

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)



MUNICIPIO DE
MANIZALES



Secretaría de
Salud

**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)

**JOSÉ OCTAVIO CARDONA LEÓN
ALCALDE**

**HECTOR WILLIAM RESTREPO OSORIO
SECRETARIO DE DESPACHO**

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

**ALEJANDRO PRIETO MONTOYA
COORDINADOR ESTRATEGIA CAPS**

**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MANIZALES
2017**

**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)

ELABORADO POR

Alejandro Prieto Montoya
Coordinador Estrategia CAPS

Leidy Lisbeth Moreno Meza
Jefe Unidad Salud Pública

Secretaría de Salud Pública de Manizales
Octubre del 2017

Tabla de contenido

SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO	7
INTRODUCCION	8
1. GLOSARIO	9
2. MARCO NORMATIVO	13
3. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA CAPS.....	17
a. Evaluación	17
b. Revisión documental y experiencial.....	19
c. Definición del modelo de Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS)	26
d. Elaboración de la ficha familiar	27
e. Proceso de priorización	28
4. OBJETIVOS ESTRATEGIA CAPS	30
a. Objetivo general.....	30
b. Objetivos específicos.....	30
5. PRINCIPIOS	31
6. ESTRUCTURA MODELO CAPS	33
a. ENFOQUES.....	33
b. CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	34
c. LINEAS DE ACCIÓN, COMPONENTES Y MODELOS PREVENTIVOS PARA LA INTERVENCIÓN..	36
d. GRUPOS PRIORIZADOS.....	37
e. EQUIPO MÓVIL DE SALUD (EMS)	40
Perfil del profesional	41
Funciones EMS	41
f. UBICACIÓN TERRITORIAL DE LA ESTRATEGIA CAPS	45
g. ESQUEMA OPERATIVO	47
7. INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADOS EN CAPS.....	58
8. SISTEMA DE INFORMACIÓN - SICAPS.....	61
9. EVALUACION	63
a. Monitoreo	63
b. Indicadores.....	64
10. PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE PAIS Y CAPS.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXOS	74
FICHA FAMILIAR CAPS CARA A	74
FICHA FAMILIAR CAPS CARA B	75
FICHA FAMILIAR CAPS CARA C	76
VARIABLE FICHA FAMILIAR POR GRUPO PRIORIZADO.....	77
FLUJOGRAMA CAPS POR COMPONENTES	79
PROCESO CONSTRUCCIÓN MODELO CAPS	80
APGAR FAMILIAR.....	81
ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD (BARTHEL)	82

LISTADO DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1. Evaluación Estrategia APS Manizales. 2012-2014</i>	<i>18</i>
<i>Ilustración 2. Tópicos del referente documental revisado.....</i>	<i>19</i>
<i>Ilustración 3. Tasa de mortalidad ajustada por edad según grandes causas, Manizales 2005-2013.....</i>	<i>22</i>
<i>Ilustración 4. Principios estrategia CAPS</i>	<i>31</i>
<i>Ilustración 5. Clasificación de las familias, según estado. Estrategia CAPS.....</i>	<i>35</i>
<i>Ilustración 6. Clasificación de la población, líneas, componentes y modelo preventivo de intervención CAPS.....</i>	<i>37</i>
<i>Ilustración 7. Grupos priorizados estrategia CAPS</i>	<i>31</i>

LISTADO DE TABLAS

<i>Tabla 1. Frecuencia de riesgos identificados por ficha familiar. 2012-2014.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 2. Principales causas de morbilidad, Manizales 2009 – 2014.....</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 3. Priorización de los problemas de salud de Manizales, 2015.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 4. Línea de tiempo de APS Manizales.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 5. Comparativo grupos de riesgo priorizados PAIS y estrategia CAPS.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 6. Distribución de grupos priorizados por profesional.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 7. Descripción de tecnologías en salud por componente.....</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 8. Descripción de acciones de planeación del trabajo operativo.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 9. Actividades de monitoreo.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 10. Batería de indicadores CAPS.....</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 11. Elementos fundamentales entre PAIS y CAPS.....</i>	<i>69</i>

LISTADO DE MAPAS

<i>Mapa 1. Áreas priorizadas CAPS. Zona urbana</i>	<i>46</i>
<i>Mapa 2. Áreas priorizadas CAPS. Zona rural</i>	<i>46</i>

SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL DOCUMENTO

APS. Atención Primaria en Salud
ASIS. Análisis de Situación de Salud
CAPS. Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud
EAPB. Empresa Administradora de Planes de Beneficio
EMS. Equipo Móvil de Salud
EPOC. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
IPS. Institución Prestadora de Servicios de Salud
MIAS. Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS. Ministerio de Salud y Protección Social
NNA. Niños, Niñas y Adolescentes
OMS. Organización Mundial de la Salud
PAIS. Política de Atención Integral en Salud
PDSP. Plan Decenal de Salud Pública
PIC. Plan de Intervenciones Colectivas
RIAS. Rutas Integrales de Atención en Salud
RISS. Redes Integradas de Servicios de Salud
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
TB. Tuberculosis
VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCION

La Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) ha sido el resultado de diversas tendencias mundiales promovidas principalmente después de la segunda guerra mundial, para mejorar el desarrollo y resultado de la prestación de servicios de salud, culminando exitosamente con la Declaración de Alma-Ata en 1978 en Rusia, con un compromiso de múltiples estados para implementar y desarrollar la filosofía de APS, incluyendo Colombia, quien participó directamente en la Mesa de la Conferencia.

Adicional a Alma-Ata, a nivel mundial se han promovido diversidad de Declaraciones, Cartas y Cumbres que enfatizan la relevancia de APS y brindan recomendaciones para su implementación, entre las que cabe destacar: La Declaración de Ottawa sobre la Promoción de la Salud (1986), Declaración de Adelaida sobre Políticas Públicas Saludables (1988), La Declaración de Sundvall de Ambientes Favorables (1991), La Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Salud (2000) y La Carta de Bangkok sobre Alianzas a fin de asumir que la promoción de la salud se incluya en la agenda de desarrollo mundial (2005), entre otras.

Es así como el Municipio de Manizales en su historia más reciente, viene adelantando desde el año 2007 acciones específicas desde la estrategia de APS, reconociendo tres momentos en la línea de tiempo, 2017-2011, 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).

1. GLOSARIO

Con el fin de generar una mayor comprensión del Modelo de intervención de la estrategia CAPS Manizales y establecer un marco de comprensión acorde a la filosofía y actuar de esta estrategia y de la Política de Atención Integral en Salud, se presentan los términos de mayor relevancia a tener en cuenta.

Análisis de situación de salud (ASIS). El análisis de situación de salud se define como una metodología analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan (1).

Atención Primaria en Salud (APS). 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 (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).

Cuidado de la salud. Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad” (OMS, 1998) (4).

Curso de vida. Es el conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo a los roles que desarrolla a lo largo de la vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, entre otros), las cuales están marcadas por transiciones y momentos significativos. Está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales en los entornos que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, por las expectativas sociales

referentes a la edad por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos. El enfoque de curso de vida enfatiza sobre los efectos acumulativos a lo largo de la vida para comprender los problemas de salud-enfermedad (3).

Desarrollo de capacidades. Proceso de transformaciones, mediante el cual las personas, las organizaciones a través de sus miembros y la sociedad obtienen, fortalecen y mantienen aptitudes, actitudes, habilidades y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y en respeto a la autonomía y función descentralizada local (3).

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).

Entornos comunitarios saludables. Está constituido por un conjunto de escenarios, esencialmente espacios públicos, en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, enmarcados en relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar su salud y que han sido construidas históricamente. En ellos se expresa la gestión intersectorial y la participación social, como mecanismo de ejercer la gobernanza en salud ambiental, para la afectación de los determinantes socio-ambientales. En los espacios comunitarios se acumula el capital social que permite el fortalecimiento de la corresponsabilidad y el autocuidado, la identificación de necesidades, y el desarrollo de las respuestas con participación de todos los actores sociales (5).

Información en salud. 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 pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud (3).

Intervenciones Colectivas. Son el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos

poblacionales a lo largo del curso de la vida; definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio (3).

Intersectorialidad. Intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante acciones destinadas total o parcialmente a abordar la búsqueda de soluciones integrales. Crea mejores soluciones que la sectorialidad, porque permite compartir los recursos que le son propios a cada sector. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común (5).

Gestión de la salud pública. Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio, y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados (5).

Gestión del riesgo en salud. Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse (5).

Participación social en salud. Proceso a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los ámbitos intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir. Reconoce la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en el ejercicio de prevenir, mejorar, recuperar y promover la salud (5).

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 (5).

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda (2).

Rehabilitación basada en Comunidad (RBC). Estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad y/o afectaciones psicosociales, familias y cuidadores (3).

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (6).

Vivienda saludable. Alude a un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable en los procesos de restauración, protección y promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde residen individuos), el hogar (el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo), el peri-domicilio (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes) (5).

2. MARCO NORMATIVO

A nivel mundial la Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia ampliamente reconocida y promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien en 1978 en conjunto con el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), impulsaron la firma de 134 países de la Declaración de Alma Ata, como Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, esencial para lograr el cumplimiento del Plan Mundial de “Salud para todos en el año 2000”.

Ante los resultados no alcanzados para el año en mención, la OMS replanteó para este milenio el “superar las desigualdades injustas y evitables en materia de salud”, para lo cual planteo la necesidad de recuperar la vieja propuesta de la Atención Primaria en Salud, más articulada a la construcción colectiva de condiciones de vida dignas para todos.

La APS según la declaración de Alma Ata representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. A su vez se resalta que es una estrategia que entraña la participación, además del sector salud, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario (7).

Así mismo exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la estrategia de APS, siendo un eje central y necesario para el desarrollo operativo de la estrategia (7).

Para el ámbito nacional, el artículo 49 de la Constitución Política determina que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (8).

Garantía fortalecida a través de la Ley 1438 de 2011, la cual tiene por 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, que

brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (2).

Puntualmente en el artículo 12, de La Atención Primaria en Salud, la Ley 1438 plantea que se debe adoptar la estrategia de APS y establece que ésta debe constituirse por tres componentes integrados e interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana, enfatizando así el marco global que define esta estrategia según Alma Ata (2).

A su vez esta misma Ley estableció el compromiso de elaborar un Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), a través de un proceso amplio de participación social, reiterando de nuevo que debe ser en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud; Plan Decenal (2012-2021) que fue adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013 y en el cual se define como objetivos estratégicos 1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, 2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población y 3. Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables; estableciendo tres líneas de acción, Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo y Gestión en Salud Pública, las cuales se desarrollan en el marco de 8 dimensiones prioritarias y 2 dimensiones transversales, siendo en la dimensión transversal de Autoridad Sanitaria, en donde mayor énfasis se hace a la estrategia en mención (5).

Con el fin de alcanzar los objetivos de éste Plan Decenal, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamento a través de la Resolución 518 de 2015, las disposiciones relacionadas con la Gestión en Salud Pública y las directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), según las competencias del ente territorial e instituciones contratadas para ejecutar las actividades del PIC y según la asignación de recursos (3).

Esta resolución define las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública, posibilitando de esta forma unas acciones específicas y una fuente de financiación puntual para el fortalecimiento de la estrategia de APS, según las líneas definidas por esta normatividad de Gestión en Salud Pública y Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), esta última desde la Promoción de la Salud y la Gestión del Riesgo (3).

Bajo este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 1536 de 2015, establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la

salud, como elemento de articulación con el Plan Territorial de Salud, considerando como insumo fundamental para el mismo, el Análisis de Situación de Salud (ASIS), bajo el modelo de determinantes de la salud, la Priorización de la caracterización de la población afiliada a las EAPBS y ARL y la Priorización en salud pública entre otros (1), sobre los cuales se deberían estructurar las prioridades para APS en cada uno de los contextos locales.

Así mismo, vale la pena resaltar la Ley Estatutaria 1751 de 2015, cuyo objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, debido a que ésta establece que la salud es un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio, en donde la prestación por ser un servicio público esencial obligatorio, se ejecutara bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (9).

Esta Ley cobra aún mayor relevancia para APS, debido a que en su artículo 20, establece que el Gobierno Nacional deberá implementar una Política Social de Estado, que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud, la cual deberá basarse en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral, oportuna y de calidad y rehabilitación (9).

Es así como el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 429 de 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo objetivo está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución (10).

Que para el cumplimiento de este objetivo, esta resolución define que el sistema de salud debe privilegiar estrategias preventivas y de medicina familiar y comunitaria, con enfoque intercultural, de Gestión Integral de Riesgo en Salud, de cuidado y con enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones, a través de dos marcos de acción, uno

operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y un marco estratégico, que se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (10).

Por último, se resalta la Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones. Esta norma tiene como alcance el orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y demás entidades responsables de las acciones en salud, para que en el marco de sus competencias y funciones, articulen las intervenciones individuales y colectivas a realizar en los ámbitos territoriales y en los diferentes grupos poblacionales, para beneficio de las personas, familias y comunidades (6).

De esta forma el Estado Colombiano se adhiere de manera más formal y directa con lo estipulado en Alma Ata, centrando el modelo del SGSSS desde la estrategia de APS y estableciendo la responsabilidad de todos los actores del sistema de realizar un trabajo articulado que favorezca una adecuada atención integral e integrada con impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad.

3. PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA CAPS

El municipio de Manizales en el desarrollo de la estrategia de APS, la cual viene desarrollándose en esta ciudad de forma más específica desde el año 2007, ha enfrentado diversos cambios relacionados con la estructura, enfoque, áreas de intervención y población priorizada a intervenir, reconociendo tres momentos claves en este proceso.

Uno del 2007 al 2011, en donde el foco estuvo centrado principalmente en la demanda inducida en el tema de materno - infantil; un segundo momento del 2012 al 2014, en donde se amplió la visión, temas de abordaje y áreas de intervención y se elaboró el documento: Propuesta para el desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud en el marco de las redes integradas de servicios de salud, año 2012, en conjunto con el operador ASSBASALUD ESE y un último momento que corresponde a un modelo más integral y ajustado a los lineamientos nacionales, desplegado en el presente documento (Para una mayor claridad sobre los tres momentos mencionados, revisar la Tabla 4. Línea de Tiempo APS Manizales).

