

DOCUMENTOS PARA LA
RED INTEGRADA DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD

EAPS

**EQUIPOS DE ABORDAJE
PSICO-SOCIAL**

-2018-

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgo

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel H. Espinosa

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Luciano C. Grasso

Secretario de Políticas, Regulación e Institutos

Dr. Luis Alberto Giménez

Directora Nacional de Salud Familiar y Comunitaria

Dra. Sandra Fraifer

Participantes

Redacción:

Lic. Bárbara Alter, Lic. Daniela Bonanno, Lic. Agustina Garate, Lic. Milena Korin, Lic. Leandro Ochoa, Dr. Alejandro Wilner, Dra. Analía Zanatta y Lic. María Paz Infanti (colaboradora)

Diseño Gráfico:

Jorge Daniel Barros.

ÍNDICE

1. DELIMITACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.	04
1.1 Algunas consideraciones sobre la eficacia del abordaje comunitario en salud mental.	06
1.2 La atención de la salud en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).	06
2. EQUIPOS DE ABORDAJE PSICOSOCIAL (EAPS).	07
2.1 Funciones de los EAPS.	08
2.2 Composición y distribución.	10
3. BIBLIOGRAFÍA.	12



1. DELIMITACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

Los problemas de salud mental constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe, siendo su tendencia en aumento. Estos eventos generan consecuencias en la trama vincular, social, económica y productiva de las personas y comunidades, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (OPS/OMS, 2014; OPS/OMS, 2016). Distintos documentos internacionales coinciden que, entre las problemáticas de mayor prevalencia, con más carga discapacitante o de mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS/OMS, 2014; OPS/OMS, 2016).

A la relevancia epidemiológica del problema, se añade la complejidad que impone su abordaje en los sistemas de salud. En primer lugar, existe una brecha en el acceso a la atención y una respuesta insuficiente de los servicios de salud (OPS/OMS, 2014), observándose que 4 de cada 5 personas (con ingresos bajos o medios) necesitan atención y no la reciben. En segundo lugar, las problemáticas de salud mental se vinculan con situaciones de exclusión, estigmatización y discriminación que agravan y profundizan la situación de padecimiento (OPS/OMS, 2014). Por último, el modelo de atención vigente prevé que cuanto mayor sea la gravedad de la problemática, el tratamiento debe ser brindado en servicios del tercer nivel de atención de alta complejidad biomédica. Sin embargo, la evidencia y el consenso científico internacional demuestran que los abordajes de salud mental en el primer nivel de atención y en el ámbito comunitario - en el que se aprehende la complejidad social - resultan más efectivos e incrementan la capacidad resolutoria de los sistemas y servicios de salud (OPS/OMS, 2014). El primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, integra el ámbito social donde las personas habitan, constituyéndose de esta manera en la base de la red de cuidados en salud (OPS/OMS, 1978), lo que permite que las intervenciones se implementen en la complejidad de la vida de las comunidades, con abordajes integrales, ampliando el horizonte de posibilidades y en el marco de la garantía de derechos.

El marco normativo nacional e internacional prioriza los modelos de abordaje comunitarios, basados en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud -APS- (Declaración de Caracas, OMS, 1990; Principios de Brasilia, OMS, 1990; Consenso de Panamá, OMS, 2010; Ley Nacional 26.657/10; Ley Nacional 26.378/08). En este contexto, se entiende a la salud mental como un proceso social y complejo que implica la promoción de la salud, la prevención y la atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. A su vez, el Plan Nacional de Salud Mental (2013) plantea como prioritaria la redistribución y descentralización de los recursos humanos y financieros, con criterio de equidad territorial, para el fortalecimiento, sostenimiento y ampliación de una red integrada de servicios de salud mental y adicciones con base comunitaria (Punto 9, Objetivos -9.2-; Punto 10, Líneas de acción -10.3.7-).

