Protocolo de Acompañamiento a Familias evaluadas como de Riesgo

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
TS. RODRIGO FERNÁNDEZ ZUMARÁN	OFELIA TORRES REFERENTE SALUD FAMILIAR	COMITÉ TECNICO CESFAM JUAN PABLO II

Contenido

INTRODUCCIÓN 3
OBJETIVO: 7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 8
ALCANCE: 8
RESPONSABLES DE APLICAR: 9
GLOSARIO 9
DESARROLLO 14
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN FAMILIAR 14
SECTORIZACIÓN 15
Instrumentos de Registro: 17
CARPETAS FAMILIARES 18
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL 20
Instrumentos de Valoración y Registro: 21
Tarjetón Familiar 21
APGAR familiar: 25
Estudios de Familia 27
PROTOCOLO DE ESTUDIOS DE FAMILIA 27
Crisis Vitales: 30
Factores Protectores y de riesgo: 31
Seguimiento a usuarios Poli consultantes en SAPU 32
CONSEJERÍAS: 33
ANEXOS 35
Flujo Estudio de Familia en JPII: 35
Consentimiento Informado 36

Tarjetón Familiar 37

FORMATO DE CONFECCION DEL ESTUDIO DE FAMILIA 41

PROTOCOLO DE ESTUDIOS DE FAMILIA 43

Ficha Resumen Familiar 45

Plan de Intervención 46

INTRODUCCIÓN

La Reforma de la Salud ha introducido cambios radicales que están transformando el Sistema de Salud Chileno.

En su esencia, reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutiva y respetuosa.

Este actual desarrollo y mejoramiento del sistema de salud en Chile en la atención primaria se fundamenta en algunos modelos teóricos.

El modelo biomédico se constituyó en la forma de entender, en la sociedad occidental, los fenómenos salud y enfermedad.

Estos modelos plantean una perspectiva reduccionista, que es insuficiente para explicar el fenómeno salud-enfermedad. La teoría general de sistemas y el modelo biopsicosocial, plantean un cambio del paradigma y su traducción en el modelo biomédico; y son los fundamentos teóricos de la medicina familiar como disciplina.

Las características principales de este modelo, son:

1) Se centra en el individuo

2) Es sistémico

3) El médico no es “objetivo”.

4) El médico requiere destrezas y conocimientos específicos para incorporar, en su quehacer habitual, las variables psicosociales, de manera científica.

5) La relación médico-paciente incluye a la familia.

6) El diagnóstico incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y sociales.

5) El problema es definido por el paciente.

6) El tratamiento considera los recursos internos de las familias y los individuos.

La propuesta del nuevo modelo de atención, se realiza sabiendo que existe un modelo anterior, que está arraigado en los equipos de salud. El nuevo modelo de atención, se fundamenta en otro paradigma, cuya perspectiva es más amplia y apropiada, para enfrentar los nuevos desafíos en salud. El paradigma biopsicosocial de la salud, ofrece una visión integral del fenómeno salud-enfermedad, incorporando otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico que enfrenta la sociedad.

Los elementos que constituyen este Modelo de Atención son:

1) **Centrado en la Persona**: Se considera a la persona en salud y enfermedad, ambos estados están en un equilibrio dinámico, sobre el cual se debe intervenir, en beneficio de la salud. Con esta visión, la familia adquiere un papel fundamental, pues constituye el ámbito de mayor influencia en la persona a lo largo de toda su vida.

2) **Modelo de Relación**: Se define a partir de la relación establecida entre un profesional y una persona, en torno a un problema vinculado a la salud.

3) **Orientación Comunitaria y Participación**: El equipo de salud ve a cada paciente como parte de un grupo social, que comparte sus riesgos y potencialidades. La familia puede concebirse como la primera y más cercana comunidad de cada persona.

4) **Población a Cargo**: La participación de la población es una condición básica para el modelo, y que, a través del trabajo en redes, se puede potenciar el impacto de las intervenciones en salud, al reunir los esfuerzos locales.

5) **Continuidad en el Cuidado de la Salud:** Potencia el enfoque centrado en la persona y la orientación comunitaria. Favorece la satisfacción de la población y de los profesionales, Mejora el uso de los recursos, permite mejores resultados en salud.

6) **Resolutividad y Efectividad**: La primera se aplica en la perspectiva poblacional e incorpora criterios epidemiológicos en la definición de los problemas. La segunda, se aplica en la perspectiva del paciente individual, y se relaciona con poner a su alcance las herramientas adecuadas para la solución de sus problemas de salud.

7) **Equipo de Salud Especializado en Atención Primaria**: El equipo de salud debe reunir las condiciones que faciliten el enfoque, logrando la efectividad y resolutividad, y concretar la orientación a resultados.

8) **Red de Atención**: El trabajo de la red, debe estar centrado en la solución de los problemas de salud de las personas, buscando alcanzar el máximo nivel de eficiencia y efectividad, distribuyendo los recursos de acuerdo al logro de este objetivo. El desempeño de esta red, además, debería tener altos estándares de calidad, con permanente evaluación de sus resultados, tanto desde la perspectiva de sus distintos componentes, como de los propios usuarios.

9) **Flexibilidad/Dinamismo**: Esta característica, es lo que le permite adaptarse a las condiciones locales, reconociendo que distintas comunidades, familias, personas y equipos de salud, tienen distintas necesidades y capacidades para enfrentar el desafío de mejorar su situación de salud.

Otro aspecto importante para llevar a cabo este nuevo modelo es la implementación, la cual debe constituirse de diversos componentes:

Las características de implementación en el centro de salud familiar:

1) **Modelo organizacional**: Debe poseer una organización flexible, siendo los temas fundamentales en esta organización; la orientación y obtención de resultados, resolutividad clínica, efectividad poblacional, eficiencia en el uso de recursos, sistema de información ágil y moderno, tamaño del centro, descentralización, gestión participativa, liderazgo ,generación de incentivos, infraestructura.

2) **Definición de los Equipos de Salud:** Los procesos de reclutamiento, selección y evaluación del personal, deben considerar las características que permitan al equipo impulsar un proceso de desarrollo.

3) **Sectorización**: La definición de sectores deben considerar el tamaño poblacional, al igual que las variables culturales, sociales y económicas, para asegurar accesibilidad y equidad a la población.

4) **Resolutividad, Efectividad y Gestión Clínica:** En este Modelo, la toma de decisiones clínicas debe ser reflexiva y racional, basada en criterios comunes, sean estos científicamente probados o, bien, convenidos.

5) **Evaluación de calidad**: La evaluación debe abarcar dos ámbitos principales: los avances en la “implementación” y la evaluación del Modelo en sí mismo.

Las características de implementación en la Participación Comunitaria

1) Participación en la toma de decisiones clínicas

2) Definición de problemas y control social

3) Participación en el “espacio local” e intersectorialidad

B) Las características de implementación en la Red de Salud:

Existe un sistema vertical y jerárquico, estratificado en niveles, el que presenta serias dificultades de coordinación, para el manejo de las personas que en él se atienden. Este modelo debe dar paso a un sistema centrado en el usuario y en la resolución de sus problemas de salud.