Estos cambios representan la visión renovadora de la APS y el interés continuo del Municipio por emprender acciones que repercutan de forma más efectiva en los determinantes sociales en salud, según la evidencia científica actual.

a. Evaluación

El desarrollo del modelo actual -Estrategia CAPS- partió de un proceso de reflexión y evaluación al interior de la Secretaría de Salud Pública, en relación con el impacto, enfoque implementado en APS Manizales, su efectividad y visión, identificando diferentes aspectos que hicieron replantear desde la base la estrategia implementada hasta el año 2014.

Según el análisis realizado en diferentes mesas de trabajo, en relación con el desarrollo de APS entre los años 2012 al 2014, se encontró a través de la revisión de: La propuesta de APS inicialmente elaborada, los formatos utilizados, el sistema de información, los resultados arrojados hasta esa fecha, el seguimiento en campo a las acciones ejecutadas y los informes contractuales, que el modelo que venía en ejecución presentaba las siguientes limitantes que obstaculizaban un mayor impacto de esta estrategia.

Ilustración 1. Evaluación Estrategia APS Manizales. 2012-2014

Modelo

- *Sin definición sobre los principales temas de intervención a priorizar.
- *Esquema de clasificación de la población a intervenir centrado en aspectos cuantitativos según variables de riesgo identificadas, desconociendo los aspectos contextuales y diferenciales de los usuarios.
- *Carencia de un marco de acción para hacer frente a los tres componentes de APS definidas por la Ley 1438 de 2011.

Ficha familiar

- *Enfocada más en acciones de protección específica y detección temprana que a necesidades puntuales de salud del municipio.
- *Variables generales, no integradas entre sí para identificar riesgos.
- *Variables que no repercutían en acciones de intervención familiar o comunitaria.

Intervenciones

- *Enfocadas principalmente en la canalización de usuarios a la protección específica y detección temprana, dejando a un lado la integralidad de la salud
- *Acciones centradas en un alto nivel de demanda inducida *per se*, sin considerar las condiciones personales del usuario y la respuesta institucional frente a las remisiones
- *No existencia de planes de intervención específicos ante los problemas de salud identificados en las familias y comunidades.

Sistema de información

- *No facilita medir y evaluar la productividad del equipo de salud
- *Falta de oportunidad en la entrega de información, para la adecuada toma de decisiones
- *Calidad del dato deficiente y desarticulado
- *Dificultades para hacer seguimiento y evaluación oportuna a las intervenciones realizadas.

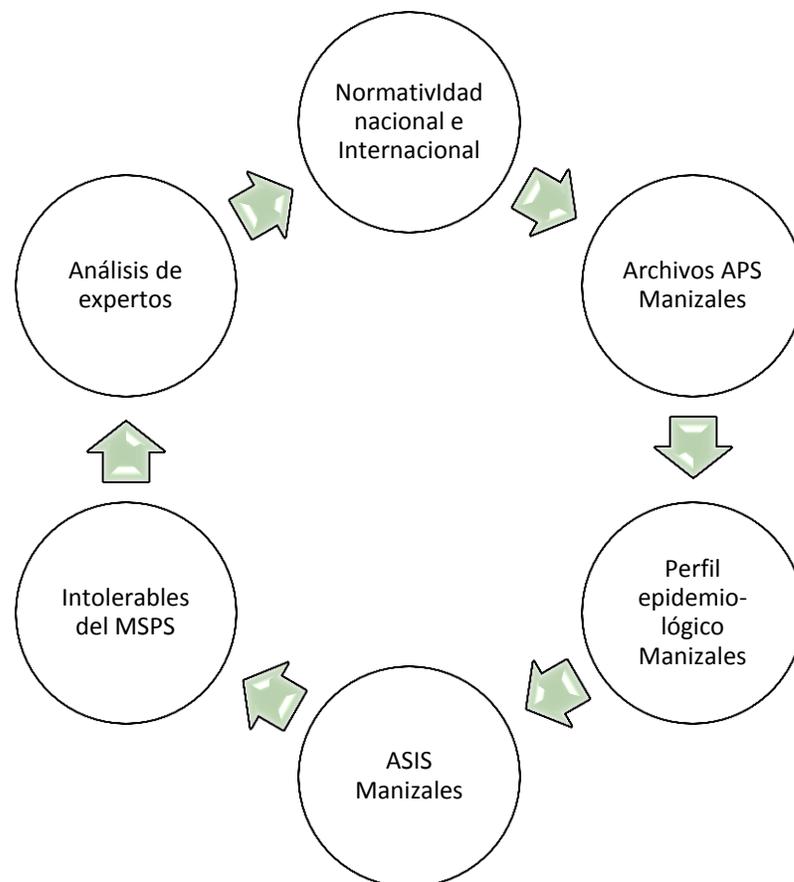
Fuente: Propia. 2017

Esta evaluación implicó que para el 2015 se iniciara la reformulación del Modelo de la Estrategia de APS, teniendo como marco de acción la Salud Pública, desde un enfoque de riesgo, basado en las Redes Integradas de Servicios de salud (RISS), que apoyara a mediano y largo plazo el mejoramiento de los indicadores en salud pública del Municipio de Manizales, con la intervención gradual de las familias y la comunidad.

b. Revisión documental y experiencial

El segundo paso llevado a cabo para esta reformulación, fue la revisión de todo el acervo documental relacionado con APS, salud pública, la legislación vigente, situación de salud del Municipio de Manizales y experiencia local en APS. De forma general se presentaron algunos datos y fuentes de información tenidas en cuenta para la reformulación.

Ilustración 2. Tópicos del referente documental revisado



Fuente: Propia. 2017

❖ *Referentes teóricos nacionales e internacionales*

Se revisaron directrices legislativas municipales, nacionales e internacionales, que permitieran definir y clarificar los fundamentos básicos de la estrategia APS y favorecieran a su vez determinar los enfoques y directrices operativas para su funcionamiento. Entre los documentos revisados están:

- ✓ La Declaración de Ottawa (1986): Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud
- ✓ La Declaración de Sundvall (1991): Ambientes favorables
- ✓ La Carta de Bogotá (1992): Gestión intersectorial
- ✓ La Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993): Promoción de la salud intersectorial - participación comunitaria
- ✓ La declaración de Yakarta (1997): Promoción de la salud efectiva - determinantes de la salud
- ✓ La declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud (2000): Determinantes sociales de la salud
- ✓ Ley 1438 de 2011: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ✓ Resolución 1841 de 2013: Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021
- ✓ Resolución 518 de 2015: Gestión de la Salud Pública y directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas – PIC
- ✓ Plan de desarrollo Municipal: Gobierno en la Calle. 2012-2015

❖ *Base de datos e informes de APS de las vigencias 2012 al 2014*

Aprovechando la información generada del trabajo desarrollado en años anteriores desde la estrategia de APS, se analizó el registro de frecuencias de las situaciones de riesgo encontradas a través de la ficha familiar, de los diagnósticos comunitarios levantados participativamente con la comunidad, los informes entregados por el contratista operador de la estrategia y en general de la caracterización de la población intervenida por el equipo de agentes, técnicos y profesionales en cada una de las comunas y corregimientos atendidos.

Según la frecuencia de los riesgos identificados por APS se encontró:

Tabla 1. Frecuencia de riesgos identificados por ficha familiar. 2012-2014

ORDEN	FRECUENCIA	TIPO DE RIESGO	CATEGORÍA
1	6.988	Sin Control de Planificación	Adherencia
2	6.937	Citología Nunca	
3	6.060	Vacunas	
4	6.029	Sin Método de Planificación	
5	5.972	Salud Bucal	
6	4.470	Consulta Médica P y P	
7	2.529	Tamizaje visual	
8	1.998	Examen de Próstata	
9	1.978	Examen de Mama	
10	1.864	Consulta Oftalmológica	
11	1.090	Citología último año	
12	808	Control gestante	
13	675	Control Puerperio	
14	623	Control C y D	
15	486	Hemoglobina niñas	

ORDEN	FRECUENCIA	TIPO DE RIESGO	CATEGORÍA
1	5.913	Vectores	Ambiental
2	3.795	Basura intradomiciliaria	
3	2.879	Roedores presencia	
4	1.981	Estado vivienda	
5	1.541	Ventilación vivienda	
6	1.536	Iluminación vivienda	
7	1.483	Higiene vivienda	
8	1.231	Higiene personas	
9	615	Calidad agua	
10	315	Con qué cocina	
11	221	Acueducto	
12	136	Alcantarillado	
13	76	Disposición basuras	
14	26	Excretas disposición	

1	9.771	APGAR Psicosocial	Salud
2	3.487	Citología resultado anormal	
3	694	Lactancia en puerperio	
5	273	Lactancia Materna	
6	197	Seguridad social	
7	99	Sospecha maltrato	
8	79	Nutrición	
9	61	Edad Gestacional (<18A y >40A)	

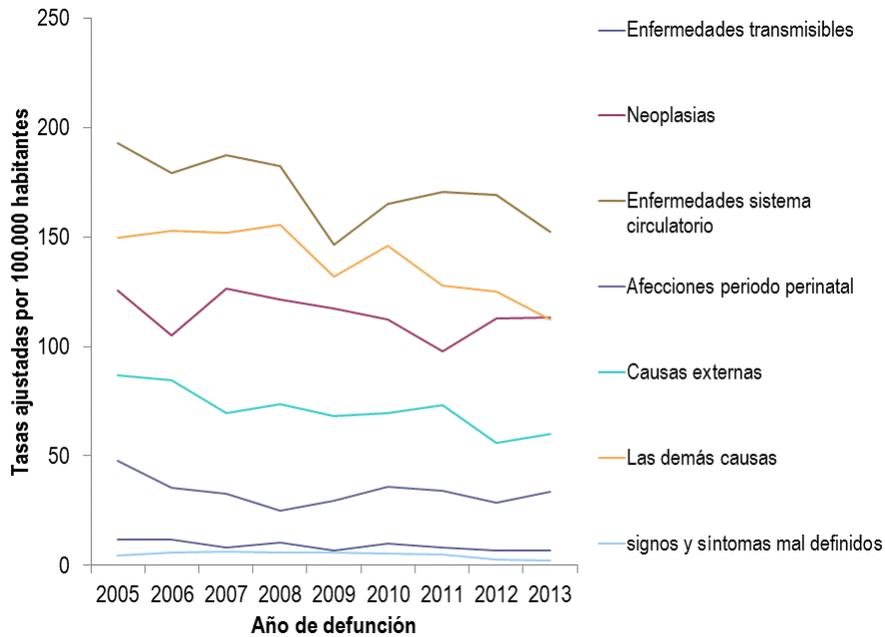
Fuente: Registro ficha familiar APS. 2014

❖ *Perfil epidemiológico Manizales.*

Se llevó a cabo una revisión del perfil epidemiológico del municipio de Manizales a fin de identificar las causas principales de morbilidad y mortalidad en los últimos años, con el fin de centralizar las acciones de APS basados en la situación actual del municipio.

Las principales causas de mortalidad y morbilidad identificadas fueron:

Ilustración 3. Tasa de mortalidad ajustada por edad según grandes causas, Manizales 2005-2013



Fuente: DANE. Cálculos: Secretaría de Salud Pública de Manizales

Tabla 2. Principales causas de morbilidad, Manizales 2009 – 2014

Ciclos vitales	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Cambios en puntos porcentuales 2014-2013
Condiciones maternas perinatales							
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,08	1,65	1,66	1,63	1,49	1,67	0,17
Infancia de 06 a 11 años	0,03	0,18	0,01	0,03	0,02	0,03	0,01
Adolescentes de 12 a 18 años	0,90	1,27	0,83	1,23	0,90	1,12	0,22
Juventud de 14 a 26 años	2,15	2,63	1,78	2,37	2,21	2,30	0,09
Adulthood de 27 a 59 años	1,00	0,95	0,82	0,87	0,90	0,86	-0,04
Condiciones transmisibles y nutricionales							
Primera Infancia de 0 a 05 años	40,25	39,07	38,57	40,20	40,22	35,76	-4,46
Infancia de 06 a 11 años	31,88	31,01	27,62	28,20	26,96	24,06	-2,90
Adolescentes de 12 a 18 años	24,52	22,77	20,77	21,16	19,28	16,19	-3,09

Ciclos vitales	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Cambios en puntos porcentuales 2014-2013
Juventud de 14 a 26 años	25,19	24,35	23,62	23,38	21,86	18,78	-3,08
Adulthood de 27 a 59 años	21,00	19,42	19,46	19,33	17,61	16,31	-1,30
Personas de 60 y más años	14,41	12,04	12,00	12,86	12,12	10,47	-1,64
Enfermedades no transmisibles							
Primera Infancia de 0 a 05 años	37,43	36,85	37,62	35,58	36,68	39,31	2,63
Infancia de 06 a 11 años	45,92	45,70	48,77	48,50	49,39	51,51	2,12
Adolescentes de 12 a 18 años	52,16	52,17	54,90	54,24	55,17	57,67	2,50
Juventud de 14 a 26 años	50,51	49,86	50,97	50,60	51,35	54,04	2,70
Adulthood de 27 a 59 años	55,95	57,49	58,60	58,03	59,35	59,57	0,22
Personas de 60 y más años	63,31	66,97	69,55	67,44	68,13	68,54	0,41
Lesiones							
Primera Infancia de 0 a 05 años	5,71	6,16	6,45	6,87	6,77	7,38	0,61
Infancia de 06 a 11 años	6,23	7,64	7,77	7,20	7,71	7,96	0,25
Adolescentes de 12 a 18 años	7,17	9,05	8,90	8,66	9,79	9,78	-0,01
Juventud de 14 a 26 años	7,26	8,47	8,56	8,28	9,27	10,07	0,80
Adulthood de 27 a 59 años	6,49	7,19	7,10	6,92	7,74	8,63	0,89
Personas de 60 y más años	6,45	6,19	6,18	6,20	7,49	8,49	1,00
Signos y síntomas mal definidos							
Primera Infancia de 0 a 05 años	15,54	16,27	15,70	15,72	14,84	15,89	1,05
Infancia de 06 a 11 años	15,94	15,47	15,83	16,07	15,92	16,45	0,53
Adolescentes de 12 a 18 años	15,25	14,73	14,61	14,70	14,86	15,25	0,39
Juventud de 14 a 26 años	14,90	14,69	15,08	15,37	15,32	14,81	-0,51
Adulthood de 27 a 59 años	15,57	14,95	14,02	14,84	14,40	14,63	0,23
Personas de 60 y más años	15,83	14,80	12,26	13,50	12,26	12,50	0,24

Fuente: RIPS- SISPRO. MSPS

❖ *Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de Manizales.*

Así mismo se contó con información de las condiciones de salud de la población de Manizales, según el ASIS del año 2015, realizado por la Secretaría de Salud Pública, permitiendo focalizar por dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública los principales problemas que presenta la comunidad.

