

GUÍA DE VISITA FAMILIAR







Serie: Documentos Técnico - Normativos

GESTIÓN 2015 LA PAZ-BOLIVIA



GUÍA DE VISITA FAMILIAR







Serie: Documentos Técnico - Normativos

GESTIÓN 2015 LA PAZ-BOLIVIA R-BO Bolivia Ministerio de Salud. Coordinación Nacional Programa SAFCI.

WA546 Guía de Visita Familiar /Ministerio de Salud; Franz Placido Trujillo Quispe; Rosse Mary Blanco

M665g Quispe; Braulio Castulo Velasguez Laura; Jhonny Toribio Paredes Machaca; Sara Soto Hurtado.

No.411 Coaut. La Paz: Editora Presencia S.R.L., 2015

2015

52p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico - Normativos No 411)

Depósito legal: 4-1-13-16 P.O.

- VISITA DOMICILIARIA
- POLÍTICA DE SALUD II.
- III. ESTRATEGIAS DE SALUD FAMILIAR
- IV. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
- V. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
- VI. GUÍAS
- VII. BOLIVIA
- 1. t
- 2. Serie.
- Trujillo Quispe, Franz Placido; Blanco Quispe, Rosse Mary; Velasquez Laura, Braulio Castulo; Paredes Machaca, Jhonny Toribio Soto Hurtado, Sara Coaut.

Guía de Visita Familiar

Mayor informe PROGRAMA SAFCI: Av. Mariscal Santa Cruz. Edificio Lotería 6to piso, telf. 2319870 www.rm-safci.minsalud.gob.bo y www.minsalud.gob.bo

Nº de Resolición Ministerial 1762

N° de Depósito Legal 4-1-13-16 P.O.

AUTORES:

Dra. Silvia Eugenia Victoria Jancko Dr. Franz Trujillo Quispe Dr. William Valencia Nina

Dra. Rosse Mary Blanco Quispe Dr. Jhonny Paredes Machaca Dr. Braulio Cástulo Velasquez Laura Dra. Sara Soto Hurtado

Dr. Álvaro Medrano Garnica Dr. Víctor Daniel Mayta Cabrera Dra. Guadalupe Marca kantuta Dr. Jimmy Wilson Zurita Ponce

REVISIÓN:

Lic. Marco Antezana Rodríguez

Dr. José Daniel Castañón Espinoza

Dr. Willian Leaño Herrera

Dr. Guido Amadeo Ampuero Aranda

COMITÉ DE IDENTIDAD INSTITUCIONAL Y PUBLICACIONES DEL MS

Lucio Escobar Arcón Eduardo Huméres Flores Norma Quispe

Elias Huanca Quisbert

Miriam Nogales

Reynaldo Aguilar Alvarez Edisson Rodriguez Flores René Tapia Garcia Miguel Carcamo Porcel

La Paz: Programa SAFCI - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Salud v Promoción Ministerio de Salud - 2015.

© Ministerio de Salud - 2015

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD

Dra. Ariana Campero Nava MINISTRA DE SALUD

Dra. Carla Andrea Parada Barba VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Alberto Camaqui Mendoza
VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL E
INTERCULTURALIDAD

Dr. Franz Placido Trujillo Quispe
COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA SAFCI



PRESENTACIÓN

Con el nacimiento del nuevo Estado Plurinacional de Bolivia, a través de la Nueva Constitución Política del Estado comienza un nuevo camino en el que nuestro Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar colectivo.

La política de Salud Familiar, Comunitaria e intercultural SAFCI, logra romper esquemas antiguos y abre espacios para que la población acceda a los servicios de salud.

El Ministerio de Salud presenta la "Guía de Visita Familiar", para operativizar el cambio hacia la atención de salud integral logrando que el personal de salud se proyecte hacia las familias y las comunidades a través de la vigilancia epidemiológica programada con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, porque es necesario cambiar lo asistencial a lo integral. Para hacer un mayor trabajo en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad es necesario que todo el personal de salud se proyecte hacia las familias y la comunidad a través de las visitas familiares planificadas.

El Programa SAFCI mediante el Proyecto Mi Salud (que tiene la finalidad de coadyuvar al mejoramiento del estado de salud de todos los bolivianos y bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida), ha demostrado que las visitas familiares son actividades de vital importancia para el beneficio de la población en general.

El personal de salud que conoce la realidad de las familias de su área de influencia, su forma de vivir, aquellas condicionantes y determinantes de su salud que se encuentran en su entorno, el comportamiento y la funcionalidad de la familia, así como la identificación de los riesgos biológicos de cada integrante de la familia, podrá planificar con una mejor visión junto a sus familias, todas las actividades necesarias para mejorar sus condiciones de vida, y mejorar las conductas de auto cuidado y autoprotección de su salud. Además la visita familiar garantiza el acceso a la salud de todas aquellas personas y familias que de alguna manera nunca tuvieron la oportunidad de acudir al establecimiento de salud.

De esta manera se convoca a todos los trabajadores del sector salud, a llegar a toda su área de influencia a través de las visitas familiares y apoyar a los movimientos sociales y a todas las bolivianas y bolivianos a abrir las puertas con generosidad al personal de salud, que realizará esta loable labor para lograr mayor satisfacción y menos sufrimiento en cada persona.

Dra. Ariana Campero Nava Ministra de Salud Estado Plurinacional de Bolivia

RESOLUCION MINISTERIAL



Resolución Ministerial № 1762

Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud

3 1 DIC 2015

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 18, Parágrafo III, Capitulo Segundo, de la Constitución Política del Estado, establece que el Sistema Único de Salud será Universal, Gratuito, Equitativo, Intracultural, Intercultural, Participativo, con Calidad, Calidez y Control Social. El sistema se basa en los Principios de Solidaridad, Eficiencia y Corresponsabilidad y se desarrolla mediante Políticas Públicas en todos los niveles de Gobierno.

Que, el Artículo 37 de la norma precitada señala que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que, el Artículo 3 del Código de Salud, aprobado mediante Decreto Ley Nº 15629, de 18 de julio de 1978, determina que corresponde al Poder Ejecutivo actual Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública actual Ministerio de Salud, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la Normación, Planificación, Control y Coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna. Asimismo el Artículo 4 establece el derecho a la salud de todo ser humano que habite el territorio nacional, sin distinción de raza, credo político, religión y condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado.

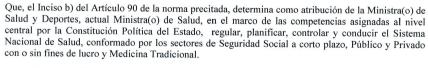
Que, el Artículo 12 de la norma precitada, señala que la Autoridad de Salud está facultada para dictar las disposiciones a las que se sujetarán los organismos públicos y privados en la elaboración y difusión de sus programas en todos los aspectos de la educación para la salud.

Que, la "Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez" Ley Nº 031 del 19 de julio de 2010 en su Artículo 81 Parágrafo I Numeral 4, establece que "El nivel central debe ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del Vivir Bien y el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural y con identidad de género", asimismo el Numeral 6 establece que el Estado como Nivel Central "Debe elaborar la normativa referida a la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud".

Que, el Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud Familiar Comunitaria Intercultural "SAFCI" aprobado mediante Decreto Supremo Nº 29601 de 11 de junio de 2008, encomienda en su Artículo 8 que "La Carpeta Familiar constituye el instrumento esencial para la aplicación del Modelo de atención SAFCI para establecer las determinantes de la salud de las familias y comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud. La Historia Clínica es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrativa bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud. La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes (actual Ministerio de Salud). Asimismo en su Artículo 19 determina que "El Ministerio de Salud y Deportes (actual Ministerio de Salud) queda encargado reglamentar el presente Decreto Supremo en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha. Asimismo, aprobará las normas de funcionamiento del Modelo de Atención y Modelo de Gestión en Salud".



Que, el Numeral 22 del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo Nº 29894, de 07 de febrero del 2009, de Organización del Órgano Ejecutivo, determina como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado, de emitir las Resoluciones Ministeriales.





Que, el Parágrafo IV del Artículo 10 del Decreto Supremo Nº 1868, de 22 de enero de 2014, dispone que en todo el texto del Decreto Supremo Nº 29894, se sustituye la denominación de "Ministra(o) de Salud y Deportes" por "Ministra(o) de Salud".



Que, mediante la Nota Interna con CITE: MS/PSAFCI/NI/742/2015, de fecha 30 de noviembre de 2015, el Coordinador Nacional del Programa SAFCI, solicita a la Viceministra de Salud y Promoción, pueda viabilizar la solicitud de Revisión y Autorización de Publicación de la "Guía de Visita Familiar", en el marco del Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud Familiar Comunitaria Intercultural "SAFCI" aprobado mediante Decreto Supremo Nº 29601 de 11 de junio de 2008.



Que, el Informe Técnico con CITE: MS/PSAFCI/IT/422/2015, de fecha 30 de noviembre de 2015, señalando que uno de sus objetivos es: Facilitar al personal de Salud la operativización de la Política SAFCI ya que la guía está orientada a lograr la confianza, respeto de la persona, la familia y la comunidad, identificar sus riesgos y problemas en salud, para luego realizar la atención medica respectiva y sobre todo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

POR TANTO:

LA MINISTRA DE SALUD, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo Nº 29894, de 07 de febrero de 2009.

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la "Guía de Visita Familiar" y autorizar la impresión y publicación a nivel Nacional, conforme al texto adjunto que forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución; debiéndose inscribir la publicación institucional en los registros de Depósito Legal e ISBN.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Dirección General de Servicios de Salud y el Programa "SAFCI", quedan a cargo de la ejecución y cumplimiento de la presente Resolución.

Registrese, comuniquese y archivese.

