



ESTRATEGIA COMUNIDADES
CON AUTOCAUIDADO
PROMOTORAS DE SALUD
(CAPS)

INSTRUCTIVO MODULO DE INTERVENCIONES



Secretaría
de Salud



**Secretaría
de Salud**

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

**INSTRUCTIVO MÓDULO DE INTERVENCIONES
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**

**GLORIA LUCIA PAVA MIRANDA
COORDINADORA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MANIZALES
2020**



**Secretaría
de Salud**

**Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS)
Instructivo módulo de intervenciones
Versión I - 2020**

ELABORADO POR

**Alejandro Prieto Montoya
Coordinador Estrategia CAPS**

**Gloria Lucia Pava Miranda
Coordinadora Vigilancia Epidemiológica**

**Secretaría de Salud Pública de Manizales
Octubre de 2020**



TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS	
GLOSARIO.....	5
PRESENTACIÓN.....	7
INDEX DE INTERVENCIONES.....	8
I. INFORMACIÓN GENERAL	9
II. INTERVENCIÓN.....	16
III. CREACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	27
IV. RESPONSABLE.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31

SIGLAS:

APS. Atención Primaria en Salud
ASIS. Análisis de Situación de Salud
CAPS. Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud
EAPB. Empresa Administradora de Planes de Beneficios
ECV. Enfermedad Cardiovascular
EyCPS. Educación y Comunicación Para la Salud
EMS. Equipo Móvil de Salud Interdisciplinario
EPOC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESE. Empresa Social del Estado
EVS. Estrategia de Vivienda Saludable
HTA. Hipertensión Arterial
MSPS. Ministerio de Salud y Protección Social
OMS. Organización Mundial de la Salud
ONG. Organización No Gubernamental
PAIS. Política de Atención Integral en Salud
PEyDT. Protección Específica y Detección Temprana
RBC. Rehabilitación Basada en la Comunidad
SICAPS. Sistema de Información Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud
SISBEN. Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales
VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana

GLOSARIO

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 paciente 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 (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 (2).

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 (3).

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 (3).

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 (3).

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 (3).

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 (3).

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 (3).

PRESENTACION

La Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS), desarrollada en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y basada en una concepción filosófica y conceptual de Atención Primaria en Salud (APS), ha venido fortaleciendo su accionar con el fin de impactar favorablemente en las comunidades sujetas de intervención, para lo cual trabaja con un Equipo Móvil Interdisciplinario en Salud (EMS) quien es el responsable de llegar a las comunidades, con el objetivo de fortalecer competencias que favorezcan el autocuidado individual y comunitario y realizar acciones de gestión integral del riesgo con el fin de favorecer la reducción de opciones de que la población beneficiada se enferme o presente complicaciones a causa de su situación de salud, social y ambiental.

Para el logro de lo anteriormente mencionado, la Estrategia CAPS cuenta con diversas herramientas que le permiten al EMS estructurar sus acciones e impactar positivamente en los diferentes grupos priorizados, para lo cual se dispone de 11 protocolos de intervención basados en la evidencia científica. Paralelo a ello, la estrategia tiene un Sistema de Información (SICAPS) propio, creado entre otras cosas, para favorecer el reporte integral y oportuno de cada una de las acciones que se realicen a nivel individual, familiar, grupal o colectivo y el cual está estructurado en diversos módulos, uno de los cuales es el de *intervenciones*.

Este módulo de intervenciones, es el que más concentra las acciones asociadas a procesos de educación y comunicación para la salud (EyCPS) dentro de la Estrategia CAPS, siendo manejada solamente por el equipo de profesionales de CAPS y exclusivamente con usuarios previamente caracterizados con ficha familiar.

De ahí la importancia de generar este instructivo, el cual pretende mejorar el reporte de información de este módulo y de esta manera favorecer la integralidad de la información de toda la población beneficiada por CAPS, permitiendo así, que el EMS estructure cada vez mejor las sesiones, al contar con una información más confiable y oportuna; a la vez que favorece hacer el seguimiento a todas las acciones realizadas, lo cual contribuye a brindar una mejor asistencia técnica por parte del equipo coordinador de la Estrategia.

La información de este módulo es estrictamente confidencial y solo pueden ingresar a visualizar o reportar información, personas que se encuentren activas dentro de la Estrategia CAPS, como usuarios de la ESE Municipal, quien es la entidad contratada para hacer la parte operativa de la Estrategia, docentes y estudiantes que tienen convenio docente asistencial con CAPS o funcionarios de la Secretaría de Salud Pública, que trabajan coordinadamente con el programa de Atención Primaria en Salud del Municipio.

Es primordial para una buena comprensión de este instructivo, que los profesionales previamente hagan lectura del Modelo CAPS y especialmente de la guía de intervenciones con enfoque familiar y comunitario de la Estrategia, la cual está ligado estrechamente con este módulo.

INDEX DE INTERVENCIONES



Al ingresar a este módulo, se puede visualizar el índice o índice de intervenciones, el cual permite identificar las principales variables que se contienen en él, facilitando según interés, a través de la realización de filtros, una primera consulta rápida de toda los datos generados a la fecha en relación con las intervenciones desde CAPS, a su vez favorece hacer validaciones de la información, reportes rápidos de coberturas y estado actual de los procesos, auditorias, auto-verificación de lo cargado en la plataforma, identificación de usuarios, ordenar los datos seleccionados según orden ascendente o descendente, entre otros aspectos.

Las variables seleccionadas para este index son: Número de intervención (#int), sesión, rango fecha de visita, ficha, identificación, rangos por edad, comuna/corregimiento, barrio/vereda, dirección, teléfono, tipo de intervención, grupo priorizado asociado, remisión APS, proceso, responsable, profesión, entidad y evolución oportuna. Esta última hace referencia a un criterio de oportunidad, definiendo como oportuna aquella intervención cargada el mismo día de realizada la actividad e inoportuna la que se ingrese el día posterior. Las variables de rango, implican que se seleccione según necesidad, un valor de inicio y un valor final, para generar adecuadamente el filtro requerido. Las otras variables serán desglosadas más adelante en este documento.

En esta primera vista de intervenciones, también encontramos las principales acciones de este módulo, como son el descargar: función que permite a usuarios con permisos de administrador, bajar a un archivo en Excel, toda la información reportada en este módulo y seleccionar las variables y el período de reporte según necesidad  

Así mismo, se encuentra en este índice las cuatro funciones principales de cada módulo, que al igual que la función de descargar, están habilitadas según permisos asignados a los usuarios.

Crear.  Función que permite adicionar nuevas intervenciones. Cada acción realizada dentro de la Estrategia CAPS implica crear un nuevo reporte, el cual se genera con este botón.

Ver.  Función que permite solamente visualizar las intervenciones cargadas a la fecha, sin la opción de generar algún cambio en la información.

Corregir.  Función que permite hacer correcciones a una intervención ya realizada y registrada en el SICAPS. Este permiso sólo lo tienen los administradores del sistema y sólo se realiza en los casos en que se hayan presentado errores en el cargue de una información puntual del usuario, como en el documento de identidad.

Eliminar.  Función que permite borrar intervenciones ya reportadas. Permiso sólo habilitado para administradores del sistema, quienes son los únicos responsables de eliminar reportes, por ejemplo, en caso de duplicados.

