



Corporación Municipal de Quellón para la Educación, Salud y Atención al menor
Departamento de Salud Municipal DESAM-Quellón



MANUAL DE MODELO DE SALUD FAMILIAR, CON ENFOQUE NINTERCULTURAL Y COMPLEMENTARIO PARA LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE QUELLÓN

Encargado:
Oscar Olivares



INDICE

Contenidos

Introducción.....	3
Propósito y Objetivos del protocolo.....	4
¿Qué es la salud y que es la Familia?.....	5
Funciones básicas y Dinámica Familiar	8
Ciclo vital individual y familiar.....	9
Crisis familiares (Normativas y No normativas).....	14
Relación entre salud y familia	16
Definición, Características y Principios de salud Familiar.....	18
Necesidades y beneficios en la implementación del modelo de salud familiar.....	23
Establecimientos donde se trabaja con el modelo de salud familiar	25
Salud Familiar en Chile.....	27
Salud familiar en Quellón: la inclusión del enfoque intercultural y complementario.....	29
Sectorización y Equipo de salud	33
Fichas organizadas por familia.....	37
Encuestas de salud, diagnóstico de salud familiar y clasificación de riesgo familiar.....	38
Ingreso y procedimientos Intervención Familiar.....	40
Referencias Bibliográficas.....	45

Anexos

Nº 1: Breve descripción de la ficha de salud Familiar.....	48
Nº 2: Pauta factores de riesgo y evaluación del riesgo familiar.....	49
Nº 3: Documento explicativo de los factores de riesgo biopsicosociales	51
Nº 4: Carpeta plan de intervención familiar.....	54
Nº 5: Instrumentos y herramientas de Salud Familiar.....	57
Nº 6: Flujograma ingreso plan de intervención familiar:	72
Nº 7: Descripción de instrumentos de salud familiar.....	74
Nº 8: Encuesta de salud.....	79
Nº 9: Pauta y Simbología de encuesta de salud.....	81
Nº 10: Instructivo normalización de datos e ingreso de encuestas de salud.....	86
Nº 11: Instructivo de Mapa epidemiológico.....	89



INTRODUCCIÓN

A fines de la década de los noventa el Ministerio de Salud de Chile impulsa la aplicación de un nuevo modelo de atención para el nivel primario denominado Salud Familiar, el cual ha ido abriéndose paso a lo largo de todo el país, cambiando un enfoque de atención esencialmente biomédico por uno Biopsicosocial y comunitario (MINSAL, 1993).

La comuna de Quellón y el departamento de salud municipal, junto a todos sus establecimientos, CESFAM, CECOSF, ATINA, Postas y estaciones de salud rural, no se ha quedado ajena a este escenario y por ello desde sus inicios en salud primaria, hasta la actualidad donde cuenta con amplia red de salud urbana y rural, ha desarrollado un modelo de salud familiar y comunitario, siendo además pioneros en la implementación de estrategias e innovaciones a nivel provincial, regional y nacional (DESAM, 2011).

Es así como el plan de salud comunal enfatiza como su principal objetivo para la red de Atención Primaria de Salud de Quellón, “promover un Modelo de Salud Familiar con enfoque intercultural y complementario, además de promover acciones de promoción y prevención, y procurar una calidad de atención de excelencia” (DESAM, 2011).

Es por esto que se hace importante no solo aplicar este enfoque en las atenciones clínicas y comunitarias, sino que también protocolizar, sistematizar y estandarizar las actividades que sustentan el modelo, así como supervisar la correcta aplicación de todo nuestro quehacer en salud bajo este paradigma Biopsicosocial, participativo y comunitario.



PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL MANUAL

El principal propósito de este protocolo dice relación con proporcionar a los Equipos de Salud de las distintas áreas del Nivel Primario de la comuna de Quellón, una herramienta de consulta, con la finalidad de unificar criterios en torno a la salud familiar, además de protocolizar, sistematizar y estandarizar las actividades que sustentan el modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario y las prestaciones asociadas a ella.

Objetivo general

Entregar un apoyo técnico normativo a los equipos multidisciplinarios de la Red de Atención Primaria de Salud de la comuna de Quellón, cuyo proceso permitirá reorientar y normar las actividades de acuerdo a las competencias técnicas de cada profesional en cuanto al modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario.

Objetivos específicos

- Conocer conceptos básicos de salud familiar que deben orientar nuestro trabajo en el modelo de APS comunal.
- Apoyar en el proceso de inducción como una guía para los funcionarios que se integran a la institución, con el fin de que conozcan el modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario de la red de APS de Quellón.
- Fomentar el desarrollo de los procesos de calidad y seguridad del usuario en los establecimientos de APS bajo el modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario.
- Unificar criterios de trabajo respecto a las prestaciones propias del modelo, la clasificación de familias respecto, bajo el enfoque de riesgos, la intervención familiar y las prestaciones en general, considerando la pertinencia cultural y sociodemográfica (rural o urbano).



¿QUÉ ES LA SALUD Y LA FAMILIA?

Para comenzar a entender el modelo desde el cual debemos comenzar todas nuestras atenciones es necesario saber que quiere decir cada uno de sus componentes, en este sentido, debemos tener muy claro a que nos referimos cuando hablamos de salud y familia.

La salud.

La salud, se define, según la Organización mundial de la salud (OMS), como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. (OMS, 1948).

Desde la cosmovisión mapuche, se concibe al individuo como una totalidad compuesta de cuerpo, mente, emoción y espíritu, estando estas varias dimensiones íntimamente relacionadas tanto entre ellas mismas como con el medio que las rodea y del que forman parte, desde esto, puede definirse la salud como un estado de armonía entre estos diversos elementos del todo, y la enfermedad, como el resultado de la ruptura de este equilibrio mediante la interacción entre el individuo y factores externos. Así, sin lugar a dudas se encuentra en la concepción mapuche del hombre la Integralidad o Visión Holística, según la cual el estado de la vida humana depende de sus relaciones con los varios elementos que componen la totalidad del orden en el cual se ancla su existencia y con el cual mantiene una relación bidireccional, influyéndose ambos mutuamente (Bacigalupo, 2011).

La Familia.

El origen de la palabra "Familia", que proviene del latín, derivada del concepto "*famulus*" que quiere decir sirviente o esclavo y que era equivalente a patrimonio e incluía no sólo a parientes, sino que también a los sirvientes de la casa del amo (Etimologíasdechile.net, 2012). Muy alejado de eso, actualmente, entendemos a la familia como un grupo de personas relacionadas de manera emocional, legal y/o biológicamente, donde además, y debido a nuestra cultura e idiosincrasia nacional, suele ser importante el sentido de pertenencia a este grupo y los afectos entre las personas que la componen. En este sentido y haciendo alusión a la teoría de sistemas, entendemos a la familia, como un sistema abierto y complejo de interacciones, que tiende al equilibrio u homeostasis positiva.

Algunas definiciones de familia:

- Grupo de personas vinculadas por algún tipo de relación biológica, emocional o legal. (Mc Daniels, Campbell y Seaburn, 1990).
- Grupo de personas con lazos de parentesco y/o convivencia al interior de un hogar (bajo el mismo techo). (RAE, 2012)



- Familia es el lugar al que recurren los individuos para satisfacer sus necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. (extraído de presentación Dra. Carolina Reyes)
- “grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos” (ONU)
- La Comisión Nacional de la Familia (ICNF), considera a la familia como “un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables” (CNF, 1993: 35).

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad (BCN).

La mayoría de los autores coinciden en 3 elementos definitorios del concepto:

- El *consanguíneo*
- El *cohabitacional*
- El *afectivo*

Tipos de Familias

- Unipersonal
- Nuclear o conyugal
 - *Nuclear pareja sin hijos*
 - *Nuclear pareja con hijos*
 - *Nuclear monoparental*
 - *Nuclear ampliada: incluye “allegados” al grupo familiar*
 - *Nuclear reconstituida*
- Extensa
 - *Extensa biparental*
 - *Extensa monoparental*
 - *Extensa compuesta (con no parientes)*
- Hogar sin núcleo familiar: No se constituye un grupo familiar



Tipos de familia para nuestra RED APS.

- Unipersonal
- Nuclear (con o sin hijos)
- Nuclear reconstituida
- Monoparental
- Extensa

FUNCIONES BASICAS Y DINAMICA FAMILIAR

Funciones Básicas de la Familia.

1. Función biológica, se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
2. Función de socialización de sus miembros.
3. Función económica, se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
4. Función afectiva, dando soporte emocional a sus miembros
5. Función protectora, se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.
6. Función solidaria, se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Tareas básicas de la familia (Según Duvall):

- Conservación física
- Distribución de los recursos
- División del trabajo
- Socialización de los miembros
- Reproducción, inclusión y liberación de los miembros de la familia
- Interacción
- Ubicación de los miembros en el núcleo social mayor
- Mantenimiento de la motivación y la moral

Dinámica familiar.

Es aquella confrontación de fuerzas tanto positivas como negativas que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que ésta, como unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir.

Se considera a una familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital individual y familiar y las crisis por las que pueda atravesar.

¿Qué entendemos por Familia sana?

- Un sistema abierto con límites flexibles que estimula el desarrollo y la individuación de sus miembros.
- Es capaz de adaptarse y funcionar en el ambiente que le tocó vivir.
- Flexibilidad de roles.
- Compromiso con su familia.
- Comunicación abierta y honesta.
- Ambiente cálido, protector y de soporte (confianza, sentido del humor y potencia de desarrollo).

CICLO VITAL Y CRISIS FAMILIARES

Ciclo vital familiar.

El estudio del ciclo de la vida humana desde el punto de vista de la evolución, pone en claro las etapas por las que pasa una persona a medida que va madurando.

El ciclo vital de la familia es un instrumento descriptivo para comparar las estructuras y funciones de la familia, en sus diferentes etapas de desarrollo. Permite integrar el desarrollo del individuo con el de la familia, al estudiar como se engranan y se interconectan los Ciclos Vitales de los Individuos que conforman el Sistema Familiar.

Por otra parte el Ciclo Vital Familiar (CVF) demuestra que las tareas evolutivas son enfrentadas por miembros de la familia que a su vez se encuentran en etapas diversas de su propio desarrollo. A medida que la familia crece, necesita adaptar:

- funciones
- necesidades cambiantes de sus miembros
- demandas socioculturales

La teoría del Ciclo Vital Familiar (CVF) constituye una teoría de comprensión y enfrentamiento de la familia. Se basa en la teoría del desarrollo:

- El hombre, acorde con la edad cumple etapas que lo conducen a otras fases
- Cada etapa del ciclo tiene características diferentes

Las etapas del CVF se basan en las transiciones y adaptaciones que se producen por situaciones evolutivas: las crisis.

Ciclo Vital Individual.

Las 8 edades del hombre según E. Ericsson, son:

1. Lactancia (0-2 años):

Vínculo madre-hijo positivo: Confianza Básica / Esperanza y Optimismo frente a la vida.

Vínculo madre-hijo negativo: Desconfianza, Susplicacia o Pesimismo en relación al medio

2. Etapa Muscular o Segunda Infancia (2-4 años)

Autonomía: Logro central de esta etapa: VOLUNTAD

Falta de Autonomía: Duda, Vergüenza e Inseguridad.

3. Etapa Pre-Escolar o del Juego (4-5 años)

Logro central de la etapa: Sentido de la Finalidad.

Iniciativa vista como negativa: Culpa

4. Etapa Escolar (6-10 años)

Industriosidad y Competencia

Forma negativa: Incompetencia, Inferioridad.

5. Adolescencia (10-19 años)

Cambios biológicos de la pubertad gatillan una readecuación psicológica

Búsqueda de la Identidad

6. Adulto Joven (20-40 años)

Logro central: Capacidad de Intimidad

Riesgo: Aislamiento

CRISIS DE LA EDAD MEDIA: Se revisan las elecciones previas, tanto laborales como de pareja y estilo de vida familiar

7. Edad Madura o Adulthood Media (40-65 años)

Desarrollo de la capacidad de Generatividad

Fracaso: Estancamiento y Autoabsorción (egocentrismo sin proyección hacia el futuro)

8. Senescencia o Adulthood Tardía (Más de 65 años)

Crisis de Integridad

Implica Sabiduría y sentido de la Trascendencia

Desenlace negativo: Desesperanza y Depresión

Etapas del Ciclo Vital Familiar (Duvall).

1. Compromiso
2. Formación de la pareja y comienzo de la familia
3. Crianza inicial de los hijos
4. Familia con hijos preescolares
5. Familia con hijos escolares
6. Familia con hijos adolescentes
7. Plataforma de lanzamiento
8. Nido vacío
9. Disolución

1) Etapa de Compromiso

- Pareja en preparación para una unión estable.
- Puede o no culminar en matrimonio o convivencia estable
- Búsqueda de una identidad como pareja
- Adopción de un estilo de vida en común
- Establecimiento de metas preparatorias para la vida en pareja

2) Formación de la pareja y comienzo de la familia

- Desde el matrimonio o la convivencia estable hasta el nacimiento del primer hijo.
- Etapa de consolidación y conocimiento mutuo.
- Se crea el plano íntimo de la vida en pareja en relación a:
 - asunción de nuevos roles
 - vida sexual
 - nuevas responsabilidades
- Se establece la autonomía de la pareja de la familia de origen
- Vida de un nosotros, conservando la identidad personal
- Metas respecto de la conformación de una familia con hijos
- Se produce crisis por la separación de la familia de origen
- Expectativas, esperanzas, temores y fantasías respecto del embarazo y llegada del primer hijo
- Preocupación por el cuidado de la salud de la mujer embarazada

3) Crianza inicial de los hijos

- Desde el nacimiento del primer hijo hasta que éste pasa a la etapa de preescolar.
- Transición de estructura diádica a triádica
- Mutualidad de la madre con sus hijos
- Aceptación por los adultos de su rol de cuidado
- El nacimiento del primer hijo plantea tareas y conflictos potenciales en la pareja

4) Familia con hijos preescolares

- Desde que el primer hijo alcanza la edad preescolar hasta que éste empieza la edad escolar
- Rol estabilizador del padre
- Tolerancia de la mayor autonomía infantil
- Tipificación de los roles sexuales
- Tensión entre roles laborales y familiares de los padres

5) Familia con hijos escolares

- Desde que el primer hijo alcanza la edad escolar hasta que este mismo empieza la adolescencia

- Socialización de los hijos
- Salida inicial del hogar
- Tolerancia de la separación parcial del hogar
- Escuela como evaluador de la eficiencia de la crianza
- Preparación para enfrentar la crisis de la adolescencia

6) Familia con hijos adolescentes

- Desde que el primer hijo alcanza la adolescencia hasta que uno de los hijos deja el hogar
- Cambio marcado en el equilibrio familiar
- Apertura de los límites familiares
- Crisis bigeneracional: Cambios en los padres y los hijos
- Aumentar las interacciones entre los miembros para fortalecer la comunicación
- Aumentar y reforzar lazos afectivos, en especial en la pareja como modo de preparación para la ida de los hijos.

7) Plataforma de lanzamiento

- Se inicia cuando el primer hijo deja el hogar y termina cuando se va el último y los padres quedan solos
- Reforzar el cultivo de la vida en pareja
- Establecimiento de modos de reencuentro entre padres para adaptarse al alejamiento de los hijos
- Asunción del rol de abuelos
- Continuar afianzando logros afectivos que preparen a la pareja para las crisis relacionadas con los nuevos roles parentales y relativos a actividades ligadas a la comunidad

8) Nido vacío

- La familia se limita a los padres solos
- Cambio de roles parentales, se vuelve a la pareja como centro de la familia
- Preparación personal y de la pareja para enfrentar la jubilación y el tiempo que queda libre
- Afianzar los nexos con la familia extensa y la comunidad
- Cambio en estilo de vida en función de prevenir enfermedades crónicas
- Afianzar redes de apoyo intrafamiliares, vale decir, con la pareja, para enfrentar cambios biológicos de involución
- Replantear y establecer nuevas metas del proyecto de vida familiar

9) Disolución

- Se inicia cuando muere uno de los cónyuges y termina cuando fallece el último.
- Enfrentamiento de la pérdida y a soledad presente
- Adaptación al cambio de rol



- Búsqueda de nuevos incentivos de vida
- Reforzar lazos afectivos de familia extensa, grupos de la comunidad o grupos de amigos

Ciclo vital Familiar o fase Familiar para nuestra RED APS (Saydex, RAYEN)

1. Formación de la pareja y comienzo de la familia
2. Crianza inicial de los hijos (hasta 30 meses del primer hijo)
3. Familia con hijos preescolares (hasta los 6 años del hijo mayor)
4. Familia con hijos escolares (hasta los 13 años del hijo mayor)
5. Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del hijo mayor)
6. Etapa media y Terminal (fin del periodo laboral hasta la muerte)

CRISIS FAMILIARES

Tanto el individuo como la familia van cambiando y desarrollándose progresivamente a través del tiempo debido a cambios que se operan en su interior, y por el contexto más amplio en que se desenvuelven. Esta evolución como ya hemos visto se da a través de etapas que forman un ciclo de desarrollo. Se pueden identificar logros o tareas que deben ser alcanzados en cada etapa y que posibilitan el paso a la etapa siguiente.

Hay situaciones de tensión y conflicto en el individuo o familia que son crisis esperables o normativas propias del momento por el cual se está pasando.

Crisis normativas

Son aquellas crisis esperables en el ciclo de la vida y la superación de ellas es parte de todo proceso de crecimiento y desarrollo. También llamadas crisis del desarrollo, son universales, y por lo tanto previsibles, debieran ser manifiestas, pero en algunos casos pueden poseer algunos rasgos encubiertos. Pueden dar lugar a cambios permanentes en el estatus y función de los miembros de la familia, aunque a veces, tienen un carácter temporal.

Las crisis normativas tienen relación con las etapas del ciclo vital familiar, abarcan el matrimonio, el nacimiento de los hijos, el comienzo de la edad escolar de éstos, la adolescencia, la edad media de los padres, el nido vacío, la jubilación, etc. Algunos de estos cambios evolutivos son sutiles y graduales, otros son abruptos y dramáticos. Algunos son determinados por las diversas etapas biológicas, otros por condicionamientos de la sociedad.

Las crisis normativas se pueden clasificar de acuerdo a si la situación desencadenante implica:

- Adición de uno o más miembros a la estructura familiar: ejemplo de ello es un embarazo, nacimiento, adopción.
- Abandono o pérdida de miembros de la familia: tales como alejamiento de los hijos, pérdida de rol por enfermedad, muerte de familiares.
- Cambio del sistema de valores o de estatus del grupo familiar o de algún miembro: por ejemplo transición del ciclo vital individual, promoción laboral, jubilación.

Crisis no normativas

Se refiere a la ocurrencia de eventos inesperados o accidentales en la vida de un individuo o familia, por ejemplo una enfermedad física o mental de algún miembro, separación conyugal, pérdida material, etc.

También se define como “un evento inesperado que representa una amenaza a la supervivencia familiar y que debido a las circunstancias en que se presenta, deja a quienes la experimentan con una sensación de intenso desvalimiento”.

Se caracteriza por ser un estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos habituales de la persona para enfrentar problemas.

Lo sobresaliente de estas crisis es que son completamente impredecibles, no tienen relación con la etapa del desarrollo y pueden afectar a cualquiera en cualquier momento. Cuando alguien está pasando por una crisis no normativa, además del sentimiento de desamparo, confusión y cansancio, presenta diferentes síntomas físicos, como así también desorganización en el funcionamiento de sus relaciones y actividades familiares, laborales y sociales.