Abog, Teresa L. Rosso Qutiérrez DIRECTORA GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS MINISTERIO DE SALUD

STRA DE SALUD



ÍNDICE

| PRESENTACIÓN | 5 |
|--|----------------------------|
| RESOLUCION MINISTERIAL | 7 |
| I. INTRODUCCIÓN | 11 |
| II. ANTECEDENTES. | 14 |
| III. MARCO LEGAL | 16 |
| IV. OBJETIVO DE LA GUÍA DE LA VISITA FAMILIAR | 18 |
| V. JUSTIFICACIÓN | 19 |
| VI. ¿CUÁL ES EL CONCEPTO DE FAMILIA? | 20 |
| VII. ¿QUÉ ES UNA FAMILIA SALUDABLE? | 20 |
| VIII. ¿QUÉ ES LA VISITA FAMILIAR? | 21 |
| IX. ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE LA VISITA FAMILIAR? | |
| X. TIPOS DE VISITA FAMILIAR | 22 |
| XI. ¿QUIÉNES REALIZAN LA VISITA FAMILIAR? | 23 |
| XII. ¿CUÁL ES EL INSTRUMENTO BÁSICO DE LA VISITA FAMILIAR? | 24 |
| XIII. INDUMENTARIA, MATERIALES, INSUMOS Y MOCHILAS | 25 |
| XIV. ETAPAS DE LA VISITA FAMILIAR A. ETAPA DE INSERCIÓN 1. RECORRIDO SISTEMÁTICO 2. RECORRIDO SISTEMÁTICO DE ZONAS URBANAS 3. RECORRIDO SISTEMÁTICO EN ÁREA RURAL: 4. PROGRAMACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LAS PRIMERAS VISITAS FAMILIARES 5. PROCESO DE LAS PRIMERAS VISITAS FAMILIARES 6. ¿COMO CLASIFICAR A LAS FAMILIAS SEGÚN EL RIESGO? B. ETAPA DE SEGUIMIENTO C. ETAPA DE INTERVENCIÓN: | 31 31 35 36 38 |
| XV. RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA VISITA FAMILIAR | 56 |
| BIBLIOGRAFÍA | 58 |
| VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO. | 59 |

I. INTRODUCCIÓN

I Gobierno Nacional del Presidente Evo Morales Ayma, Bolivia está en proceso de implementación de las nuevas políticas públicas en Salud. Se están realizando grandes esfuerzos para mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo, el acceso de la población a la salud y eliminar la exclusión social sanitaria; promoviendo la construcción del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), tal cual dicta la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

Para realizar un buen trabajo, seguimiento y control del acceso a la salud de la población, se ve la necesidad de orientar el desarrollo de las actividades a todos los actores en salud, con diferentes instrumentos que faciliten especialmente el trabajo comunitario y uno de ellos es la Guía de Visita Familiar.

La Guía de la Visita Familiar es un instrumento que permite al personal de salud, realizar una atención integral en salud fuera del establecimiento de salud y tiene como propósito establecer una visita familiar de confianza, amable y de respeto a la cosmovisión de la persona, la familia, la comunidad y su entorno, para que el equipo de salud vaya estableciendo un grado óptimo de confianza. A partir de dicha confianza, se vaya construyendo en corresponsabilidad, el cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad a través del diálogo de saberes y educación para la vida, para llegar a consensos y acuerdos, priorizando la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

La visita familiar no solamente permite escuchar a los integrantes de la familia sobre las necesidades, problemas, dificultades, logros y alegrías, sino también permite observar las condiciones en que viven, su entorno y medio ambiente. Estas actividades permiten obtener una información confiable que derivan en la identificación y clasificación de riesgos biológicos y determinantes de salud, así también la información requerida que son registradas en la Carpeta Familiar. Esta clasificación permite a su vez realizar el seguimiento continuo y permanente a las familias, para modificar favorablemente las condicionantes y determinantes de la salud, a corto, mediano y largo plazo.

La visita familiar es el medio principal para que el equipo de salud interactúe con la familia, se tiene la oportunidad de observar las interacciones familiares, estilos de vida, ya que las familias aparecen en su aspecto más natural en su vivienda con la finalidad de generar un encuentro "empático entre el personal de salud y las familias visitadas". Por lo tanto, el término de "familiar/vivienda" determina acciones complementarias de interactuar con los componentes de la familia y mirar el entorno físico en que vive dicha familia.

Esta guía permite una adecuada planificación de visitas familiares, desde el ingreso a la comunidad, el abordaje en las primeras visitas familiares, la identificación de riesgos personales, familiares y comunitarios, para un plan de visitas familiares de seguimiento.

En muchas ocasiones la interacción con la familia se da en un lugar alejado de su vivienda, en su lugar de laboreo/trabajo en su chaco, chacra, etc. (especialmente en área rural), por eso se denomina "visita familiar", que es válido por que se encuentra en un medio donde pasa parte de su vida, sin embargo, es conveniente e integral realizar la visita "familiar" en el lugar donde vive la mayor parte de su vida.

PRINCIPIOS DE LA SAFCI

La Política SAFCI se basa en cuatro principios:

Participación Social Comunitaria.

Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

Intersectorialidad.

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

Interculturalidad.

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

Integralidad.

Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

¿Que plantea la Política SAFCI?

La Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural plantea que el rol del personal de salud es involucrarse con la comunidad, realizando alianzas estratégicas, movilizándola, haciendo comunicación y educación e impulsando la participación social con el objetivo de afrontar los problemas de salud desde sus causas o determinantes. Para lograr dichos propósitos, establece dos componentes básicos: gestión compartida y atención en salud.

¿Qué es la Promoción de la Salud?

Etimológicamente, promoción es la acción de promover, impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer más asequible algo.

Es a partir de Alma Ata cuando empieza a hablarse de promoción de la salud, al principio con el nombre de "prevención primordial", según la historia natural de la enfermedad, ya que planteaba iniciativas incluso previas a la prevención primaria. Se trataba de actuar sobre las causas de las causas, la necesidad de un modelo de intervención más amplio que la educación sanitaria sobre conductas, resultaba obvio en aquellos años.

Actualmente en Bolivia la Promoción de la Salud es estrategia de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, como un proceso político de movilización social, intersectorial, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores, cuya finalidad es transformar las determinantes de la salud para intervenir en el proceso salud-enfermedad y generar hábitos de protección de la salud, en armonía, equilibrio entre la mujer, hombre, familia, comunidad, con la Madre Tierra, cosmos y el mundo espiritual.

La Promoción de la Salud es la estrategia de la SAFCI para afrontar los desafíos actuales tales como:

- Reducir la desigualdad y la pobreza: fuentes de pérdida de salud.
- Mejorar la capacidad de afrontamiento de las personas que viven con enfermedades crónicas, discapacidad o soledad.
- Reducir las enfermedades prevenibles y los accidentes.
- Y sobre todo, contribuir a la formación desarrollo de personas, familias y comunidades saludables y autónomas.

ACERCA DE LA VISITA FAMILIAR.

En base a todo lo mencionado anteriormente no se puede hablar de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, si no se realiza la actividad de las visitas familiares, las mismas que no son actividades improvisadas y esporádicas, al contrario son actividades que tienen una técnica, un orden, recomendaciones y reglas a seguir, teniendo en cuenta que la diversidad de familias y sus diferentes características, podrían alterar el proceso sistemático de la visita familiar, y el personal de salud, deberá estar preparado para cambiar en algo la metodología pero el fin sigue siendo el mismo.

La presente Guía ha sido elaborada en base a la experiencia de las visitas familiares realizadas en área rural y en área urbana, desde aquellos profesionales en salud que siempre han defendido a las visitas familiares como un proceso clave para la trasformación de condicionantes y determinantes de la salud. Posteriormente la experiencia de los médicos residentes de la Residencia Médica SAFCI y finalmente la experiencia lograda con los médicos especialistas SAFCI y médicos generales del Proyecto Mi salud cuya actividad ha generado en la misma población una nueva forma de pensar y hacer salud fuera del establecimiento de salud.

II. ANTECEDENTES

INTERNACIONAL

Como visita domiciliaria se ha entendido desde sólo la extensión de la atención y rehabilitación de la enfermedad en domicilio, pasando por una aproximación a la comunidad, hasta una atención integral o visita domiciliaria integral a la familia y a grupos de riesgo en el hogar, que contempla la educación por el equipo de salud; definiéndose a veces a la visita domiciliaria como: una actividad, una técnica, un programa o un servicio.

NACIONAL

En el país, la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, está orientada a instituir la participación comunitaria y movilización social con intersectorialidad, en el marco de la interculturalidad, desarrollando acciones integrales, recuperando y articulando con la salud ancestral, la recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, logrando el acceso universal; donde la realización de la visita familiar coadyuva a conseguir éstos logros.

La SAFCI ha denominado visita familiar/comunitaria, como el medio por el cual se visita a la familia en su domicilio o fuera de él, con el propósito de establecer un grado de confianza con las personas y familias a las que se visita, teniendo como trabajo fundamental, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y atención integral de la enfermedad, realizando el seguimiento y monitoreo, logrando de ésta manera el acceso universal en el Estado Plurinacional comunitario de Bolivia.

ANTECEDENTES DE LA CARPETA FAMILIAR.

La Carpeta Familiar es el instrumento básico para la implementación de la Política SAFCI, el Ministerio de Salud y Deportes (2012), ha consensuado todas propuestas de modificaciones a la Carpeta Familiar, posteriormente se inició la primera parte del pilotaje que consistía en la validación del instrumento elaborado, para lo cual fueron seleccionadas, los departamentos de La Paz, Pando, Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija de manera tal que semejaran a las poblaciones en general y originaria de los tres pisos ecológicos del territorio boliviano.

La validación se realizó de forma simultánea, participando en su desarrollo representantes del Sistema Nacional de Información en Salud, de la Dirección General de Promoción de Salud y la Dirección general de Servicios de salud, la Residencia Médica SAFCI y de la Brigada Médica Cubana. El análisis realizado con el personal que aplicó el instrumento arrojó la necesidad de hacer algunas modificaciones de variables en la Carpeta Familiar, así como mejorar definiciones para incluirlas en el instructivo.

En forma paralela, el Sistema Nacional de Información en Salud seleccionó la muestra de población para la segunda parte del pilotaje a realizar en los nueve departamentos del país, en población general y originaria.