Adicionalmente se disponen de las siguientes funciones en este índex:

Restablecer vista:  Función que permite retornar a la visualización general de todos los datos de este módulo, eliminando los filtros realizados.

Mostrar todos los datos.  **Todo** Función que permite visualizar en una sola página, todos los datos filtrados en el módulo. Es de anotar que, por defecto, el sistema agrupa los registros de a 20 elementos.

Inicio. [Inicio](#) / [Intervenciones](#) Función que permite ir a la página de ingreso de los módulos del SICAPS.

Cerrar sesión: [Cerrar sesión](#) Función que permite cerrar el navegador del SICAPS, impidiendo que otras personas ingresen al sistema. Esta función es necesaria que se realice, siempre que se vaya a dejar de trabajar en el SICAPS por más de 10 minutos o cuando se esté trabajando desde un computador no personal, teniendo presente, que nunca se debe permitir que el equipo de cómputo administre (guarde) la contraseña, por motivos de reserva y confidencialidad de la información.

Ahora bien, al crear una intervención, se presenta un formulario con las siguientes variables.

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. Fecha de intervención: Se registra la fecha en la que se realizó la actividad, la cual debe ser del mismo día que se va a ingresar la información o en su defecto, no puede ser superior a 48 horas, ante lo cual el sistema arrojará una notificación automática informando de ello e impidiendo el guardado de la intervención.

En este punto es necesario mencionar, que el cumplimiento con la oportunidad de los registros es importante, porque genera una mejor calidad de los mismos y evita una posible duplicidad de intervenciones dentro del Equipo Móvil de Salud. Esto a su vez está ligado con la normatividad vigente, la cual establece que la oportunidad de las notas de evolución, implica que simultánea o inmediatamente después de realizada la intervención, se genere el registro de la misma (5).

El SICAPS en el índice permitirá filtrar los registros que cumplen con este criterio de oportunidad y las que no, según la medición del tiempo que transcurre entre la fecha de la intervención y la fecha de ingreso al sistema para registrar la información.

2. Tipo de intervención: En este ítem se debe seleccionar la actividad realizada con la familia o persona, acogiéndose a las siguientes definiciones y situaciones.

**Intervenciones Presenciales:*

Las que se realizan directamente en el hogar de residencia de los beneficiarios de CAPS, entre las opciones están:

- ✓ Valoración inicial: Es la primera intervención realizada por el área profesional a cargo, como respuesta a una remisión por parte del EMS. En esta intervención se valora a la familia/persona y según criterio profesional se confirma o descarta el riesgo identificado que motivó la remisión.
- ✓ Intervención individual: Actividad realizada, programada y pactada entre el profesional y el usuario directamente beneficiario de las acciones realizadas por CAPS, por algún evento priorizado identificado por la Estrategia.
- ✓ Intervención familiar: Actividad realizada, programada y pactada entre el profesional y algunos o todos los familiares del directamente beneficiario de las acciones realizadas por CAPS, por algún evento priorizado identificado por la Estrategia. Es de anotar que se pueden desarrollar acciones de intervención, sin la presencia del usuario directamente beneficiario, previo acuerdo de ello cuando ese usuario es mayor de 13 años, lo cual implica que esa intervención se catalogue como familiar, bien sea que se realice con uno o varios integrantes de la familia. Así mismo, deben ser registrada aquí, las acciones que realizan los técnicos y el profesional ambiental, debido a que impactan en toda la familia.
- ✓ Intervención interdisciplinaria: Es la intervención brindada por dos o más profesionales del EMS en el mismo momento, en donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada quien tiene un campo de acción definido. Es importante definir de manera clara el objetivo de la intervención por parte de cada uno de los profesionales, de manera que se pueda identificar los motivos que implicaron dicha intervención.

**Intervenciones virtuales:*

Las que se realizan a las familias por medio telefónico o virtual, entre las opciones están:

- ✓ Intervención tele-virtual por profesional: Es la actividad desarrollada de manera telefónica o por video conferencia con los usuarios beneficiarios de CAPS que requieren alguna intervención por el EMS profesional de la Estrategia, teniendo una duración promedio de 40 minutos. La intervención si es individual o familiar estará definida por el número de integrantes de la familia seleccionados como beneficiarios de la actividad.

- ✓ Seguimiento telefónico: Actividad realizada por un profesional del EMS, para conocer, hacer seguimiento y reforzar el cumplimiento de planes caseros, trámites administrativos, adherencia a tratamientos y protocolos, entre otros, teniendo una duración promedio de 15 minutos.

**Intervenciones fallidas presenciales o virtuales:*

Las que se planean con la familia/persona y no se pueden realizar por aspectos relacionados con los beneficiarios de la intervención

- ✓ Actividad fallida: Hace referencia a cuando el funcionario del EMS, previa confirmación con el usuario o la familia, acuerda una cita y esta no es posible llevarla cabo, porque no le permiten el ingreso a la residencia, no contestan el teléfono, el usuario no se encuentra en la vivienda, ya no reside allí, etc. Se registrará en el SICAPS, especialmente cuando se trate de usuarios que se requiera evidenciar el seguimiento al caso, por condiciones de riesgo alto, cuando sean remisiones realizadas por una entidad externa, casos de gestantes, de riesgo a suicidio, violencia intrafamiliar, entre otros.

3. Número de documento de identidad: Se ingresa el número de documento de identidad de la persona sobre la cual se centran las intervenciones o la que generalmente está presente y activa en el proceso. Este número siempre debe constatarse con el documento de identidad físico del usuario en los casos en que sea posible, con el fin de corroborar la información, al igual que se deben validar los nombres del usuario, los cuales aparecen automáticamente se registra el documento de identidad, debido a que como se mencionó anteriormente, todo usuario beneficiario de acciones contempladas en este módulo, debe haber sido previamente caracterizado por la Estrategia, de ahí que la información de los nombres y de las siguientes 9 variables, correspondientes a datos de ubicación y sociodemográficas, serán arrastradas automáticamente por el sistema, del módulo de ficha familiar a este módulo; si ello no pasa, quiere decir que el usuario no tiene ficha familiar de CAPS y por lo tanto no se puede proseguir con el registro, hasta que no tenga dicha caracterización cargada en el SICAPS.

Si el EMS al validar la información, encuentra inconsistencias, las debe reportar al agente en salud pública del área, para que esta proceda a actualizar o corregir la ficha familiar. Esta información del documento de identidad es muy importante y por ello debemos asegurarnos siempre de estar cargando la información al usuario adecuado. Así mismo, en aquellos casos en los cuales se este haciendo un proceso educativo a uno o varios familiares del beneficiario que es foco principal de intervención, esa nota de evolución debe cargarse a ese usuario, así esta persona no haya estado presente en la intervención, teniendo en cuenta que el foco y objetivo de la intervención es fortalecer capacidades en la familia del usuario que contribuya a su bienestar.

4. Zona: Definida como el área geográfica (urbana o rural) en la cual está ubicada la unidad de vivienda donde residen los usuarios beneficiarios de la intervención. Este dato aparece cargado

automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario.