Son enfrentadas por el o los miembros afectados a través de etapas, llamadas “etapas de afrontamiento”:

- Mecanismo de negación y bloqueo durante la situación traumática: es la primera reacción, de huida; parálisis emocional, negación de la realidad. No hay percepción total de la magnitud del problema.
- Repercusión emocional de la experiencia: aquí se padece en plenitud el dolor psíquico y el impacto del problema; descarga emocional intensa, ¿por qué yo?.
- Elaboración de la crisis: en esta etapa se produce la reconstrucción saludable de la experiencia, aceptación de la realidad y elaboración de la crisis.

Casos específicos y ejemplos de crisis no normativas:

- Enfermedad crónica de uno de los hijos
- Hijos adolescentes fármaco dependientes
- Abandono súbito de uno de los cónyuges
- Muerte de un miembro de la familia
- Desempleo

Las crisis familiares, ya sean normativas o no normativas, son muy importantes en los procesos de salud – enfermedad, ya que cada crisis esperada, nos dirá como se enfrentarán las situaciones de acuerdo al ciclo vital individual y familiar y las características de esta etapa, un inadecuado enfrentamiento de estas crisis normativas puede generar mucho estrés a nivel individual y familiar, como refieren González. “las crisis familiares están asociadas tanto a la ocurrencia de determinadas situaciones transitorias de la vida familiar, que dan lugar a las llamadas crisis normativas; como también por situaciones o hechos accidentales, que desencadenan las crisis no transitorias o paranormativas (no normativas), que generalmente tienen un mayor costo para la salud. Las crisis familiares han sido abordadas por algunos autores dada la importancia que le atribuyen en la salud familiar.” (González, 2000). Es aquí donde se hace necesario el apoyo orientado a la intervención en crisis y se cuenta como recurso familiar la capacidad de adaptación familiar.

RELACION ENTRE SALUD Y FAMILIA

Las relaciones entre salud y familia son muy estrechas y se hacen evidentes en muchas de nuestras prácticas clínicas y sociales, por ejemplo, biológicamente las relaciones consanguíneas dentro de la familia, generan un factor de riesgo, ya que muchas enfermedades se transmiten por el ADN, de manera directa o incrementando su propensión a estas enfermedades por la herencia genética obtenida en la familia, otro factor de riesgo dentro del sistema familiar dice relación con pautas conductuales, como el alcoholismo o violencia intrafamiliar, que generalmente se relacionan con problemas psicosociales.

Por otro lado al ser el sistema social más cercano a los individuos, la familia tiene una estrecha relación con la enfermedad de uno de sus miembros, ya sea como red de apoyo, satisfacción de necesidades y recursos necesarios para su alivio, también como agente socializador, de educación e incentivo de hábitos y prácticas saludables, es decir, de promoción en salud.

Considerando la totalidad del sistema familiar, es evidente que la enfermedad de uno de los integrantes de la familia, la persona índice, afecta a todo el sistema, en este caso las relaciones interpersonales, como enfrentar el problema o disfunción y como solucionarlo.

La familia como el sistema social más próximo al individuo y en el caso de nuestro país la factor más importante para lograr la felicidad, es la primera instancia para brindar a cada uno de sus integrantes el estado de bienestar biopsicosocial denominado salud, aun cuando muchas veces y debido a las características del sistema, sus subsistemas y las relaciones con los suprasistemas en los que esta enmarcada, también es fuente de enfermedad, mala calidad de vida y malestar general. Ejemplo de esto son las problemáticas derivadas por la enfermedad de la persona índice, que afecta la calidad de vida de todos los miembros de esta; o las carencias del sistema mismo para satisfacer las necesidades de sus integrantes, que podrían generar violencia intrafamiliar, alcoholismo o cualquier otra patología, que al estar en un sistema, y por ende presentar una etiología de carácter circular, vuelve a afectar a la persona índice y al resto de la familia.

Desde la Salud Familiar como nuevo enfoque a aplicar a través del avance de nuestro conocimiento debemos reconocer a ambos, salud y familia, en una relación compleja entre cada uno de sus miembros, componentes y actores, más las fuerzas que rigen en este continuo que solo buscan estabilidad, por lo cual en cada uno de sus miembros, en su sentido de pertenencia, sus interacciones, su jerarquía, su trabajo, su condición socioeconómica, su equipo de fútbol y como se sientan en la mesa, entre otros miles de factores hacen enormemente complejo el ser analizado en su totalidad por el funcionario de Salud en una sola sesión, por ello al ser la Atención Primaria, el primer contacto del usuario y su familia con el Sistema de salud, es nuestra responsabilidad de asumirla como equipo de manera integral y Biopsicosocial.



En resumen, entendemos la Interacción entre Familia y Salud de la siguiente manera:

- Características globales o específicas de la familia que pueden ser consideradas como factor causante o condicionante de las alteraciones de la salud o como agentes protectores de la misma.
- La familia como transmisora de hábitos y creencias vinculadas a la salud, como agente socializador en estilos de vida, en prácticas saludables o patógenas, en modelos de resolución de problemas en salud.



DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y PRINCIPIOS DE LA SALUD FAMILIAR

Definición de Medicina y Salud Familiar

Ya hemos hablado de lo que es la familia, sus características básicas, etapas, crisis etc. También hemos revisado que es la salud, además de analizar la interacción entre ambos conceptos, pero bajo este Modelo, ¿qué es la salud familiar? La Medicina Familiar es, según el Consejo Americano de Medicina Familiar, “la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida.” En esta definición se plasma el esfuerzo de humanizar la atención y de hacerla integral. En síntesis la Medicina Familiar se caracteriza por la continuidad del cuidado, atención integral y cuidado de la familia, en cualquier etapa de su ciclo vital, individual y familiar enriquecida por el conocimiento acumulativo de los pacientes y los vínculos individuales, familiares y comunitarios que se producen. La Medicina Familiar es una forma moderna de práctica clínica que busca la atención integral de individuos y familias, con una alta calidad científica, con continuidad y trato personalizado, uniendo lo preventivo a lo curativo y partiendo de un enfoque biopsicosocial. Claramente esta definición tiene el espíritu y puede hacerse extensiva a la salud familiar.

El manual para la intervención en la salud familiar, del grupo asesor metodológico estudio de salud de la familia de la Habana Cuba, define la salud familiar como “el resultado de la interacción dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes”.

Siguiendo esta línea, el Ministerio de salud de Chile plantea el Modelo Integral de Salud: Familiar y Comunitario, como una reforma que plantea en su esencia que, reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa. El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.

Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.

Características del modelo de salud Familiar.

El MINSAL a través del documento “Modelo de Atención integral en Salud” resume las características de una atención integral con enfoque familiar (MINSAL, 2005):

- Centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud
- Énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados
- Integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos
- Continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada
- Trabajo en Red, tanto sanitaria como social, que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud
- Tendencia al cuidado ambulatorio
- Participación en salud e intersectorialidad
- Calidad de atención
- Adecuada política de gestión de las personas que trabajan en el sector.

Complementando lo anterior, se pueden desprender las siguientes características del modelo integral de salud: familiar y comunitario:

1) Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad: El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan a los equipos de salud, poder analizar el proceso salud enfermedad centrándose en las personas desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuándo así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos.

2) Continuidad de la atención y de los cuidados de salud: La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del “trabajo en red” (red asistencial, comunitaria, social). En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.

3) Prestación de servicios integrados: A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el auto cuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergente en la población.

4) Resolutividad: Se traduce en la capacidad del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de

evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar competencias para abordar la problemática emergente, compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades.

5) Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes: Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

6) Participación social: Distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:

- La corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
- El control sobre la calidad y pertinencia de los servicios y prestaciones de salud.
- El ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos, de generar mecanismos de participación como son los diálogos ciudadanos, los diagnósticos y presupuestos participativos, entre otros.
- La corresponsabilidad del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria (organizaciones comunitarias de salud, grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud) y el equipo de salud.
- La capacitación de líderes o monitores.

7) Promoción de Salud: La promoción de salud constituye un proceso social y político amplio. No sólo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional. La Promoción de Salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinan su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla.

8) Interculturalidad: Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo occidental como el

único deseable y válido. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo. En este sentido, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características socioculturales de la población indígena es un desafío que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico, a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales.

9) Impacto sanitario: El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista biopsicosocial. Para tales efectos los centros de salud deben generar la capacidad de establecer metas de resultados en salud, programar las acciones para cumplirlas y evaluarlas en forma sistemática.

10) Enfoque de Género: La aplicación del enfoque de género se fortalece con la participación activa y protagónica de las mujeres que juegan un importante papel al interior de las familias y cada vez más en las organizaciones laborales y comunitarias. El diseño de las intervenciones en salud que consideren en su generación la participación de los usuarios requiere que los equipos técnicos dispongan de capacitación en género que permita identificar las necesidades, demandas y expectativas.

Los Principios del modelo de salud familiar.

Dentro del trabajo en el modelo de salud familiar, existen ciertos principios que regirán nuestro que hacer en atención primaria, desde el Departamento de atención primaria, salud familiar y escuela de postgrado, facultad de medicina Universidad de Chile, se desprenden los siguientes:

- El vínculo y compromiso con los individuos y las familias a cargo, principio básico y sobre el cual se sustentan nuestras acciones y el resto de los principios.
- La continuidad de la atención, ya sea curativa o de rehabilitación, como preventiva y promocional.
- Población y familias a cargo con atención a toda la familia.
- Enfoque biopsicosocial y atención integral o global.
- Atención con enfoque familiar. El equipo de salud ve la salud, tanto de los miembros como de la familia como un todo, como una responsabilidad compartida con las familias y sus integrantes.
- Enfoque promocional y preventivo de los miembros y de las familias a cargo. Como el objetivo del equipo de salud familiar es mejorar la salud de los miembros de la familia y la familia como un todo.
- Atención integrada. En cada una de las actividades los miembros del equipo de salud incluyen el fomento, la prevención, la curación y la rehabilitación con enfoque biopsicosocial y familiar, con énfasis preventivo y promocional,

- Trabajo en equipo. El equipo de salud familiar debe integrarse en torno a las familias a cargo, aportando cada uno de ellos su especificidad, pero con áreas comunes transprofesionales para el mejor manejo de las familias,
- Trabajo con la comunidad. El equipo de salud familiar trabaja con los representantes de la comunidad, ya sean formales o informales según las circunstancias lo aconsejen, en pos de una mejor salud y calidad de vida de su población a cargo. En Chile este componente se ha facilitado con la sectorización de la población, lo que permite trabajar con población delimitado.
- Trabajo intersectorial. Dado que la salud de las familias a cargo depende también de la intervención de otros sectores, el equipo de salud se integra a los demás sectores en su trabajo relacionado con salud, siendo un actor más en este trabajo conjunto.
- Excelencia clínica, investigación y vocación docente. Los miembros del equipo de salud hacen uso de la mejor evidencia y del criterio de expertos para la gestión de su población asignada como para su accionar clínico, teniendo una alta capacidad resolutive lograda a través de una permanente formación continuada y experiencia en investigación y docencia.
- Atención costo-efectiva. Como los recursos, tanto públicos como privados, son siempre limitados, el equipo de salud familiar tiene la responsabilidad de gestionarlos adecuadamente e intentar proporcionar con ellos el máximo beneficio a los individuos y familias a cargo.

Complementando los principios anteriores, podemos rescatar los aportes hechos por la dra. Peña, médico Familiar de la Universidad de la Frontera, quien nos describe los siguientes principios en salud familiar:

- Vínculo y compromiso con el individuo y las familias a cargo, considerando todos los aspectos de la persona.
- Continuidad de la atención, ya sea curativa, de rehabilitación, preventiva o promocional, siendo lo ideal que el mismo equipo de salud acompañe a la familia durante toda su vida.
- Familias y población a cargo de un equipo, con atención integral a toda la familia.
- Enfoque Biopsicosocial con atención integral, fomentando la salud, previniendo la enfermedad y recuperando la salud.
- Trabajo en equipo, multi y transdisciplinario.
- Trabajo con la comunidad y el intersector.
- Atención con Enfoque familiar, preventivo y promocional
- Atención integrada
- Excelencia clínica, investigación y docencia
- Atención costo efectiva.

NECESIDADES Y BENEFICIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR

Implementación del modelo de atención en salud Familiar.

La implementación de este modelo implica un cambio cultural, político y organizacional. El cambio principal es en su propio recurso humano, el cual debe aceptar ser la base del sistema de salud y debe comprometerse con sus familias a cargo, en relación a esto vemos que las condiciones mínimas para la implementación del modelo implican:

- La voluntad política demostrada a través de un compromiso al cambio del nivel municipal y del servicio de salud-ministerio a largo plazo.
- La adaptación del modelo a la realidad local
- Recursos apropiados al quehacer de los establecimientos de salud, que permitan contar con una adecuada capacidad resolutive y un real trabajo de promoción y prevención en salud.
- Cambios en el marco legal de los recursos humanos, que permita incentivos a la especialización y eficiencia.

Existen además algunos aspectos que favorecen la implementación del modelo de salud familiar, en cada área crítica del proceso, estos son:

En establecimientos como Cesfam, Cecosf, postas, etc.:

1) Modelo organizacional

- Sectorización con familias a cargo y equipo de salud familiar de cabecera
- Orientación a resultados. Incluye la medición de efectividad, resolutive, eficiencia, gestión de recursos y satisfacción usuaria, calidad, etc.
- Sistema de información. Debe permitir el análisis de los datos para una buena gestión clínica y administrativa, permitiendo el trabajo intrasectorial como en red.
- Tamaño e infraestructura adecuados de los establecimientos.
- Descentralización en la gestión local, con dependencia administrativa y técnica centralizada
- Gestión participativa de los equipos de salud
- Liderazgo y dirección participativa
- Generación de incentivos

2) Equipos de Salud

- Especialización en salud familiar
- Trabajo en equipo, con tiempo para capacitación y administración
- Relación funcional tamaño equipo – población de 1 equipo de salud familiar cada 1000 familias. Aprox.
- Formación continuada en lo clínico y organizacional
- Satisfacción laboral, con estabilidad, compromiso de misión, incentivos y tiempo no asistencial

- Evaluación según calidad, asociado a un sistema de incentivos

3) Resolutividad, efectividad y gestión clínica

- Criterios de resolutividad: Atención oportuna al 100% demanda espontánea
- Resolución 90% consultas
- Equipamiento y acceso a exámenes y especialistas que permitan ser efectivos como sistema de salud.

4) Evaluación de calidad respecto a los avances del modelo

- Monitorización de indicadores de calidad, incluyendo evaluación de usuarios, equipos responsables de gestión y de la red.

En Participación comunitaria y trabajo intersector:

1. Participación en el diagnóstico de salud local y control social de los problemas de salud y sus estrategias de intervención
2. Participación en el espacio local e intersectorialidad
3. Participación en el fomento del autocuidado en salud y en la promoción de estilos de vida saludables

En la red de salud:

1. Red con base en usuarios dando respuesta a las necesidades y costo –efectiva
2. Articulación real de los diferentes niveles de atención con comunicación bidireccional entre los componentes de la red, con respeto y misión común
3. Confección conjunta de guías clínicas

Beneficios de la implementación del modelo.

La implementación del modelo atención integral con enfoque familiar y comunitario tendría varios efectos positivos en la atención primaria, entre ellos se destaca:

1. Mejorar la calidad técnica y humana en los cuidados de la salud.
2. Mejorar la resolutividad.
3. Ofrecer continuidad e integralidad
4. Elaborar guías clínicas.
5. Diseñar programas integrales de atención de salud.
6. Desarrollar actividades clínicas preventivas y efectivas.
7. Mejorar la gestión y optimizar el uso de los recursos.
8. Aplicar el enfoque de riesgo biopsicosocial.
9. Evaluar la efectividad de los programas de salud y la calidad de las acciones.
10. Contribuir a la integración de la red asistencial.
11. Desarrollar la investigación en atención primaria.
12. Desarrollar la docencia en atención primaria



ESTABLECIMIENTOS DONDE SE TRABAJA CON EL MODELO DE SALUD FAMILIAR

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM), son el espacio físico en que se establece una relación de continuidad entre un equipo de salud y sus familias a cargo, cuyo objetivo común es cuidar de la salud de las personas y familias que tiene a su cargo y contribuir al mejoramiento de su nivel de salud. El individuo, miembros de la familia o la familia completa son atendidos en salud y enfermedad en una relación personalizada, con alta capacidad resolutive, con enfoque familiar, biopsicosocial y preventivo, acciones que el equipo realiza también fuera del Cefam. El equipo de salud planifica y evalúa las acciones orientado a resultados. Se integra a través del Cefam a otras organizaciones intersectoriales y comunitarias. Hasta el año 2010 existen 442 Cefam certificados, lo que equivale al 86% de los consultorios y centros de salud del país (MINSAL, 2012)

Los Centros Comunitarios de Salud Familiar” (CECOSF), corresponden a una innovación organizacional y de desarrollo del Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario, cuyo propósito es contribuir a mantener sana la población a cargo, incrementando la capacidad de respuesta oportuna de la Atención Primaria, desde una perspectiva de red más cercana a la gente, y favoreciendo la participación social. Hasta el año 2008, existen 115 CECOSF en funcionamiento y 50 en proyecto de inversión en un corto plazo (MINSAL, 2010).

Las Postas de Salud Rural (PSR), son establecimientos de atención ambulatoria de menor complejidad que forma parte de la red asistencial, localizado en una determinada área geográfica rural de mediana o baja concentración de población o mediana o gran dispersión, a cargo de las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales. Las PSR cubren las necesidades de salud de las poblaciones rurales en localidades rurales concentradas o dispersas entre 500 y 4.500 habitantes permanentes. Entrega continuidad de los cuidados, a través de los Técnicos Paramédicos de Posta de Salud Rural. Participa también el resto del Equipo de Salud (médico, matron/a, enfermer, nutricionista, asistente social, kinesiólogo, odontólogo, psicólogo, conductor/a y otros profesionales que se definen localmente) conformando el Equipo de Cabecera de la población bajo su jurisdicción, tiene un carácter multidisciplinario y tiene como misión cumplir las metas y objetivos que anualmente determine el plan de salud comunal y las orientaciones programáticas, bajo la mirada del modelo de salud integral con enfoque familiar, con una estrategia comunitaria y con un enfoque biopsicosocial y con pertinencia cultural. La PSR es un activo agente del desarrollo sustentable de las comunidades rurales, por lo que simultáneamente forma parte de la red de salud y de la red intersectorial de fácil accesibilidad para poblaciones de 600 a 1.200 habitantes y que presta servicios a la población de un área determinada que no excede los 20.000 habitantes. Están a cargo de un técnico paramédico de salud rural residente que recibe periódicamente el apoyo del equipo profesional compuesto básicamente por médico, enfermera y matrona, entre otros profesionales, los que concurren en conjunto o en forma alternada. Las acciones de fomento, la



Corporación Municipal de Quellón para la Educación, Salud y Atención al menor
Departamento de Salud Municipal DESAM-Quellón

prevención y la protección de la salud de las personas se realizan sobre toda la población del área geográfica, básicamente a través de visitas domiciliarias programadas y las actividades de recuperación, por detección o demanda espontánea. (Norma Técnica de PSR MINSAL, 2011).

SALUD FAMILIAR EN CHILE

Salud familiar en Chile: Antecedentes históricos.

El modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (Modelo de Salud Familiar) en Chile surge en un contexto histórico de crisis y descontento en los consultorios, junto al surgimiento de la Medicina Familiar en Chile en los años 80. El origen del modelo de salud familiar es diferente al de la Medicina Familiar en Chile, la cual nace por una necesidad universitaria de enseñar los problemas prevalentes en atención primaria a sus alumnos de pregrado, sin contar con el recurso médico modelo a nivel de los consultorios para tal efecto. Ya los países de América del Norte habían iniciado el desarrollo de la Medicina Familiar en los años 60, y en E.E.U.U. y Canadá la mayoría de las universidades contaban ya con Departamentos de Medicina Familiar que participaban en la formación de los alumnos de medicina. También hubo influencia de Venezuela, México, Panamá y Cuba, países más cercanos a Chile y que estaban desarrollando la Medicina Familiar. Es así que en las reuniones internacionales de educación médica la enseñanza en los centros de atención primaria y la Medicina Familiar como nueva disciplina eran temas recurrentes de la época (U. de Chile, 2009).

Más desconocidas pero no menos importantes, fueron las acciones desarrolladas en nuestro país hace cerca de cuarenta años por Marconi, uno de los psiquiatras salubristas más destacados del mundo. En 1968 comienza a desarrollar esta estrategia aplicada a la formación intracomunitaria de los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y, desde la Regional Sur de esta Facultad (que había cambiado radicalmente el plan de estudios de grado de modo tal que efectivamente se formaban médicos sociales) (Soforcada, 2010). Se ha destacado este trabajo desde la psiquiatría y la salud mental comunitaria, pero se le dio poco énfasis desde la salud Pública en atención primaria y el desarrollo de la salud social, familiar y comunitaria (Sepúlveda, 2011).

Finalmente es importante considerar que el modelo de atención a seguir para los equipos de salud familiar en Chile se le ha llamado primero modelo de salud con enfoque familiar, luego Modelo de Salud Familiar y desde el año 2006 el MINSAL lo ha llamado Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, aunque considerando las diferentes realidades locales se puede ajustar a las necesidades de cada comuna, es así como en Quellón se trabaja con un "Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, agregando además la visión y enfoque intercultural y complementaria" (DESAM, 2011).

Considerando el modelo desde el nivel de establecimientos, los primeros CESFAM se acreditaron el año 1998, alcanzando el año 2010 la cifra de 442 CESFAM acreditados, que equivalen al 86% de los consultorios y centros de salud del país. Por otro lado los CECOSF surgen en julio del año 2006 durante el Gobierno de la Presidenta Dra. Michelle Bachelet, quien en su Plan para los primeros 100 días, planteó el compromiso de poner en funcionamiento 60 Centros Comunitarios de Salud Familiar que, progresivamente han incrementado, alcanzando al 2008 115 CECOSF en funcionamiento y 50 en proyecto de inversión en



un corto plazo (MINSAL, 2008). Pero históricamente el modelo de atención de salud familiar se ha consolidado y también ha echado raíces, tanto a nivel nacional como local, en los equipos, las postas y estaciones de salud rural.



SALUD FAMILIAR EN QUELLON: LA INCLUSIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL Y COMPLEMENTARIO

Salud familiar en la realidad de Quellón: El Modelo de Salud Familiar con Enfoque Intercultural y Complementario.

El modelo que la red de APS de Quellón ha tomado como base y sustento paradigmático-teórico, para comenzar a intervenir en la salud de la población comunal, un Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, agregando además la visión y enfoque intercultural y complementario.

Por lo que incorpora un fuerte componente étnico, en reconocimiento de particularidades en la cultura, una visión holística y el respeto por la cosmovisión y conocimientos transmitidos a través de las generaciones de los pueblos originarios, siendo estos saberes ancestrales incorporados en las demandas de salud de la población. Así también se incentiva en los funcionarios de la Red APS Quellón, un fuerte respeto por los conocimientos de la salud alternativa y complementaria, que utiliza la comunidad y el equipo de salud. En este sentido, se incorporan dentro de las actividades y prestaciones a realizar, los distintos saberes que conforman los conocimientos denominados dentro de la salud complementaria, que incluyen Reiki, reflexología, terapias naturales, entre otras, que han demostrado alta efectividad en el tratamiento de los problemas de salud y el fortalecimiento del bienestar de las personas y la comunidad en general.

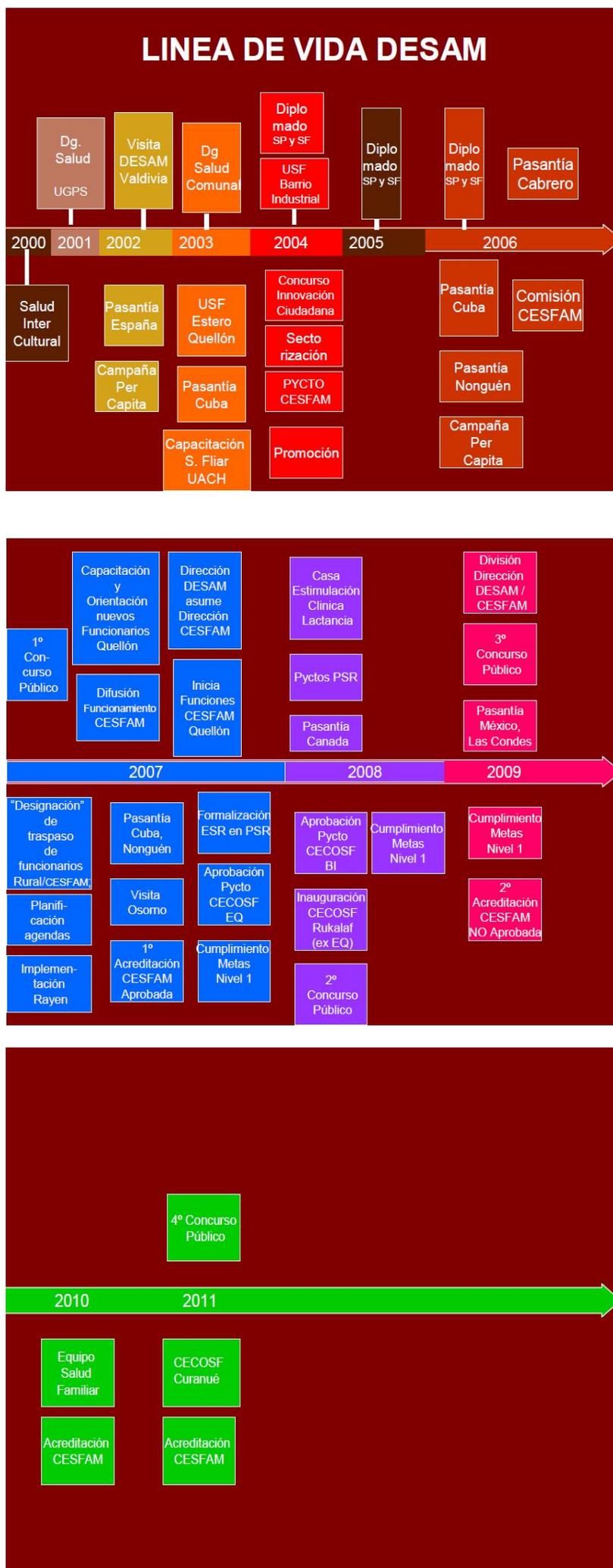
Antecedentes históricos.

La historia del Departamento de salud municipal de Quellón comienza en la década de los 80, para ser más precisos, el primer equipo de salud que se forma en el año 1981. Es importante mencionar que cada funcionario ha aportado desde su experticia, una forma de hacer salud, con compromiso, respeto, lealtad hacia los pares y la comunidad.¹

Esta historia ha estado llena de logros importantes en la consolidación del modelo de salud familiar, hitos importantes a nivel provincial, regional y nacional, que han tenido un impacto significativo en el bienestar de la comunidad de Quellón. Uno de estos hitos es la implementación del Centro de Salud Familiar (CESFAM QUELLON) inaugurado en Junio del 2007, además de muchos otros avances en atención primaria y salud familiar. (Ver figura N°1).

¹ Palabras extraídas de Cecilia Flores, Matrona. Primera profesional de DESAM Quellón.

Figura N°1: Línea de vida DESAM Quellón. Por Mt. Cecilia Flores.



Antecedentes de aplicación del modelo en Quellón.

Si bien es cierto que los antecedentes históricos, los principios y los postulados del modelo de salud familiar (explicados con anterioridad) parecen estar claros, también es cierto que debe hacerse una revisión local de cómo aplicar esta “nueva” forma de hacer salud en cada comunidad, al revisar los desafíos que persigue este nuevo modelo, y los objetivos que aquí se plantean, se puede desprender que al implementar dicha política, no se considera de manera específica la diversidad cultural y geográfica de nuestro país. Bajo este punto de vista se debe considerar las características especiales de la Provincia de Chiloé y la comuna de Quellón (Pérez et al, 2005).

Quellón se encuentra ubicada al sur de la Isla grande de Chiloé, siendo la comuna más grande de la Isla, con una superficie de 3244,0 km² que corresponde al 35.4% del territorio Provincial. Según el Censo del 2002 Quellón cuenta con una población de 21.823 habitantes, de los cuales 8.167 corresponden al sector Rural y 13.656 al sector Urbano (INE, 2012). Cabe destacar que la comuna cuenta con 7 islas, 21 sectores rurales que en su mayoría son de difícil acceso (DESAM, 2011).

A nivel sociodemográfico y cultural, la comuna de Quellón, presenta tres particularidades que la diferencian del resto de la Provincia. 1) la alta concentración de población Huilliche; 2) la inmigración de pescadores y buzos, especialmente de la zona central del País, y por último, al pueblo chilote, que es propietario de la tierra, campesino, asociado a una vida tranquila con un trabajo que por lo general esta condicionado a las características climáticas (Pérez et al, 2005).

Ciertamente en el trabajo de atención primaria y salud familiar, debe verse reflejadas las características especiales de la comuna de Quellón, comentadas anteriormente, las que deben ser tomadas en cuenta si queremos que el modelo sea exitoso y para que ello ocurra, además la comunidad, necesariamente, debe validar las formas de hacer salud, y ser un agente activo con su participación, asumiendo roles en diversas áreas de la atención primaria. Es por esta razón que se hace importante agregar al modelo de salud familiar con enfoque integral y comunitario, una visión de interculturalidad y complementariedad, esto, desde el punto de vista de las necesidades, pero también desde las expectativas de la comunidad quillonina.

En este sentido y considerando las características de la comuna de Quellón, es preciso reconocer a la *“Interculturalidad en salud”*, como una visión propia del trabajo en Quellón, que implica reconocer la validez de los conocimientos y prácticas desarrolladas por los diferentes grupos humanos a lo largo de su historia, para enfrentar el proceso de salud-enfermedad y facilitar procesos que se sustenten en la reciprocidad de las relaciones, el respeto y el entendimiento mutuo. De otro modo significa también “que los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de



conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción “
(Pérez et al, 2005).

SECTORIZACION Y EQUIPOS DE SALUD

Sectorización

Como se mencionó antes, la necesidad de una sectorización adecuada es un aspecto relevante del proceso de implementación de un modelo de salud familiar. En este sentido es importante preguntarnos:

¿Por qué es conveniente sectorizar?

Es conveniente sectorizar porque:

- Se logra una mayor participación de la comunidad y en la comunidad;
- Permite un mejor manejo de la información, lo que facilita la articulación, intersectorialidad y la red de apoyo;
- Permite un conocimiento más personalizado de los individuos y las familias;
- Permite focalizar frente a las necesidades y demandas;
- Permite estructurar una oferta de servicios;
- Estimula el sentido de pertenencia e identidad.

¿En que consiste la sectorización?

- consiste en dividir geográficamente un territorio de acción correspondiente al centro de salud familiar; es dividir, delimitar geográficamente al territorio, considerando el número de familias beneficiadas;
- consiste en la división territorial considerada a partir de las barreras geográficas y límites naturales de una determinada población, que reconoce como elementos definitorios: una superficie determinada, un número determinado de habitantes, la necesidad de identificar el equipamiento e infraestructura comunitaria y como se organizan los recursos.
- es una estrategia de acercamiento a la población usuaria, que comprende un ordenamiento de la población usuaria a nivel territorial como acción externa al centro de salud.
- Igualmente, determina una acción interna orientada hacia la reorganización de los aspectos administrativos y técnicos por cada uno de estos espacios:
 - Disponer de mapas
 - Reordenamiento de las fichas y tarjeteros.
 - Implementar un sistema de señalética en el establecimiento
 - Definir el sistema de registro estadístico
 - Preparar la OIRS para orientar adecuadamente al público

¿Que es un sector?

- es una subdivisión de un área territorial y/o jurisdiccional del centro de salud familiar;
- Se propone que cada sector cuente con 5000 beneficiarios (+ o -);
- consiste en realizar un trabajo en equipo con la comunidad interna y externa en la cual se practican varios tipos de comunicación (ascendentes, diagonal y laboral) favoreciendo con ello el desarrollo de sus integrantes;
- es un área geográfica delimitada, y con un número determinado de personas para la intervención en salud. Se divide en sub-sectores atendiendo a los recursos humanos disponibles (médicos de familia 6000-6500 habitantes); por la cercanía de los sectores. En general, se focalizan los sectores de mayor riesgo.
- originalmente se realiza en función de las siguientes variables: familias inscritas, variable geográfica, que permita una acción que tenga efectos operativos; variables de riesgo biopsicosocial; recursos humanos.

Para ello, el sector es entendido como un espacio en torno al cual se producen variados procesos en torno al cual desarrollar el trabajo en salud. Es así, que podemos entenderlo como:

- espacio demográfico
- espacio social
- espacio de socialización
- espacio epidemiológico
- espacio histórico
- espacio cultural
- espacio de apoyo social

Equipo de cabecera.

El equipo de cabecera es definido como el equipo de salud encargado de un sector, un equipo de salud a su vez definido por la OMS, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible (OMS, 1973).

De la Revilla basándose en la definición de Pritchard, define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una evaluación de salud de la comunidad sobre la que actúan (De la Revilla, 1999).

Equipo Transversal.

Los Equipos Transversales y/o de Apoyo son fundamentales para el logro del trabajo de cada equipo de sector, por lo tanto es de gran relevancia la coordinación entre ellos y el respeto por las especificidades de cada uno. Corresponde a los profesionales y técnicos que no forman parte de los equipos de cabecera o



de sector. (Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, MINSAL 2008). El equipo está constituido por dos grupos de tarea: los que apoyan administrativamente todos los procesos del Centro y un segundo grupo que realiza actividad asistencial no sectorizada. La tarea de este equipo se enmarca en los mismos principios del abordaje centrado en la familia y por lo tanto mantiene interacción cercana, directa y oportuna con los equipos de cabecera, dando coherencia al modelo en cada uno de los procesos que constituyen el quehacer de la red APS. (PASAM Padre las Casas, 2011).

Cada equipo de salud asume la responsabilidad de un segmento de la población claramente identificado. La conformación del universo de personas a cargo de un equipo de salud podrá efectuarse en base a los criterios que el equipo gestor estime conveniente. A continuación presentamos los sectores urbanos y rurales, con los respectivos equipos de salud que existen en la red de APS Quellón:

CHOYUN (*renacer*): Equipo de salud Transversal a toda la comuna (Primer piso CESFAM). El equipo cuenta con 2 Matrones, Médico, Psicólogo, Trabajador Social, 2 Paramédico, 2 Enfermeras, Nutricionista, Educadora, 2 Kinesiólogos; y se atienden las Enfermedades respiratorias (SALA IRA y ERA, Policlínico Crónicos, Vacunatorio, Procedimientos como curaciones, inyecciones, evaluaciones, quemaduras, entre otras, también se realizan ecografías, nebulizaciones, espirometrías. Además se cuenta con una Clínica de lactancia Materna y una Sala de Estimulación donde se realizan evaluaciones psicomotoras y tratamientos cuando existen dificultades en dicha área.

PULMAIQUEN (*Golondrina*): (segundo piso CESFAM) Cubre la Zona Centro - Poniente de la comuna y su equipo de cabecera consta de 2 Médicos, 1 Enfermera, 1 Trabajador Social, 2 Odontólogos, Psicóloga, 2 Técnicos en Enfermería, Nutricionista, Matrona. Realizan consultas de morbilidad, controles prenatales, consultas odontológicas, consultas salud mental, consultas sociales, consulta nutricional, teledermatología, controles crónicos cardiovasculares, entre otras. Cantidad de familias 2956 ².

NEWEN (*Fuerza*): (tercer piso CESFAM) Abarca la zona Centro - Oriente de la comuna consta de 2 Médicos, 1 Enfermera, 1 Trabajador Social, 2 Odontólogos, Psicóloga, 2 Técnicos en Enfermería, Nutricionista, Matrona. Realizan consultas de morbilidad, controles prenatales, consultas odontológicas, consultas salud mental, consultas sociales, consulta nutricional, controles crónicos cardiovasculares, entre otras. Cantidad de familias: 2286.

CECOSF RUKALAF (*casa de la alegría*): Zona poniente urbana de la comuna, equipo de cabecera consta de 1 Médico, 1 Enfermera, 1 Trabajador Social, 1 Odontólogo, 1 Psicóloga, 2 Técnicos en Enfermería, Nutricionista, Matrona. Realizan consultas de morbilidad, controles prenatales, consultas odontológicas, consultas salud mental, consultas sociales, consulta nutricional, controles crónicos cardiovasculares, trabajo comunitario en prevención y promoción de salud, entre otras. Cantidad de familias: 2095.

² Datos extraído de sistema informático Rayen, Saydex. Agosto 2012



CECOSF VISTA HERMOSA: Abarca la zona Oriente urbana de la comuna consta de 1 Médico, 1 Enfermera, 1 Trabajador Social, 1 Odontólogo, 1 Psicóloga, 2 Técnicos en Enfermería, Nutricionista, Matrona. Realizan consultas de morbilidad, controles prenatales, consultas odontológicas, consultas salud mental, consultas sociales, consulta nutricional, controles crónicos cardiovasculares, trabajo comunitario en prevención y promoción de salud, entre otras. Cantidad de familias: 1857.

ATINA: El centro de Atención integral adolescente, es un Equipo de salud Trasversal a la comuna de Quellón y que atiende de manera exclusiva a la población entre 10 a 20 años de edad, su equipo está conformado por 1 matrona, 1 asistente social, 1 psicóloga, 1 administrativo y 1 Técnico paramédico.

El sector rural Presenta dos sectores:

EQUIPO CECOSF RURAL 1: Que abarca los sectores del Cecosf Curanue, PSR Candelaria, ESR Santa Rosa, PSR Coinco, ESR Km 14 y ESR Colonia de Yungay, PSR San Juan de Chadmo, ESR Quilen, PSR Pelú, ESR Huelpún, PSR Piedra Blanca, PSR Chaullin, PSR Auchac. El equipo de salud cuenta de 1 Médico, 1 Enfermero, 1 Nutricionista, 1 Matrona, 1 Psicóloga, 1 Asistente Social, 1 TENS y 1 Conductor. Cantidad de familias: 1226.