Se partió del criterio de considerar una media de 5 personas por familia, calculando así cuantas carpetas debían llenarse para alcanzar el 1,0% de la población; el 80% de la muestra se constituyó con población general, utilizando el método aleatorio estratificado por piso ecológico, distribuyéndose el número de Carpetas Familiares en los departamentos según su peso en la población y el 20% restante con población originaria, seleccionada ésta por criterio de expertos. Fueron incluidos los nueve departamentos.

Posteriormente se comenzó con la capacitación en los nueve Servicios Departamentales de Salud a mediados del año 2011 y se procedió a la distribución de la Carpeta Familiar para su llenado. El mismo año se comenzó con el monitoreo en todos los departamentos para identificar y corregir dificultades en la aplicación de la misma.

Con esta información generada del pilotaje a nivel nacional se organizó un taller en el cual participaron las Direcciones y Unidades del Ministerio de involucradas, proponiendo algunas modificaciones más al instrumento, para su mejor comprensión por parte del personal de salud y la población.

Para consolidar la información de la Carpeta Familiar, el equipo del SNIS-VE, en coordinación con la Brigada Médica Cubana, procedió a la elaboración de un instrumento manual de sistematización y consolidación para el establecimiento de salud, que pudiera ser utilizado por los que no tuvieran medios informáticos y de un software para los que la tuvieran.

El mismo año se realizó el entrenamiento para el llenado del instrumento manual que permitiría la sistematización y consolidación de la información a nivel del establecimiento, así como para la instalación, utilización y envío de la información mediante el software.

La Carpeta Familiar oficial actualmente cuenta con la Resolución Ministerial 0017 emitida el 05 de enero del 2012, donde menciona el uso obligatorio de la Carpeta Familiar en el Sistema Público de salud y la Seguro Social a Corto Plazo, además de tener un instructivo para su llenado, sistematizador manual y el software.

III. MARCO LEGAL

Los Derechos Fundamentales de la Constitución Política del Estado en el Artículo 18 en su parágrafo III establece que: "El Sistema Único de Salud será Universal, Gratuito, Equitativo, Intracultural, Intercultural, Participativo, con Calidad, Calidez y Control Social, El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno"

La "Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez" Ley Nº 031 del 19 Julio de 2010, en su Artículo 81, Parágrafo I, numeral 4, establece que "El nivel central debe ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del Vivir Bien y el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural y con identidad de género", asimismo el numeral 6 establece que el Estado como Nivel Central "Debe elaborar la normativa referida a la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud".

El Decreto Ley Nº 15629 de 18 de julio de 1978 - Código de Salud de la República de Bolivia, en el Artículo 1, determina que "La finalidad del Código de Salud es la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la República de Bolivia".

El Código de las Familias y El Proceso Familiar Ley Nº 603 del 24 de Noviembre del 2014, estipula en su Artículo 3, parágrafo II, inciso a) que se reconoce con carácter enunciativo y no limitativo, los derechos sociales de las familias, entre estos "A vivir bien, que es la condición y desarrollo de una vida Íntegra, material, espiritual y física, en armonía consigo misma en el entorno familiar, social y la naturaleza."

El Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud Familiar Comunitaria Intercultural "SAFCI" aprobado mediante Decreto Supremo Nº 29601 de 11 de Junio de 2008, encomienda en su Artículo 8 que "La Carpeta Familiar constituye el instrumento esencial para la aplicación del Modelo de atención SAFCI para establecer las determinantes de la salud de las familias y comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud. La Historia Clínica es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrativa bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud. La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar será establecida por el Ministerio de Salud

y Deportes (ahora Ministerio de Salud). Asimismo en su Artículo 19 determina que "El Ministerio de Salud y Deportes (ahora Ministerio de Salud) queda encargado de reglamentar el presente Decreto Supremo en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha. Asimismo, aprobará las normas de funcionamiento del Modelo de Atención y Modelo de Gestión en Salud".

De acuerdo a la Resolución Ministerial Nº 0017 de fecha 05 de enero de 2012, que en su Artículo Primero aprueba "el uso obligatorio de la Carpeta Familiar en los Subsectores Público de Salud y la Seguridad Social, como el instrumento básico de implementación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural", asimismo en su Artículo 5 establece que "La implementación de la Carpeta Familiar, supervisión de su llenado y manejo queda bajo la responsabilidad de los Servicios Departamentales de Salud, de la Red Municipal de Salud; en el Subsector Público y de los Directores de los Policlínicos y establecimientos de primer nivel".

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010 -2020: establece como política sanitaria para el país la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, proponiendo que el desarrollo se realice en tres ejes: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), Promoción de la salud en el marco de la SAFCI, Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI permitiendo el acceso a los servicios de salud a toda la población boliviana, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

IV. OBJETIVO DE LA GUÍA DE LA VISITA FAMILIAR

La guía de la visita familiar es una herramienta que facilitará al personal de salud poder operativizar la Política SAFCI, orienta a lograr la confianza, respeto de la persona, la familia y la comunidad, identificar sus riesgos y problemas en salud, para luego realizar la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la atención médica integral respectiva.

Integrar el equipo de salud a la familia, para generar acciones conjuntas para el autocuidado de la salud, mediante la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, siendo la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, política que busca incidir sobre los factores determinantes y condicionantes de la salud que prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

V. JUSTIFICACIÓN

La carencia de conductas efectivas del autocuidado en la salud física, mental, espiritual y del entorno, en las personas, familias y comunidades dificulta la mantención de su propia salud, este problema afecta a la mayoría de la población en nuestro Estado. Otro aspecto importante es el diagnostico inadecuado de la salud de la población de influencia de parte de su personal de salud en el sistema actual, encerrados en su establecimiento de salud.

Estas son parte de las causales que repercuten en los indicadores como ser las tasas elevadas de mortalidad materna, infantil, en la niñez, las muertes prematuras en la población adulta.

La Política SAFCI dentro del componente de atención integral intercultural, tiene como una de las actividades fundamentales las visitas familiares que están orientadas a lograr familias saludables a través de un diagnostico familiar adecuado, esta actividad requiere de personal de salud con conciencia social y compromiso de servicio a la sociedad que articule con la población informada y participe del control social en salud.

La Visita familiar al estar enmarcada en la política SAFCI, facilita la integración entre personal de salud con la persona, familia y comunidad; cuyas acciones conjuntas están orientadas a lograr familias saludables.

Por tanto, es elemental que el personal de salud cuente con una guía sistemática y metodológica que le permita realizar visitas familiares respetando la cosmovisión de la persona, familia, comunidad, el entorno, los conocimientos y saberes ancestrales.

VI. ¿CUÁL ES EL CONCEPTO DE FAMILIA?

La familia es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto; debe estar integrado al menos por dos personas, que habitan en una vivienda y comparten recursos económicos, alimentación (olla familiar) y/o servicios, donde los integrantes de la familia comparten sus experiencias, modo de ser, aprender, pensar, actuar y sentir.

La familia es la unidad fundamental de la comunidad y la sociedad, se encuentra en constante interacción e integración con el medio natural, cultural y social.

En el campo de la salud, la familia es la unidad básica y elemental de inserción, seguimiento, integración e intervención del equipo de salud, ya que su funcionalidad determina la salud y el desarrollo de sus integrantes, y se refleja hacia la comunidad.

VII. ¿QUÉ ES UNA FAMILIA SALUDABLE?

Una familia saludable es la que consigue construir un ambiente armónico de interrelación entre sus integrantes, cumpliendo sus roles y funciones respectivas dentro de la familia para satisfacer las necesidades básicas como la alimentación, la educación, el empleo y el autocuidado de su propia salud, bajo los principios y valores de la familia, la sociedad y su entorno.

Puede considerarse una familia saludable por los siguientes aspectos.

- Satisfacción de las necesidades básicas.
- Afectividad y amor entre los integrantes.
- Adecuada comunicación y comprensión entre los integrantes de la familia
- Cumplimiento de los roles respectivos de cada integrante de la familia
- Práctica de estilos de vida saludables y autocuidado de su salud.
- Vivienda que brinde condiciones sin riesgos.
- Práctica de principios y valores dentro y fuera de la familia

VIII. ¿QUÉ ES LA VISITA FAMILIAR?

Es un proceso de integración del personal de salud con las familias de las comunidades urbanas y rurales para la identificación y transformación de determinantes de la salud, condicionantes y desencadenantes de la enfermedad, con el fin de contribuir a lograr familias saludables a través de la prevención de enfermedades y complicaciones y la promoción de la salud.

IX. ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE LA VISITA FAMILIAR?

Es lograr que las familias puedan generar procesos de autocuidado de su salud física, mental, espiritual y el cuidado de su entorno a través de la integración del personal de salud a la familia.



X. TIPOS DE VISITA FAMILIAR

VISITA FAMILIAR EN LA VIVIENDA

Es el proceso de la visita familiar, realizada en la vivienda temporal o permanente, donde reside la familia, en la que se realiza la entrevista integral, atención médica integral intercultural, identificación de riesgos personales y familiares, promoviendo estilos de vida saludables para modificar determinantes de la salud.

VISITA FAMILIAR FUERA DE LA VIVIENDA.

Es el proceso de la visita familiar de seguimiento, realizada en otro ambiente fuera de la vivienda temporal o permanente de la familia (chacra, comercio y otros). En el mismo se puede realizar también las actividades de atención, prevención y promoción, adecuadas al ambiente.



VISITA FAMILIAR FUERA DE LA VIVIENDA



VISITA FAMILIAR EN LA VIVIENDA

XI. ¿QUIÉNES REALIZAN LA VISITA FAMILIAR?

La visita familiar debe ser realizada de forma obligatoria por el equipo básico de salud integral (médica/o y enfermera/o) de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, asignado al área y podrán acompañar personal de odontología, trabajo social, psicología, médicos tradicionales ancestrales, guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, partera o partero tradicional, naturistas autoridades locales y otros, en los casos necesarios.

Por razones de aprendizaje e investigación pueden acompañar al personal de salud, estudiantes de los últimos años de las diferentes carreras de salud y social (SSSRO en medicina, enfermería, odontología, trabajo social, etc).



