



www.chcapacita.cl

*APLICACIÓN DEL MODELO
INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR
Y COMUNITARIO EN LOS
SERVICIOS SALUD PÚBLICA.*

*Tu espacio, tu comodidad, tu **Chile Capacita***

COMPONENTES Y CARACTERÍSTICAS DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la salud familiar es un proceso continuo y dinámico caracterizado por diferentes momentos a niveles de profundización; incluye obtención de información y su análisis e identificación de problemas y potencialidades de las familias para poder realizar acciones de promoción en salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud de cada uno de ellos. Esto debe desarrollarse a través de los procesos de dispensarización y análisis de la situación de salud.

Para lo anterior, en este módulo, se presentarán las distintas herramientas para el estudio de la salud familiar, desde la tarjeta de salud Familiar (ficha clínica), el familiograma que es la representación gráfica de la composición familiar, el apgar familiar, ecomapa, entre otros.

Posterior a lo anterior, se revisarán los aspectos importantes a considerar en las visitas domiciliarias involucradas en el proceso integral familiar de atención de salud actual y su importancia en el proceso de educación y prevención en salud.

Por último los procesos de diagnóstico participativo, intersectorialidad y formulación del plan de acción, revelarán la importancia que tienen los procesos de participación social, al momento de trazar las principales y verdaderas problemáticas que afectan a la sociedad utilizando las estrategias evaluativas en conjunto con la comunidad.

USO DE LAS HERRAMIENTAS PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD FAMILIAR

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Es la estimación del significado, valor, peso o importancia de las características del sistema familiar incluyendo aspectos de la estructura, las relaciones intrafamiliares y las interacciones con el contexto social. Es más que un diagnóstico, el cual generalmente se asocia en la categoría sano o enfermo (Constantine 1986). Para evaluarlo es importante conocer:

- a) Datos demográficos de la familia y estructura familiar de al menos 3 generaciones.
- b) Historia del desarrollo familiar: ciclo vital, crisis normativas y no normativas.
- c) Evaluación de cada miembro en cuanto a su desarrollo individual, autonomía, capacidad de vinculación afectiva y manejo de la ansiedad y estrés.
- d) Evaluación de la dinámica relacional en la familia y en cada uno de los subsistemas.
- e) Identidad familiar y patrones transgeneracionales en relación con valores, mitos y mundo de significados.
- f) Características del sistema social y redes de apoyo (barrio, escuela, iglesia, redes sociales).

Para lo anterior, en este marco teórico se Incluyen herramientas de utilidad práctica para desarrollar el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. Instrumentos para trabajar con familia, herramientas de soporte para trabajar con pacientes crónicos, medidas de seguridad en los centros de salud y gestión clínica.

TARJETA FAMILIAR (ANÁLISIS DE PROBLEMÁTICA DE SALUD)

I. Definición:

TARJETA FAMILIAR: Registro escrito en forma de resumen de las familias inscritas en un servicio de atención pública de la red MINSAL.

II. Criterios de apertura tarjeta salud familiar

- ✓ Usuarías inscritas en Programa Chile Crece Contigo que presenten riesgo Biopsicosocial según pauta aplicada al ingreso y tercer trimestre de gestación.
- ✓ Niños que presenten riesgo en Programa Chile Crece Contigo (Prematurez, problemas en desarrollo psicomotor o vulneración de sus derechos).
- ✓ Adultos mayores postrados o en programa de atención domiciliaria.
- ✓ Usuarios(as) pertenecientes al programa de crónicos con descompensación recurrente o si existe algún factor de riesgo agregado.
- ✓ Usuarios(as) pertenecientes a Centro Comunitario de Rehabilitación.
- ✓ Usuarios(as) con problemas de adicciones (OH y drogas).
- ✓ Estudios de familia.
- ✓ Según decisión del equipo de cabecera.

III. Reglas básicas de llenado

- ✓ Llenar con lápiz mina.
- ✓ Letra Clara y Legible.
- ✓ Llenar los datos mínimos.
- ✓ Personalizar la apertura de la Tarjeta Familiar (Nombre de quien abre la tarjeta).

- ✓ Evitar borrones incompletos para evitar confusión en la lectura.

IV. Procedimiento

- ✓ Se llenará tarjeta familiar en visita domiciliaria integral o en consulta en Cefam.
- ✓ Lo ideal es que este instrumento sea llenado en conjunto con el grupo familiar, pero basta con un integrante de la familia para que pueda ser llenada la tarjeta.
- ✓ Se debe explicar al usuario(a) el fin del llene de su tarjeta familiar.
- ✓ En la zona superior de la tarjeta se encuentran los datos generales de la familia y del **CASO INDICE**. Es importante ser claros en el Problema, ya que es de acuerdo a este la apertura de la Tarjeta, y servirá para el análisis posterior en cada sector. Esta parte de la tarjeta debe ser llenada en forma **COMPLETA**, ya que aparecen los datos de contacto de la familia en caso de que se requiriesen.
- ✓ Lo **MÍNIMO** a llenar en un primer encuentro con el usuario(a) es: Datos generales, composición familiar, genograma, ciclo de vida familiar, ecomapa, factores de riesgo y protectores. Esto es a fin de poder tener una visión general de la familia a intervenir.
- ✓ La **aplicación de la encuesta de funcionalidad** puede ser realizada según la necesidad de intervención en la familia, o de acuerdo al tiempo destinado para el primer contacto con la familia. Puede ser aplicada en otra ocasión de encuentro y luego llenar la tarjeta con los resultados de la encuesta.
- ✓ Luego de terminado el llene de la tarjeta es necesario sumar el puntaje obtenido según factores de riesgo y clasificar a la familia según esto en el espacio destinado.

- ✓ Para finalizar el llenado de la tarjeta debemos clasificar a la familia según sus riesgos de acuerdo a colores establecidos en forma de sticker, los cuales serán colocados en la parte superior derecha de la tarjeta.

LOS RIESGOS FAMILIARES SON CLASIFICADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

- ✓ Riesgo Social: Rojo.
 - ✓ Riesgo Biomédico: Azul.
 - ✓ Riesgo Mental: Naranja.
-
- ✓ **Riesgo ambiental: Amarillo.**

Para conocer qué tipo de riesgo específico cuenta la familia será necesario mirar el reverso de la tarjeta y leer en la columna definida con el riesgo marcado. De acuerdo a esto es imprescindible ser claros al momento de marcar un riesgo, **encerrándolo con un círculo grande**. Además se deberá identificar el Programa por el que fue abierta la tarjeta familiar de acuerdo a la siguiente distribución, pintando la esquina superior izquierda de la tarjeta:

- ✓ **Programa Chile Crece Contigo:** Rosado (Matrona en el caso de gestante y enfermera en el caso de niños del sector).
- ✓ **Programa de Salud Mental:** Morado (Psicóloga del sector).
- ✓ **Programa Atención Domiciliaria:** Verde (Asistente social del sector).
- ✓ **Programa Cardiovascular (Crónicos):** Blanco (Enfermera y/o nutricionista del sector) Deberán elegirlo en reunión.
- ✓ **Centro Comunitario de Rehabilitación:** Café (Equipo CCR).

- ✓ La primera persona responsable de la tarjeta familiar es quien la abre. El fomentar y vigilar el seguimiento de los casos será del coordinador de sector con apoyo del representante del programa en el sector, quienes deberán revisar el tarjetero una vez al mes de modo de estar alerta a los casos con mayor vulnerabilidad.

Referencia: CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito, 2010, “Normativa apertura tarjeta de salud familiar”

FAMILIOGRAMA (REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR)

Para el análisis de la información en el proceso de evaluación se recomienda la utilización del familiograma.

Esta es una representación gráfica de la familia constituida por un formato de símbolos que permiten dibujar un árbol familiar y reflejar en él otros datos útiles para el análisis de su situación de salud.

El familiograma implica tres pasos:

1. Trazado de la estructura familiar.
2. Registro de información de la familia.
3. Señalamiento de las relaciones familiares.