EQUIPO RURAL 2: Que abarca los sectores de PSR Compu, ESR Molulco, , ESR Calidad, PSR Chadmo Central, ESR Chanco, PSR Yaldad, ESR Cocauque, PSR Inio, PSR Laitec, ESR Punta White, PSR Punta Paula, ESR Blanchard –Tweo, ESR Chaiguao, ESR Oqueldad, ESR San Antonio de Chadmo. El equipo de salud cuenta de 1 Médico, 1 Enfermero, 1 Nutricionista, 2 Matronas, 1 Psicóloga, 1 Asistente Social, 1 TENS y 1 Conductor.

Cantidad de familias: 1194.

EQUIPO RURAL TRANSVERSAL: Equipo transversal del área rural que cuenta con un equipo móvil dental, 1 dentista, 1 asistente dental, 1 educadora de párvulos, 1 técnico en educación especial, 1 kinesióloga.

Tres médicos por sector: Estrategia.

Considerando que en cada sector urbano del centro de salud familiar existen tres médicos y dos odontólogos por equipo de cabecera, donde además se debe velar por la continuidad en la atención, la dirección del CESFAM, en conjunto con las coordinaciones y el equipo de salud han propuesto la siguiente estrategia:

Un médico encargado de absorber la alta demanda en morbilidad, mientras los otros dos, como médicos de cabecera, se encargarán de realizar los controles de salud de niños, cardiovasculares, salud mental, visitas, etc. Y de realizar las morbilidades restantes. En odontología, ambos profesionales son dentistas de cabecera de sus sectores.

FICHAS ORGANIZADAS POR FAMILIA Y SECTOR

Dentro de los requisitos mínimos de certificación en el modelo de salud familiar (certificación en grado medio) (MINSAL, 2009), el Ministerio de salud exige que las fichas deban estar organizadas por familia y por sector. Además desde mayo del año 2012 el servicio de Salud Chiloé exige que las familias además tengan instrumentos básicos de salud familiar (genograma); datos de historia familiar (fase familiar y crisis); y datos socioeconómicos básicos (como ingreso per-cápita, datos de vivienda, etc.)

¿Como lo hacemos?

En el sector Urbano: Debido a la modernización de los instrumentos de trabajo, tenemos oportunidades, pero también muchos desafíos para cumplir este propósito, en este sentido el uso del sistema Rayen (ver Anexo N°1) trae consigo la posibilidad de trabajar con fichas familiares, (al abrir la atención en "ficha familiar"), pero también el trabajo de los profesionales clínicos y administrativos, de:

- Regularizar permanentemente los usuarios que componen el núcleo familiar
- Realizar el genograma ficha digital
- Completar datos de historia familiar: fase familiar, crisis normativas y no normativas
- Realizar y actualizar las encuestas de salud del sector (ver anexos)
- Evaluación de riesgo familiar, según pauta de riesgos (ver Anexo N°2)
- Completar los datos de la encuesta de salud en el sistema informático Rayen
- Completar los datos en el mapa epidemiológico (ver anexos)

En el sector rural: Ya existen fichas físicas agrupadas por familia, por lo que se hace indispensable:

- Regularizar permanentemente los usuarios que componen el núcleo familiar
- Realizar el genograma en ficha física
- Completar datos de historia familiar: fase familiar, crisis normativas y no normativas
- Mantener datos actualizados datos de la encuesta de salud, a mano en la ficha.
- Realizar y actualizar las encuestas de salud del sector (ver anexos)
- Evaluación de riesgo familiar, según pauta de riesgos (Ver anexo N° 2)
- Completar los datos en el mapa epidemiológico (ver anexos)



ENCUESTAS DE SALUD, DIAGNÓSTICO DE SALUD FAMILIAR Y CLASIFICACIÓN DE RIESGO FAMILIAR

Encuesta de salud y diagnóstico familiar

Con el objetivo de normalizar y establecer el adecuado funcionamiento de las actividades comprendidas por el programa de salud familiar, se presentan las siguientes actividades a realizar por los equipos de salud en función de una atención de calidad bajo el modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario, cumpliendo con el objetivo de realizar un diagnóstico de salud familiar y la actualización encuestas familiares con datos sociodemográficos, de clasificación de riesgos personales, comunitarios y de estructura familiar.

Proceso de encuesta

El proceso de encuesta se refiere a la capacidad del equipo de mantener un porcentaje de familias encuestadas en el sector, con el objetivo de mantener un diagnóstico de salud familiar actualizado con la clasificación de riesgos a partir del modelo anticipatorio en salud.

El formato de encuesta y su pauta (Ver Anexos), fue revisado por el equipo Gestor y está en constante proceso de mejora.

El equipo de salud debe acercarse a su comunidad y sector y realizar el proceso de encuesta, dando un énfasis cercano, anticipatorio y sectorizado. Se deben completar los croquis de los lugares encuestados así como también posteriormente introducir los datos en la planilla Excel en el sector rural y en el sistema digital Rayen en el sector urbano (Ver Anexo).

Regularización de Familias inscritas y sectorización de las mismas por SOME.

Descripción de actividades:

- Actualizar datos de familias, como teléfono y dirección
- Sectorizar a las familias de acuerdo a direcciones
- Actualizar y regularizar los grupos familiares, agregando a las personas que vivan en la casa y que no estén inscritas o asociadas a la familia y asociar a las personas que no estén viviendo con la familia a la que corresponda.
- Actualizar datos de información laboral y de vivienda.
- Registrar Rut y cantidad de familias actualizadas

Clasificación del riesgo de Salud Familiar.

De acuerdo al manual de los registros estadísticos de salud familiar y familias en control, el Número de familias evaluadas, Corresponde al número total de familias que han sido evaluadas a la fecha de corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer su grado de vulnerabilidad o riesgo Biosicosocial. (MINSAL, 2012), considerando esto el programa de salud familiar

implementa a nivel local un instrumento denominado "PAUTA FACTORES DE RIESGO Y EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR" (ver Anexo N° 2).

¿Como se hace esta evaluación?

Considerando la digitalización de las prestaciones en los establecimientos urbanos de la comuna, la evaluación de riesgo familiar se realiza por el sistema informático Rayen, al abrir la atención, en la opción de "**ficha Familiar**", en Rural se utilizará la ficha familiar física, se realizan las siguientes actividades:

- Realizar la encuesta de salud a la familia y revisar los datos clínicos y Biopsicosociales que se disponga de la familia.
- Hacer la evaluación de la familia, asignando categoría de riesgo (leve, moderada, alto), utilizando la "PAUTA FACTORES DE RIESGO Y EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR" (ver Anexo N° 2).
- Se deben consignar la fecha de evaluación, así como colocar los códigos de los factores de riesgo pesquisados y el puntaje total.
- En sector Urbano: Realizar Genograma básico en Rayen. En sector rural en ficha física.
- Consignar etapa y crisis familiar (Historia Familiar)
- En sector Urbano registrar los datos en sistema informático y ficha clínica familiar. En sector rural mantener encuesta actualizada en carpeta familiar física.
- Registrar Rut y cantidad de familias Clasificadas en hoja estadística familiar (formato 2013). Grupo Familiar: Sectorizar a las familias de acuerdo a direcciones
- Actualizar y regularizar los grupos familiares, agregando a las personas que vivan en la casa y que no estén inscritas o asociadas a la familia y asociar a las personas que no estén viviendo con la familia a la que corresponda.

En ficha digital pestaña "**admisión**", completar los siguientes datos:

- Actualizar datos de información laboral
- Ingresar datos de vivienda, servicios básicos y factores de riesgo de acuerdo a los datos de la encuesta de salud (datos sociodemográficos).

En los establecimientos rurales se realizará la evaluación de manera manual, con el mismo instrumento "PAUTA FACTORES DE RIESGO Y EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR" (ver Anexo N° 2), Es importante considerar que los datos utilizados para completar la pauta, deben estar relacionados con las encuestas de salud vigentes. Los resultados de dichas evaluación es deben quedar registrados en las encuestas de salud y la carpeta de plan de intervención familiar (ver Anexo N°3), en las familias ingresadas a esta prestación.

INGRESO A PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Para realizar un correcto ingreso a esta prestación estrella del modelo de salud familiar, primero debemos tener claros algunos conceptos respecto al plan de intervención familiar y otras prestaciones asociadas. En primer lugar veamos la definición que le otorgaremos al plan de intervención familiar:

Plan de Intervención Familiar: *Es el Diagnóstico y plan de intervención que realiza el Equipo de salud en conjunto con una familia que se encuentra en riesgo Biopsicosocial moderado o grave, teniendo un caso índice (Puede ser plan ChCC o Estudio de Familia).*

De esto deducimos entonces que para el ingreso a plan de intervención familiar, ya sea como estudio de familia o Plan ChCC, primero debemos realizar una evaluación de riesgo Biopsicosocial, con la pauta mencionada anteriormente (Anexo N° 1), que además debe hacerse un consentimiento informado al usuario índice de la familia o él/la representante de esta.

Procedimiento de Ingreso a plan de intervención familiar (ver anexo N°5).

Para ingresar, la familia debe ser evaluada mediante la pauta de clasificación de riesgos, si se cumplen los siguientes criterios la familia ingresa a plan de intervención familiar:

CRITERIO 1: Familias con riesgo alto, de acuerdo a la evaluación de riesgo Familiar (Anexo N° 2).

CRITERIO 2: Familias con riesgo familiar detectado en pauta de Pauta de Riesgo Psicosocial ChCC (Epsa), disponible en instrumentos de salud Familiar (Anexo N°4).

Si la familia y/o el usuario aceptan el plan de intervención y firman el consentimiento, El funcionario(a) que realiza el ingreso a intervención familiar es responsable de:

- 1.- Realizar Genograma Base. Ficha clínica electrónica o ficha física.
- 2.- Realizar consejería de inducción
- 3.- Supervisar la Firma del Consentimiento, guardar documento.
- 4.- Guiar la intervención familiar. (Aplicar instrumentos y derivar a otros profesionales para complementar evaluación).
- 5.- Preparar presentación del caso al equipo.
- 6.- Supervisar Seguimiento Y/O Cierre De Caso

En caso de que la familia o el usuario no acepten el firmen y firmen que no, se debe:

- 1.- Usuario firma Rechazo de intervención familiar en hoja de consentimiento (NO ACEPTO)
- 2.- Profesional que pesquisa realiza una reseña del caso en la ficha clínica electrónica o física dependiendo el caso.
- 3.- Anexa hoja de consentimiento no aceptado a archivador o ficha clínica física dependiendo el caso.



Posterior a esto, en la prestación "Ingreso a plan de intervención Familiar" (rendimiento de 1 hora) se debe crear una nueva carpeta de ingreso en rayen, en el caso de sector urbano (Anexo N°1) o carpeta física en el sector rural (Anexo N° 3), en esta instancia se deben realizar las siguientes acciones:

1) Recolección de datos Biopsicosociales del grupo familiar que ingresa, Funcionario(a) responsable realiza un resumen del caso al equipo y una propuesta de intervención.

2) Registro en cartola de salud Familiar (Anexo N°6):

Se registrarán los Rut y nombres en cartola y carpeta de salud familiar.

Se registra si es Estudio de Familia o Plan de intervención ChCC.

Se enumera de acuerdo a fecha de ingreso. (ej. Caso 01-2011).

Se incorpora adhesivo en las fichas clínicas, si corresponde. (Fecha, N° y factor de riesgo) Sector rural)

Se ingresa a programa de "salud familiar" en Rayen (sector urbano)

3) Diagnostico familiar

- **Recolección de información:** Se realiza con el diagnostico familiar en reunión con el equipo de cabecera. El (la) Funcionario (a) responsable recolecta los antecedentes de salud del grupo familiar desde las fichas clínicas, tarjetones, encuestas y/o solicitud de informes a instituciones en algunos casos. Se realiza sin presencia de caso índice. (En sector rural ver apartado de Datos Biopsicosociales (SF-11-2012) en Anexo N° 4; en sector urbano revisar Anexo N° 1)
- **Aplicación de instrumentos:** Se aplica a caso índice o a quien corresponda, (por ejemplo en el caso de postrados o poli Alivio del dolor se aplica instrumentos a cuidador(a)). Cualquier profesional puede aplicarlo (Instrumentos Salud Familiar Anexo N° 4).

Los instrumentos obligatorios a aplicar son:

- APGAR FAMILIAR (SF-05-2012)
- GENOGRAMA (SF-09-2012),
- ENCUESTA SOCIAL EN VDI (SF-04-2011)

Mientras que los instrumentos opcionales son:

- CIRCULO FAMILIAR PERSONAL (SF-06-2012),
- ECOMAPA (SF-07-2012),
- Línea de Vida (SF-08-2012).

4) Plan de intervención familiar:

Se realiza con el diagnóstico familiar en reunión con el equipo de cabecera a partir de la propuesta del profesional responsable. Este debe incluir un plan con consejerías Familiares, Visitas domiciliarias integrales (SF-04-2012) y/o actividades que determine el equipo de cabecera, las que posteriormente deben ser acordadas con la familia. Deben plantearse con objetivos y plazos para ser evaluada posteriormente en control estudio de familia. (SF-10-2012) (Rendimiento 30 Minutos) Nombre en agenda y rayen "Plan de intervención", actividad "trabajo con familias (plan de intervención)"

Asistencia planificada en casos de intersector (Programa adolescente lleva el caso, pero debe presentarlo al equipo cabecera urbano o rural) CON ACTA.

5) Control intervención familiar

El equipo realiza este control. El cual consiste en la actualización de datos Biopsicosociales, evaluación del plan de intervención (act. planificadas v/s Act. Ejecutadas), factores de riesgo al ingreso y replanteamientos del plan o altas si fuese necesario. (Rendimiento 30 Minutos)

Se sugiere realizar estos controles en los siguientes momentos:

- 1° Control al mes del ingreso a estudio de familia
- 2° Control en dos meses después del 1° control
- 3° Control y posteriores determinados por el equipo de cabecera.

6) Egreso intervención familiar

Se realizará en reunión de Equipo de Cabecera, y se llevará a cabo en los siguientes casos:

- El o los factores de riesgo al ingreso se extinguen en el grupo familiar no amerite la mantención de éste.
- Cuando Familia Cambie su domicilio fuera del sector o comuna (se derivará a equipo de cabecera del sector o del centro de salud correspondiente).
- Cuando Familia decline su voluntad de continuar con el estudio.

En síntesis en el área rural se utilizará la carpeta e instrumentos físicos, mientras que en los establecimientos emplazados en el área urbana, considerando la utilización del sistema informático Rayen, las actividades de Ingreso y controles a plan de intervención familiar, deben ser realizado por este medio digital, como resumen de esto tenemos último que:

En las actividades de control e ingreso a plan de intervención Familiar, Por Rayen al abrir la atención, primero se debe ir a la opción programa y asignar al usuario y su familia al programa "estudio de Familia", en la modalidad de ingreso, luego en la opción de "ficha Familiar" se deben realizar las actividades:

No olvidar Registrar Rut y cantidad de familias Clasificadas en hoja estadística familiar (formato 2012).



- Hacer la evaluación de la familia, asignando categoría de riesgo (leve, moderada, grave), utilizando la pauta de selección de riesgos que se encuentra en los Instrumentos Salud Familia 2012 (esto ya debería estar hecho)
- Realizar Genograma en Rayen
- Realizar Apgar Familiar en Rayen
- Realizar Encuesta Social en Rayen, Con visita domiciliaria previa
- Realizar Plan de intervención en Rayen, considerando factores protectores y de riesgo.
- Completar Cartolas y consentimientos informados en papel.
- Registrar Rut y cantidad de familias actualizadas y con genograma

Como resumen entonces, Para el ingreso a plan de intervención se deben cumplir los siguientes pasos:

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA FAMILIA, En cartola y ficha familiar digital (urbano) o carpeta física (rural)
 - Nombre de la familia
 - Domicilio
 - Sector
 - Identificación de los integrantes: nombre, edad, etapa del ciclo vital individual, ocupación, patologías.
2. FAMILIOGRAMA, Genograma, En cartola y ficha familiar digital (urbano) o carpeta física (rural)
 - Estructura y relaciones familiares
3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y EL ENTORNO.
 - Con encuesta de salud y en Rayen (en inscripción)
4. TIPO DE FAMILIA, en ficha familiar digital (urbano) o carpeta física (rural)

Fundamentación de acuerdo a los siguientes criterios:

- Unipersonal
 - Nuclear (con o sin hijos)
 - Nuclear reconstituida
 - Monoparental
 - Extensa
5. ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR, en ficha familiar digital (urbano) o carpeta física (rural)
 - Clasificación de la etapa por la que atraviesa la familia
 6. COMUNICACIÓN Y ROLES EN LA FAMILIA
 - APGAR y Círculo familiar
 7. REDES DE APOYO FAMILIAR
 - Ecomapa
 8. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN LA FAMILIA



- Con enfoque biopsicosocial
- Ficha familiares

9. DIAGNOSTICOS FAMILIARES.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

- Acorde a los diagnósticos identificados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bacigalupo Ana Mariella. 2001. La voz del kultrun en la modernidad: tradición y cambio en la terapéutica de siete Machi mapuche .Santiago, Chile. Eds. Universidad Católica de Chile. 271 p.
- CASEN, "Encuesta CASEN". 2009
- DEIS MINSAL, "Manuales series: manual de instrucciones REM 2012-2013 ", 2012
- Departamento de atención primaria, salud familiar y escuela de postgrado, facultad de medicina Universidad de Chile "Apuntes Diploma en Salud Familiar 2009" Módulo 1, bases conceptuales de atención primaria y salud familiar. 2009.
- Departamento de Finanzas Municipales, División de Municipalidades; Unidad de Información Municipal "Glosario términos salud municipal". 2008
- DESAM Quellón, "Plan de Salud Comuna de Quellón 2010- 2015", 2011
- Enrique Saforcada, Martín de Lellis y Schelica Mozobancyk, "Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano" Paidós, Buenos Aires, 2010
- Idarmis González Benítez. Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.3 Ciudad de La Habana mayo-jun. 2000.
- Ilustre Municipalidad de Padre las Casas; "PASAM: Plan Salud Comunal Padre de las Casas". 2011
- INE, "CENSO 2002, región de los Lagos" 2012, extraído de <http://www.ineloslagos.cl/>
- Isabel Louro Bernal; "Manual para la intervención en la salud familiar" grupo asesor metodológico estudio de salud de la familia de la habana Cuba, 2002
- Karina Vargas Lucero, "Instructivo salud familiar y categorización de familias CESFAM Gómez Carreño", IV Congreso de Salud Familiar y atención primaria, 2011.
- Luís de la Revilla; "Manual de atención familiar". Edit . Fundes Fam. Andalucía, España, 1999.
- Luz Marina Vargas, Fernando Pérez y Alejandra Ayancán; "Aplicación del modelo de salud familiar en la comuna de Quellón", Programa diplomado salud publica y salud familiar, Módulo I: *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*, Osorno, 2005
- Marcela Jiménez de la Jara, María de la Luz Ramírez y Marcela Pizarro. "Ciclo vital de la familia y género: transformaciones en la estructura familiar en Chile, CASEN 1990-2006", CASEN, Departamento de Estudios, División Social, 2008
- María Lorena Weinreich y Carmen Gloria Hidalgo, "Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar", Pontificia Universidad Católica, 2012
- Martín Zurro; "Atención primaria", Vol. 1, 4ª edición 1999, Harcourt Brace de España.
- MINSAL, "De Consultorio a Centro de Salud. Marco conceptual, 1997
- MINSAL, "Modelo de Atención Integral de Salud", 2005
- MINSAL, "Objetivos nacionales de salud Chile 2010-2020: Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de salud (borrador para la discusión). 2010



- MINSAL, Atención primaria, salud familiar "Atención de Salud con Enfoque Familiar", 1998
- MINSAL, División de Salud de las Personas, Departamento de Atención Primaria "El Modelo de Atención", 1998
- MINSAL, División Gestión de red asistencial, Dpto. Atención Primaria, Unidad Modelo de Atención "Modelo de Atención Integral de Salud", 2002
- MINSAL, subsecretaría de redes asistenciales "En el camino a centro de salud familiar.", 2008
- MINSAL, Subsecretaria de redes asistenciales, departamento de APS y redes ambulatorias, "Pauta de certificación centros de salud familiar", 2009
- MINSAL, subsecretaría de redes asistenciales, División de Atención Primaria "Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria Dirigido a Equipos de Salud de Atención Primaria", 2008
- MINSAL; "Manual de apoyo a la implementación de Centros comunitarios de salud Familiar: dirigido a equipos de salud de atención primaria". 2008
- Normas técnicas Postas de Salud Rural. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. (Serie Cuadernos de Redes, N°35). 2011. 39p (WA390/M665) Inv. 10966.
- OMS, "Constitución de la Organización mundial de la Salud", 1948
- Rafael Sepúlveda; "Modelos y experiencia en psiquiatría comunitaria en el área sur de Santiago de Chile, 1968-2011". escuela de Salud Pública, Facultad de medicina Universidad de Chile, Primeras Jornadas de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Concepción. 2011.
- Saydex, "Ficha Familiar, Instructivo Práctico RAYEN: Explicaciones paso a paso, Aprendizaje visual e intuitivo". 2010
- Oyarce, A M. (2006) Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural. Guía básica para Equipos de salud, Volumen 1. (Serie de análisis de situación de salud de los pueblos indígenas, N°002). Ministerio de Salud Chile, Subsecretaria de Salud Pública.



