

# GUÍA DE INTERVENCIONES CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO



## ESTRATEGIA COMUNIDADES CON AUTOCUIDADO PROMOTORAS DE SALUD (CAPS)



Secretaría  
**de Salud**



Secretaría  
**de Salud**





**Secretaría  
de Salud**



**ESTRATEGIA COMUNIDADES CON AUTOCUIDADO  
PROMOTORAS DE SALUD (CAPS)**

**GUÍA DE INTERVENCIONES CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO  
VERSIÓN I - 2020**

**CALOS MARIO MARÍN CORREA  
ALCALDE**

**CARLOS HUMBERTO OROZCO TELLEZ  
SECRETARIO DE DESPACHO**

**LEIDY LISBETH MORENO MEZA  
JEFE UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**

**ALEJANDRO PRIETO MONTOYA  
COORDINADOR ESTRATEGIA CAPS**

**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
MANIZALES  
2020**



**Secretaría  
de Salud**



**Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS)  
Guía de intervenciones con enfoque familiar y comunitario  
Versión I - 2020**

**ELABORADO POR**

**Alejandro Prieto Montoya  
Coordinador Estrategia CAPS**

**Secretaría de Salud Pública de Manizales  
Septiembre de 2020**



## TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS	
GLOSARIO.....	6
PRESENTACIÓN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
<b>I. REFERENTE CONCEPTUAL.....</b>	<b>13</b>
Premisas orientadoras para la acción.....	13
Características de calidad de las intervenciones colectivas.....	14
Perfil del equipo móvil de salud de la estrategia CAPS.....	15
Enfoque de salud familiar y comunitaria.....	16
Comunicación y educación para la salud.....	18
Información para la salud.....	20
Visitas domiciliarias.....	22
Telesalud - teleorientación.....	23
Grupos de apoyo.....	26
Participación social y comunitaria.....	29
<b>II. REFERENTE OPERATIVO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>33</b>
Entrevista Motivacional.....	33
Aspectos generales de una intervención en educación y comunicación para la salud.....	36
Paso 1. Reconocimiento y valoración de la situación.....	38
Paso 2. La priorización o problematización de la situación.....	40
Paso 3. Acordar la propuesta de acción.....	43
Paso 4. Acompañamiento y seguimiento.....	46
Paso 5. Seguimiento y evaluación del proceso de atención integral y fortalecimiento de familias y comunidades.....	48
<b>III. REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL SICAPS.....</b>	<b>50</b>
<b>IV. ANEXOS.....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>67</b>



**SIGLAS:**

APS. Atención Primaria en Salud

CAPS. Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud

EAPB. Empresa administradora de planes de beneficios

EyCPS. Educación y comunicación para la salud

EMS. Equipo Móvil de Salud Interdisciplinario

EPOC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

NNA. Niños, Niñas y Adolescentes

OMS. Organización Mundial de la Salud

PAIS. Política Nacional de Atención Integral en Salud

PIC. Plan de intervenciones colectivas

SGSSS. Sistema General de Seguridad Social en Salud

SICAPS: Sistema de Información Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud

SPA. Sustancias Psicoactivas

TAB. Trastorno Afectivo Bipolar

THS. Talento Humano en Salud

VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana

## GLOSARIO

**Aptitudes (saber hacer):** Son habilidades y aspectos procedimentales que el profesional demuestra en el desempeño laboral. En ella confluyen las dimensiones cognitiva y actitudinal (1).

**Atención Primaria en Salud:** Estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del usuario en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2).

**Canalización:** Conjunto de actividades que se realiza en el marco de la ejecución de otros procedimientos o intervenciones del PIC, orientados a gestionar el acceso efectivo de los individuos, familias y la comunidad a los servicios sociales y de salud (3).

**Competencias profesionales:** Es la puesta en acción de los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores armonizados, que conllevan al desempeño de un profesional, con la idoneidad requerida socialmente y la calidad esperada en el ámbito laboral (1).

**Cuidado primario de salud:** Busca promover el cuidado integral de las personas, familias y comunidades, integrando los aspectos biopsicosociales y espirituales. Garantiza el cuidado esencial de la salud y el acceso universal de la población a los servicios de salud. Es responsable de resolver la mayoría de las necesidades socio-sanitarias de las personas, en el contexto familiar, comunitario e institucional. Se basa en tecnologías, métodos y prácticas científicas aceptadas socialmente (1).

**Educación y comunicación para la salud:** Proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos (3).

**Familia:** Es el componente básico de la sociedad donde se dan relaciones sistémicas entre personas que tienen un vínculo. Su estructura es dinámica y está definida por el contexto social donde se desarrolla; no obstante, cada familia presenta características distintivas. En ella los sujetos comparten espacio-tiempo-recursos-cotidianidad, lo cual la hace tener un rol central en el desarrollo de los individuos, en sus dimensiones biopsicosocial y espiritual (1).

**Gestión integral del riesgo en salud:** Analiza la situación de salud para identificar el grado de vulnerabilidad en salud de las personas, familias y comunidades frente a amenazas; posteriormente determina el impacto de la ocurrencia de los hechos, define las posibilidades de ocurrencia del evento y establece el proceso para prevenir, reducir y mitigar la ocurrencia del evento. Armoniza las acciones anticipatorias y de mitigación que se desarrollan de manera simultánea y organizada, para modificar factores protectores y de riesgo y para evitar las

complicaciones de la enfermedad y los costos (biopsicosociales y espirituales) para las personas, familias, comunidades y para el SGSSS (1).

**Habilidades cognitivas (saber):** Se relaciona con los procesos mentales, conocimientos y conceptos que el profesional debe ser capaz de utilizar en diferentes situaciones (1).

**Pensamiento crítico:** Proceso mental que incorpora e integra el pensamiento científico, humanístico y social con el conocimiento empírico y el saber popular. Se basa en el análisis, conceptualización, síntesis y evaluación de la información producto de la interacción, la observación, la acción, la reflexión y el razonamiento (1).

**Perfil profesional:** Conjunto de rasgos, aptitudes, actitudes y valores que identifican y caracterizan al profesional de CAPS. Sintetiza las competencias y el desempeño que caracterizan y debe poseer y demostrar el profesional comunitario en sus respectivos campos de actuación (1).

**Promoción de la salud:** Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere, para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida (4).

**Salud:** Es la percepción de bienestar y armonía relacionada con la calidad de vida de las personas, familias y comunidades; así como la capacidad de las personas para desarrollar su potencial, interactuar con los demás, responder positivamente a las demandas socio ambientales y participar activamente en los diferentes contextos y ámbitos de la vida de acuerdo a las particularidades culturales de la población (1).

**Salud comunitaria:** Está determinada por la interacción de factores biopsicosociales, culturales, políticos y espirituales de las personas, familias y comunidades, los cuales son resultado de múltiples interacciones de conocimientos y prácticas que determinan formas específicas de saber, ser y hacer, así como estructuras particulares de poder, organización y jerarquía social. Reconoce la condición social de las personas, vinculándolas como actores sociales y políticos con participación comunitaria e intersectorial, real y consciente para el cuidado de la salud (1).

**Salud familiar:** Es el resultado de la armonía entre la salud de las personas y el sistema de relaciones que se establece en las familias y ambientes. Expresa el grado de equilibrio de los factores internos y externos de los diversos tipos de familia; así como la capacidad de las personas para enfrentar los cambios sociales, adaptarse y funcionar en su contexto (1).

**Salud familiar y comunitaria:** Es la interacción de procesos complejos relacionados con el bienestar y la calidad de vida, entre las dinámicas sociales y territoriales. La atención familiar y comunitaria es la que moviliza un conjunto armónico de servicios por parte de Equipos

Multidisciplinarios de Salud, con participación de diversas profesiones, ocupaciones y agentes comunitarios, quienes desde una situación de proximidad y confianza con la población, enfocan sus actuaciones a una visión holística del ser humano, con una triple perspectiva: personal, familiar y comunitaria y una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de fortalezas y necesidades existentes (1).

**Trabajo en equipo:** Está relacionado con los criterios de desempeño, resultado del desarrollo de competencias compartidas por un colectivo que cooperaran entre sí para alcanzar mejores condiciones de calidad de vida de salud de la población, a partir de la Estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria. Es una organización no jerárquica de personas que reflexionan, comparten, consensuan y deciden para alcanzar un objetivo común, sin que prevalezcan los intereses individuales y sin duplicar esfuerzos (1).

## PRESENTACION

El Proyecto de declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Hacia la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible celebrado en octubre del 2018 en Astaná, Kazajstán, como celebración de los 40 años de la Declaración de Alma Ata, reitero el compromiso de todos los estados pertenecientes a la OMS con la Estrategia de Atención Primaria en Salud, expresando: “Hoy, la necesidad de atención primaria de salud centrada en las personas es mayor que en cualquier otro momento de la historia. Nos enfrentamos al cambio demográfico y social con el envejecimiento de la población, la urbanización, la globalización y el aumento de las inequidades; a transiciones epidemiológicas, incluyendo el aumento de las enfermedades crónicas, las enfermedades no transmisibles, la salud mental y multimorbilidad - al tiempo que se enfrentan las necesidades inacabadas de salud materno infantil, enfermedades transmisibles y el aumento de la resistencia a los antimicrobianos; a emergencias complejas, incluidas las epidemias, la guerra y la violencia y los efectos del cambio climático, todo lo cual resulta en las mayores migraciones de población en la historia; a sistemas de salud cada vez más complejos y costosos; al aumento de la voz ciudadana, la participación social y las expectativas crecientes; y a una ampliación del papel del sector privado, la innovación, la revolución tecnológica y la era de la información en la prestación de servicios de salud. Ninguna nación podrá hacer frente a estos desafíos sin compromisos firmes con la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud” (5).

Es por ello que la Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS) se desarrolla dentro del marco filosófico de la Atención Primaria en Salud, priorizando según el contexto local, algunos de los retos planteados en el Proyecto de Declaración mencionada, buscando impactar favorablemente en las condiciones de salud y sociales de las comunidades intervenidas en el Municipio.

En Manizales esta estrategia se desarrolla desde el año 2006, con un cambio en su estructura y marco de acción desde el año 2015, fortalecida por la Política Nacional de Atención Integral en Salud (PAIS) y la cual en conjunto con el Modelo de Intervención de la Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud se basan en un enfoque de intervención familiar y comunitario, como pilar esencial del trabajo para alcanzar los objetivos planteados.

Es de ahí que surge la necesidad de construir este documento, que pretende servir de apoyo al Equipo Móvil de Salud Interdisciplinario que ejecuta la Estrategia, con el fin de promover el desarrollo de procesos operativos que permitan mejorar el impacto de las intervenciones familiares y comunitarias, las cuales se deben ver reflejadas en el Sistema de Información que posee la Estrategia, denominado SI-CAPS, el cual permite contar con información actualizada y de calidad para una adecuada toma de decisiones en salud pública.

Se busca poder ofrecer al Equipo Móvil de Salud Interdisciplinario (EMS) una guía de apoyo que sirva en el proceso de planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones realizadas a nivel familiar y comunitario, teniendo en cuenta elementos conceptuales, técnicos, éticos, normativos y estratégicos, que apoyen el direccionar del equipo hacia la promoción de la salud y la identificación y reducción de riesgos.



Es importante enfatizar que esta guía no pretende ser exhaustiva, sino que busca brindar algunos lineamientos generales desde donde poder enmarcar las acciones de un trabajador del área de la salud y social que ejecuta la Estrategia CAPS, permitiendo maximizar el trabajo desarrollado con las familias y comunidades y posibilitando herramientas que potencien las habilidades del personal operativo de CAPS.

## INTRODUCCION

Desde la Declaración de Alma Ata (1978), la APS ha sido difundida como estrategia y como concepto integral que abarca desde la promoción de la salud hasta el cuidado curativo y la rehabilitación, que a través de prácticas, tecnologías y métodos fundamentados en la evidencia científica busca reducir las inequidades en salud y avanzar hacia el fomento de la salud y calidad de vida de la población, privilegiando el cuidado primario de salud con la promoción de la salud, la participación social y comunitaria, y la atención continua, integral y esencial de las personas, familias y comunidades (1).

Por su parte el Gobierno Colombiano a través del Ministerio de Salud y Protección Social, dando relevancia a la APS, mediante el documento de Política de Atención Integral en Salud, establece el Marco Estratégico de la misma, el cual se fundamenta en la atención primaria en salud - APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Asegurando que estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y políticas de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales (6).

Es así como la Declaración de Alma Ata de la OMS, la PAIS y la Ley 1438 de 2011, la cual tiene como objeto el “fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable...” (1), son congruentes entre sí y comparten en general algunos principios y elementos que es preciso resaltar con el fin de entender la filosofía de APS y el contexto sobre el cual se estructuran las acciones por parte del EMS en la estrategia CAPS; estas son:

- a) Accesibilidad efectiva y universalidad como fundamento de la equidad en salud. Esto involucra la oportunidad y la calidad de respuesta del sistema de salud, accesibilidad geográfica o proximidad y accesibilidad cultural.
- b) Continuidad, longitudinalidad y seguimientos en los procesos de atención integral (biopsicosocial) durante el curso de vida de las personas y el ciclo vital familiar, por parte del equipo interdisciplinario.
- c) Capacidad resolutoria ante los problemas socio-sanitarios de las personas, familias y comunidades.
- d) Atención familiar y comunitaria integrada e integral que garantiza la disponibilidad de servicios suficientes de acuerdo con las necesidades de la población. La atención integrada como parte de la integralidad, se refiere a la coordinación entre las partes del sistema para garantizar la salud de la población.

- e) Orientación familiar y comunitaria, donde se resalta que la APS no es solamente clínica o individual, sino por el contrario, la familia y la comunidad son consideradas los centros de la planificación e intervención.
- f) Participación efectiva de las personas en la toma de decisiones sobre la salud, e intersectorialidad en salud para afectar positivamente los determinantes de la salud y aportar a la equidad.
- g) Enfoque diferencial, es decir el reconocimiento de las particularidades de poblaciones que requieren de esfuerzos focalizados para mejorar su salud.
- h) Talento Humano en Salud (THS) pertinente, con las competencias adecuadas, organizado en equipos multidisciplinarios de salud (EMS), que trabaje en red integrando los componentes de gestión y administración socio-sanitaria.
- i) Actualización del THS en aspectos científicos, clínicos, tecnológicos, legislativos, procedimentales, uso de tecnologías en comunicación e información en salud, entre otros.
- j) Pertinencia y adaptabilidad de los equipos al sistema de salud, para que responda a las particularidades de la población en un territorio definido (1).

Estos elementos propios de la APS evidencian la complejidad de su estructura operativa y el alcance de sus acciones, direccionadas desde un marco centrado en la salud pública, las intervenciones familiares, el empoderamiento comunitario, el desarrollo de capacidades del talento humano, el acompañamiento de personal de salud, la intersectorialidad, los sistemas de información en salud, entre otros aspectos que deberán ser fortalecidos en la Estrategia CAPS.

De ahí que el Municipio de Manizales en su historia más reciente, viene adelantando desde el año 2006 acciones específicas desde la estrategia de APS, reconociendo tres momentos en la línea de tiempo, 2006-2011, 2012-2014 y 2015 a la fecha; desarrollándose inicialmente una intervención con enfoque selectivo, centrado en la detección temprana y protección específica, con talento humano principalmente del área auxiliar y centrado en acciones de servicios de salud, hasta llegar a un enfoque de intervención integral, de gestión del riesgo, desde la salud familiar y comunitaria y desde lo poblacional, con un equipo interdisciplinario del área social, ambiental y de la salud y en los tres componentes definidos normativamente de servicios de salud, participación social y comunitaria y acciones intersectoriales, alineado así con la Política de Atención Integral de Salud y denominado actualmente para Manizales, Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS) (7).

Esta estrategia busca mejorar los indicadores en salud de la ciudad y acercar los servicios de salud a las comunidades más vulnerables, para lo cual se espera lograr intervenciones ajustadas a las necesidades propias de cada familia y comunidad y reportar los datos oportuna y eficientemente en el Sistema de Información de la Estrategia (SICAPS).

## REFERENTE CONCEPTUAL

Con el fin de mejorar la efectividad de las intervenciones, clarificar conceptos y establecer marcos prioritarios para la ejecución de actividades en el marco de la implementación de la Estrategia CAPS, se presentará de forma general unos lineamientos teóricos sobre los cuales se deben sustentar las actividades de los profesionales para planear, desarrollar y evaluar sus acciones y el impacto de estas en el entorno hogar, comunitario y virtual.

Es importante reconocer que los siguientes elementos conceptuales brindan una visión general sobre el tema en cuestión y que será necesario, que cada integrante del EMS de CAPS, adhiera, reconozca, valide y genere un pensamiento crítico al respecto, para favorecer en la práctica la aplicabilidad de los conceptos ofrecidos.

- **PREMISAS ORIENTADORAS PARA LA ACCIÓN**

Teniendo como punto de partida el documento de Fortalecimiento de Familias y Comunidades en Cuidado y Desarrollo Integral con Énfasis en la Primera Infancia y la Infancia del Ministerio de Salud y Protección Social (8), a continuación, se presenta una serie de orientaciones y lineamientos en relación con las intervenciones familiares, que es preciso considerar a la hora de realizar este tipo de actividades.

- ✓ “Las familias y las comunidades son sujetos y sistemas dinámicos en continua transformación y desarrollo. Por tanto, los equipos de salud, tienen un papel de acompañantes, dinamizadores y promotores de contextos de desarrollo que surge de la interacción, la comunicación y la reflexión mutua.
- ✓ Las familias y sus miembros pueden ser leídos en clave del curso de vida, donde la salud se concibe como producto de la interacción y el momento de vida familiar y de cada uno de sus integrantes. Reconociendo la fragilidad de ciertos momentos vitales como la primera infancia, la adolescencia, la vejez, la discapacidad o ciertas condiciones de salud particulares. El papel de los equipos de salud, implica el reconocimiento de la situación en conjunto, con la participación de las familias y la identificación de sus prioridades para la promoción y la atención.
- ✓ Las situaciones de crisis o problemas que surgen al interior de las familias son resultado de diferentes factores históricos, sociales, educativos y psicológicos que se entrecruzan y no solo de relaciones causa – efecto, o situaciones que simplemente se reproducen por pautas de crianza. Siempre existe posibilidad de transformación, si se promueven procesos de reflexión, reconocimiento de potencialidades y posibilidades de cambio. Los equipos y las acciones de salud, pueden apoyar este proceso: “Estamos condicionados, pero no determinados”.
- ✓ Reconocer los procesos, cambios graduales, la experiencia acumulativa que se forja desde que se nace y el continuum sin fin del proceso de desarrollo, que no termina en etapas,

sino que se prolonga, se expande, se amplía en la medida en que se enriquece el proceso a través de la experiencia y el acompañamiento que se pueda brindar.