TRAZADO DE LA ESTRUCTURA

Se realiza expresando a través de símbolos las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia. Los símbolos empleados son círculos, cuadrados y

líneas. Los círculos y cuadrados representan las personas y las líneas describen las relaciones:

Masculino a la izquierda y femenino a la derecha (**ver figura 1**)

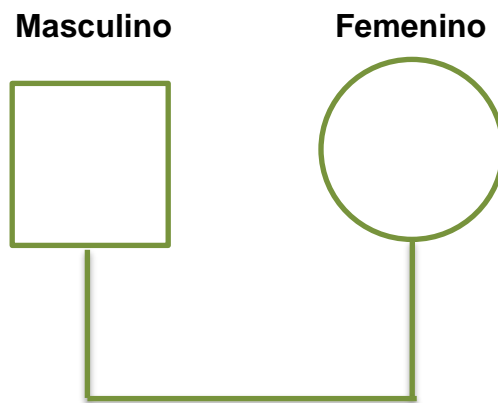


Figura 1

Las relaciones de pareja **legalmente establecidas** se trazan con línea continua (figura 1) y las relaciones de parejas **no formalizadas legalmente** (concubinato) se expresan en líneas discontinuas, incluyendo el equivalente de pareja (figura 2).

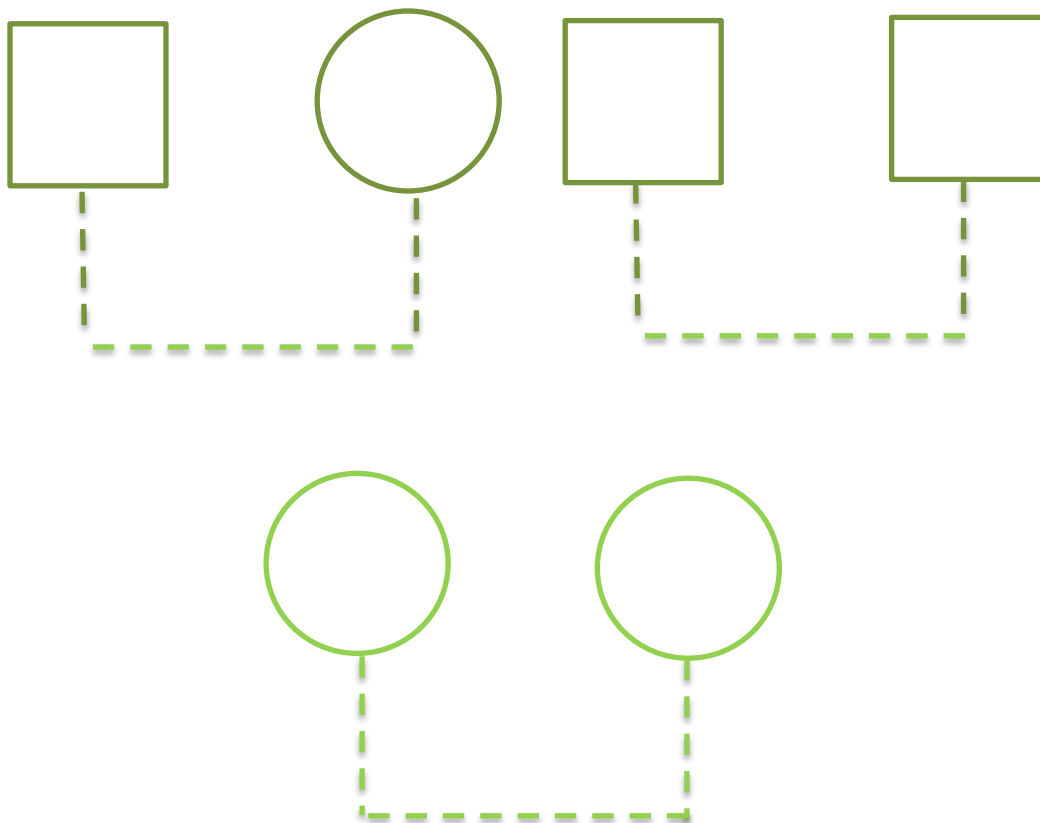


Figura 2

Por encima de la barra se puede adjuntar la **fecha del matrimonio** (figura 3)

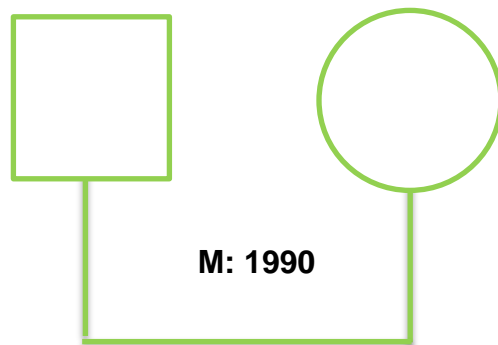


Figura 3

En línea horizontal se refleja el **Divorcio** con dos barras inclinadas que simbolizan la ruptura (figura 4) o una sola barra que simboliza la **separación** (figura 5). La fecha de separación o divorcio se coloca por encima de las barras inclinadas.

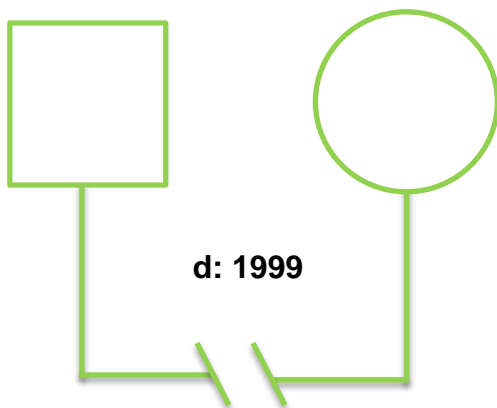


Figura 4

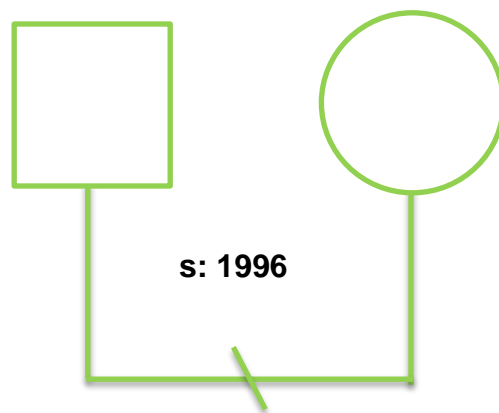


Figura 5

Si es necesario, por la repercusión que tenga para la familia actual, se deben reflejar las uniones anteriores, que también pueden representarse poniendo ausente a la pareja anterior, lo cual se realiza por el trazo de puntos o discontinuo (figura 6). En este caso es importante significar que, con vistas a mantener el principio de que en el gráfico de la estructura familiar la figura masculina se refleja a la izquierda de la femenina y teniendo en cuenta la presencia de la familia de segundas nupcias, lo que tiene gran implicación nuestra población, existe una serie de recomendaciones:

Cuando se estudie una familia en la que el hombre tenga segundas nupcias el familiograma quedará reflejando el matrimonio o relación disuelta a la izquierda de la figura masculina y por tanto la relación actual a la derecha (figura 6).

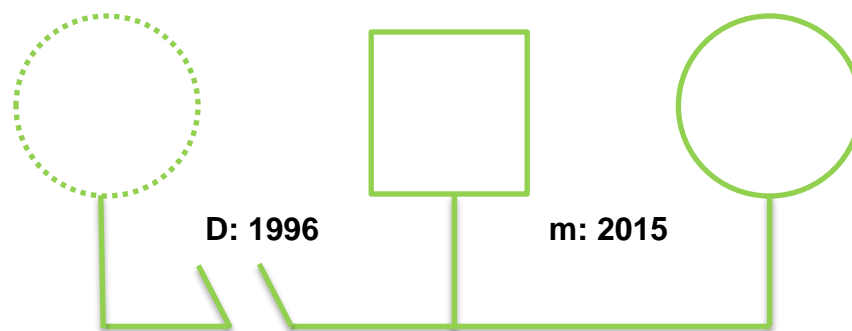


Figura 6

Cuando una familia en la que la mujer tenga segundas nupcias, el familiograma quedará reflejando la relación actual a la izquierda de la figura femenina y la relación disuelta a la derecha de la misma (figura 7).