Tabla 3. Priorización de los problemas de salud de Manizales, 2015

Dimensiones	Problemas
Salud ambiental	Contaminación del aire
	Contaminación por ruido
	Disposición de basuras
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Muertes por enfermedades cardiovasculares
	Muertes por neoplasias
	Muertes por Diabetes Mellitus
	Sedentarismo
Convivencia social y salud mental	Consumo de Sustancias psicoactivas
	Violencia intrafamiliar
	Trastornos afectivos
	Trastornos de comportamiento
Seguridad alimentaria y nutricional	Malos hábitos alimenticios
	Sobrepeso
	Bajo peso al nacer
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazos en adolescentes
	Discriminación de personas con orientación sexual diferente
	Conductas de riesgo en la sexualidad
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Altos casos muerte por Tuberculosis
	Altos casos de muerte por VIH
Salud pública en emergencias y desastres	Problemas de deslizamiento en invierno
	Malas condiciones estructurales de las viviendas
	Infraestructura con deficiencias sismo-resistentes
Salud y ámbito laboral	Alto número de trabajadores informales
	Alto porcentaje de personas con ingresos inferiores a un salario mínimo
	Desempleo
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Incremento de personas denominadas víctimas
	Poca oferta institucional para responder a las demandas de las personas con discapacidad
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Falta de gobernabilidad en el tema de salud
	No existe equilibrio entre los recursos asignados y los requerimientos de la comunidad
	Centralización del poder salud

Fuente: Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Secretaría de Salud Pública. Manizales 2015.

❖ *Intolerables / evitables desde el Plan Decenal de Salud Pública*

En el análisis de la documentación y definición de prioridades para el Municipio de Manizales, se tuvo en cuenta como referencia lo que ha denominado el Ministerio de Salud y Protección Social como intolerables. Entendidos como aquellas situaciones prioritarias desde la salud pública que no se deberían presentar en los entes territoriales.

- ✓ Mortalidad materna y perinatal
- ✓ Embarazo no deseado en adolescentes
- ✓ Sífilis congénita
- ✓ Hipotiroidismo congénito
- ✓ Transmisión vertical de VIH
- ✓ Mortalidad por SIDA
- ✓ Morbilidad y mortalidad por inmuno-prevenibles
- ✓ Mortalidad por desnutrición
- ✓ Mortalidad por EDA en menores de 5 años
- ✓ Mortalidad por IRA en menores de 5 años
- ✓ Cáncer invasivo de cérvix
- ✓ Mortalidad por cáncer de mama
- ✓ Mortalidad por leucemia linfocítica aguda en niños
- ✓ Morbilidad evitable sobre agregada a patología oncológica
- ✓ Morbilidad y mortalidad por maltrato, violencia intrafamiliar y de género
- ✓ Morbilidad hospitalaria y mortalidad por TBC
- ✓ Morbilidad hospitalaria evitable por EPOC
- ✓ Mortalidad por malaria y dengue
- ✓ Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa cardiovascular (ERC, ECV, IAM, EVP)
- ✓ Morbilidad evitable sobre agregada y mortalidad por causa metabólica

❖ *Análisis de expertos*

A fin de realizar una evaluación integral y ajustada a la realidad del Municipio y reconociendo la experiencia e idoneidad de cada uno de los profesionales coordinadores de los diferentes programas de la Secretaría de Salud Pública y de Medio Ambiente, se concertaron diversas reuniones con cada uno de los coordinadores, en donde se presentaron los objetivos que se pretendían con la reformulación de APS y de forma específica los resultados de la evaluación de la estrategia durante el período 2012 al 2014. Es así como con cada profesional se priorizaron los eventos de mayor relevancia, posibles de intervenir desde APS.

- ✓ Bajo peso al nacer
- ✓ Discapacidad
- ✓ Suicidio
- ✓ Caries en la infancia
- ✓ Maternidad segura
- ✓ Planificación familiar
- ✓ Enfermedades cardiovasculares
- ✓ Trastornos mentales en el joven
- ✓ Condiciones ambientales insalubres
- ✓ Morbilidad en el adulto mayor
- ✓ Vacunación
- ✓ Morbilidad infantil
- ✓ VIH
- ✓ Violencia intrafamiliar
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Cáncer
- ✓ Riesgos laborales en población informal
- ✓ Alteraciones nutricionales en menores de 5 años
- ✓ Enfermedades respiratorias

c. Definición del modelo de Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS)

Según toda la revisión documental, expuesta de forma general en los puntos anteriores, se dio inicio a la construcción del Modelo, fundamentado en los principios de la Atención Primaria en Salud, implicando el determinar la estructura sobre la cual se sustentarían las intervenciones de esta estrategia.

Lo que conlleva a establecer entre otros aspectos:

- ✓ Objetivos de CAPS
- ✓ Enfoques de intervención según lineamientos nacionales e internacionales
- ✓ Líneas de acción y componentes del Modelo
- ✓ Principios de actuación básicos de la estrategia
- ✓ El sistema de información en línea de CAPS
- ✓ La estructura de clasificación de la población según información recolectada

- ✓ Áreas de intervención a priorizar según datos epidemiológicos y del ASIS por Comunas y Corregimientos
- ✓ Temas en salud sobre los cuales se focalizaría la estrategia, según el análisis de la información consultada
- ✓ Equipo Móvil de Salud y Social interdisciplinario, según los temas seleccionados
- ✓ Las funciones del EMS
- ✓ Los formatos a utilizar para la recolección de los datos*

*Estos puntos serán ampliamente desarrollados en apartados posteriores, donde se especificara el Modelo CAPS de Manizales.

d. Elaboración de la ficha familiar

Posterior a definir el Modelo general de CAPS, se procedió a elaborar la ficha familiar, la cual se considera como insumo básico y clave de la estrategia de APS, debido a que permite la caracterización de la población a intervenir, desde aspectos personales, familiares y sociales, favorece la clasificación del riesgo y de las condiciones de salud de la población en general, establecer la línea base y los planes de intervención.

Esta ficha se estructuro pensando en cada uno los grupos priorizados (eventos y poblaciones), con el fin de definir las variables que nos permitieran identificar: Las personas que presentan factores de riesgo a ellos, el que ya cuenta con la presencia de uno de los grupos seleccionados y de estos, los usuarios que cuentan con factores críticos que pudieran complicar dicha presencia.

El proceso llevado a cabo con la ficha implico no perder de vista la importancia de definir variables que efectivamente fueran determinantes para clasificar la población y favorecieran a su vez pautas para la intervención posterior a las familias y comunidades. Lo cual se llevó a cabo a través de:

- ❖ Revisión de guías de práctica clínica, manuales, información basada en la evidencia y consulta de páginas web de organizaciones oficiales de amplio reconocimiento según la temática abordada, sobre los factores de riesgo principales para presentar cualquiera de los 11 grupos priorizados y sintomatología asociada a los mismos.
- ❖ Definición técnica de las condiciones presentes en una persona con uno de los 11 grupos priorizados y que podrían conllevar a un intolerable definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- ❖ Validación y ajuste de las variables seleccionadas y de cada una de las opciones de respuesta, con cada uno de los coordinadores de los programas de la Secretaría de Salud Pública y coordinadores operativos de la estrategia de APS (ASSBASALUD ESE).
- ❖ Elaboración del formato de ficha y prueba piloto de la misma, con las agentes de salud pública que realizan la aplicación (anexo).
- ❖ Elaboración y capacitación del instructivo de ficha familiar CAPS

La ficha final se estructuró con 92 variables, que responde a 9 bloques generales relacionadas con: identificación de la vivienda, condiciones del hábitat familiar y social, datos básicos de los integrantes del hogar, antecedentes médicos, prácticas de salud y salud sexual, maternidad, condiciones de salud, salud mental y estilos de vida/conducta.

e. Proceso de priorización

Teniendo en cuenta que para cada grupo priorizado se definieron unas variables relacionadas con factores de riesgo, de complicación del evento, presencia del mismo o de sintomatología asociada a los eventos que lo permitían y, que en la mayoría de casos estas variables por sí mismas no determinan un riesgo significativo si no se relacionan inicialmente con el grupo priorizado a analizar y posteriormente con criterios como la edad, el sexo u otras variables de la misma ficha, fue necesario construir, según revisión bibliográfica (33 documentos consultados), una matriz que por cada variable y grupo priorizado arrojara la presencia o no de un riesgo.

Esta priorización es clave para el Sistema de Información en línea de la Estrategia CAPS (SI-CAPS) debido a que es la que permite arrojar alertas al Equipo Móvil de Salud ante la presencia de un riesgo que amerite intervención.

Adicional a lo anterior, se construyó una matriz (anexo) ajustada a la de priorización, que permitiera definir la población a intervenir, no por el número de riesgos identificados, sino por una puntuación dada a cada uno de los mismos. Esta puntuación se construyó teniendo en cuenta dos referentes, uno el de expertos de la Secretaría de Salud Pública que lideran cada uno de los grupos priorizados y otro a través de la consulta de fuentes bibliográficas.

Los puntos de corte para definir la prioridad en la intervención, están dados a través del cálculo inicial de los promedios en la puntuación por grupo priorizado y comuna/corregimiento y posteriormente calculando una medida de dispersión como la

desviación estándar, estableciendo así los casos que ameritan ser atendidos de forma más oportuna por el EMS.

Lo descrito anteriormente favorece el visualizar de manera macro el proceso llevado a cabo por la Secretaría de Salud Pública para la reestructuración de la estrategia de APS y a nivel general reconocer el nuevo esquema del modelo CAPS implementado.

Para una mayor claridad sobre los cambios presentados en el desarrollo de la estrategia APS Manizales, se presenta la siguiente tabla.

Tabla 4. Línea de tiempo de APS Manizales

MOMENTOS DE LA APS MANIZALES			
CRITERIO/AÑO	2007-2011	2012-2014	2015-A la fecha
INTERVENCIÓN	Selectiva	Integral	Integral
TALENTO HUMANO	Principalmente auxiliares de enfermería	Equipo interdisciplinario	EMS. Equipo interdisciplinario más amplio
ENFOQUE	Prevención y detección temprana	Prevención y detección temprana	Familiar y comunitario-Gestión del riesgo-Poblacional
COMPONENTES DESARROLLADOS	Servicios de salud	Servicios de salud- Participación social	Servicios de salud-Participación social-Acciones intersectoriales
METAS	Familias caracterizadas	Actividades	Implementación modelo CAPS. Reducción grupos priorizados
POBLACIÓN	General	General	Según clasificación de riesgo
SISTEMA DE INFORMACIÓN	Centralizado en el contratista. Información descriptiva	Centralizado en el contratista. Información descriptiva	Control en la Secretaría de Salud. Información analítica
FICHA FAMILIAR	Focalizada en la demanda inducida	Focalizada en detección temprana	Focalizada en la gestión del riesgo con 11 grupos priorizados

Fuente: Propia. 2017.

4. OBJETIVOS ESTRATEGIA CAPS

a. Objetivo general

- ❖ Promover la construcción de comunidades saludables, mediante la implementación de un modelo de atención integral en salud pública, en el marco de las Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

b. Objetivos específicos

- ❖ Potenciar el desarrollo de capacidades y favorecer la reducción de riesgos en salud, a través de servicios de salud dirigidos a la comunidad priorizada de Manizales, acorde a las condiciones de salud identificadas a través de la ficha familiar CAPS.
- ❖ Contribuir a generar mejoras en las condiciones sociales, ambientales y de salud de la población priorizada por CAPS, mediante la ejecución de la estrategia desde las líneas operativas de promoción de la salud, gestión del riesgo psicosocial y gestión de la salud pública
- ❖ Fortalecer la participación social, en las áreas de intervención de CAPS, propiciando el trabajo comunitario articulado en redes, en pro de identificar las necesidades de la comunidad y desarrollar proyectos de solución.
- ❖ Fomentar la respuesta local e institucional mediante alianzas intersectoriales acordes a los planes de acción comunitarios desarrollados en el marco del trabajo realizado por CAPS, desde el componente de salud y participación comunitaria

5. PRINCIPIOS

La estrategia CAPS se fundamenta en unos principios rectores específicos que guían el actuar administrativo, técnico y operativo, sustentado en favorecer unas intervenciones acordes a las necesidades de la comunidad, generando acciones de impacto desde aspectos éticos y científicos claros.

Ilustración 4. Principios estrategia CAPS



Fuente: Propia. 2017.

ACEPTABILIDAD. El EMS deberá ser respetuoso de la ética profesional, así como de las diversas culturas de las personas, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, para mejorar el estado de salud de las personas, dentro del respeto a la confidencialidad. Así mismo la estrategia CAPS deberá ofrecer especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación, acorde a sus competencias.

CALIDAD E IDONEIDAD PROFESIONAL. Los servicios prestados por CAPS deberán estar centrados en el usuario, las familias y comunidades, ser apropiados desde el punto de vista profesional y técnico y responder a estándares de calidad. Favoreciendo un talento humano adecuadamente competente, enriquecido con educación continua y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios ofrecidos, mediante una atención humanizada.

CORRESPONSABILIDAD. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, propiciando un ambiente sano y adherencia a las acciones emprendidas por el equipo móvil de salud (EMS), a la vez que cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración con CAPS.

INTERSECTORIALIDAD. Favorece la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

PARTICIPACIÓN SOCIAL. Realiza acciones reconociendo la importancia de las intervenciones centradas en la comunidad, como actor activo en la estrategia y desde la organización, el control, la gestión y fiscalización de las acciones emprendidas por CAPS.