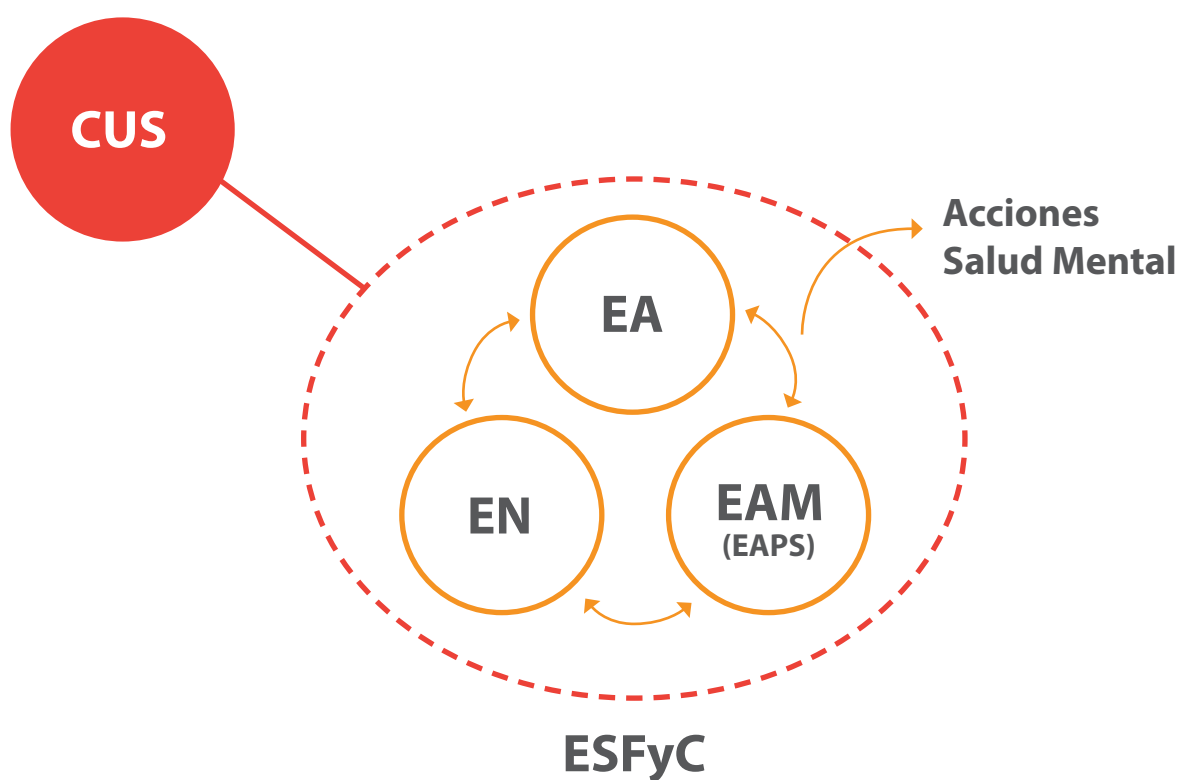
La **Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria**, en el marco de la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS), propone un modelo de atención centrado en la articulación de Equipos de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) - integrados por equipos nucleares y ampliados con apoyo matricial - para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad de las poblaciones más vulnerables del país.

Un **Equipo Nuclear**, es un equipo conformado idealmente por integrantes de las disciplinas Medicina General, Medicina Familiar, y Enfermería, así como también de cuatro a cinco Agentes Sanitarios. Tendrán a su cargo la atención de 4.000 habitantes aproximadamente (de 800 a 1000 familias), siendo el promedio recomendado de 3.000 habitantes.

El **Equipo Ampliado** se conformará cada 2 Equipos Nucleares; y en el mismo estarán representadas idealmente las disciplinas de Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Kinesiología, Obstetricia, Odontología, Administración y, eventualmente, otras especialidades médicas (por ejemplo, Pediatría, Clínica Médica, Ginecología); siempre en función de la disponibilidad de recursos. Actuarán en forma integrada y complementaria junto a los Equipos Nucleares.

Los **Equipos Matriciales** se conformarán a partir de diferentes especialidades para el acompañamiento de los Equipos Nucleares. En este sentido, habrá un Matricial cada ocho Nucleares.