El sistema, en su totalidad, debería permitir, a través de procesos descentralizados, niveles de autonomía de los distintos actores.

Todo lo expuesto presenta la propuesta del Modelo de Atención en Salud Familiar para la Atención Primaria, el cual formalizamos para el trabajo local con las familias que corresponden al territorio de acción del CESFAM JPII.

OBJETIVO:

Entregar herramientas de orientación en el uso de instrumentos de Salud Familiar que sirvan de guía para la integración, información y ejecución de la modalidad de trabajo en el CESFAM JPII

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Presentar el flujograma de Salud Familiar utilizado en el CESFAM.
- Describir y presentar los instrumentos de valoración y registro en el trabajo de sectorización y creación de carpetas familiares.
- Describir y presentar los instrumentos de valoración y registro en la visita domiciliaria integral.
- Describir y presentar los instrumentos de valoración y registro en las consejerías.
- Describir y presentar los instrumentos de valoración y registro en el estudio de Familias evaluadas de Riesgo
- Describir y presentar los instrumentos de valoración y registro en el acompañamiento de Familias evaluadas de Riesgo

ALCANCE:

El siguiente protocolo de acción pretende intervenir en las Familias evaluadas como de Riesgo, inscritos en CESFAM Juan Pablo Segundo de la ciudad de La Serena.

RESPONSABLES DE APLICAR:

Médicos, enfermeros, Kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y profesionales del área de la salud del CESFAM Juan Pablo Segundo de la ciudad de La Serena.

GLOSARIO

1. **CESFAM:** Centro de Salud Familiar
2. **ANAMNESIS:** Recopilación de información de los datos clínicos relevantes y del historial de un paciente. La anamnesis incluye los antecedentes personales y familiares respecto a la enfermedad.
3. **REHABILITACIÓN:** Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o una enfermedad.
4. **PACAM:** Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
5. **SIDRA:** Sistema de información de redes asistenciales.
6. **Accesibilidad**: es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación, etc.

7. **AVNI:** Apoyo ventilatorio no invasivo. Programa Ministerial destinado a brindar soporte ventilatorio a menores con secuelas pulmonares asociadas a patologías neuromusculares.

8. **Capacidad resolutiva**: es la capacidad que tiene que tiene un establecimiento de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

9. **Cartera de servicios**: conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la

orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

10. **CECOSF:** Centros Comunitarios de Salud Familiar, atienden una parte de la población inscrita en el establecimiento del cual dependen, y cubren los mismos servicios que aquél, en forma complementaria, a fin de resolver de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y por el tipo de trabajo que realizan en conjunto con ésta, en las tareas de promoción, prevención curación y rehabilitación de la población.

11. **CESFAM:** Es el espacio físico que reúne en si los principios de la salud familiar (enfoque bio-psico-social, énfasis en la promoción y continuidad de los cuidados).
12. Estimula el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene un contacto multisectorial.
13. La característica principal es que introduce a la familia como una unidad de atención

14. **Consultoría médica de especialista**: actividad realizada por médico especialista en conjunto con médicos y equipos de salud de Atención Primaria tratantes, con el fin de realizar diagnóstico, definir programa de tratamiento de un paciente específico y de actualizar conocimientos. Esta actividad se realiza con el paciente presente.

15. **Consejería en salud**: es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona. La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto del cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.

16. **Continuidad de la atención**: se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó la consulta.

17. **Control:** función administrativa que consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los acontecimientos se adecuen a los planes. Implica medir el desempeño con metas y planes; mostrar dónde existen desviaciones de los estándares y ayudar a corregirlas.

18. **Control social**: es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual y colectiva sobre las decisiones en materias de salud que le afectan directamente, tanto a nivel de las definiciones políticas como de las estrategias de implementación.
19. **Contrareferencia**: es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

20. **Demanda**: el número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

21. **Descentralización de la autoridad:** tendencia a dispersar la autoridad para la toma de decisiones en una estructura organizacional.

22. **Eficacia:** consecución de objetivos; logro de los efectos deseados.

23. **Eficiencia:** logro de los fines con la menor cantidad de recursos; logro de los objetivos al menor costo.

24. **Equipo:** grupo de personas con habilidades complementarias comprometidas con un propósito común y una serie de metas de desempeño, de los que son mutuamente responsables.

25. **Estrategia**: una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.

26. **Gestión clínica**: “es el más adecuado uso de los recursos, humanos, tecnológicos y organizativos para ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)”.

27. **Gestión por proceso clínico**: estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en

evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso a un establecimiento (entrada) hasta el alta o resolución (salida).

28. **Instancias de participación**: son espacios formales de participación tales como Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, creados con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios.

29. **Modelo de atención de Salud:** conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige- más que al paciente o a la enfermedad como hecho aislado-a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un constante proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

30. **Modelo de gestión**: es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

31. **Oferta**: es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado período.

32. **Promoción**: “proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla”; y que operacionalmente el Ministerio de Salud ha definido como “estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de la salud y mejoramiento de la calidad de vida”.

33. **Participación ciudadana**: es el ejercicio de derechos ciudadanos y se enmarca en el contexto de los derechos humanos y en el aseguramiento de garantías en salud.

34. **Participación comunitaria en salud**: es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios.

35. **Protocolo de atención**: es un instrumento de aplicación, de orientación eminentemente práctica que determina el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnósticos necesarios con relación a

la patología y de acuerdo al nivel de complejidad. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una Guía Práctica Clínica (GPC), ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

36. **Protocolo de referencia y contrareferencia:** es un instrumento de aplicación**,** eminentemente práctica que determina los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrareferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

37. **Red asistencial**: conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2º de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

38. **Régimen general de garantías en salud:** "es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la Ley Nº 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley Nº 18.469" .

39. **Referencia** (sinónimo de derivación): es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.
40. **Sistema de referencia y contrareferencia**: es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrareferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud

DESARROLLO

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN FAMILIAR

Un equipo de trabajo necesita introducirse en el contexto social, comunitario y familiar para mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la población a cargo y una mejor utilización de los recursos existentes. Los integrantes del CESFAM JPII conocen, valoran y optimizan los recursos comunitarios disponibles para cuidar la salud de las personas y familias a cargo, es así como en pro de una confluencia de miradas desde diferentes disciplinas se aporta a un análisis más integral de la situación de salud, no sólo de individuos y familias, sino de la comunidad en su conjunto, lo que permite una articulación de redes de apoyo, todo esto en el espacio de un día a la semana por sector, tanto Plata como Verde, para gestionar el modelo.

Como puerta de entrada y comienzo del trabajo con las familias, se establece el proceso de inscripción en SOME, donde se completa la primera parte otorgando un número de Familia al grupo, por el sistema informático, luego el SOME deriva a los siguientes profesionales:

- Profesional de acuerdo a la prestación
- Asistente social (según sector)
- Psicólogo

Estos profesionales llenan el tarjetón familiar con genograma, ficha familiar y determinan el riesgo social:

- **Riesgo bajo:** Consejería Breve, refuerzo positivo.