ANEXOS

ANEXO N° 1: BREVE DESCRIPCIÓN DE LA FICHA FAMILIAR DE RAYEN. (Extraído de manual de ficha familiar, Saydex)

Ficha Familiar

Familia: Nuclear, extensa, relaciones significativas

Evaluación Familiar: Leve, moderada, grave

Historia Familiar: fase (etapa del ciclo vital familiar), crisis (normativa, no normativa)

Antecedentes:

Factores de riesgo:

Sociales: - Cesantía crónica
- Cesantía Temporal
- Familia disfuncional (APGAR)
- Violencia Intrafamiliar (VIF)

Factores protectores:

- Ambientales:
- Biológicos:
- Sicológicos:

Instrumentos:

- Genograma (Mónica McGoldrick y Randy Gerson, "Genograma en la Evaluación Familiar" (Editorial Gedisa, España 2005).
- Apgar Familiar (Formulario)
- Encuesta Social (Formulario):
 - Ingreso Familiar
 - Vivienda
 - Servicio básicos
 - Acceso a locomoción
 - Percepción condiciones generales de la vivienda y la familia
 - Ámbito laboral
 - recreación

Ficha Clínica:

Historial de atenciones clínicas por integrante familiar.

ANEXO N° 2: PAUTA FACTORES DE RIESGO Y EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR
(SF-01-2012)

Factores de Riesgo CRITERIO 1 (10 Pts)

CODIGO	FACTOR
AS	ABUSO SEXUAL
DD	ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS Y/O ALCOHOL
VIF	VIF FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL Y ECONÓMICA (INCLUYE MALTRATO INFANTIL Y ADULTO MAYOR)
DIS	DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR (INCLUYE POSTRADOS)
CHCC	PESQUISA FACTOR DE RIESGO EN PAUTA EPSA (CHILE CRECE CONTIGO) (Anexo 1)
ENF	ENFERMEDAD GRAVE O TERMINAL DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR
SM-S	PATOLOGÍA SALUD MENTAL SEVERA DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR
VSEE	VULNERABILIDAD SOCIO ECONÓMICA EXTREMA; INDIGENCIA (PROGRAMA CALLE, HOGAR DE CRISTO) ³

Factores de Riesgo CRITERIO 2 (4 Pts)

CODIGO	FACTOR
C.N.N	Crisis no Normativa
IRA	IRA a repetición en menores de 2 años
P.A	Prostitución Adulto
V.S.E.	Vulnerabilidad Socio Económica; Pobreza no indigente (Chile solidario, Programa Puente)
F.A.S	Familia Aislada Socialmente, conflictos con vecinos o pares
H.M.	Hogar Monoparental y/o conflictos crónicos de pareja
C.A.	Foco cercano contaminación ambiental
P.C	Patología Crónica (HTA, DM, EPOC, otras)
ACC-S	Familia Con Dificultad en el acceso a la salud (económico, geográfico, etc.)
T.N	Trastorno Nutricional (obesidad, dislipidemia, desnutrición)
CES-M	Cesantía por más de 6 meses del Jefe de Hogar
DEL-A	Integrante del grupo Familiar con problemas de Delincuencia o conflicto con la Justicia
DE	Deserción y/o Fracaso Escolar
TI	Trabajo Infantil en niños menores de 14 años (sustento del hogar)
I.S.B	Inadecuado saneamiento Básico y/o inadecuadas condiciones de vivienda (recursos básicos: Agua, Luz, etc..)
TyS	Tabaquismo y/o Sedentarismo
E.L.	Estrés Laboral
A.E.R.	Ausencia de espacios de recreación y esparcimiento
A.M.T	Adulto con riesgo Biopsicosocial a cargo de niños(as) y/o Adolescentes
S.C	Cuidador con "Síndrome del Cuidador"
T.B.I	Tutor o cuidador de niños(as) y/o adolescentes con educación básica incompleta
E.I.C.N.	Enfrentamiento Inadecuado de Crisis Normativa
A-E.B.I.	Analfabetismo/Escolaridad Básica Incompleta
SM-LM	Patología de salud mental leve o moderada

³ **Zona Urbana.** Pobreza no indigente: Personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es de \$ 64.134. Indigencia: Personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es inferior a \$ 32.067. (Casen, 2009).

Zona Rural. Pobreza no indigente: Personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es de \$ 43.242. Indigencia: Personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es inferior a \$ 24.710. (Casen, 2009).

Factores Protectores

CODIGO	FACTOR
LME	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (6 MESES)
AUT-CU	HÁBITOS SALUDABLES (CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO)
PAR-COM	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
RED-A	PRESENCIA REDES DE APOYO
AYU	CAPACIDAD DE PEDIR AYUDA
DEP	PRÁCTICA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS O DEPORTES
SER-BA	ACCESO SERVICIOS BÁSICOS Y DE SALUD
ED BA	EDUCACIÓN BÁSICA COMPLETA (ACCESO A ESCOLARIDAD ACORDE A SITUACIÓN FAMILIAR)
R-ECO	RECURSOS SOCIO-ECONÓMICOS. TRABAJO SUFICIENTE Y/O ESTABLE (JEFE DE HOGAR)
OTROS	OTROS

Evaluación del riesgo familiar.⁴

Riesgo Bajo	Hasta 16 puntos entre factores de riesgo criterio 2
Riesgo Moderado	Hasta 26 puntos con un solo FR Mayor
Riesgo Alto	Desde 26 puntos o con dos FR mayores

Equipo:

- **CRITERIO DE INGRESO A PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR:**
- **CRITERIO 1:** Familias con riesgo moderado y alto, de acuerdo a la evaluación de riesgo Familiar
- **CRITERIO 2:** Familias con riesgo familiar detectado en pauta de Pauta de Riesgo Psicosocial ChCC (EPsA)
- **Todo factor de riesgo debe ser registrado en la contraportada y cartola salud familiar.**
- **Instrumentos sujetos a revisión y actualización. (diplomados, pasantes, especialistas en salud y medicina familiar).**

⁴ Adaptación "INSTRUCTIVO SALUD FAMILIAR Y CATEGORIZACION DE FAMILIAS CESFAM GOMEZ CARREÑO", Karina Vargas Lucero, Psicóloga, Lic. En Psicología, Docente de Cátedra Medicina Familiar U. de Valparaíso y de Consorcio Interuniversitario Salud y Medicina Familiar de Chile, 2011.

ANEXO N°3 DOCUMENTO EXPLICATIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL

El presente documento sirve como guía para el equipo de salud para reconocer los factores de riesgo Biopsicosociales que pueden afectar a sus familias, así como para la realización de la evaluación del riesgo familiar.

FACTORES DE RIESGO CRITERIO 1

(AS) ABUSO SEXUAL: Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia haya sido víctima de este delito, en cualquier momento de la vida. Esto considerando las repercusiones que tiene en el ámbito psicosocial de la persona y su entorno. El abuso sexual es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona. El abuso sexual puede producirse entre adultos, de un adulto a un menor -abuso sexual a menores y abuso sexual infantil o incluso entre menores. (Incluye violación, explotación sexual infantil, puede ser judicializado o no).

(DD) ABUSO O DEPENDENCIA DE DROGAS Y/O ALCOHOL: Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia actualmente presente diagnósticos clínicos de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas, incluye también un consumo problemático actual, que deteriore aspectos biopsicosociales de la familia, salud de un integrante, relaciones, economía, violencia, problemas judiciales, etc. Si no hay un criterio clínico o Biopsicosocial claro se puede utilizar el instrumento AUDIT, sobre 16 pts.

(VIF) VIF FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL Y ECONÓMICA (INCLUYE MALTRATO INFANTIL Y ADULTO MAYOR): Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia sea víctima o agresor actual de violencia Intrafamiliar, que incluye cualquier acto de maltrato físico, psicológico, sexual y/o económico contra una persona. Incluye Conyugue o Convivientes (ex), Parientes por consanguinidad o afinidad; en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive del ofensor. Los padres de un hijo común, o sobre un menor de edad o discapacitado que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

(DIS) DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR (INCLUYE POSTRADOS): Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia padezca actualmente de una discapacidad física o mental. El criterio de inclusión es estar inscrito en el registro de discapacidad, recibir pensión de discapacidad o existir alguna discapacidad actual evidente en algún miembro de la familia.

(ENF) ENFERMEDAD GRAVE O TERMINAL DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR: Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia padezca actualmente enfermedades que tengan una gravedad clínica y epidemiológica considerable con consecuencias Biopsicosociales severas en la familia. Ejemplo: cáncer, Vih, Tuberculosis, etc.

(SM-S) PATOLOGÍA SALUD MENTAL SEVERA DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR: Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia padezca actualmente enfermedades de salud mental que tengan una gravedad clínica y epidemiológica considerable con consecuencias Biopsicosociales severas en la persona y la familia, las relaciones, el trabajo, etc.. Ejemplo: Depresión grave, Trastorno Bipolar descompensado, Esquizofrenia, etc.

FACTORES DE RIESGO CRITERIO 2

(CNN) Crisis no Normativa: Marcar como riesgo cuando se presente en la actualidad, la ocurrencia de eventos inesperados o accidentales en la vida de un individuo o familia, por ejemplo una enfermedad física o mental de algún miembro, separación conyugal, pérdida material, muerte inesperada etc.

(IRA) IRA a repetición en menores de 2 años: Marcar como riesgo cuando un menor de 2 años presente a lo menos cuatro episodios diferentes de infecciones respiratorias agudas, Síndrome bronquial obstructivas agudas (SBO agudas que se transforman en recurrentes) en el año calendario, también niños prematuros que presenta un SBO.

(PA) Prostitución Adulto: Marcar como riesgo cuando en la actualidad algún adulto de la familia esté ejerciendo la prostitución.

(FAS) Familia Aislada Socialmente, conflictos con vecinos o pares: Marcar como riesgo cuando la familia se sienta aislada de los sistemas e instituciones sociales o cuando refieran problemas o conflictos recurrentes con vecinos. Incluye además conflictos de miembros de la familia con pares, peleas de adultos con compañeros de trabajo y episodios de Bullying en los niños.

(HM) Hogar Monoparental y/o conflictos crónicos de pareja: Marcar como riesgo cuando la familia presente hogar monoparental y conflictos crónicos de pareja que no entren en la categoría de VIF.

(ACC-S) Familia Con Dificultad en el acceso a la salud (económico, geográfico, etc.): Marcar como riesgo cuando la familia presente Problemas en el acceso a la salud, ya sea por lejanía, por problemas en pagar pasajes, encontrar horas, etc.

(TN) Trastorno Nutricional (obesidad, dislipidemia, desnutrición): Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia padezca actualmente un trastorno nutricional.

(CES-M) Cesantía por más de 6 meses del Jefe de Hogar: Marcar como riesgo cuando jefe de hogar esté cesante durante 6 meses o más.

(DEL-A) Integrante del grupo Familiar con problemas de Delincuencia o conflicto con la Justicia: Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia este actualmente con problemas judiciales.

(DE) Deserción y/o Fracaso Escolar: Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia menor de 18 años que actualmente no estén escolarizado o asistiendo a alguna institución de educación formal.

(TI) Trabajo Infantil en niños menores de 14 años (sustento del hogar): Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia menor de 14 años trabaje como sustento principal o esencial en la familia, es decir que la familia dependa en parte del trabajo del menor de edad.

(EL) Estrés Laboral: Marcar como riesgo cuando algún integrante adulto de la familia tenga problemas en el trabajo, relacionados con estrés o maltrato laboral, en la actualidad.

(AMT) Adulto con riesgo Biopsicosocial a cargo de niños(as) y/o Adolescentes: Marcar como riesgo cuando algún integrante adulto de la familia que tenga los cuidados personales de uno o más menores de edad, tenga algún riesgo Biopsicosocial que sea una limitante para entregar los cuidados necesarios a los niño/as.

(SC) Cuidador con "Síndrome del Cuidador": Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia que tenga el rol de cuidador de una persona con discapacidad, persona postrada, etc. Sienta estrés o cansancio debido al trabajo de cuidador, la persona debe reconocer problemas físicos, mentales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su asistido a causa de la sobrecarga que implica esta labor.



(EICN) Enfrentamiento Inadecuado de Crisis Normativa: Marcar como riesgo cuando algún integrante o varios integrantes de la familia, estén pasando por un a crisis normativa (aquellas crisis esperables en el ciclo de la vida y la superación de ellas es parte de todo proceso de crecimiento y desarrollo), sintiendo problemas de adaptación o complicaciones Biopsicosociales al respecto.

(TyS) Tabaquismo y/o Sedentarismo: Consumo de tabaco y/o sedentarismo de uno o más miembros de la familia, entendiendo el sedentaria a la persona que "NO practica una actividad física fuera del horario de trabajo equivalente a 30 minutos 3 veces por semana"

(TBI) Tutor o cuidador de niños(as) y/o adolescentes con educación básica incompleta: Marcar como riesgo cuando algún Padre o cuidador de niños o adolescentes no haya completado sus estudios básicos

(A-EBI) Analfabetismo/Escolaridad Básica Incompleta: Marcar como riesgo cuando algún integrante o varios integrantes de la familia, no hayan terminado su educación básica completa.

(SM-LM) Patología de salud mental leve o moderada: Marcar como riesgo cuando algún integrante de la familia padezca actualmente enfermedades de salud mental que tengan una gravedad de leve a moderada. Ejemplos: depresión moderada, trastorno ansioso, déficit atencional con hiperactividad, etc.



I Breve historia de situación familiar.

.....

II Antecedentes mórbidos

- TBC
- EPILEPSIA
- CARDIOPATIA
- HTA
- DM
- OH
- OBESIDAD
- RESP. (IRA/ERA)
- CÁNCER
- VIH
- TABACO
- DROGAS

III Valorización Factores de riesgo y Protectores

Factores de **Riesgo** asociados a la familia

Factores	Observaciones

Factores **Protectores** asociados a la familia

Factores	Observaciones

IV. Datos Historia Familiar

Tipo de Familia (nuclear, extensa, etc.):

Fase Familiar (etapa del ciclo vital familiar):

Crisis Familiares (Normativas, no normativas):

Nivel de Instrucción Paterna y Materna

SIN ESCOLARIDAD | AÑOS DE ESCOLARIDAD: BASICA MEDIA SUPERIOR ANALFABETO/A

SIN ESCOLARIDAD | AÑOS DE ESCOLARIDAD: BASICA MEDIA SUPERIOR ANALFABETO/A



ANEXO N° 5: INSTRUMENTOS DE SALUD FAMILIAR.



INSTRUMENTOS DE SALUD FAMILIAR



¿QUE ES UN PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR? **(SF-03-2013)**

Es el Diagnóstico y plan de intervención que realiza el Equipo de salud en conjunto con una familia que se encuentra en riesgo Biopsicosocial moderado o grave, teniendo un caso índice (Puede ser plan ChCC o Estudio de Familia).

EN EL INGRESO

Carpeta y cartola intervención Familiar:

- Historia familiar
 - Nómina Miembros familiares (f. nac., parentesco, rut, previsión)
 - Listado de factores protectores
 - Listado de factores de riesgo
 - Listado de problemáticas de salud
- **Se aplican instrumentos de intervención familiar a caso índice (o cuidador según el caso).**

PLAN DE INTERVENCIÓN

- Se realiza después del ingreso
- Posterior a revisión de caso
- Con antecedentes relevantes de miembros familiares
- Con Aplicación instrumentos familiares
- Programación y/o ejecución visita domiciliaria
- Programación de otras intervenciones pertinentes.



HOJA DE CONSENTIMIENTO INTERVENCIÓN FAMILIAR (Obligatoria papel)
(SF-03-2013)



Fecha: _____

Por el Presente, yo: _____

RUT: _____ Perteneiente a la Familia: _____

I.- DECLARO:

1.- Estar en conocimiento del inicio de la Intervención Familiar por parte del Equipo de Salud

(Establecimiento y sector)

2.- He entendido con claridad en qué consiste una Intervención Familiar y las acciones "de común acuerdo" después de la evaluación por parte del equipo de salud.

3.- Estoy en conocimiento que el Equipo de Salud realizará "un plan de intervención con compromisos mutuos", elaborado con los antecedentes de la Intervención familiar.

4.- En caso de rechazar esta Intervención familiar firmaré en el enunciado "NO ACEPTO", asumiendo las implicancias de este rechazo.