PREVENCIÓN. Enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios brindados por CAPS. Búsqueda permanente por evitar la aparición de situaciones adversas prevenibles desde lo social, ambiental y de salud.

6. ESTRUCTURA MODELO CAPS

a. ENFOQUES

La estrategia CAPS fundamenta su modelo basado en unos enfoques teóricos claramente definidos, que brindan los lineamientos de las intervenciones realizadas y orientan el que hacer del EMS en cada una de las áreas de intervención. Estos enfoques son.

Enfoque de derechos. Implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujeto de derechos, a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no solo en función de una atención en salud oportuna y apropiada sino también en el desarrollo y promoción de los principales Determinantes Sociales de la Salud, teniendo en cuenta el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia (5).

Enfoque de salud familiar y comunitaria. Es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población. El enfoque de salud familiar y comunitaria reconoce a la familia y la comunidad como sujetos de atención en salud, en donde su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud (4).

Enfoque de gestión integral del riesgo en salud. Es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica, la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas. Desde el componente colectivo de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, se articulan las acciones con otros sectores y con la gestión

individual del riesgo a cargo del asegurador, integrando las intervenciones preventivas para actuar sobre determinantes de la salud (4).

Enfoque diferencial. El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia. Así mismo, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento. Implica distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho, y en ese mismo contexto de especial protección, y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto (5).

Enfoque poblacional. Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio (5).

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. Entendidos como aquellas situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida, desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas y que, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población (Whitehead, 2006). Los Determinantes Sociales de la Salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórico y socialmente (5).

b. CLASIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN

Posterior a un ejercicio de revisión bibliográfica, se determinó la clasificación de las personas y las familias en 4 categorías claves, los cuales 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.

Ilustración 5. Clasificación de las familias, según estado. Estrategia CAPS



Fuente: Propia. 2017.

- ✓ 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.

c. LINEAS DE ACCIÓN, COMPONENTES Y MODELOS PREVENTIVOS PARA LA INTERVENCIÓN

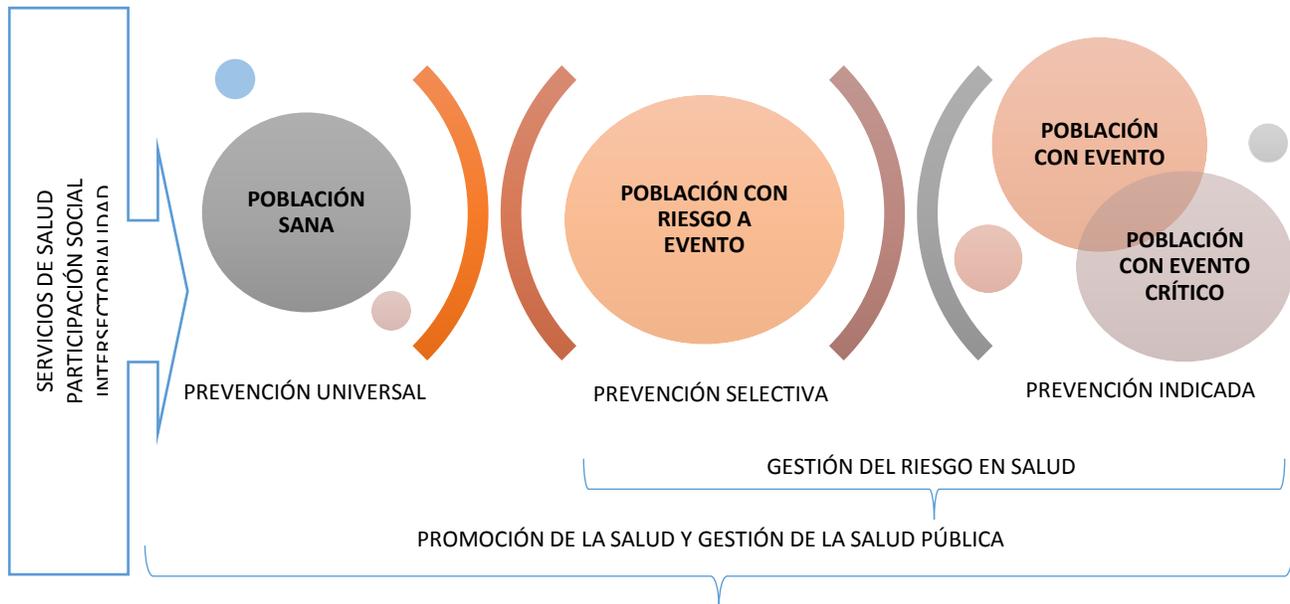
Una vez se establece la clasificación de la población, según el estado en el que se encuentra la familia, se definen las estrategias de intervención acordes con las líneas de acción operativas y los modelos preventivos.

Las líneas de acción están enmarcadas en lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Plan Decenal de Salud Pública y la Resolución 518 de 2015: Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo y Gestión en Salud Pública. La primera centrada en liderar acciones de desarrollo de capacidades para que los individuos, las familias y la sociedad mejoren sus condiciones de vida y se consolide una cultura saludable, bajo un concepto positivo de salud; la gestión del riesgo en salud entendida como las acciones dirigidas a una población identificada con unos riesgos específicos, según los grupos de riesgo de CAPS, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos y la gestión de la salud pública está encaminada a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, lineamientos, planificación y acciones centradas en la administración de las acciones macro.

Desde los modelos de prevención se parte de la concepción de Prevención Universal, Selectiva e Indicada, la cual nos permite concentrar y diferenciar las acciones, desde las particularidades propias de la población a intervenir. Se entiende por prevención universal las acciones dirigidas a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud; la prevención selectiva la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específicos, con el objeto de evitar, controlar o mitigar los riesgos y la indicada está orientada a acciones de reducción de riesgos, tratamiento y rehabilitación. Se dirige a grupos de la población con eventos identificados.

Se ilustra en el siguiente esquema, la forma en que se articulan las acciones de CAPS:

Ilustración 6. Clasificación de la población, líneas, componentes y modelo preventivo de intervención CAPS



Fuente: Propia. 2017.

d. GRUPOS PRIORIZADOS

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en el marco operativo de la PAIS, centrado en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), estableció la identificación de grupos de riesgo, basados en los Análisis de Situación de Salud y Caracterización de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), definiendo para el país 16 grupos de riesgo y dando la libertad a nivel local de incluir en el Plan Territorial de Salud grupos de acuerdo a las condiciones locales.

La estrategia CAPS Manizales, mediante un ejercicio riguroso de priorización, llevado a cabo según lo mencionado en el ítem anterior y teniendo en cuenta los intolerables definidos por el MSPS y documentos de referencia técnica nacional (Guías de práctica clínica, protocolos, normas técnicas, artículos, etc), identificó 11 grupos de riesgo, compuestos por 3 grupos poblacionales y 8 eventos.

Ilustración 7. Grupos priorizados estrategia CAPS



Fuente: Propia. 2017.

Según se puede observar, los eventos a su vez se pueden subdividir en tres categorías. Eventos referentes a enfermedades crónicas no transmisibles: EPOC; diabetes, cáncer y enfermedad cardiovascular; enfermedades transmisibles: VIH y tuberculosis y eventos relacionados con la salud mental y la convivencia: Trastornos mentales y violencia intrafamiliar.

Así mismo, es importante especificar que los tipos de cáncer priorizados por el Municipio son: Cáncer de mama, próstata, estomago, cuello uterino, leucemia en NNA, pulmón y colón-recto y en el grupo de trastornos mentales: Esquizofrenia, depresión-ansiedad, trastorno afectivo bipolar, consumo de SPA y trastornos del comportamiento.

Dentro de la identificación planteada por el Municipio se consideran 11 de los 16 grupos planteados por el MSPS en la PAIS; resaltando que para el contexto local, se incluyeron dentro de estos grupos, 3 diagnósticos que presentan incidencia en el territorio y que no están incluidos a nivel nacional. Se presenta a continuación el cuadro comparativo de priorización.

Tabla 5. Comparativo grupos de riesgo priorizados PAIS y estrategia CAPS

GRUPO DE RIESGO POLITICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	GRUPOS DE RIESGO ESTRATEGIA CAPS MANIZALES
Población con riesgo o alteraciones cardio - cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes Enfermedad cardiovascular (HTA)
Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	EPOC
Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Niños menores de 6 años (Desnutrición)
Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Consumo de SPA
Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Depresión - Ansiedad, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, Trastornos del Comportamiento.
Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Niños menores de 6 años (Salud bucal)
Población con riesgo o presencia de cáncer	Cáncer de mama, próstata, estomago, cuello uterino, leucemia en NNA, pulmón y colón-recto.
Población en condición materno perinatal	Gestantes y niños menores de 6 años
Población con riesgo o infecciones	VIH/SIDA - Tuberculosis
Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Violencia intrafamiliar
Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Desarrollado a través de la Estrategia de Vivienda saludable de CAPS
Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Población con Discapacidad
Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales	No Priorizada
Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	Desarrollado a través de la Estrategia de Vivienda saludable de CAPS

GRUPO DE RIESGO POLITICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	GRUPOS DE RIESGO ESTRATEGIA CAPS MANIZALES
Población con riesgo o enfermedades raras	No Priorizada
Población con riesgo o trastorno degenerativos, neuropatías y auto inmunes	No Priorizada

Fuente: Propia. 2017

e. EQUIPO MÓVIL DE SALUD (EMS)

La estrategia CAPS a través de los años ha venido fortaleciendo el Equipo Móvil de Salud, definiendo actualmente un talento humano interdisciplinario base que está compuesto por profesionales del área de la salud, social y ambiental: Agente en Salud Pública, Enfermería, Fisioterapia, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Licenciado Ambiental y Técnico en Saneamiento Ambiental.

Para el desarrollo del trabajo operativo, se conforman EMS por zonas de intervención priorizadas, según el número de familias a intervenir y la frecuencia de visita, atendiendo a la clasificación de la población, lo cual se determina por la caracterización de la ficha familiar.

A su vez la distribución del talento humano varía, debido a que el modelo operativo de la estrategia CAPS, establece el concepto de responsabilidad por prioridades a cargo de los diferentes profesionales, permitiendo con esto una mayor dinámica de intervención y monitoreo a los resultados obtenidos en la población.

Basado en lo anterior, el profesional responsable de cada grupo priorizado es el encargado de llevar a cabo la valoración inicial de los casos asignados de su área y que fueron remitidos por la agente en salud pública, posterior a que ésta aplicara o actualizara la ficha familiar. Llevando a cabo así una valoración domiciliaria general de los riesgos y potencialidades de la familia y definiendo como profesional el plan de acción a seguir, que puede incluir la remisión a personal del EMS de CAPS, remisión a la EAPBS, a programas especiales de la ciudad, entre otros.

Lo anterior evita duplicidad de acciones, favorece costo efectividad, seguimiento por grupo de riesgo, mejora los procesos de remisión y contra-remisión y la intervención integral ajustada a una valoración profesional inicial.

Tabla 6. Distribución de grupos priorizados por profesional

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

Fuente: Propia. 2017.

Perfil del profesional

Atendiendo a la necesidad en la idoneidad del talento humano y a la relevancia en la humanización de la atención en salud, el profesional adscrito al Equipo Móvil de Salud de la Estrategia CAPS en el Municipio, debe contar con características de tipo personal y profesional, dentro de las cuales se destacan:

- ✓ Respeto por las personas y reconocimiento de sus particularidades
- ✓ Habilidad para el trabajo en equipo
- ✓ Habilidad para desarrollar acciones de educación en salud
- ✓ Experiencia en trabajo con comunidad
- ✓ Capacidad de liderazgo y convocatoria
- ✓ Comunicación asertiva
- ✓ Conocimientos en salud pública y los diferentes eventos de interés
- ✓ Criterio ético en cada una de las acciones que realiza

Funciones EMS

De acuerdo a lo mencionado previamente, el equipo móvil de salud tiene funciones transversales de acuerdo a la dinámica establecida y unos ítems puntuales específicos según el rol profesional, los cuales se mencionan a continuación

- ❖ Profesional coordinador Operativo de la Estrategia
 - ✓ Coordinar las acciones en campo del Equipo Móvil de Salud
 - ✓ Liderar con el Equipo Móvil de Salud la caracterización y clasificación de las familias según la condición social y de salud
 - ✓ Evaluar el desarrollo de los planes de intervención del Equipo Móvil de Salud y los resultados alcanzados según las metas establecidas
 - ✓ Favorecer la articulación y retroalimentación de las acciones del Equipo Móvil de Salud de acuerdo a las condiciones de las familias y el equipo que interviene en estas
 - ✓ Monitorear el cumplimiento de los planes de intervención y adherencia a los protocolos y guías
 - ✓ Monitorear el comportamiento de las condiciones de las familias intervenidas por cuadrante, según periodicidad definida
 - ✓ Realizar acompañamiento y asesoría al Equipo Móvil de Salud según requerimientos

- ❖ Funciones transversales del Equipo Móvil de Salud
 - ✓ Evaluar las familias con condiciones de salud priorizadas, complementando la caracterización inicial de ficha familiar, definiendo el plan de intervención y los responsables del mismo
 - ✓ Apoyar desde su competencia la elaboración y ejecución del plan de intervención social de acuerdo al diagnóstico comunitario realizado y a la caracterización del cuadrante según ficha familiar
 - ✓ Realizar las intervenciones que se requieran a las familias identificadas con una condición a modificar.
 - ✓ Apoyar la elaboración y actualización de protocolos, guías y planes caseros
 - ✓ Participar y apoyar en la realización de encuentros del Equipos Móviles de Salud que potencien las capacidades técnicas del equipo y la atención integral de las familias
 - ✓ Planear y evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas a las familias priorizadas
 - ✓ Desarrollar las acciones de intervención familiar y comunitaria, de acuerdo a las metodologías establecidas en el Modelo CAPS

❖ Enfermera

- ✓ Coordinar las acciones en campo del equipo de Agentes en Salud Pública asignadas al territorio
- ✓ Liderar la planeación de las acciones de intervención individual, familiar y comunitario del Equipo Móvil de Salud por cada cuadrante
- ✓ Valorar y validar los grupos de riesgo bajo su responsabilidad, que fueron remitidos por el EMS