- **Riesgo moderado:** Se presenta el caso en la reunión de sector, planteando la necesidad de una visita domiciliaria integral, consejería, o bien estudio de familia; se establece una reevaluación/seguimiento en un plazo de 6 meses.

- **Riesgo Alto:** Se presenta el caso en la reunión de sector, planteando la necesidad de una visita domiciliaria integral y derivación a la red de salud, se establece una reevaluación/seguimiento en un plazo de 6 meses.

Según este flujograma de atención se establecen las siguientes intervenciones y modalidades de trabajo, enfocadas tanto a nivel familiar como comunitario (con el objetivo de fortalecer redes de apoyo) presentándose a continuación:

- Sectorización y Carpetas Familiares.
- Visita domiciliaria Integral.
- Consejerías.
- Educaciones a grupos organizados.
- Derivación en inter o intrasector.

SECTORIZACIÓN

Tener una pequeña población a cargo, por equipo, es una de las estrategias que facilita el enfoque biopsicosocial y la continuidad de los cuidados, al permitir la identificación entre usuario y equipo. Esto obedece a la necesidad de sectorizar, limitando el número de usuarios, frente a un amplio y complejo campo de actuación, con el objeto de permitir una mayor proximidad y conocimiento del individuo, su familia, su comunidad y su entorno, facilitando así una correlación equilibrada entre demanda y capacidad de respuesta, mejor uso de los recursos y el desarrollo de acciones preventivas y promocionales.

Según organización, se crea en el CESFAM una subdivisión de un área geodemográfica, para obtener unidades más pequeñas, lo que facilita su conocimiento y favorece una relación más cercana entre la población que allí habita y quienes trabajan con ella, designándose el sector Plata y Verde mas Amarillo como transversal donde actúan los profesionales en convenio Centro Dicente de la Universidad Católica del Norte, convirtiéndose en una estrategia de lograr mayor impacto de atención de demanda.

- **Sector 1 (Plata):** Comprendido entre la calle Valparaíso vereda Norte hasta la calle Isidoro Campaña vereda sur limitando por el este con la calle José Toma Errazuriz y por el oeste con la calle Pinto Carlos Sotomayor
- **Sector 2 (Verde):** Comprendido entre la calle Isidoro Campaña vereda Norte hasta la Quebrada del Jardín, limitando por el este con la calle José Toma Errazuriz y por el oeste con la calle Pinto Carlos Sotomayor

Según un programa de implementación de intervenciones de trabajo por medio de la designación de un día de sector (repartido en reunión en la mañana y salidas a terreno en la tarde), un/a encargado/a de sector, un/a encargado/a de visitas domiciliarias, un/a encargado/a de consejerías familiares y un/a encargada de educaciones a grupos organizados se llevan a cabo las intervenciones a considerar en este documento.

Encargados 2015:

Encargado/a	**Sector Plata**	**Sector Verde**
Coordinador de Sector	1	1
Visitas Domiciliarias	1	1
Consejerías familiares	1	1
Educaciones a grupos	1	1
Día de sector	Martes de cada semana	Miércoles de cada semana

Instrumentos de Registro:

Registro de actas y Observaciones

.Descripción: En cada reunión de sector un designado participa como secretario/a, registrando cada tema a tratar, observaciones y temas pendientes, en relación al trabajo interdisciplinario familiar, coordinación de sector, informaciones y decisiones del acta emanada de la reunión semanal del comité Técnico de la Dirección, según la moderación del encargado de sector.

Hoja de Ruta

.Descripción: Al finalizar cada reunión de sector se entrega esta hoja de registro a Dirección, según lo planificado como ruta de visitas domiciliarias en la tarde del día de sector.

CARPETAS FAMILIARES

Es preciso potenciar las capacidades de la Atención Primaria para llevar los servicios lo más cerca posible de las personas y mejorar así la calidad de las prestaciones. En el CESFAM se establece la implementación de carpetas familiares permitiendo así actividades en salud familiar y comunitaria, que contemplan la designación de equipos de salud de cabecera para todas las familias, actualización de datos y seguimiento de cada familia inscrita.

- **Descripción:** sistema de documentación que contiene las fichas clínicas de cada familia y los siguientes documentos de registro:

Caratula de la Carpeta

.Descripción: Sistema de registro de los antecedentes familiares en relación al nombre de la familia (Apellidos paternos de los jefes de hogar), dirección, teléfono, sector y datos de cada integrante. Completándose también la fecha y responsable de: visitas domiciliarias, consejerías, estudios de familias y otras intervenciones.

Consentimiento Informado

.Descripción: Documento que permite registrar al ingreso el consentimiento de un caso índice, para ser incorporado a la atención familiar del CESFAM, identificando datos personales, dirección, teléfono y datos del Profesional a cargo a su ingreso.

Simbología de la carpeta familiar

.Descripción: Identificación exterior de la carpeta familiar, donde se especifica el riesgo familiar según colores, el tipo de intervención y presencia de usuario/a de los tres tipos de familia definidos por el equipo del CESFAM a intervenir con Riesgo.

Caratula Funda – Archivo Salud Familiar

.Descripción: Registro de actividades vigentes del grupo de salud familiar que se mantiene en la funda de archivo de salud familiar que posee cada encargado de la familia, considerando el registro anual, trimestral o mensual de las prestaciones de salud según corresponda en cada control de salud de los integrantes de la familia.

Citación a entrevista

.Descripción: Documento que permite a un profesional citar a los usuarios a una entrevista en Centro de Salud con el fin de actualizar sus datos familiares.

VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

En Chile, la visita domiciliaria es una prestación que está incorporada en distintos programas y en el quehacer de los profesionales y equipos desde los inicios de la década de los años cincuenta.

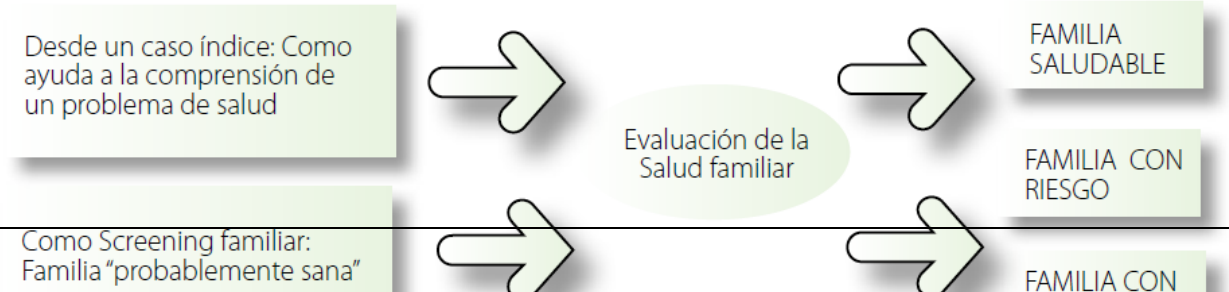
❖ **Definición:** La visita domiciliaria integral se define como la actividad realizada por 2 o más integrantes del equipo de salud multidisciplinario en el domicilio de una familia, para brindar asi acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

❖ **Objetivos:**

- ✓ Establecer una integración con uno o más miembros y su entorno.
- ✓ Conocer y evaluar el entorno de la familia.
- ✓ Brindar apoyo a la familiar para enfrentar problemas biopsicosociales, en el marco de una relación asistencial continua.