- ✓ Se cree en las potencialidades de los sujetos, las familias y las comunidades para generar transformaciones. Si bien los contextos y entornos pueden incidir en las situaciones y los eventos, estos no necesariamente son determinantes. Los equipos y las acciones de salud, pueden ser colaboradores de la identificación y promoción de transformaciones relacionales, personales y de procesos orientados hacia una mejor organización familiar y comunitaria en sintonía con la salud integral.
- ✓ Se cree que todas las familias y sus miembros tienen capacidad para afrontar, prevenir y protegerse de situaciones de reto, crisis, dificultades y cambios a lo largo de la vida
- ✓ Las crisis y los problemas constituyen oportunidades de cambio y traen las opciones de resolución en sí mismas. La función de las familias, las comunidades y los equipos de salud en conjunto, está en lograr la revisión, reflexión y plantear caminos para transformarlos. Este puede ser el foco de acción para plantear las propuestas de trabajo. En esta lógica, la atención debe orientarse hacia las relaciones, tomando distancia de juzgar a los sujetos, las familias o las comunidades.
- ✓ Identificar las capacidades de las familias, las comunidades y los equipos territoriales de salud para la acción permite identificar el alcance y posibilidades de dicha acción. Estas capacidades deben leerse en contraste con la lectura de la situación de las familias, las comunidades y las prioridades establecidas de manera participativa.
- ✓ Se cree que todos los equipos de salud en todos los niveles tienen capacidad de acción para promover propuestas de fortalecimiento a las familias y comunidades de acuerdo a las condiciones contextuales e institucionales particulares. Solo deben definir su alcance de acuerdo con el escenario de acción identificado.
- ✓ Las apropiaciones y transformaciones, solo se logran si las familias, las personas, las comunidades son protagonistas y participantes activos de los procesos” (8)

- **CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS**

La formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del PIC deberá cumplir con las siguientes características de calidad, definidas en la Resolución 518 de 2015:

- ✓ **Accesibilidad:** Las personas, familias y comunidades reciben las intervenciones del PIC, sin barreras económicas, geográficas, culturales, tecnológicas, organizacionales o sociales relacionadas con condiciones de edad, etnia, sexo, género, raza, discapacidad, entre otras.
- ✓ **Oportunidad:** El PIC identifica e interviene en el momento apropiado los aspectos que potencian la salud de la persona, familia y comunidad.

- ✓ **Seguridad:** Las intervenciones colectivas basadas en evidencia potencian la salud de las personas, familias y comunidades, evitando el daño o mitigando sus consecuencias, sin que con su ejecución se ponga en riesgo la salud y la vida de las mismas.
- ✓ **Pertinencia:** Las intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad surgen del reconocimiento de las condiciones específicas y diferenciales de la población y su realidad territorial y de la evidencia de su efectividad.
- ✓ **Continuidad:** Las intervenciones colectivas se ejecutan de forma lógica y secuencial, sin interrupción en el tiempo para contribuir al logro de los resultados en salud.
- ✓ **Integralidad:** Es la coordinación y convergencia de las acciones y esfuerzos de diferentes actores con competencias en promoción de la salud y gestión del riesgo, centradas en las personas, reconociendo que, a lo largo del curso de vida, los individuos y las poblaciones presentan diversas situaciones de salud, que deben ser abordadas con el fin de alcanzar los resultados en salud definidos (3).

- **PERFIL DEL EQUIPO MÓVIL DE SALUD DE LA ESTRATEGIA CAPS**

La serie de atributos que a continuación se presenta, son extraídos del documento del Ministerio de Salud y Protección Social, para el programa único nacional de especialización en salud familiar y comunitaria, el cual está pensado para realizar un abordaje similar al que se lleva a cabo en APS y que contribuye a generar actitudes y aptitudes del EMS acordes con los objetivos de la estrategia CAPS (1).

- ✓ Es **gestor** del cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades, de manera efectiva, continua, oportuna, integral y con calidad. Gestiona el acceso efectivo y el contacto inicial, facilitando la atención familiar y comunitaria, en el marco del derecho a la salud. Participa como gestor del riesgo, identificando e implementando rutas de atención.
- ✓ Es **líder**, negociador y socio en la acción transectorial, en el marco de la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud integral. Se suma a los esfuerzos organizados de la sociedad para mantener, mejorar y promover la salud de la población. Participa en los procesos de análisis de la situación de salud y a partir de ello aporta a la solución de los problemas y necesidades de las personas, familias y comunidades.
- ✓ Es **guía** en la acción comunitaria y la construcción colectiva. Participa activamente, con creatividad e iniciativa en los escenarios familiares, comunitarios, locales y territoriales, favorables para la garantía del derecho a la salud. Involucra a las personas, familias, comunidades y organizaciones sociales en la toma de decisiones y aporta en el desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de redes, la participación comunitaria y la movilización social.
- ✓ Es **educador** en salud y estrategia en pedagogía social. Integra la educación, información y comunicación para lograr alta participación de las personas, familias y comunidades en el

cuidado de su propia salud y en la prevención de la enfermedad. Fortalece capacidades, incorporando los enfoques diferenciales y reconociendo las potencialidades y la autonomía de las personas, familias y comunidades.

- ✓ Es **empático**, compasivo y ético. Garantiza vínculos de interacción en el equipo de salud y la comunidad y desarrolla alianzas basadas en los principios éticos y legales y se sustenta en una visión amplia y apropiada de las relaciones interpersonales, familiares y comunitarias. Su actitud es receptiva y disponible, respetando la autodeterminación de las personas, familias, comunidades e integrantes del EMS.
- ✓ Es **líder y participe activo** en los equipos de trabajo. Toma la iniciativa, lidera y motiva al equipo para construir procesos de manera colaborativa con todos los integrantes del mismo. De acuerdo con el contexto, toma decisiones de manera concertada.
- ✓ Es **innovador** y aplica la investigación y gestión del conocimiento en su quehacer. Incorpora e integra al contexto las tecnologías de información y comunicación para el cuidado de la salud. Integra resultados de investigación y aplica nuevas estrategias, metodologías y el saber popular en el abordaje de las personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta las particularidades del contexto.

- **ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

El enfoque de salud familiar y comunitaria se define como pilar esencial en la ejecución de la Estrategia de APS y hace parte de uno de los enfoques reconocidos por el Modelo CAPS, lo cual es consecuente con lo expresado en la Resolución 2626 de 2019, la cual modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en donde se establece la necesidad de generar dentro del modelo de atención en salud, acciones basadas desde este marco estratégico (6).

Este enfoque entiende que el proceso para mantener la salud de la población, se centra en el cuidado primario de la salud de las personas, familias y comunidades, haciendo énfasis en la acción transectorial para mejorar sus condiciones de salud y afectar positivamente los determinantes de la salud (1).

Ello conlleva la responsabilidad por parte del EMS, de lograr el mayor nivel de resolutivez posible en los casos priorizados para intervención a nivel familiar y comunitario, favoreciendo así gestionar los riesgos identificados mediante la ficha familiar de la Estrategia y a su vez generar una disminución de la demanda de servicios de baja, mediana y alta complejidad.

La salud familiar y comunitaria es conceptualmente un enfoque que orienta la reorganización de la atención socio-sanitaria, al contexto y condiciones particulares y propias de las familias y comunidades intervenidas mediante la Estrategia. Se centra en el cuidado primario de la salud de las familias y comunidades, focalizando sus acciones en la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo y el empoderamiento por parte de toda la comunidad en el autocuidado (1).

Para lograr lo anterior, se requiere una gran articulación en las acciones realizadas por el EMS y el equipo administrador de la Estrategia, que permita integración entre las áreas individual, familiar, colectivo y lo intersectorial, de tal forma que cada una de las actividades realizadas en un área de estas, impacte adecuadamente en las otras.

La salud familiar y comunitaria como enfoque es integral, establece un proceso continuo que se centra en el cuidado biopsicosocial y espiritual de las personas, familias y comunidades (1). Lo que implica tener en cuenta al sujeto de intervención en su completud, sin desconocer ninguna de sus esferas de vida (social, personal, sexual, emocional, económica, laboral, etc) y a partir de allí identificar sus características, especificidades, necesidades y sobre todo su unicidad, lo cual debe concluir en un reconocimiento del Otro que le permita estructurar la intervención ajustada a esas características propias, favoreciendo así un mejor impacto en las intervenciones.

Otra característica relevante de este enfoque, es que se preocupa por las personas, desde antes de que aparezca la enfermedad, entregando herramientas de autocuidado, autoayuda, autogestión, gestión y promoción. El énfasis está en promover estilos de vida saludables, gestionar la acción intersectorial, fomentar el compromiso familiar y comunitario para mantener y mejorar las condiciones de salud y realizar el seguimiento y control oportuno de las personas, priorizando la detección temprana, el control de los avances del daño y el avance hacia tratamientos complejos (1).

Ello implica en todo el continuum del acompañamiento familiar que brinda el equipo de CAPS, que la visión hacia la familia sea pensada más desde un concepto positivo de salud, de fortalecimiento de capacidades, de promoción de la salud, más que desde una concepción de enfermedad, independiente de si la familia o alguno de sus integrantes posea un diagnóstico o no. De esta forma el énfasis está centrado en prevenir la enfermedad y potenciar la salud de las familias y comunidades, generando alianzas de trabajo desde las fortalezas y potencialidades de la familia.

A pesar que es un enfoque que centra su atención en el cuidado primario y de forma preferencial en la atención en el sitio de residencia de las familias, es preciso no perder de vista que se refuerza la importancia del trabajo integrado, es decir, sin perder de vista los otros niveles de complejidad. Es allí en donde la canalización se convierte en un medio de apoyo para la derivación a otros servicios de salud y social y en donde el seguimiento a la efectividad de la derivación, a la adherencia de la familia al tratamiento y el fortalecimiento de las pautas brindadas por el personal de salud tratante, se convierte en un pilar central que ejerce el EMS de CAPS.

Así mismo, la conjugación de acciones dirigidas a las familias debe estar conectada también con el ámbito comunitario e intersectorial. El apoyo de los otros sectores: comunitarios, sociales e institucionales, con el objetivo de favorecer la disminución de riesgos que presenten las familias y el establecimiento de procesos que mejoren los determinantes sociales en salud de estas, se convierte quizás en uno de los pilares clave para lograr la reducción de brechas en las oportunidades que tienen las familias objeto de atención por parte de la Estrategia.

Es así como desde un enfoque de salud familiar y comunitaria se concibe el cuidado primario, en donde el núcleo de atención es la familia, pero necesariamente ligada y conectada con los diferentes niveles de atención en salud y con los escenarios intersectoriales, bien sean fortalecidos desde CAPS o con los ya existentes.

Y así lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde expresa que es “indudable la influencia en la salud de las personas y comunidades, de factores tales como la estructura del tejido social, la cohesión social, la movilización colectiva, la participación comunitaria, y el entorno físico, social, cultural y espiritual. Desde una visión holística, la atención individual no puede estar desligada de la atención familiar y comunitaria, ni de la impronta educativa en las intervenciones” (1).

- **COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La comunicación es la esencia de todo proceso de intervención familiar y comunitaria, máxime cuando es el medio por excelencia para transferir acciones que propendan por generar el mantenimiento de la salud y la modificación de patrones de comportamiento que afecten la homeostasis corporal, mental y emocional. Es la herramienta por la cual se identifica una situación particular, se ahonda en ella para capturar la esencia del fenómeno, se realiza la intervención a través de un intercambio de información y se evalúan los cambios presentados.

Es de esta forma como los procesos comunicacionales son entendidos “como la construcción de relaciones y el intercambio de sentidos entre los actores sociales que comparten un determinado contexto cultural” (9). De ahí que ese intercambio tenga que estar sustentado sobre un marco de relación horizontal, en donde el flujo de la información se entienda neutro, equitativo, valorado, reconocido y sobre todo, las partes se identifiquen genuinamente interesadas en el Otro. Esto es condición sine qua non, para poder llegar al trasfondo de lo que se espera y es el reconocimiento de sentidos, para que comunicar no sea informar y para que el reconocimiento del Otro sea uno de los factores que propicie el cambio.

En términos de Raúl Choque sería: “La actitud democrática corresponde más bien a una concepción dialogal en la cual el emisor tiene la función de comunicador y promueve la recepción grupal del mensaje. El rol de comunicador implica primero la valorización de sus destinatarios, que no son concebidos como receptores sino como perceptores. El comunicador toma como punto de partida la realidad, experiencia y necesidades de sus perceptores para lograr la recepción grupal de su mensaje. La comunicación concebida desde esta óptica promueve la participación de los perceptores, dado que la función del mensaje es la de ser generador de discusión, se busca que los perceptores creen y reelaboren por si mismos su propia interpretación, entonces el mensaje se constituye en el motor que impulsa a la creación de nuevos mensajes que se construyen desde la vivencia del perceptor, que ahora también se comunica” (10).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue el primer organismo internacional en hablar de comunicación para la salud, justificándola como “un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico” (11).

La definición planteada por Borja y del Pozo, en la cual establecen que es “aquella acción profesionalizada e intencionalmente planificada para desarrollar un aprendizaje educativo (en contextos no formales principalmente), que procura la actuación sobre las necesidades sanitarias de las personas, grupos o comunidades y/o la optimización, promoción y potenciación de la salud física, ambiental o social” (11), permite hacer énfasis en la necesidad de que sea un proceso teleológico, organizado y direccionado hacia un fin ajustado a las necesidades propias de cada familia y comunidad.

Por su lado Díaz, Hernán y Uranga expresan que la comunicación para la salud “es un proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural” (9), y debe resaltarse el término “construcción”, debido a que la concepción relacional sobre la cual se sustenta la comunicación para la salud, está centrada en un encuentro con el Otro, un compartir, que debe dar cabida a una creación de posibilidades de transformar los hábitos, creencias y actitudes dentro del contexto propio de cada persona, familia y sociedad.

Lo anterior es consecuente con lo manifestado por María Cristina Mata, referenciada por Susana Morales, quien sostiene que la comunicación es el “conjunto de intercambios a partir de los cuales se van procesando identidades, normas, valores, se van articulando intereses, se van acumulando y legalizando saberes y poderes” (12).

Para lo cual se requiere una habilidad que es indispensable para la generación de procesos enfocados en la comunicación para la salud, y es escuchar, sin ella sería imposible alcanzar lo planteado en este apartado. Debe ser una escucha activa, proactiva y participativa. Desde el Otro y para el Otro.

De igual forma, establecer procesos de comunicación para la salud también requiere habilidades por parte del Equipo Móvil de Salud para desarrollar y potenciar en las personas, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Es allí cuando hablamos de integralidad en la atención, de la búsqueda de mejorar las condiciones de los colectivos teniendo presente la interrelación entre una habilidad y otra, de no fragmentar la intervención, ver al sujeto como un todo y de explotar y reforzar en cada encuentro, las competencias necesarias para alcanzar el mayor grado de bienestar posible en la población sujeto de intervención (10).

Es entonces preciso, diferenciar y reconocer que ya no se trata de transmitir una información y difundir un mensaje determinado, por más bien intencionado y claro que éste sea, sino que es preciso “interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que refieran a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos” (9).

La comunicación para la salud, será así entendida como una “potente herramienta para facilitar y articular procesos de cambio comunitario... como el uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud” (9).

De igual forma la comunicación para la salud será definida como un “proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo” (10).

En ese proceso se debe resaltar la necesaria consideración de sujeto de intervención, como persona (familia, sociedad) activa, responsable, libre, única, con limitaciones, pero también con fortalezas. Ello permite considerar que el EMS sería sólo un mediador en procesos de comunicación para la salud y no un equipo que tiene el conocimiento de todo y el poder para modificar en el otro, lo que él considera bueno o adecuado.

Por lo tanto, eso significa considerar que los cambios de comportamiento que pretende lograr la educación y comunicación para la salud han de ser “voluntarios”, lo que a su vez resalta una “percepción antropológica de que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno y que, por tanto, cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus actitudes, sus valores, sus experiencias y sus conocimientos específicos” (10).

La comunicación y educación para la salud, es entonces una acción enfocada en la promoción de la salud, que busca favorecer conductas que impacten favorablemente en la salud de un colectivo. Es el medio esencial sobre el cual orienta sus acciones la Estrategia de APS y sobre la cual su equipo de trabajo debe sustentarse para lograr los objetivos esperados con la misma. Es por ello que la comunicación y educación para la salud, tiene como “finalidad responsabilizar a los ciudadanos(as) en la defensa de la salud propia y colectiva; es el instrumento de la promoción de salud, y por tanto es una función esencial de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación” (11).

La importancia de esta tecnología está centrada en que los usuarios reciban una atención desde lo positivo y potenciador, basada y centrada en su estilo de vida y no en sus problemas de salud, en donde se pasa de una visión de activista, de procesos superficiales, cortos y específicos, a procesos durables en el tiempo, sistemáticos, integrales, integrados, en donde el enfoque no es curativo, clínico o asistencial, sino reforzador, autoconstructivo, comunitario, preventivo y diferencial (11).

- **INFORMACIÓN PARA LA SALUD**

Desde la Estrategia CAPS también se direccionan acciones enfocadas en la información en salud, la cual es definida por el Ministerio de Salud y Protección Social como “Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud, que contribuyan a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud” (13).

Teniendo en cuenta lo anterior, la información en salud es así una tecnología que propende por brindar a la comunidad en general, datos y conocimientos sobre una situación, problema, estrategia, habilidad, actividad, noticia, etc, de interés general para la población sujeto de intervención, con el fin de favorecer una condición positiva para la salud, haciendo uso de diversos

medios que aseguren de forma efectiva la adquisición de la información y la puesta en marcha de las acciones necesarias para alcanzar el objetivo propuesto con el mensaje transmitido.

Es importante enfatizar lo que plantea el Ministerio de Salud y Protección Social al respecto, con el fin de no minimizar el alcance de esta tecnología, debido a que tiende a considerarse en ocasiones la información en salud, como la difusión unidireccional de datos o mensajes, la simple entrega de un volante, afiche u otra pieza comunicativa, y no como lo que es, un plan estratégico que busca potenciar la salud y minimizar los factores de riesgo, impactar en el desarrollo humano de las personas, promover la salud y prevenir la enfermedad, por medio de la construcción novedosa de otras formas de comprender la salud (13).

El objetivo general de la información en salud será entonces, aumentar el conocimiento sobre un tema específico e incidir en la generación de cambios de comportamientos y actitudes que se encaminen a preservar la salud integral de las poblaciones beneficiadas. Ello lo hace por medio de acciones encaminadas a persuadir, disuadir, anticipar una acción negativa o inadecuada para las personas, promocionar hábitos de vida saludable, reforzar las conductas, emociones y pensamientos ya instaurados que son coherentes con la salud y por medio del cambio de representaciones sobre un asunto que amenace o vulnere el equilibrio biopsicosocial de las personas (13).