❖ Fisioterapeuta

- ✓ Liderar el desarrollo de actividades para la prevención y control del riesgo cardiovascular, el EPOC y la discapacidad a nivel individual, familiar y comunitario
- ✓ Liderar el desarrollo de actividades para la prevención, diagnóstico y rehabilitación basada en la comunidad, en el tema de discapacidad a nivel individual, familiar y comunitario
- ✓ Valorar y validar los grupos de riesgo bajo su responsabilidad, que fueron remitidos por el EMS

❖ Trabajador Social

- ✓ Actualizar y socializar el diagnóstico comunitario con cada uno de los Equipos Móviles de Salud
- ✓ Liderar la conformación y continuidad de la red comunitaria en salud y estructurar el plan de acción de éste y su evaluación
- ✓ Liderar la elaboración y ejecución del plan de intervención social de acuerdo al diagnóstico comunitario realizado y a la caracterización del cuadrante según ficha familiar, en conjunto con el Equipo Móvil de Salud
- ✓ Favorecer alianzas intersectoriales que potencien la elaboración y ejecución del plan de intervención social
- ✓ Valorar y validar los grupos de riesgo bajo su responsabilidad, que fueron remitidos por el EMS

❖ Psicólogo

- ✓ Liderar y generar estrategias que potencien la salud mental a nivel individual, familiar y comunitario

- ✓ Conformar por temas priorizados en la comunidad grupos de mutua ayuda.
 - ✓ Valorar y validar los grupos de riesgo bajo su responsabilidad, que fueron remitidos por el EMS
- ❖ Odontólogo
- ✓ Identificar la población que por condiciones específicas requieren de una intervención complementaria en salud oral
 - ✓ Liderar y generar estrategias que potencien la salud oral a nivel individual, familiar y comunitario
 - ✓ Valorar y validar los grupos de riesgo bajo su responsabilidad, que fueron remitidos por el EMS
- ❖ Licenciado ambiental
- ✓ Liderar la implementación y evaluación de la estrategia de vivienda saludable en un área priorizada
 - ✓ Realizar gestiones institucionales para la intervención de los riesgos comunitarios identificados
- ❖ Técnico de saneamiento
- ✓ Apoyar la implementación y evaluación de la estrategia de vivienda saludable en un área priorizada
 - ✓ Realizar gestiones institucionales para la intervención de los riesgos comunitarios identificados
- ❖ Agente de salud
- ✓ Realizar el diligenciamiento y actualización de la ficha familiar
 - ✓ Realizar educación en salud de acuerdo a las condiciones identificadas
 - ✓ Inducir la demanda de los servicios de salud según situaciones encontradas
 - ✓ Brindar acompañamiento al profesional del Equipo Móvil de Salud de acuerdo a las condiciones encontradas
 - ✓ Realizar a las familias asesoría, acompañamiento y verificación para la implementación de los planes caseros establecidos por el profesional del Equipo Móvil de Salud

- ✓ Notificar a la coordinación del Equipo Móvil de Salud sobre los hallazgos relevantes encontrados en visitas de seguimiento
- ✓ Elaborar según competencias los planes de intervención familiar de acuerdo a las condiciones encontradas
- ✓ Promover y gestionar la garantía de derechos para el acceso a diferentes programas sociales y de salud
- ✓ Mantener actualizada la caracterización social y de salud de las familias del cuadrante asignado
- ✓ Monitorear la efectividad de las remisiones efectuadas por el Equipo Móvil de Salud
- ✓ Educación e información sobre derechos y deberes en salud y sobre la red de servicios según EPS

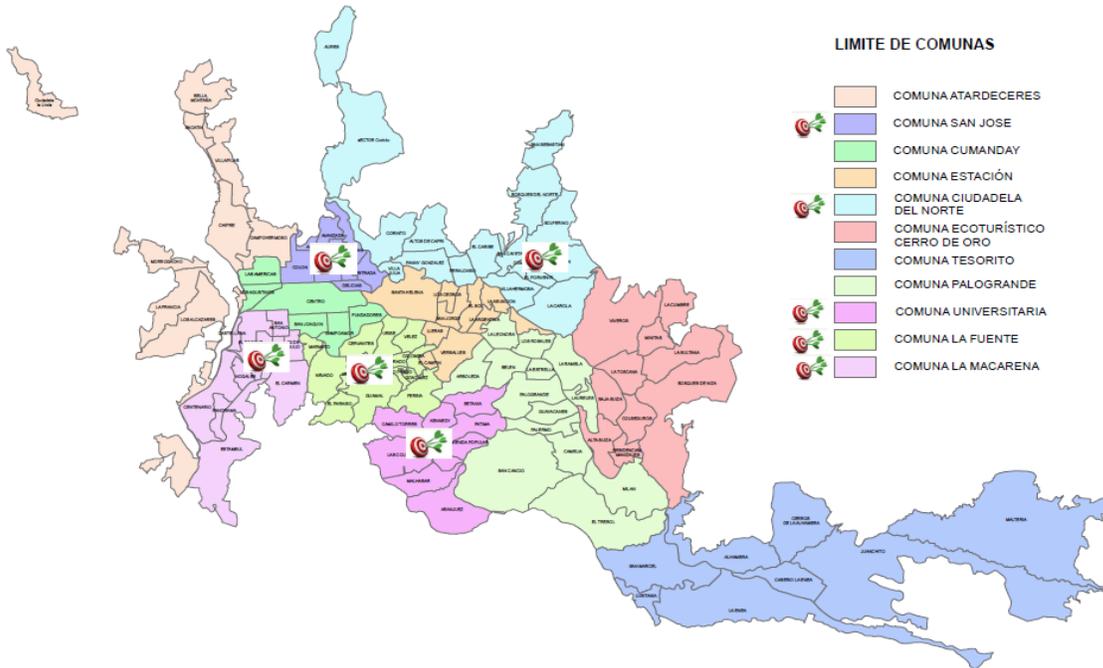
f. UBICACIÓN TERRITORIAL DE LA ESTRATEGIA CAPS

El Municipio de Manizales está ubicado en la región centro-occidente de la región andina de Colombia, tiene una superficie total de 441,54 km², de los cuales el 92% corresponde a la zona rural y 8% a la zona urbana. En su división política se conforma por 11 comunas (277 barrios) y 7 corregimientos (92 veredas) (11).

En relación al tamaño y distribución de la población, Manizales registra una gran concentración de su población en la zona urbana (93%) y un estancamiento en las tasas de crecimiento de su población total. En promedio, en los últimos seis años, la población se incrementó en 1.800 habitantes por año (1.703 personas en zona urbana y 97 en zona rural) (12).

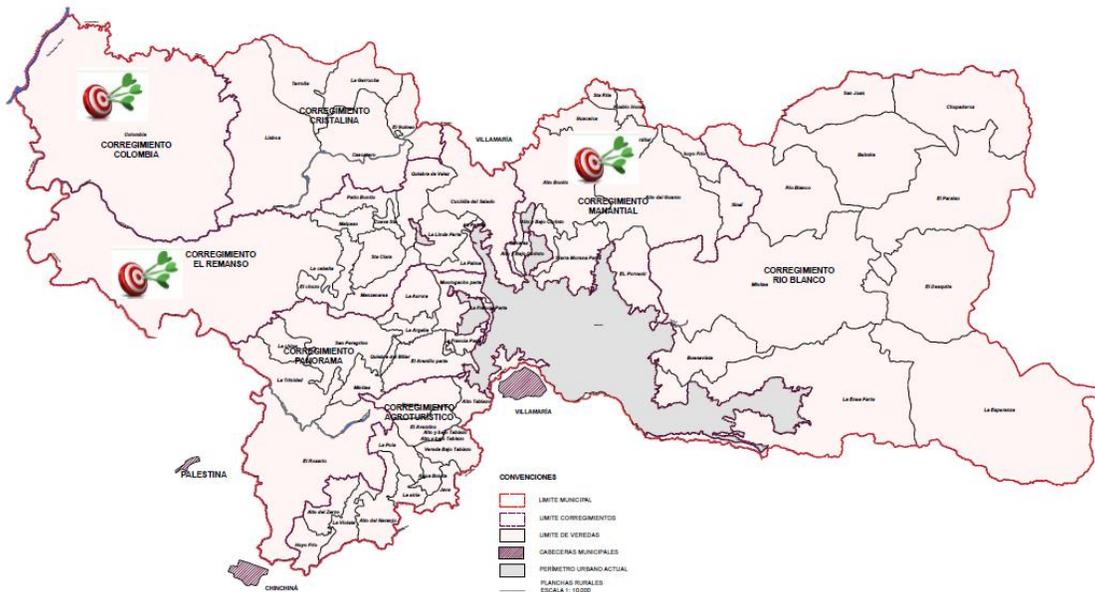
Para la intervención por CAPS, se priorizaron 5 comunas (San José, Ciudadela del Norte, Universitaria, la Fuente y Macarena) y 3 corregimientos (Remanso, Colombia y Manantial), acorde con la revisión llevada a cabo del Análisis de la Situación de Salud (ASIS), el perfil epidemiológico, el diálogo con expertos (coordinadores de programas de la Secretaría de Salud Pública), la ficha familiar y los diagnósticos comunitarios de APS de los años 2012-2014, en donde se encontraron mayores prevalencias en las situaciones de salud de mayor preocupación en el Municipio; áreas que igualmente coinciden con la ubicación de barrios y veredas que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Mapa 1. Áreas priorizadas CAPS. Zona urbana



Fuente. SIG. Secretaría de Planeación. Manizales

Mapa 2. Áreas priorizadas CAPS. Zona rural



Fuente. SIG. Secretaría de Planeación. Manizales

Según proyecciones de la Secretaría de Planeación de Manizales del año 2015, las cinco comunas priorizadas representan el 56% de la población urbana de Manizales, con 204.827 personas y los tres corregimientos el 53% de la población rural con 14.440 personas, zonas que así mismo presentan la mayor concentración de barrios con predominancia de estrato uno.

g. ESQUEMA OPERATIVO

Las tecnologías de la estrategia se enmarcan operativamente desde APS, en tres componentes interdependientes definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Ley 1438 de 2011: Servicios de Salud, Participación Social y Comunitaria y Acciones Intersectoriales, permitiendo así una visión desde los determinantes sociales de la salud y desde la integralidad, en pro de acciones que contribuyan efectivamente a mejorar la salud de las personas, haciendo énfasis en el trabajo con y para la comunidad, con el apoyo de actores de otros sectores, que favorezcan el desarrollo del capital social desde las necesidades y requerimientos propios de cada comunidad.

Así mismo, Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud reconoce y adopta la implementación de dos estrategias que comparten los fundamentos de la APS y son coherentes con el modelo aquí propuesto: La *Rehabilitación Basada en la Comunidad* y la de *Vivienda Saludable*.

La primera de ellas (RBC) fue iniciada por la OMS siguiendo la misma Declaración de Alma-Ata, siendo promovida como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales y la cual en los últimos 30 años ha evolucionado a una estrategia multisectorial para atender las necesidades más amplias de las personas con discapacidad, asegurando su participación e inclusión en la sociedad y buscando mejorar su calidad de vida (13, 14).

Y la Estrategia de Vivienda Saludable (EVS), consiste en fortalecer la ejecución de actividades que promueven y protegen la salud de las poblaciones más vulnerables, de los peligros socio-ambientales a los que están expuestas en las viviendas de las zonas más necesitadas y que contribuyan al desarrollo local de las comunidades (15).

Cada una de las tecnologías que se llevan a cabo, son diferenciales según el estado de salud de la población a intervenir y según el componente y estrategia a desarrollar (ver tabla 7)

De esta forma la estrategia CAPS tiene una dinámica de intervención transversal, la cual plantea de acuerdo a cada componente y estrategia mencionada, un esquema general de trabajo, que al integrarse permite una mayor integralidad en la atención, según la situación de salud de la población a intervenir.

El marco general de tecnologías sobre las cuales opera contractualmente CAPS es:

❖ Servicios de Salud

- ✓ Grupos de apoyo mutuo
- ✓ Realización ficha familiar (nueva-actualizada)
- ✓ Visita domiciliaria por profesional
- ✓ Visita domiciliaria por técnico de saneamiento ambiental
- ✓ Visitas domiciliarias por fisioterapia (RBC)
- ✓ Encuentros grupales de trabajo con PCD (RBC)
- ✓ Actividades educativas
- ✓ Contacto telefónico por profesional

❖ Participación social, comunitaria y ciudadana

- ✓ Encuentros grupales de trabajo con familia y comunidad (RBC)
- ✓ Visitas domiciliarias por técnico (EVS)
- ✓ Visitas domiciliarias por profesional ambiental (EVS)
- ✓ Encuentros de trabajo con grupo (EVS)
- ✓ Encuentros comunitarios (formula saludable) (EVS)
- ✓ Encuentros comunitarios (formula saludable)
- ✓ Encuentros de trabajo de los núcleos

❖ Acción intersectorial/transectorial

- ✓ Visitas de asesoría institucional (EVS)
- ✓ Visitas de asesoría institucional
- ✓ Contacto telefónico por auxiliar de enfermería
- ✓ Contacto telefónico por profesional (núcleos)
- ✓ Campañas para CAPS-RBC-EVS
- ✓ Abogacía intersectorial

Tabla 7. Descripción de tecnologías en salud por componente

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
Servicios de salud	Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales / Educación y comunicación para la salud	<u>Grupos de apoyo mutuo:</u> Grupo de personas que comparten una situación en común para conseguir cambios favorables en su vida. Para CAPS se reúnen con apoyo de un profesional del EMS y está dirigido a personas con riesgo o con un evento de los 11 grupos priorizados. Reporte en SICAPS modulo actividades	Informe de actividades. Listado de asistencia. Protocolos
	Caracterización social y ambiental	<u>Realización ficha familiar (nueva-actualizada):</u> Diligenciamiento de las fichas familiares nuevas o actualizadas, en medio físico, para su posterior diligenciamiento por digitador en el SICAPS, previa revisión de la calidad del dato. Reporte en SICAPS modulo ficha familiar	Ficha familiar. Registro actividades individuales
	Educación y comunicación para la salud	<u>Visita domiciliaria por profesional y técnico de saneamiento ambiental:</u> Dependiendo del estado de salud y el nivel de riesgo de las familias según reporte del SICAPS, los profesionales realizan la intervención directamente en el hogar donde residen las personas. Se reconoce como esencial debido a que permite conocer de primera mano las condiciones habitacionales, la calidad de vida y las relaciones del usuario con su núcleo familiar y con su entorno. El profesional define los objetivos de las acciones a realizar, las cuales deben ser coherentes con lo encontrado y con los protocolos elaborados por grupo priorizado. Reporte en SICAPS modulo intervenciones	Registro actividades individuales. Remisiones. Protocolos
	Rehabilitación basada en comunidad / Educación y comunicación para la salud	<u>Visitas domiciliarias por fisioterapia (RBC):</u> Cada integrante de la estrategia RBC tendrá a su cargo un fisioterapeuta responsable de su plan de tratamiento integral; el cual deberá llevar a cabo una evaluación y un seguimiento directamente en el hogar donde reside cada PcD. Se reconoce como esencial debido a que permite conocer de primera mano las condiciones habitacionales, la calidad de vida y las relaciones del usuario con su núcleo familiar y con su entorno. Busca orientar a las PcD y sus cuidadores sobre los planes de	Registro actividades individuales. Remisiones. Lineamientos RBC