En este marco, las acciones en salud mental son implementadas por los equipos nucleares y ampliados con el apoyo matricial de los Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS) con la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria. Este modelo promueve la producción de cuidados integrales para la población teniendo en cuenta la dimensión individual, familiar y comunitaria, con perspectiva de derechos, de interculturalidad y de género, en un marco intersectorial, basado en el trabajo en equipo, la construcción de interdisciplina y de comunidades más saludables.



CUS: Cobertura Universal de Salud
EN: Equipo núcleo
EA: Equipo ampliado
EAM: Equipo de Apoyo Matricial

Equipos de Abordaje Psicosocial en el marco de la CUS y la Estrategia de Salud Familiar Comunitaria -
Elaboración propia

1.1 Algunas consideraciones sobre la eficacia de los abordajes comunitarios en salud mental

La Salud Mental Comunitaria (SMC) asume al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en un marco de complejidad, por lo que la eficacia de los abordajes está ligada a que las personas y las comunidades puedan desarrollar habilidades para afrontar los desafíos de la vida, estén integradas en redes afectivas, laborales y educativas, y participen de proyectos colectivos.

Contrariamente, el paradigma asilar tradicional, fundamentado en el modelo biomédico, enfatiza en el control de la enfermedad, aislando al sujeto y provocando la ruptura de sus lazos sociales y de otros vínculos comunitarios (Ardila, Galende 2011).

Los abordajes comunitarios en salud mental priorizan la dimensión subjetiva, considerando la singularidad de cada uno de los procesos y organizando las intervenciones en un Proyecto Terapéutico Singular¹ que articula acciones individuales y colectivas. Esto implica tener en cuenta dimensiones sociales, farmacológicas, psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial, entre otras, que deben ser integradas en el marco de la Clínica Ampliada², centrada en los sujetos y descentrada de la enfermedad (Campos, 2001).

1.2 La atención de la salud mental en las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Ante la urgente necesidad de abordar la fragmentación de los sistemas de salud, la OPS/OMS propone el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) a fin de promover el desarrollo de sistemas de salud basados en la estrategia de APS y, de esta manera, mejorar la accesibilidad a los servicios y la continuidad de cuidados en salud. Las RISS se caracterizan por la atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, en un marco de promoción de derechos ciudadanos, entre ellos el de disfrutar de una salud plena. Requieren de un abordaje intersectorial, que puede incluir la interacción con educación, trabajo, vivienda, entre otros; como así también con instituciones y organizaciones del estado y la sociedad civil (OPS/OMS, 2010).

Según Vilaça Mendes (2013), existen evidencias que las redes mejoran los sistemas de atención de la salud tanto en sentido sanitario como en el económico, constituyéndose como una solución en proyectos con escasos recursos y problemas complejos.

La estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud puede ser un aporte para llevar a cabo abordajes comunitarios de las problemáticas de salud mental y lograr la continuidad de cuidados. Los EAPS se inscriben en esta lógica de funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el desarrollo de Proyectos Terapéuticos Singulares según la población/territorio definido/asignado. Esto implica acuerdos entre los actores, un diagnóstico social territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Así, la red será un espacio de mutua colaboración entre pares y no simplemente un ámbito de derivación y recepción de casos.

¹ La construcción de los Proyectos Terapéuticos Singulares se basan en el vínculo entre trabajadores de la salud, usuarios y red de apoyo social, en el diseño de estrategias a partir de las necesidades de la situación. El Proyecto Terapéutico Singular es un recurso de la clínica ampliada y de la humanización en salud.

² El concepto de Clínica Ampliada (Campos, 2001), refiere a un modelo de atención que prioriza al sujeto por sobre la enfermedad, que asume al padecimiento como parte de la vida de las personas, por lo que promueve la autonomía de cada una de ellas. La Clínica Ampliada es una práctica de equipos que combinan sus diferentes núcleos disciplinarios – constitutivos de sus prácticas – para intervenir sobre el ámbito de determinación social de la salud, el campo de la salud. De esta manera, esta modalidad de abordaje privilegia el vínculo entre el equipo y el usuario en la construcción del proyecto terapéutico que protagonizan los diferentes actores que lo constituyen a la vez que integra diferentes núcleos disciplinarios – y sectoriales – para el alcance de los mayores niveles de autonomía posible, tanto de sujetos como de colectivos.