Es importante tener presente que para implementar de forma adecuada las intervenciones de información en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social sugiere realizar entre otras acciones:

- ❖ Definir el segmento de población al que se va a dirigir
- ❖ Conocer a los sujetos a quienes se dirigirá la información
- ❖ Conocer las necesidades de información de la población sujeto
- ❖ Conocer el contexto
- ❖ Entender y definir el problema de salud a ser abordado: sus causas, severidad y consecuencias
- ❖ Conocer los resultados de otras campañas
- ❖ Definir el tipo de mensaje y la forma en que llegaría mejor a la población
- ❖ Delimitar el objetivo a corto y mediano plazo y determinar los efectos
- ❖ Establecer un plan de medios
- ❖ Definir un presupuesto concreto y ejecutable
- ❖ Definir cómo se va a promocionar la información
- ❖ Realizar un <pilotaje> y hacer las modificaciones antes de lanzar todo el proceso
- ❖ Buscar aliados
- ❖ Consolidar una relación constante con los sujetos de la información
- ❖ Hacer un plan operativo (y un plan B) para que el proceso informativo sea sostenible
- ❖ Sistematizar o por lo menos documentar la experiencia informativa
- ❖ Seguir y evaluar las acciones y establecer planes de mejoramiento
- ❖ Establecer necesidades futuras de información de acuerdo con la evaluación
- ❖ Publicar los resultados
- ❖ Rediseñar el programa (13)

Con la tecnología de información en salud se espera potenciar las acciones realizadas desde el marco de la comunicación y educación para la salud, logrando así impactar a una comunidad desde diversos medios y herramientas que contribuyan a potenciar el cambio deseado y concertado familiar o comunitariamente.

- **VISITAS DOMICILIARIAS**

Son una estrategia o tecnología para la prestación de servicios, utilizada para llegar a las familias, identificar factores protectores y de riesgo, planear y realizar intervenciones con enfoque familiar y comunitario. Busca acercar los servicios al lugar más cercano de las personas, que es su vivienda y conocer de cerca la realidad familiar y social en la que viven, para de esta forma enfocar las acciones según las particularidades propias de cada familia y comunidad.

Paulsell, citado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), plantea tres dimensiones que definen la calidad de las visitas domiciliarias: dosis, contenido y relaciones interpersonales. Según el autor en mención: “La evidencia y el sentido común indican que la interacción entre esas tres variables es tan importante como lo es cada una de las tres dimensiones por sí sola” (14). Estos puntos serán cruciales para definir una buena visita domiciliaria y de allí que el EMS de la estrategia CAPS, desarrolle acciones que procuren el equilibrio entre los tres aspectos. Para lo cual cuenta con la ruta de atención que establece las dosis promedio, los protocolos de atención que definen el contenido y las capacitaciones realizadas que buscan mejorar las competencias del EMS en lo atinente con las relaciones interpersonales.

Lo anterior, en el marco de lo señalado por Stoltzfus y Lynch, quienes encontraron evidencia que la “relación entre la duración del tratamiento y los resultados no es lineal, es decir que una mayor exposición no necesariamente produce mejores resultados” (14). Lo cual reafirma lo descrito por Paulsell, en el entendido que la dosis por sí misma, sin un buen contenido, ajustado a las necesidades de las familias y comunidades y sin un buen nivel de empatía, comunicación, habilidades y destrezas del profesional que realiza la intervención, difícilmente podrá lograr los objetivos esperados.

En relación con el contenido, vale la pena resaltar que este debe corresponder a lo que realmente se había planeado realizar en la visita, ajustarse al curso de vida de la familia, a sus condiciones sociales, económicas, culturales, etc, a lo concertado entre las partes y al momento o fase en el que se encuentra la familia, es decir, que corresponda con el avance que se espera alcanzar (14).

Y lo anterior ha sido identificado por O’Brien, por medio del programa Nurse Family Partnership, quien encontró que las personas que realizan las visitas domiciliarias y son considerados más exitosas, son las que mantienen relaciones de largo plazo con las familias que visitan, son precisamente aquellas que ajustan el contenido de las intervenciones, a las necesidades propias y específicas de las familias, teniendo con ello más posibilidades de lograr impactos en los resultados (14).

Así mismo, es claro en identificarse que el “elemento central de los programas eficaces, es la creación de relaciones continuas entre el visitador y el cuidador, que sean estables, respetuosas,

cálidas, honestas, abiertas y receptivas, y que permitan el empoderamiento del cuidador” (14). Es por ello que, en todo tipo de intervención, al visibilizar los logros, se ha podido identificar un elemento central en la consecución de los mismos, y es el tipo de vínculo generado entre el visitador en este caso y la familia o comunidad sujeto de apoyo. Esta relación debe estar enmarcada dentro de la identificación de un objetivo concertado en conjunto, en donde las partes asumen sus compromisos para alcanzar el fin planteado.

De este modo, la familia es concebida “como finalidad y centro de la atención y el análisis situacional en salud como determinante social, y no como medio o lugar para la organización de las acciones en salud” (15). Lo que debe resaltarse, en el entendido en que la vivienda y el hogar, son definidos desde esta concepción familiar y comunitaria, no como un entorno vacío, sino cargado de contenido y significancia, que debe tenerse en cuenta al igual que su contexto, en la planificación de las intervenciones. Y es precisamente esta diferenciación central, la que marca el contraste con una acción realizada en otro escenario o entorno como el institucional.

Esto conlleva a formar, sensibilizar, potenciar y reconocer al máximo la importancia de esta tecnología en el marco de la APS, en la medida en que se reconoce a las personas, familias y sociedad en general, como centro activo, participe, libre y responsable de la atención (13).

El personal de salud y del área social debe dedicar entonces, más tiempo a las intervenciones domiciliarias, debido a que es en este contexto donde mejor puede conocerse la situación de las familias y valorarse la funcionalidad del soporte familiar.

Ello como se ha mencionado, desde el enfoque de atención familiar y comunitaria, ya que es la que “presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes” (16).

Las visitas domiciliarias, constituye entonces “una estrategia que promueve el desplazamiento de personal o líderes de los equipos de salud a los hogares de su zona de influencia, que pueden tener una finalidad netamente de recabado de información y consulta, preventiva, promocional o de atención” (13). Es así, parte central de la Estrategia CAPS, considerándose como medio para alcanzar los objetivos propuestos por el modelo, pero que a la vez está ligada con las otras tecnologías propuestas técnica y normativamente, buscando impactar en los indicadores de salud y en las condiciones sociales de toda la comunidad sujeto de intervención.

- **TELESALUD - TELEORIENTACIÓN**

Como primera medida, se entiende la telesalud, como “el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para facilitar el acceso a la evaluación de la salud, el diagnóstico, la intervención, la consulta, la supervisión, la educación y la información a distancia...”, en estas se incluyen recursos como la tele psicología, tele medicina, tele enfermería, entre otros (17).

Es de resaltar que a nivel de Colombia, existe referentes normativos de hace más de 10 años, tal como lo mencionan Ascofapsi y Colpsic: “Los primeros lineamientos dirigidos al desarrollo de la telesalud en Colombia fueron establecidos por la Ley 1419 de 2010, esta Ley establece que este servicio debe respetar los principios de la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación contemplados en la Ley 100 de 1993, así como propender por la calidad de la atención para la realización de esta práctica, en concordancia con el desarrollo de las nuevas tecnologías de información y comunicación” (18). De ahí que se deba considerar este tipo de intervenciones como procesos formales, legales, idóneos, que deben ser desarrollados con todas las condiciones profesionales y éticas que correspondan, por ser una prestación de un servicio de salud que al igual que las acciones presenciales, poseen riesgos y beneficios como cualquier otro servicio en salud.

Esta misma Ley, define un tema central dentro de la telesalud, que es la teleeducación, como la utilización de las tecnologías de la información y telecomunicación para la práctica educativa de salud a distancia, favoreciendo una prestación de servicios accesibles y equitativos, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios (19).

Por su lado, la tele-orientación en salud, como un tipo de intervención de telesalud, se define como “el conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación” (20), es decir, acciones que van en consonancia con el Modelo CAPS y que favorecen tanto en tiempos de Pandemia como en épocas normales, favorecer el acceso a servicios de salud y propender por ampliar el marco de acción del EMS, permitiendo así, que se adecuen las estrategias a las condiciones de los beneficiarios de la Estrategia.

Es relevante resaltar, que según la evidencia, se puede concluir que la intervención mediante TICs es efectiva tanto a nivel grupal como a nivel individual (Glueckauf, Fritz, Ecklund-Johnson, Liss, Dages, & Carney, 2002; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Finn & Barak, 2010; Chang, Sequeira, McCord, & Garney, 2016; Gentry, Lapid, Clark, & Rummans, 2018) (18), de ahí que sean herramientas que la OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social recomienden, por lo cual generan lineamientos al respecto e invitan a fortalecer las habilidades en esta área y a eliminar los sesgos o aprehensiones que existan sobre esta tecnología.

En esa misma línea, no podemos dejar de tener presente, que las intervenciones por medios tecnológicos, bien sea telefónicas, por teleconferencia, por chat, correo electrónico u otros medios, poseen los mismos principios que las intervenciones presenciales, ambas buscan brindar apoyo, escuchar y orientar y ambas poseen los mismos objetivos, que son brindar apoyo emocional, prevenir el agravamiento de las condiciones de salud presentes y favorecer acciones de autocuidado (21).

Si bien es cierto la Estrategia CAPS prioriza las intervenciones por video llamada, se reconoce como un medio de contacto idóneo y necesario el telefónico y el realizado mediante texto, por cualquiera de las plataformas existentes. Estos medios ofrecen posibilidades de acceder a

intervenciones de salud que si no existieran limitarían la posibilidad de estas personas de potenciar su salud o restablecerla, por lo cual es importante reconocer sus potencialidades dentro del contexto de la Estrategia CAPS.

En relación con ello, es claro que todo tipo de intervenciones tiene sus ventajas y desventajas según el contexto y situaciones en que se realicen, el grupo de GIPEC Navarra (21), menciona como principales inconvenientes de las intervenciones telefónicas, que estas sólo utilizan un canal de comunicación (oral/auditivo), la ausencia de contacto ocular y de comunicación no verbal y la ausencia de contacto directo, pero a su vez resaltan como ventajas, que superan las barreras de espacio físico, tienden a dar una respuesta inmediata, reduce los prejuicios y favorece tomar notas. Para el caso de la Estrategia CAPS, permite a su vez ir verificando simultáneamente la información reportada en el SICAPS, ser más oportunos en el cargue de la información en este sistema, superar brechas de atención y continuidad de las intervenciones por la dificultad de acceder de forma presencial a ciertas zonas, tanto rurales como urbanas, reduce tiempos de desplazamiento, favorece intervenir familias sin la limitación de que tienen que ser hogares cercanos (como pasa en la presencialidad), algunas personas se sienten más seguras al hablar por teléfono que personalmente con el profesional del EMS y puede mejorar el tema de la privacidad, entre otros aspectos.

En relación con el protocolo de intervención definido por CAPS para las acciones por medio televirtual, se tiene que el personal del EMS debe presentarse con nombre y apellidos, referir la entidad para la cual trabaja, mencionar que es en el marco de la Estrategia CAPS (Alcaldía de Manizales – Secretaría de Salud Pública) y dar a conocer su profesión. Posteriormente debe validar la identidad de la persona que atiende, con su nombre, documento de identidad y fecha de nacimiento, los cuales deben coincidir con los datos reportados en el SICAPS.

Luego se debe ofrecer, si la persona así lo desea, un medio de verificación de los créditos presentados por el profesional del EMS, los cuales son para el personal contratado por ASSBASALUD, las líneas 8722113 Ext 0158 y el 8804655. Así mismo, se puede ofrecer a los usuarios como medio de verificación del personal que llama (para estos profesionales y para el resto de personas que son estudiantes en convenio con CAPS), el contacto por medio del chat de la página web de la Estrategia CAPS ([apsmanizales.com](http://apsmanizales.com)), donde el beneficiario puede solicitar la confirmación del profesional-estudiante y la actividad a realizar y por último también se puede dar a conocer el teléfono de la Secretaría de Salud Pública - Programa APS 8899700 Ext 71423.

Inicialmente es importante, cuando se haya establecido la conexión para la tele-orientación, que se verifique el video y el audio ("¿Puede oírme / verme?") y solicitar al usuario que haga lo mismo. Se debe asegurar que el usuario entiende cómo se desarrollará la actividad, proporcionando información en un lenguaje sencillo sobre la tele-orientación por parte del EMS de CAPS, estableciendo expectativas claras (20).

El profesional en ese primer contacto debe dar a conocer el motivo de la tele-orientación, verificar la información que posee, según datos de ficha familiar e intervenciones realizadas y concretar a la familia y comunidad en relación con los objetivos de la actividad. Posterior a ello, se debe realizar el encuadre de la intervención, que implica acordar e informar sobre el número de sesiones

promedio que se llevarían a cabo, la importancia de la confidencialidad de la información, puntualidad, duración de las sesiones, búsqueda de privacidad durante la intervención, sinceridad, compromiso con el cambio y la prohibición de grabar las sesiones.

Para favorecer lo anterior, se dispone del consentimiento informado para procesos de valoración y consultoría por medios tecnológicos del personal profesional del EMS, adaptado de ciber salud.es, el cual es preciso se socialice con la familia y se solicite verbalmente o por escrito su consentimiento, lo cual se debe registrar en el SICAPS (Anexo 1).

En este tipo de intervenciones es preciso que tanto el profesional del EMS como las familias beneficiarias, aseguren un lugar privado, que permita la confidencialidad total, con cero interrupciones y ruidos que alteren la sesión, con buenas condiciones de comodidad e iluminación, asegurando si se requiere, una conexión estable a internet, para lo cual se sugiere que haya conexión mediante cableado al dispositivo utilizado para la tele-orientación, si por el contrario es por medio telefónico, solicitar la desconexión al internet para minimizar cualquier tipo de interrupción que se pueda presentar, se debe tener una carga de batería suficiente que asegure la continuidad de la intervención, preferiblemente hacer uso de una SIM Card específica para este tipo de trabajo y asegurar el compromiso tanto de profesional como de usuario, de evitar cualquier distracción.

Al igual que toda intervención, se deben respetar los silencios, no interrumpir, asumir una escucha activa, ser asertivo en las intervenciones, realizar con frecuencia resúmenes de lo identificado, no emitir juicios de valor, mostrar interés, retroalimentar continuamente, validar los sentimientos en relación con el proceso, brindar estrategias de resolución basadas en la evidencia, vincular a otros integrantes de la familia en el proceso y en general, asegurar la resolutivez del caso.

En relación con el uso del lenguaje y paralenguaje, el grupo de GIPEC Navarra (21) recomienda ante las intervenciones telefónicas, asumir una postura de mayor cortesía y educación, hacer uso cuidadoso de las palabras, debido a que no las podemos modular con los gestos, usar el nombre del usuario durante la conversación, tratar de “usted”, utilizar un volumen de voz suave, ser fluido al hablar, pero sin ir demasiado rápido, sonreír, hacer uso del micrófono y estar alejado de este dispositivo aproximadamente 3cm.

- **GRUPOS DE APOYO**

Dentro del trabajo realizado en educación y comunicación para la salud, se cuenta con el desarrollo de grupos de apoyo, los cuales se realizan según los 11 grupos priorizados por la Estrategia, atendiendo a la clasificación de la población en sano/riesgo o con evento/evento crítico y con los cuales se realizan 18 sesiones grupales y 3 encuentros individuales, lideradas por el equipo profesional de la Estrategia.

Estos grupos de apoyo, los describe el Ministerio de Salud y Protección Social como “espacios de interacción convocados y liderados por profesionales (de la salud o las ciencias sociales, con previo entrenamiento para tal fin), con el propósito de crear un ambiente de acogida y confianza, donde se facilita la identificación y reactivación, o puesta en marcha, de los recursos (tanto emocionales,

como familiares, sociales, institucionales, entre otros) con los que cuentan las persona para afrontar las situaciones conflictivas o amenazantes con las que se identifican, o comparten” (22).

En ese entendido, el propósito de estas acciones es fortalecer también las redes de apoyo de los beneficiarios de la Estrategia CAPS, a partir del afianzamiento de sus relaciones por medio del compartir, debatir, afianzar, informar, confrontar, etc, las acciones asociadas a la situación que los convoca en este tipo de espacios terapéuticos (23).

De esta forma, el compartir problemas, experiencias, alternativas y estrategias, ayuda a clarificar sentimientos, confrontar posturas y actitudes, aceptar una condición específica, mejorar la conciencia de la situación vital y la adherencia al tratamiento, la reducción del estigma y mejorar la confianza y la autovaloración de quienes se benefician de estos grupos de apoyo (22).

Los grupos de apoyo pueden ser tanto presenciales como virtuales, estos últimos para ampliar la posibilidad de implementación en zonas de baja conectividad; además de promover el conocimiento y la interacción a través de las herramientas de la Web y de dispositivos celulares, para aquellas personas que hacen uso de estas TICs: “Para esto se requiere de la comprensión del esfuerzo que implica el rompimiento de estructuras mentales de adaptación a una nueva forma de interactuar, adecuarse y aprender a responder a las contingencias...” (22).

Gracia Fuster, mencionada por el MSPS, propone que “algunas diferencias entre el uso de las redes de servicios institucionales y el trabajo con grupos, están centradas en que estos últimos no implican costos económicos, son de fácil accesibilidad, no alientan la dependencia —porque “quien recibe ayuda proporciona a su vez ayuda”—, no están inscritos en modelos patológicos —sino en el reconocimiento de los recursos y potencialidades de sus participantes—, son apropiados para cualquier problemática, siempre está presente el interés y entusiasmo de quienes participan —porque se reconocen afectados por el problema y saben que también está en sus manos hacerse cargo de él— y, finalmente, porque los grupos garantizan el apoyo de otros, como un escenario donde se ponen en juego los “poderes curativos (del) apoyo humano”( 24), de ahí que la filosofía de los grupos de apoyo o los de mutua ayuda, estén en consonancia con la conceptualización e interés de la Estrategia CAPS, de fortalecer como su nombre lo dice, el autocuidado en favor de la promoción de la salud en el marco del entorno comunitario.

Algunos aspectos que vale la pena mencionar en relación con el desarrollo de los grupos de apoyo y que contribuirán a un mejor impacto de estas acciones son:

- El coordinador de los grupos debe ser el integrante del EMS que tenga conocimientos y experiencia sobre las distintas condiciones asociadas al grupo priorizado.
- El coordinador del grupo es quien abre y cierra todos los encuentros y por tanto necesita hacer un seguimiento cuidadoso de lo que sucede en cada sesión y con los asistentes al mismo.
- Lo que menos debe pasar en este tipo de grupos, es que las sesiones se conviertan en un monologo por parte de algunos participantes o del coordinador de la actividad como tal. No pueden convertirse las sesiones en conferencias o en entrega de información pasiva y unidireccional.