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
		intervención, adelantar el seguimiento a las respectivas canalizaciones y acompañar a las familias y comunidades de referencia (3). Las acciones se realizan ajustadas a los lineamientos de RBC en CAPS. Reporte en SICAPS modulo intervenciones	
	Rehabilitación basada en comunidad / Educación y comunicación para la salud	<u>Encuentros grupales de trabajo con PCD (RBC):</u> Es un trabajo enfocado en el trabajo colaborativo, de equipo, centrado en fortalecer competencias de PcD en el campo de la subsistencia y apoyo al medio ambiente. Se lidera por un profesional de la salud, quien hace acompañamiento al plan estructurado participativamente con el grupo, según objetivos y metas planteadas. Reporte en SICAPS modulo actividades	Informe actividades grupales. Remisiones. Lineamientos RBC. Listado asistencia
	Educación y comunicación para la salud	<u>Actividades educativas:</u> 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). Liderada por el EMS en las diferentes área de cobertura de CAPS, según el diagnóstico comunitario y la clasificación de esta poblaciones. Reporte en SICAPS modulo actividades	Informe actividades grupales. Listado de asistencia
	Educación y comunicación para la salud / Canalización	<u>Contacto telefónico por profesional:</u> Tecnología que se lleva a cabo para personas que ya han sido identificadas e intervenidas en el hogar por el EMS y requieran de un seguimiento que no necesita ser personalizado. Dicha intervención incluye actividades como el seguimiento y evaluación de signos y síntomas; la detección precoz de efectos secundarios del tratamiento; el refuerzo sobre la importancia de la adherencia al tratamiento; la clarificación de dudas sobre el régimen terapéutico, dispositivos y cuidados en general. Reporte en SICAPS modulo intervenciones	Registro actividades individuales. Remisiones. Protocolos.
Participación social, comunitaria y ciudadana	Rehabilitación basada en comunidad / Educación y comunicación	<u>Encuentros grupales de trabajo con familia y comunidad (RBC):</u> Busca el desarrollo de capacidades en actores institucionales, comunitarios y familiares a través de un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje, mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo	Informe actividades grupales. Remisiones. Lineamientos

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
	para la salud	y fortalecimiento del potencial para hacer frente a las situaciones asociadas a la discapacidad. Se realiza de forma separada con las familias y comunidades de las PcD que hacen parte de RBC. Reporte en SICAPS modulo actividades	RBC. Listado de asistencia
	Educación y comunicación para la salud	y <u>Visitas domiciliarias por profesional y técnico ambiental (EVS):</u> Tecnología que desde la promoción y el fortalecimiento del entorno hogar busca el desarrollo humano sostenible y sustentable, promover el desarrollo de capacidades que contribuyen al bienestar individual y colectivo, focalizando acciones en unas zonas priorizadas por CAPS. Se pretende producir y resignificar prácticas y normas que constituyan estilos de vida saludable, partiendo de las visitas domiciliarias por EMS ambiental, debido a que se reconoce como esencial estas visitas ya que permite conocer de primera mano las condiciones habitacionales, la calidad de vida y las relaciones del usuario con su núcleo familiar y con su entorno. Reporte en SICAPS modulo intervenciones	Registro actividades individuales. Remisiones. Protocolos
	Educación y comunicación para la salud	y <u>Encuentros de trabajo con grupo (EVS):</u> Proceso que se realiza en el marco del entorno hogar, con integrantes, líderes e instituciones de las comunidades priorizadas para este tipo de estrategia, a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos; sumar esfuerzos o crear sinergias; y establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un entorno saludable. Liderada por el profesional ambiental de la estrategia CAPS. Reporte en SICAPS modulo actividades	Informe actividades grupales. Lineamientos EVS. Listado asistencia. Plan de acción
	Educación y comunicación para la salud	y <u>Encuentros comunitarios: Formula saludable (EVS):</u> Tecnología que facilita la sensibilización, reconocimiento y apropiación de la comunidad frente al tema de salud. Propende por acercar acciones diferenciales de índole educativa, lúdica, deportiva, recreativa, artística y cultural a las comunidades que lo requieran, propiciando por la participación activa de la comunidad a estas acciones. A su vez integra otras ofertas de ciudad importantes como la educación vial, cuidado del medio ambiente, actividad física,	Informe actividades grupales. Listado de asistencia

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
		nutricional, etc. Corresponde a una actividad en el marco de la estrategia de vivienda saludable, acorde con el plan de acción implementado por el grupo de trabajo comunitario de EVS. Se desarrolla solamente en las áreas priorizadas para esta estrategia. Reporte en SICAPS modulo actividades.	
Información en salud		<u>Encuentros comunitarios: Formula saludable:</u> Tecnología que facilita la sensibilización, reconocimiento y apropiación de la comunidad frente al tema de salud. Propende por acercar acciones diferenciales de índole educativa, lúdica, deportiva, recreativa, artística y cultural a las comunidades que lo requieran, propiciando por la participación activa de la comunidad a estas acciones. A su vez integra otras ofertas de ciudad importantes como la educación vial, cuidado del medio ambiente, actividad física, nutricional, etc. Se desarrolla en cada una de las comunas y corregimientos priorizados por CAPS, rotando los barrios directamente beneficiados mes a mes y se motiva en la participación y coordinación de los mismos, al grupo que conforma los núcleos de esa zona beneficiada. Reporte en SICAPS modulo actividades.	Informe actividades grupales. Listado de asistencia
Educación y comunicación para la salud		<u>Encuentros de trabajo de los núcleos:</u> Proceso grupal que se realiza con líderes e instituciones de las comunidades priorizadas por CAPS, a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos; sumar esfuerzos o crear sinergias y establecer lazos de cooperación con el propósito de implementar un plan de acción para la comunidad, de acuerdo con el diagnóstico comunitario realizado y los intereses de los mismos. Liderado por el equipo social de la estrategia CAPS. Reporte en SICAPS modulo actividades	Acta de reunión. Lineamientos núcleos. Plan de acción
Acción Intersectorial/ Transectorial	Coordinación intersectorial	<u>Visitas de asesoría institucional (EVS):</u> Tecnología que se lleva a cabo con organizaciones comunitarios o institucionales, previamente identificadas, con el fin de motivar, sensibilizar e informar sobre el trabajo de la EVS para que se vinculen a las acciones planteadas en la misma o para afianzar o hacer seguimiento a los	Acta de reunión. Lineamientos EVS. Plan de acción

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
		compromisos adquiridos, debido a que se identifican debilidades en la receptividad con el trabajo conjunto. Actividad que se realiza personalmente debido a que es primera vez que se hace contacto o porque se considera necesaria para lograr la adherencia de la institución al trabajo de vivienda saludable. Liderada por el profesional ambiental CAPS. Reporte en SICAPS modulo actividades.	
	Coordinación intersectorial	<u>Visitas de asesoría institucional (núcleos):</u> Tecnología que se lleva a cabo con organizaciones comunitarios o institucionales, previamente identificados, con el fin de motivar, sensibilizar e informar sobre el trabajo de redes (núcleos) para que hagan parte del mismo o para afianzar o hacer seguimiento al compromiso, debido a que se identifican debilidades en la receptividad con el trabajo conjunto. Actividad que se realiza personalmente debido a que es primera vez que se hace contacto o porque se considera necesario para lograr la adherencia de esa persona/institución al trabajo de redes. Liderada por el equipo social de la estrategia CAPS. Reporte en SICAPS modulo actividades.	Acta de reunión. Lineamientos núcleos. Plan de acción
	Educación y comunicación para la salud / Canalización	<u>Contacto telefónico por auxiliar de enfermería:</u> Tecnología en salud que se lleva a cabo para personas a las cuales el EMS les realizo una remisión y por su condición requiere de un seguimiento para evaluar la efectividad de la misma o las condiciones que la dificultan. Se puede acompañar del seguimiento y evaluación de signos y síntomas, la detección precoz de efectos secundarios del tratamiento, el refuerzo sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y la clarificación de dudas sobre la remisión realizada. Incluye el contacto con la EAPB para evaluar en los casos que se requiera las dificultades en el acceso a los servicios remitidos, previa verificación de derechos. Reporte en SICAPS módulo actividades	Registro actividades individuales. Remisiones. Procedimiento remisiones
	Educación y comunicación para la salud	<u>Contacto telefónico por profesional (núcleos):</u> Tecnología que se lleva a cabo con líderes comunitarios o institucionales, previamente identificados, con el fin de motivar, sensibilizar e informar sobre el trabajo de redes (núcleos) para que hagan parte del mismo o para	Lineamientos núcleos. Plan de acción

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
		afianzar o hacer seguimiento al compromiso, debido a que se identifican debilidades en la receptividad con el trabajo conjunto. Actividad que se realiza reconociendo que no es necesario el contacto personal para lograr el objetivo. Liderado por el equipo social de la estrategia CAPS. Reporte en SICAPS modulo actividades.	
	Coordinación intersectorial	<u>Abogacía:</u> Gestión por medio de reunión, visita institucional, oficio o llamada telefónica, para hacer abogacía en pro de diferentes acciones claves que impactarían con la estrategia CAPS. Lidera por la Secretaría de Salud Pública.	Acta de reunión. Lineamientos núcleos. Plan de acción
	Información en salud	<u>Campañas para CAPS-RBC-EVS:</u> 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 pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud (3).	Informe actividades grupales. Listado de asistencia

Fuente: Propia. 2017

Adicionalmente a ello hay un marco de procesos del área de planeación, que favorece la puesta en marcha de las actividades de cada componente mencionadas:

❖ Planeación

- ✓ Asignación y selección de cuadrantes
- ✓ Clasificación de la población a intervenir
- ✓ Asignación del equipo móvil por territorio
- ✓ Elaboración de diagnóstico comunitario
- ✓ Reconocimiento de actores sociales
- ✓ Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE)
- ✓ Coordinación del trabajo de campo
- ✓ Socialización de la Estrategia CAPS
- ✓ Capacitación al talento humano
- ✓ Articulación con los programas de salud pública

Tabla 8. Descripción de acciones de planeación del trabajo operativo

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
Planeación	Caracterización social y ambiental	<u>Asignación y selección de cuadrantes:</u> De acuerdo a la distribución y ubicación geográfica de las familias a intervenir, se asignan agentes de salud por cuadrante (zona de intervención), el cual en el área urbana equivale a un promedio de 350 familias y en el área rural de 180	Acta de reunión. Mapas cuadrantes
	Caracterización social y ambiental	<u>Clasificación de la población a intervenir:</u> Según los datos reportados por ficha familiar se clasifica el estado de salud de las familias y personas y a su vez se realizan cálculos estadísticos para determinar el nivel de riesgo de la población intervenida por grupo priorizado	Ficha. Reportes SI-CAPS
	Caracterización social y ambiental	<u>Asignación del equipo móvil por territorio:</u> El EMS se distribuye en cada uno de los territorios según la clasificación de la población intervenida, con asignación de profesionales atendiendo a los grupos priorizados a cargo de los mismos. El promedio de visitas familiares diarias para la intervención según el riesgo, es de ocho para el área urbana y seis en el área rural	Reportes SI-CAPS. Acta de reunión
	Participación social	<u>Reconocimiento de actores sociales:</u> El equipo del área social de CAPS realiza recorridos de calle para identificar líderes sociales formales e informales para iniciar el trabajo de invitación, socialización y motivación al trabajo de núcleos comunitarios	Acta de reunión. Mapa de redes. Directorio líderes
	Participación social	<u>Elaboración de diagnóstico comunitario:</u> El diagnóstico comunitario se realiza en CAPS teniendo como referencia en su estructura el Sistema de Diagnóstico Estratégico (SIDIES) y AIEPI Comunitario. Se construye tomando como referencia la revisión documental, entrevistas por ciclos vitales, talleres grupales de levantamiento de información y mesas de trabajo con los integrantes de los núcleos	Actas de reunión. Listados de asistencia. Informe de actividades. Plan de acción

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
		comunitarios. De esta forma se construye en colectivo un conocimiento sobre la realidad de cada una de las comunidades priorizadas por CAPS, identificando problemáticas, recursos y potencialidades, para así ordenar y jerarquizar los problemas comunitarios, haciendo uso en ocasiones de la cartografía social, para así construir y ejecutar con la comunidad el plan de acción que les permita mejorar su situación actual, a través de la conformación de los núcleos, como principal responsable de la elaboración, ejecución, gestión, seguimiento y evaluación de éste plan.	
	Vigilancia en Salud Pública	<u>Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE):</u> Análisis que busca generar insumos para la toma de decisiones, que conlleven a mejorar las condiciones de salud. Se realiza de manera mensual por el equipo móvil de salud de CAPS, previa selección de casos de familias priorizadas. Se establecen planes de mejora y su seguimiento. Reporte en SICAPS modulo actividades	Actas de reunión. Presentación.
	Caracterización social y ambiental	<u>Coordinación del trabajo de campo:</u> Semanalmente se realizan reuniones del EMS por zonas de intervención priorizadas, para hacer evaluación y retroalimentación del trabajo desarrollado, plantear solución a casos emblemáticos, hacer entrega y seguimiento a las remisiones realizadas, visitas programadas y metas estipuladas.	Actas de reunión. Remisiones y contraremisiones EMS
	Coordinación intersectorial	<u>Socialización de la Estrategia CAPS:</u> Desde la Secretaría de Salud Pública y la entidad contratista se lleva cabo de manera continua la socialización de la Estrategia CAPS a fin de posicionarla en la ciudad y favorecer el trabajo interinstitucional	Actas de reunión. Presentaciones. Notas de prensa
	Gestión de las intervenciones colectivas / Gestión del conocimiento	<u>Planificación estratégica:</u> Mapeo de la situación de salud del municipio y direccionamiento de las intervenciones en conjunto con los programas de salud pública	

COMPONENTE	TECNOLOGÍA	DESCRIPCIÓN GENERAL	HERRAMIENTA
	Desarrollo de capacidades	<u>Capacitación al talento humano:</u> Se realiza en promedio semestralmente, una capacitación relacionada con APS, dirigida a personal de salud de la ciudad, en diversos temas que fortalecen la capacidad de respuesta en los temas estructurales de CAPS. Reporte en SICAPS modulo actividades	Listado de asistencia. Presentación.
	Gestión de las intervenciones colectivas	<u>Articulación con programas de salud pública:</u> Proceso orientado a mejorar el trabajo compaginado en los grupos priorizados por CAPS y a fortalecer las intervenciones y el flujo de la información	Actas de reunión

Fuente: Propia. 2017

7. INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADOS EN CAPS

❖ *Ficha familiar*

La ficha familiar permite la captura de aspectos claves que ayudan a identificar factores de riesgo en salud y en el área ambiental, presencia o ausencia de un evento y condiciones generales relacionadas con acceso, oportunidad y adherencia al tratamiento.

