistemas de salud basados en la APS.

### I- ABORDAJE INTEGRAL

Desde la visual del abordaje integral, la respuesta a la epidemia no puede circunscribirse exclusivamente a los servicios de salud negando la participación de las comunidades, sus organizaciones y de otros sectores. La participación individual y colectiva no debe reducirse simplemente a ser receptores pasivos de la información que emane de las estrategias de comunicación de riesgo o de las medidas de salud pública.

Los individuos, las familias, las organizaciones comunitarias y otras instituciones presentes en la comunidad, juegan un papel fundamental en la prevención de la propagación, en la promoción de las conductas y normas de higiene personal y colectiva, y en la detección temprana y atención de personas afectadas. La comunidad organizada puede ser, no solo una aliada de los servicios de salud, sino participante activa en la provisión de cuidados domiciliarios y atención ambulatoria en sus comunidades<sup>2</sup>.

### II- ABORDAJE INTEGRADO DE LA RESPUESTA

El objetivo de los servicios de salud durante una emergencia es el de proveer atención a los afectados por la situación de emergencia, sin dejar de prestar servicios normales de atención que requieran los usuarios no afectados por la misma. Por otro lado, el abordaje integrado exige la planificación, organización y participación de todos los niveles de los servicios de salud, sean estos públicos o privados, en la respuesta a las necesidades de salud y las generadas por la emergencia.

1 Gerentes de servicios de salud: son todas las personas que administran un entorno de atención de salud ya sea una localidad (país, región o distrito, pueblo) o un establecimiento (hospital, centro de atención ambulatoria). Esto incluye a la persona a cargo de la Autoridad Sanitaria Nacional (por ejemplo, el Ministro de Salud) y todas las otras personas en el sistema de salud que administran servicios de salud y son responsables de la toma de decisiones.

2 Por ejemplo, varias fuentes señalan la importancia de la participación de organizaciones de barrio en campañas de eliminación y control de criaderos del vector del dengue. <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue/slideset/spanish/set1/viii/slide06.htm>, [http://journal.paho.org/?a\\_ID=508](http://journal.paho.org/?a_ID=508).



La fragmentación de los servicios de salud, uno de los problemas fundamentales de los sistemas de salud de la región, constituye un factor de riesgo en la prestación de atención oportuna, eficaz e integral a las personas y comunidades, por un lado, y la organización inadecuada para la pandemia, centrada en hospitales, generara mayor fragmentación de los servicios en detrimento de la salud de la población. Un buen plan nacional de respuesta de los servicios de salud a situaciones de emergencia y desastres, contemplará el uso racional, eficiente e integrado de todos los recursos de la red nacional de servicios de salud.

En el caso de la actual epidemia de Influenza A (H1N1), un análisis preliminar e incompleto, pero no por ello menos preocupante, arroja la observación de que la mayoría de los planes de respuesta en los países tienen una marcada tendencia a depender exclusivamente de los hospitales. En su gran mayoría, estos planes de respuesta especifican solo acciones a nivel hospitalario a pesar de que las proyecciones (CDC-FluSurge<sup>3</sup>) señalan que no existe suficiente capacidad instalada para atender la excesiva demanda que podría generar una pandemia.

Este tipo de modelo de respuesta pierde de vista el valioso papel que pueden jugar los servicios del primer nivel de atención y las comunidades en la respuesta integral a una epidemia que sin lugar a dudas tendrá un enorme impacto social, económico y humano.

### III- ORGANIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL PARA LA RESPUESTA A LA EPIDEMIA

El primer nivel de atención es un componente vital de los servicios de salud y debe jugar un rol crucial en la respuesta a la epidemia. Los puestos y centros de salud, clínicas públicas o privadas y establecimientos en general que proveen servicios de atención ambulatoria, pueden ser la clave para contener la demanda excesiva, desordenada y caótica sobre los departamentos de emergencia de los hospitales. Esto es más cierto aun si consideramos que son los servicios que están más cerca de los usuarios y las comunidades.

Este accionar del primer nivel de atención es posible lograrlo organizando los servicios en torno a tres tareas: salud pública, provisión de cuidados personales y organización comunitaria e intersectorial.