El personal de Salud de cada área debe realizar la visita familiar

XII. ¿CUÁL ES EL INSTRUMENTO BÁSICO DE LA VISITA FAMILIAR?

La Carpeta Familiar es el instrumento básico de la visita familiar; de captación de la información, identificación, planificación, toma de decisiones y seguimiento a la persona y la familia.

La Carpeta Familiar permite identificar las desencadenantes, condicionantes de la enfermedad, y determinantes de la salud, riesgos personales y la funcionalidad familiar.



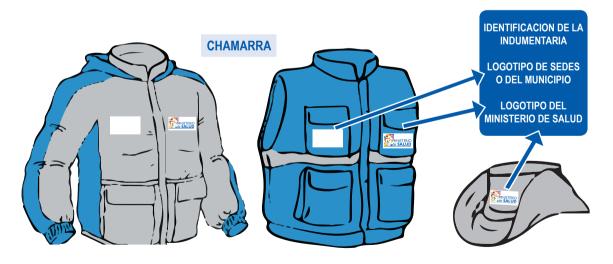
El instrumento básico de la visita familiar es "LA CARPETA FAMILIAR"

XIII. INDUMENTARIA, MATERIALES, INSUMOS Y MOCHILAS

INDUMENTARIA DEL PERSONAL DE SALUD

El personal de salud debe estar preparado para realizar las visitas familiares de acuerdo al entorno de la región y al clima, pero lo mínimo que debe de tener es:

- Gorra o sombrero.
- Chamarra o chaleco.
- Identificación como personal de salud.
- Calzados adecuados y/o Botas.
- Poncho de agua.
- Mochila.
- Otros de acuerdo a la región y realidad local.



Cuando el personal de salud tiene planificado quedarse a dormir en una comunidad, debe prever la bolsa de dormir, ropa para cambiarse y ropa impermeable si es época de lluvia.

MATERIAL. INSUMOS Y EQUIPAMIENTO BÁSICOS EN UNA VISITA FAMILIAR

Para una visita familiar integral, el personal de salud necesita contar con material, insumos e instrumentos necesarios para la evaluación integral de los integrantes de la familia, y brindar una atención integral, idónea y pertinente, que permita responder oportunamente algún problema de salud.

Cada familia necesita ser visitada por el personal de salud, ya sea que la familia cuente con un integrante que se encuentre atravesando por alguna enfermedad, alguna discapacidad, riesgo personal o que estén aparentemente sanos, donde se deberá de contar con material de educación para la vida que pueda ayudarnos a prevenir enfermedades y promover la salud, además de medicamentos e insumos básicos de una atención de primer nivel.

En caso necesario se debe preparar el termo respectivo para el trasporte de las vacunas.

MOCHILA DE VISITA FAMILIAR EN SALUD.-

Esta mochila es muy importante ya que su estructura, la disposición de áreas y el contenido, nos permite una organización adecuada para ofrecer una atención médica idónea y pertinente en la visita familiar.



1. INSTRUMENTOS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN.

- a. Carpetas familiares nuevas:
 - i. Historia clínica
 - ii. Historia clínica perinatal
 - iii. Carnet de salud infantil
- b. Carpetas familiares con expediente clínico:
- c. Cuadernos:
 - i. Cuaderno de campo
 - ii. Hoja de registro de visitas familiares
 - iii. Hoja de Registro de charlas educativas
- d. Material educativo
 - i. Afiches
 - ii. Trípticos
 - iii. Dípticos
 - iv. Laminas educativas
- e. Recibo recetario
- f. Solicitud de exámenes complementarios
- g. Formulario de referencia y contrareferencia

2. INSUMOS E INSTRUMENTAL



INSTRUMENTAL:

- Fonendoscopio
- Tensiómetro
- Linterna
- · Termómetros oral y rectal.
- · Equipo de curación y/o sutura
- Dopler fetal
- Otoscopio
- Equipo de sutura (Opcional)
- Equipo de parto (Opcional)
- Glucómetro
- Martillo de percusión
- Balanza Salter. (Portatil)

INSUMOS:

- Bata desechable
- Barbijo
- Antisépticos
- Gasas ,torundas apósitos
- Vendas
- Guantes
- Baja lenguas
- · Cinta métrica
- Gel para dopler
- · Micropore o tela adhesiva
- Hojas de Bisturí
- Equipo de venoclisis
- Bránula o aguja mariposa
- Jeringas
- · Hilos de sutura
- Campos
- Clip umbilical
- Ligadura
- Vasos para muestras de esputo
- Caja oscura de transporte de vasos (SR)

3. MEDICAMENTOS ESENCIALES

- Analgésicos, antiinflamatorios.
- Antibióticos.
- Lidocaína 2%
- Sales de rehidratación oral
- Sol. Fisiológica 0.9% de 500ml o 1000ml
- Oxitocina.
- Adrenalina y/o corticoides.
- Otros medicamentos de acuerdo a la frecuencia de enfermedades prevalentes de la región.

4. ÁREA DE BIOSEGURIDAD.

Ubicada en el bolsillo lateral Izquierdo donde se transportará.

- Jabón solido o líquido.
- Alcohol en gel.
- Paños húmedos o toalla
- Y otros.

5. ÁREA DE RESIDUOS

Ubicada en el bolsillo derecho que debe de contener una bolsa de plástico que nos ayudara a resguardar el material contaminado y desecharlo apropiadamente, como ampollas, jeringas, torundas usadas o cualquier otro material.

6. OTROS MATERIALES PERSONALES

En esta área el personal trasladara el material que necesite para su uso personal como bloqueador solar, repelente y otros.

XIV. ETAPAS DE LA VISITA FAMILIAR

Se distinguen 3 etapas de la visita familiar: Etapa de inserción, de seguimiento y de intervención:

A. ETAPA DE INSERCIÓN

Es la etapa previa a las primeras visitas familiares, en el que la presentación del personal de salud a su comunidad y a sus familias es la parte esencial.

La mejor manera de ingresar a una comunidad urbana o rural, siempre será el presentarse a las autoridades comunitarias rurales y/o urbanas como el personal de salud asignado a esa área de influencia. Por lo que se debe pedir con respeto el permiso correspondiente para reunirse con la comunidad o barrio para el inicio de las actividades a realizarse.

En esta etapa se debe socializar la Política SAFCI, las carpetas familiares, la importancia de las visitas familiares y las actividades que se realizaran en la comunidad.

Una vez socializada la actividad y otorgada el permiso de las autoridades se realizará el plan de las primeras visitas familiares, junto a las autoridades ya sea en la misma fecha o en una fecha planificada de forma consensuada.

ACLARACIÓN:

- Infórmate de tu área de intervención datos básicos como su ubicación (mapa), acceso, idioma y quiénes son sus autoridades.
- Presentarse a las autoridades comunitarias como el personal de salud asignado a ese territorio.
- Socializar a las autoridades y a la comunidad las actividades que se realizaran a través de las visitas familiares y su importancia para las personas, familias y la comunidad al conocer el diagnostico en salud.
- Solicitar la autorización para el ingreso a la comunidad y proceder con las visitas familiares en sus viviendas.

RECONOCIMIENTO DE ÁREA

Es recomendable realizar un reconocimiento de área junto a las autoridades locales, que consiste en:

- Recorrido junto a las autoridades y personajes claves para identificar límites, caminos, senderos, ríos, lugares sagrados e importantes del territorio de responsabilidad del personal de salud, áreas de riesgo.
- Si es posible se solicitara o se realizará el mapa del territorio asignado, para planificar las mejores vías de acceso hacia las familias que habitan la comunidad.

La etapa de inserción es la más importante ya que debe hacerse de manera que evite el rechazo de las familias

1. RECORRIDO SISTEMÁTICO

El recorrido por el área de trabajo asignada siempre debe ser sistemático, especialmente en las primeras visitas familiares, teniendo en cuenta que en una vivienda se pueden encontrar 1, 2 o más familias, y tiene sus características de acuerdo al área urbana o rural.

El personal de salud debidamente equipado debe tener un plan de visitas familiares para su traslado a las viviendas y debe ser sistemático con la finalidad de no duplicar esfuerzos. Por lo que se debe contar con un mapa que nos permita realizar las visitas de forma más sistemática lo que nos facilitara informar a las autoridades de nuestro avance y ubicación.

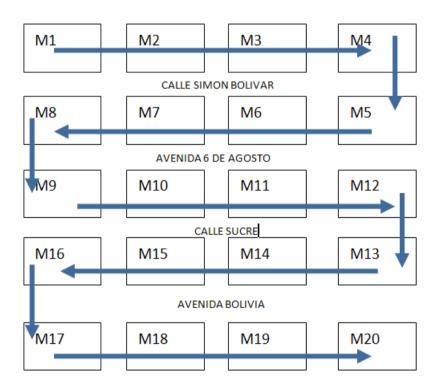
2. RECORRIDO SISTEMÁTICO DE ZONAS URBANAS

El recorrido por el área de trabajo debe ser ordenado y sistemático de cada una de las manzanas que componen el área del barrio.

Este primer paso del procedimiento tiene como propósito de garantizar el recorrido y la visita familiar a la totalidad de las familias y las viviendas de ese momento, y así evitar que se dejen de lado o se dupliquen datos tanto de los manzanas como de las viviendas y que el personal de salud cuente desde un principio con información exacta de las viviendas en las que llevará a cabo sus actividades; por lo tanto, es recomendable tener presentes los siguientes puntos:

- 1) El primer recorrido del área de trabajo se debe planificar de la siguiente manera.
 - a. Debe iniciar con el manzano más cercano a la esquina superior izquierda (NOROESTE) del plano y después seguir manzano por manzano hacia la derecha (ESTE) (figura 1)
 - b. Y se debe trazar un recorrido de tal manera que se dibuje un trazo ondulatorio y descendente como se muestra en la figura 1:

FIGURA 1: RECORRIDO SISTEMATICO Y EN ORDEN DE MANZANOS



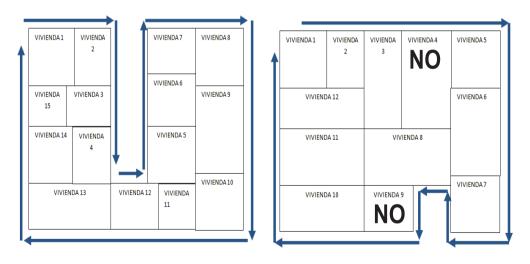
2) Cada uno de los manzanos debe recorrerse iniciando en la esquina superior izquierda (NOROESTE) del plano y continuar hacia la derecha, dibujando un recorrido circular alrededor de la manzana. (figura 2).