La ficha se estructuró en 9 bloques que responden a: identificación de la vivienda, condiciones del hábitat familiar y social, datos básicos, antecedentes médicos, prácticas de salud y salud sexual, maternidad, condiciones de salud, salud mental y estilos de vida/conducta.

Para su manejo, se dispone de un instructivo de ficha familiar, el cual concentra la estructura, variables y dinámica de funcionamiento de la ficha, de acuerdo al esquema de diligenciamiento manual o en línea (anexo).

❖ *Matriz de priorización*

Basados en la revisión bibliográfica de guías de práctica clínica, artículos científicos, protocolos de vigilancia epidemiológica, directrices de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, se construyó una matriz de priorización que define los diferentes criterios para la clasificación de la población intervenida por CAPS, según los grupos de riesgo establecidos por la Estrategia (anexo).

❖ *Protocolos de intervención por evento y grupo poblacional priorizado*

Para garantizar el abordaje familiar y comunitario, con acciones que favorezcan el alcanzar logros en los territorios, se realizaron protocolos de intervención desde la evidencia científica, con el apoyo de los profesionales de CAPS y de la Secretaría de Salud Pública, por cada uno de los grupos de riesgo priorizados a intervenir en el Municipio.

Estos protocolos responden a la clasificación de la población según variable de la ficha y están estructurados según los modelos de prevención y las líneas operativas, para clarificar las intervenciones a realizar por el EMS (anexo).

❖ *Planes de cuidado*

Teniendo como referencia, que la estrategia busca empoderar a las familias sobre su cuidado, se establecieron metodologías de intervención dinámicas de acuerdo a las situaciones identificadas, las cuales se complementan con la entrega y ejecución de planes caseros, que corresponden a tareas sencillas que debe realizar la familia y se monitorean periódicamente por el Agente en Salud Pública.

❖ *Apgar familiar*

Para la evaluación del funcionamiento de la familia, se tomó como referencia el Apgar familiar, con el cual se busca evidenciar el estado funcional de la familia, desde la percepción del individuo valorado.

Se aplica en CAPS a todos los integrantes de la familia de 15 a 34 años de edad. Es una prueba de tamización, a través de un cuestionario de 5 preguntas que consideran la Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto y Recursos familiares en una escala de 0 a 4 puntos y se hace de manera individual debido a que considera aspectos subjetivos y de vivencias personales sobre cada una de estas áreas.

Una vez tabulado el test, permite categorizar las familias y su funcionalidad desde la percepción del evaluado, en buena, leve, moderada y severa (anexo).

❖ *Barthel*

Orientando las acciones a metodologías estandarizadas y validadas, la estrategia selecciono el índice de Barthel o escala de Barthel como el instrumento de referencia, para la valoración funcional de las personas con discapacidad y así apoyar la orientación de la rehabilitación domiciliaria.

El Barthel es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física. Este índice es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

Esta escala aporta información tanto a partir de la puntuación global, como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son

las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal. Es un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos, en donde a menor puntuación, más dependencia (anexo).

8. SISTEMA DE INFORMACIÓN - SICAPS

La Estrategia se complementa a nivel administrativo y operativo, mediante la disponibilidad de un sistema de información en línea desarrollado por el equipo técnico de la Secretaría de Salud Pública.

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.

Dicho sistema de información, consta de los siguientes módulos y sus componentes:

- Módulo de ficha familiar
- ✓ Estructurado de acuerdo a 3 bloques generales (datos básicos de vivienda, condiciones del hábitat y datos de persona) y a 9 específicos (ficha / vivienda, hábitat, datos básicos persona, antecedentes médicos, prácticas de salud y salud sexual, maternidad, condiciones de salud, componente mental y estilo de vida / conducta). (16)
- Módulo de Priorización
 - ✓ Identificación de la población sana
 - ✓ Identificación de la población en riesgo
 - ✓ Identificación de la población con síntomas a evento
 - ✓ Identificación de la población con el evento
 - ✓ Identificación de la población con evento crítico
- Módulo de Intervención
 - ✓ Evolución de la intervención

- ✓ Identificación de las intervenciones por área profesional, grupo priorizado y área de intervención
- ✓ Remisiones
- Módulo de actividades
 - ✓ Informe de actividades grupales y de educación
 - ✓ Identificación de las actividades por área profesional, grupo priorizado, tipo de intervención y área de intervención
- Módulo de Reportes
 - ✓ General según frecuencias, porcentajes y puntuación del riesgo
 - ✓ Georeferenciación
 - ✓ Evaluación de cobertura por territorio

9. MONITOREO Y EVALUACION

La estrategia está diseñada para que a nivel directivo, se disponga de información permanente, con análisis constante y oportuno, que permita la toma de decisiones y con ello la coordinación genere el direccionamiento de las intervenciones de acuerdo a las prioridades, promoviendo la intervención focalizada y orientada a alcanzar resultados según las condiciones de salud de la población.

Bajo este contexto, se realiza la captura, procesamiento y análisis de la información, según las prioridades de la estrategia CAPS, desde dos áreas, la ficha familiar y el componente comunitario.

a. Monitoreo

El monitoreo corresponde al proceso integral y permanente mediante el cual se llevará a cabo la observación, valoración, ajuste y retroalimentación oportuna al Equipo Móvil de Salud, por medio de visitas de campo, seguimientos telefónicos, reuniones de equipo y revisión de informes, tomando como insumos el SI-CAPS, los protocolos de intervención, lineamientos, instructivos y modelo CAPS, normatividad, Guías de Práctica Clínica, entre otros, que permita mejorar las competencias y resultados esperados con la Estrategia

Tabla 9. Actividades de monitoreo

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD
Monitoreo de la información	Seguimiento en línea a la caracterización de las familias
	Seguimiento al cumplimiento con las remisiones
	Seguimiento a la oportunidad en la evolución
	Retroalimentación continua a la pertinencia de las evoluciones
	Verificación de la calidad del dato
Monitoreo de la intervención en los territorios	Verificación con el cumplimiento de cronogramas
	Visitas de campo a intervenciones familiares y comunitarias
	Verificación de la satisfacción de los usuarios con las intervenciones realizadas
	Verificación del cumplimiento de protocolos establecidos en el plan de intervención familiar según población o

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD
	evento a intervenir
	Verificación del desarrollo del plan de acción comunitario
	Identificación del trabajo en equipo realizado
Monitoreo de los resultados	Evaluación de la productividad y logros del equipo CAPS
	Medición de resultados según indicadores
	Investigación en salud
	Verificación del proceso de remisión y articulación con las redes intersectoriales
	Verificación del cumplimiento del plan de capacitación al equipo móvil

Fuente: Propia. 2017

b. Evaluación

De acuerdo a los componentes, líneas de acción, grupos priorizados y las diferentes estrategias que se ejecutan en el marco de CAPS, se llevará a cabo la evaluación de la misma mediante el análisis de indicadores de proceso, resultado e impacto, los cuales se relacionan a continuación:

Tabla 10. Batería de indicadores CAPS

TIPO INDICADOR	NOMBRE	ESTRATEGIA	POBLACIÓN	LÍNEA OPERATIVA	COMPONENTE
Resultado	No. de hogares Libres de Humo de Tabaco	Hábitat saludable	Todas	Promoción de la salud	Comunitario
Resultado	No. de alianzas consolidadas				
Resultado	% de mejoramiento de los aspectos generales del hábitat familiar y social				
Resultado	% de mejoramiento de las condiciones locativas del hábitat familiar y social				
Resultado	% de mejoramiento de las condiciones de alimentos del hábitat familiar y social				

TIPO INDICADOR	NOMBRE	ESTRATEGIA	POBLACIÓN	LÍNEA OPERATIVA	COMPONENTE
Resultado	% de mejoramiento de la tenencia de animales del hábitat familiar y social				
Resultado	% de mejoramiento del entorno de la vivienda del hábitat familiar y social				
Resultado	% de mejoramiento de las condiciones del agua del hábitat familiar y social				
Resultado	% de mejoramiento de la dotación sanitaria del hábitat familiar y social				
Proceso	No. de sectores objeto de intervenciones de la EVS	Vivienda saludable	Todas	Promoción de la salud	Comunitario
Proceso	No. de viviendas de la EVS beneficiadas				
Proceso	No. de actividades educativas de la EVS				
Proceso	No. de estrategias implementadas de Comunicación y Educación en Salud				
Resultado	No. de líderes con asistencia a más del 75% de las reuniones de núcleos de la EVS				
Resultado	% de viviendas con mejoramientos físicos, según el No. de viviendas que requerían ajustes				
Resultado	No. de proyectos sociales comunitarios liderados por la EVS				
Resultado	% de personas que mejoran su información en salud desde EVS				

TIPO INDICADOR	NOMBRE	ESTRATEGIA	POBLACIÓN	LÍNEA OPERATIVA	COMPONENTE
Impacto	% de riesgos modificados por sector, al implementar la EVS.				
Proceso	No. de PcD beneficiados de RBC	RBC	PcD, sus familias y comunidad vecina	Promoción de la salud	Comunitario
Proceso	% de PcD captados por la estrategia con criterios para RBC que ingresan al programa				
Resultado	No. de familias con asistencia a más del 75% de las reuniones de RBC				
Resultado	No. de líderes comunitarios con asistencia a más del 75% de las reuniones de RBC				
Impacto	% de PcD de RBC con procesos de inclusión social				
Impacto	% de PcD de RBC con procesos de inclusión educativa				
Impacto	% de PcD de RBC con procesos de inclusión económica				
Impacto	% de personas que mejoran en su funcionalidad según índice Barthel				
Proceso	No. de grupos conformados				
Proceso	Promedio de asistentes por grupo				
Proceso	No. de sesiones realizadas				
Resultado	% de personas que mejoran su situación				

TIPO INDICADOR	NOMBRE	ESTRATEGIA	POBLACIÓN	LÍNEA OPERATIVA	COMPONENTE			
	posterior a la intervención							
Proceso	No de familias caracterizadas	Interven- ción familiar	Todos	Gestión del riesgo	Salud			
Proceso	No de personas sanas		Todos					
Proceso	No de personas con riesgo a evento		Todos					
Proceso	No de personas con evento critico		Todos					
Proceso	No de personas con evento		Todos					
Resultado	% de menores de 6 años con vacunas completas		Menores de 6 años					
Resultado	% de embarazadas en controles de su embarazo		Gestantes					
Resultado	% de población que mejora sus hábitos alimenticios		Todos					
Resultado	% de personas con cesación del consumo de cigarrillo		Hombres					
Resultado	% de NNA que ingresan al sistema educativo		NNA					
Resultado	% de personas activas físicamente		Todos					
Resultado	% de personas con consumo responsable del alcohol		Adultos					
Resultado	% de madres que practican lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses.		Madres					
Resultado	% de personas con mejora de su higiene oral		Todos					
Proceso	No. de encuentros comunitarios realizados							

TIPO INDICADOR	NOMBRE	ESTRATEGIA	POBLACIÓN	LÍNEA OPERATIVA	COMPONENTE
Proceso	No. de líderes sociales y comunitarios capacitados	Participación comunitaria	Todas	Gestión salud publica	Comunitario
Resultado	No. de líderes participantes en los núcleos				
Resultado	No. de instituciones que participan en el diagnóstico				
Resultado	No. de diagnósticos comunitarios				
Resultado	No. de núcleos constituidas activos				
Resultado	No. de proyectos elaborados por los núcleos				
Proceso	No. de instituciones capacitadas en Atención Primaria en Salud	Redes intersectoriales	Todos	Gestión salud publica	Intersectorial
Resultado	No. de organizaciones con alianzas con CAPS				
Resultado	Sistema de referencia funcionando				
Resultado	No. de proyectos intersectoriales ejecutados				
Proceso	No. de profesionales operativos en la estrategia CAPS	Administrativo	Todas	Gestión salud publica	Salud
Proceso	SI-CAPS activo				
Proceso	No. de áreas priorizadas para la intervención de CAPS				
Proceso	Promedio de meses en un año de la Estrategia CAPS activa				

Fuente: Propia. 2017

10. PUNTOS DE ENCUENTRO ENTRE PAIS Y CAPS

Si bien es cierto que el modelo de intervención CAPS inicio en el año 2015, es decir antes de que se reglamentara la Política de Atención Integral en Salud, ambas comparten tanto una filosofía, como un marco de acción operativo similar.

El proceso de intervención en CAPS está orientado a generar impacto sobre la situación de salud de la población del Municipio de Manizales, bajo la modalidad de una intervención individual, familiar y comunitaria, teniendo como referencia la gestión del riesgo en salud. Este enfoque pretende a su vez generar conductas de autocuidado por la salud y bienestar propio y de la comunidad, buscando se materialicen en cada uno de los entornos donde se desenvuelve la estrategia, una cultura de promoción de la salud, siendo el escenario principal el hogar y la comunidad.