- ✓ Rural: Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas y demás (6).
- ✓ Urbana: Se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por calles, carreras o avenidas, principalmente. Cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros. En esta categoría están incluidas las ciudades capitales y las cabeceras municipales restantes (6).

5. Comuna/Corregimiento: Comuna es la unidad administrativa en la que está subdividida el área urbana del Municipio y que permite identificar el grupo de barrios o sectores del área de influencia de la Estrategia. El Corregimiento se relaciona con la subdivisión del área rural del Municipio de Manizales e incluye un núcleo de población distribuido en veredas. Este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario.

**Comunas del Municipio de Manizales:*

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| ✓ Atardeceres | ✓ Tesorito |
| ✓ San José | ✓ Palogrande |
| ✓ Cumanday | ✓ Universitaria |
| ✓ Estación | ✓ La Fuente |
| ✓ Ciudadela del Norte | ✓ Macarena |
| ✓ Ecoturística cerro de oro | ✓ 12 |

**Corregimientos del Municipio de Manizales:*

- | | |
|--------------|-------------------------------------|
| ✓ Colombia | ✓ Corredor agroturístico el Tablazo |
| ✓ Manantial | ✓ Panorama |
| ✓ Remanso | ✓ Rio Blanco |
| ✓ Cristalina | |

6. Barrio/Vereda: Corresponde a la división territorial de cada comuna o corregimiento. Este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario.

7. Número de vivienda en cuadrante: La Estrategia CAPS divide los sectores o barrios por cuadrantes, a los cuales se les asigna una Agente en Salud Pública como responsable de las

viviendas dentro de ese cuadrante. A cada hogar se le asigna una numeración para facilitar su ubicación, especialmente en zona rural o sectores de invasión. Este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario.

8. Número de ficha familiar: El SICAPS asigna a cada familia caracterizada por la Estrategia, una identificación única de ficha familiar, la cual es otorgada desde el año 2015. Este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario.

9. Tipo de documento: El tipo de documento de identidad está relacionado con la edad de la persona beneficiaria de la intervención, así:

- ✓ R.C: Registro civil. Para las personas entre 0 y 6 años.
- ✓ T.I: Tarjeta de identidad. Para personas entre 7 y 17 años
- ✓ C.C: Cedula de ciudadanía. Para personas de 18 años en adelante.
- ✓ A.S.I: Adulto sin identificación. Persona mayor de edad que nunca ha tenido documento de identidad o desconoce actualmente su número de identificación. Cuando aparece cinco ceros (00000) es importante que el profesional haga seguimiento y apoye las gestiones necesarias para que el usuario ingrese al sistema de la registraduría Municipal
- ✓ M.S.I: Menor sin identificación. Persona entre los 0 y 17 años de edad que nunca ha tenido documento de identidad o desconoce actualmente su número de identificación. Cuando aparece cinco ceros (00000) es importante que el profesional haga seguimiento y apoye las gestiones necesarias para que el menor ingrese al sistema de la registraduría Municipal
- ✓ C.E: Documento de Identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios con base en el registro de extranjeros.

Este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario.

10. Edad: Aparece calculada automáticamente por el SICAPS, según la información de fecha de nacimiento del usuario registrada en el sistema.

11. Dirección: Corresponde a la nomenclatura de la vivienda donde reside el beneficiario de la intervención. Es la identificación tanto de vías como de predios que conforman el área de una ciudad o población, con signos numéricos y alfanuméricos. Este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario.

12. Teléfono: Este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se haya ingresado el número de documento de identidad del usuario y hace referencia generalmente al

número de teléfono fijo y celular del jefe de hogar o persona responsable de haber suministrado la información de ficha familiar.

13. Número de personas beneficiadas: Corresponde al registro numérico del total de personas del núcleo familiar que fueron seleccionados del listado de *integrantes de la familia intervenidos*, como participantes directos de la intervención de EyCPS. Por tanto, este dato aparece cargado automáticamente por el SICAPS, una vez se hayan confirmado las personas asistentes a la intervención. Las personas que aparecen en dicho listado son las que están registradas como pertenecientes al núcleo familiar del usuario al cual se le cargo la nota de evolución.

14. Numero de la sesión: Hace referencia al número de veces que el área profesional (enfermería, psicología, fisioterapia, trabajo social, odontología, etc) ha realizado encuentros con esa familia u usuario. Por tal razón, es indispensable que previo a cada intervención, el profesional haga revisión de las intervenciones realizadas a ese usuario por el EMS y específicamente por su disciplina, para poder continuar con la numeración correcta.

II. INTERVENCION

15. Grupo priorizado asociado: En este apartado el profesional debe seleccionar el grupo priorizado según el Modelo de la Estrategia CAPS, que más se adecue al objetivo de la intervención.

La Estrategia CAPS realizó un riguroso proceso de priorización de los diferentes eventos en salud, teniendo en cuenta los intolerables definidos por el MSPS, documentos de referencia técnica nacional e internacional (Guías de práctica clínica, protocolos, normas técnicas, artículos, etc), el perfil epidemiológico y el análisis de situación de salud del Municipio, los diagnósticos comunitarios y de ficha familiar de APS y los resultados de las reuniones técnicas con expertos de la Secretaría de Salud Pública, dando como resultado la identificación de 11 grupos de riesgo, compuestos por 3 grupos poblacionales y 8 eventos, así:

Grupos poblacionales:

- ✓ Discapacidad.
- ✓ Gestantes.
- ✓ Menores de 6 años.

Eventos:

- ✓ Cáncer.
- ✓ Enfermedad Cardiovascular.
- ✓ Diabetes.
- ✓ EPOC.

- ✓ Tuberculosis.
- ✓ VIH.
- ✓ Enfermedad Mental.
- ✓ Violencia Intrafamiliar.

A su vez, en este apartado del módulo, se encuentran algunos grupos priorizados adicionales, que permiten hacer énfasis en unas estrategias específicas, las cuales están integradas al Modelo CAPS.

- ✓ Enfermedad Mental (suicidio)
- ✓ Discapacidad (RBC)
- ✓ Vivienda Saludable

Es importante tener presente, que el grupo priorizado seleccionado en una familia/persona, se debe mantener hasta que se dé por cerrado el caso, atendiendo a que el énfasis en la intervención estará enmarcado siempre a uno de estos grupos, así se hagan intervenciones asociados a otros temas.

Es importante resaltar, que en este ítem no se está haciendo alusión a un diagnóstico, sino a un tema de intervención; la condición del usuario en relación con el grupo priorizado seleccionado aquí, estará definida por la clasificación realizada en el siguiente ítem.

16. Clasificación: Hace referencia a la selección de la condición en la que se encuentra la familia/persona intervenida, según grupo priorizado seleccionado en el ítem anterior.

La Estrategia CAPS define 4 categorías claves que se ajustan al cumplimiento o no de una serie de variables relacionadas en la ficha familiar, acorde con cada uno de los grupos priorizados, determinando así los factores que constituyen elementos de riesgo, signos y síntomas, diagnóstico y criterios que complican dicho diagnóstico. Estas categorías se describen a continuación:

*Población sana: Hace referencia a 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 los propósitos de este módulo, estas 4 clasificaciones se integran en dos, así:

- ✓ Sano/riesgo a evento
- ✓ Evento/evento crítico

Es así como la clasificación seleccionada en este ítem, permite evidenciar la condición del usuario según el grupo priorizado seleccionado en el apartado anterior. Si se selecciono por ejemplo sano/riesgo y en el grupo priorizado se identifico EPOC, esto querría decir que el usuario tiene factores de riesgo de sufrir EPOC y que el objetivo de las intervenciones se focalizara principalmente en hacer gestión de dichas condiciones de riesgo identificadas.