2. EQUIPOS DE ABORDAJE PSICOSOCIAL (EAPS)



Son equipos de soporte matricial³ para el abordaje de problemáticas de salud mental en el primer nivel de atención. Tienen como objetivo brindar apoyo técnico especializado a los equipos nucleares y ampliados en la construcción de los Proyectos Terapéuticos Singulares (Campos, 2001), ampliando el campo de actuación y enmarcando sus acciones en lo referente a salud mental. El propósito es mejorar el acceso y la calidad de atención, la capacidad resolutoria y la continuidad de cuidados de los usuarios y colectivos sociales, mejorando la accesibilidad al sistema de salud, optimizando el funcionamiento de la RISS e incluyendo a los usuarios que por diversos motivos se encuentran excluidos de ella.

Se parte de la idea directriz que el vínculo terapéutico entre los equipos de profesionales, los usuarios y colectivos, estimula la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la co-producción en salud. Implica la ampliación de la clínica y de las prácticas de atención integral de la salud, generando nuevos patrones en las maneras de relacionarse entre los sujetos implicados (Campos, 1998).

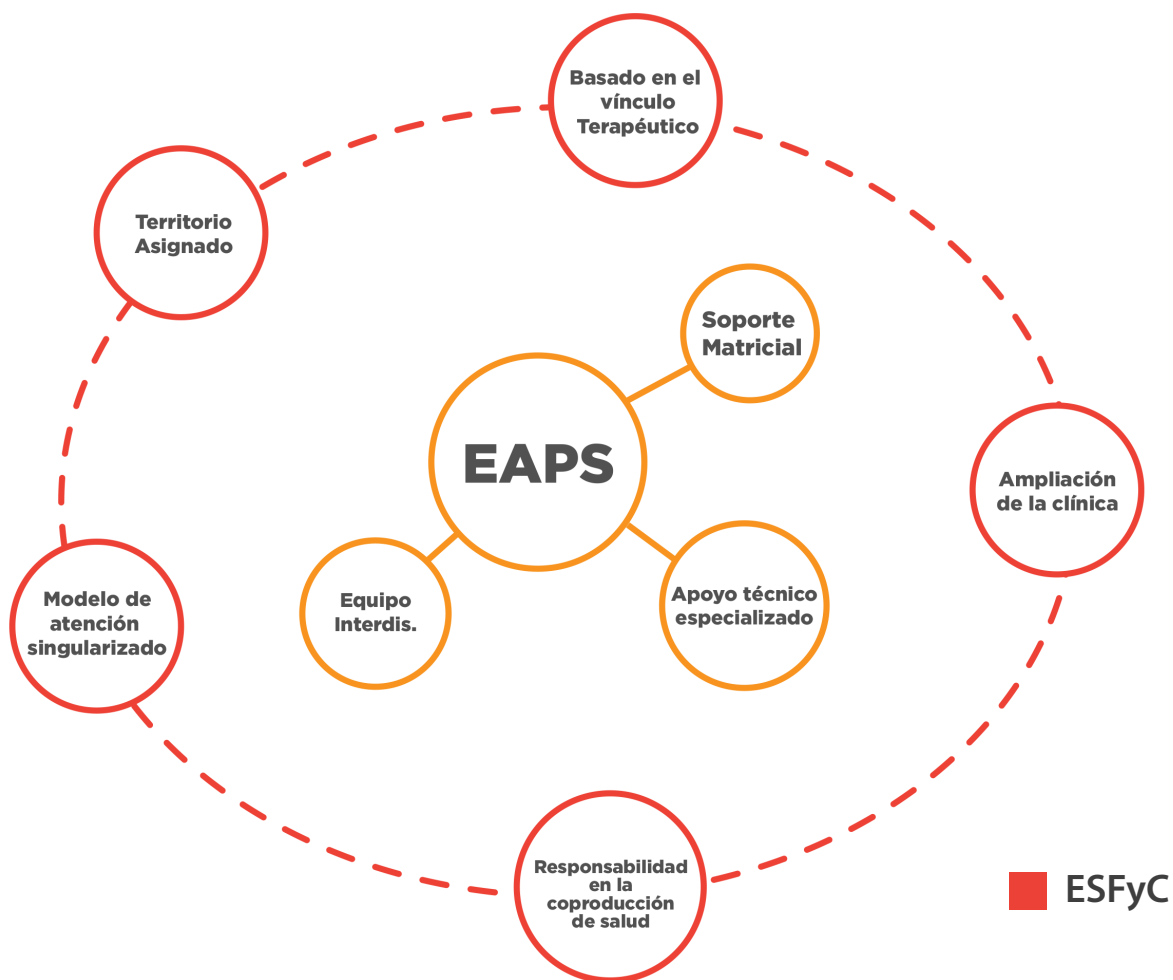
Se basa en un modelo de atención singularizado y personalizado, donde cada equipo tiene usuarios asignados y una población nominal a cargo, siendo responsable de los Proyectos Terapéuticos Singulares. Esto implica una aproximación y diagnóstico construido conjuntamente entre el Equipo de Salud Familiar y Comunitaria (nuclear, ampliado y EAPS según necesidad) con la persona, familia específica y/o actor comunitario, y -consecuentemente- el establecimiento de prácticas individuales, grupales, colectivas y/o territoriales.