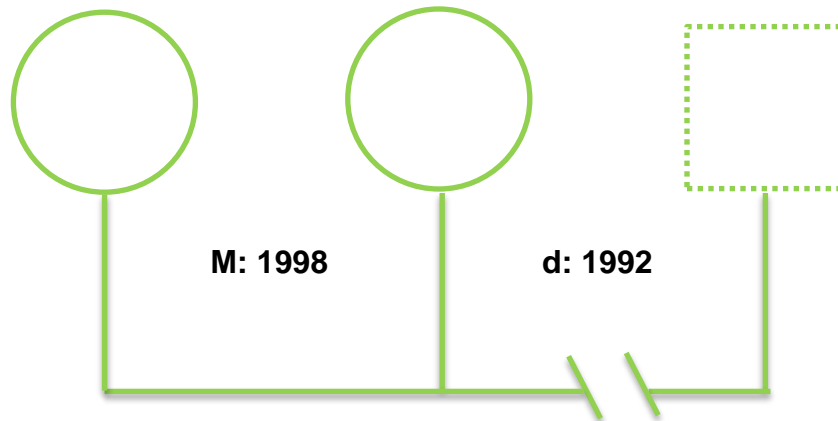


Figura 7

Los **hijos** penden con líneas verticales de la línea de unión horizontal entre sus padres, y se sitúan de izquierda a derecha por orden de nacimiento sin tener en cuenta la posición del sexo en la representación (figura 8).

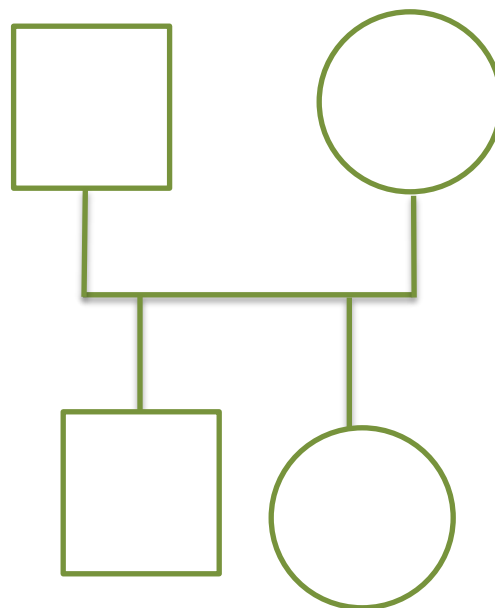


Figura 8

Los **hijos adoptivos** se unen con líneas de puntos a la línea horizontal que une a los padres (figura 9). Si los **hijos son gemelos**, las líneas se hacen converger en el punto de unión con la línea de los padres (figura 10).

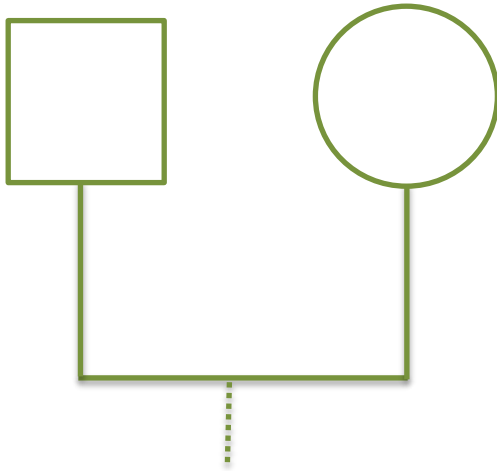


Figura 9

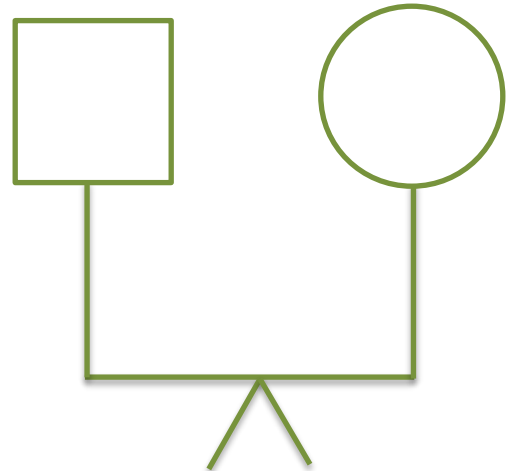


Figura 10

El **miembro ausente** se señala con líneas de puntos o discontinuas (figura 11), ya sea cuadrado o círculo, según sea el caso, y se coloca donde le corresponda su lugar en la representación de la estructura familiar.



Figura 11

Para representar al **miembro fallecido** se coloca una X dentro del círculo o cuadrado, según corresponda (figura 12).



Figura 12

Existen símbolos opcionales que representan la información que se señalará solo en los casos en que resulte necesario para el estudio de la familia. Los **Abortos espontáneos** se reflejan con una línea continua igual que un hijo nacido con el círculo o el cuadrado según corresponda, pero relleno y más pequeño de tamaño (figura 13). Los **Abortos provocados** se reflejan con una x pequeña (Figura 14) y los **Neonatos muertos** con círculo o cuadrado según corresponda, pero la figura muy pequeña (Figura 15).

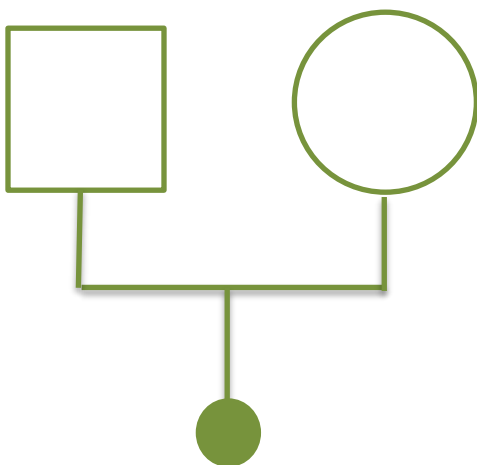


Figura 13

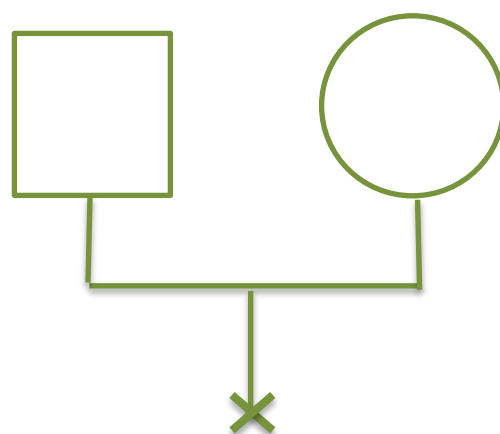


Figura 14

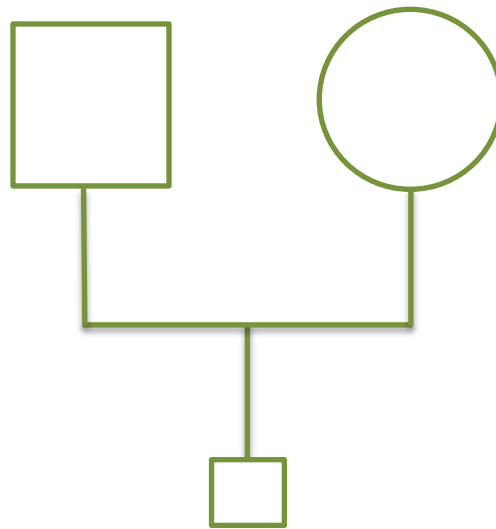


Figura 15

La **mujer embarazada** se señala con un triángulo pequeño dentro de su propio símbolo (figura 16).



Figura 16

REGISTRO DE INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Consiste en adjuntar al gráfico la información demográfica y la información de salud de los miembros de la familia.

Información demográfica

Se escribe dentro del cuadrado o del círculo de la figura, así puede reflejarse la flecha de nacimiento y también la de fallecimiento, si fuera necesario señalarla para el análisis de la situación de salud de la familia (Figura 17).