17. Situación encontrada (¿Qué observó?): En este espacio se registra descriptiva y narrativamente los aspectos más representativos de la familia/persona intervenida, que se hicieron evidentes durante la intervención realizada y que están asociados con la clasificación realizada y el grupo priorizado.

Para algunos, este ítem hace referencia a lo *subjetivo*: por parte del profesional, de lo que puede evidenciar en la familia, su contexto, sus relaciones, expresiones, fortalezas, riesgos, historia, dinámicas, etc, y por parte de la familia, en cuanto a lo que manifiesta, solicita, demanda, etc.

Es importante consignar de manera clara la situación encontrada, pues es insumo para la planeación de las actividades de intervención. Debe existir coherencia entre lo encontrado y el plan de acción planteado para cada caso.

Se presenta un ejemplo de una situación encontrada, adecuadamente descrita:

Usuaría con antecedentes personales de HTA, diabetes y dislipidemia, portadora de CDI (Cardioversor-Desfibrilador-Implante) en tratamiento farmacológico con Insulina Glargina 12U en la noche, Losartan 50mg 2 cada día y Carvedilol 12.5mg 2 cada día. Se toma la glucometría según las recomendaciones médicas y tiene libreta donde apunta los valores, última hoy 121 mg/dl después del almuerzo. Su circunferencia abdominal es de 102 cm, realiza muy buena actividad física en el hogar y hace uso de gimnasio libre diariamente; refiere que asiste a grupo comunitario, tiene alimentación balanceada, baja en grasas, harinas, sal y azúcares. Manifiesta labilidad emocional debido a que permanece mucho tiempo sola porque su hijo se fue a trabajar recientemente a una finca, expresa tener buenas relaciones con los vecinos. Se observa vivienda en buenas condiciones de higiene y aseo, aunque posee condiciones de infraestructura inseguras para la movilidad. Las relaciones familiares se evidencian funcionales y asertivas. Usuaría receptiva al proceso e informante confiable.

18. Intervención realizada (¿Qué hizo?): En este espacio se registra descriptiva y narrativamente las actividades realizadas con el propósito de alcanzar el objetivo planteado con la familia/persona, atendiendo al área disciplinar de quien lidera la actividad y según la clasificación y

el grupo priorizado seleccionado. Debe ir en consonancia con los protocolos por grupo priorizado establecidos por la Estrategia CAPS y debe evidenciarse claramente las técnicas, estrategias y metodologías utilizadas según el objetivo y profesional a cargo.

Para algunos, este ítem hace referencia a lo *objetivo*, en cuanto es el profesional quien, desde su experiencia y formación, lleva a cabo una intervención coherente con la situación identificada, obedeciendo a un plan diseñado, con unos objetivos claros y alcanzables en un corto y mediano plazo.

En este ítem debe identificarse una intervención integral: reconociendo los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la familia e interrelacionándolo con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria; una intervención progresiva: es decir que se evidencie que cada acción realizada con la familia es única y se encamina a un fin claro y consecuente con las acciones ya ejecutadas y por último, ser una intervención en donde es clara la aplicación de criterios científicos, profesionales y basados en la evidencia (5).

Se presenta un ejemplo de una intervención realizada, adecuadamente descrita:

Se realiza inicialmente educación a la usuaria y su familia sobre la toma de los medicamentos, posterior a identificación de los mitos y falsas creencias en relación con la administración de los mismos, logrando favorecer a través del diálogo un cambio hacia una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. Por solicitud de la familia se realiza educación y trabajo grupal para la rotulación de los medicamentos con papeles de colores y se hace énfasis en la adecuada custodia y almacenamiento de estos. Se realizan sugerencias para minimizar los riesgos de doña Fabiola, centradas en la importancia de no tener contacto directo con dispositivos electrónicos, asistir a urgencias si presenta algún signo de alarma como: debilidad, sudoración, dificultad para respirar, mareos y aumento de sueño; se motiva a su vez a su hermana Gloria, a través de un análisis costo – beneficio, sobre la importancia de evaluar su consumo de cigarrillo, a continuar asistiendo a los grupo comunitarios de apoyo social y a realizar actividad física mínimo 30 minutos diarios, para lo cual se realiza modelado de algunos ejercicios en donde los 3 integrantes de la familia beneficiarios, participan de los mismos.

19. Acciones a realizar según protocolo de intervención (Que planea hacer en las visitas siguientes, según lo que encontró): En este espacio se registra descriptiva y narrativamente las actividades específicas de lo que se planea hacer en las sesiones siguientes, según la situación encontrada y lo desarrollado hasta la fecha. Lo registrado debe reflejar la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y metas propuestos con la familia/persona y la progresividad del proceso.

Con el fin de favorecer este proceso, en este espacio el SICAPS deja a modo de guía las siguientes opciones:

- ✓ 2° visita:
- ✓ 3° visita:
- ✓ 4° visita:
- ✓ Requiere seguimiento telefónico por:
- ✓ Requiere grupo apoyo mutuo de:

Si alguna de ellas no se va a llevar a cabo, debe borrarse para que quede sólo las acciones registradas por el profesional, adicionando ítems de requerirse según cada caso.

Se presenta un ejemplo de una planeación realizada, adecuadamente descrita:

2° visita: Realizar el cálculo de riesgo cardiovascular a través de la tabla de estratificación de la OMS, retroalimentar resultados, realizar el proceso de EyCPS y guiar sobre los pasos a seguir para disminuir la probabilidad de ocurrencia de hipertensión arterial.

3° visita: Centrar la intervención en ampliar el reconocimiento de los riesgos del consumo de cigarrillo, su nivel de adicción, los efectos del consumo desde diversas áreas e inicio del proceso de motivación al cambio.

4° visita: Retomar el proceso de motivación para el cese del consumo de cigarrillo. Promover el plan de ejercicio físico según la prescripción médica, para la prevención y control de la ECV. Realizar evaluación de la condición física y educación y consejería para la adecuada y segura realización de estas acciones.