Fuente: *"En el camino a Centro de Salud Familiar",* Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2008.

¿Cuáles son las formas de aproximación a la salud familiar?



Instrumentos de Valoración y Registro:

Tarjetón Familiar

Descripción: Documento que permite registrar al ingreso, los datos de las familias y cada uno de sus integrantes, en conjunto con un genograma, cronograma de eventos familiares, antecedentes de la vivienda, económicos, evaluación de riesgo familiar, puntaje APGAR y plan de intervención. Puede ser completado en una visita o al ingreso.

Genograma: Es una forma visual de resumir rápidamente los antecedentes familiares que facilita el abordaje sistémico de la persona consultante, proporcionando a éste y al profesional una muestra gráfica de la familia, incluyendo los problemas biomédicos y psicosociales y los patrones familiares de enfermedad. Permite:

- ✓ Establecer vínculos con las personas y grafica sus relaciones
- ✓ Comprender al individuo en su contexto familiar
- ✓ Ayudar a las personas a entender su propia dinámica familiar
- ✓ Orientar los factores de riesgo

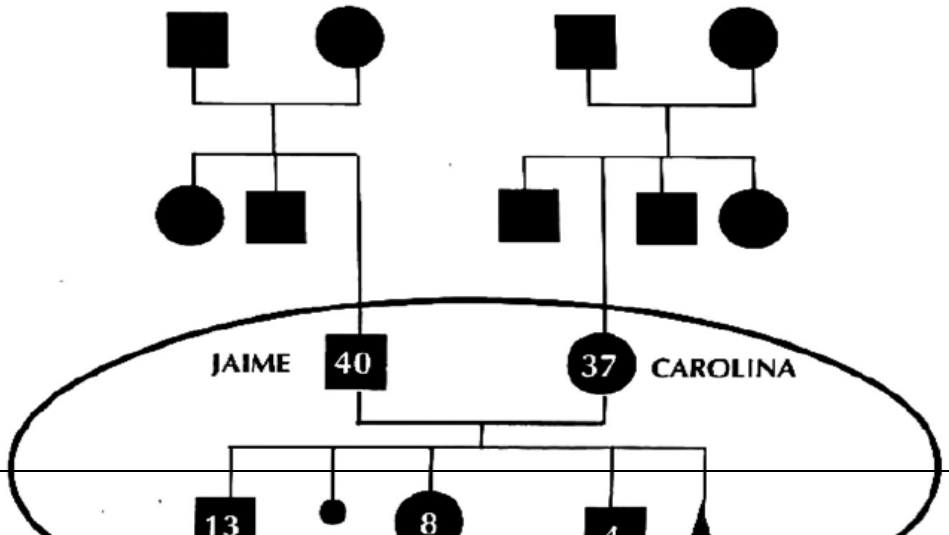
El genograma básico tiene símbolos estandarizados, que se presentan a continuación, tanto para el sexo de la persona como para las relaciones

generacionales. Para cada miembro se registra: nombre, fecha de nacimiento, problemas de salud, oficio o profesión, escolaridad, factores de riesgo y protectores. Estos datos son relativamente estables. Se pregunta por al menos tres generaciones para ampliar la posibilidad de descubrir patrones familiares de conducta o enfermedad.

Registra:

a. Estructura familiar: tipología familiar, subsistema fraternal, composición de la familia.
b. Relaciones familiares y características de las mismas.
c. Etapa del ciclo vital familiar: transiciones y cambios inminentes.
d. Patrones de repetición a través de las generaciones: enfermedades, hábitos, etc.
e. Acontecimientos vitales y el apoyo social: situaciones estresantes pasadas y actuales.
f. Equilibrio y desequilibrio familiar: en la estructura (roles, recursos, etc); en las relaciones.

Ejemplo:



Fuente: *"En el camino a Centro de Salud Familiar",* Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2008.

Cronograma de eventos familiares:

.Descripción: es un método gráfico en el que se enfatizan los eventos más importantes en la vida de una familia y su situación de salud.

Ejemplo de "Línea de vida familiar o Cronograma Familiar".

1980 →Pedro y Juana se casan por el civil
1982 →Nace Francisco

1987 →Nace Claudia. Síndrome bronquial obstructivo a repetición.
1990 →Queda viuda Rosa, madre de Juana y se van a vivir con ella.
1992 →Pedro comienza con problemas con el alcohol
1995 →Francisco presenta problemas de conducta en el colegio

APGAR familiar:

.Definición: medición de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar. Fue ideado por Smilkstein, para evaluar la función global de la familia en forma rápida y breve.

Mide cinco componentes básicos de la función familiar representados en inglés por el acrónimo APGAR.

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 ingresos y espacios.

Ejemplo:

Preguntas	Casi Siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
A.- Me satisface que yo pueda recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba		**x**	
P - Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre		**x**	

diversas cuestiones y comparte los problemas			
G.- Me satisface que mi familia acepta y apoya los deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas direcciones	**x**		
A - Me satisface la manera como mi familia expresa su afecto responde a mis emociones (ira. pena. amor, etc)	**x**		
R.- Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo		**x**	

PUNTAJE: ____7____

7 a 10 sugiere familia altamente funcional (familia altamente funcional)
4 a 6 sugiere familia moderadamente funcional
0 a 3 sugiere familia severamente disfuncional

Evaluación del Riesgo Familiar y Factores Protectores:

.Descripción: evaluación aplicada según la presencia de una lista de factores de riesgo mayores, intermedios y menores (ver ANEXO N° 9) y una lista de factores protectores; en donde se otorga un puntaje y clasificación según se señala en el formulario, permitiendo así, graficar una identificación de las líneas del plan de de trabajo.

Estudios de Familia

PROTOCOLO DE ESTUDIOS DE FAMILIA

1) Equipo Gestor construye criterios de evaluación e inclusión para seleccionar las familias que serán intervenidas.

2) En reunión de sector, el equipo de cabecera con una visión integrada, decide realizar un estudio de familia al detectar situación de riesgo medio.

3) Se organiza a nivel de equipo de cabecera, el trabajo inicial a realizar con la familia, designando sus responsables.

4) El equipo de salud o funcionario responsable se contacta con el integrante de la familia para concertar visita domiciliaria o cita en la Institución (CESFAM, CECOF, entre otros), y se le informa del trabajo que se quiere realizar.