FIGURA 2. RECORRIDO POR MANZANOS



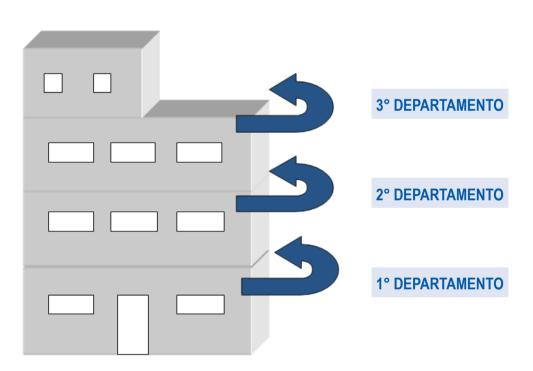
3) En el trazo se debe involucrar la presencia de callejones públicos y privados, con la finalidad de no dejar de lado ninguna vivienda, y se debe identificar las viviendas visitadas y aquellas viviendas que NO atendieron o rechazaron la visita familiar. (Figura 3).

FIGURA 3: RECORRIDO Y SEÑALIZACIÓN POR MANZANO



4). Cuando se trata de viviendas en infraestructuras tales como condominios, departamentos y edificios se deben procurar ingresar a los mismos, realizando el recorrido en su interior siempre desde los pisos inferiores, y en el caso de edificios con departamentos, frente a frente, se debe recorrer el pasillo visitando cada departamento conservando la derecha del equipo de salud como se realiza en los callejones: (Figura 4).

FIGURA 4: RECORRIDO POR EDIFICIOS



El mismo recorrido se realizará en condominios de bloque en bloque (conservando la derecha).

A medida que se va realizando el recorrido, y en consenso con las familias, se deben identificar las viviendas ya visitadas y carpetizadas, Esta identificación puede ser realizada en el marco de las puertas y deberá indicar la fecha de la visita familiar, y si se pudo establecer contacto con todas las familias de la vivienda o si falta alguna otra.

Ya en el establecimiento de salud, el recorrido realizado se deberá visualizar en la sala situacional y debe ser actualizado de forma periódica.

3. RECORRIDO SISTEMÁTICO EN ÁREA RURAL:

En el área rural, cada comunidad se caracteriza por contar con un grupo de viviendas concentradas y otras dispersas, donde la intervención en área concentrada se realizará de forma ya establecida en sectores urbanos.

En áreas dispersas es importante contar con un mapa georeferencial que muestre los cerros, ríos, trazos viales o fluviales, datos geográficos que se complementaran con datos obtenidos de las autoridades locales, tales como senderos que dan acceso a las viviendas y otros puntos de referencia.

Las visitas familiares deben de tener un punto de origen que será el área concentrada.

En el área dispersa se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Si las viviendas se encuentran frente a frente en los senderos las visitas familiares pueden realizarse en forma de zigzag, o primero visitar todas las viviendas de un lado del camino y después las viviendas del otro lado del camino en retorno. (Figura 5).
- Se debe recordar identificar las viviendas en área rural incluso con un número sistemático desde la planificación en el mapeo (Figura 5).
- Si las viviendas se encuentran a las orillas del río o en las pendientes de cerros, en un solo lado del sendero, las visitas familiares se realizarán de forma lineal, una tras otra. (Figura 5).

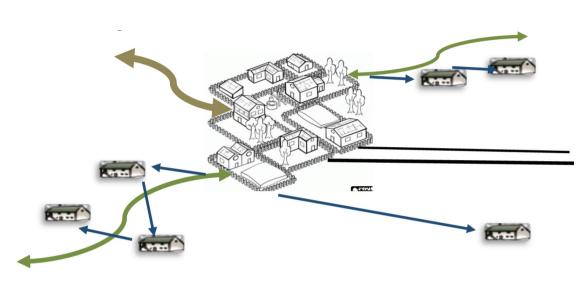


FIGURA 5: RECORRIDO SISTEMÁTICO EN ÁREA RURAL

En la planificación debe tomarse en cuenta, el clima y la distancia de las comunidades al establecimiento de salud, previendo incluso la hora de retorno o donde quedarse a descansar por la noche, para continuar con la actividad al día siguiente.

4. PROGRAMACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LAS PRIMERAS VISITAS FAMILIARES

Se debe elegir el momento más adecuado para efectuar la visita, para mantener y reforzar la relación de continuidad en la forma más eficiente posible. Algunos lo harán durante el día, otros por la tarde o noche, otros lo harán en días Sábados o Domingos; es importante consensuar horarios con la Comunidad.

La visita puede ser realizada por una persona; es recomendable hacerlo entre dos cuando el personal no es todavía conocido por las familias o equipo de salud cuando sea necesario.

Existen ciertas diferencias entre una primera visita y las visitas posteriores o programadas:

| VISITA INICIAL | VISITA PROGRAMADA | | | |
|--|---|--|--|--|
| Se debe definir las viviendas a visitar, programando | Identificar las viviendas en el mapa parlante, | | | |
| el número de visitas para cada jornada, llevando | programando el número de visitas de seguimiento | | | |
| la cantidad necesaria de Carpetas Familiares para | para cada jornada, llevando Carpetas Familiares | | | |
| su primer registro. | identificadas con riesgo biológico o de | | | |
| | determinantes. | | | |

Tanto en la visita inicial, como programada, se debe tener muy claro el motivo de la visita para recolectar los antecedentes, fijar los objetivos para las actividades a realizar. Se debe obtener el consentimiento de la familia, explicar sobre la confidencialidad de su información. Es importante preparar los materiales, insumos y medicamentos antes de salir para la visita familiar.

Como ejemplo de Visita a una embarazada, en el aspecto clínico, se debe llevar la Historia Clínica Perinatal Base, cinta métrica para medir Altura de Fondo Uterino, Doppler, balanza de pie, tensiómetro y fonendoscopio; además 90 tabletas de Sulfato ferroso. En el aspecto de prevención y si se encuentra en las primeras semanas de gestación se deben llevar material de orientación referido a reconocer señales de peligro; y si se encuentra en últimas semanas de gestación (36 a 40 semanas) se debe dialogar para llenar el formulario de Plan de Parto y asegurar un parto atendido por personal de salud.

Se deben tener en cuenta que se realizaran actividades de educación o diálogo de saberes, además de actividades clínico-asistenciales. Entonces los objetivos de dichas actividades deben estar claros por el personal de salud, de modo que se debe consensuar y lograr los puntos comunes para hablar un mismo lenguaje, tomando en cuenta aspectos culturales de la familia, estableciéndose que la visita familiar sea verdaderamente integral; que la familia tenga muy claro el beneficio que va a obtener con la visita y que no queden con la sensación de que expusieron su intimidad para nada. Es muy recomendable que el personal de salud se comunique en el idioma del lugar.

5. PROCESO DE LAS PRIMERAS VISITAS FAMILIARES

La primera visita a la familia es la primera impresión que se llevarán los integrantes de la familia y depende de una serie de actividades planificadas con la familia de acuerdo a sus necesidades en salud para su posterior seguimiento.

Las recomendaciones para realizar las primeras visitas familiares son las siguientes:

El personal de salud debe de haber coordinado con las autoridades el lugar y las familias, la fecha y la hora en que se iniciara las visitas familiares para evitar inconvenientes (ejemplo: como el de no encontrar a las familias, que nos confundan con algún antisocial, los perros estén sueltos y no permitan nuestra visita a la familia y otros).

Es importante también considerar los días y horarios de trabajo, así como el ciclo agrícola, las costumbres y los aspectos culturales más importantes de las familias.

Recuerda que debes de contar con identificación visible e indumentaria adecuada, con la mochila SAFCI equipada como se menciona anteriormente y el trazado de la ruta de ingreso en el mapa croquis.

La visita familiar comienza cuando el equipo camina hacia donde vive la familia, momento en el que puede observar las características de la comunidad urbana o rural: el estado del tráfico, la disposición de las basuras y otros servicios básicos, el idioma, la vestimenta, la música, alimentos disponibles para venta u otro, seguridad ciudadana, nivel de contaminación, satisfacción de necesidades en el que se desenvuelve la comunidad, familia.





Observar las características de la comunidad al dirigirse a las viviendas

a. PRESENTACIÓN A LA FAMILIA.-

- Al llegar a la vivienda se debe observar la entrada principal, si cuenta con perros o no. Se debe de tocar la puerta con fuerza y lento o anunciar la llegada del personal de salud de forma verbal.
- Cuando salgan o abran la puerta deben de saludar y presentarse como personal de salud con respeto mostrando la identificación y explicar el motivo de la visita (registro de la carpeta, valoración en salud y atención a los integrantes de la familia).
- En muchas ocasiones la primera visita familiar se realizará en la puerta de la vivienda, o tal vez en el patio de la vivienda, y no siempre se encontrará a todos los integrantes de la familia juntos, por eso la primera visita familiar es esencial para empezar a ganar la confianza de la familia





Presentarse como el personal de salud del área

b. ENTREVISTA, OBSERVACIÓN, REGISTRO Y EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

- Se iniciara la apertura de la Carpeta Familiar (el registro de los datos generales de la familia), mediante la entrevista al jefe de la familia, o algunos de sus integrantes presentes
- Continuar con el llenado de la Carpeta Familiar y se realizarán las preguntas evitando GUÍAr las respuestas. Las personas se pueden sentir intimidadas o contestar según lo que quiere escuchar el personal de salud. No se debe olvidar verificar mediante la observación las respuestas que así lo requieran.

- Escuchar activamente lo que expresan los integrantes de la familia, sin entrar en interpretaciones y juicios apresurados.
- No forzar el diálogo, no exigir respuestas, cuando se indague sobre algún tema en particular y respetar si la persona o integrantes de la familia quiere o no hacer conocer el tema propuesto.