- Se debe crear un ambiente acogedor, de interacciones reguladas, que permita aprender de la experiencia propia y de otros. Saber dar la palabra democráticamente, que regule las expresiones y comentarios y que dirija al grupo en pro del objetivo concertado entre todos.
- Cualquier actividad que ayude a la creación de esta atmósfera de trabajo es bienvenida. No todos los grupos lo requieren, pero muchos hacen uso de alguna actividad en su inicio y en su cierre, produciendo una ritualidad que facilita la labor.
- El coordinador cumple con una tarea esencial y es llevar las problemáticas compartidas como propias por los participantes, a una situación nueva para el grupo, pidiendo a los asistentes que se impliquen en ella con experiencias de aprendizaje que les hayan sido útiles o que crean que podrían ser útiles en casos similares. Esto inicia la conversación y activa la capacidad de pensar del grupo, siempre y cuando el ambiente sea de respeto, dignidad y cuidado
- Cada sesión debe estar bien preparada, permitiendo flexibilidad dentro de la misma, acorde a las necesidades y dinámicas del grupo durante la sesión. Cada sesión es única e irrepetible y por ello, aprovechar las condiciones propias en que se desarrolla cada una de ellas es esencial para un buen trabajo
- Es preciso estimular la participación y disposición del grupo, pero con la suficiente apertura para que surjan los saberes, experiencias y necesidades del grupo, al mismo tiempo que los recursos culturales que cada contexto particular posee.
- Dentro de lo anterior es necesario que se ofrezca al grupo elementos afirmativos, positivos, constructivos y de aprendizaje.
- Se debe favorecer que los participantes vayan progresivamente descubriendo sus recursos de afrontamiento y aprendiendo de la experiencia propia y de los demás
- Una vez terminado el encuentro, el profesional debe realizar un resumen de los temas principales, conclusiones y tareas para casa (24).

Específicamente en la Estrategia CAPS, las personas son identificadas mediante la caracterización de ficha familiar de CAPS, a través de las cuales se identifican los usuarios por comunas (que comparten alguna condición en común, sea por sus riesgos o por contar ya con un evento priorizado por la Estrategia), se contactan y se brinda la información en un primer encuentro telefónico, sobre objetivos, duración, temáticas, metodologías, compromisos y reglas de encuentro. Se realiza un trabajo motivacional, de reconocimiento de intereses y se evalúa el perfil del usuario para determinar si cumple con las competencias de trabajo en grupo, tal como interés por el Otro, reconocimiento de su situación vital en relación con el tema del grupo de apoyo, habilidades comunicativas, apertura al diálogo, entre otras.

Tal como lo plantean los grupos de ayuda mutua de la asociación de Catalunya: Activa ment, deben poseer tres reglas básicas, **respeto**: por todas las personas participantes, sus ideas, maneras de ser y experiencias de vida; **confidencialidad**: en ningún caso se revelará a terceras personas ningún detalle que se haya conocido de un compañero o compañera dentro de una sesión y no se sacarán fuera de contexto los temas que aparezcan dentro de una sesión; e, **inclusión**: todas y cada una de las personas que forman parte del grupo de ayuda mutua deben poder integrarse y sentirse partícipes de sus dinámicas y funcionamiento. (25).

Posterior a ese primer encuentro telefónico, se lleva a cabo un segundo encuentro, sea virtual o presencial, en donde se aplican unos pretest de conocimientos en relación con el tema que congrega el grupo, un pretest sobre prácticas de autocuidado y un test de habilidades de afrontamiento.

Luego de estas dos sesiones se inicia el trabajo grupal, con una primera sesión de presentación de los asistentes, establecimiento de acuerdos de trabajo cooperativo, afianzamiento del grupo, acuerdo sobre las temáticas a trabajar, en donde se hace una socialización de la propuesta de estas temáticas por encuentro y los profesionales responsables de cada uno de ellos y se inicia con el primer tema de la sesión.

Esta primera sesión es fundamental, debido a que tiene como objetivo generar con los participantes el marco de trabajo que se seguirá durante los siguientes encuentros. Es muy importante explorar las expectativas que traen al grupo, de modo que se pueda aclarar lo que es posible alcanzar y lo que no, dado que requiere una atención distinta (24).

Posteriormente se realizan los siguientes 17 encuentros grupales, siendo el final de estos encuentros para dialogar sobre un tema previamente acordado y realizar al final la sesión la evaluación cualitativa del proceso desarrollado. Finalmente se realiza un encuentro individual en donde se evalúa el proceso y se aplican los postest de conocimientos y prácticas de autocuidado.

Para finalizar y según lo mencionado, es preciso enfatizar que los grupos de apoyo según la OPS, están orientados a:

- Exteriorizar las emociones y verbalizarlas, así como al reconocimiento de sentimientos.
- Analizar de manera objetiva una realidad específica.
- Desarrollar la capacidad de autorreflexión y facilitar la toma de conciencia, así como la búsqueda e integración de soluciones.
- Recuperar la esperanza (cuando se puede saber de la mejoría de otros).
- Fortalecer el aprendizaje interpersonal y apertura a diferentes formas de pensamiento (aprendiendo de unos y enseñándole a otros).
- Compartir necesidades, problemas y experiencias.
- Fomentar el espíritu de solidaridad y apoyo mutuo.
- Desarrollar sentido de pertenencia e identificación con el grupo.
- Desarrollar actividades sociales gratificantes (24).

- **PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA**

Desde la Ley 1438 de 2011 y el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021, la estrategia de Atención Primaria en Salud, focaliza sus acciones en los escenarios sociales, comunitarios, intersectoriales y familiares y “enfatisa que los sistemas de salud deben direccionar los servicios de salud, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción” (15), lo cual es reiterado en la renovación de la atención primaria en salud, en el proyecto de declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y en la Política de Atención Integral en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha asumido a la comunidad como un sistema de “relaciones sociales que se dan en un espacio definido, integrado en base a intereses y necesidades compartidas... Es un conjunto de interacciones sustentadas en la identidad, la cultura, los valores, las tradiciones y creencias, elementos que constituyen un factor determinante del desarrollo, tanto individual como colectivo, de una sociedad” (15). De esta forma la comunidad se ve como un todo, en donde la familia no se puede desligar de ella y en donde se constituye a su vez como parte y todo de la sociedad. Intervenir en una implica necesariamente afectar a la otra, pretender generar impacto en una sin ver el contexto de la otra es limitar nuestras capacidades, de ahí que hablemos de acciones que repercutan y se dirijan a la comunidad directamente. El diagnóstico, visión y conocimiento en general que tengamos de una ayudara a su vez en el entendimiento y planificación de acciones de la otra.

El conocimiento y la interacción que se posibiliten en el entorno social y comunitario, de la vida cotidiana, del día a día, de la realidad de las poblaciones beneficiadas de la Estrategia CAPS, es crucial y necesaria, es allí “donde se dan los procesos para el desarrollo de acciones, enmarcadas en la lectura social, política y cultural para proponer esquemas de interacción, procesos de acompañamiento y generación de capacidades, de los cuales se nutre la coordinación y la identidad” (15).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, la participación social es entendida como un: “Proceso de gestión de la salud pública que pretende lograr que la ciudadanía, familias y comunidades se organicen e incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos de la Política de Atención Integral en Salud, del Plan Decenal de Salud Pública y a la gobernanza en salud” (26).

Desde el Ministerio, la participación social “inicia con el reconocimiento de la situación de salud de la población y las tensiones de cada territorio y su caracterización; y el fortalecimiento institucional para garantizar la participación; continua con el acompañamiento técnico y la garantía de condiciones a los ciudadanos y organizaciones sociales para que incidan y decidan en la gestión de políticas, programas, proyectos y estrategias de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad” (26).

De allí proviene la necesidad de trabajar y fortalecer los diagnósticos de base comunitaria, de retroalimentar a la comunidad en el conocimiento de sí misma, de generar acciones y empoderamiento comunitario, posibilitando emprender cambios en pro del beneficio de las comunidades. Toda acción comunitaria externa, sin la comunidad y sin el auto-reconocimiento de sus necesidades y potencialidades, está destinada al fracaso o a logros solo parciales y superficiales.

Por lo tanto, uno de los objetivos de las acciones comunitarias, está relacionado precisamente con favorecer procesos de movilización ciudadana, para la “resolución de necesidades a través de diferentes mecanismos que le permiten garantizar efectividad y coordinación en torno a dichas necesidades” (15).

Estos procesos de participación y movilización social, definidos especialmente en la Ley 1438 de 2011 como uno de los tres componentes de la Estrategia de APS, deben ser transversales, permanentes e integrados a las acciones generales de CAPS, con el fin de apoyar el fortalecimiento de las familias y comunidades, no limitándose “exclusivamente, solo a la promoción de escenarios de incidencia pública, sino también a procesos de empoderamiento, reflexión y revisión al interior de las familias y las comunidades en pro del desarrollo de capacidades para cualificar el cuidado y promover el desarrollo integral de sus miembros” (8).

El término cuidado, cobra relevancia en estos términos, según la misma definición establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde expresa que es “la capacidad de las familias, las personas significativas y los agentes comunitarios para proporcionar todas aquellas oportunidades de desarrollo necesarias en la generación de experiencias y aprendizajes significativos” (15). Se parte entonces de una visión macro de cuidado, en el que prima una visión colectiva del mismo, de desarrollo de capacidades, empoderamiento, emprendimiento de acciones e intervenciones integrales desde diferentes actores.

La participación “se considera como un derecho y como un proceso, que permite la construcción política de los sujetos y colectividades, para el reconocimiento de las diferencias y la inclusión de los intereses, demandas y necesidades, según el contexto poblacional y territorial, base para generar procesos de atención integral en salud oportunos y pertinentes” (8). En el entendido que se busca es desde la APS llevar a cabo acciones no asistencialistas y paternalistas, sino realizar intervenciones que favorezcan la perdurabilidad, que se queden en el tiempo y que el desarrollo de capacidades permanezca en la comunidad.

Cobra relevancia así el enfoque de capacidades, el cual se concibe “como la promoción de oportunidades y libertades de las personas y los colectivos. Esto implica reconocer las capacidades de las personas para poder ejercer los derechos, considerando las condiciones que tiene para ello, pues no basta solo la declaración de los derechos, sino la forma y condiciones para ejercerlos efectivamente” (8).

Po ello es importante enfatizar, que la participación social, como una de las tres líneas de acción que orientan las intervenciones poblacionales, es un derecho y una práctica social que incide sobre la posibilidad de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud, lo cual es uno de los objetivos de la Estrategia CAPS, ya que se entiende que todos los actores sociales de una comunidad deben hacer parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que los afecta (26).

Es así como la participación permite:

- a) “Que la gestión de las políticas públicas tenga legitimidad y esté encaminada a lograr políticas saludables;
- b) el fortalecimiento del control social sobre la gestión de las políticas públicas;
- c) la promoción de la salud encaminada hacia la transformación de los entornos y el fortalecimiento de la autonomía de las personas, familias y comunidades;
- d) la incidencia y decisión sobre la planeación y presupuesto de las políticas públicas” (26).



Para concluir, según lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social: “Son las personas, las familias y las comunidades, el centro de la atención en salud, inspirada en la Atención Primaria en Salud, propósito ratificado por el sector como compromiso para contribuir al logro de óptimas condiciones y estados de salud” (8).

## REFERENTE OPERATIVO-METODOLÓGICO

El propósito de este apartado es poder orientar a los equipos móviles de salud interdisciplinarios de la Estrategia CAPS, en la construcción y fortalecimiento de capacidades de los individuos, familias y comunidades para apoyar la promoción del desarrollo integral de sus integrantes.

Para ello se presentarán unos lineamientos a tener en cuenta en el desarrollo de las actividades, según los diferentes componentes establecidos en el Modelo CAPS, con el fin de afianzar las habilidades y competencias del equipo operativo.

Es preciso tener en cuenta los elementos conceptuales presentados en el capítulo anterior, los cuales posibilitan el entendimiento de este apartado y su fundamentación teórica general y comprender lo que a continuación se presenta, en relación con la Entrevista Motivacional, la cual es pilar central de las intervenciones de CAPS.

- **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

La Estrategia CAPS toma como uno de los pilares básicos para la intervención y la puesta en marcha del trabajo operativo, el enfoque de la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick, a la vez que el enfoque Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente, ambos enfoques congruentes entre sí y con la filosofía de Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS).

La entrevista motivacional tiene como fundamento generar una aproximación destinada a ayudar a las personas a que adquieran un compromiso consigo mismos y alcancen el deseo de cambiar. Se basa en principios de diferentes enfoques de la psicología, como la social, cognitiva, humanista y motivacional (27).

El enfoque de la entrevista motivacional se basa teóricamente en el constructo de la “ambivalencia”, afirmando que es un pilar esencial para obstaculizar o motivar al cambio. El trabajo en la identificación, orientación y planteamiento de alternativas al respecto, se considera central para favorecer familias y comunidades más saludables, por ello, el reconocer la ambivalencia como un proceso normal y común que viven todas las personas cuando se enfrentan ante la posibilidad de modificar conductas, actitudes o pensamientos, será condición necesaria para iniciar el proceso de intervención en APS, de ahí que el profesional del EMS, deba trabajar con el usuario, con el fin de crear y potenciar, en la mente de él, una discrepancia entre la conducta actual (que se desea modificar) y unos objetivos más amplios, centrados en el objetivo que se desea alcanzar. Es así como trabajar con la ambivalencia, es trabajar con el núcleo del problema, según este enfoque (27).

Miller y Rollnick plantean que la entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes, favoreciendo una atmósfera positiva para el cambio, lo cual se considera como una de las bases en este tipo de enfoque, con el fin de generar un objetivo global, consistente en aumentar la motivación intrínseca del usuario (27).

Estos mismos autores, definen la motivación como la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar (27).

El estilo del terapeuta propuesto por la entrevista motivacional, evita específicamente la persuasión basada en la discusión con el usuario y por lo contrario invita a asumir operativamente la validez de las experiencias y perspectivas propias que tiene, ha tenido y ha resignificado el usuario (27).

Este enfoque implica para los profesionales de la salud y ciencias sociales, hacer un giro importante en la forma y en la pretensión general que se tiene, cuando se busca a partir de la transmisión de un simple consejo informativo y poco individualizado, generar algún cambio en los usuarios (28).

Es preciso cambiar hacia un enfoque centrado en el usuario, el cual produce mejores resultados sobre la salud y fomenta la autonomía del usuario, ello basado en la evidencia, la cual indica que “la efectividad del simple consejo sobre la modificación del estilo de vida no es sólida, con tasas de éxito menores del 10%... Además, no sólo es casi siempre inefectivo, sino que rara vez consigue que el cambio se mantenga... Muchos profesionales suponen que proporcionar información al usuario es suficiente pero lo que falla es la falta de motivación para poder aplicar tal conocimiento y que se produzca el cambio deseado” (28). De ahí la importancia de aplicar los principios, filosofías y tácticas de la Entrevista Motivacional, con el fin de hacer procesos de educación y comunicación para la salud, dentro de la Estrategia CAPS, que favorezcan de una manera más efectiva a la comunidad beneficiaria.

Esto implica escuchar, reconocer y practicar la aceptación, aunque no la aprobación, de una amplia gama de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos y motivaciones del usuario. Esto genera según lo hemos planteado anteriormente, favorecer una relación horizontal, equitativa, sin prejuicios y abierta al conocimiento entre las partes, para a partir de allí configurar un clima de trabajo propicio que implique la comprensión del Otro y de ahí favorecer el cambio hacia la meta esperada (27).

Todo esto debido a que las diferentes investigaciones realizadas sobre la modificación del cambio de comportamiento, indican que la forma en la que un terapeuta, profesional, se relaciona con el usuario, parece ser tan importante como otros factores, tales como el enfoque de intervención, tipo de tratamiento brindado, patología, condición social, etc.

Para los creadores de la entrevista motivacional, existen tres condiciones particulares que hacen del profesional una persona apta e idónea para motivar procesos de cambio, estas son: empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad.

Cuando se habla de empatía adecuada, se hace referencia a la actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que da el usuario a dicha experiencia, de hecho, estos autores explican que esta habilidad, podría explicar la mitad de la variancia de los resultados terapéuticos obtenidos tras doce meses y una cuarta parte de la variancia después de veinticuatro meses tras el tratamiento (27).

Ahora bien, Prochaska y DiClemente en su modelo de los estadios de cambio, reconocieron 6 etapas que representan 6 realidades por las que cualquier persona pasa en un proceso de cambio. Este modelo, que inicio gracias a los estudios de estos autores con la adicción al cigarrillo, ha demostrado a través del tiempo, ser constante en cualquier tipo de proceso de cambio que emprenden las personas, sea en un proceso guiado por un profesional o emprendido por sí mismo.

Las 6 etapas son precontemplación, contemplación, preparación (determinación), acción, mantenimiento y recaída. Pasaremos a dar una descripción breve de cada una de ellas.

- ❖ **Precontemplación.** El usuario aún no ha considerado que tenga un problema. Raramente acuden por sí mismas a un tratamiento. Sabe que tiene un problema, aunque no es consciente de él. Para este tipo de personas se necesita información y feedback.
- ❖ **Contemplación.** Prevalece en el usuario la ambivalencia. La persona contempladora considera y rechaza a su vez el cambio. Es preciso en esta etapa ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio.
- ❖ **Preparación – Determinación.** Ya existe un compromiso para el cambio. Es la ventana para una oportunidad. Se busca en esta etapa brindar asesoría, consejería, como recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.
- ❖ **Acción.** La persona se implica en acciones que le llevarán a un cambio.
- ❖ **Mantenimiento.** En esta etapa el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y el de prevenir la recaída
- ❖ **Recaída.** No es propiamente una etapa, debido a que no siempre se presenta, aunque se debe estar atento a ella, a fin de anticiparse a la misma. El profesional debe ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización cuando se recaee (27).

**TABLA 1. ETAPAS DEL CAMBIO Y TAREAS DEL PROFESIONAL**

Etapa del paciente	Tareas del terapeuta
<b>Precontemplación</b>	Aumento de la duda: Aumento de la percepción del paciente de los riesgos y los problemas de su conducta actual
<b>Contemplación</b>	Inclinación de la balanza: Evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual
<b>Preparación</b>	Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio
<b>Acción</b>	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio
<b>Mantenimiento</b>	Ayuda al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída
<b>Recaída</b>	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída

Fuente: Miller y Rollnick

A lo largo de la exposición de los pasos que se anunciarán a continuación, podrán evidenciar elementos de ambos enfoques que permitirán fortalecer el impacto de las acciones a emprender con las familias y comunidades en pro del cambio.

- **ASPECTOS GENERALES DE UNA INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD**

Teniendo presente que el pilar central de la APS son las intervenciones con enfoque familiar y comunitario y que a su vez estas se fundamentan principalmente en el desarrollo de acciones de educación y comunicación para la salud, se hace preciso en este capítulo afianzar algunas nociones operativas al respecto.

Para ello, se retomarán algunos ítems referenciados por el Ministerio de Salud y Protección Social, como aspectos esenciales a considerar en una intervención de EyCPS.