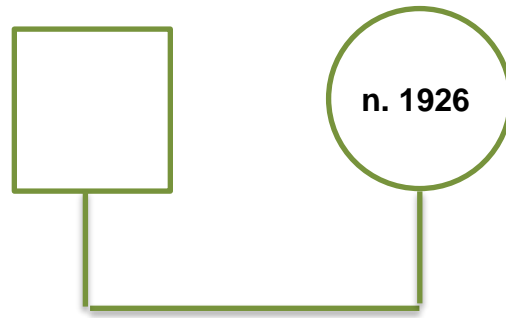


Figura 17

Información de salud: la información de salud de los miembros de la familia suele escribirse por fuera de los correspondientes símbolos siempre que sea necesario (figura 18).

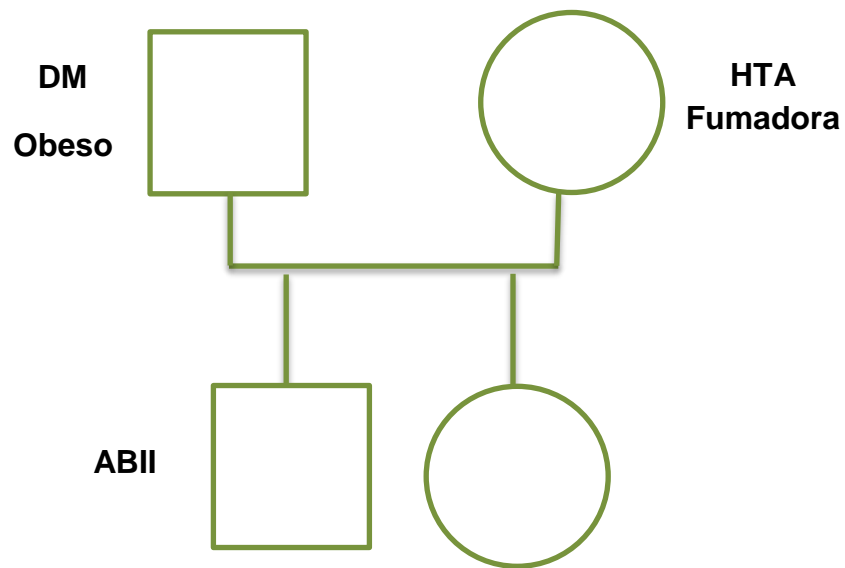


Figura 18

DM: Diabetes mellitus

ABII: Asma Bronquial grado II

HTA: Hipertensión arterial

Si en el hogar conviven personas que no tengan vínculos de consanguinidad ni parentesco, pero sus relaciones reproducen vínculos afectivos como sucede en la familia ampliada, estas relaciones se reflejan en el gráfico con una línea que rodea a la familia actual, y con líneas discontinuas o puntos, se representa el tronco generacional que le dio origen al miembro que hizo ampliada a la familia, pero no se incluye dentro del círculo (figura 19).

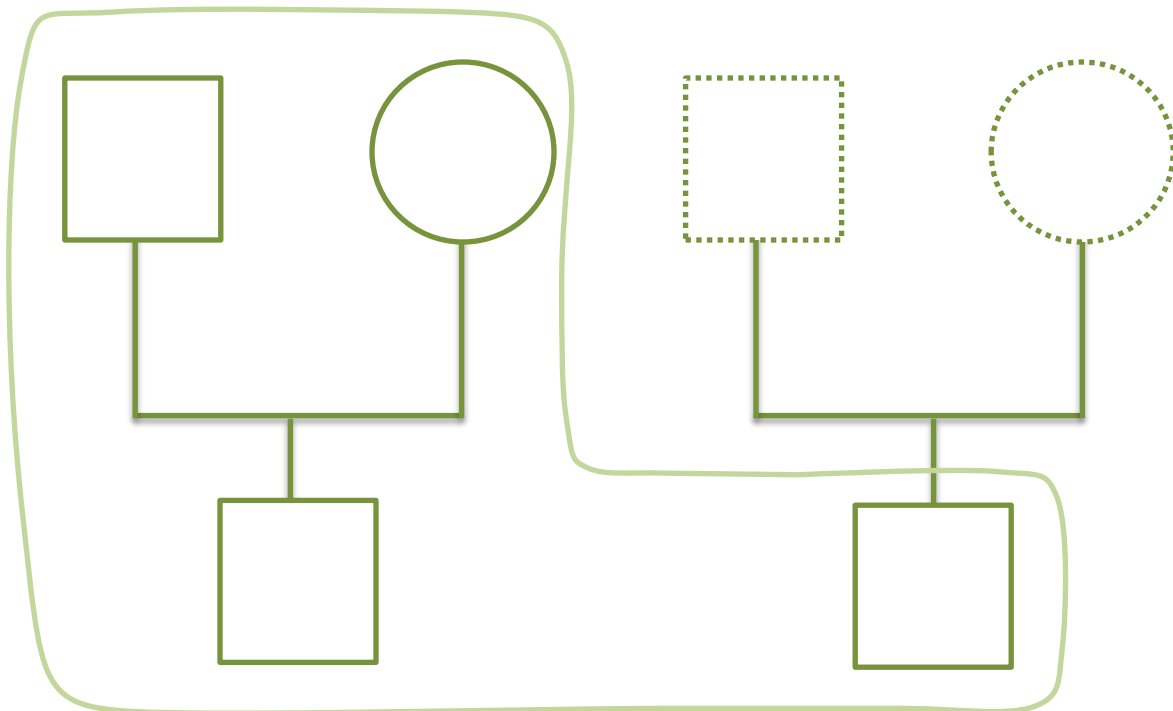


Figura 19

SEÑALAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES

Este tipo de información refleja las relaciones entre los miembros. Estas pueden ser cambiantes o perdurar por largos períodos. Significa el tipo de relación que establece cada miembro con todos los demás integrantes de la familia y viceversa. Si la relación se considera normal, no se hacen señalamientos en el gráfico.

1. **Relación fusionada:** relación excesivamente intensa, de gran influencia mutua e interdependencia (figura 20).

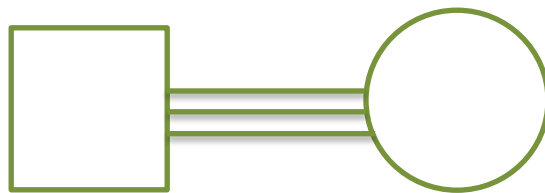


Figura 20

2. **Relación conflictiva:** relación caracterizada por desacuerdo, desarmonía y contradicciones evidentes entre los miembros (figura 21).



Figura 21

3. **Relación distante:** pobres vínculos afectivos y de comunicación entre los miembros (figura 22).

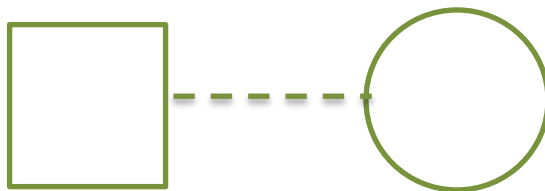


Figura 22

Ruptura de la relación: cuando se rompe el vínculo relacional entre los miembros (figura 23).

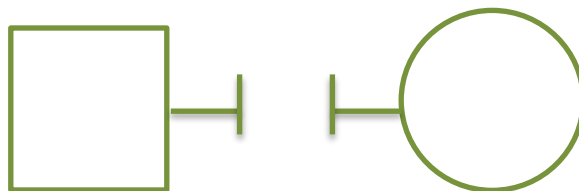


Figura 23

4. **Relación Violenta:** relación caracterizada por uno o varios de los aspectos siguientes:

- a) Agresión Física.
- b) Agresión Psicológica.
- c) Abuso sexual.
- d) Abandono.