Entonces, se trata de equipos interdisciplinarios conformados por profesionales vinculados al campo de la salud mental que desarrollan sus actividades en un territorio asignado (a partir de los equipos núcleo a los que matrician). La organización de la atención tendrá características particulares y la planificación de líneas prioritarias se adecuará a la realidad socio-cultural y epidemiológica local. Se recomienda que los equipos tengan facilidad para su desplazamiento en el territorio y resulta necesario que las intervenciones sean planificadas e implementadas en forma interdisciplinaria e intersectorial, con la participación de usuarios y otros actores en la producción de proceso de cuidado.

Los EAPS, en su relación matricial con los equipos nucleares y ampliados, abordarán las problemáticas prevalentes y/o de alto impacto para la salud mental de la población: depresión, ansiedad, consumo problemático de alcohol y drogas (Stagnaro, 2017), violencias, problemáticas del desarrollo en la infancia y las situaciones de padecimientos mentales severos, entre otras, según la situación de salud local (OPS/OMS, 2016).

El trabajo territorial promueve la detección precoz y oportuna de situaciones de crisis mediante un trabajo conjunto con la comunidad. Esta modalidad permite advertir tempranamente emergentes que podrían quedar invisibilizados, y de esta manera, profundizar la crisis.

³El soporte matricial implica un modo de producir salud en el que dos o más equipos realizan una intervención terapéutica en un proceso de construcción compartida. El matriciamiento debe proporcionar la especialización en la asistencia, así como un soporte técnico-pedagógico para los equipos nucleares y ampliados, en el proceso de construcción colectiva de proyectos terapéuticos junto con la población (Guía práctico de matriciamiento en saúde mental, 2011). Se diferencia de una supervisión ya que los EAPS pueden participar activamente del proyecto terapéutico, según las necesidades. Estos dispositivos deben ser pensados como instancias flexibles, dinámicas y articuladas, y no como espacios estancos.



Equipos de Abordaje Psicosocial en el marco de la CUS y la Estrategia de Salud Familiar Comunitaria -
Elaboración propia

2.1 Funciones de los EAPS

Las funciones de los EAPS se enmarcan en el soporte matricial a los equipos nucleares y ampliados para garantizar la adecuada atención de las problemáticas de salud mental con base en la comunidad, promoviendo la continuidad de cuidados y la inclusión social de las personas con sufrimiento mental.