Es de anotar que dentro de las acciones de CAPS, las actividades principales que se realizan desde la EyCPS son las de grupos de apoyo mutuo presenciales o virtuales, las intervenciones familiares domiciliarias o por medio virtual, el trabajo de núcleos (redes comunitarias) y el desarrollo de las Estrategias de Vivienda Saludable (EVS) y de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), las cuales realiza todo el Equipo Móvil de Salud Interdisciplinario.

En primera medida y teniendo en cuenta los errores comunes de una intervención de comunicación para la salud, se aclaran algunos aspectos de lo que **NO** es esta tecnología.

- ✓ No es, el transmitir orientaciones generales de forma magistral sobre una temática particular
- ✓ No es, concebir a los sujetos de intervención como objetos maleables o que no saben nada
- ✓ No es, ignorar o desconocer la historia y la cultura de los sujetos y colectivos, ni las particularidades psicológicas, las formas de aprendizaje y el curso de vida de las personas con los que se pretende trabajar
- ✓ No es, considerar la información como un concepto generalmente unívoco, acabado o definido, en donde sólo se transmite un mensaje que se difunde de manera unidireccional (29).
- ✓ No es, llevar a cabo las actividades planeadas desconociendo las circunstancias presentadas en las personas y familias en el momento de la intervención
- ✓ No es, negar que las personas y familias son sujetos de derecho
- ✓ No es, ignorar que las personas y familias tienen igual que el profesional, auxiliar y técnico, un conocimiento que es preciso valorar, validar y reconocer.

Por el contrario, lo que **SI** se concibe desde este tipo de intervención es:

- ✓ Partir de la experiencia de las personas, familias y comunidades
- ✓ Partir del reconocimiento de la realidad (hechos sociales, históricos, políticos, culturales, psicológicos, ambientales, etc.), de la identificación de los diversos factores positivos y negativos que la afectan, con el fin de ampliar el marco de comprensión y de esta forma ajustar las intervenciones
- ✓ Favorecer la Influencia y retroalimentación mutua, entre el EMS y las personas sujeto de intervención
- ✓ Promover escenarios de reflexión crítica, autoconocimiento, que permita identificar las realidades diferenciales de cada persona, familia y comunidad.
- ✓ Generar un intercambio de saberes que va más allá de la transmisión de información, que fomente la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva
- ✓ Sustentar los procesos en un aprendizaje basado en problemas, que parte de lo que los participantes saben y les resulta significativo.
- ✓ Tener en cuenta las condiciones psico-evolutivas de los sujetos y desarrollar estrategias metodológicas que privilegien la actividad en contextos cooperativos, favoreciendo el diálogo desequilibrante (generar reflexión, desestabilización en los conceptos y las creencias previas, para generar nuevos conocimientos) (29)
- ✓ Generar un clima de cooperación, empatía, apertura, reconocimiento de la situación del Otro, en un ambiente tranquilo y relajado.
- ✓ Privilegiar la escucha sobre el discurso preconcebido y estructurado
- ✓ Establecer los objetivos de trabajo de manera conjunta y concertada

Basado en lo anterior, se enfatiza lo planteado por Mario Kaplun: “Imponer, moldear conductas, tratar de suscitar hábitos automáticos, no generan creatividad, ni participación, ni conciencia crítica. Y sin ellas no hay trabajo social perdurable y eficaz” (30).

A continuación, se presentará según lo planteado hasta ahora, los pasos que resumen el desarrollo operativo de las acciones de información y las de educación y comunicación para la salud de la Estrategia CAPS, los cuales pretenden servir de guía general sobre lo que es preciso tener en cuenta a la hora de planear y ejecutar las acciones asociadas a la APS.

- **PASO 1. RECONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN**

El personal del EMS en cada una de las intervenciones acordes a sus competencias, debe identificar en primera instancia el contexto y las condiciones de las personas, familias y comunidades, para realizar su intervención acorde a lo planteado en párrafos anteriores. Para lo cual cuenta a nivel personal y familiar con la información de ficha familiar y a nivel colectivo con los diagnósticos comunitarios realizados por la Estrategia CAPS.

En dichas fuentes de información, se encuentran muchos datos que permiten conocer de forma integral, aunque claramente no completa, a cada individuo, familia y comunidad, tanto a nivel histórico como actual. Aspectos como por ejemplo, sus condiciones demográficas, de salud ambiental, estado emocional de las personas a intervenir, sus condiciones médicas familiares y personales, el tipo de relaciones familiares que se tienen, las condiciones de riesgo ante cada uno de los 11 grupos priorizados por la estrategia, las principales problemáticas que habitan en el sector desde lo social, ambiental y de salud, la historia de la comunidad, etc. Información que bien administrada permitirá planear las intervenciones de una forma que asegure una mayor efectividad e impacto.

Así mismo, a nivel personal y familiar se dispone del módulo de intervenciones, en el cual se evidencian todas las acciones individuales, familiares y grupales emprendidas por el EMS, con lo cual se favorece el conocimiento de las personas a intervenir y los procesos que se han realizado desde la estrategia CAPS.

Es por ello esencial que cada persona que compone el EMS, cada vez que vaya a realizar el proceso de educación y comunicación para la salud, se tome el tiempo de ingresar al SICAPS y revisar de forma puntual caso por caso, con el fin de conocer en general las condiciones y la situación de la población.

Lo que implica también revisar las intervenciones previas realizadas por todo el EMS con la familia y la comunidad, para evidenciar el proceso llevado a cabo y dar continuidad a las acciones emprendidas anteriormente. Esto conlleva a realizar un primer balance e identificar fortalezas, debilidades, tendencias, tensiones de las familias y comunidades para direccionar el camino hacia la obtención de los objetivos propuestos.

Este es el primer elemento a considerar en toda intervención de EyCPS, si lo que se pretende es impactar en la población sujeto, debido a que mientras no se tenga claro que, con quien, como, porque, para qué y en qué contexto se presenta la situación a intervenir, difícilmente se comprenderán las condiciones y características generales de las familias de la zona de influencia y por ende el trabajo no estará ajustado a las condiciones propias de los beneficiarios.

El nivel de comprensión de las familias posibilita definir el alcance de las acciones y vislumbrar las posibilidades de acción acorde con las capacidades institucionales, sociales, familiares y comunitarias, según los intereses y necesidades identificadas (14).

De esta forma y como lo plantea en su documento el BID, la propuesta está delimitada en lograr reconocimiento de las familias y comunidades en sus condiciones y características generales, cuestionándose por:

- ❖ A qué momentos vitales pertenecen, cuál es su curso de vida.
- ❖Cuál es la pertenencia y la predominancia socio cultural de las familias y comunidades
- ❖ Cuáles son las potencialidades, fortalezas, capacidades de las familias y comunidades
- ❖ Cuáles son las principales necesidades, intereses, problemas, tensiones
- ❖ Cuáles son las situaciones de mayor prioridad por su gravedad
- ❖ Cuáles son los actores clave y la oferta institucional existente para cada situación
- ❖ Cuál es el soporte familiar (14)

Por medio de estos y otros cuestionamientos, se logra ampliar la comprensión de las razones y motivaciones de un determinado comportamiento de las familias y comunidades. Ayuda a descubrir cuál es el significado que hay detrás de cada comportamiento, actitud o sentimiento, debido a que muchas veces lo que objetivamente se ve, está indicando algo más profundo en el ser de la persona (30).

Es preciso tener siempre presente, que las necesidades y los requerimientos de las personas “son el centro que motiva el encuentro, pues son ellas las que necesitan ayuda o apoyo. Cada una de estas necesidades y requerimientos están determinadas por la etapa de desarrollo, los conocimientos, los intereses, la etnia, la cultural, los valores, entre otros, que tienen las personas” (30).

Los cuestionamientos planteados posibilitan a su vez el diligenciamiento de la matriz de identificación y seguimiento de riesgos familiares (Anexo 2), el cual pretende ser una ayuda para la concertación de objetivos terapéuticos familiares y para evaluar el avance en el cumplimiento con la disminución de riesgos.

Esta matriz se diligencia conjuntamente con la familia en la primera visita, clarificando los objetivos planteados y las estrategias para alcanzarlos. Se deberá dejar en un lugar visible, con el fin de que la familia recuerde sus compromisos y para que cada integrante del EMS que vaya a esa vivienda, haga seguimiento, revisión y reporte el avance de los mismos. El profesional líder del grupo priorizado, según modelo CAPS y ruta de atención, será responsable del establecimiento de metas, de firmar con las familias la matriz impresa, hacer el cierre del caso y de postular a la familia para la graduación semestral, posterior al cumplimiento de lo pactado.

Como se puede inferir, se considera de suma importancia el documentar de forma sistemática lo que sucede durante la intervención a la familia o la comunidad, debido a que se convierte en

material útil para el propio seguimiento que realiza el profesional con respecto al avance del caso y de igual forma ayuda al resto del EMS en la identificación de las particularidades de la familia y comunidad y por ende posibilita una mirada más detallada y en profundidad de los procesos que han resultado más efectivos para mejorar los resultados planteados, permitiendo a su vez que los profesionales continúen perfeccionando sus acciones (14).

### REQUERIMIENTOS PASO 1

- ❖ Ficha familiar con información actualizada y fidedigna de las condiciones familiares
- ❖ Información clara, amplia, coherente reportada en el módulo de intervenciones
- ❖ Planeación estructurada de las visitas: fecha, familia, grupo priorizado

### • PASO 2. LA PRIORIZACIÓN O PROBLEMATIZACIÓN DE LA SITUACIÓN

La Estrategia CAPS estableció en su priorización, 11 grupos de intervención, definidos principalmente por las condiciones epidemiológicas de la ciudad, contando así de forma inicial con una orientación y concentración de esfuerzos y recursos hacia unas situaciones y poblaciones particulares.

Según estos 11 grupos, se definieron a su vez unos responsables del EMS por grupo priorizado, con el fin de liderar la valoración inicial de la familia, la intervención central y la definición del personal que debería apoyar el caso. Este líder por grupo es quien tendrá la responsabilidad principal de definir conjuntamente con la familia y comunidad la situación problemática a trabajar (7).

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS PRIORIZADOS POR PROFESIONAL**

PROFESIONAL	GRUPO DE RIESGO
Enfermera	Cáncer – Diabetes - VIH – Tuberculosis - Menor de 6 años - Gestantes
Psicólogo	Trastorno Mental – Violencia Intrafamiliar
Fisioterapeuta	Enfermedad Cardiovascular – EPOC - Discapacidad
Trabajador Social	Redes comunitarias (núcleos)*
Profesional y Técnico ambiental	Vivienda saludable*

Fuente: Modelo CAPS.

\*Estrategias transversales a CAPS.

El trabajador social y los profesionales y técnicos del área ambiental, serán líderes de unas estrategias puntuales que se desarrollan dentro de CAPS, como la de Redes Comunitarias y la de Vivienda Saludable

A su vez esta priorización estará determinada por la clasificación de la familia según situación encontrada mediante ficha familiar, en donde para el Modelo CAPS se identifican 4 categorías, como se muestra en la siguiente ilustración.

**GRAFICA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS, SEGÚN ESTADO. ESTRATEGIA CAPS**



Fuente: Modelo CAPS.

- ❖ *Población sana.* Familias que no presentan factores de riesgo importantes a intervenir para la estrategia CAPS, acorde con los grupos priorizados.
- ❖ *Riesgo a evento.* Familias que presentan ciertas condiciones identificadas de riesgo por la ficha familiar, para alguno de los 11 grupos priorizados.
- ❖ *Evento.* Refiere una condición ya existente en relación con los grupos priorizados. Alude a un diagnóstico establecido por personal de salud externo a CAPS.
- ❖ *Evento Crítico.* Condiciones de riesgo identificadas en una persona o familia con evento, que pueden agravar el mismo, generando complicaciones o muerte (7).

Para este caso, la población sana y con evento, será responsabilidad principal de la Agente en Salud Pública, en la primera teniendo como objetivo principal el desarrollo de capacidades para mantener las condiciones de salud y en la segunda fortaleciendo la conciencia de enfermedad, las pautas educativas de estilos de vida saludable, favoreciendo la adherencia al tratamiento y de requerirse, la respectiva canalización a los servicios de la EAPB.

La población de riesgo a evento y con evento crítico, estará primordialmente en cabeza de los profesionales del EMS, en ambos con el fin de brindar acciones de comunicación y educación para la salud para evitar que se presente un evento en el primer caso y en el segundo para disminuir la

probabilidad de que se presente la muerte, otra enfermedad evitable o una discapacidad, por lo cual se requiere un trabajo específico en disminuir o eliminar los factores de riesgo modificables encontrados en ambas poblaciones.

Para todo lo anterior se requiere el promover ejercicios participativos donde confluya el diálogo, la discusión y reflexión con las familias, sus integrantes, la comunidad en general y los partícipes de los equipos de salud, para la identificación consensuada de aquellas situaciones priorizadas, acorde con la realidad y situaciones particulares de las familias y la población a intervenir (14).

Es aquí en donde cobra mayor relevancia una alianza empática de trabajo entre el EMS y las familias y comunidades, para que el ejercicio de priorización de acciones sea acorde realmente a los intereses y necesidades de los beneficiarios y estos se muestren receptivos al trabajo conjunto y al reconocimiento abierto de sus problemáticas y carencias.

Para el buen cumplimiento de este paso, es importante llevar a cabo con las familias y comunidades un análisis a corto y largo plazo de costos y beneficios de la situación objeto de intervención, que permita mejorar la toma de decisiones responsable, con el fin de favorecer el reconocimiento de una situación particular y por ende su motivación al cambio.

Al igual que es necesario para incrementar el nivel de motivación, compromiso y participación de las personas beneficiarias, el ayudarle a identificar experiencias propias pasadas, que tuvieron buen resultado en la modificación de conductas asociadas a la situación a intervenir, con el fin de favorecer el reconocimiento y la viabilidad de habilidades y oportunidades de cambio.

Así mismo, es adecuado realizar este ejercicio con experiencias de otras personas o con información estadística, que permita a los usuarios vislumbrar la viabilidad del cambio y por ende motivarlo hacia la adopción de prácticas y actitudes en pro de su salud.

Es importante enfatizar que, si no hay un objetivo concertado claro entre las partes, sería imposible lograr cambios positivos en los usuarios; muchas veces se cree que el problema es diáfano y fácilmente identificado por las familias, pero cuando se ahonda en el tema, se observan dudas, inquietudes y mitos, que han obstaculizado el avance en el proceso. Por lo tanto, se considera una buena práctica, el dedicar el tiempo necesario a la clarificación y problematización de la situación a abordar.

Es aquí donde cobra relevancia lo planteado por los autores de la Entrevista Motivacional, cuando expresan que “Empezar con las preocupaciones del paciente, más que con las del terapeuta, facilitará la tarea” hacia el cambio (27).

Es preciso en este proceso tener presente metas alcanzables en el corto plazo, en relación con las visitas domiciliarias, en 4 o máximo 6 visitas o intervenciones, a fin de no generar falsas expectativas en la población sujeto de intervención y frustración entre el EMS. La identificación de situaciones más arraigadas, estructurales o que requieran más tiempo deben ser gestionadas para ser asumidas por la EAPB.

Una herramienta que es viable y se plantea como sugerencia para favorecer la problematización en el usuario, es el balance decisional.

### GRAFICA 2. HOJA DE BALANCE DECISIONAL

Continuar bebiendo como antes		Cambiar mi forma de beber	
Beneficios	Costes	Beneficios	Costes
Me ayuda a relajarme	Podría perder mi matrimonio	Matrimonio más feliz	No sé que haré con mis amigos
Me gusta "colocarme"	Es un mal ejemplo para los hijos	Más tiempo para mi familia	No tendré forma alguna de relajarme
	Perjudica mi salud	Me siento mejor	
	Gasto demasiado dinero	Soluciono mis problemas económicos	
	Me daña el cerebro		
	Podría perder mi trabajo		
	Pierdo mi tiempo y mi vida		

Fuente: Miller y Rollnick

### REQUERIMIENTOS PASO 2

- ❖ Clasificación idónea de las familias
- ❖ Generación de una relación empática
- ❖ Identificación clara de la situación problema
- ❖ Creación de un clima esperanzador terapéuticamente
- ❖ Establecimiento de metas específicas en el tiempo y concertadas con la familia

### • PASO 3. ACORDAR LA PROPUESTA DE ACCIÓN

Es importante recordar que este paso corresponde a la etapa 3 (preparación) de Prochaska y Diclemente y que según se explicó anteriormente, abordar o sugerir una propuesta de acción en una persona que se encuentra en una fase previa a esta, resultaría poco efectivo y contraproducente, favoreciendo la negación del usuario y su rechazo al proceso. Así que es importante enfatizar en la evaluación del usuario, para confirmar la etapa motivacional en la que se encuentra.

La efectividad de las intervenciones tiene como punto central la concertación conjunta entre el EMS y la población beneficiada de los objetivos y la propuesta de acción, definiendo el qué, cómo, cuándo, dónde y por qué se llevarán a cabo las acciones.

Es preciso que el EMS tenga amplia claridad del diagnóstico realizado, las condiciones sobre las cuales se llevara a cabo el trabajo, desde lo personal, contextual y familiar y los medios, herramientas, tecnologías y técnicas que le favorecerán el logro de los objetivos.

En este orden de ideas, se plantea promover la elaboración de una propuesta de acción orientada al fortalecimiento de las familias y comunidades, el cual tiene como punto de partida y referencia los protocolos de la Estrategia CAPS, elaborados según los once grupos priorizados y según la clasificación de las familias planteadas por el Modelo. Estos protocolos permiten definir con mayor claridad los temas, estrategias e información a tener en cuenta según las diferentes condiciones presentadas por las familias, siendo por tanto una guía y un faro en las intervenciones a realizar (para su revisión, consultar la página del SICAPS: [apsmanizales.com](http://apsmanizales.com)).

Para ello, es preciso que cada persona del EMS se familiarice con los protocolos, su estructura y sus anexos, con el fin que la información allí consignada, la cual está basada en lineamientos nacionales y según evidencia científica, sea efectivamente usada y acorde con las condiciones propias de la población beneficiada.

Cada protocolo cuenta con una estructura similar, conteniendo ítems tales como: el componente, definido para APS según Ley 1438 de 2011; las líneas de acción, establecidas según Resolución 518 de 2015; la clasificación de la población, definida por el Modelo CAPS; el tipo de prevención a realizar, según lineamientos de la OMS; el objetivo, actividad, tecnología, herramientas y temáticas, definidas por criterios técnicos y académicos y cuenta al final con unas acciones transversales y unos documentos anexos que apoyan la realización de la actividad y sirven como insumos para el EMS y la población beneficiada.

Esta propuesta y plan de acción debe quedar consignada claramente en el módulo de intervenciones del SICAPS, convirtiéndose en un insumo de planeación para el EMS. Los logros a obtener deben registrarse en la matriz de identificación y seguimiento de riesgos familiares, que tendrá de manera visible la familia en su lugar de residencia e igualmente deben consignarse de manera explícita en el módulo de intervenciones.