Si la violencia es ejercida por un miembro sobre otro, se simboliza con flechas en un sentido (figura 24). En caso de que la violencia sea recíproca, se simboliza con flechas en ambos sentidos (figura 25)

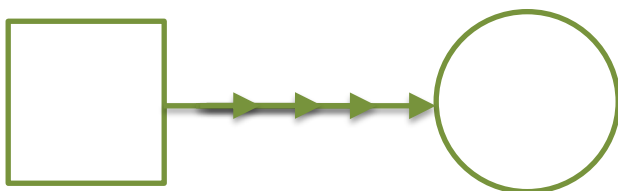


Figura 24

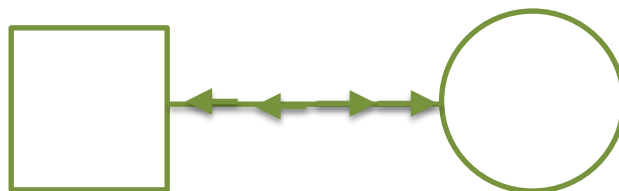


Figura 25

Referencia: Louro Bernal I. y otros, 2002, Manual para la intervención en la salud familiar.

APGAR FAMILIAR (CUALIFICACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA FAMILIA)

Smilkstein en 1978 creó el Apgar familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas de distintos estratos socioeconómicos y niveles socioculturales.

Consta de cinco preguntas a las que se les asigna un puntaje entre 0 y 4. Debe aplicarse a más de un miembro y promediar las puntuaciones. Permite clasificar las familias en:

- ✓ Buena función familiar (10 a 20)
- ✓ Disfunción familiar leve (14a 17)
- ✓ Disfunción familiar moderada (10 a 13)
- ✓ Disfunción familiar severa (< 9)
- ✓ Máximo 20/20

En los estudios de validación del Apgar familiar se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó al autor a incluir en su evaluación el apoyo que brindan las amistades. Así, el puntaje máximo para las dos preguntas de soporte de amigos es 8/8; se evalúa la presencia del soporte y su calidad. La importancia radica en que se ha encontrado como

fundamental el apoyo de una persona para hacer el efecto equilibrante entre estresores y recursos y obtener un mejor equilibrio psicosocial.

La puntuación conjunta entre el Apgar familiar y el soporte de amigos da un valor máximo de 28/28. Es posible definir el uso del Apgar familiar de forma individual o para evaluación conjunta.

Los parámetros se delinearón sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

	Preguntas	Nunca (0)	Casi Nunca (1)	Algunas Veces (2)	Casi Siempre (3)	Siempre (4)
Adaptación	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Participación	Me satisface la forma en que tomamos las decisiones importantes en mi familia, compartiéndolas entre todos.					

<p>Ganancia o crecimiento</p>	<p>Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.</p>					
<p>Afecto</p>	<p>Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa, el dinero</p>					
<p>Recursos</p>	<p>Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos</p>					
<p>Soporte de amigos</p>	<p>¿Tiene alguna persona, amiga o amigo cercanos, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?</p>					

Tabla 1: Ejemplo Apgar Tipo

MÉTODO DE APLICACIÓN

Solo cuando la persona no está capacitada para leer lo puede hacer el entrevistador, en el caso contrario existe una contraindicación absoluta por introducir sesgos. Debido a que el APGAR familiar es una medida subjetiva de cómo se ve la funcionalidad familiar, es fácilmente influenciado por condiciones como la edad, la fase del ciclo vital en la que se encuentre la familia, el estado de ánimo de quién rellena la escala, etc. Por ello, los resultados deben interpretarse con cautela y esperar a otros estudios donde se compare con otras escalas.

Al realizarlo, es importante eliminar los números en cada opción, por el sesgo que introduce, especialmente con el "0", equivalente a "Nunca" que tiene connotaciones negativas.

Los resultados sirven únicamente para el momento en que se realiza el Apgar. Su mantenimiento para un período, por ejemplo, de seis meses es algo para lo que no está diseñada la escala.

Su utilización se ha circunscrito más al ámbito sanitario que al social. Se incluye aquí, principalmente por la facilidad de aplicación que presenta, aunque, como ya se ha advertido, sólo nos resultará útil en un momento.

ECOMAPA (RELACIÓN CON EL ENTORNO DE APOYO)

Surge con la Teoría de la Ecología Humana. La ecología, desde el punto de vista socio-cultural intenta descubrir las relaciones recíprocas entre los organismos y su entorno. El enfoque ecológico se basa en el principio según el cual las necesidades y los problemas humanos nacen de las transacciones entre los seres humanos y su entorno.

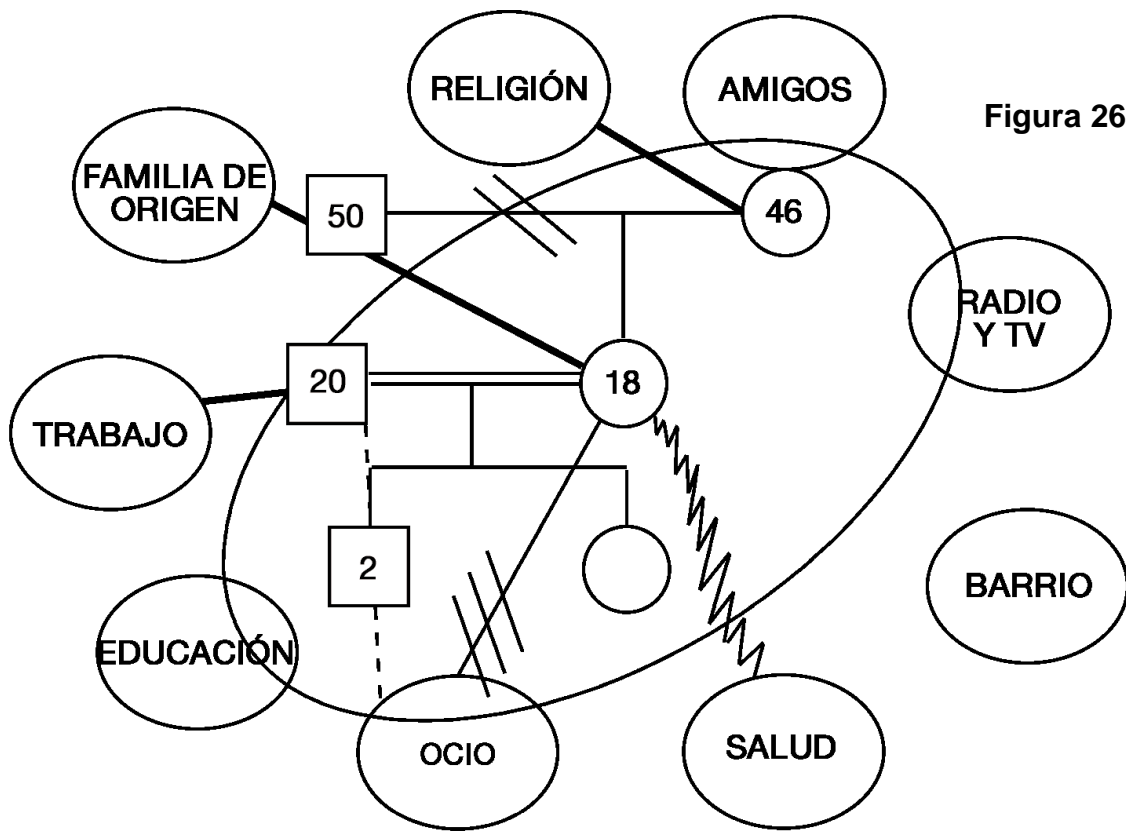
Desde el punto de vista ecológico, el tratamiento de los problemas, el cambio, será un proceso recíproco entre el propio sistema y el supra-sistema ambiental. Así, el

trabajo con los problemas familiares ha de dirigirse tanto a actuar sobre las personas, para aumentar la capacidad de adaptación y producir transacciones que les ayuden a desenvolverse, como a modificar el entorno, para que responda a las necesidades de las personas. Esto nos lleva a tener en cuenta los conceptos de equilibrio y circularidad.