La responsabilidad territorial y poblacional corresponde a los equipos núcleo, que reciben apoyo matricial tanto de los equipos ampliados como de los EAPS, los que son co-responsables de las intervenciones, ampliando - de esta manera - la producción de cuidados en salud mental y enriqueciendo los proyectos terapéuticos.

Operacionalmente, cada EAPS se reunirá en forma sistemática con los equipos nucleares y los ampliados, con los que interactúa en el territorio; en esos espacios se debatirán los problemas que identifiquen en cada una de las familias y los espacios sociales bajo su responsabilidad. Este será el ámbito para el diseño de los Proyectos Terapéuticos Singulares (que combinan cuidados individuales, familiares, sociales, comunitarios) y funcionará como espacio de monitoreo permanente de las prácticas de los diferentes actores que laboran el territorio. De esta manera, este formato de gestión (encuentros sistemáticos entre EAPS, equipos ampliados y nucleares) se constituye como un espacio de producción de cuidados y de gestión de iniciativas individuales y colectivas.

A continuación, se detallan las funciones de los EAPS:

1. Apoyo a los equipos nucleares y ampliados en la detección y abordaje de situaciones problemáticas de salud mental:

- a.** Espacios de capacitación, sensibilización e intercambio en forma sistematizada;
- b.** Construcción conjunta de los proyectos terapéuticos singulares según necesidad de la situación: abordaje psicosocial, familiar y farmacológico;
- c.** Estrategias de abordaje conjunto según necesidad de la situación: Visitas domiciliarias, entrevistas, etc;
- d.** Apoyo en la comunicación entre los distintos equipos;
- e.** Diversificación de estrategias de respuesta que contemplen la atención individual como una estrategia posible entre otras que impliquen lo familiar, lo grupal, lo institucional y/o lo comunitario.

2. Participación en la construcción de estrategias colectivas para la protección y promoción de la salud mental, prevención de problemáticas de salud mental de mayor prevalencia e impacto en la población de referencia:

- a.** Relevamiento de las problemáticas de salud mental prevalentes en la comunidad, a fin de diseñar intervenciones comunitarias específicas que brinden un impacto sanitario significativo;
- b.** Promoción del desarrollo de dispositivos de intervención tales como talleres, charlas informativas, consejerías, grupos de pares o de reflexión en los Centros de Salud sobre temáticas de relevancia sanitaria y/o priorizadas por la comunidad;
- c.** Promoción de campañas sobre desestigmatización de los padecimientos mentales y las adicciones;
- d.** Identificación de líderes comunitarios, espacios y organizaciones que favorezcan la promoción de la salud mental.

3. Promoción de estrategias de búsqueda activa y de recaptación de personas con padecimientos mentales, de detección oportuna de situaciones de crisis para evitar profundizaciones o empeoramiento y discontinuidades en el cuidado:

- a.** Nominalización, georreferenciación y seguimiento con los equipos nucleares y ampliados;
- b.** Análisis de situación de la comunidad e identificación de las necesidades de atención psicosocial;

4. Acompañamiento de situaciones de padecimiento mental mediante dispositivos comunitarios y en articulación con otras instituciones y sectores:

- a.** Desarrollo de dispositivos grupales terapéuticos y de rehabilitación psicosocial;
- b.** Formulación y participación en la implementación de apoyos a partir del sistema de salud y red comunitaria;
- c.** Articulación con hospitales generales, centros de día u otros dispositivos intermedios;

- d.** Identificación y elaboración de acuerdos con actores comunitarios para la inclusión social (actividades recreativas, talleres artísticos, cursos de oficio, emprendimientos productivos);
- e.** Sistematización de información sobre los programas y planes tanto locales como nacionales;
- f.** Registro mensual de actividades para su posterior evaluación y sistematización de la experiencia.