Para llevar a cabo este trabajo es necesario proporcionar al usuario, familia o la comunidad, en la primera sesión, una simple y breve panorámica de la estructura de la misma, que incluya:

- ❖ *La cantidad de tiempo de que se dispone.*  
Siendo en promedio para la Estrategia CAPS de 45 minutos por sesión.
- ❖ *Una explicación de su rol y de sus objetivos.*  
Centrado en ser un gestor del cuidado de la salud de las personas y educador en salud, para favorecer el cambio hacia estilos de vida saludable
- ❖ *Una descripción del rol del usuario.*  
Como actor principal del cambio, quien es el responsable directo de su situación actual y futura
- ❖ *Un comentario de los aspectos que se tratarán.*  
Breve resumen de lo que se abordara en la sesión, teniendo en cuenta lo identificado en el paso 1.

- ❖ *Una pregunta abierta (27).*  
Que permita un espacio de apertura del usuario, familia y comunidad con lo expresado hasta el momento, se aclaren dudas y se planten sugerencias sobre el trabajo a iniciar

En las primeras sesiones que se establecen con los usuarios, familias o comunidades, es necesario que la comunicación este más concentrada en ellos que en el mismo profesional, con el fin de identificar las necesidades, expectativas, problemáticas, cosmovisiones, intereses, etc, de los beneficiarios y de esta forma realizar una planeación y definición del problema, de forma más realista y ajustada a lo expresado por ellos.

Dentro del trabajo con enfoque de entrevista motivacional, Miller y Rollnick plantean en su libro, algunas estrategias motivacionales, que pueden ayudar a que el usuario siga avanzando en las diferentes etapas, especialmente de la preparación a la acción, entre las que especifican:

- ❖ *Ofrecer Consejo.*  
Para ello se debe: 1) identificar claramente el problema o el área problemática, 2) explicar por qué el cambio es importante, y 3) recomendar un cambio específico.
- ❖ *Eliminar Obstáculos.*  
Es necesario identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio (red de apoyo, aseguramiento, accesibilidad, oportunidad, económicos, sociales, etc).
- ❖ *Ofrecer Alternativas.*  
Propende por ofrecer diferentes opciones, estrategias, medios para el cambio; en reconocimiento que la motivación intrínseca se ve aumentada por la percepción de que el usuario ha elegido con libertad un curso concreto de acción.
- ❖ *Disminuir la Deseabilidad.*  
Toda decisión importante suele acarrear un costo, sacrificio o pérdida. Para ello es preciso identificar los incentivos positivos del usuario, para continuar con su conducta presente, para después trabajar en la disonancia cognitiva, que favorezca al final una deseabilidad mayor por el cambio deseado.
- ❖ *Practicar la Empatía.*  
Requiere una atención clara ante cada uno de los nuevos comentarios que haga el usuario, y una elaboración continuada de hipótesis sobre el significado subyacente de dichos comentarios.
- ❖ *Ofrecer Feedback.*  
Un conocimiento claro de la situación actual es un elemento crucial en la motivación para el cambio. De ahí que retroalimentar al usuario sobre el proceso, la información recibida e interpretada, es elemental para el usuario.
- ❖ *Aclarar Objetivos.*  
Ayudar a que las personas formulen unos objetivos claros, realistas y alcanzables, lo que contribuye a su vez con el incremento de la esperanza del usuario de que es posible el cambio.

- ❖ *Ofrecer Ayuda activa.*  
Significa estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio de su usuario. Demostrar idoneidad, participación, liderazgo, escucha, iniciativa y ser propositivo y comprometido con el proceso (27).

### REQUERIMIENTOS PASO 3

- ❖ Plan de acción concertado
- ❖ Conocimiento de los protocolos CAPS
- ❖ Registro idóneo en el SICAPS

### • PASO 4. ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Este paso es esencial en el trabajo desarrollado por APS, debido a que la importancia que se le asigna al acompañamiento y seguimiento por parte del EMS dentro de esta estrategia, se considera un factor diferencial al de otras, en el entendido que en las zonas donde se desarrolla CAPS, las familias y comunidades siempre tendrán el acompañamiento por parte del EMS, el cual dependerá de su nivel de riesgo.

El desarrollo de las acciones de comunicación y educación para la salud, se centran en este paso, en los objetivos propuestos en relación con los logros obtenidos y los factores de riesgo identificados ante una posible recaída, requiriendo por parte del EMS un buen trabajo en equipo y una planeación de las actividades ajustadas a las condiciones particulares de las familias y comunidades. El trabajo coordinado con las EAPB, IPS y demás instituciones de salud y del orden social, judicial, público, etc, será determinante para el logro de los objetivos propuestos.

En este trabajo de favorecer la consecución de los objetivos concertados entre las partes a través de los diferentes encuentros con las familias, se trae a colación las recomendaciones de Miller y Rollnick, para hacer que un tratamiento breve sea efectivo:

- ❖ *Ofrecer Feedback*  
Como oportunidad de que el usuario vea la situación actual, reflejada en detalle por el profesional del EMS de CAPS
- ❖ *Responsabilidad.*  
Potenciar y mantener la responsabilidad en el usuario para el cambio
- ❖ *Consejo*  
Proporcionar un consejo claro al usuario o familia a fin de inducir un cambio en su estilo de vida no saludable
- ❖ *Menú*  
Ofrecer un menú de estrategias alternativas para cambiar sus conductas problemáticas

- ❖ *Empatía*  
La empatía del terapeuta es un determinante importante de la motivación y el cambio de un usuario
- ❖ *Autoeficacia*  
Potenciar la autoeficacia del usuario, la esperanza y el optimismo (27)

Dentro de las sesiones acordadas de trabajo, es importante considerar siempre, entre sesión y sesión, lo que se ha denominado planes de cuidado a la familia, plan familiar o plan casero, en el cual a partir de la valoración inicial, se identifican las potencialidades y fortalezas de la familia y los aspectos a trabajar en el marco de la educación y la promoción de la salud, con el fin de pactar por escrito los compromisos que se establecen, para lograr transformaciones esperadas y acordadas con la familia y la comunidad y a los cuales se les hace seguimiento en la siguiente sesión (8).

Estos planes deben ser cuidadosamente estructurados con el fin de regular y dosificar las tareas, acordes con lo esperado por las familias y comunidades según sus condiciones y potencialidades, de lo contrario podría ser más un factor frustrante y una carga pesada para ellos, lo cual terminaría favoreciendo la deserción de los usuarios en el proceso de comunicación y educación para la salud.

Siempre es recomendable iniciar cada sesión de educación recogiendo las impresiones de la sesión anterior, aclarando dudas, haciéndole seguimiento al plan casero, fortaleciendo las temáticas ya abordadas y reforzando los logros obtenidos.

Es crucial que las familias y las comunidades logren evidenciar gradualmente los logros que están obteniendo con la intervención de CAPS, visualicen las sesiones como un proceso, se optimice el tiempo de la actividad educativa, perciban estructura en el plan de acción, las temáticas sean novedosas, de crecimiento personal, entendibles, prácticas y viables y a su vez sea evidente el compromiso y responsabilidad del EMS con el caso particular.

Para finalizar con este paso y afianzar algunas estrategias o medios para favorecer la efectividad del proceso llevado a cabo por el EMS de CAPS, se trae como referencia una propuesta desde la Entrevista motivacional, que se ha considerado esencia de este enfoque y parte valiosa de todo trabajo terapéutico en pro de instaurar conductas que propenden por la salud de los usuarios, familias y comunidades.

- ❖ *Las preguntas abiertas*  
Se consideran una herramienta valiosa para generar conocimiento acerca de los beneficiarios de la Estrategia CAPS. Permite un diálogo más cercano entre las partes y favorece adentrarse en temas que no se favorecerían con un tipo de preguntas cerradas, que obstaculizan la comunicación cuando se abusa de ellas.
- ❖ *La escucha reflexiva*  
Es otra técnica necesaria cuando hablamos de entrevista motivacional. Es la forma en que el profesional responde a lo que dice el usuario, implica una interpretación por el terapeuta, según lo que infiere quiso expresar la persona y, logra a través de ella dar a

entender que se está en escucha plena y ayuda a profundizar en aspectos menos evidentes de la conversación.

❖ *Afirmar*

Es también un buen recurso, implica hacer comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión sobre lo que manifiestan los usuarios; son directos, enfáticos y logran posicionar una condición, situación o característica

❖ *Resumir*

Es importante que se realicen resúmenes de forma periódica, debido a que ello refuerza lo que ya se ha dicho, confirma que el profesional del EMS ha estado escuchando con atención y permite preparar al usuario para seguir progresando.

❖ *Provocar afirmaciones automotivadoras*

Es incitar y generar espacios, estrategias, herramientas y medios para que el mismo usuario genere frases que permitan reafirmarse así mismo sobre algún aspecto necesario para el cambio (27).

Todas estas acciones deben ser evidentes en las diferentes evoluciones consignadas en el SICAPS, en los módulos de intervenciones y actividades. Siendo coherentes con lo planteado al respecto en el Modelo CAPS y recordando las directrices emanadas en la Resolución 1995 de 1999, con relación a la forma, estructura y elementos esenciales y necesarios de una evolución de una intervención terapéutica.

#### REQUERIMIENTOS PASO 4

- ❖ Plan de acción implementado
- ❖ Educación para la salud ajustada a las necesidades propias de la familia y comunidad
- ❖ Reconocimiento de los beneficiarios del avance en el proceso

#### PASO 5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y FORTALECIMIENTO DE FAMILIAS Y COMUNIDADES

El proceso de seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas en el marco de la Estrategia CAPS, debe adelantarse en coherencia con los principios del fortalecimiento a familias y comunidades, centradas en la filosofía de la comunicación para la salud, realizando necesariamente un trabajo participativo permanente con las personas involucradas y teniendo presente casi desde la misma formulación de la planeación, lo que se espera de las intervenciones, los logros y metas planteadas (8).

De ahí que el diálogo entre el EMS y la población priorizada para la intervención, se da en una interacción entre la lógica del conocimiento científico y la del saber cotidiano, donde se reconocen en sus diferencias de saberes y posturas, buscando lograr una mutua comprensión (30).

Es preciso recordar en este paso que las acciones de comunicación para la salud pretenden contribuir a la salud integral de las personas, por lo cual para la evaluación del proceso es

pertinente tener presente los logros obtenidos a la luz de unas mejores condiciones de las familias y comunidades desde lo físico, psicológico, social, espiritual, económico, etc, identificando objetivamente si la población sujeto de intervención desarrolla su potencial y sus capacidades para actuar de manera consciente en el cuidado integral de su propia salud y de las condiciones del entorno físico y socio-cultural al que pertenecen (30).

Este proceso involucra al igual que se ha mencionado anteriormente, el encuentro de saberes entre el EMS y las familias y comunidades, el diálogo horizontal permanente, una comprensión holística de la persona y un apoyo en la búsqueda de sentido, que favorezca el desarrollar en esta población un saber (tener razones, conocimientos, aprendizajes), un comprender (concebir la esencia, ampliar el marco de referencia, ponerse en los zapatos del otro), un sentir (desear, reconocer los propios sentimientos, inteligencia emocional) y un actuar (tener las habilidades, destrezas, atreverse a actuar, salir de la zona de confort), es decir, un trabajo de desarrollo integral (30).

Es crucial que el equipo de CAPS garantice la longitudinalidad de la relación con sus familias y comunidades y, al mismo tiempo, contribuya de forma decisiva a la mejor coordinación y concertación de las actuaciones de acompañamiento, base de la continuidad del proceso (16).

En relación con las acciones grupales comunitarias, específicamente de los grupos de apoyo, se llevará a cabo una autoevaluación por parte de la población beneficiaria sobre sus prácticas de autocuidado, por medio de un instrumento ajustado del cuestionario validado de Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial de Achury, D.M, Sepúlveda, G.J y Rodríguez, S.M (31), quienes se basaron a su vez en el modelo teórico de Dorotea Orem; se evaluará a su vez colectivamente una habilidad transversal en los temas de salud referidos a las estrategias de afrontamiento, por medio del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (32) y se evaluará los conocimientos adquiridos en los diferentes encuentros concertados, por medio de unos cuestionarios según grupo priorizado y clasificación de la población, construidos por la Estrategia CAPS. Paralelamente se llevara a cabo un trabajo de encuentro final de evaluación cualitativa del proceso y se hará un llamado telefónico a una muestra de la población para evaluar satisfacción con el proceso grupal.

Es importante que al final de cada proceso desarrollado, se identifiquen los logros obtenidos por el EMS de la Estrategia CAPS, los cuales se listan en cada uno de los módulos del SICAPS, lo que permitirá evaluar el cumplimiento con los indicadores estipulados por CAPS.

## REQUERIMIENTOS

- ❖ Valoración conjunta entre el EMS y las familias y comunidades
- ❖ Evaluación del proceso integral y centrado en logros objetivamente evaluables
- ❖ Acompañamiento permanente a las familias según nivel de riesgo

## REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL SICAPS

La Estrategia CAPS cuenta con un Sistema de Información en línea denominado SI-CAPS, que permite tener el 100% de la información generada en las familias y comunidades de manera digital, integrada y hacer trazabilidad a las intervenciones realizadas.

Este Sistema de Información de la estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (SI-CAPS) “tiene características que permiten agilizar las tareas operacionales de la organización, apoyando los procesos de toma de decisiones, por su alto nivel de transaccionabilidad de datos y flexibilidad en su desarrollo, lo que favorece realizar los ajustes necesarios según las necesidades identificadas. Este sistema permite el ingreso de la información mediante una aplicación considerada inteligente, por la gran cantidad de validaciones realizadas, lo que ahorra tiempo en la captura, procesamiento, planeación de la intervención y la evaluación y permiten una mejora calidad del dato” (7).

La información allí consignada hace referencia a procesos de salud pública, sin embargo, por el tipo de información reportada, se debe cumplir con criterios de confidencialidad, custodia y conservación, para lo cual se presentarán unas sugerencias a tener en cuenta en el proceso de registro de las notas de evolución y en general en el manejo de los datos, atendiendo a parámetros normativos y técnicos.

Es preciso tener presente que la nota de evolución se define como la narración escrita, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos tanto personales como familiares que se refieren a un usuario (33).

En primera medida y atendiendo a lo establecido por el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el desarrollar sistemas de información en salud, está fundamentado sobre la base de mejorar procesos de calidad, que faciliten la realización de las labores de auditoria, seguimiento, control, reporte y contribuya a su vez a una mayor información de los usuarios y calidad del dato (34).

Es esencial recordar que en el SICAPS se aloja información referente a la historia clínica de las familias y comunidades intervenidas, por lo cual se resalta lo planteado en la Sentencia T-158 A de 2008, en relación con la reserva de la información, en donde la Corte sostiene: "El carácter reservado de la historia clínica, entonces, se funda en la necesidad de proteger el derecho a la intimidad del individuo sobre una información que, en principio, únicamente le concierne a él y que, por tanto, debe ser excluida del ámbito de conocimiento público" (35).

Ahora bien, es importante tener en cuenta que por asociación con una historia clínica y a la definición establecida al respecto por el Ministerio de Salud y Protección Social, se debe entender el SICAPS, como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se deben registrar **cronológicamente** las condiciones de salud del usuario, las intervenciones realizadas por el EMS y las demás acciones ejecutadas relacionadas con la situación del usuario (36).

Se hace énfasis en lo cronológico, debido a que todo el personal del EMS debe ser oportuno en el registro de la información, con el fin de mantener las evoluciones de la población beneficiada en el orden de atención realizada, ayudando así a tener una información actualizada y de utilidad para toda la estrategia.

La Resolución 1995 de 1999 establece la obligatoriedad de realizar registros integrales, en donde quede consignado el estado de salud de las personas, teniendo en cuenta la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria, atendiendo a que son aspectos que pueden incidir en la salud del usuario y que el personal del EMS puede identificar, independiente de la actividad realizada y el profesional que interviene (33) (36).

Las características básicas y a tener en cuenta en relación con el SICAPS, mencionadas en la Resolución 1995, serían:

- *Integralidad:* Debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, **abordándolo como un todo** en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- *Secuencialidad:* Los registros de la prestación de los servicios en salud deben **consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.**
- *Racionalidad científica:* Aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que **evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó** en la investigación de las condiciones de salud del usuario, diagnóstico y plan de manejo.
- *Disponibilidad:* Es la posibilidad de utilizar la historia clínica **en el momento en que se necesita**, con las limitaciones que impone la Ley. Por lo cual la oportunidad en el cargue de la información se considera necesaria para el cumplimiento de este criterio.
- *Oportunidad:* Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, **simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación** del servicio (36).

El artículo 4 de la mencionada Resolución, define a su vez la obligatoriedad del registro por parte del EMS que interviene directamente en la atención a un usuario, estableciendo que tienen la obligación de registrar a su vez las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, en el entendido que es el profesional tratante y sus apreciaciones se consideran esenciales para definir el curso y pronóstico del usuario, de la familia y la comunidad (36).

Cada registro ingresado al SICAPS debe diligenciarse en forma clara, coherente, limpia ortográfica y estéticamente, secuencial dentro del proceso, sin utilizar siglas, excepto las reconocidas

internacionalmente. Ninguna nota de registro debe ser exactamente igual a otra, entendiendo que estamos realizando un proceso único, propio y desde un enfoque de salud familiar y comunitaria.

Según lo mencionan Aragón, S.F, Gómez, K.R y Del Toro, M., las notas deben ajustarse a los principios éticos de verdad, privacidad, respeto al usuario y recordando las implicaciones legales. En este documento se registran de forma comprensible los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, teniendo presente que sirven así mismo, de instrumento de apoyo a la gestión, para realizar controles de calidad, conocer resultados propios de la atención realizada y proyectar acciones de capacitación, gestión del talento humano y acciones asociadas a los determinantes sociales en salud (33).

Cada elaboración de los registros cargados en el SICAPS, son la evidencia del tipo de intervención realizada, por lo tanto, debe ser congruente con lo desarrollado en la sesión y el tiempo dispuesto en la misma, demostrando calidad, ética y pertinencia de la actividad ejecutada, lo cual debe articularse y ser consistente a su vez, con el área profesional del personal que lleva a cabo la intervención.

Debe identificarse en la nota de evolución, de forma lógica y completa, los procedimientos que se realizaron en la valoración de las condiciones de salud del usuario, teniendo en cuenta el grupo priorizado asignado, la clasificación dada y el plan de manejo que se espera llevar con los beneficiarios de las intervenciones (33).

Es así como las notas de evolución en su conjunto, permitirán evidenciar el trabajo desarrollado con las familias y comunidades, reflejando el resultado de las intervenciones realizadas, las cuales deberán ser congruentes con los logros asignados a los usuarios.

Siempre se hace necesario recordar, que las notas cargadas en el SICAPS facilitan el seguimiento a los usuarios por el profesional mismo que realiza la evolución, al igual que por parte del resto del equipo móvil de salud, de ahí el rigor de su contenido y veracidad.