El ecomapa proporciona la manera de valorar las relaciones sociales y recursos que utiliza una familia, es decir, nos aclara si la familia ha llegado a una situación de estrés o si le falta ayuda o integración. Desde esta perspectiva, se utiliza el ecomapa y se percibe a la familia inmersa en su medio y en relación con los diversos sistemas del espacio vital y con los recursos. Además, se deben señalar las relaciones de cada uno de esos sistemas con los miembros de la familia, para lo cual se pueden utilizar las mismas líneas utilizadas para el genograma. El ecomapa, no sólo es útil para valorar la situación de la vida, sino además nos puede facilitar una decisión y la formulación de un plan de intervención.

La familia nuclear se representa dentro de un círculo, dibujando cada uno de los miembros y su relación de parentesco. Los sistemas externos a la familia se dibujan alrededor mediante otros círculos más pequeños que representan los sistemas externos a la familia y que influyen en ésta: familias originarias, medio laboral, tiempo libre, salud, educación, etc.

También ayuda a conocer a la persona y su situación, tanto en relación con la familia, como con el resto de sistemas sociales (ver figura 26).



CÍRCULO FAMILIAR (DE THOWER)

Es un instrumento que permite obtener en forma gráfica y esquemática información de la familia tal como es percibido por el miembro que la dibuja.

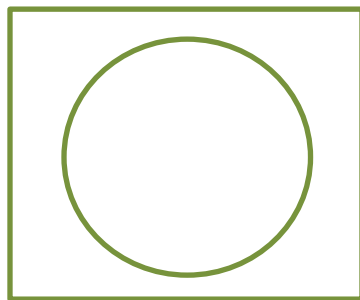


Figura 27

INSTRUCCIONES:

“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”.

Interpretación:

- I. Invitar al paciente a que explique lo que ha dibujado. La persona debe hablar abiertamente y no interrumpir, es importante que cuente de forma espontánea que significado relacional y emocional tiene cada círculo. El profesional deberá estar muy atento para detectar las reacciones no verbales que suscita las reflexiones y comentarios.

- II. Una vez ha finalizado su relato, se plantean una serie de preguntas dirigidas a clarificar algunos. Se preguntará sobre lo dibujado en el círculo, acerca de su vida, sobre las personas que hay en ellas, se consultará también sobre la proximidad o distancia de ciertas personas y sobre los límites del espacio personal.

El profesional no deberá de interpretar los dibujos, es la persona la que debe comunicar su significado.

Con este modelo tendremos información sobre:

- ✓ La relación afectiva, próxima o distante, de los miembros de la familia.
- ✓ Las relaciones con los amigos, vecinos o compañeros de trabajo.
- ✓ Los lugares que ocupan las personas, en un plano afectivo.

- ✓ La influencia de instituciones, iglesia, lugares de ocio en sus relaciones o en los apoyos.
- ✓ Problemas y conflictos con el entorno.

Ejemplo Círculo Familiar de Thower:

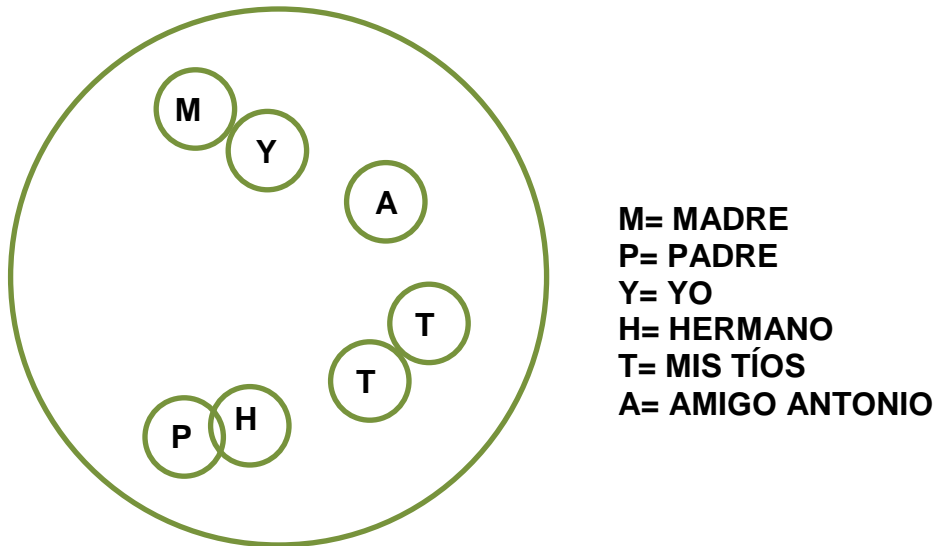


Figura 28

Referencia: Consejería de Salud y Servicios Sociales, 2000, " Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar".

VISITA DOMICILIARIA (DESARROLLO DEL ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL)

La visita domiciliaria es una actividad que los equipos de salud realizan desde hace varias décadas y su espíritu se ha ido modificando conforme a la transición de un modelo paternalista biomédico hacia el modelo biopsicosocial.

Es importante destacar, desde la perspectiva sistemática, que todas las intervenciones sobre las familias tienen la potencialidad de reproducir cambios

(intencionados o no intencionados) en el sistema familiar y por lo tanto no son inocuas. Por esta razón es tan importante contar con el consentimiento de la familia destinataria para evitar efectos perjudiciales (iatrogenia).

En Chile, hay registros de que las visitas domiciliarias se empezaron a efectuar en la década de los treinta por las primeras profesionales, mujeres de clase media, que ejercían tareas educativas, higiénicas y epidemiológicas en el hogar; constatando el beneficio de hacer participar a la familia en el cuidado de un integrante enfermo. Estas visitas se centraban en familias que vivían en condiciones de pobreza, en las poblaciones periféricas y en conventillos o cités.

Desde entonces, profesionales como enfermeras, matronas, médicos y asistentes sociales han encontrado en el ejercicio de este tipo de intervención beneficios comunes a sus labores. Las matronas han realizado visitas domiciliarias en el marco del Programa Salud de la Mujer, brindando atención integral de salud a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.



La reforma al Sistema Sanitario, intencionó la transformación de los Centros de Salud en Centros de Salud Familiar, con políticas de fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y modernizando el Modelo de Atención con un énfasis en la atención integral, con enfoque familiar y

comunitario. En este marco, la medicina de familia considera la visita domiciliaria como una prestación destinada a mejorar la salud integral de la familia y la comunidad.

Actualmente en Chile, desde el inicio de la implementación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en las primeras 161 comunas piloto (2007), Chile Crece Contigo ha generado incrementos de hasta un 500% en la prestación visita domiciliaria integral a Familia con embarazada en riesgo psicosocial. Se espera que este aumento en las visitas durante la gestación, progresivamente también se manifieste con incrementos similares en visitas dirigidas a apoyar la atención integral del niño y su familia después del nacimiento, con el objeto de contribuir a mejorar resultados en áreas tan relevantes como el desarrollo emocional, el lenguaje y la cognición.

DEFINICIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL (VDI)

La visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial se define como:

“Una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio, dirigida a la familia, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y los integrantes del círculo familiar, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para favorecer mejoras a nivel de salud física y mental. La visita domiciliaria integral se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención”

CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LAS VISITAS DOMICILIARIAS

Los profesionales y técnicos del equipo de salud que realizan visitas domiciliarias tienen la oportunidad de introducirse en la vida de familias y niños o niñas que viven en situaciones de vulnerabilidad. El cambio del contexto de la entrega de servicios hacia el domicilio implica la consideración de nuevos aspectos en las características de la relación que contribuyan al éxito de la visita domiciliaria, algunos de éstos son:

1. La VDI debe realizarse con el **acuerdo explícito de las familias**, no basta realizar una buena planificación de la fecha, hora, y contenidos, sino que debe asegurarse de que la familia a quién se visite, esté de acuerdo con ser visitada. Para esto se requiere que durante al inicio de la visita, se explicita el interés por parte del equipo de salud en ofrecer esta atención por alguna preocupación en el desarrollo integral del niño o niña y que el adulto firme un **Consentimiento Informado**.
2. A pesar que el foco temático de la visita no se debe olvidar que las **intervenciones en el domicilio están dirigidas hacia todos los integrantes del grupo familiar**, por lo tanto una condición para la realización de la visita es que esté presente cada uno de ellos

3. **Consideraciones de la relación profesional:** la calidad de la relación profesional y humana que construyan los profesionales y técnicos con las familias es una de las herramientas más poderosa al momento de apoyarlas y motivar para un cambio. Esto es de particular importancia en el caso de adolescentes embarazadas, la relación que se establezca permitirá generar un vínculo que podrá motivar cambios de conducta y mejorías en el autocuidado. Esta relación especial está orientada a un trabajo en conjunto con objetivos predeterminados, por esta razón también se llama alianza.