Requiere seguimiento telefónico por: Agente en salud pública para evaluar adherencia con el plan casero elaborado y entregado a la familia

20. Remitido a: En este ítem se debe seleccionar la opción que aplique según sea el caso, de acuerdo al concepto profesional y teniendo en cuenta el Modelo, la ruta de atención y los protocolos estandarizados por la Estrategia CAPS. Las opciones son:

- ✓ Consulta médica: Este ítem hace referencia a la remisión que hace el Equipo Móvil de Salud para valoración por médico general de la EAPB del usuario. En muchos casos esta remisión se hace al médico, con el fin de obtener una remisión a alguna especialidad médica u otro profesional de la salud de mediana o alta complejidad. En los casos en que se considere relevante por la complejidad del caso, la dificultad del usuario para reportar alguna situación de salud evidenciada por el EMS, la condición de riesgo del usuario, entre otros, esta remisión debe ser por escrito, entregándole copia al usuario para que la entregue al personal médico y cargándola como adjunto en el SICAPS a la nota de evolución realizada.
- ✓ Programa de protección específica y detección temprana PEyDT: Este ítem hace referencia a la remisión que hace el Equipo Móvil de Salud para los diversos programas que tienen las EAPB de acuerdo a las Rutas de Riesgo y de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

- ✓ Valoración Equipo APS: Este ítem hace referencia a la remisión que hace el profesional del EMS a otro profesional del equipo CAPS, de acuerdo a la ruta de atención de la Estrategia, los protocolos de manejo y la situación identificada. El objetivo de la remisión debe ser claramente diferencial a las acciones que realiza el profesional que hace la remisión en los casos en los cuales el decide también continuar con el proceso desde su área disciplinar. Al seleccionar esta opción, automáticamente se habilitará un ítem denominado Remisión APS, en donde se debe seleccionar el profesional de la Estrategia al cual se remite:
 - Fisioterapeuta
 - Trabajador social
 - Psicólogo
 - Enfermera
 - Odontólogo
 - Técnico ambiental
 - Agente en salud pública
 - Profesional ambiental
- ✓ Administrativo: Este ítem hace referencia a la remisión que hace el Equipo Móvil de Salud a instancias administrativas frente a otras entidades, por ejemplo, solicitud encuesta SISBEN, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, autorizaciones, derechos de petición o tutela, demandas, entre otros.
- ✓ Otro profesional de la salud EAPB: Este ítem hace referencia a la remisión que hace el Equipo Móvil de Salud a otros profesionales de la salud, que no requieren la valoración previa de médico general, como odontología, enfermería y optometría.
- ✓ Programa especial: Este ítem hace referencia a la remisión que hace el Equipo Móvil de Salud a entidades o dependencias como Secretarías de Despacho de la Alcaldía Municipal, Defensoría del Pueblo, Personería Municipal, Universidades con sus programas sociales, ONGs, entre otros.
- ✓ Alianza APS: Este ítem hace referencia a la remisión que hace el Equipo Móvil de Salud a otros profesionales que trabajan con la estrategia por medio de Convenios Docente Asistenciales. Al seleccionar esta opción, automáticamente se habilitará un ítem denominado: *Qué tipo de profesión*, en donde se debe escribir el área profesional deseada: medicina, atención prehospitalaria, odontología, entre otros.
- ✓ No requiere: Aplica cuando el funcionario responsable de la intervención, considera que no se hace necesaria la remisión a otro profesional o entidad.

El Modelo CAPS establece el concepto de responsabilidad por prioridades a cargo de los diferentes profesionales del Equipo Móvil de Salud, definiendo por grupo priorizado un líder profesional, quien será *generalmente* el responsable de guiar el proceso de remisiones, generando con ello una dinámica de intervención y monitoreo a los resultados obtenidos en la población. En algunos casos, cuando un agente en salud pública identifica una condición clara en una familia que

requiere de intervención por un profesional diferente al líder del grupo priorizado, podrá hacerlo especificando en el campo de observaciones el motivo de dicha remisión.

El profesional responsable de cada grupo priorizado, será por lo general el encargado de llevar a cabo la valoración inicial de los casos asignados a su área y que fueron remitidos por la agente en salud pública, posterior a que ésta agente, aplicara o actualizara la ficha familiar. Luego de la valoración general de los riesgos y potencialidades de la familia, deberá definir como profesional el plan de acción a seguir, que puede incluir o no, la remisión a un profesional o entidad determinada.

En el siguiente cuadro se presenta el listado de grupos priorizados y los profesionales responsables, en orden de prioridad por grupo, para aquellos casos en los cuales las familias/personas tengan diversas situaciones de riesgo o eventos, que amerite definir quién será el profesional responsable de la familia:

TABLA 1. LIDER PROFESIONAL Y ORDEN DE PRELACIÓN SEGÚN GRUPO PRIORIZADO POR CAPS

PRIORIDAD	GRUPO PRIORIZADO	PROFESIONAL RESPONSABLE
1	GESTANTES	ENFERMERIA
2	CANCER	ENFERMERIA
3	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	FISIOTERAPIA
4	MENORES DE 6 AÑOS	ODONTOLOGIA
5	DIABETES	ENFERMERIA
6	EPOC	FISIOTERAPIA
7	ENFERMEDAD MENTAL	PSICOLOGIA
8	VIH	TRABAJO SOCIAL
9	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	PSICOLOGIA
10	DISCAPACIDAD	FISIOTERAPIA
11	TUBERCULOSIS	TRABAJO SOCIAL

Fuente: Modelo CAPS, 2017 (7).

Es importante tener en cuenta que el motivo de las remisiones realizadas, deben ser consecuentes con lo reportado en situación encontrada e intervención realizada.

21. Compromiso general del usuario: En este ítem se pretende hacer una evaluación *del usuario*, en relación con su conciencia de su situación vital y puesta en práctica de las acciones acordadas durante las intervenciones realizadas con el fin de realizar cambios en su estilo de vida. Ello debe ir en consonancia con el cumplimiento de los planes caseros entregados por el EMS y el grado de apertura y receptividad al proceso de CAPS. Las opciones disponibles son las siguientes:

- ✓ **Cumple:** Esta opción se selecciona cuando se encuentra una familia/persona comprometido en su proceso, asumiendo las tareas acordadas, las citas establecidas, estableciendo apertura con el EMS, una posición autocrítica y de disposición al cambio. Es importante entender que esto se evalúa también, a la luz de la etapa de cambio en la que se encuentra la familia, por lo tanto, es normal que una persona cumpla con su proceso, pero a la vez este presentando ambivalencias, dudas e incertidumbres.
- ✓ **No cumple:** Esta opción se selecciona cuando se encuentra una familia/persona no comprometida con su proceso de cambio, con poca capacidad de introspección, resistiéndose a la realización de los compromisos entregados por medio del plan casero, ocultando información al EMS y en ocasiones expresando abiertamente su poca motivación a emprender acciones para modificar su estilo de vida.
- ✓ **Cumple parcialmente:** Esta opción se selecciona cuando se encuentra una familia/persona que asume solo algunas de las siguientes acciones: tareas acordadas, citas establecidas con el EMS, apertura con el EMS, posición autocrítica, disposición al cambio, entre otros.
- ✓ **No acepta la intervención:** Esta opción se selecciona cuando se encuentra una familia/persona que manifiesta abiertamente no querer ser intervenido por parte del EMS y no es posible persuadirlo para que reconozca su situación actual y emprenda cambios.
- ✓ **N.A. (No Aplica):** Esta opción se selecciona cuando no se tiene información suficiente en la valoración inicial o en el contacto del profesional por primera vez, del compromiso de la familia/persona con su proceso.