#### *El primer nivel y las acciones de salud pública*

Por su mayor presencia en las comunidades y su interrelación con otras instituciones que comparten esa presencia comunitaria (por ejemplo, gobiernos locales, escuelas, iglesias, centros laborales, etc.), el primer nivel puede constituir el punto inicial del sistema de vigilancia epidemiológica y la punta de lanza en las acciones de salud pública para contener o responder a una pandemia u otra emergencia sanitaria. Es el ordenador de la atención en los servicios y del seguimiento en la comunidad, especialmente útil cuando se mantienen eficientes coordinaciones con otros niveles de complejidad articulados en red.

Las estructuras del primer nivel y sus equipos de atención ejecutan funciones de vigilancia, notificación obligatoria y seguimiento de eventos epidemiológicos de importancia e incluso pueden participar efectivamente en acciones de investigación y contención de brotes, toma de muestras para ser enviadas a laboratorios de referencia, etc.

<sup>3</sup> Las proyecciones iniciales realizadas para calcular el comportamiento de una pandemia de influenza A, se espera que entre 15 y 35% de la población podría enfermarse. De esa población afectada, el 53% podría requerir consultas ambulatorias y entre un 1,5% y un 2% deberá ser hospitalizado. El otro 45% se espera que evolucionara como una gripe leve o un simple resfrío que podrá ser atendida en casa siguiendo las recomendaciones medicas. (Ver: Zhang X, Meltzer MI, Wortley P. (2005) FluSurge 2.0: A Manual to Assist State and Local Public Health Officials and Hospital Administrators In Estimating the Impact of an Influenza Pandemic on Hospital Surge Capacity (Beta Test Version). Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention).



Adicionalmente, por la particularidad de su organización y misión promocional y preventiva, el primer nivel constituye uno de los vehículos más efectivos para la disseminación de información de salud pública y la concertación con otros sectores en la respuesta a la emergencia sanitaria.

## Provisión de cuidados personales

En la provisión de cuidados personales durante la epidemia, los servicios del primer nivel pueden apoyar al menos en dos áreas específicas: el triage de pacientes y el cuidado ambulatorio o domiciliario de los casos confirmados que no requieran hospitalización.

El triage es el primer paso del abordaje de las personas que acudan a los servicios de salud durante una epidemia. Se trata de un proceso sistemático que permite la clasificación de un paciente con base en su estado y relacionarlo con el tipo de atención inmediata que debe recibir. Con un entrenamiento básico, el personal médico y de enfermería que presta servicios en el primer nivel de atención, puede realizar este proceso basándose en las directrices de triage acordadas por las autoridades nacionales de salud y las recomendaciones técnicas de la Organización Mundial de la Salud.

Se recomienda que los establecimientos de primer nivel identifiquen y acondicionen un espacio o consultorio específico para la atención de sintomáticos respiratorios, o implementen en el espacio actual las medidas dirigidas a la reducción de la transmisión del virus de Influenza A, y que tomen otras medidas conducentes a la protección del personal, los pacientes y sus acompañantes<sup>4</sup>.

Los protocolos de triage, además del algoritmo básico recomendado<sup>5</sup>, deberán precisar para cada país y región, los procesos para la referencia de los pacientes, ya sea para manejo ambulatorio en su domicilio o para su admisión al hospital de referencia, así como las recomendaciones de manejo y tratamiento en cada situación.

Los tres primeros niveles de la clasificación de triage que será utilizada en esta emergencia, plantean como medida inmediata el retorno de la persona a su domicilio, ya sea porque es una persona sana asintomática, o un paciente con sintomatología respiratoria leve no compatible con la definición de caso de influenza A, o un caso sospechoso de Influenza A sin complicaciones al cual se le refiere a su casa para aislamiento domiciliario estricto. La mayoría de los pacientes afectados por la Influenza A (H1N1) evolucionaron con una forma leve de la enfermedad, como hasta ahora lo demuestran las experiencias en la mayoría de los países<sup>6</sup>.