ACEPTO: _____

NO ACEPTO: _____

Firma y Nombre Representante del Equipo

Firma Declarante



ACUERDOS:

FIRMAN ACUERDOS:

OBSERVACIONES:



DATOS SOCIALES Encuesta social Rayen, Saydex: (Opcional)

Ingreso total: _____ ingreso per cápita: _____

VIVIENDA

Tipo Vivienda: casa _____ departamento _____ cite _____ mediaagua _____ toma _____ choza _____ parcela _____

Material: solida _____ madera _____ mixta _____ ladrillos _____ desechos _____

Piso: flotante _____ baldosa _____ tierra _____ madera _____ cemento _____ ceramica _____ alfombra _____ flexi _____

Techo: calamina _____ zinc _____ fonola _____ pizarreño _____ cartón _____ paja _____ teja _____ alquitran _____ plástico _____ aluminio _____ mixto _____

Paredes: tierra _____ cemento _____ ladrillo _____

Ventanas: nylon _____ vidrios intactos _____ vidrios rotos _____ plástico _____

Nº total de piezas: _____ Nº de dormitorios: _____ Nº de camas: _____

Equipamiento: refrigerador _____ cocina _____ microonda _____ lavadora _____ sacajugo _____ juguera _____ centrifuga _____ estufas _____
computador _____ televisor _____ equipo de música _____ plancha _____ secador de pelo _____ calefont _____ ducha _____

Metros cuadrados casa: _____ Metros cuadrados percapita: _____

Tenencia: propia _____ dividendo _____ arriendo _____ allegado _____ cedida _____ apropiación _____

SERVICIOS BÁSICOS

Agua potable: llave dentro _____ llave fuera _____ acarreo _____ no disponible _____

Luz: dentro de la casa _____ colgada _____ cableada y segura _____

Escretas: conectado _____ fosa séptica _____ letrina _____ pozo negro _____ no dispone _____

Combustible: gas _____ carbón _____ leña _____ anafre _____ parafina _____

Calefacción: gas _____ carbón _____ leña _____ anafre _____ parafina _____ electricidad _____

Recolección de basura: Municipal (1, 2 o 3 veces a la semana) _____ no tiene _____

Comunicación: telefónica _____ movil _____ equipo de radio _____ televisor _____ radio _____ diarios _____ correos _____ boletines _____ internet _____

Casa segura: cableado eléctrico _____ escaleras con barandas _____ protecciones en ventanas altas _____ iluminación piezas en cielo _____

Acceso a casa: malo _____ bueno _____ regular _____

Condición casa ante lluvia: anegamiento _____ aislamiento _____ corte de suministro básico _____

ACCESO A LOCOMOCIÓN

Distancia: menos de 3 cuadras _____ de 3 a 5 cuadras _____ 5 a 10 cuadras _____ más de 10 cuadras _____

Paradero protegido: si _____ no _____

Frecuencia: menos de 15 minutos _____ 15 a 30 minutos _____ más de 30 minutos _____

Acceso a carabineros: telefónico _____ movil _____ radial _____ no sabe _____

Acceso Bombero: telefónico _____ movil _____ radial _____ no sabe _____

Higiene: si _____ no _____



CONDICIONES GENERALES (nota de 1 a 7)

Percepción condiciones generales de la vivienda: ____ Percepción condiciones generales de la familia: ____

ÁMBITO LABORAL

Tipo de trabajo: temporero ____ pescadores artesanales ____ artesanos ____ técnicos ____ vendedores ambulantes ____
profesionales ____ comerciantes ____ agricultores ____ ganaderos ____ asesoras del hogar ____ funcionarios públicos ____
independientes ____ obrero ____ cesante ____

Horario de trabajo: Menos de 8 horas ____ entre 8 y 10 horas ____ más de 10 horas ____

Tipo de turno: Diurno ____ nocturno ____ en turno ____

RECREACIÓN

¿Con quien se recrea? Familia ____ compañeros laborales ____ compañeros escolares ____ amigos ____ vecinos ____ solo ____
desconocidos ____

Formas de recreación: aire libre ____ espacios cerrados ____ gimnasio ____ cine ____ bibliotecas ____ clubes ____ discotecas ____ casas de
amigos ____ la calle ____

Tipo de recreación: Natación ____ pesca ____ fútbol ____ ciclismo ____ aeróbica ____ caminata ____ deporte popular ____ montar a caballo ____
teatro ____ danza ____ folklore ____ pintura ____ lectura ____ música ____ canto ____ cursos ____ taller ____ paisajismo ____ jardinería ____
juegos ____ paseos ____ arte y manualidad ____ gastronomía ____ computación ____ mecánica ____ automovilismo ____ repostería ____
viajes ____ montañismo ____



**APGAR FAMILIAR (Obligatorio, disponible en Rayen)
(SF-03-2013)**

NOMBRE:.....

MARQUE CON UNA(X)	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Se conversan entre los integrantes del grupo familiar los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos(as) en la casa?			
¿Siente que su familia le quiere?			

FECHA:.....

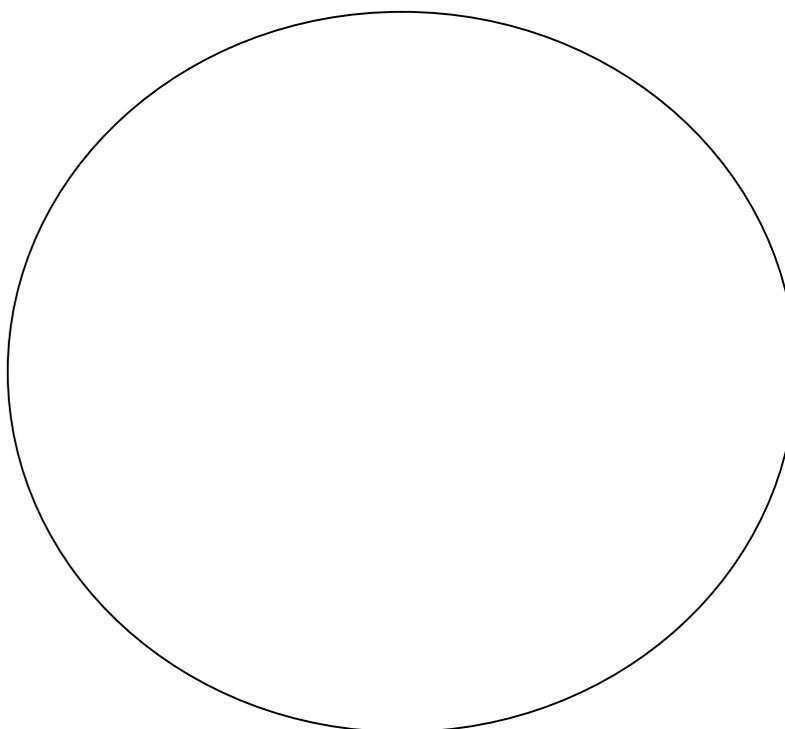
Puntuación:

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2. 0: "casi nunca" 1: "A veces" 2:"Casi siempre".

Resultados: 0 – 3: DFS; 4 – 6: DFM; 7 – 10: FF*

**CIRCULO FAMILIAR PERSONAL (Opcional)
(SF-06-2012)**

Este círculo va a representar a su familia tal como es ahora. Dibuje en él pequeños círculos que lo representen a usted y a todas las personas importantes para usted, tanto a su familia como a otras personas significativas. Recuerde que las personas pueden estar dentro o afuera, tocándose o lejos. Pueden ser grandes o pequeños dependiendo del significado que tengan para usted. Identifique cada círculo con nombres. *Recuerde que no hay círculos buenos o malos.*





ECOMAPA (Opcional)
(SF-03-2013)

Nombre:.....
Fecha:.....

Coloree los círculos del color que represente su relación con cada entidad. La sinceridad de su respuesta es lo más importante.



Verde
(Buena)



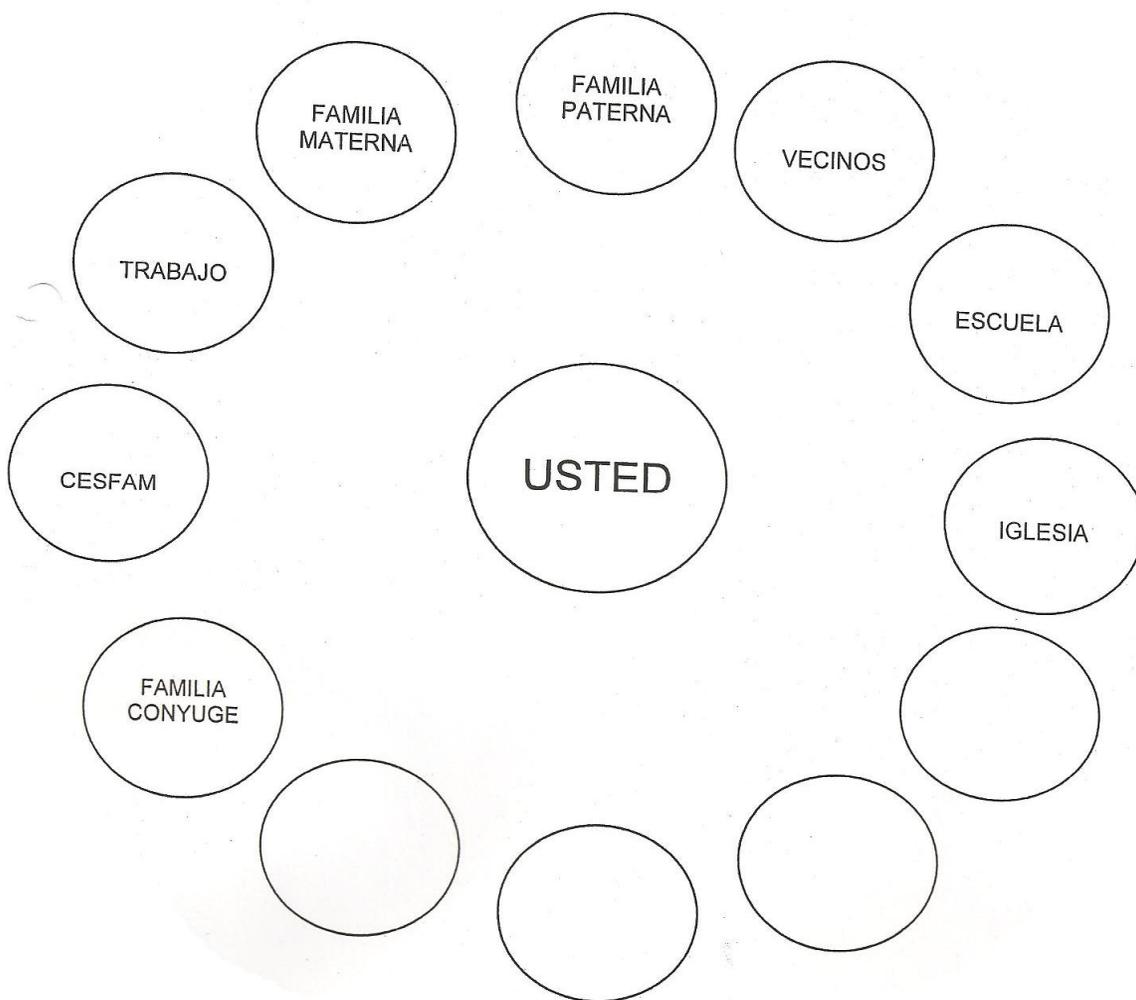
Amarillo
(Regular)



Rojo
(Mala)



Azul
(No tiene)





LÍNEA DE VIDA (Opcional)
(SF-03-2013)

Nombre:.....
Fecha:.....

Registre en la línea todos aquellos eventos (positivos y negativos) que resulten importantes en el transcurso de su vida, y el año en que ocurrieron.



**GENOGRAMA (Obligatorio, disponible en Rayen)
(SF-03-2013)**

NOMBRE:.....

FECHA:.....

Nota: Ver simbología más abajo.



PLAN DE INTERVENCIÓN
Obligatorio en Rayen (urbano) o papel (rural)
(SF-03-2013)

Familia: _____ Caso Índice: _____
Fecha Ingreso: _____ Prof. Responsable: _____

I. Situación familiar:

Fecha: _____

II. Objetivos a lograr en la intervención Familiar.

Corto Plazo:

Mediano Plazo:

Largo Plazo:



III. Plan de Intervención:

Fecha: _____

	Actividad	Fecha	Responsable
Corto Plazo			
Mediano Plazo			
Largo Plazo			

IV. Consentimiento:

ACEPTO: _____

NO ACEPTO: _____

Nombre y Firma Representante del Equipo

Nombre y Firma Declarante

Observaciones:



**REGISTRO DE ANTECEDENTES BIOPSIICOSOCIALES (Obligatorio en Rayen como ficha digital o papel en sector rural)
(SF-11-2012)**

Nombre: _____ RUT: _____

Fecha	Tipo Atención	Evolución y diagnóstico



Pauta de Riesgo Psicosocial ChCC (EPsA)

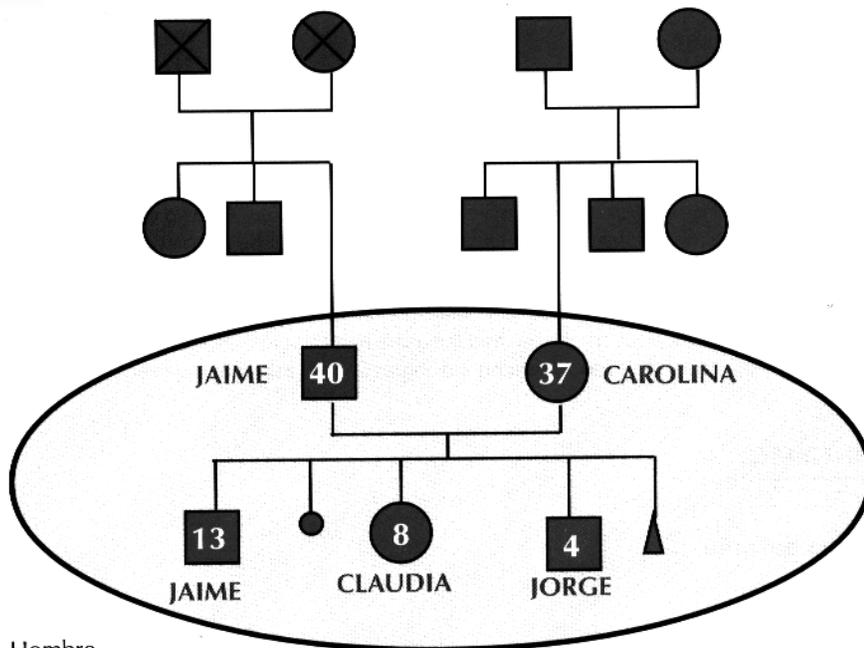
 Pauta de Riesgo Psicosocial Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)			
Nombre			
<input type="text"/>			
Fecha de nacimiento de la gestante	Edad gestacional al ingreso	Fecha control de ingreso	Fecha control 3° trimestre
día mes año	semanas / días	día mes año	día mes año
		si no	
1. Ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
2. Escolaridad menor a sexto básico		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
3. Edad menor a 17 años y 11 meses		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		INGRESO	3° TRIMESTRE
4. Conflictos con la maternidad			
<i>¿Pensó en algún momento interrumpir su embarazo?</i> <i>¿Preferiría no estar embarazada?</i> Marque sí, si contesta positivamente a una o ambas preguntas.		sí no	sí no
		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. Insuficiente apoyo social o familiar			
<i>¿Siente que no cuenta con todo el apoyo que necesita de su pareja y/o familia desde que está embarazada?</i> Marque sí, si siente que no cuenta con el apoyo necesario.		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. Síntomas depresivos			
a. <i>¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista casi todos los días?</i> b. <i>¿Ha sentido que no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?</i> Marque sí, si una o más respuestas son afirmativas.		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. Uso o abuso de sustancias			
<i>¿Ha consumido alguna de estas sustancias durante el último mes?</i> a. Cigarrillos b. Cerveza, vino, trago fuerte u otras bebidas con alcohol c. Marihuana, cocaína, pasta base, anfetaminas u otra droga d. Tranquilizantes y/o antidepresivos sin receta médica Marque sí, si ha consumido cualquiera de estas sustancias y <u>subraye</u> la o las que ha usado durante la última semana. Registre la cantidad que ha consumido en la línea que sigue a cada opción.		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
8. Violencia de género			
a. <i>¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha insultado, humillado o amenazado? ¿Le ha dicho que no debería estar embarazada? ¿Controla con quién conversa o el dinero que gasta? (Violencia psicológica)</i> b. <i>¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha golpeado o empujado? (Violencia física)</i> c. <i>¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? (Violencia sexual)</i> Marque sí, si ha sido víctima de cualquiera de estas manifestaciones de violencia y <u>subraye</u> el tipo de violencia al que ha sido sometida.		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. ¿Existe algún otro factor de riesgo que deba ser considerado?			
<input type="text"/>			
Nombre evaluador/a		Firma evaluador/a	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Simbología Genograma (SF-09-2012) (en caso de Genograma en Rayen se utiliza el criterio ahí disponible. Mónica McGoldrick y Randy Gerson, "Genograma en la Evaluación Familiar" (Editorial Gedisa, España 2005).

Fuentes:

- Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Departamento de Atención Primaria, Salud Familiar y Escuela de postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Genograma



- | | |
|--|---|
| ■ Hombre | ■● 1968 Matrimonio y año |
| ● Mujer | ■● 1972 Divorcio y año |
| ■/■ Muerte | ■● 1975 Separación y año |
| ■/■ Paciente índice o probando | ■● No casados |
| ■ Dos hombres normales | ■● 1982 año en que iniciaron convivencia |
| ● Tres mujeres normales | ○● 1968 Línea continua o discontinua indica a los individuos que viven juntos |
| ◇ Cuatro nacimientos, sexo no especificado o desconocido | ~ Relación conflictiva |
| ● Aborto espontáneo | Relación distante |
| ○ Aborto inducido | ==== Relación cercana |
| ▲ Embarazo - niño en útero | ===== Relación extremadamente cercana |
| ●● Gemelos dicigotos | → Relación dominante |
| ●● Gemelos monocigotos | ■~● Desavenencia conyugal |
| ▲ Adoptado | ●~■ Desavenencia conyugal con relación extra marital |
| 55 — Año de nacimiento | ■● Divorcio - madre tiene la custodia de dos niños |
| José — Nombre | |
| ■/■ Edad (o año) al fallecer | |
| 30 - 48 — Año de nacimiento y muerte | ● 76 ● 80 ■ 88 ● 82 ■ 76 Pareja casada cada uno con múltiples cónyuges |
| CA — Causa de muerte | |



FAMILIA INGRESA A INTERVENCIÓN FAMILIAR (Con el equipo de cabecera)

NUEVA CARPETA FAMILIAR (Rayen o carpeta física según el caso):

Recolección de datos Biopsicosociales del grupo familiar que ingresa. Funcionario(a) responsable realiza un resumen del caso al equipo y una propuesta de intervención.

REGISTRO EN CARTOLA: Se registrarán los rut y nombres en cartola y carpeta de salud familiar. Se registra si es Estudio de Familia o Plan de intervención ChCC. Se enumera de acuerdo a fecha de ingreso. (ej. Caso 01-2011). Se incorpora adhesivo en las fichas clínicas, si corresponde. (Fecha, N° y factor de riesgo)

DIAGNOSTICO FAMILIAR

1.-RECOLECCION DE INFORMACIÓN:

Se realiza con el diagnostico familiar en reunión con el equipo de cabecera. El (la) Funcionario (a) responsable recolecta los antecedentes de salud del grupo familiar desde las fichas clínicas, tarjetones, encuestas y/o solicitud de informes a instituciones en algunos casos. Se realiza sin presencia de caso índice. (Rendimiento 30 minutos) (SF-11-2012)

2.-APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS: Se aplica a caso índice o a quien corresponda, (por ejemplo en el caso de postrados o poli Alivio del dolor se aplica instrumentos a cuidador(a)). Cualquier profesional puede aplicarlo.