5) Se realiza primera visita de contacto o primer contacto en la institución, donde se seguirán los siguientes pasos:

- Presentarnos a la familia.
- Dar a conocer el trabajo que se quiere realizar.
- Solicitar consentimiento informado: Entrega de formulario adjunto y solicitar firma del jefe de familia, en caso de no estar presente, solicitar la firma de la persona de contacto que puede ser el caso índice. Si el caso índice es menor de edad solicitar consentimiento a integrante mayor de edad responsable.
- En caso de que la familia no dé el consentimiento para estudio de familia, dejar constancia en ficha clínica del caso índice e informar en reunión de equipo de cabecera, para evaluar el seguimiento de la familia en riesgo.

- Explicar la función del instrumento a aplicar Cartola Familiar.
- Aplicar Cartola Familiar: Con datos de identificación, Genograma, Ciclo Vital Familiar, Ecomapa, Factores de riesgo y protectores, APGAR, situación económica familiar, habitabilidad, plan de trabajo.
- Registrar en Ficha Clínica de Caso índice de la VDI, según realidad de ingreso (papel / informático).

6) Informar a Coordinador de sector de la información obtenida en intervención de primer contacto y presentar la cartola familiar realizada.

7) El Coordinador de sector corrobora la totalidad de los datos y abre de acuerdo a los criterios acordados por el Equipo Gestor la Carpeta de Estudio de Familia del caso, la cual dejará en Fichero familiar de su sector.

8) Se realiza Estudio de Familia:

- En Hojas impresas y funda plástica.
- Se firma consentimiento informado por parte del jefe de familia o caso índice, si es menor de edad solicitar a un integrante que sea mayor de edad.
- Se debe rotular con la siguiente leyenda: Nombre de Institución, Nombre de Familia, Caso Índice, Número de Ficha Familiar, Sector y Fecha.
- Constará de Genograma, Ecomapa, Círculo familiar, Apgar familiar, Línea de vida, cuestionario MOS y escala de reajuste social de HOLMES y REHA, Tipo de familia, Etapa del ciclo vital, Crisis normativas y no normativas. Análisis de funcionamiento Familiar (Factores de Riesgo y Protectores individuales y familiares),Análisis Socioeconómico de la Familia, Hipótesis Diagnósticas Familiares, Intervenciones con enfoque Familiar con enfoque promocional preventivo y recuperativo, Derivación a Preventivos, Seguimiento de acciones implementadas y derivaciones, Situación emocional del Equipo de cabecera a

cargo del Estudio de Familia e Integrantes del equipo de cabecera en el estudio de Familia,

9) Archivar el Estudio de Familia incluido el consentimiento informado firmado por la familia.

10) El Estudio de Familia deberá estar disponible y visible para que el equipo pueda archivar la información obtenida en el seguimiento del caso.

11) Cada participante del Equipo de Salud que efectúe visitas o procedimientos con la familia, debe registrar su actividad en la ficha clínica del caso índice o miembro de la familia que se intervenga. Además de registrar en la hoja de seguimiento que se encuentra en la Carpeta de Estudio de Familia. La cual contendrá en sus columnas:

- Fecha de la intervención.
- Funcionario o Equipo que realiza la intervención.
- Actividad Realizada y Resultados Obtenidos.
- Actividades Coordinadas con plazos, entre equipo y familia.
- Acciones frente al no cumplimiento de la intervención.

12) Cada caso será llevado en las Carpetas de Estudio de Familia designadas para tal efecto, donde se mantendrán mientras estén activos, con toda la documentación del caso. Todo este material se encuentra en la oficina de coordinación de los sectores.

13) Cada Estudio de familia, deberá ser presentando en las reuniones de sector coordinar con el Equipo, dando cuenta de los avances y dificultades del estudio que a la vez serán monitoreados según sus procesos por el equipo Gestor.

14) Se llevará un registro por sector de las Familias en intervención, a objeto de poder hacer el corte estadístico semestral (P7), en archivador manual o planilla

digital. Este registro tendrá que ser monitoreado por los Coordinadores de Sector y es función de ellos la presentación de los cortes semestrales en el REM.

15) Los Estudios de Familia de la Institución que se cierren o pasen a pasivo serán llevados a un archivador que se mantendrá en oficina de Coordinación de los sectores, a fin de que si se necesita la información del caso, se obtenga de forma expedita.

Crisis Vitales:

.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 la mayoría de las veces, tienen un carácter temporal.

.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.

Factores Protectores y de riesgo:

.Factores Protectores: Son los elementos o características a nivel personal, familiar o social que impiden o evitan que una persona experimente y/o mantenga determinada conducta o problema.

En un estudio de familia es importante detectar la presencia de factores protectores, que pueden ser *estructurales* (bienes o servicios) *o funcionales* (dinámica familiar).

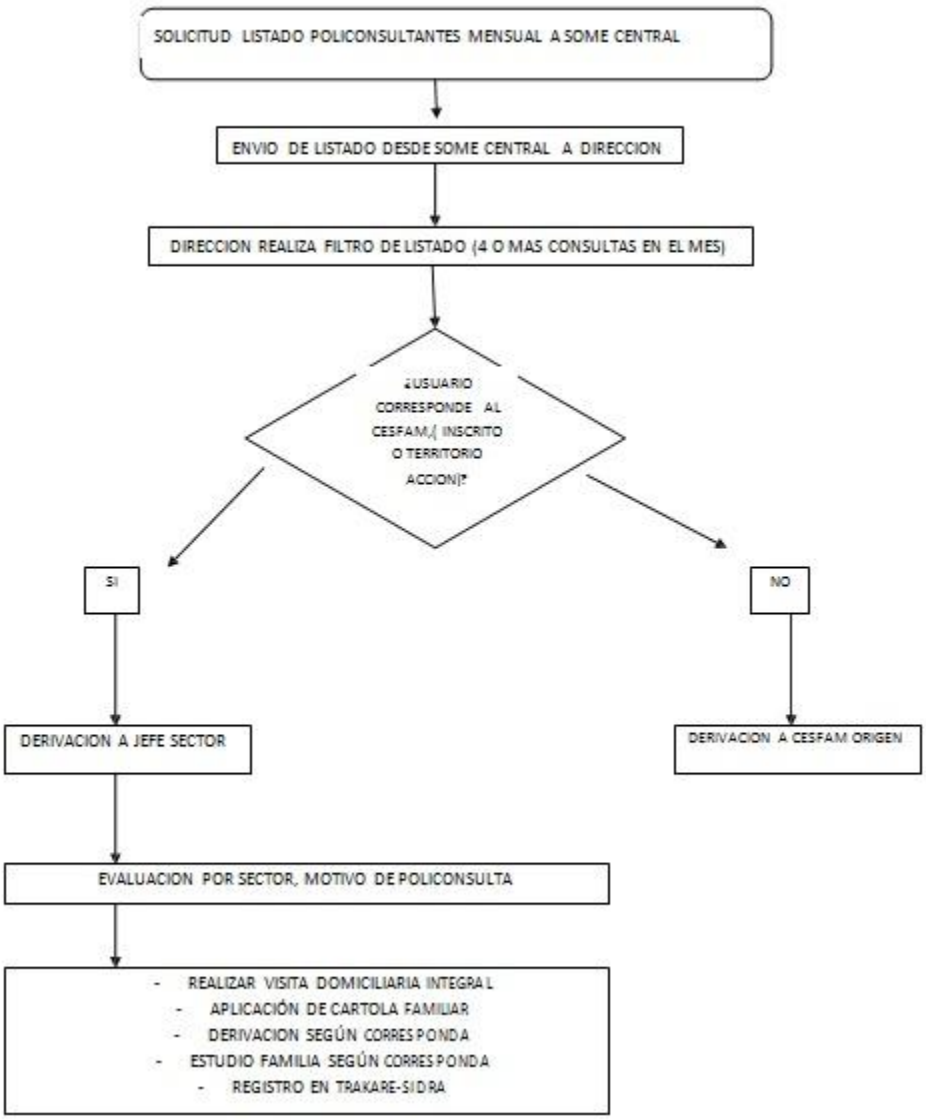
.Factores de riesgo: Son los elementos o características a nivel personal, familiar o social que contribuyen o predisponen a que una persona experimente y/o mantenga determinada conducta o problema.