22. Situación con respecto al problema principal de intervención: En este ítem se pretende hacer una evaluación *de los riesgos*, en relación con su tendencia durante el proceso de intervención por parte de CAPS. Es relevante enfatizar, que no se pretende evaluar aquí a los profesionales, en relación con el efecto que se genera en la situación abordada, según las acciones realizadas por el EMS, debido a que se reconoce que hay otras variables presentes en la familia/persona que favorecen o dificultan el proceso de cambio. Las opciones disponibles son las siguientes:

- ✓ **Aumenta:** Esta opción se selecciona cuando se encuentran unos riesgos/problemáticas que se incrementan, en relación a la situación inicial encontrada por el EMS. Ejemplos de ello es cuando el usuario pasa de 60 minutos de actividad física a la semana a sólo 30 minutos, cuando se presenta una mayor frecuencia de conflictos intrafamiliares, abandono total del tratamiento farmacológico, mayor consumo de cigarrillos al día, entre otros.
- ✓ **Disminuye:** Esta opción se selecciona cuando se encuentran unos riesgos/problemáticas que se reducen, en relación a la situación inicial encontrada por el EMS. Ejemplos de ello es cuando el usuario pasa de 60 minutos de actividad física a la semana a 90 minutos, cuando se presenta una menor frecuencia de conflictos intrafamiliares, mejoras en la adherencia al tratamiento farmacológico, menor consumo de cigarrillos al día, entre otros.
- ✓ **Se controla:** Esta opción se selecciona cuando se encuentran unos riesgos/problemáticas que se logran estabilizar, en relación a la situación inicial encontrada por el EMS, pese a que no desaparece el riesgo de base. Ejemplos de ello es cuando el usuario logra cifras tensionales estables, niveles de saturación de oxígeno adecuadas a su condición preexistente, entre otros.
- ✓ **No presenta cambios:** Esta opción se selecciona cuando se encuentran unos riesgos/problemáticas que se mantienen en frecuencia, en relación a la situación inicial encontrada por el EMS. Ejemplos de ello es cuando el usuario no incrementa su actividad física de 60 minutos a la semana, cuando los conflictos intrafamiliares persisten, su adherencia al tratamiento farmacológico no mejora, el número de cigarrillos consumidos en el día se mantiene, entre otros.
- ✓ **Se elimina:** Esta opción se selecciona cuando se encuentran unos riesgos/problemáticas en la valoración inicial de la familia/persona por parte del EMS y posterior a la intervención de CAPS se logra que desaparezcan. Ejemplos de ello es cuando el usuario logra mantener durante todo el proceso de la Estrategia: una mejora en la duración de la actividad física, pasando de 60 minutos a la semana a 30 minutos diarios o 150 minutos a la semana, cuando no se vuelven a presentar conflictos intrafamiliares gracias a las mejoras en las competencias para la resolución de conflictos, cuando el usuario asume una adherencia al tratamiento farmacológico según prescripción médica, cuando mantiene la cesación del consumo de cigarrillo por semanas, entre otros.
- ✓ **N.A. (No Aplica):** Esta opción se selecciona en los casos, en los cuales se establece un primer contacto con la familia/persona y no se tiene una línea base para definir la tendencia de los riesgos /problemáticas identificadas. Para el caso en que sea una valoración inicial, cuando esta opción se selecciona en *tipo de intervención realizada*, el SICAPS automáticamente asignara un N.A en este ítem, como opción de respuesta.

23. Logros alcanzados: En este ítem se deben seleccionar de las opciones disponibles, aquellas que reflejen *la obtención de una meta establecida* con las familias. Es por ello, que las intervenciones previas realizadas con esa familia, deben ser coherentes con la selección del logro obtenido, debido a que, en este ítem, se debe colocar exclusivamente los logros producto del trabajo del EMS de la Estrategia CAPS con la familia/persona.

Es importante aclarar que no siempre se obtienen logros con las intervenciones y que ello no es condición de evaluación del profesional, de ahí que se encuentre como una opción de respuesta, la variable N.A (No Aplica).

Así mismo, se debe dejar claro que en la mayoría de casos, estas opciones se seleccionan en la última sesión de trabajo con las familias, debido a que sólo se marcaran como logros, aquellas condiciones mejoradas, que se han mantenido en el tiempo, es decir, durante el proceso de intervención con las familias, en el entendido que no se puede reconocer como logro, un cambio que sólo es temporal o transitorio en la familia y que no ha sido establecido como hábito.

De igual forma, se hace necesario tener presente, que en este ítem aparecen dos tipos de opciones de respuesta, unas predeterminadas (marcadas con asterisco*), que son generales para todas las personas y siempre aparecerán listadas en toda intervención y otras (sin asterisco), que son específicas para cada persona caracterizada por la Estrategia y que el SICAPS automáticamente las arrastrara del módulo de ficha familiar y las convertirá en positivo, para ser identificadas como logros en aquellos casos que así sea. De ahí que todo profesional al digitar el documento de identidad, debe reconocer estos factores de riesgo modificables que fueron identificados por ficha familiar y que deben tenerse presente a la hora de proyectar los objetivos de la intervención de cada familia.

Todo profesional que alcance logros con las familias, debe como *requisito esencial*, reportarle a la ASP responsable de esa familia, los cambios logrados al cierre del caso, para que, a partir de la actualización de ficha familiar, se haga evidente las mejoras alcanzadas por el EMS. Esto es crucial, debido a que la evaluación general de CAPS se realiza, teniendo en cuenta la información previa, en comparación con la información posterior, reportada en ficha familiar,

TABLA 2. LOGROS ESPECÍFICOS POR PERSONA, SEGÚN CARACTERIZACIÓN FICHA FAMILIAR

TIPO DE LOGRO	
Abandono del consumo de cualquier SPA en el embarazo	Acceso al método de planificación familiar
Adaptación situación reciente de problema psicosocial	Adecuada manipulación de alimentos
Adecuada tenencia de animales domésticos	Adherente a controles de eventos de interés CAPS
Adherente a los medicamentos prescritos	Adolescente escolarizado
Afiliación al sistema de salud	Agua apta para consumo

Almacenamiento adecuado de objetos inservibles	Asiste y es adherente a controles salud oral
Asiste y es adherente a programas de PEyDT	Bajo consumo de sal
Cepillado diario 3 veces al día	Citología cérvico uterina según esquema
Cocina separada de otras áreas	Con plan de sanidad animal: vacunados y desparasitados
Condiciones salubres en el entorno	Condiciones locativas adecuadas
Consumo de fruta diaria	Consumo de verdura diaria
Contaminación acústica mejorada	Contaminación de fuentes de agua controlada
Control de la presencia de emisiones atmosféricas vecinas	Disminución consumo de azúcar
Disminución consumo de grasa	Disminución consumo empaquetados, salsas, dulces, etc.
Disposición adecuada de excretas	Disposición adecuada de residuos solidos
Eliminación uso de biberón o chupo	Esquema de vacunación completo
Examen de próstata según esquema	Habitante en situación de calle reincorporado
Hacinamiento controlado	Higiene adecuada de la vivienda
Independencia económica de un familiar	Lactancia exclusiva en menor de 6 meses
Manejo adecuado de depósitos de agua	Manejo adecuado de residuos sólidos
Mejora en la dotación sanitaria	Mejora en la funcionalidad familiar según resultado APGAR
Mejora del estado anímico	Mejora índice Barthel
Mejoramiento condiciones físicas de la vivienda	Mujer con aceptación del embarazo
No consumo de cigarrillo	No consumo de otra SPA
No exposición al humo de leña-carbón	No exposición al humo de segunda mano
Perímetro abdominal adecuado < 94 cm hombres y < 90 cm mujeres	Plan ante zona de ladera, deslizamiento o margen de río
Práctica actividad física	Presencia de plagas en la comunidad controladas
Realización de mamografía según norma	Riesgo accidentalidad casero mejorado
Riesgo social de violencia mejorado	Riesgo violencia intrafamiliar controlado
Servicio adecuado de disposición de excretas	Sin ideación suicida
Sin plagas intradomiciliaria	Sistema de cocción de alimentos sin gasolina o petróleo
Uso adecuado de plaguicidas	Uso de seda dental 1 vez al día
Uso de condón	Uso responsable alcohol
Usuario con documento de identidad	ASI
MSI	