Un registro de evolución sin estructura metodológica, puede conducir fácilmente a una atención caótica por parte de todo el EMS, en la que cada profesional, técnico o auxiliar termina trabajando de manera individualizada, olvidando que su rol es el mantenimiento y recuperación de la salud de los usuarios de la estrategia. Por ello no se debe olvidar que la evolución es parte integral del proceso de atención, en donde una obligación es dar a conocer lo más significativo del estado actual de los usuarios y su avance, con el fin de lograr un trabajo en equipo que permita alcanzar el fin último de toda intervención de la Estrategia, que es mejorar la salud de los beneficiarios de CAPS (33).

Adicional a ello, toda la información del SICAPS puede ser utilizada como instrumento legal, está sujeta a disponibilidad por los usuarios mismos, por entes judiciales y por parte del personal de salud asociado al usuario, por ejemplo, en los casos en que se realizan unidades de análisis por eventos de interés en salud pública, que realiza la Secretaría de Salud Pública o el ente territorial departamental (33).

De esta forma: “El no cumplir con responsabilidades propias de la profesión, origina consecuencias legales, y estas son catalogadas como negligencia. Abordada de esta manera, la negligencia es un acto u omisión que cae por debajo de un estándar de cuidado... La negligencia y mala praxis también pueden surgir de las omisiones que causen daño; una omisión es la falta de acción cuando el nivel de atención requería acción (33).

Para favorecer el proceso de custodia y privacidad de toda la información del SICAPS, se elaboró un acuerdo de confidencialidad de usuarios de esta herramienta tecnológica de la Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS) del Municipio de Manizales, en donde se exponen las obligaciones relacionadas con la confidencialidad de la información que deberá aceptar todo usuario al momento de ingresar a hacer parte del Equipo Administrativo u Operativo (EMS) de la Estrategia CAPS, posterior a la solicitud de acceso a la información y a la plataforma (SI-CAPS) por parte de la entidad contratista u otras instituciones según alianzas de trabajo establecidas, el cual fue tomado y adaptado de: “Formato: Acuerdo de confidencialidad de Usuarios de Herramientas Tecnológicas o Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas” - Unidad para las víctimas. Colombia (Anexo 3).

Así mismo, se cuenta dentro del SICAPS con un módulo de evaluación, en el cual se dispone de varios formularios de valoración; entre ellos, de una lista de chequeo (Anexo 4) que permite evaluar el cargue de la información en este sistema por parte del EMS, acorde a aspectos mencionados anteriormente y por otro lado, también se dispone de una lista de chequeo de evaluación de acciones en campo (Anexo 5), ambas realizadas por profesionales encargados de hacer seguimiento continuo a las acciones que realiza el EMS y que permite evidenciar un resultado cuantitativo y otro cualitativo, sobre los cuales se programan y realizan asistencias técnicas y capacitaciones a todo el personal de la Estrategia, para fortalecer las competencias y minimizar hallazgos.

Por último, se resalta que las funcionalidades y permisos dados a cada usuario dentro del SICAPS, están sujetos a lo definido en el artículo 18 de la Resolución 1995 de 1999, en donde se establece que los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones una vez se registren y guarden los datos (36).



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCESOS DE VALORACIÓN Y CONSULTORÍA POR MEDIOS TECNOLÓGICOS, POR PARTE DEL PROFESIONAL DEL EMS DE CAPS

 	<p><b>ESTRATEGIA COMUNIDADES CON AUTOCUIDADO PROMOTORAS DE SALUD - CAPS</b></p> <p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	<p>VERSION: 01 FECHA: 10/07/2020</p>
--	--	--

**Información importante**

Este documento es para oficializar que yo \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad # \_\_\_\_\_, actuando en mi representación legal o en representación de mi familia como jefe de hogar, doy permiso y consentimiento libre y voluntario a los profesionales de salud de la Estrategia CAPS (nombres completos) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, adscritos a la entidad \_\_\_\_\_ en asocio de la Alcaldía de Manizales - Secretaría de Salud Pública, para proporcionarme consultorías, valoraciones y/o apoyo en tratamientos relacionados con el área de la salud pública, en las disciplinas de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

**Calificaciones profesionales**

Entendemos que los profesionales de la salud mencionados, son los responsables de llevar a cabo los servicios en salud pública ofertados. Que estas personas están registradas oficialmente para prestar sus servicios profesionales (o de práctica), cuentan con los títulos que los acreditan como tal y tienen la formación y experiencia necesaria para brindar los servicios en salud ofrecidos. A su vez se informa que en el caso de estudiantes universitarios, estos cuentan con un asesor institucional profesional del área, quien acompaña el proceso de intervención. Que estos profesionales y estudiantes cuentan con asesores institucionales de la Universidad de \_\_\_\_\_ y de la Secretaría de Salud Pública, quienes brindan permanentemente formación, acompañamiento y asesoría.

Se nos ha informado que, si deseamos contactar a los profesionales asignados, podemos hacerlo mediante mensajes o conversaciones gratuitas de chat, ingresando a la página: [www.apsmanizales.com](http://www.apsmanizales.com)

### Servicios profesionales prestados

Los profesionales de la salud nos han informado en qué consiste su enfoque de intervención y ámbitos de trabajo; que la consultoría no es como una visita al médico y que para que sea exitosa la intervención, es preciso trabajar en los aspectos acordados en cada sesión y entre sesiones.

Se nos ha explicado que las consultorías en salud implican dialogar sobre aspectos relacionados con nuestros estilos de vida o nuestras personalidades y emprender cambios en los comportamientos, lo que puede conllevar a experimentar sentimientos incómodos y posibles cambios en nuestras relaciones, pero que ello está relacionado con nuestro objetivo de alcanzar un mayor grado de bienestar en el corto plazo. También se nos ha informado que la consultoría puede tener tanto beneficios como riesgos y que no hay garantías previamente dadas en ella, aunque los logros suelen estar mediados en términos de nuestro compromiso y disposición al cambio.

Tenemos derecho a hacer preguntas sobre cualquier cosa que suceda en la consultoría. Tenemos derecho a rechazar cualquier cosa que sugieran los profesionales de la salud. Podemos pedir y concertar con los profesionales para que prueben algo que creemos podría ser útil. Consentimos en llevar a cabo con ellos las pautas que se establezcan y cumplir los acuerdos establecidos.

### Limitaciones de la consultoría por medios tecnológicos

Entendemos que la consultoría a distancia es una experiencia con diferencias, en comparación con las “sesiones presenciales”, entre las que se encuentran la forma de interaccionar visualmente con el Otro, los comportamientos corporales no verbales asumidos, la comunicación en sí misma, los espacios dispuestos para la consultoría y las interferencias propias de los medios tecnológicos usados.

Comprendemos que las consultorías son una forma de intervención que no sustituyen la medicación y que puede no ser apropiada si estamos experimentando una crisis o teniendo pensamientos suicidas u homicidas, ante lo cual deberíamos consultar presencialmente los servicios de urgencias dispuestos para tal fin.

Tenemos presente que las sesiones por medios tecnológicos dependen de la conectividad. Que interviene tanto el equipo desde el cual nos conectamos, como la compañía que provee de internet. Si en las sesiones se dan interferencias o cortes de manera transitoria o continua, que impidan la sesión y que se deban a la conexión o al equipo tecnológico, deberán ser solucionadas por nosotros o el profesional de la salud si es del caso, de forma inmediata o si no es posible, para la siguiente sesión, consultando al proveedor de servicios, verificando la calidad del equipo o las demás situaciones que puedan estar influyendo en la misma.

Toda incidencia no atribuible al profesional, no podrá ser su responsabilidad y por lo tanto la sesión, salvo acuerdo entre las partes, se pospondrá según se acuerde. Al aceptar y solicitar sesiones por medios tecnológicos somos consciente de esta realidad mediada por la tecnología.

### Emergencias

La consultoría por medios tecnológicos no es ni cubre estos servicios. En el caso de una emergencia, podemos marcar el 123 o acudir a la institución de salud más cercana que ofrezca servicios de urgencias.

### Tarifas

Se nos ha informado que no hay ningún tipo de costo por los servicios prestados, tanto para la primera sesión como para las siguientes. A su vez se nos ha indicado que en la primera sesión se nos notificara el número de sesiones estimadas.

### Citas canceladas y pérdidas

Con el fin de maximizar la efectividad de los servicios prestados, haremos de la consultoría una alta prioridad y no cancelaremos las sesiones, excepto en casos de emergencia. Las cancelaciones deberán ser realizadas en la medida de lo posible, con mínimo 24 horas de anticipación.

### Privacidad de la información personal

Los datos relacionados con nuestra atención por parte de los profesionales se manejarán de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 que reglamenta el manejo de las historias clínicas; la Ley 1266 de 2008 por la cual se dictan las disposiciones generales del habeas data, la Ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y los Manuales Deontológicos de los profesionales que nos prestan sus servicios.

Entendemos que los profesionales recopilan información personal sobre nosotros y terceras personas según sea la situación, la cual se recopila en un sistema de información denominado SI-CAPS. Esta información se aloja en un servidor propio y no compartido, el cual es administrado por la Alcaldía de Manizales – Secretaría de Salud Pública.

Entendemos que según sea el medio tecnológico utilizado para establecer contacto con los profesionales de la salud, pueden llegar a tener acceso limitado a nuestra información personal de salud algunas empresas externas como los proveedores de tecnología, de correo electrónico o alojamiento web.

Adicional a ello, el acceso a cualquier información personal se otorgará solo según sea necesario, atendiendo a los derechos de preservación de la vida, de la dignidad y lo determinado por las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley.

Entendemos que el correo electrónico o mensajería de uso personal (WhatsApp, Facebook, Hangout e Instagram) no es una forma 100% segura de comunicación. Si decidimos comunicarnos por alguno de estos medios con los profesionales de la salud, limitaremos la información enviada y entendemos que somos responsables de salvaguardar cualquier comunicación electrónica que descarguemos, imprimamos o accedamos y que no reenviemos, daremos o copiemos, total o parcialmente, de mensajes de correo electrónico o comunicaciones electrónicas de los profesionales tratantes a ninguna otra persona, excepto con el acuerdo previo por escrito de ellos.

### Confidencialidad

La confidencialidad se respetará en todo momento. Ninguna información será comunicada, directa o indirectamente a un tercero sin nuestro consentimiento informado por escrito, a menos que como se mencionó lo exija la Ley. Comprendemos que la confidencialidad de las atenciones en línea no se puede garantizar de la misma manera que la confidencialidad de las sesiones presenciales (por ejemplo, alguien podría escuchar la conversación). Los profesionales de la salud tratantes y nosotros, tomaremos medidas para proteger la confidencialidad durante las sesiones en línea y trabajaremos desde un entorno privado y sin distracciones.

Nosotros aceptaremos y acordaremos con los profesionales de la salud el medio tecnológico usado para las consultorías, que consideremos adecuados según la seguridad de la información, nuestras preferencias y opciones tecnológicas, lo cual quedara implícito al iniciar y mantener la comunicación con estos profesionales por dicho medio.

Así como los profesionales mantendrán toda la información como confidencial, de la misma manera, al estar trabajando juntos en línea, determinaremos quién tiene acceso a la computadora o dispositivo utilizado para las consultas profesionales. Esto incluirá a algunos miembros de nuestra familia, parejas, compañeros de trabajo, supervisores o amigos. Por tal razón, nos comunicaremos por un medio tecnológico que sepamos que es seguro, es decir, donde la confidencialidad pueda ser garantizada y nos aseguraremos de salir completamente de todas las sesiones de asesoramiento en línea y de los correos electrónicos iniciados.

En el caso de la orientación familiar, cuando se realiza una sesión sin la presencia de todos los miembros de la familia, la información compartida en esa sesión no se mantendrá como confidencial cuando se reanuden las sesiones familiares.

Estamos satisfechos con la información recibida de los profesionales de la salud, quienes nos han dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas de manera totalmente clara y entendible, además comprendemos y aceptamos el alcance de estas intervenciones y estamos informados sobre la autonomía de desistir de las mismas en cualquier momento que así lo consideremos.

Firmado a los \_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_ del año 202\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma  
Nombre jefe de hogar:  
Doc. de identidad:

\_\_\_\_\_  
Firma  
Nombre otro familiar:  
Doc. de identidad:

\_\_\_\_\_  
Firma  
Nombre profesional  
Doc. de identidad:  
*Tomado como referencia de: Cibersalud.es*

\_\_\_\_\_  
Firma  
Nombre profesional:  
Doc. de identidad:

ANEXO 2

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS FAMILIARES



HAZ DE TU HOGAR UN ESPACIO SALUDABLE, PORQUE NUESTRO HOGAR CUMPLE CON:

Barrio					#Ficha familia				
CRITERIOS EVALUADOS	LO TENGO CUMPLIDO	LO TENGO IDENTIFICADO	LO TENGO CONTROLANDO	LO LOGRARE	CRITERIOS EVALUADOS	LO TENGO CUMPLIDO	LO TENGO IDENTIFICADO	LO TENGO CONTROLANDO	LO LOGRARE
<b>COMPONENTE HÁBITAT</b>					<b>COMPONENTE MENTAL</b>				
Condiciones salubres en el entorno					Cero consumo de drogas				
Mínima contaminación acústica					No consumo de cigarrillo				
Fuentes de agua protegidas					Uso responsable de alcohol				
Control de plagas en la comunidad					No cohesión frente al consumo de drogas				
Adecuada manipulación de alimentos					Elaboración de problemas psicosociales				
Cocción de alimentos a gas o luz					Destrezas en el afrontamiento de problemas				
Cocina separada de otras áreas					Buenas habilidades sociales				
Adecuada distribución de los cuartos					Tener un proyecto de vida elaborado				
Bajo riesgo de accidentalidad casero					Buena funcionalidad familiar				
Almacenamiento adecuado de objetos inservibles					Adecuadas relaciones interpersonales entre padres e hijos				
Disposición adecuada de excretas					Mejoría del estado anímico				
Disposición adecuada de residuos sólidos					Mejoras en el índice de Barthel				
Manejo adecuado de residuos sólidos					Aceptación del embarazo				
Higiene adecuada de la vivienda (sin plagas)					<b>COMPONENTE NUTRICIONAL</b>				
Tratamiento adecuado del agua para el consumo					Bajo consumo de sal				
Manejo adecuado de depósitos de agua					Bajo consumo de azúcar				
Dotación sanitaria completa					Bajo consumo de grasa				
Mejoramiento de las condiciones físicas de la vivienda					Bajo consumo de empaquetados, dulces, salces, etc.				
Adecuada tenencia de animales domésticos (trato, vacunados, desparasitados)					Consumo mínimo de 2 frutas diarias				
Cero exposición de humo de segunda mano					Consumo mínimo de 2 verduras diarias				
Cero exposición de humo leña - carbón					Lactancia exclusiva en menor de 6 meses				
<b>COMPONENTE SALUD</b>					<b>COMPONENTE SOCIAL</b>				
Adherencia a los medicamentos prescritos					Estar escolarizados				
Adherencia a controles médicos					Mejoras en el rendimiento académico				
Adherencia a programas PE y DT					Tener afiliación al sistema de salud				
Citología óvrica uterina al día					Tener los documentos de identidad al día				
Exámen de próstata al día					Independencia económica				
Mamografía al día					Validación de derechos de población especial				
Esquema de vacunación al día					<b>OTROS</b>				
Planificación familiar según situación familiar									
Control del perímetro abdominal									
Control del peso									
Práctica actividad física									
Uso de condón									
<b>COMPONENTE ORAL</b>									
Cepillado diario, mínimo 3 veces al día									
Uso de la seda dental, mínimo 1 vez al día									
No uso de biberón o chupo									
Adherencia de controles de salud oral									

Vistas realizadas por EMS	1a vista	2a vista	3a vista	4a vista	5a vista	6a vista	7a vista	8a vista	9a vista	10a vista	11a vista	12a vista

CERTIFICACIÓN: HOY, \_\_\_\_\_ DEL MES \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_, SOMOS UN HOGAR 100% SALUDABLE

FIRMA FAMILIA

FIRMA EMS CAPS

### ANEXO 3

## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE USUARIOS DE LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA (SI-CAPS) DE LA ESTRATEGIA COMUNIDADES CON AUTOCUIDADO PROMOTORAS DE SALUD (CAPS) DEL MUNICIPIO DE MANIZALES

A continuación, se presentan las obligaciones relacionadas con la confidencialidad de la información que deberé aceptar al momento de ingresar a hacer parte del Equipo Administrativo u Operativo (Equipo Móvil de Salud - EMS) de la Estrategia CAPS, posterior a la solicitud de acceso a la información y a la plataforma (SI-CAPS) por parte de la entidad contratista u otras según alianzas de trabajo establecidas.

### CONSIDERACIONES

Que el Artículo 15 de la Constitución Política dispone que *todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas* en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.

Que se expidió la Ley 1266 de 2008 con el fin de *“desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales relacionadas con la recolección, tratamiento y circulación de datos personales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política, así como el derecho a la información establecido en el artículo 20 de la Constitución Política, particularmente en relación con la información financiera y crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países”*, en la cual se expresa el carácter confidencial de toda la información.

Que con la Ley 1581 de 2012 se expidió el régimen general de protección de datos personales de todas las personas que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos.

Que de conformidad con la Ley 599 de 2000, Código Penal, en su Artículo 194, modificado por el Artículo 25 de la Ley 1288 de 2009 referente a las conductas punibles que atenten en contra de la intimidad, reserva e interceptación de comunicaciones, establece que: *“Divulgación y empleo de documentos reservados. El que en provecho propio o ajeno o con perjuicio de otro divulgue o emplee el contenido de un documento que deba permanecer en reserva, incurrirá en multa, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor”*.

Que la Ley 1273 de 2009, modificó el Código Penal y creó un nuevo bien jurídico tutelado denominado *“de la protección de la información y de los datos”*, además de establecer disposiciones que busquen preservar integralmente los sistemas que utilicen las tecnologías de la información y las comunicaciones. Así, en su Artículo 269A establece *“El que, sin autorización o por fuera de lo acordado, acceda en todo o en parte a un sistema informático protegido o no con una medida de seguridad, o se mantenga dentro del mismo en contra de la voluntad de quien tenga el legítimo derecho a excluirlo, incurrirá en pena de prisión de cuarenta y ocho (48) a noventa y seis (96) meses y en multa de 100 a 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.”*

De igual manera, esta misma Ley en su Artículo 269F señaló: *“El que, sin estar facultado para ello, con provecho propio o de un tercero, obtenga, compile, sustraiga, ofrezca, venda, intercambie, envíe, compre, intercepte, divulgue, modifique o emplee códigos personales, datos personales contenidos en ficheros, archivos, bases de datos o medios semejantes, incurrirá en pena de prisión de cuarenta y ocho (48) a noventa y seis (96) meses y en multa de 100 a 1000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.”*

Que la Estrategia CAPS está vinculada con datos asociados con historia clínica, la cual según la Resolución 1995 de 1999, en su Artículo 1, define que *“es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”,* y a su vez en el parágrafo 1 del Artículo 14. Acceso a la historia clínica, se establece que *“El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal”*.