Los indicadores de riesgo, que evidencian que ya existe un problema en la familia, son:

- ✓ Evidencias de VIF
- ✓ Descuido de la vivienda
- ✓ Policonsultas
- ✓ Fracaso escolar

Seguimiento a usuarios Poli consultantes en SAPU

En este caso se seguirá con el siguiente flujo:



CONSEJERÍAS:

- **Definición:** es una relación de ayuda establecida entre un profesional y un usuario, con el fin de mejorar o promover la salud del usuario, a través del fomento de su capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia. Es fundamental conocer que el éxito de la consejería depende, en gran medida, de la participación voluntaria del usuario. La consejería puede aplicarse en distintos ámbitos y a distintos problemas de salud, tanto a individuos como a familias; siendo una consejería en dupla la intervención de dos profesionales en la consejería.

Los principales ámbitos de aplicación apuntan a:

- ✓ Reducir el impacto emocional en los usuarios frente a situaciones de crisis asociadas a factores de riesgo.
- ✓ Generar espacios de comunicación al interior de la familia.
- ✓ Fomentar la adherencia a tratamientos.
- ✓ Facilitar la percepción de los propios riesgos y la adopción de prácticas más seguras para la prevención primaria o secundaria.
- ✓ Favorecer la adopción de estilos de vida saludable.

Estas intervenciones se realizan en temas tan diversos como el cambio de hábitos alimenticios, el uso de preservativo para sostener relaciones sexuales, dejar de fumar, promover el ejercicio físico y otros que permitan al usuario una aproximación hacia estilos de vida más saludables.

Registro de Consejerías Familiares

. Descripción: Registro estadístico en base al tema tratado en las consejerías familiares, identificando la situación en cuanto al contexto de los integrantes receptores. Este registro es entregado a cada encargado/a por sector de las consejerías, quien también establecerá un registro estadístico mensual (detalle de encargado/a en “Sectorización”, Pág. 5).

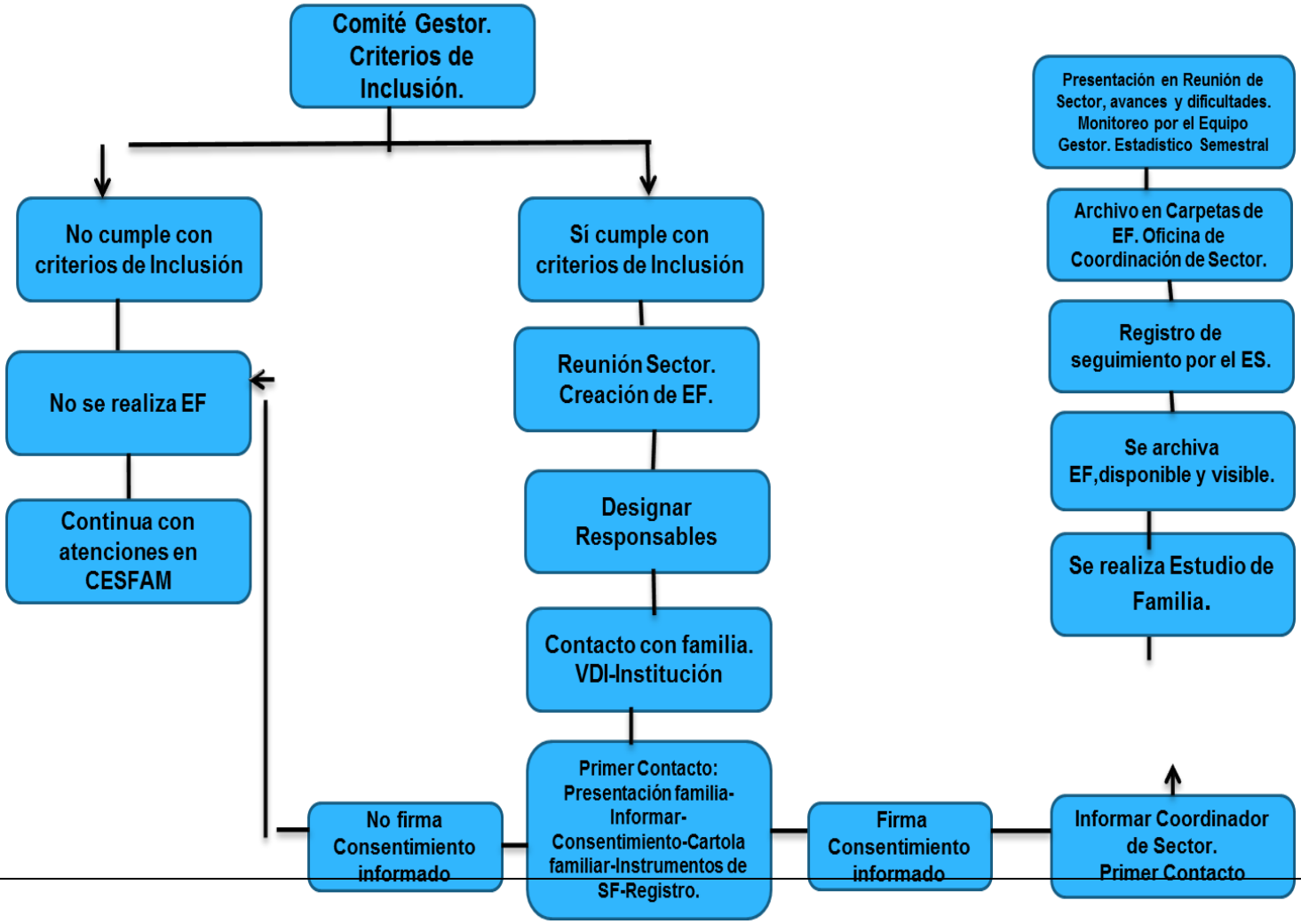
.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuente: “En el camino a Centro de Salud Familiar”, Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2008.
2. Ley Nº 19.378. Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Chile. Abril 1995.
3. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010. Ministerio de Salud. Octubre 2002.