Las relaciones exitosas con las familias a las cuales se les realizará la visita domiciliaria deberán basarse en el respeto mutuo, la confianza, la aceptación, la flexibilidad y la conciencia en las diferencias culturales. La construcción de esta alianza con las familias es mutua y comienza durante el primer contacto con los integrantes y se va consolidando con el tiempo.

4. **La confidencialidad de la información** es una de las bases para el establecimiento de una relación de confianza y se debe explicitar para fomentar la calidad de la relación. Es conveniente indicar la necesidad de un registro escrito de algunos aspectos de la VDI, cuya información queda en la ficha médica familiar. El único motivo para no cumplir la indicación de confidencialidad es la existencia de indicadores de riesgo vital y formas graves de maltrato o negligencia infantil.

En el tema de VDI a la adolescente embarazada se describen aspectos especiales a considerar en este ámbito.

5. La VDI debe contener **objetivos específicos o temáticas a trabajar que sean claros para los integrantes**, es decir, estos objetivos deberían ser percibidos de forma responsable como una oferta de apoyo que le haga sentido y que motive su participación activa en la intervención. Cuando existe mucha distancia entre las necesidades percibidas por el profesional o técnico y el paciente habrá que revisar si es necesario trabajar primero en crear la conciencia de problema en el adulto o bien trabajar en la adaptación y

acercamiento de los objetivos a las necesidades más urgentes percibidas por la familia.

6. Un aspecto fundamental es que el equipo profesional tenga la flexibilidad y competencia para poder responder ante eventuales **situaciones de crisis familiares inesperadas**, en el momento de visitar el hogar. Duelos, conflictos, Violencia intra-familiar, cesantía, son situaciones impredecibles que podrían implicar una reorganización en los objetivos preprogramados a favor de ofrecer una atención adecuada y contingente.

Para esto es necesario conocer el modelo de intervención en crisis, que se puede aplicar en varias temáticas y tener el catastro actualizado de la oferta de servicios de su comunidad.

7. Es importante saber que la **recepción** de cada familia a la visita es variable, dependiendo en gran medida de cuan preparados estén sus integrantes para participar en la intervención. Vale recordar que cada miembro de la familia traerá a la relación sus experiencias pasadas con otros proveedores de servicios, que pueden estar teñidos negativamente, así como también su temperamento, su personalidad, sus valores culturales y familiares; todos estos factores influirán en la calidad de la recepción y también en la manera de relacionarse con el equipo de salud. Por otro lado, el resguardo de aspectos éticos fundamentales como: la confidencialidad, privacidad, fomento de la participación, consideración de los derechos y deberes del paciente, respeto por la autonomía y autodeterminación de las personas; podrán fomentar la relación de ayuda y la calidad de la recepción de la intervención en el hogar.
8. **Resguardo de la seguridad:** es probable que en ocasiones se puedan presentar situaciones difíciles para el equipo, en las que el/los profesionales/técnicos tengan que tomar decisiones rápidamente. Para este tipo de situaciones es importante tener en cuenta que lo fundamental es resguardar su propia seguridad personal, no correr riesgos innecesarios, resguardar la

seguridad de los integrantes de la familia como del equipo, si fuera necesario, discutir sus inquietudes con su equipo de salud antes de tomar alguna decisión importante y en los procesos de seguimiento frente a dilemas éticos se sugiere contar con el apoyo del comité de ética.

Referencia: Ps. Moraga C., Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo, MINSAL, 2009, “Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia”.

INTERSECTORIALIDAD LOCAL Y PARTICIPATIVA

Uno de los principios del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, es la intersectorialidad local y participativa. Cada uno de estos conceptos los podemos definir de la siguiente manera:

Participación: se entiende como un valor social que involucra compartir el poder, desarrollar la solidaridad y el respeto por lo humano, implica el reconocimiento del otro como un ser válido e igualitario, digno de ser respetado y considerado en todas las situaciones y momentos que le vinculen con su proceso de salud enfermedad; ello permite contar con personas y equipos de salud capaces de lograr acuerdos de trabajo conjunto con organizaciones comunitarias autónomas a fin de fortalecer sus competencias y potencialidades en promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación. Otras dimensiones de la participación se relacionan con la consideración permanente de la opinión y preferencias de las personas en las decisiones del centro de salud y con el rol de control social de la gestión en salud.

Intersectorialidad: La acción conjunta de los distintos sectores es clave para la estrategia de APS y, junto a la participación social, es central para el abordaje de los determinantes sociales en salud (DSS). Los equipos de APS deben llegar a un equilibrio en la dinámica de activador y/o colaborador con el intersector y mantener coordinación permanente con las organizaciones de la comunidad.

Acciones intersectoriales: Este elemento de la APS renovada impulsa la articulación de todos los sectores para producir salud. Para ello debe identificar las responsabilidades y límites de cada actor y/o sector dentro del proceso de intersectorialidad. Ninguna ética anterior tuvo en cuenta las condiciones globales de la vida humana, ni el futuro lejano. Que hoy esas cosas estén en juego exige una concepción nueva de los derechos y deberes; algo para lo que ninguna ética ni metafísica anterior, proporcionó principios, ni menos una doctrina. Ello nos exige estar atentos y una autovigilancia en la búsqueda de nuevas soluciones éticas.

La intersectorialidad como forma de trabajo participativo y descentralizado ha sido una posible vía para abordar los actuales y complejos problemas de salud que rebasan el campo de un servicio de salud. En la intersectorialidad se incluyen sectores como: Educación, vivienda, instituciones legales, organizaciones políticas, municipalidades y otras organizaciones públicas como privadas que puedan aportar al bienestar de las personas.

Se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos o medios para controlar el entorno y mejorar las condiciones de vida al tiempo que brinda posibilidades para el mejoramiento de los procesos de gestión en los sistemas y servicios de salud. Forma parte de políticas y estrategias para el balance de un desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional.

El enfoque tecnológico de la intersectorialidad y el carácter extensivo del sector salud hacia otros sectores, a través de intervenciones coordinadas de instrucciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, ha de ser comprendido por lo que significa para el logro de una importante y necesaria respuesta social organizada. Las propias características de la salud, perteneciente a un sistema social altamente complejo, donde participan actores de dentro y fuera del sector, determina una dinámica de actuación completamente

diferente, que debe ser entendida por la totalidad de los integrantes de un sistema de salud.

El alcance de la intersectorialidad y la participación social no es consecuencia de la espontaneidad, pues se requiere una concepción adaptada al sistema de salud local, una voluntad política que la sustente y un diseño tecnológico que la inserte naturalmente en la producción de salud.

Referencia: Subsecretaría de Redes Asistenciales; División de Atención Primaria, 2013, “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Es una metodología de identificación de problemas y situación de salud de una comunidad, ejecutada a través de un trabajo conjunto con la comunidad organizada y sus líderes. Además de la etapa propiamente diagnóstica, incluye la priorización de problemas, la selección de intervenciones y la evaluación del impacto, también en conjunto con las organizaciones comunitarias.