Fuente: Construcción propia
Logros específicos por persona

TABLA 3. LOGROS GENERALES, PREDETERMINADOS POR EL SICAPS

TIPO DE LOGRO*	
*Familiares disminuyen codependencia frente consumo SPA	*Desarrollo de destrezas en el afrontamiento de problemas
*Mejora relación padres e hijos	*Mejora en general de las habilidades sociales
*Peso adecuado	*Mejora rendimiento escolar
*Se logra atención por urgencias	*Resignificación del sentido y proyecto de vida
*N.A	*Se logra gestión social para consecución de algún beneficio
*Otro	

Fuente: Construcción propia

*Logros generales para todas las personas

Cuando se seleccione la opción Otro, inmediatamente se desplegará un cuadro de texto, en donde se debe consignar cual es el logro alcanzado, que no está como opción de respuesta en el listado de logros, siendo importante revisar previamente que ese logro efectivamente no está asociado con ninguno de los listados en este apartado, con el fin de no diseminar los logros.

24. Proceso: La información registrada en este ítem, corresponde a la identificación de la familia/persona en relación con el *estado de su proceso terapéutico*. Las opciones disponibles son las siguientes:

- ✓ Cierre por efectividad. Esta opción indica que la intervención con la familia ha finalizado exitosamente, logrando los objetivos que se concertaron con el profesional del EMS.
- ✓ Cierre por falta de adherencia. Esta opción indica que la intervención con la familia ha finalizado, debido a que se identifica una familia/persona sin receptividad al proceso y sin interés por emprender cambios y asumir una posición activa en el proceso, pese al trabajo motivacional realizado por el EMS.
- ✓ En Proceso. Esta opción indica que la intervención con la familia está en desarrollo y el profesional y la familia se encuentran trabajando para emprender los cambios concertados.
- ✓ Cierre por no necesitar intervención. Esta opción indica que la intervención con la familia ha finalizado, debido a que el profesional al cual se le remitió la familia, al realizar la valoración inicial, no identificó una condición que requiriera de una intervención desde su experticia profesional o determinó que la requiere, pero por las condiciones crónicas o agudas en las que se encuentra la familia, dicha intervención debe ser liderada por su EAPB, para lo cual hace la remisión respectiva.

- ✓ Cierre por no ubicar a la familia. Esta opción indica que la intervención con la familia ha finalizado, debido a que posterior a más de tres intentos presenciales y telefónicos, en diferentes momentos, ha sido imposible ubicar a la familia. O cuando telefónica y presencialmente, se constató que ni los teléfonos ni la dirección corresponden a la familia que se intentó ubicar.

25. Observaciones: Este espacio fue dispuesto para que la persona responsable de la intervención, relacione aspectos que considera relevantes y que deban tenerse en cuenta por el EMS para próximas intervenciones y que no hacen parte de información reportada o solicitada en este formulario. Es de anotar que este el único campo no obligatorio de este módulo.

Algunos ejemplos de información que debe registrarse aquí, es que siempre que se hace una remisión, es necesario especificar en este campo de observaciones, el motivo claro de la remisión al profesional de CAPS o a una entidad externa. Así mismo, se puede registrar aquí algunas patologías o sintomatologías no acorde con los grupos priorizados por CAPS y que es importante que el personal de salud, social y ambiental conozcan.

26. Archivo Adjunto: Esta opción está disponible para adjuntar archivos que representen evidencias importantes de la intervención realizada, tales como formatos de remisiones por fuera de la Estrategia CAPS, documentos que soporten las intervenciones realizadas en el ámbito de la estrategia vivienda saludable (EVS) y de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) o algunos documentos relevantes de la historia clínica de algún integrante de la familia.

III. CREACION DE LA INTERVENCIÓN

Posterior al diligenciamiento completo de la anterior información y antes de guardar el registro, el profesional deberá hacer una verificación general de la información registrada y validar que todos los campos se encuentren adecuadamente diligenciados y los mismos evidencien coherencia. Ello es importante, debido a que toda la nota de evolución debe ser consistente entre toda la información reportada.

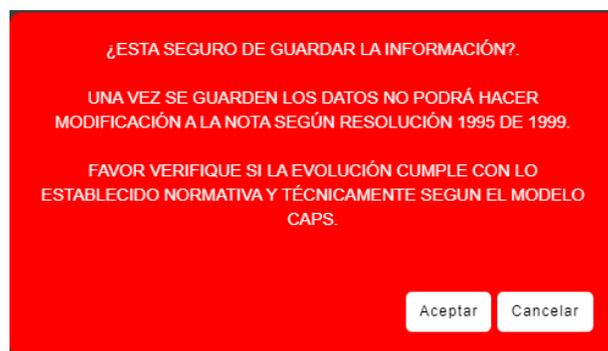
Por ejemplo, en ocasiones se registra un cierre por efectividad, pero en la situación encontrada manifiestan un no cumplimiento de la familia con el plan casero, en logros alcanzados no reportan ninguno y en situación con respecto al problema principal seleccionan que aumenta, situación que evidencia incoherencia y dudas sobre el reporte generado.

Otra situación se da cuando seleccionan como grupo priorizado EPOC, en la clasificación registran Sano/Riesgo a evento y en la intervención realizada describen educación frente al diagnóstico de EPOC del usuario intervenido.

Así mismo, cuando se cierra el caso por falta de adherencia, pero en el compromiso general de la familia registran que cumple.

Esta revisión se hace importante, debido a que se requiere de información confiable, fidedigna y coherente, que permita una toma de decisiones acertada, del líder profesional, el resto del EMS y las otras entidades de salud, que por diversos motivos tendrán acceso a esta información por la realización de unidades de análisis epidemiológicas, por aspectos judiciales o estudios de caso.

Posterior a dicha revisión, se encontrará al final del registro con la opción . Al dar click en esta opción, automáticamente se genera el siguiente mensaje:



Si esta de acuerdo con la información expresada allí, se deberá seleccionar la opción aceptar y el sistema automáticamente guardará la intervención realizada. Si el sistema no lo direcciona a una vista de la intervención diligenciada (imagen No 1), sino que le vuelve a mostrar el mismo formulario que intento guardar, se debe revisar éste en búsqueda de un ítem con una notificación en letras rojas, indicando que esa variable en rojo, no puede estar vacía. Posterior a lo cual se debe completar la información y volver a seleccionar la opción de crear y luego aceptar, para que el registro efectivamente quede guardado.