ANEXOS

Flujo Estudio de Familia en JPII:



Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

- Nombre:_____
- RUN:_____
- Fecha de Nacimiento:_____
- Dirección:_____
- Teléfono_____

He sido informado y doy mi consentimiento para ser incorporado en la Atención Familiar
Consentimiento:

_____ SI _____ NO

CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II LA SERENA	PROTOCOLO DE SALUD FAMILIAR	CODIGO: PREVENCIÓN 2.1
		FECHA:28/08/15

Tarjetón Familiar

Familia_____

Dirección Fono:

Nº de ficha familiar_____

6

GENOGRAMA

CRONOGRAMA

EVENTOS FAMILIARES

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	R.U.T.	FECHA NACIMIENTO	PATOLOGÍAS CRÓNICAS	ESCOLARIDAD	ACTIVIDAD	PREVISION	OBSERVACION

CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II LA SERENA	PROTOCOLO DE SALUD FAMILIAR AREA PREVENCION	CODIGO: PREVENCIÓN 2.1 FECHA:28/08/15 PAGINA: 1 - 46

Tipo de vivienda: ☐ **1=** **Casa** **2= Departamento** **3= Mediagua**
4= Conventillo/Cité **5=** ☐ **Rancho/Ruca/Choza** **6= Otros**

Condiciones estructurales de la vivienda ☐ **1= Sólida** **2= Madera** **3= desecho (cartón/ latas/sacos/etc.)** **4= Mixto** **5= Material ligero**

Buena **2= Regular** **3= Mala**

Tenencia de la vivienda ☐ **1= Propia** **2= Arriendo** **3= Allegado** **4= Cedida** **5= Usufructuaria**

Hacinamiento: ☐ **Nº de personas (residentes permanentes)** ☐ **Nº de habitaciones que se utilizan para dormir** ☐ **1 = hacinamiento mas de 2 personas por habitación**
2 = hacinamiento extremo 5 o mas personas por habt.

Servicios Básicos:

Sistema de iluminación ☐ **1=corriente eléctrica** **2= conexión ilegal (colgado)** **3= Vela** **4= No tiene** **5= Otro**

Fuente de agua ☐ **1= potable** **2= Contenedores** **3= vertiente** **4= pozo** **5= Otro**

Sistema de eliminación de excretas ☐ **1= w.c. conectado a alcantarillado** **2= w.c. conectado a fosa séptica** **3= letrina sanitaria** **4= pozo negro** **5 = No dispone**

Ingreso percapita x quintil ☐ **1= menor o igual a $74.969** **2= entre $74.970 – $125.558** **3= entre $125.559 - $193.104** **4= entre $193.105 - $352.743** **5= sobre $352.744**

Tabla de deciles según Encuesta Casen 2011, actualizada por IPC a agosto de 2014

CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II LA SERENA	PROTOCOLO DE SALUD FAMILIAR AREA PREVENCION	CODIGO: PREVENCIÓN 2.1 FECHA:28/08/15 PAGINA: 1 - 46

EVALUACION RIESGO FAMILIAR

MAYORES (c/u 10 puntos)

- ○ Beber problema o drogadicción algún mie
- ○ Violencia intrafamiliar
- ○ Extrema pobreza
- ○ Patología psiquiátrica severa
- ○ promiscuidad
- ○ delincuencia algún integrante
- ○ enf. terminal o postración algún miembro

INTERMEDIOS (c/u 4 puntos)

- ○ Cesantía + seis meses jefe hogar
- ○ Conflicto crónico de pareja
- ○ Convivencia inestable
- ○ Embarazo no deseado/ no planificado
- ○ Ausencia / abandono padre /madre
- ○ Analfabetismo
- ○ Hacinamiento
- ○ Duelo patológico
- ○ Retraso mental
- ○ Depresión

MENORES(c/u 2 puntos)

- ○ Cesantía menos seis meses
- ○ Mala calidad de la vivienda
- ○ Minusvalía física padre y madre
- ○ Patología crónica de algún miembro
- ○ Ingresos insuficientes

PUNTAJE:

BAJO RIESGO

HASTA 16 PUNTOS

ENTRE INTERMEDIOS Y MENORES

MODERADO RIESGO:

HASTA 26 PUNTOS

CON UN SOLO FR MAYOR

ALTO RIESGO:

DESDE 20 PUNTOS

CON DOS FR MAYORES Y

AUSENCIA DE

FACTORES PROTECTORES

FECHA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD PLANIFICADA	META CORTO PLAZO	SEGUIMIENTO	RESPONSABLES

CALIFICACION DEL RIESGO BIOPSICOSOCIAL

FECHA EVALUACION					
BAJO					
MEDIANO					
ALTO					

FORMATO DE CONFECCION DEL ESTUDIO DE FAMILIA

PORTADA:

• Logo

• Identificación de la Familia -Apellidos

• Numero de Familia – dado por el inscrito III

• Sector (dado por el inscritos III

• Comuna

• Fecha - mes y año

• Responsables – Funcionarios Duplas

ANEXAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

I.-IDENTIIFICACION

• Identificación de la familia

• Identificación del caso índice

• Grado riesgo familiar

II.-MOTIVO DE ESTUDIO (Máximo 2)

III.-OBJETIVOS

• Objetivo general (1 por motivo de estudio)

• Objetivos específicos (2 a 3 por objetivo general)

IV.- ESTRUCTURA FAMILIAR

• Tipo de familia

• Etapa ciclo vital individual del caso índice

• Etapa ciclo vital familiar

• Genograma (lápiz mina, con edades, fechas, nombres, patologías, conductas, 3 generaciones a no ser que por alguna pauta de repetición sea necesaria la cuarta, relaciones. Abreviar cuando es muy extensa y se puede abreviar, identificación caso índice, encierra los que viven juntos.)

• Destacar pautas repetición

V.- CARACTERISTICAS DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

Se inicia desde el caso índice. Nombres, edad, nivel de instrucción educacional, relación caso índice, actividad, patologías o morbilidades relevantes, conductas, si esta en control en algún establecimiento de salud y de red, (exámenes de salud preventivo al día).

VI.- HISTORIA FAMILIAR

Breve resumen que de cuenta de la dinámica familiar, relaciones de afecto, comunicación, de apoyo, conflicto, situación socioeconómica

VII.- APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Los que sean necesarios con objetivo, los necesarios con fotocopia, interpretación del instrumento por la familia, conclusiones del equipo.