No se debe forzar el dialogo

Se solicitara el control médico a los integrantes de la familia y se iniciara con el jefe de la familia o la persona que ésta refiera que necesita ser atendida primero. Puede ser que permitan realizar la evaluación médica en ese momento o te pidan reprogramar para otra fecha o resulte que la familia en ese momento se encuentre con una emergencia.





Realizar la atención integral a los integrantes de la familia





Realizar la atención integral a los integrantes de la familia

- Para la ejecución de la visita familiar se utiliza como herramienta la semiología ampliada para observar integralmente la funcionalidad de la familia, la estructura de su vivienda, su relación con su entorno, su forma de vida. Como caso índice se identifica al responsable de familia que tiene una dimensión bio-psicosocial y espiritual dentro el hogar; que está relacionada con su comunidad.
- Las siguientes visitas deben fortalecer el grado de confianza, de tal manera que se logre ingresar a la vivienda. Una vez dentro, el equipo debe observar y preguntar para el registro de datos en la Carpeta Familiar; un elemento clave es quién abre la puerta, quién espera y recibe al equipo de salud, quién lo saluda y cuál es la actitud de todos los miembros de la familia. Esta parte de la visita es una fase social, porque en ella se va creando el clima de confianza y el acercamiento necesario para entrar en temas de mayor profundidad.
- En lo estructural, la casa habla por sí sola de la vida de la familia, más allá de las diferencias socioeconómicas: hay casas prolijas, desordenadas, luminosas, lúgubres; hay casas que están en el pasado, y eso se debe relacionar con la etapa del ciclo vital que está viviendo esa familia; hay casas con historias, casas sin rostro, casas alegres, tristes, etc. Lo importante es que todas dicen algo sobre la vida de la familia que las habita. A medida que se avanza en esta fase social, se pueden ir respondiendo diversas interrogantes: ¿Están satisfechas las necesidades básicas? ¿Se acepta al equipo de salud? ¿Cómo está la búsqueda de sentido de este hogar, la autoestima? ¿En esta casa hay apertura a nuevas experiencias? Deducir su estado de salud través de la conversación, el diálogo y la observación del entorno.





Observar las características de la vivienda

- En lo relacional, es fundamental observar la dinámica familiar: descubrir quién está escuchando detrás de la puerta, quién habla, quién calla, quién autoriza, quién manda, un patriarcalismo presente, el autoestima. Esto es importante en caso de sospecha de abuso sexual. Hay que ver quién colabora, quién está ausente y dónde está ese ausente, quién es el cómico y quién es el que rompe el clima de tensión; esa persona será un aliado muy importante a la hora de realizar una intervención
- Se informará a la familia, el resultado de la evaluación familiar realizada, y se realizará el dialogo de intercambio de saberes, las orientaciones respectivas y lograr acuerdos para las acciones posteriores.

c. CONCLUSIÓN DE LA VISITA FAMILIAR.

- Se planificará con la familia, las siguientes visitas familiares, según el riesgo familiar o personal encontrado, y para verificar los acuerdos cumplidos.
- Se invitará la asistencia al establecimiento de salud en caso de que algún integrante de la familia lo requiera o para los controles respectivos.
- Concluida la visita familiar, agradecer por el tiempo y la colaboración brindada al equipo de salud, y despedirse muy respetuosamente.

NOTA: Es conveniente que en todo el proceso de la visita familiar el personal de salud siempre este a la vista de la familia.

6. ¿COMO CLASIFICAR A LAS FAMILIAS SEGÚN EL RIESGO?

Una vez que se ha visitado a la familia, y realizado el proceso de carpetización debe realizarse una clasificación de la familia.

La Carpeta Familiar como instrumento imprescindible de las visitas familiares evalúa 3 aspectos importantes:

- Determinantes la salud
- 2. Riesgos biológicos personales.
- 3. Comportamiento y/o Funcionalidad familiar.

La combinación de estos 3 aspectos nos permitirá clasificar a las familiar según el riesgo en:

a. FAMILIAS CON RIESGO BAJO: (VER CUADRO DE COLORES DE LA EVALUACIÓN FAMILIAR).

Se considera una familia con riesgo bajo cuando:

- En cuanto a las determinantes de la salud la Carpeta Familiar identifica a la vivienda, servicios básicos, alimentación, riesgos internos y riesgos externos: Si el resultado de estas evaluaciones resulta que la familia no tiene ningún riesgo en estos grupos de determinantes corresponde a familias con riesgo bajo.
- En los factores de riesgo o riesgos personales, todos los integrantes de la familia corresponden al **grupo I** (Aparentemente sanos).
- En cuanto a la funcionalidad familiar, la familia es funcional

UNA FAMILIA PUEDE CONSIDERARSE FUNCIONAL BAJO EL CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES FUNCIONES COMO FAMILIA:

Función afectiva: Se refiere a los procesos adecuados de convivencia dentro de la familia.

- Afecto, respeto y cuidado entre los integrantes de la familia
- Comunicación fluida y transparente entre sus integrantes.
- Reacción adecuada ante los eventos adversos que afecten a la familia.

Función económica: Es cuando la familia cubre las necesidades básicas materiales:

- · Alimentación, vestimenta, educación, medicamentos, educación y otros.
- · Cumplimiento de roles entre los integrantes de la familia

Función educativa: Es cuando la familia brinda las oportunidades de desarrollo y crecimiento educativo entre sus integrantes.

- Enseñanza adecuada de valores, disciplina, límites, etc.
- Igualdad de oportunidades en acceso a educación primaria, secundaria y superior.

Función social: Se refiere a las relaciones interpersonales, fuera de los integrantes de la familia.

- · Relación afectiva, con comunicación y respeto hacia la sociedad.
- Práctica de principios y valores dentro y fuera de la familia

b. FAMILIAS CON RIESGO MEDIANO. (VER CUADRO DE COLORES DE LA EVALUACIÓN FAMILIAR).

Se considera a una familia que tiene riesgo mediano cuando:

- En determinantes de la salud se identifica a la familia con 1 o más grupos identificados como riesgo leve y mediano.
- En cuanto a riesgos personales, existe algún miembro de la familia que corresponda al grupo de riesgo II. III y/o IV
- En funcionalidad la familia puede ser funcional o disfuncional.

Nota: si alguno de los 3 aspectos mencionados está presente, la evaluación familiar es de riesgo mediano.

c. FAMILIAS CON RIESGO ALTO (VER CUADRO DE COLORES DE LA EVALUACIÓN FAMILIAR).

Se considera que una familia está en riesgo alto cuando:

- En determinantes de la salud se identifica a la familia con 1 o más grupos identificados como riesgo moderado o grave.
- En riesgos personales, existe algún miembro de la familia que corresponda al grupo. III y/o IV.
- La familia es disfuncional.

Nota: Con 2 de estos 3 aspectos presentes, la evaluación familiar se considera riesgo alto.

CUADRO DE COLORES DE LA EVALUACION FAMILIAR EN BASE A LAS CARPETAS FAMILIARES

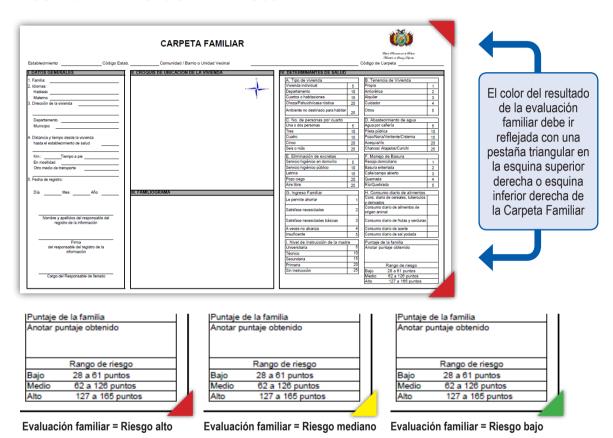
| EVALUACIÓN DE | RIESGO BIOLÓGICO | FUNCIONALIDAD | EVALUACIÓN |
|---|-------------------|---------------|----------------------------|
| DETERMINANTES | | FAMILIAR | FAMILIAR. |
| SIN RIESGO EN LOS 5 GRUPOS | GRUPO I | FUNCIONAL | FAMILIA CON RIESGO BAJO |
| 1 O MAS RIESGOS | GRUPO II,III y IV | FUNCIONAL O | FAMILIA CON RIESGO |
| LEVES Y MEDIANOS | | DISFUNCIONAL | MEDIANO |
| 1 O MAS RIESGOS GRAVES Y MUY GRAVES | GRUPO III y IV | DISFUNCIONAL | FAMILIA CON RIESGO ALTO |

Elaboración propia: Programa SAFCI.

d. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS EN LAS CARPETAS FAMILIARES

Los resultados de la evaluación familiar, se deben reflejar en la Carpeta Familiar colocando una pestaña triangular del color que corresponda, en la esquina inferior derecha o esquina superior derecha de la Carpeta Familiar, como se observa en las imágenes. (Figura 6)

FIGURA 6: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR



Estos resultados deben ser reflejados en la sala situacional de salud

Para la identificación y seguimientos de los riesgos personales identificados entre los integrantes de la familia, debemos GUÍArnos en el siguiente cuadro de colores.