En relación a los elementos que caracterizan a la población, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile orienta a desarrollar 5 puntos, en los cuales es preciso utilizar fuentes técnicas (registros de salud) y fuentes comunitarias:

1. Descripción del nivel o situación de salud	
Mortalidad	Morbilidad
Mortalidad General	Exámenes de Salud
Mortalidad Infantil	Encuestas de Morbilidad (Encuesta Nacional de Salud, análisis locales)
Mortalidad Materna	Consultas Médicas
Mortalidad por Causas	Egresos Hospitalarios (información indispensable para la atención primaria y la programación en red)
Esperanza de vida	Enfermedades de Notificación Obligatoria
Índice de Swaroop	Pensiones de Invalidez
AVISA (años de vida saludable que se pierden por muerte o incapacidad)	Licencias Médicas
AVPP (años de vida potencialmente perdidos).	
2. Descripción de factores condicionantes	
Población:	Medio Cultural:
Volumen	Desarrollo Económico, Educación, Vivienda y Saneamiento, Alimentación, Transporte y
Estructura según grupos etarios y género	Comunicaciones, Consumo y Ahorro, Recreación, Trabajo, Vestuario, Seguridad
(susceptibilidad)	

Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)	Social, Libertades Humanas Características Culturales, Etnia, Desarrollo comunitario, etc.
Medio Natural: Clima - Naturaleza - Situación Geográfica	Sector Salud: Política de Salud Organización de la red asistencial, identificar los flujos de derivación, etc. Recursos Materiales, Financieros, Humanos

3. Explicación

Se trata de ver de qué manera los factores condicionantes influyen en la situación de salud de una comunidad. Se realiza análisis de la magnitud de los factores condicionantes y se evalúa la consecuencia o responsabilidad del Sector Salud en el nivel de salud.

4. Apreciación

Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo Normativo (metas nacionales, regionales, del Servicio de Salud y locales).

5. Pronóstico

Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.

Lo anterior constituye la primera parte del diagnóstico. A continuación es preciso complementarlo con las etapas de intervención y evaluación, con metodologías y

organización de los trabajos acordados con la comunidad. En todo el proceso es preciso recordar asignar metas, responsabilidades y plazos, de manera de no llevar a cabo procesos sin etapas claras, con riesgo de frustración tanto de parte del equipo como de la comunidad.

La frecuencia de actualización de diagnósticos dependerá de lo cambiante de la realidad y de la necesidad de nuevos datos, en todo caso es importante que la recopilación de datos no se transforme en un proceso tedioso, sino que tenga claramente estipulada la información que se requiere para un trabajo productivo.

Los equipos de salud debieran año a año sistematizar la información que se genera al interior del Centro de Salud, de manera de tener actualizada su información y disponer de insumos para la planificación.

La evaluación del diagnóstico participativo se hará a través de procedimientos también participativos como son las cuentas públicas, entre otros.

OBJETIVOS DEL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

- ✓ Obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud de la población, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes.
- ✓ Conocer la situación de las prácticas familiares y comunitarias a nivel local.
- ✓ Analizar los problemas de salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales.

- ✓ Revisar sus causas y consecuencias.
- ✓ Proponer acciones para hacer frente a los mismos.

¿Para qué sirve hacer un Diagnóstico Participativo?

- ✓ Conocer mejor el lugar donde vivimos y a nuestros vecinos.
- ✓ Identificar y conocer una realidad particular.
- ✓ Priorizar los problemas con un criterio consensuado por la comunidad y el equipo de salud.
- ✓ Facilitar a la comunidad el tomar conciencia de los problemas de salud que los aqueja.
- ✓ Dimensionar los problemas y las causas que los provocan.
- ✓ Crear espacios para la organización y la participación de toda la comunidad.
- ✓ Identificar las fortalezas y oportunidades de la comunidad.
- ✓ Edificar una base sólida sobre la cual elaborar un plan de trabajo dirigido a la solución de los problemas comunitarios.
- ✓ Definir un punto de partida, diseñar un plan y hacer un seguimiento.
- ✓ Recolectar datos que permitan hacerle seguimiento, control y evaluación.
- ✓ La información que se obtiene de un diagnóstico participativo permite priorizar y articular los recursos disponibles en torno a la superación de los problemas priorizados.

Referencia: Aguayo E. Rojas V; subsecretaria de redes asistenciales; división atención primaria; departamento de diseño y gestión de atención primaria, 2005,

“Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud”.

FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

La excelencia de una organización viene marcada por su capacidad de crecer en la mejora continua de todos y cada uno de los procesos que rigen su actividad diaria. La mejora se produce cuando dicha organización aprende de sí misma, y de otras, es decir, cuando planifica su futuro teniendo en cuenta el entorno cambiante que la envuelve y el conjunto de fortalezas y debilidades que la determinan.

A continuación se describen los principales pasos a seguir para la elaboración del plan de mejoras:

- 1. Identificar el área de mejora:** Una vez realizado el diagnóstico, la unidad evaluada conoce las principales fortalezas y debilidades en relación al entorno que la envuelve. La clave reside en la identificación de las áreas de mejora teniendo en cuenta que, para ello se deben superar las debilidades apoyándose en las principales fortalezas.
- 2. Detectar las principales causas del problema:** La solución de un problema, y por lo tanto la superación de un área de mejora, comienza cuando se conoce la causa que lo originó. Existen múltiples herramientas metodológicas para su identificación. Entre otras cabe destacar:
 - ✓ El diagrama de espina (causa-efecto).
 - ✓ Diagrama de Pareto.
 - ✓ Casa de la calidad.
 - ✓ Tormenta de ideas.

La utilización de alguna de las anteriores o de otras similares ayudará a analizar en mayor profundidad el problema y preparar el camino a la hora de definir las acciones de mejora.

- 3. Formular un objetivo:** Una vez se han identificado las principales áreas de mejora y se conocen las causas del problema, se han de formular los objetivos y fijar el período de tiempo para su consecución.

Por lo tanto, al redactarlos se debe tener en cuenta que han de:

- ✓ Expresar de manera inequívoca el resultado que se pretende lograr.
- ✓ Ser concretos.
 - ✓ Estar redactados con claridad.

Así mismo deben cumplir las siguientes características:

- ✓ **Ser realistas:** posibilidad de cumplimiento
 - ✓ **Acotados:** en tiempo y grado de cumplimiento.
 - ✓ **Flexibles:** susceptibles de modificación ante contingencias no previstas sin apartarse del enfoque inicial.
 - ✓ **Comprensibles:** cualquier agente implicado debe poder entender qué es lo que se pretende conseguir.
 - ✓ **Obligatorios:** existir voluntad de alcanzarlos, haciendo lo necesario para su consecución.
- 4. Seleccionar las acciones de mejora:** paso siguiente será seleccionar las posibles alternativas de mejora para, posteriormente, priorizar las más

adecuadas. Se propone la utilización de una serie de técnicas (tormenta de ideas, técnica del grupo nominal, etcétera) que facilitarán la determinación de las acciones de mejora a llevar a cabo para superar las debilidades. Se trata de disponer de un listado de las principales actuaciones que deberán realizarse para cumplir los objetivos prefijados.

- 5. Realizar una planificación:** El listado obtenido es el resultado del ejercicio realizado, sin haber aplicado ningún orden de prioridad. Sin embargo, algunas restricciones inherentes a las acciones elegidas pueden condicionar su puesta en marcha, o aconsejar postergación o exclusión del plan de mejoras. Es por lo tanto, imprescindible conocer el conjunto de restricciones que condicionan su viabilidad.

Establecer el mejor orden de prioridad no es tan sencillo como proponer, en primer lugar, la realización de aquellas acciones asociadas a los factores más urgentes, sino que se deben tener en cuenta otros criterios en la decisión.

Referencia: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2013, “Plan de mejoras, Herramienta de trabajo”.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008, “Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria”.
- ✓ CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito, 2010, “Normativa apertura tarjeta de salud familiar”.
- ✓ Programa de trabajo social y apoyo la dinámica y estructura familiar.
- ✓ Consejería de Salud y Servicios Sociales, 2000, “Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar”.

- ✓ Ps. Cecilia Moraga, Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo, MINSAL, 2009, “Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia”.
- ✓ Subsecretaría de Redes Asistenciales; División de Atención Primaria, 2013, “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”.
- ✓ Aguayo E. Rojas V; subsecretaria de redes asistenciales; división atención primaria; departamento de diseño y gestión de atención primaria, 2005, “Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud”.