Los instrumentos obligatorios a aplicar son: **APGAR FAMILIAR (SF-05-2012), GENOGRAMA (SF-09-2012), ENCUESTA SOCIAL EN VDI (SF-04-2011)**
Los opcionales: **CIRCULO FAMILIAR PERSONAL (SF-06-2012), ECOMAPA (SF-07-2012), LINEA DE VIDA (SF-08-2012).**

PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR: *Se inserta tarde al mes para trabajo de intervención familiar**

Se realiza con el diagnostico familiar en reunión con el equipo de cabecera a partir de la propuesta del profesional responsable. Este debe incluir un plan con consejerías Familiares, Visitas domiciliarias integrales (SF-04-2012) y/o actividades que determine el equipo de cabecera, las que posteriormente deben ser acordadas con la familia. Deben plantearse con objetivos y plazos para ser evaluadas posteriormente en CONTROL ESTUDIO DE FAMILIA. (SF-10-2012) (Rendimiento 30 Minutos) Nombre en agenda y rayen "plan de intervención Familiar"
Asistencia planificada en casos de intersector (Programa adolescente lleva el caso, pero debe presentarlo al equipo cabecera urbano o rural) CON ACTA

CONTROL INTERVENCIÓN FAMILIAR: *Se inserta tarde al mes para trabajo de intervención familiar**

El equipo realiza este control. El cual consiste en la actualización de datos Biopsicosociales, evaluación del plan de intervención (act. planificadas v/s Act. Ejecutadas), factores de riesgo al ingreso y replanteamientos del plan o altas si fuese necesario. (Rendimiento 30 Minutos)

- 1° CONTROL AL MES DEL INGRESO A ESTUDIO DE FAMILIA
- 2° CONTROL EN DOS MESES DESPUES DEL 1° CONTROL
- 3° CONTROL Y POSTERIORES DETERMINADOS POR EL EQUIPO DE CABECERA.

EGRESO INTERVENCIÓN FAMILIAR

Se realizará en reunión de Equipo de Cabecera, y se llevará a cabo en los siguientes casos:
1) El o los factores de riesgo al ingreso se extinguen y otro integrante del grupo familiar no amerite la mantención de éste, 2) Cuando Familia Cambie su domicilio fuera del sector o comuna (se derivará a equipo de cabecera del sector o del centro de salud correspondiente) 3) Cuando Familia decline su voluntad de continuar con el estudio.



ANEXO N° 7 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE SALUD FAMILIAR

Para la realización de los planes de Intervención (estudio de Familia o ChCC), idealmente se debiera aplicar los seguimientos instrumentos, según el objetivo que determine el equipo de salud.

1. Genograma
2. Ecomapa
3. Círculo Familiar
4. Apgar Familiar
5. Practice y FIRO

También deben estar los siguientes documentos:

1. Carpeta salud Familiar (rural)
2. Cartola Salud Familiar
3. Documento de consentimiento informado.

GENOGRAMA

Diseño del genograma

Pasos a seguir:

Primer paso consiste en realizar el trazado de la estructura familiar, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- 1.- Consignar los miembros de la familia, representando por un cuadrado a los hombres y por un círculo a las mujeres.
- 2.- Consignar el matrimonio entre 2 personas a través de una línea horizontal continua que une el cuadrado con el círculo, teniendo presente que el cuadrado se sitúa a la izquierda y el círculo a la derecha.
- 3.- Consignar personas convivientes a través de una línea horizontal discontinua.
- 4.- Ubicar a los hijos de mayor a menor, en orden de izquierda a derecha. Uniéndolos a la línea horizontal que une a los padres.
- 5.- Dibujar en el caso de los hijos adoptivos, la línea que une a la pareja con el (los) hijo(s) adoptivo(s) de manera discontinua.
- 6.- Consignar el parto con feto muerto a través de una X en el símbolo correspondiente.
- 7.- En el caso de aborto, graficarlo con un círculo negro en el caso que sea espontáneo, y con una X (en vez del símbolo de hombre o mujer) en el caso que sea provocado
- 8.- Trazar la interrupción del matrimonio a través de 2 barras inclinadas sobre la línea horizontal del matrimonio cuando se ha realizado un divorcio o nulidad; o una barra inclinada sobre el matrimonio o convivencia, cuando es por acuerdo.
- 9.- En los casos de múltiples matrimonios o convivencias se debe tener en cuenta las diferentes posibilidades:
 - Cuando sólo el hombre o la mujer se ha casado más de una vez, se registra el último matrimonio (o convivencia a la derecha).
 - Cuando son los 2 miembros de la pareja quienes se casan (o conviven) nuevamente; situar el más reciente al centro.
- 10.- Señalar a las personas que viven en una casa con una línea discontinua alrededor de todas ellas.



11.- Consignar al paciente índice por una línea doble alrededor del cuadrado o del círculo, según sea un hombre o una mujer respectivamente.

12.- Señalar el fallecimiento de un miembro de la familia, trazando una cruz dentro del símbolo correspondiente.

El segundo paso en la realización del genograma consiste en consignar las edades de los miembros de la familia y las fechas de los sucesos significativos. Esto sirve como medio para ubicar la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia y comprender las crisis normativas y no normativas de ella. En este segundo paso no deben dejarse de considerarse ciertos aspectos:

1. Registrar la edad de cada miembro de la familia dentro del símbolo de cada uno
2. Registrar la fecha de nacimiento y fallecimiento encima del símbolo correspondiente, a la izquierda y derecha respectivamente.
3. Señalar la edad de la persona al morir al interior del símbolo correspondiente.
4. Registrar fechas de matrimonio y separación en la línea horizontal que une a la pareja.

El tercer paso consiste en la consignación de información adicional.

1.- Indicar los recursos familiares tanto económicos como afectivos, con un asterisco sobre el símbolo correspondiente. Anotar al pie de página de que tipo de recurso se trata.

2.- Registrar las relaciones entre los miembros de la familia a través de diversos tipos de líneas que unen los símbolos correspondientes a los miembros de la familia.

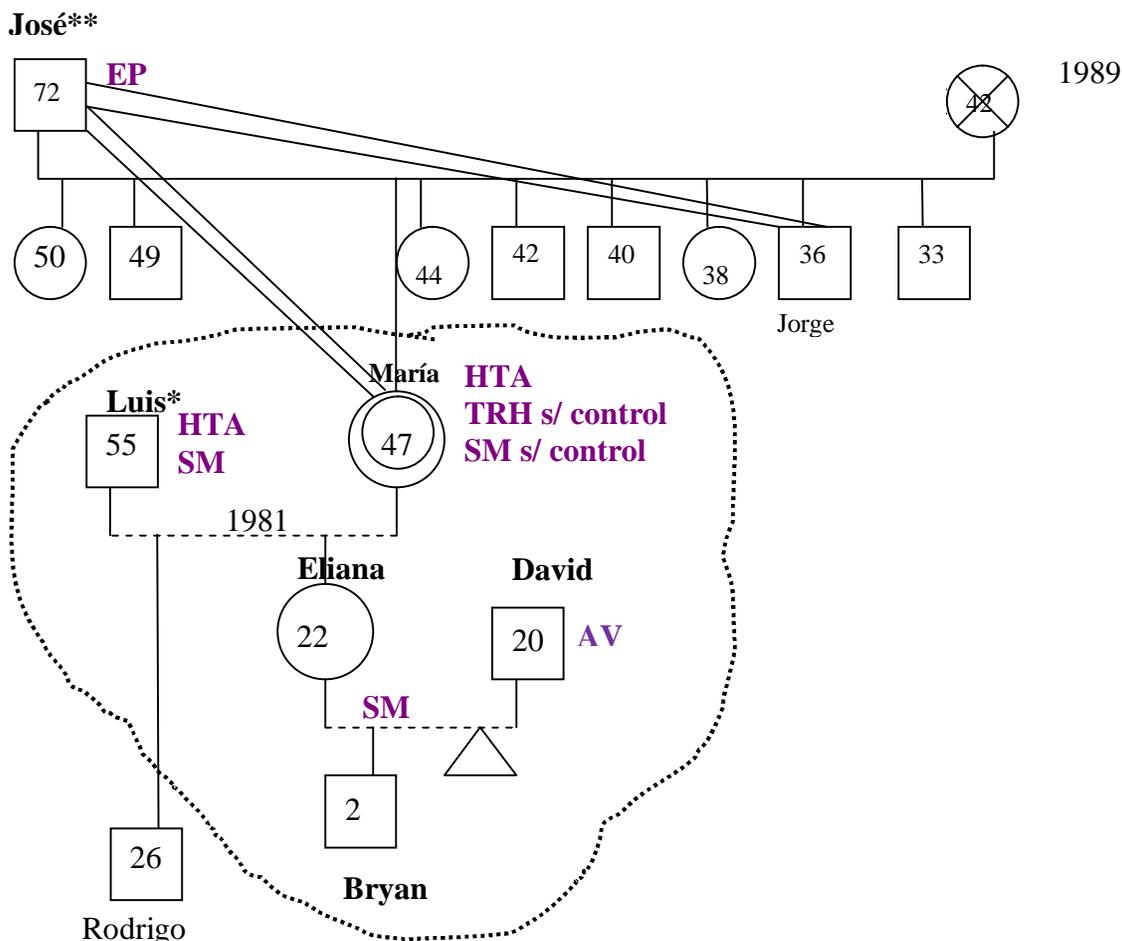
Las relaciones familiares pueden ser:

- Muy unidas o fusionadas: tres líneas paralelas
- Unidas: dos líneas paralelas
- Pobres o conflictivas: una línea quebrada (zig-zag)
- Unidas y conflictivas: tres líneas paralelas con una zig-zag en su medio
- Distantes: una línea
- Apartadas o separadas: una línea cortada por otra línea

3.- Consignar problemas de salud a la derecha de la persona (símbolo)

4.- Registrar los sucesos familiares críticos, como pérdida de trabajo o migraciones, a la izquierda del símbolo correspondiente, con la sigla AV (acontecimiento vital estresante) y al pie de página señalar de que acontecimiento se trata.

Ejemplo de Genograma



** Postrado cuyo cuidado es compartido por María y Jorge

*Trabajo estable con contrato indefinido, ingreso superior a 500 000 pesos/mes.

EP: Enfermedad de Parkinson

SM: Salud Mental

HTA: Hipertensión arterial crónica

HTA s/control: HTA sin control

SM s/control: SM sin control

TRH s/control: Terapia de reemplazo hormonal sin control

AV David: Cesantía hace 8 meses

Relación unida entre María y José y Jorge y José.

ECOMAPA

Para su graficación se parte con el genograma en su forma más simple (Gráfico con los nombres) en un círculo o rectángulo central grande. A su alrededor se dibujan tantos círculos o rectángulos como interacciones con sistemas externos tenga la familia en su totalidad o cada uno de sus componentes: salud, educación, deporte, recreación, cultura, religión, política, relaciones afectivas y/o sociales, laborales, familia extensa o de origen.

Las conexiones se realizan a través de líneas que unen a la familia o a uno o varios miembros con los círculos externos y dan cuenta de la naturaleza de las relaciones (fuertes, tenues, débiles y estresantes o conflictivas), y su intensidad, es decir el flujo de energía, visualizado por flechas.

CIRCULO FAMILIAR

En el *círculo familiar* (Thrower, 1982) se le pide al miembro de la familia que consulta, que dibuje dentro de un círculo, la ubicación relativa de los miembros de la familia, según su grado de cercanía y distancia, así como su poder relativo en el sistema.

Su duración es de 2 a 3 minutos habitualmente, lo que es una de sus grandes ventajas.

Elementos a analizar:

- Agrupación: Puede representar alianzas, uniones
- Tamaño: representa en general el significado que tiene para la persona
- Distancia: Puede representar conflicto, lejanía geográfica, etc.
- Posición: Frecuentemente tiene relación con el poder

Respecto a la discusión:

1. El miembro de la familia que dibujó su círculo debe describir y explicar lo que dibujó. Se debe respetar lo que la persona dice y la cantidad de información que desea entregar.
2. Se puede preguntar respecto a los límites, roles, las alianzas, la estructura de poder y la comunicación. Se pregunta sobre las personas, proximidad o distancia, jerarquía o personas excluidas. Se puede hacer ver alguna posible interpretación, pero la interpretación del significado la tiene la persona que dibujó su círculo, el profesional hace de facilitador.
3. Es posible también obtener información sobre: ¿Quién lo puede ayudar en este problema? ¿Cómo le gustaría que fuera su familia? ¿Qué puede hacer o qué pasos seguir para producir el cambio?
Esto es especialmente enriquecedor cuando la familia enfrenta alguna crisis y se analizan en conjunto los diferentes círculos familiares.

Instrucción a la persona estudiada:

“Este círculo va a representar a su familia tal como es ahora. Dibuje en él pequeños círculos que lo representen a usted y a todas las personas significativas para usted. Recuerde que las personas pueden estar dentro o afuera, tocándose o lejos. Pueden ser grandes o pequeñas dependiendo del significado o influencia que tengan para usted. Si hay otras personas lo suficientemente importantes en su vida como para ponerlas en el círculo, inclúyalas. Identifique cada círculo con las iniciales. Recuerde que no hay círculos “buenos o malos”.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR.

El Apgar familiar mide cinco componentes básicos de la función familiar:

- A** Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis
- P** Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.
- G** (Growth) Desarrollo o gradiente de crecimiento: capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.
- A** Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.
- R** Capacidad de resolución: capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir unos ingresos y un espacio.

El Apgar familiar se caracteriza por:

1. Ser un cuestionario de screening.
2. Reflejar la percepción del paciente sobre el estado funcional de su familia.
3. Dar una visión rápida y panorámica de los componentes de la función familiar.
4. Servir para distintos tipos de familia.

Es importante recordar que el Apgar no mide la funcionalidad familiar, sino el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento familiar.



Cuestionario Autoadministrado de Smilkenstein validado por Florenzano y cols.	Casi nunca	A veces (1)	Siempre (2)
¿Está satisfecho/a con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en el hogar?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			
¿Siente que su familia le quiere?			

7-10 : FUNCIONAL

4-6 : MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

0-3 : SEVERAMENTE DISFUNCIONAL



3.- ANTECEDENTES DE VIVIENDA

Tipo de vivienda:_____ Material Vivienda_____ Estado Vivienda_____
Perteneencia Vivienda_____ N° Piezas_____ N° Dormitorios_____
N° Camas_____ Medios de Comunicación_____ Cocina:_____
Animales Domésticos_____

4.- SERVICIOS BÁSICOS

Agua Potable_____ Abastecimiento de Agua_____ Energía Eléctrica_____
Eliminación Excretas_____ Disposición Basuras_____ Calefacción_____

5.- SATISFACCIÓN DE SALUD

• Donde Resuelve Generalmente sus problemas de salud:

• Sobre el Lugar donde resuelve sus problemas de salud

Lo mejor es:_____

Lo peor es:_____

• Asistiría a un establecimiento de Salud Ubicado en su Sector:_____

• Que esperaría de este establecimiento:_____

• El aspecto que afecta la salud más urgente a resolver es:

En el Sector:_____

En la Familia:_____

• ¿SE ATIENDE EN EL SECTOR QUE CORRESPONDE A DONDE VIVE ACTUALMENTE?

SI:_____ NO:_____

Si la respuesta es NO:

¿Cuál es el motivo porque se atiende en otro Sector?

POR SU COLABORACIÓN

¡ ¡ ¡ ¡ MUCHAS GRACIAS ! ! ! !



ANEXO Nº 9: PAUTA DE ENCUESTA

I. ANTECEDENTES GENERALES

Centro de salud: Anote Dpto. de salud.

Fecha de encuesta: Anote fecha en que la encuesta es aplicada a la familia.

Comuna: Anote Quellón.

Sector poblacional: Sector o Población a la que pertenece la familia encuestada.

Nº de casa: Identifique con un Nº correlativo la casa en que vive la familia.

Nº de familia: Identifique a cada familia con un Nº. Si existe más de una familia en una casa, esas encuestas tendrán el mismo Nº de casa y distinto Nº de familia.

Tipo de familia: Anote si es Unipersonal, Nuclear (con o sin hijos), Nuclear reconstituida Monoparental, Extensa.

Etapas Familiares: Formación de la pareja y comienzo de la familia; Crianza inicial de los hijos (hasta 30 meses del primer hijo); Familia con hijos preescolares (hasta los 6 años del hijo mayor); Familia con hijos escolares (hasta los 13 años del hijo mayor); Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del hijo mayor); Etapa media y Terminal (fin del periodo laboral hasta la muerte)

Teléfono: Nº de teléfono de red fija.

Celular: Nº de teléfono celular.

Dirección: Anote domicilio de la familia. Si la dirección no tiene Nº, anote señales claras para ubicar la casa.

II. ANTECEDENTES PERSONALES.

Nº de integrante familiar: Integrante numerado según relación con el jefe de hogar. Primero éste, luego cónyuge, hijos, etc.

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres (todos los nombres), RUT, Fecha de nacimiento: Datos deben ser extraídos de cédula de identidad, o en su defecto de otro documental legal.

Edad: Edad al momento de la encuesta expresada en años; en caso de menores de un año, expresadas en meses o en días según corresponda.

Estado civil: S= soltero(a); C= casado(a); CV= conviviente; O= otro.

Sexo: M= masculino F = Femenino Hx= Homosexual.

Etnia: Anote según si pertenece a la etnia Huilliche S: si N no.

Escolaridad: anotar el último curso rendido en números arábigos (1,2,3 ...) y agregar la letra siguiente según el tipo de enseñanza:

B: Básica **M** media **S:** superior **A:** Analfabeta **L:** lee y/o escribe **N:** No corresponde

Parentesco: Anote según corresponda a cada integrante de la familia.

J : Jefe de Hogar, **E :** esposo/a **CV:** conviviente **H:** Hijo **HT:** Hijastro **P:** Padres o Suegros, **N:** Nieto; **OP:** otro pariente; **NP:** no pariente.

Participa en Organizaciones Comunitarias: **S:** si ¿Cuál? **N:** no

CD: club deportivo; **JV** junta de vecinos; **R:** religiosa **OP:** Organizaciones de pescadores.

Ocupación: anote a cada encuestado lo que corresponda



A: Agricultor **FT:** Frutícola **F:** Forestal; **P:** pescador; **I:** Operario Industria; **OT:** otros trabajadores del mar; **AT:** Artesano; **C:** Comercio; **EM:** Empleados (servicios públicos y particulares); **LC:** Labores de casa (Las dueñas de casa que trabajen deben ser calificadas en rubro que se desempeñan); **P:** pensionados; **J:** Jubilados; **E:** estudiantes; **NE:** no estudiante para niños(as) entre 4-14 años; **NC:** Niños Menores de 4 años.

Situación Ocupacional: para los mayores de 15 años; en caso de personas menores de 15 años que laboren, deben ser registrados de igual forma que los mayores de 15 años.

O= Ocupado; **D=** Desocupado; **OC=** Ocasional, incluye trabajos esporádicos y temporeros; **OT=** otros (estudiantes, pensionados, jubilados, etc.); **NC=** No corresponde.

Previsión: Anote Previsión de salud de cada encuestado.

SP= sin previsión; **F=** Fonasa; **SU=** subsidio familiar; **TC=** Tarjeta de clasificación de derecho; **I=** Isapre; **O=** otros.

Enfermeles Crónicas: Anote todas las enfermedades crónicas que se presenten en el encuestado. El alcoholismo y drogadicción serán incorporados en este ítem.

HTA= Hipertensión Arterial; **DM=** Diabetes Mellitus; **D=** Dislipidemia; **ER=** Enfermedades Respiratorias como EBOC, EPOC, asma. **PA=** Parkinson; **E=** Epilepsia; **OH=** Alcoholismo; **DR=** Drogas; **O=** Otras ¿Cuáles?.

Discapacidad: **N=** No; **S=** Sí, ¿Cuál?.

Factor de riesgo familiar: Anote según corresponda.