CUADRO DE COLORES RELACIONADO A RIESGOS PERSONALES

| Caso de riesgo Personal | Color de pestaña | | Justificación | Frecuencia de seguimiento (en visitas familiares/domiciliarias y/o Establecimiento de salud, de manera alternada) | |
|--|--------------------------|--------|--|---|--|
| Neonatos | ROJO | | Para garantizar el adecuado cuidado del recién nacido y la lactancia materna exclusiva | Durante la primera semana de vida y cada semana hasta el mes. | |
| Niños desde mes de vida hasta menores de 2 años | BLANCO | | Para garantizar el crecimiento y desarrollo adecuados de los niños junto al BJA | Cada mes | |
| Niños menores de 5 años | VERDE | | Para garantizar el crecimiento y desarrollo adecuados de los niños | Cada 2 meses | |
| Desnutrición aguda moderada< de 5 años | AMARILLO | | Para garantizar el mejoramiento del estado nutricional | Cada semana hasta mejorar su estado nutricional | |
| Niña/niño con Talla Baja< de 5 años | ANARANJADO | | Para garantizar el mejoramiento del estado nutricional en el tiempo establecido | Cada mes hasta mejorar su estado nutricional | |
| Embarazadas | ROSADO | | Para garantizar la evolución de un embarazo saludable, identificación de signos de alarma hasta su parto | Cada mes | |
| Puérperas | ROSADO | BLANCO | Para garantizar la evolución de un puerperio saludable sin complicaciones. | Según normas y protocolos | |
| Tuberculosis | NEGRO | | Color que identifica a la Tuberculosis a nivel internacional, según la OMS Se debe realizar el seguimiento hasta la condición de curado de la persona | Cada mes | |
| Enfermedades Transmisibles | AZUL | | Seguimiento a las infecciones de transmisión sexual que incluye VIH. | Según normas | |
| Enfermedades no transmisibles | CELESTE | | Diabetes, hipertensión arterial, artropatías deformantes, cardiopatías, Obesidad, cáncer, epilepsia y otros según región). | Cada 1 o 2 meses hasta que la persona esté consciente de su enfermedad, y luego cada 3 a 4 meses | |
| Enfermedades vectoriales | VERDE CLARO (LECHUGA) | | Chagas, Dengue, Leishmaniasis, malaria y otros según epidemiología regional). | Cada 1 o 2 meses de acuerdo a protocolos | |
| Personas más de 60 años | CAFE | | Garantizar el seguimiento a los adultos mayores | Cada 1 o 2 meses según enfermedad adyacente y cada 3 meses si se encuentra estable | |
| Personas con discapacidad | LILA | | Garantizar el seguimiento a las personas con discapacidad | Cada 1 o 2 meses hasta lograr el apoyo efectivo de la familia, y luego cada 4 meses si está estable | |
| Violencia | MORADO | | Seguimiento a los casos de violencia intrafamiliar | Cada semana, o cada mes hasta ver la mejoría familiar | |

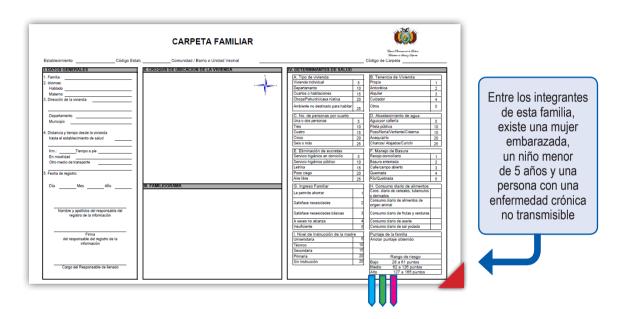
Elaboración propia: Programa SAFCI

De esta manera podremos identificar los principales riesgos personales encontrados en cada una de las familias de nuestra área de influencia, y facilitará la planificación de las futuras visitas familiares para el seguimiento a los riesgos personales.

La frecuencia de seguimiento a riesgos personales en la presente guía es una sugerencia, que puede ser modificada de acuerdo a la realidad local y cantidad de población, debiendo el personal de salud, garantizar un seguimiento adecuado a todos los integrantes de la familia.

Estos riesgos personales y los colores correspondientes entre los integrantes de la familia, deben ser identificados en las carpetas familiares con pestañas o hilos de colores en su borde inferior derecho y que también deben ser visualizados en la sala situacional. (Figura 7).

FIGURA 7: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PERSONALES EN CARPETAS FAMILIARES



B. ETAPA DE SEGUIMIENTO

Una vez realizadas las primeras visitas familiares se debe planificar una etapa de seguimiento a las familias, que permitirá un adecuado control a las determinantes, riesgos biológicos y funcionalidad familiar.

SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN FAMILIAR CON RIESGO BAJO.

La etapa de seguimiento recomendada a las familias con riesgo familiar bajo, es de 2 veces al año como mínimo, mientras se mantengan con ese nivel de riesgo.

Recordemos que una familia es muy lábil, y puede cambiar de grupo de riesgo de un momento a otro en ciertas eventualidades (fallecimiento de uno de sus integrantes, deudas, falta de empleo, etc.).

SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN FAMILIAR CON RIESGO MEDIANO.

Para realizar el seguimiento a una familia cuya evaluación es la de riesgo mediano, se debe analizar cual o cuales son los factores encontrados en la Carpeta Familiar, para haber tenido como resultado de la evaluación un riesgo mediano.

El periodo de seguimiento es muy variable: si se trata de un problema a predominio de determinantes se debe abordar el seguimiento según la posibilidad de modificar esa determinante, si se tiene la posibilidad de realizarlo a nivel local, con la familia, o si es un problema que afecta a un conjunto de familias, el abordaje será diferente.

Si el problema es a predominio de la salud de los integrantes de la familia (riesgos biológicos), se realizará el seguimiento a los compromisos realizados con la familia, en cuanto al apoyo al integrante de familia con el riesgo biológico.

Si el problema es a predominio de la funcionalidad familiar o comportamiento familiar, el seguimiento

será variable de acuerdo al problema identificado, ejemplo: En el caso de violencia intrafamiliar se debe estar al pendiente de la evolución de la familia en el cambio de comportamiento del integrante que realiza actos de violencia a su familia, de igual forma en caso de alcoholismo en la familia, teniendo en cuenta que estos y los demás factores siempre rompen la estabilidad y funcionalidad familiar.

SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN FAMILIAR CON RIESGO ALTO.

De igual manera los seguimientos familiares varían según la cantidad de problemas que se hayan identificado, ya que estas familias pueden tener muchos problemas en cuanto a determinantes, los riesgos biológicos y se trata de una familia disfuncional.

El enfoque de seguimiento será en base a los compromisos establecidos por la familia para cambiar paulatinamente ciertos aspectos de los riesgos identificados.

Se debe recordar que si los riesgos en base a determinantes afectan a un buen número de familias en el área de influencia estas determinantes deben ser abordadas de manera intersectorial, en proyectos que beneficien a la comunidad, aprovechando espacios tales como la mesa municipal de salud.

SEGUIMIENTO DE ACUERDO A RIESGO PERSONAL (RIESGO BIOLÓGICO)

El seguimiento de acuerdo al riesgo personal o biológico es variable, y puede realzarse en el establecimiento de salud así como en la vivienda o lugar de trabajo.

En este caso veremos el seguimiento a riesgos personales de cuyas personas tengan dificultades, o descuidos para acudir al establecimiento de salud, y es necesario que el personal de salud pueda identificar a estar personas para garantizar su derecho a la salud.

En el seguimiento a los riesgos personales deberá realizarse siempre la educación en salud a fin de lograr la comprensión del riesgo o enfermedad por parte de la persona afectada y de su entorno familiar, y lograr desarrollar en todos los integrantes de la familia el autocuidado para evitar enfermedades o complicaciones posteriores con una constante evaluación.



La educación en salud personalizada es: la educación plena e integral de la persona, donde se pretende prepararle para que pueda asumir todas las responsabilidades en un proceso de mejora de calidad de vida y la de su familia y la concientización en la enfermedad o problema que tiene para hacer cumplir los protocolos de tratamiento de su enfermedad y su evolución favorable.



SEGUIMIENTO A LAS DETERMINANTES DE LA SALUD:

Las determinantes de la salud deben ser evaluadas cada vez que se realiza una visita familiar integral o por seguimiento a un riesgo personal en la vivienda, especialmente si ha encontrado resultados negativos en cuanto a la alimentación de la familia, manejo de basura, hacinamiento y el acceso al agua.

En cada visita familiar debe estar presente la educación en salud, la orientación y el intercambio de saberes, para planificar acciones conjuntas en la búsqueda de la modificación de las determinantes encontradas.

Se debe hacer el seguimiento adecuado a algunos compromisos familiares, realizados en visitas familiares anteriores para cambiar ciertos aspectos negativos para la salud de la familia encontrados.

Siempre se debe generar espacios de diálogo, para hablar sobre la salud de la familia y los factores que se encuentran amenazando su estabilidad, y se debe planificar acciones que propicien un cambio positivo.



SEGUIMIENTO A LAS DETERMINANTES DE LA SALUD:

La presente guía nos permite poder identificar problemas en la funcionalidad familiar, cuando las funciones y roles de la familia junto a sus integrantes no se cumplen, y de alguna manera están desintegrando a la familia, en su relación armónica o en su proyección a la comunidad o sociedad.

La Carpeta Familiar nos permite identificar ciertos problemas como el hábito de fumar, el alcoholismo, consumo de drogas, la violencia, que afectan a la funcionalidad familiar, pero también se pueden identificar otros problemas que tienen mucha relación con la estructura y el ciclo familiar que tienen ciertas características, como familias que acaban de perder un integrante de la familia, la presencia de un embarazo en adolescente, el nacimiento de un niño, un accidente, etc. y el rol que debe cumplir cada integrante de la familia.

Estos aspectos deben tener un seguimiento adecuado para evitar un colapso familiar.

Ésta es la oportunidad para fortalecer los factores protectores y para esto hay que recurrir al refuerzo positivo, felicitando a los integrantes de la familia por haber incorporado medidas de autocuidado, protección y prácticas saludables, aunque sean elementales.

Lo mismo con los factores de riesgo: se debe señalar el problema y empezar de inmediato a consensuar la búsqueda de soluciones prácticas. Se debe aplicar un enfoque anticipatorio de eventos previsibles y por supuesto, apoyar a los integrantes de la familia para actuar ante la percepción de un riesgo. Siempre hay un integrante de la familia que no está en la visita familiar o se perciben situaciones difíciles o secretos familiares que impiden seguir avanzando en la corresponsabilidad del cuidado de la salud.



Con todo esto se deberá elaborar una hipótesis acerca de los problemas y sus posibles soluciones, hipótesis que se deberá confrontar con los demás integrantes del equipo y, posteriormente, con la familia.