Las necesidades de manejo de estos pacientes, en la mayoría de los casos, serán básicas e incluyen recomendaciones sobre uso de analgésicos/antipiréticos, hidratación oral, reposo y, sobre todo, permanecer en aislamiento en casa. A esto se adicionan medidas de control de infecciones y de etiqueta respiratoria (incluye indicaciones a los convivientes), y seguimiento de la evolución clínica vigilando la posible aparición de síntomas y signos de alarma que pudieran indicar agravamiento o contagio de contactos.

4 Ver otras recomendaciones detalladas en el Documento Técnico # 2: *Recomendaciones generales para el manejo clínico por casos de infección por el virus de Influenza A (H1N1)*, OPS, HSS. [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=es)

5 Ídem.

6 WHO. *Clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus: initial guidance*. Geneva, 21 May 2009, [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical\\_management/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/index.html).



Este último punto requerirá organizar mecanismos de vigilancia para la identificación temprana de posibles complicaciones y garantizar la referencia de los pacientes que, por el empeoramiento de su cuadro clínico, requieran atención intra-hospitalaria. En ese sentido, se recomienda la conformación de “equipos de atención comunitaria” en los centros de salud y unidades del primer nivel de atención que asuman esta vigilancia y atención de un grupo determinado de familias que comparten un espacio comunitario. Usualmente estos equipos pueden estar integrados de distintas combinaciones de trabajadores de la salud (profesionales, técnicos y voluntarios) según la disponibilidad y las realidades de cada región o país, y revisten especial valor estratégico para la atención domiciliaria de casos sospechosos, probables y/o confirmados, junto con sus contactos potenciales. El enfoque familiar y comunitario permite identificar y conocer tempranamente factores de riesgo en los integrantes de cada familia (enfermedades crónicas, embarazo, inmuno-supresión, entre otros), información de especial interés para decidir la conducta terapéutica a seguir en cada caso.

Los equipos de atención comunitaria pueden constituir el primer punto de contacto de la población enferma mediante la visita al domicilio de personas reportadas por las organizaciones comunitarias que participan de actividades de promoción y prevención, o por familiares que hayan contactado a las llamadas Líneas Calientes (*hotlines*) o Centros de Llamada (*call centers*) para solicitar orientación o asistencia. Estos equipos constituyen el mecanismo idóneo para coordinar acciones sirviendo de enlace entre los pacientes, las comunidades y los servicios de atención de mayor complejidad (hospitales).

La atención domiciliaria es clave para mantener la disponibilidad de camas en los hospitales durante una epidemia y además contribuye a reducir el riesgo de propagación. De esta forma, los servicios de primer nivel y sus equipos de atención, en asocio con las organizaciones naturales de la comunidad, pudieran ser el primer anillo de contención para evitar la sobrecarga y el colapso de los servicios hospitalarios.

## Organización comunitaria

En muchos países de las Américas y desde hace muchas décadas, existen organizaciones comunitarias que trabajan asociados a servicios de salud, fundamentalmente en el primer nivel, en acciones de promoción y desarrollo comunitario en salud. Los Comités de Salud, organizaciones de Promotores de Salud, agentes comunitarios de salud (Community Health Workers), etc., constituyen organizaciones naturales en muchas comunidades de nuestra región. Igualmente, en algunos países, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) actúan como proveedores importantes de servicios de primer nivel y de acciones de promoción de la salud y organización comunitaria.

Todas estas organizaciones comunitarias pueden construir redes sociales y ser rápidamente capacitadas para realizar la detección de personas que requieran atención de los equipos de salud, especialmente personas que vivan solas, mediante visitas o llamadas telefónicas diarias a sus vecinos más cercanos, e incluso para el cuidado de personas adultas mayores u otros que carezcan de apoyo familiar. Igualmente, estas organizaciones pueden ser eficientes en la distribución de materiales de promoción de la salud, todo esto con el debido conocimiento de las medidas de bioseguridad y protección personal para evitar su contagio.