EM= Padre o Madre con deficiencia mental; **JC=** Jefe de hogar cesante; **PB=** Padre o Madre bebedor excesivo; **PD=** Padre o Madre consumidor de drogas; **AM=** Analfabetismo materno con niños menores de 6 años; **PM=** Padre o Madre minusválido; **VIF=** Violencia Intrafamiliar; **O=** Otros; **NC=** No corresponde-

Grupo vulnerable: **BP=** Bajo peso nacimiento menor de un año; **E=** Embarazadas; **D=** Desnutridos; **ARD=** Alto riesgo desnutrición; **TBC=** Tuberculosis; **EC=** Enfermedad crónica; **DP=** Depresión; **MA=** Madre adolescente; **O=** Otros; **NC=** No corresponde.

Cantidad de ingreso: Anote el ingreso de cada encuestado expresado en pesos.

Subsidio monetario: Anote tipo de subsidio (todos).

III. ANTECEDENTES DE VIVIENDA.

Tipo de vivienda: **C=** Casa; **D=** Departamento; **M=** Mejora/mediagua; **CC=** Conventillo/cité; **R=** Rancho, ruca, choza; **P=** Pieza; **O=** Carpas, lanchas, cuevas, vagones, etc... anote cuál.

Material de la vivienda: **S=** Sólida; **M=** Madera; **L=** Ladrillo; **D=** Desechos (cartón, latas, sacos, etc.); **M=** Mixto.

Estado de la vivienda: **B=** Bueno; **R=** Regular; **M=** Malo.



Pertenencia de la vivienda: P= Propia; PD= Pagando dividendo; A= Arriendo; U= Usufructuario; AL= Allegado.

Número de piezas: Debe anotar la cantidad total de habitaciones de la residencia de la familia encuestada.

Número de dormitorios: Anote la cantidad de habitaciones usadas como dormitorios.

Número de camas: Anote el número de camas en uso.

Cocina: Si : tiene pieza destinada a cocinar, separada de dormitorios.

Medios de comunicación: R: Radio; T Telefono/ Celular; TV: Televisor; RC: Radiocomunicación; I : Internet.

Animales domésticos: P Perros; G: Gatos; A: aves; O: otros (anote el numero de cada animal.

IV.- SERVICIOS BASICOS

Agua potable: S: si N: no

Abastecimiento de agua:

1.- Llave dentro de la vivienda; 2: llave en el sitio; 3: Pilonos municipales; 4: Canal, río, estero, vertiente, acarreo; 5.- Pozo Noria o vertiente protegida.

Energía eléctrica:

MP: con medidor particular; MC: con medidor compartido; SM : sin medidor; SE: sin energía eléctrica.

Eliminación de Excretas:

C: Campo abierto, letrina, acequia; P= Pozo negro; L= Letrina sanitaria; A= Alcantarillado, fosa séptica.

Disposición de basuras: C= Campo abierto, quebrada, río, quema; R= Relleno sanitario, enterramiento; M= Recolección municipal.

Calefacción: L= Leña; G= Gas; C= Carbón; P= Parafina; O= Otros; N= No tiene.

IV. SATISFACCIÓN EN SALUD

El encuestado debe responder las preguntas detalladas en este ítem. El encuestador debe registrar la respuesta lo más fielmente posible a lo dicho por lo encuestado.



**Corporación Municipal de Quellón para la Educación, Salud y Atención al menor
Departamento de Salud Municipal DESAM-Quellón**

Resumen Encuesta					
item I					
Tipo familia	Nuclear	Nuclear reconstituida	Extensa	Monoparental	Unipersonal
item II					
Estado Civil	: S= Soltero	C= Casado	CV= conviviente	O= otro	
Sexo	: M= masculino	F= Femenino			
Escolaridad	B=básica	M= media	S= superior		
	A=analf	L=lee/escr.	N=no corres.		
Parentesco	J=j.de hogar	E=espos/a	Con=conviv.	H=hijo/a	
	P=padrs/suegrs	N=nieto	OP=otro parient.	NP=no parient	
Ocupacion	A=agricultor	FT=fruticola	F=forestal	P=pescador	
	I=operario ind.	OT=otro trab. Mar	AT=artesano	C=comercio	
	EM=empleados	LC=lab.de casa	PE=pensionados	J=jubilados	
	E=estudiantes	NE= no est. 6/14	NC=no corres.-6	II=va jardin	
	NJI=no va 4/6				
Sit.ocupaciona l	O=ocupado	D=desocupado	OC=ocasional	OT=otros	
	NC=no corresp.				
Prevision	SP=sin prev.	F=fonasa	SU=sub. Familiar	TC=tarj. D calif	
	I=isapre	O=otro			
enf. Cronica	HTA=hip Arterial	DM=diabt mellitus	D=dislipidemia	ER=enf respirat	
	PA=parkinson	E=epilepsia	OH=alcoholismo	DR=drogas	
	O=otras				
fac riesg. Fam	EM=def mental	JC=j .de hog. Ces.	PB=bebedor exes	PD=cons drogas	
	PM=P/M minusvalido	VIF= V. intrafam	O=otros	NC=no corresp.	
Grupo Vulnerab	BP=bajo pso nac - 1	E=embarazadas	D=desnutridos	ARD=alto r desn	
	TBC=tuberculosis	EC=enf cronica	DP=depresion	MA= mad. Adoles	
	O=otros	NC=no corresp			
Item III					
tipo vivienda	C=casa	D=departamento	M= mediagua	CC=conventillo	
	R= rancho/ruca	P= pieza	O= carpas/lanch		
mat. Vivienda	S= solida	M= madera	L= ladrillo	D= desechos	
	Mix= mixto				
Estado vivienda	B= bueno	R= regular	M= malo		
Pertenen. Viv.	P= propia	PD=paga dividen.	A= arriendo	U=usufructuario	
	AL= allegado				
Medios com.	R= radio	T= telefono/cel	TV= tv	RC=radio com	
	I= internet				
Animal domes.	P= perro	G= gatos	A= aves	O= otros	
Item IV					
Abast. Agua	1=llave dentro viv	2=llave en sitio	3=pilones	4=cana/rio/etc	



Corporación Municipal de Quellón para la Educación, Salud y Atención al menor
Departamento de Salud Municipal DESAM-Quellón

			municip	
	5=pozo/noria			
Energ. Elec	MP =medidor partic	MC =med. Comprar	SM =sin medidor	SE = sin energ e
Elimin excretas	C = campo abierto	P = pozo negro	L = letrina sanit	A = alcantarilla
Disp basura	C = campo abierto	R = relleno sanit	M =recolec munici	
calefacción	L =leña	G =gas	C =carbon	P =parafina
	O = otro	N = no tiene		



ANEXO N° 10 : INSTRUCTIVO NORMALIZACIÓN DE DATOS E INGRESO DE ENCUESTAS DE SALUD.

1) INTRODUCCIÓN

Con el objetivo de normalizar y establecer el adecuado funcionamiento de las actividades comprendidas por el programa de salud familiar, el consejo gestor de la red de atención primaria de salud de Quellón, formula el siguiente instructivo con las actividades, fechas y responsables a realizar por los equipos de salud en función de una atención de calidad bajo el modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario, cumpliendo con los objetivos de realización de diagnóstico familiar y la encuestas familiares.

2) BREVE DESCRIPCIÓN DE LA FICHA DE INSCRIPCIÓN DE RAYEN.

Ingresar por pestaña Admisión en opción inscripción.

Usuario : Datos personales
Datos de Inscripción
Datos de familia
Datos de previsión
Datos de Inscripción

Grupo Familiar: Sector
Datos de Dirección y teléfono familiares

Direcciones : Dirección residencial
Teléfonos de contacto
Dirección de contacto

Información laboral : Ocupación
Dirección laboral

Vivienda y entorno : Vivienda
Servicios básicos
Factores de Riesgo

SECTOR URBANO

ACTIVIDAD 1: REGULARIZACIÓN DE FAMILIAS INSCRITAS E INGRESO DE DATOS DE ENCUESTAS FAMILIARES EN SECTOR URBANO.

Luego del proceso de encuestas en el sector, se debe proceder a ingresar los datos en los sistemas de registro vigentes, a saber planilla Excel entregada por encargado de estadística (versión 2012) y sistema informático Rayen.

Descripción de actividades en sistema Rayen:

- Actualizar datos de Usuario, Grupo Familiar, Direcciones, Vivienda y entorno.
- Datos de Usuario: Revisión de datos provisionales y personales
- Grupo Familiar: Sectorizar a las familias de acuerdo a direcciones
- Actualizar y regularizar los grupos familiares, agregando a las personas que vivan en la casa y que no estén inscritas o asociadas a la familia y asociar a las personas que no estén viviendo con la familia a la que corresponda.
- Actualizar datos de información laboral



- Ingresar datos de vivienda, servicios básicos y factores de riesgo de acuerdo a los datos de la encuesta de salud (datos sociodemográficos).

Como se hace: Por Rayen en la pestaña **admisión**, opción inscripción. Pestañas para cada una de las opciones.

Responsables: Asistente social y equipo de salud

Necesidad: Capacitación en sistema informático Rayen

Verificador: Cantidad de encuestas Ingresadas

Recursos: instructivo Rayen, Instructivo rayen Ficha Familiar, Ing. Informático, encargada de inscripción y director capacitados.

Carácter: obligatorio

ACTIVIDAD 2: EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS EN RAYEN, CON PAUTA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGOS.

Descripción de actividades en sistema informático Rayen:

- Hacer la evaluación de la familia, asignando categoría de riesgo (leve, moderada, grave), utilizando la pauta de selección de riesgos que se encuentra en los Instrumentos Salud Familia 2012.
- Realizar Genograma en Rayen
- Realizar Apgar Familiar en Rayen
- Completar datos de Etapa y crisis Familiar
- Registrar Rut y cantidad de familias Clasificadas.

Como se hace: Por Rayen, al abrir la atención, en la opción de **ficha Familiar** realizar las actividades mencionadas en la descripción de actividades descrita anteriormente.

Responsables: Equipo de Salud de todos los sectores urbanos. (supervisión de as. Sociales)

Necesidad: Encuesta de salud, Leer Instructivo de Rayen Ficha Familiar, Profesionales con la actividad de plan de intervención inserta en sus actividades, leer los instrumentos y flujogramas 2013.

Verificador: Cantidad de Familias clasificadas en riesgo leve, moderado y grave en Rayen.

Recursos: instructivo Rayen, Instructivo rayen Ficha Familiar, Ing. Informático, encargada de inscripción y director capacitados, planes de intervención, cartolas e instrumentos en papel, encuestas de salud 2012, antecedentes de ficha digital y ficha física.

ACTIVIDAD 3: INGRESO DE DATOS A PLANILLA EXCEL

SECTOR RURAL

ACTIVIDAD 1: REGULARIZACIÓN DE FAMILIAS INSCRITAS E INGRESO DE DATOS DE ENCUESTAS FAMILIARES EN SECTOR RURAL.

Actividad 1: Luego del proceso de encuestas en el sector, se debe proceder a ingresar los datos en los sistemas de registro vigentes, a saber planilla Excel entregada por encargado de estadística (versión 2012), se debe además Actualizar los datos de las encuestas de salud en las carpetas familiares físicas.

Actividad 2: Evaluación y clasificación de Familias en Rayen, con pauta de clasificación de riesgos.

Descripción de actividades:



En las actividades de control e ingreso a plan de intervención Familiar.

- Hacer la evaluación de la familia, asignando categoría de riesgo (leve, moderada, grave), utilizando la pauta de selección de riesgos que se encuentra en los Instrumentos Salud Familia 2013.
- Realizar y/o actualizar Genograma en Ficha Familiar física
- Realizar Apgar Familiar en Ficha Familiar física
- Completar datos de Etapa y crisis Familiar
- Registrar Rut y cantidad de familias Clasificadas.

Como se hace: Por Rayen, al abrir la atención, en la opción de ficha Familiar realizar las actividades mencionadas en la descripción de actividades descrita anteriormente.

Responsables: Paramédicos y Equipo de Salud de los sectores (supervisión de as. Sociales)

Necesidad: Encuesta de salud, Leer Instructivo de Rayen Ficha Familiar, Profesionales con la actividad de plan de intervención inserta en sus actividades, leer los instrumentos y flujogramas 2013.

Verificador: Cantidad de Familias clasificadas en riesgo leve, moderado y grave

Recursos: instructivo Rayen, Instructivo rayen Ficha Familiar, Ing. Informático, encargada de inscripción y director capacitados, planes de intervención, cartolas e instrumentos en papel, encuestas de salud 2012, antecedentes de ficha



Anexo N° 11 Instructivo de Mapa epidemiológico

Con la intención de mejorar los procesos de desarrollo del modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario en la red de atención primaria de la comuna de Quellón y con el fin de aunar los criterios en los distintos sectores urbanos y rurales respecto al seguimiento y vigilancia epidemiológica de los daños y riesgos personales, familiares y comunitarios, orientándonos desde un enfoque anticipatorio y preventivo, es que se desarrolla el presente instructivo de confección y seguimiento de mapas epidemiológicos de cada sector y equipo de salud.

¿Cómo hacerlo?

El proceso comienza con la elaboración de croquis, para eso los equipos pueden orientarse con la "Guía de reconocimiento geográfico y elaboración de croquis para postas de salud rural", del año 1991 del MINSAL (ANEXO).

Muchos de los sectores pueden contar además con el apoyo de los planos de planos y mapas entregados por la municipalidad y otros extraídos de Internet y los programas satelitales de mapas y planos (como por ejemplo google earth).

Luego es importante indicar en el mapa los riesgos personales, familiares y comunitarios, que deseamos tener a la vista, respetando la confidencialidad de los datos, esto quiere decir que el mapa NO debe estar a la vista del público, ya que se trata de un documento para el trabajo de los equipos y los datos allí contenidos se deben usar con la misma cautela que los que se indican en la ficha clínica.

Desde nuestro modelo de salud, la utilización del mapa sigue un enfoque anticipatorio, con el objetivo de detectar zonas de alto riesgo en la comuna y el sector, para realizar allí una pesquisa activa, focalizada y sistemática, determinar factores de riesgo propios de la población y encausar las acciones necesarias para intervenir.

¿Qué debe indicar en el mapa?

A partir de la información recolectada en plan de salud comunal, el diagnóstico general de salud, el diagnóstico participativo, el diagnóstico de salud familiar y diagnóstico de área de influencia, debemos indicar y marcar en el mapa los riesgos de salud a nivel comunitario, familiar y personal.

A nivel de riesgo social-comunitario:

Acá se debe indicar:

- Zonas de riesgo en cuanto a servicios básicos (agua, luz, alcantarillado, recolección etc.)
- Focos de contaminación ambiental (basura, ruido, contaminación de agua, olores, entre otros)
- Otros riesgos comunitarios observados por el equipo y/o la comunidad (falta de luminarias públicas, pandillas, entre otras)

A nivel de riesgo Familiar y personal:

Se deben indicar todas las familias encuestadas, con el fin de tener claridad de las casas y familias sin encuesta vigente.

- Riesgos familiares: Evaluación del riesgo Biopsicosocial de la familia
 - o Riesgo Alto
 - o Riesgo Moderado
 - o Riesgo bajo
- Familias con integrante en Programa de Visitas domiciliarias (crónicos y otros)
- Familias con integrante en el programa atención en domicilio (Postrados)
- Familias con integrante en programa paliativo (Poli dolor)

- Familias en Plan de intervención familiar
- Familias con integrante con Tuberculosis (TBC)
- Familias con integrante Patologías cardiovasculares descompensadas
- Familias con integrante Patologías de salud mental severas
- Familias con integrante Embarazo adolescente⁵
- Familias con otros riesgos que el equipo quiera considerar⁶

¿Cómo indicar los riesgos en el mapa?

El propósito del mapa epidemiológico es que el equipo de salud pueda tener acceso rápido y fácil mediante una imagen visual, al diagnóstico de general salud y a los riesgos de la población de su sector, para ello, estos riesgos deben estar marcados de manera clara en el mapa epidemiológico del sector. A continuación se elabora una propuesta de demarcación de cada riesgo en el mapa.

Riesgos social- comunitarios:

Acá el método a utilizar es el de banderillas, que pueden ser confeccionadas con un alfiler y cartulina o goma eva de los colores indicados.

- Zonas de riesgo en servicios básicos.
Bandera roja
- Focos de contaminación
Bandera Negra
- Otros riesgos comunitarios
Bandera Amarilla



Figura N°1: ejemplo de banderillas

Riesgos Personal-familiares:

Acá el método es utilizar alfileres de distinto tipo y tamaño para marcar las familias encuestadas con su clasificación de riesgo Biopsicosocial (bajo, medio, alto) y el resto de los riesgos seleccionados:⁷

- Riesgos familiares (pinchos grandes),
- con los siguientes colores:
 - o **Riesgo Alto**
 - o **Riesgo Moderado**
 - o Riesgo bajo: debe tener una marca que indique esta casa está encuestada, puede ser un punto con lápiz de mina o carbón.



Figura N°2: ejemplo Pinchos para indicar la clasificación de familias

Para el resto de los riesgos se aconseja la utilización de alfileres con cabeza más pequeñas, con los siguientes colores:

- **Familias con integrante en Programa de Visitas domiciliarias (crónicos y otros)**
- **Familias con integrante en el programa atención en domicilio (Postrados)**
- **Familias con integrante en programa paliativo (Poli dolor)**
- **Familias en Plan de intervención familiar**
- **Familias con integrante con Tuberculosis (TBC)**



⁵ El equipo transversal de ATINA Debe recopilar estos datos y entregarlos a los sectores urbanos y rurales.

⁶ El equipo puede estimar que existe un riesgo exclusivo de su sector o que afecta al sector, para ello debe demostrar con datos a la subdirección técnica de que se trata este riesgo y el por que de incluirlo en su mapa.

⁷ Se han utilizado alfileres de cabeza grande y otros de cabeza pequeña. Es importante evaluar que materiales estarán disponibles para la elaboración de los mapas este año. En la confección de este instructivo se basó en los materiales disponibles hasta el año 2012.



- Familias con integrante Patologías cardiovasculares descompensadas
- Familias con integrante Patologías de salud mental severas
- Familias con integrante Embarazo adolescente⁸
- Familias con otros riesgos que el equipo quiera considerar (otro tipo de alfiler o color).

Figura N°3: ejemplo de alfileres para el resto de los riesgos a indicar.

¡¡¡Importante: Al lado del mapa debe existir un cuadro que explique la señalética o indicar donde leerla, para traducir las señas visuales, facilitando la lectura del mapa a los miembros del equipo de salud!!!

¿Quiénes deben realizar esta tarea?

Todos los equipos de cabecera de los sectores urbanos y rurales deben tener un mapa epidemiológico actualizado en base a los diagnósticos de salud comunitaria, del plan comunal de salud y de las encuestas de salud. En este sentido es el coordinador del equipo quien designará a los funcionarios que deben actualizar, revisar y mantener el mapa, así como liderar el proceso de utilizar esta valiosa herramienta de manera anticipatoria en las prestaciones del modelo de salud familiar.

En este sentido es importante tener en consideración que las encuestas de salud tienen una vigencia de dos años, así como la clasificación de riesgos, sin perjuicio de que esta pueda actualizarse de acuerdo a cambios en los riesgos en las familias. Por otro lado la actualización del mapa en general, revisión de calles y actualización del diagnóstico de salud en general, debe hacerse de forma semestral.

Los responsables de la supervisión del manejo de los mapas epidemiológicos por parte del equipo de salud, correrán por cuenta de la Unidad de salud familiar con enfoque intercultural y complementario, la subdirección técnica y la Unidad de Calidad.

⁸ El equipo transversal de ATINA debe recopilar estos datos y entregarlos a los equipos de cabecera de los sectores urbanos y rurales.