Se debe trabajar sobre estos temas, deliberar y dialogar todo lo que sea necesario para disminuir el peso de los factores de riesgo y potenciar los factores protectores. Así mismo sobre las necesidades materiales, valores y principios, en la práctica cotidiana como elementos para potenciar soluciones de conflictos, identificar los roles de cuidado y superar eventos traumáticos.

Finalmente, es importante no apurar la despedida y fijarse quién sale a despedir al equipo; a veces es el que no pudo hablar adentro y va a aprovechar esta salida para entregar datos muy importantes: un temor, una confesión, un dato perdido.

REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES:

Finalmente, después de haber realizado el seguimiento familiar se debe realizar el respectivo registro de actualización en las carpetas familiares y en las respectivas historias clínicas si es necesario.

Se debe llevar un registro de las visitas familiares realizadas cada día de salida a la comunidad o barrio, en el que se puede especificar las horas invertidas en cada visita familiar y avaladas por el responsable de la familia en ese momento, o por las autoridades de la comunidad o barrio.

La etapa de registro asegura la continuidad y el contacto del próximo encuentro, proporciona una relación permanente y documentada de la acción realizada del equipo de salud y permite el seguimiento de las acciones, la investigación y programación de acciones futuras. Todas las actividades realizadas deben registrarse completa y correctamente en la Carpeta Familiar.

C. ETAPA DE INTERVENCIÓN:

La etapa de intervención familiar es aquella en la que además de realizar todas las recomendaciones y desarrollar las habilidades para el autocuidado personal y familiar, la familia de alguna manera necesita una ayuda externa, y la Carpeta Familiar nos permite identificar tipos de ayuda necesaria como son la ayuda educativa, terapéutica y comunitaria.

Esta etapa tiene un componente más intersectorial, en el que se necesitará el apoyo de la comunidad o barrio, de otras instituciones u otros aspectos.

INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA AYUDA EDUCATIVA:

- Puede tratarse desde identificar grandes debilidades en el autocuidado de su propia salud personal como familiar, en el que debe realizarse la orientación respectiva y un seguimiento adecuado a la familia en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones dadas.
- A veces la familia no puede tomar conciencia sobre el apoyo que deben brindar a uno de sus integrantes con riesgo personal, (embarazo en adolescente, primer embarazo, cuidados con el recién nacido, la adolescencia, la alimentación de personas con enfermedades crónicas, tuberculosis, alcoholismo, el adulto mayor, etc). Y se debe establecer estrategias de apoyo dentro de la familia.
- En ocasiones se podrá identificar deserción escolar entre los niños y adolescentes por varias razones, por lo que se deberá analizar junto a la familia el problema que significa, y buscar junto con ellos alternativas de solución, o la posibilidad de iniciar conversaciones con el sector de educación para su reincorporación.

INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA AYUDA TERAPÉUTICA:

- En ocasiones podremos identificar problemas de salud que no pueden ser resueltas a pesar de todo el apoyo familiar hacia uno de sus integrantes, que generalmente son por razones económicas, como por ejemplo la necesidad de una silla de ruedas para personas con algún grado de discapacidad motora, la necesidad de una intervención quirúrgica de alto costo, tratamiento con medicamentos, etc. O podemos encontrar personas en total abandono y desnutrición crónica, cataratas, etc. como ocurre generalmente con los adultos mayores.
- Identificar la necesidad de la intervención de la medicina tradicional ancestral.
- Familias con crisis familiar que requieran intervención médica especializada para evitar su desintegración.
- Otros casos que por falta de información no acuden a los establecimientos de salud, y que pueden ser atendidos y resueltos en los mismos, además de tener cobertura por los seguros vigentes.

INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA AYUDA COMUNITARIA:

- En ocasiones encontraremos familias que requieren la ayuda de su comunidad o barrio, o de otras instituciones para mejorar sus condiciones de vida, como el aspecto laboral, falta de servicios básicos que solo afecten a la familia, violencia intrafamiliar, problemas de conducta antisocial, etc.
- Estos problemas deben ser abordados con mucho cuidado después de un intenso análisis, ya que la familia puede verse amenazada en su intimidad, pero si los casos son extremos se deberá buscar la ayuda en las instituciones correspondientes.
- El equipo de salud debe conocer el apoyo que brindan las diferentes instituciones (defensoría de la niñez, centros integrales de conciliación familiar y otros) de su área de jurisdicción, para poder dar información necesaria a las familias de acuerdo a los problemas y/o necesidades identificadas.

XV. RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA VISITA FAMILIAR

Las recomendaciones para realizar la visita familiar:

GENERALES. -

- Es importante que en la primera visita a la familia el personal de salud de manera respetuosa se identifique (contar con alguna credencial o documento de identificación) y explique el motivo de la visita.
- En la *visita de seguimiento*, el saludo debe enmarcase en un grado de confianza y respeto logrando obtener respuestas confiables de los problemas y/o necesidades de la familia.
- Es importante que la visita sea realizada en lo posible con un equipo integral por lo cual se debe coordinar con el equipo de salud con el que se cuenta (medico, enfermera, trabajo social etc.), para mejorar la oportunidad de intervención en la familia.
- El personal de salud debe tener mucho cuidado cuando sólo se encuentran en la vivienda menores de edad (niños) a fin de evitar cualquier tipo de malos entendidos o susceptibilidades, y posteriormente deberán comunicarse lo más pronto posible con los padres.
- Es necesario socializar la importancia de la visita familiar y coordinar las visitas familiares con las autoridades de la comunidad (Estructura Social en Salud) zonas y/o barrios.
- Un aspecto a tomar en cuenta es el conocimiento del idioma en la que se comunica la familia (aymara, quechua, guaraní, etc.) para que esta no sea una barrera en la comunicación.

PARTICULARES.-

- Actitud de acogida y sencillez, es importante que la familia se sienta acogida y en una relación de igual a igual, es a pasar de pensar en ellos, al pensar con ellos.
- Evitar una actitud paternalista de querer dar consuelo y solución a todos los problemas, es decir que el personal de salud debe tomar las decisiones junto a la familia para que posteriormente ellos logren su autocuidado y no subestimar los conocimientos y prácticas de la familia.
- En caso de que el personal de salud especialmente de sexo femenino se encuentre sola, siempre deberá informar a las autoridades locales y personajes claves el lugar de sus actividades y a qué familias visitará ese día y en lo posible solicitar la compañía de alguna autoridad

¿CUÁNDO NO REALIZAR UNA VISITA FAMILIAR?

- En lo posible el personal de salud no debe realizar la visita familiar cuando la familia se encuentra en cualquier actividad festiva (consumiendo bebidas alcohólicas), velorios, reuniones de la comunidad, actividades deportivas y otros.
- Cuando las autoridades locales o personajes claves identifican a la familia como una familia conflictiva o antisocial.
- Cuando la familia rechaza la visita familiar, en este caso también deben ser identificadas en la sala situacional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. NUEVA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO aprobada por la Asamblea Constituyente 2007 compatibilizada en el Honorable Congreso Nacional 2008.
- 2. Decreto Ley Nº 15629 de 8 de julio de 1978 Código de Salud de la República de Bolivia.
- 3. El Decreto Supremo Nº 29272 de 12 de septiembre de 2007 Plan Nacional de Desarrollo
- 4. El Plan Sectorial de Desarrollo 2010 -2020
- 5. El Decreto Supremo Nº 29601 de 11 de Junio de 2008
- La Resolución Ministerial Nº 0737 de 21 de Abril de 2009 Reglamento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural
- 7. De acuerdo a la Resolución Ministerial 0017
- 8. Ley N° 3760 del 7 de noviembre de 2007
- 9. Ley N° 031 del 19 Julio de 2010 (Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez).
- 10. Ley N° 045 del 8 de octubre del 2010 (Ley Contra el Racismo y toda Forma de Discriminación
- 11. El artículo 3, 4 y 5 de la Ley Nº 603 "CÓDIGO DE LAS FAMILIAS Y EL PROCESO FAMILAR.
- 12. Ministerio de Salud Serie Documentos Técnicos Normativos INSTRUCTIVO CARPETA FAMILIAR La Paz Bolivia 2012.

VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO.

COORDINADORES DEPARTAMENTALES PROYECTO MI SALUD

Dr. Amador Luis Poma C allisava

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – LA PAZ)

Dr. Jeyson Marcos Auza Pinto

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – CHUQUISACA)

Dr. Álvaro José Ibarra Mamani

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – COCHABAMBA)

Dra. Inés Sossa Alba

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – TARIJA)

Dr. Frany Flores Uño

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – PANDO)

Dra. Marcela Siles Chávez

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – BENI)

Dra. Mary Zuna Rodríguez

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – ORURO)

Dra. Miriam Mamani Colque

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – POTOSI)

Dr. Mabel Morales

(COORDINADOR DEPARTAMENTAL DE LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA SAFCI – SANTA CRUZ)

JEFES DE ENSEÑANZA RESIDENCIA MEDICA SAFCI

Dra. Noelia Sánchez Claros

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL CHUQUISACA RM SAFCI)

Dra. Guadalupe Marca Kantuta

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL LA PAZ RM SAFCI)

Sara Soto Hurtado

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL LA PAZ ANDES)

Dr. Alberto Montaño Hinojosa

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL CBBA TIERRAS ALTAS)

Dra. Ruth Cama Crispín

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL CBBA TIERRAS BAJAS)

Dr. Luis Fernando Copa Durán

(DOCENTE DE INVESTIGACIÓN E INTERCULTURALIDAD

Dra. Lenny Zambrana Lara

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL BENI RM SAFCI)

Dr. Nelson Taboada Talavera

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL POTOSI RM SAFCI)

Dr. Basilio Muruchi Ramos

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL SANTA CRUZ)

Dr. David Keremba Mamani Choque

(DOCENTE DE INVESTIGACIÓN E INTERCULTURALIDAD)

Dra. Sheila Ivonne Torrez Flores

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL TARIJA RM SAFCI)

Dra. Ximena Alejandra Velásquez Soliz

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL ORURO RM SAFCI)

Dr. Mario Espada Llanos

(JEFE DE ENSEÑANZA REGIONAL PANDO)