5. Intervención en situaciones de crisis para evitar internaciones innecesarias, gestión y acompañamiento de procesos de internación y externación:

- a.** Evaluación integral de la situación de la persona (psicológica, física, red de apoyo familiar y socio-comunitaria), conjuntamente con equipos nucleares y ampliados;
- b.** Promoción de la participación activa del usuario y de sus referentes afectivos e institucionales en el proceso de producción de cuidados;
- c.** Articulación con los profesionales de salud mental del hospital general, con la mesa de externación local y/o con los actores claves que se considere necesario;
- d.** Relevamiento de la red socio-sanitaria local, formal e informal, mecanismos de funcionamiento, recursos específicos y modalidades de interacción con la misma para garantizar la continuidad de cuidados entre niveles de atención.
- e.** Seguimiento y acompañamiento en conjunto con los equipos nucleares y ampliados, mediante atención domiciliaria y otras estrategias pertinentes;
- f.** Elaboración de estrategias tales como acompañamiento terapéutico, inclusión en centro de día u otros dispositivos de presencia continua.

| 2.2. Composición y distribución

Se sugiere la conformación de un EAPS cada 8 equipos núcleo y 4 equipos ampliados. No obstante, podrían requerirse mayor número de EAPS en función de la diversidad de cada territorio y la vulnerabilidad psicosocial de la población. En caso de existencia de hospitales monovalentes en el territorio se recomienda un mayor número de EAPS, para garantizar los procesos de desinstitucionalización.

Es importante que la definición respecto de la cantidad de EAPS en relación con los equipos nucleares y ampliados pueda ser el resultado de una decisión estratégica que incorpore en el debate a las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal), las perspectivas de los trabajadores, de los actores sociales comunitarios y de los usuarios, sus familias y sus organizaciones.

Se recomienda que la conformación mínima y necesaria de un EAPS contemple 4 trabajadores, entre los que se incluya un/a psicólogo/a y/o psiquiatra, un profesional de las ciencias sociales (trabajo social, antropología, comunicación social, sociología, otros), y dos de los siguientes:

- > Otras disciplinas de salud mental (terapia ocupacional, musicoterapia, entre otras).
- > Enfermería (con experiencia de trabajo en el abordaje del sufrimiento psíquico).

- > Acompañamiento Terapéutico.
- > Otros trabajadores (talleristas, promotores comunitarios, otros).
- > Usuarios/as y/o familiares de usuarios/as.

Cabe aclarar que si el EAPS no está integrado por un psiquiatra, se debe garantizar el soporte matricial de esta especialidad en la red de salud mental local.

Se recomienda un mínimo de reunión de equipo semanal. Se considera importante tener en cuenta la participación de los/as usuarios/as y/o familiares de usuarios/as de servicios de salud en las estrategias de abordaje. Es importante que la conformación del EAPS sea adecuada para garantizar las funciones del mismo, basadas en el apoyo matricial en salud mental.



BIBLIOGRAFÍA

Ardila, S., Galende, E., (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad* 1, 39–50. Remedios de Escalada. Universidad Nacional de Lanús.

Campos, G.W. de S., (2001). *Gestión en salud: En defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Campos, G.W. de S., (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP. Barão Geraldo, Campinas, S.P.

Ley Nacional N° 26.378/2008 Adhesión a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo. Sitio web: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Ley Nacional N° 26.657/2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental – Decreto Reglamentario 603/2013. Sitio web: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

OPS/OMS (1978). Declaración de Alma Ata. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

OPS/OMS (1992). Declaración de Caracas. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

OPS/OMS (2005). PRINCIPIOS DE BRASILIA Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf

OPS/OMS (2010). Consenso de Panamá. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

OPS/OMS (2014). Plan de Acción sobre Salud Mental 2015 - 2020. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>

OPS/OMS (2016). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. 11/9/18, de OPS/OMS Sitio web: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001231cnt-2018 OPS-OMS-guia-intervencion-mhGAP.pdf>

OPS/OMS (2010). *Salud Mental en la Comunidad*, 2a. ed. Washington, D.C.: OPS, Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No.49.

Plan Nacional de Salud Mental (Res.Msal 2177/2013)
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/225330/norma.htm>

Stagnaro, J.C., Cía, A.H., (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina.

Vilaça Mendes E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasilia DF: OPS/OMS CONASS.