En consecuencia de lo anterior, firmo y acepto el acuerdo de confidencialidad de usuarios de aplicativos, herramientas o información relacionada con la Estrategia CAPS del Municipio de Manizales, por lo cual adquiero el compromiso de cumplir lo estipulado en los siguientes numerales:

#### **PRIMERO: PROTECCION DE DATOS PERSONALES**

La protección de los datos personales de la población beneficiada de la estrategia CAPS, contenidos en las herramientas tecnológicas o en cualquier mecanismo físico o digital; es el principal compromiso de todos los usuarios que accedan a ellos, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y su tratamiento está sujeta a la normatividad aplicable.

#### **SEGUNDO: SEGURIDAD Y SALVAGUARDA DE LA INFORMACIÓN.**

El usuario debe realizar la adecuada utilización de contraseñas para el acceso a los aplicativos y herramientas del Sistema de Información de la Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (SI-CAPS). Las contraseñas son sujetas a una completa confidencialidad y en ningún caso deberán ser divulgadas o compartidas, en forma verbal o escrita. En este sentido, es compromiso del usuario de los aplicativos y herramientas del SI-CAPS, garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros.

*Parágrafo 1.* El titular del usuario asignado se hará responsable de todas las actividades realizadas a través de su cuenta.

*Parágrafo 2.* La contraseña será generada y comunicada en respuesta a la solicitud de creación del usuario, por parte de la entidad contratista ASSBASALUD ESE u otra entidad acorde con las alianzas de trabajo establecidas directamente con la Secretaría de Salud Pública - Estrategia CAPS.

*Parágrafo 3:* Es compromiso del usuario de los aplicativos y herramientas del SI-CAPS, solicitar cambio de contraseña inmediata, bajo el conocimiento de ocurrencia de un evento que comprometa la seguridad del sistema.

*Parágrafo 4:* El usuario de los aplicativos y herramientas del SI-CAPS, acepta el principio de circulación restringida por el cual la información que cuenta con esta clasificación solo será compartida con las entidades o personas autorizadas por la Secretaría de Salud Pública.

### **TERCERO: PROHIBICIÓN DE REPRODUCCIÓN**

En cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios relacionados con las políticas de seguridad de la información, está prohibida la copia, divulgación o uso indebido de la información obtenida o generada en el cumplimiento de la obligación con la Secretaría de Salud Pública, ASSBASALUD ESE u otra entidad acorde con las alianzas de trabajo establecidas directamente con la Secretaría de Salud Pública - Estrategia CAPS. El usuario no debe reproducir por medio alguno la información individualizada y personal, almacenada en medio físico o digital en aplicativos, herramientas o cualquier medio. El usuario debe salvaguardar la reserva legal de la información a la que tenga acceso.

*Parágrafo 1:* Toda información confidencial entregada por la Secretaría de Salud Pública, ASSBASALUD ESE u otra entidad acorde con las alianzas de trabajo establecidas directamente con la Secretaría de Salud Pública - Estrategia CAPS, es propiedad exclusiva de éstas, y se revela únicamente con el propósito de facilitar el desarrollo de los temas acordados entre las partes.

*Parágrafo 2:* En caso que se compruebe incumplimiento de la presente obligación, existiendo suministro de información reservada a un tercero, el usuario deberá indemnizar todos los perjuicios que sean causados por la divulgación, uso indebido o no autorizado, o aprovechamiento a favor propio o de terceros, entre otros.

*Parágrafo 3:* Sólo se podrá entregar información a un tercero, previa autorización expresa y por escrito de la Secretaría de Salud Pública.

De igual manera se prohíbe la copia, divulgación o uso indebido de códigos fuente y/o bases de datos de sistemas de información de la Entidad, así como información asociada a la ejecución de planes o proyectos, en caso que el usuario tenga acceso.

### **CUARTO: ACCESO Y USO DE APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS**

El usuario de los aplicativos y herramientas tecnológicas del SI-CAPS se compromete a cumplir todos los protocolos operativos asociados a su uso y administración.

*Parágrafo 1:* Es compromiso del usuario, conocer y apropiar los protocolos asociados al manejo operativo y administrativo del SI-CAPS, a los cuales tenga acceso.

*Parágrafo 2:* El usuario de los aplicativos y herramientas del SI-CAPS acepta que el administrador del aplicativo de la Secretaría de Salud Pública proceda con el bloqueo de la cuenta cuando éste último evidencia una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad.

*Parágrafo 3:* El usuario de los aplicativos y herramientas del SI-CAPS informará al administrador del sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario, de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes oportunamente.



*Parágrafo 4:* El usuario de los aplicativos y herramientas del SI-CAPS acepta cualquier cambio de perfil de acceso a los mismos cuando así se disponga.

**QUINTO: VIGENCIA**

Lo señalado en el presente documento tendrá la duración definida en la fecha de terminación del contrato, alianza o vinculación establecida, incluidas sus prórrogas. Es de pleno entendimiento que el acceso y uso de los Aplicativos y Herramientas tecnológicas del SI-CAPS, por parte del usuario, es exclusivo durante la vigencia de la vinculación con ASSBASALUD ESE o las otras entidades, acorde con las alianzas de trabajo establecidas directamente con la Secretaría de Salud Pública - Estrategia CAPS, según las actividades que así lo ameriten.

Terminado el presente compromiso, no se dará por terminada la obligación de dar aplicación de los principios de confidencialidad, reserva, circulación restringida y salvaguarda de la información, por lo cual se deberá garantizar la protección de la misma de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

Dado lo anterior,

Yo, \_\_\_\_\_  
identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, en mi condición de usuario de los aplicativos, herramientas o información dispuestos por la Secretaría de Salud Pública – Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS), entiendo y acepto las condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados en el presente documento.

En consecuencia de lo anterior, el presente compromiso se firma a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**FIRMA**

**Cargo:**

**Correo electrónico:**

**Teléfono:**

**Solicitado por:**

De acuerdo a la responsabilidad descrita para el colaborador designado de la entidad: \_\_\_\_\_, se da aval de la finalidad, pertinencia y validez del presente compromiso:

<b>Nombre del responsable designado por la entidad:</b>	
<b>Cédula de Ciudadanía:</b>	
<b>Firma:</b>	

Tomado y adaptado de: “Formato: Acuerdo de confidencialidad de Usuarios de Herramientas Tecnológicas o Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas”. Unidad para las víctimas. Colombia



ANEXO 4  
LISTA DE CHEQUEO CARGUE DE INFORMACIÓN EN EL SICAPS  
MÓDULO SEGUIMIENTO AL EMS

Evaluación SI-CAPS del EMS

Documento de identificación del usuario

Nombre del profesional que realiza la actividad

Número de ficha

Fecha actividad evaluada

Número de la intervención

Oportunidad en el cargue

Ajustada a la estructura

Justificada según modelo CAPS

Calidad

Intervención ajustada al protocolo

Plan progresivo y acorde a objetivos

Cumplimiento con el seguimiento

Pertinencia

Oportunidad del profesional

Oportunidad de la remisión

Profesional a quien se le remitió caso

Anexos

**ANEXO 5  
LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO EN CAMPO POR EL EMS**

ALCALDÍA DE MANIZALES		ALCALDÍA DE MANIZALES				GSP-IIC-FR 025
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA		INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA				Estado Vigente
REGISTRO DE SEGUIMIENTO EN CAMPO A LAS		REGISTRO DE SEGUIMIENTO EN CAMPO A LAS				Versión 1
ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL EQUIPO MÓVIL DE SALUD (EMS)		ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL EQUIPO MÓVIL DE SALUD (EMS)				
Fecha <u>DD/MM/AAA</u> Lugar _____ Comuna _____						
Integrante del EMS al que se le realiza seguimiento _____ Profesión _____						
Tecnología que se encontraba desarrollando _____						
Responsable del seguimiento _____						
CRITERIOS A CONSIDERAR		RESULTADO				Observaciones
C	Generales	Cumple (2)	Cumple parcial/ (1)	No Cumple (0)	No Aplica (2)	
1	Tiene buena presentación personal					
2	Saluda amable y calidamente					
3	Se presenta con nombre y cargo					
4	Brinda los créditos a la Administración Municipal-Porta distintivos de CAPS					
5	Presenta el objetivo de CAPS - Objetivo de la intervención/actividad					
6	Solicita la autorización para el tratamiento de datos personales					
C	Experticia profesional	Cumple (2)	Cumple parcial/ (1)	No Cumple (0)	No Aplica (2)	Observaciones
7	Utiliza un lenguaje claro y ajustado a las condiciones de la población					
8	Se observa dominio en el manejo de la intervención/actividad					
9	Hace uso adecuado de estrategias de educación e información en salud					
10	Hace uso de estrategias de intervención idóneas, pertinentes y					
11	Hay aceptación de la familia/comunidad con el profesional					
C	Estructurales	Cumple (2)	Cumple parcial/ (1)	No Cumple (0)	No Aplica (2)	Observaciones
12	Hay una adecuada planeación de la intervención/actividad					
13	Realiza una adecuada convocatoria para la intervención/actividad					
14	Utiliza los formatos idóneos según la intervención/actividad					
15	Diligencia adecuadamente los formatos					
16	Realiza verificación de información cargada en el SI-CAPS					
17	Uso de ayudas y dispositivos según la intervención/actividad y población					
18	Solicita evaluación de la intervención/actividad					
C	Esquema	Cumple (2)	Cumple parcial/ (1)	No Cumple (0)	No Aplica (2)	Observaciones
19	Clasifica adecuadamente la familia/comunidad según el Modelo CAPS					
20	La familia/comunidad intervenida hace parte de la población priorizada por					
21	La intervención/actividad se ajusta al protocolo del grupo priorizado					
22	La duración de la intervención/actividad es adecuada					
C	Proceso de intervención	Cumple (2)	Cumple parcial/ (1)	No Cumple (0)	No Aplica (2)	Observaciones
23	Tiene clara la información de la familia/comunidad a intervenir					
24	Se observa intervención/actividad desarrollada integralmente entre el EMS					
25	Realiza con oportunidad la intervención/actividad					
26	Utiliza medios idóneos para capturar la información					
27	Hace uso de herramientas sugeridas en los protocolos					
28	El seguimiento a la familia/comunidad es pertinente					
29	Se evidencia progresividad en las intervenciones/actividades					
30	Realiza la intervención/actividad con enfoque familiar o comunitario					
31	Usa estrategias para confirmar la comprensión de la información dada al					
32	Valida la adherencia y prácticas adoptadas por la familia/comunidad					
33	Realiza el proceso de remisión adecuadamente					
34	Hace entrega de plan casero					
35	Realiza un cierre efectivo					
36	Se observa adopción de cambios en la familia/comunidad					
PORCENTAJE FINAL						
<b>Buenas prácticas - Fortalezas:</b>						
<b>Recomendaciones:</b>						
<b>Firma responsable SSP</b>		<b>Firma responsable EMS</b>				



ANEXO 6  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VISITAS DOMICILIARIAS EN EL MARCO DE CAPS

Yo, (nombre y apellidos del adulto responsable-jefe de hogar)....., identificada(o) con C.C: ....., en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción, estoy de acuerdo y autorizo la realización de la visita en mi domicilio por parte del equipo de Atención Primaria en Salud de la Estrategia CAPS por parte de la entidad.....

He sido informada(o) sobre la importancia que tienen estas visitas, las cuales están sustentadas en un marco de trabajo conjunto entre familia y profesional, desde un enfoque preventivo y de gestión del riesgo, a fin de promover mejores condiciones de vida a nivel familiar, brindando consultorías breves, psicoeducación, planes caseros y herramientas prácticas para potenciar los hábitos de vida saludable. Entiendo que si no informo con la verdad todos los datos necesarios, ello obstaculiza el apoyo terapéutico que se nos brinda, lo cual puede dificultar la mejora de las condiciones de salud de la familia.

Estoy enterado que el profesional me dará recomendaciones acordes con la situación familiar que encuentre en mi familia y que de requerirse se me hablará de las remisiones y tratamientos que se consideren idóneos para tratar de solucionar los problemas que puedan llegar a existir, siendo mi responsabilidad el poder gestionarlos con mi EAPB. En este sentido se me han comunicado que, si algún integrante de la familia requiere un proceso terapéutico más largo, éste debe ser gestionado con el médico general de mi EAPB.

Los datos relacionados con la atención por parte de los profesionales se manejarán de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 que reglamenta el manejo de las historias clínicas; la Ley 1266 de 2008 por la cual se dictan las disposiciones generales del habeas data, la Ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y los Manuales Deontológicos de los profesionales que nos prestan sus servicios.

Entendemos que los profesionales recopilan información personal sobre nosotros y terceras personas según sea la situación, la cual se recopila en un sistema de información denominado SI-CAPS. Esta información se aloja en un servidor propio y no compartido, el cual es administrado por la Alcaldía de Manizales – Secretaría de Salud Pública. La confidencialidad se respetará en todo momento. Ninguna información será comunicada, directa o indirectamente a un tercero sin nuestro consentimiento informado por escrito, a menos que como se mencionó lo exija la Ley.

Estoy satisfecha(o) con la información recibida del profesional, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance de estas visitas domiciliarias y estoy informado sobre la autonomía de desistir de estas visitas en cualquier momento que así lo considere.

.....  
Firma del adulto responsable      Nombre y firma del profesional de CAPS

Fecha: Día: ..... Mes: ..... Año: .....



ANEXO 7

DISENTIMIENTO INFORMADO PARA VISITAS DOMICILIARIAS EN EL MARCO DE CAPS

En cumplimiento de la Ley 23 de 1981

Institución: \_\_\_\_\_

Yo, (nombre y apellidos del usuario o jefe de hogar) \_\_\_\_\_

identificada(o) con C.C: \_\_\_\_\_, en forma voluntaria y sin ninguna presión, NO autorizo la realización de la visita en mi domicilio por parte del equipo de Atención Primaria en Salud de la Estrategia CAPS, que se me ofrece sin ningún valor económico o pretensión más allá de mi bienestar o el de mi familia y desisto de algún proceso de remisión a otra entidad o profesional.

RECHAZO SER REMITIDA(O) A: \_\_\_\_\_

El profesional \_\_\_\_\_ me ha explicado claramente y yo he entendido, que la consultoría o remisión es necesaria por razones de salud o sociales. Igualmente, el profesional me ha explicado los riesgos de rechazar la remisión o atención.

Certifico (como profesional) que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos de la no atención o remisión y he contestado todas las preguntas. Considero que el usuario comprende todo lo explicado.

**ACEPTO ESTOS RIESGOS BAJO MI PROPIA RESPONSABILIDAD, EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_  
c.c. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_

Nombre testigo \_\_\_\_\_  
c.c. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_  
En calidad de: \_\_\_\_\_

Firma del profesional \_\_\_\_\_  
Reg. No. \_\_\_\_\_

Ciudad, fecha y hora: \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Único Nacional de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2015
2. Ley 1438 de 2011. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2011
3. Resolución 518 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2015
4. Plan Decenal de Salud Pública. 2012.2021. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2013
5. Proyecto de declaración Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Hacia la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Organización Mundial de la Salud (OMS). Astaná, Kazajstán. 2018
6. Resolución 0429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2016
7. Modelo de Intervención Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS). Estrategia desarrollada desde una concepción de Atención Primaria en Salud en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública. 2017
8. Fortalecimiento de Familias y Comunidades en Cuidado y Desarrollo Integral con énfasis en la Primera Infancia y la Infancia. Modulo 1. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2015
9. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, nº 1, pp. 113-124. Díaz, Hernán y Uranga. Washington. 2011.
10. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Raúl Choque Larrauri. Perú. 2005
11. Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. Revista Científica Salud Uninorte, Vol 33, No 2. Juana Borja González, Francisco José del Pozo Serrano. 2017
12. Democratizar la información es democratizar el poder y apostar al desarrollo. Revista Latina de Comunicación Social. Número 6. Susana Morales. Tenerife. 1998.
13. Orientaciones para el desarrollo de la Información en salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2015

14. La medición de la calidad de los servicios de visitas domiciliarias. Una revisión de la literatura. Banco Interamericano de Desarrollo. Sara Schodt, James Parr, María Caridad Araujo, Marta Rubio-Codina. 2015
15. Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia. Anexo técnico. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2014
16. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Elsevier. Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà. España. 2011
17. Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. Acta Colombiana de Psicología, 17 (2), pp. 91-101. Peñate, W., Roca-Sánchez, M.J., & Del Pino-Sedeño, T. 2014
18. Tele psicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable. Ascofapsi. Colpsic. Acero, P., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Patrick, G & Rudas, M.M. Bogotá. 2020
19. Ley 1419 de 2010. Diario Oficial No. 47.922. Congreso de la República de Colombia. 2010
20. Telesalud y telemedicina para la prestación de servicios de salud en la pandemia por COVID- 19. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 2020
21. Atención psicológica telefónica Covid-19. Grupo de Intervención Psicológica en situaciones de Emergencias, Desastres y Catástrofes. GIPEC- NAVARRA. Colegio Oficial de Psicología. Navarra. 2020
22. Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de grupos de apoyo, en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2020
23. Estrategias de Apoyo Psicosocial: Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua. ACNefi Número 7. Associació Catalana de les Neurofibromatosis. María Palacín Lois. Cataluña. 2003
24. Orientaciones para el trabajo con Grupos de Apoyo y de Ayuda Mutua. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental. Imprenta Nacional de Colombia. Primera Edición. Ministerio de Salud y Protección Social. 2018
25. Grupos de ayuda mutua, Catalunya Associació. Activa Ment. Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental. Barcelona

26. Participación Social: orientaciones para su desarrollo en el marco de la gestión de la salud pública y del plan de salud pública de intervenciones colectivas. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2019
27. La entrevista motivacional. William R. Miller. Stephen Rollnick. Editorial Paidós. Barcelona. 1999
28. La Entrevista Motivacional: una valiosa herramienta de Promoción de la Salud. Trabajo final de Grado. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. Verónica Vega Toca. 2012.
29. Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2016
30. La ruta de la educación y comunicación para la salud. Orientaciones para su aplicación estratégica. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2014
31. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. 11 (2): 9-25. Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda, Sandra Mónica Rodríguez. Bogotá. 2009
32. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Volumen 8, Número 1, pp. 39-54. Bonifacio Sandín y Paloma Chorot. 2003
33. Notas de enfermería: una mirada a su calidad. Salud Uninorte. 32 (2): 337-345. Shirley Fernández Aragón, Keydis Ruydiaz Gómez, Moraima Del Toro Rubio. Barranquilla. 2016
34. Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 1996
35. Concepto número 18055. Ministerio de Salud y de la Protección Social. República de Colombia
36. Resolución número 1995 de 1999. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 1999



**Secretaría  
de Salud**



**ALCALDÍA DE MANIZALES**  
**Calle 19 No. 21-44 Propiedad Horizontal CAM**  
**Teléfono 8879700 Ext 71500**  
**Código postal 170001**  
**Atención al cliente 018000968988**  
**Página Web CAPS: [apsmanizales.com](http://apsmanizales.com)**