VIII.- FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES Y CLASIFICACION DE RIESGO FAMILIAR

Los que están presentes por nivel y puntaje

IX.- IDENTIFICACION Y JERARQUIZACION DE PROBLEMAS

Los más relevante y factibles de intervenir, biológico, psicológico y social

X.- PLAN ACCION Y O INTERVENCION

• Carta Gantt de problemas factibles de intervenir por el equipo de cabecera por las mismas áreas

• Fecha (mes , año)

• Acción o actividad con objetivo

• Responsable

• Plazo ejecución o de resultado

X.- ISEGUIMIENTO

Cuando, quienes, donde y través de que (VDI, entrevista con caso índice u otro familiar, revisión carpeta familiar, con redes de apoyo.

XII.- CIERRE CASO

• Por conclusión del equipo

- Por decisión de la familia
- Cuando se logran los objetivos
- Traslado

PROTOCOLO DE ESTUDIOS DE FAMILIA

(15 pasos)

1) Equipo Gestor construye criterios de evaluación e inclusión para seleccionar las familias que serán intervenidas.

2) En reunión de sector, el equipo de cabecera con una visión integrada, decide realizar un estudio de familia al detectar situación de riesgo medio.

3) Se organiza a nivel de equipo de cabecera, el trabajo inicial a realizar con la familia, designando sus responsables.

4) El equipo de salud o funcionario responsable se contacta con el integrante de la familia para concertar visita domiciliaria o cita en la Institución (CESFAM, CECOF, entre otros), y se le informa del trabajo que se quiere realizar.

5) Se realiza primera visita de contacto o primer contacto en la institución, donde se seguirán los siguientes pasos:

- Presentarnos a la familia.
- Dar a conocer el trabajo que se quiere realizar.
- Solicitar consentimiento informado: Entrega de formulario adjunto y solicitar firma del jefe de familia, en caso de no estar presente, solicitar la firma de la persona de contacto que puede ser el caso índice. Si el caso índice es menor de edad solicitar consentimiento a integrante mayor de edad responsable.
- En caso de que la familia no dé el consentimiento para estudio de familia, dejar constancia en ficha clínica del caso índice e informar en reunión de equipo de cabecera, para evaluar el seguimiento de la familia en riesgo.
- Explicar la función del instrumento al aplicar Cartola Familiar.
- Aplicar Cartola Familiar: Con datos de identificación, Genograma, Ciclo Vital Familiar, Ecomapa, Factores de riesgo y protectores, APGAR, situación económica familiar, habitabilidad, plan de trabajo.
- Registrar en Ficha Clínica de Caso índice de la VDI, según realidad de ingreso (papel / informático).

5) Informar a Coordinador de sector de la información obtenida en intervención de primer contacto y presentar la cartola familiar realizada.

6) El Coordinador de sector corrobora la totalidad de los datos y abre de acuerdo a los criterios acordados por el Equipo Gestor la Carpeta de Estudio de Familia del caso, la cual dejará en Fichero familiar de su sector.

8) Se realiza Estudio de Familia:

- En Hojas impresas y funda plástica.
- Se firma consentimiento informado por parte del jefe de familia o caso índice, si es menor de edad solicitar a un integrante que sea mayor de edad.
- Se debe rotular con la siguiente leyenda: Nombre de Institución, Nombre de Familia, Caso Índice, Número de Ficha Familiar, Sector y Fecha.
- Constará de Genograma, Ecomapa, Círculo familiar, Apgar familiar, Línea de vida, Tipo de familia, Etapa del ciclo vital, Crisis normativas y no normativas. Análisis de funcionamiento Familiar (Factores de Riesgo y Protectores individuales y familiares), Análisis Socioeconómico de la Familia, Hipótesis Diagnósticas Familiares, Intervenciones con enfoque Familiar con enfoque promocional preventivo y recuperativo, Derivación a Preventivos, Seguimiento de acciones implementadas y derivaciones, Situación emocional del Equipo de cabecera a cargo del Estudio de Familia e Integrantes del equipo de cabecera en el estudio de Familia.

9) Archivar el Estudio de Familia incluido el consentimiento informado firmado por la familia.

10) El Estudio de Familia deberá estar disponible y visible para que el equipo pueda archivar la información obtenida en el seguimiento del caso.

11) Cada participante del Equipo de Salud que efectúe visitas o procedimientos con la familia, debe registrar su actividad en la ficha clínica del caso índice o miembro de la familia que se intervenga. Además de registrar en la hoja de seguimiento que se encuentra en la Carpeta de Estudio de Familia. La cual contendrá en sus columnas:

- Fecha de la intervención.
- Funcionario o Equipo que realiza la intervención.
- Actividad Realizada y Resultados Obtenidos.
- Actividades Coordinadas con plazos, entre equipo y familia.
- Acciones frente al no cumplimiento de la intervención.

12) Cada caso será llevado en las Carpetas de Estudio de Familia designadas para tal efecto, donde se mantendrán mientras estén activos, con toda la documentación del caso. Todo este material se encuentra en la oficina de coordinación de los sectores.

13) Cada Estudio de familia, deberá ser presentando en las reuniones de sector coordinar con el Equipo, dando cuenta de los avances y dificultades del estudio que a la vez serán monitoreados según sus procesos por el equipo Gestor.

14) Se llevará un registro por sector de las Familias en intervención, a objeto de poder hacer el corte estadístico semestral (P7), en archivador manual o planilla digital. Este registro tendrá que ser monitoreado por los Coordinadores de Sector y es función de ellos la presentación de los cortes semestrales en el REM.

15) Los Estudios de Familia de la Institución que se cierren o pasen a pasivo serán llevados a un archivador que se mantendrá en oficina de Coordinación de los sectores, a fin de que si se necesita la información del caso, se obtenga de forma expedita.

Ficha Resumen Familiar

FICHA RESUMEN FAMILIAR

SECTOR: PLATA _____ VERDE _____ CECOSF _____ Nº DE FAMILIA_____

REGISTRO DE ACTIVIDADES VIGENTES DEL GRUPO FAMILIAR

Integrantes (Nombre)							
EDAD							
Int. Familiar : 1-Consejeria 2-Quien realiza Apgar 3-Caso Indice							
PSCV : ***1-EMPA*** ***Hombre 20 - 44 años*** ***Mujer 45 - 64 años*** ***2-EFAM*** 3-Ficha CLAPS							
Control Sano							
DSM : 1-Meses 8 ***2-Meses 18*** 3-Años 3							
C. Ginecológico : ***1-PAP (25 A 64 AÑOS)*** ***2-MX (50 A 54 AÑOS)***							
Enf. Crónica : 1-HTA 2-DM 3-Dislipidemia 4-Hipotiroidismo 5-E Resp CR							
Dismovilizado : 1-Indice KATZ							
Cont. Odontológico : ***1-años 6*** ***2-años 60*** ***3-Embarazada***							
Salud Mental: 1-VIF 2-OH y Drogas 3-Depresión 4-Infantil							

Plan de Intervención

PLAN DE INTERVENCION

SECTOR: PLATA _____ VERDE _____ CECOSF _____ Nº DE FAMILIA_____

FECHA	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	INTERVENCION Y/O ACTIVIDAD REALIZADA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO Y/O DERIVACIÓN