Al guardar la intervención, el SICAPS directamente lo direccionará a una vista de la intervención generada (imagen No. 1), en la cual se podrá ver cada una de las opciones de respuesta seleccionadas y la información ingresada y donde se mostrará en la parte superior de la página, el número de intervención que le corresponde al registro creado, el cual es un dato secuencial, según el número de intervenciones cargadas a la fecha.

Es importante anotar que, si durante el cargue de la información, se presentan dificultades con el internet, al darle la opción aceptar para guardar la información, el sistema lo puede sacar del formulario que estaba creando y llevarlo a un formulario nuevo, ante lo cual debe verificar si fue generada efectivamente la nota, revisando en el index del módulo de intervenciones, por fecha de visita registrada, profesional y beneficiario. Si el registro no se guardó, deberá cargar de nuevo la información, verificando previamente, la estabilidad de la conexión del internet.

A continuación, se presenta una intervención, posterior a su cargue, en donde se puede constatar que la información generada en el sistema fue efectivamente guardada en el SICAPS, evidenciando la información ingresada y el consecutivo generado para esta intervención.

IMAGEN 1. INTERVENCIÓN REALIZADA

Intervención No. 134044

[Regresar](#) [Editar](#)

Información General		Datos Auditoria	
Intervención No. 134044			
Datos Personales			
Número de ficha familiar	34881	Tipo de documento	CC
Edad	14	Número de documento	000000
		Nombre	LUISA
Ubicación			
Comuna/Corregimiento	COM. ATARDECERES	Barrio/Vereda	AQUILINO VILLEGAS
Dirección	CALLE 250 56-29	# Vivienda	6
		Telefono	000000000000
Intervención			
# Intervención	134044	Fecha Intervención	2020-10-01
# Personas Beneficiadas	4	# Sesion	1
	Personas Beneficiadas	EDGAR	Tipo de intervención
			Valoración inicial
	Evento priorizado	Cáncer	
Clasificación	Sano/Riesgo a evento		
Situación encontrada	Usaria con antecedentes personales de HTA, diabetes y dislipidemia, portadora de CDI (Cardioversor-Desfibrilador-Implante) en tratamiento farmacológico con Insulina Glargina 12U en la noche, Losartan 50mg 2 cada día y Carvedilol 12.5mg 2 cada día. Se toma la glucometría según las recomendaciones médicas y tiene libreta donde apunta los valores, última hoy 121 mg/dl después del almuerzo. Su circunferencia abdominal es de 102 cm, realiza muy buena actividad física en el hogar y hace uso de gimnasio libre diariamente; refiere que asiste a grupo comunitario, tiene alimentación balanceada, baja en grasas, harinas, sal y azúcares. Manifiesta labilidad emocional debido a que permanece mucho tiempo sola porque su hijo trabaja en una finca, expresa tener buenas relaciones con los vecinos. Se observa vivienda en buenas condiciones de higiene y aseo, aunque posee condiciones de infraestructura inseguras para la movilidad. Las relaciones familiares se evidencian funcionales y asertivas. Usaria receptiva al proceso e informante confiable.		
Intervención realizada	Se realiza inicialmente educación a la usuaria y su familia sobre la toma de los medicamentos, posterior a identificación de los mitos y falsas creencias en relación con la administración de los mismos, logrando favorecer a través del diálogo un cambio hacia una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. Por solicitud de la familia se realiza educación y trabajo grupal para la rotulación de los medicamentos con papeles de colores y se hace énfasis en la adecuada custodia y almacenamiento de estos. Se realizan sugerencias para minimizar los riesgos de doña Fabiola, centradas en la importancia de no tener contacto directo con dispositivos electrónicos, asistir a urgencias si presenta algún signo de alarma como: debilidad, sudoración, dificultad para respirar, mareos y aumento de sueño; se motiva a doña Gloria a través de un análisis costo – beneficio, sobre la importancia de evaluar su consumo de cigarrillo, a continuar asistiendo a los grupo comunitarios de apoyo social y a realizar actividad física mínimo 30 minutos diarios, para lo cual se realiza modelado de algunos ejercicios en donde los 3 integrantes de la familia beneficiarios, participan en el mismo.		
Acciones a realizar	2ª visita: Realizar el cálculo de riesgo cardiovascular a través de la tabla de estratificación de la OMS, retroalimentar resultados, realizar el proceso de EycPS y guiar sobre los pasos a seguir para disminuir la probabilidad de ocurrencia de hipertensión arterial. 3ª visita: Centrar la intervención en ampliar el reconocimiento de los riesgos del consumo de cigarrillo, su nivel de adicción, los efectos del consumo desde diversas áreas e inicio del proceso de motivación al cambio. 4ª visita: Promover el plan de ejercicio físico según la prescripción médica, para la prevención y control de la ECV. Realizar evaluación de la condición física y educación y consejería para la adecuada y segura realización de estas acciones. Requiere seguimiento telefónico por: Agente en salud pública para evaluar adherencia con el plan casero elaborado y entregado a la familia		
Remision a	• Valoración equipo APS	Remision Aps	• Psicólogo
Compromiso general	N.A	Situación respecto problema	N.A
Logros alcanzados	• *N.A	¿Cuál?	
Observaciones	Persona con una enfermedad huérfana en tratamiento actual. Se remite a psicología para evaluar depresión y pautas de manejo frente a su condición de salud actual	Proceso	En proceso
Archivo adjunto	<i>(no definido)</i>		
Responsable			

Como se puede observar, al registrar una nota de evolución, siempre se generará en la parte superior del registro, una pestaña adicional a la información general, denominada *datos de auditoría*, en esta se puede visualizar las fechas y nombres de las personas que crearon y han actualizado o modificado el registro.

IV. RESPONSABLE

En este apartado se encuentra la información personal del profesional encargado de realizar y cargar la intervención. Estos datos son generados automáticamente por el SICAPS, según la información suministrada al ingresar al SICAPS.

27. Nombre: Aparece el nombre del funcionario del Equipo Móvil de Salud, que realizó la intervención y fue responsable a su vez de cargar los datos de la misma en el SICAPS.

28. Documento: Aparece el número del documento de identidad del funcionario del Equipo Móvil de Salud, que realizó la intervención y fue responsable a su vez de cargar los datos de la misma en el SICAPS.

29. Profesión: Aparece la profesión del funcionario del Equipo Móvil de Salud, que realizó la intervención y fue responsable a su vez de cargar los datos de la misma en el SICAPS.

30. Entidad: Aparece la institución que representa el funcionario del Equipo Móvil de Salud, que realizó la intervención y fue responsable a su vez de cargar los datos de la misma en el SICAPS



BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 1438 de 2011. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2011.
2. Resolución 518 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2015.
3. Programa Único Nacional de Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Ministerio de Salud y Protección Social. Agosto 2015.
4. Plan Decenal de Salud Pública. 2012.2021. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2013.
5. Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 1999.
6. Instructivo ficha familiar Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS). V3. Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública. 2020
7. Modelo de intervención de la 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). V2. Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública. 2020



ALCALDÍA DE MANIZALES
Calle 19 No. 21-44 Propiedad Horizontal CAM
Teléfono 8879700 Ext 71500
Código postal 170001
Atención al cliente 018000968988
Página Web Estrategia CAPS: apsmanizales.com