En muchos países y territorios se están organizando servicios destinados a orientar a la comunidad para atender dudas y consultas mediante líneas telefónicas o Centros de Llamada, los cuales deben ser articulados a los servicios de salud. Estos centros pueden ser atendidos por personal capacitado (profesionales jubilados de los servicios de salud, estudiantes de las ciencias de la salud, voluntarios de la Cruz Roja, educadores) y constituyen un mecanismo para disminuir el número de personas, muchos de ellas sanas, que acudirán a los servicios de salud contribuyendo a la congestión de los mismos.



## Documento Técnico 5



Por otro lado, la participación de sectores como el de la educación y otras instituciones cuya misión tiene un fuerte componente comunitario, puede ser clave para expandir el alcance de las acciones de los servicios de salud en el control y respuesta de la epidemia.

### IV- MECANISMOS PARA LA ARTICULACIÓN COMUNIDAD-SERVICIOS DE SALUD

El primer nivel de atención, por su naturaleza, constituye el punto articulador por excelencia de los esfuerzos comunitarios e intersectoriales con los servicios de salud. Ahora bien, el éxito de esta estrategia dependerá de la existencia y diseño previo de planes para la integración de los servicios, de las características del modelo de atención en salud adoptado, de la coordinación entre las instituciones y de la participación comunitaria.

El plan operativo debe prever mecanismos que incluyen, pero no se limitan a, la existencia de protocolos de atención integrada, mecanismos de referencia y contra-referencia, sistemas de comunicaciones, y un sistema integrado de información que articule en red los establecimientos de salud independientemente de su nivel de complejidad o pertenencia institucional. Pero igualmente deberán preverse, los mecanismos para la integración comunitaria e intersectorial y la necesaria coordinación interinstitucional a nivel de las estructuras estatales y no estatales.

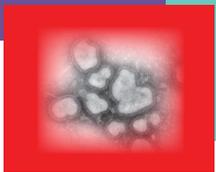
#### ***Para facilitar estas articulaciones, se presentan las siguientes recomendaciones:***

- Convocar a la acción a las organizaciones comunitarias de salud (Comités de Salud, organizaciones de promotores de la salud, ONGs, etc.) e instituciones estatales y no estatales.
- Organizar territorialmente la distribución de responsabilidades de los equipos de atención articulados a los centros de salud y el hospital de referencia.
- Aprovechar la presencia de organizaciones en la comunidad (de promotores de la salud, iglesias, educadores y voluntarios) organizándolos para actividades de cuidado a sus vecinos y promoción de la salud.
- Establecer mecanismos de coordinación de estas organizaciones con los equipos y centros de salud que tienen responsabilidad geográfico-poblacional.
- Organizar Centros de Llamada o líneas telefónicas de consulta, con guías y protocolos claros de manera tal que quienes reciben la llamada sepan a donde redireccionar al ciudadano que llama, de acuerdo a necesidades, o bien, activar al equipo de atención domiciliar para que acuda a la dirección indicada.
- Capacitación rápida de los equipos de atención del primer nivel para la vigilancia epidemiológica intensificada, investigación de casos y medidas iniciales de contención, las acciones de salud pública, el triaje, diagnóstico adecuado y manejo de casos.
- Garantizar la articulación/comunicación de los equipos de atención y los establecimientos del primer nivel con los demás establecimientos de la red de atención, de acuerdo a las características que sean definidas en cada territorio.
- Establecer, mediante protocolos y acuerdos institucionales, los mecanismos de coordinación y articulación entre centros de salud, hospitales, servicios de ambulancias, etc.



- Igualmente, será necesario establecer estos mecanismos de articulación entre los servicios de salud de los ministerios/secretarías de salud, las instituciones de seguridad social y los proveedores de servicios privados. Esta integración/coordinación puede darse mediante el establecimiento de Grupos Coordinadores o mediante los Centros Reguladores de Urgencias existentes en algunos países de la región.

En resumen, existen una gran fuerza más allá de los hospitales, cuya organización y participación no puede mas que potenciar la capacidad de los servicios de salud de proveer una respuesta organizada. Abordar la respuesta a la epidemia desde un enfoque estratégico centrado en la APS y con visión de integración de servicios, no solo puede dar resultados inmediatos, sino que contribuirá al fortalecimiento a largo plazo del conjunto de los servicios de salud.



# Documento Técnico 5