El concepto de cuidado juega así un papel central en CAPS y en la PAIS, definiéndola como la que “comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social” (4).

Este reafirma la dinámica planteada en el Municipio, en la cual se concentran las acciones en torno a la promoción de la salud, la disminución, control o mitigación de conductas de riesgo y complicaciones, de acuerdo a los estilos de vida y morbilidad referenciada en los territorios, desde la participación e intervención individual, familiar y comunitaria.

Tabla 11. Elementos fundamentales entre PAIS y CAPS

PLANTEAMIENTOS SEGÚN LA PAIS	OPERATIVIDAD EN CAPS
Se centra en la situación de las personas, familias y comunidades, facilita el reconocimiento y análisis de su situación como eje para la planeación y construcción de modelos territoriales y rutas específicas de atención, así como el ejercicio pleno del derecho a la salud	Caracterización familiar y comunitaria ✓ Ficha familiar ✓ Diagnóstico comunitario

PLANTEAMIENTOS SEGÚN LA PAIS

Promueve la valoración social de la salud para contribuir a la percepción social del riesgo y destaca la importancia de la participación para la comprensión de la necesidad de corregir prácticas, tanto personales como familiares y sociales en lo referente al cuidado

Abre espacios para la participación en salud y la intersectorialidad

Integra la comprensión de los fenómenos y sus formas de afrontarlos, a partir del reconocimiento, mapeo y análisis de las relaciones familiares y comunitarias, y de la población con los servicios de salud y los territorios

Actúa de acuerdo con los riesgos para la salud de las personas que cuida

Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios del personal de salud, quienes deberán responder por las acciones de salud del nivel primario en función de indicadores de proceso y resultados

Tiene un énfasis en lo promocional y preventivo, con enfoque familiar y comunitario de los cuidados, en articulación de las acciones individuales con las intervenciones colectivas, poblacionales e intersectoriales

OPERATIVIDAD EN CAPS

Conformación de redes comunitarias

- ✓ Diagnóstico comunitario
- ✓ Cartografía social
- ✓ Inventario de actores de la comunidad

Conformación de la Red comunitaria

- ✓ Reconocimiento de la oferta institucional
- ✓ Alianzas institucionales

Concertación de diagnósticos territoriales de la situación de salud

- ✓ Plan de intervención comunitario
- ✓ Núcleos constituidos

Clasificación de la población, de acuerdo a la caracterización definida por la CAPS

- ✓ Población sana
- ✓ Riesgo a evento
- ✓ Evento
- ✓ Evento critico

Asignación territorial de Equipos Móviles de Salud, conformados por diversos profesionales del área

- ✓ Social
- ✓ Salud
- ✓ Ambiental

Abordaje

- ✓ Domiciliario
- ✓ Interdisciplinario
- ✓ Articulador con la red de servicios
- ✓ Intersectorial

Centrado en intervenciones de tipo familiar y comunitario

PLANTEAMIENTOS SEGÚN LA PAIS

OPERATIVIDAD EN CAPS

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupos de autoayuda ✓ Encuentros comunitarios: Fórmula saludable
<p>Mejora la capacidad de resolución de los problemas desde el cuidado ambulatorio</p>	<p>Modalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Individual ✓ Familiar ✓ Comunitario
<p>Garantiza la continuidad, cuidado y seguimiento a los procesos y rutas integrales de la atención en salud, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada del componente complementario</p>	<p>Articulación con las EAPB, para promover la atención integral.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adscripción de equipos móviles en los territorios
<p>Garantiza una gran capacidad resolutive para la mayoría de los problemas de salud en el componente primario, el cual podrá incluir prestaciones de baja y mediana complejidad</p>	<p>Implementación de los protocolos de intervención y planes de acción comunitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planes caseros ✓ Remisiones ✓ Intervención interdisciplinaria
<p>Orienta la organización, formación y gestión de equipos integrales y transdisciplinarios de salud en el componente primario y en su relación continua con el talento humano del componente complementarios y el responsable de las acciones de salud pública en el contexto de las redes integrales de servicios de salud en función de poblaciones adscritas en territorios concretos</p>	<p>Definición y esquema de remisiones a la EAPB</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seguimiento a la efectividad de la referencia
<p>Trabaja en red tanto sanitaria como social para lograr la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud, incluyendo la activación de los programas sociales complementarios para personas y familias con necesidades de atención social enfocada</p>	<p>Activación de la red intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional ✓ Vínculo con la comunidad, creando confianza con el equipo y los actores identificados

Fuente: Propia. 2017

BIBLIOGRAFIA

1. Resolución 1536 de 2015. 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. Política de atención integral en salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2016
5. Plan Decenal de Salud Pública. 2012.2021. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2013
6. Resolución 3202 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2016
7. ALMA-ATA 1978. Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1978
8. Constitución Política de Colombia. República de Colombia. 1991
9. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2015
10. Resolución 429 de 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. 2016
11. Decreto Extraordinario 0042 de febrero 28 de 2005. Por medio del cual se asigna el nombre a las comunas y corregimientos del Municipio de Manizales. Alcaldía de Manizales. 2005
12. Plan de Desarrollo Manizales 2012 – 2015: Gobierno en la calle. Alcaldía de Manizales. 2012
13. Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Folleto de Introducción. Organización Mundial de la Salud. 2012
14. Lineamientos de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) para la Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS). Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública. 2017
15. Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad. Estrategia de Entornos Saludables. Sena. DNP. Acción social. OPS. Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de Educación Nacional. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Ministerio de Agricultura. 2009.

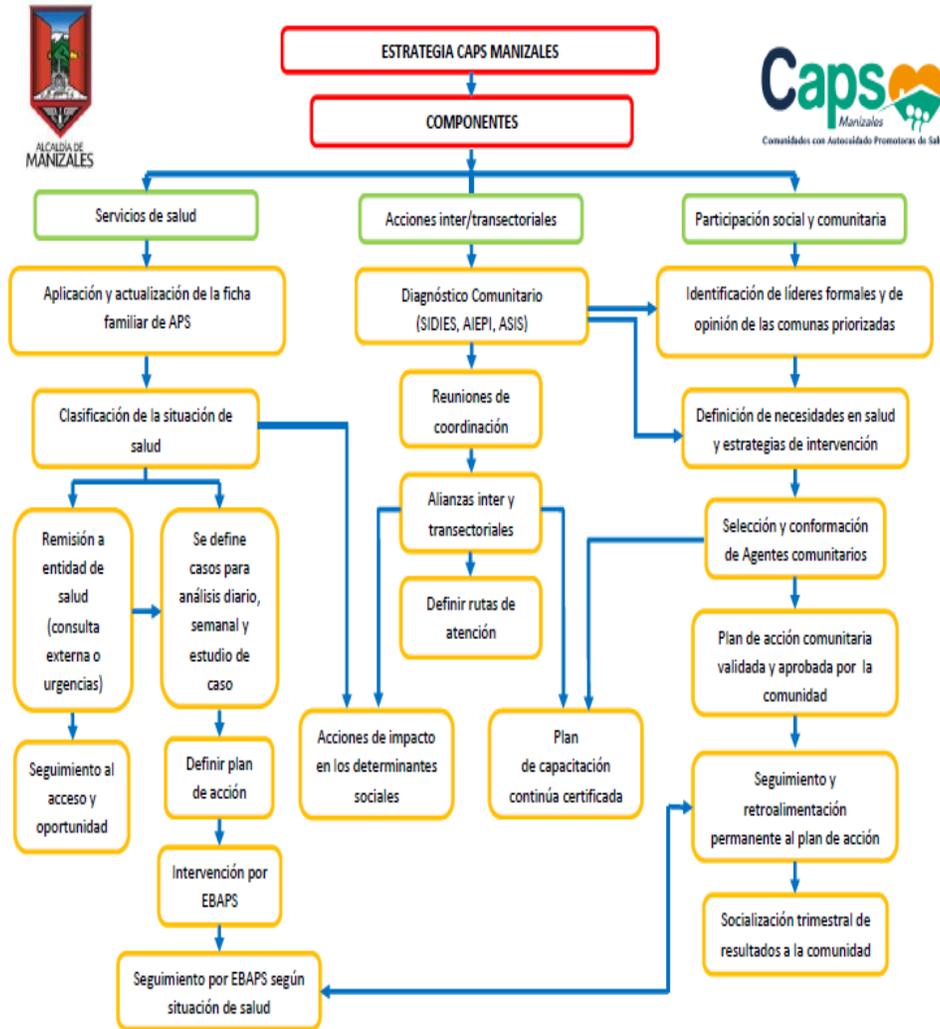
16. Instructivo ficha familiar Estrategia Comunidades con Autocuidado Promotoras de Salud (CAPS). Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública. 2017

VARIABLE FICHA FAMILIAR POR GRUPO PRIORIZADO

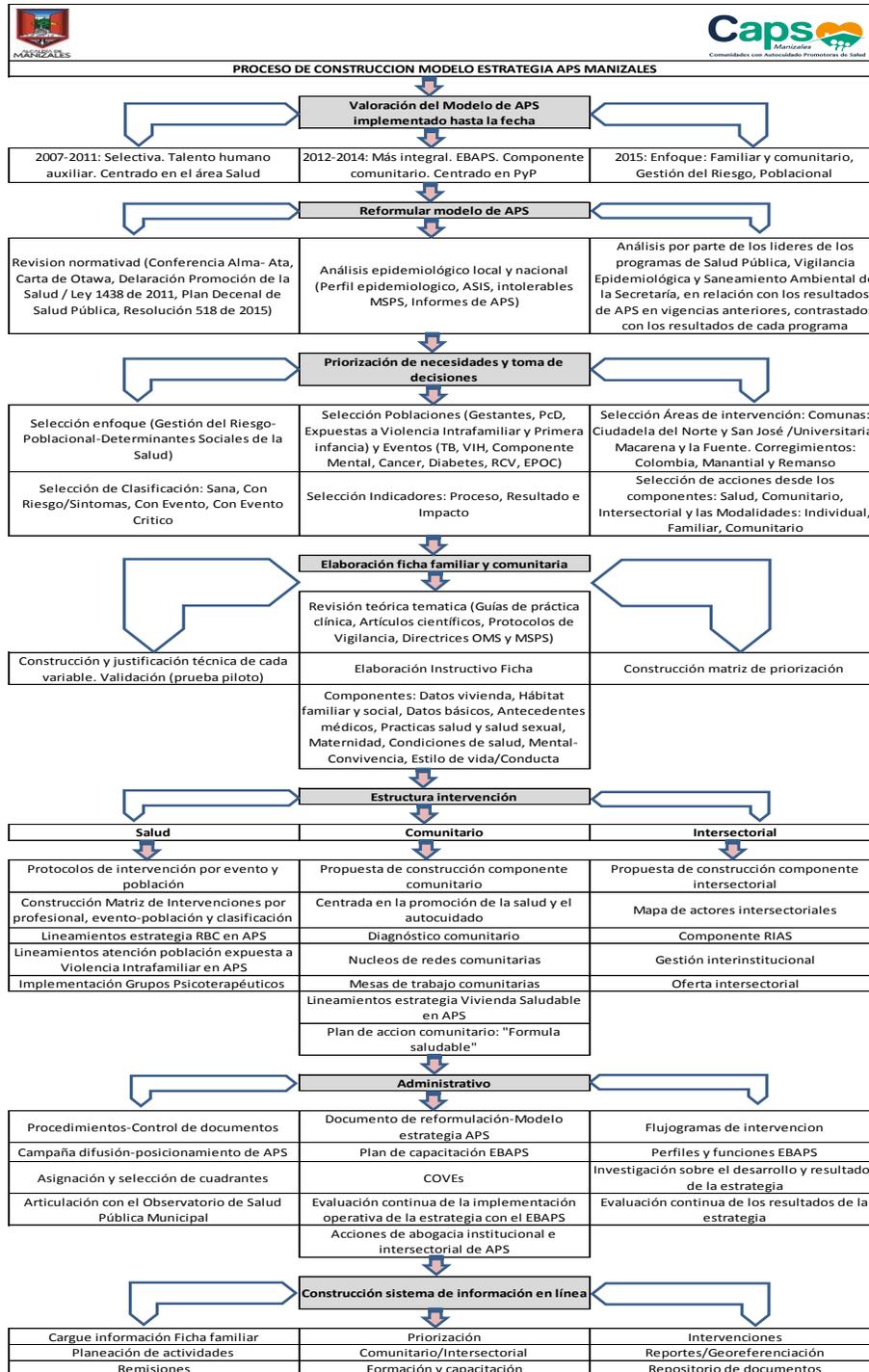
ALCALDIA DE MANIZALES SECRETARIA DE SALUD PUBLICA ESTRATEGIA CAPS			
VARIABLES DE IDENTIFICACION FICHA FAMILIAR APS MANIZALES POR GRUPO DE RIESGO			
CONDICION DE RIESGO	SIGNOS Y SINTOMAS	GRUPO PRIORIZADO/ POBLACION PRIORIZADA	CONDICION RIESGO CRITICO
Infermedad mental		GESTANTE	Asiste y es adherente al control
Adolescente (menor de 20 años) con vida sexual activa sin metodo de planificación			Identificar la clasificación del riesgo
Mujer con discapacidad cognitiva con vida sexual activa sin metodo de planificación familiar			Motivo del riesgo si lo hay
Mujeres mayores de 35 años con vida sexual activa sin metodo de planificación familiar			Complicaciones del parto y del puerperio
Consumo de cualquier SPA			Consumo de cualquier SPA
Difundición familiar severa			Enfermedad crónica
No Adherencia a planificación familiar en adolescente			Embarazo no aceptado
Adolescente en deserción escolar			Sospecha de violencia
Dificultades con el acceso al metodo de planificación familiar			< 20 ó > 35 años
Sospecha de violencia			Primigestante
Enfermedad crónica			Difundición familiar moderada a severa
Antecedente cesaria o parto instrumental			Antecedente cesaria o parto instrumental
Habitante en situación de calle			Presión arterial >130/95 o < 95/75
ITS			Enfermedad mental
Citología cervico uterina	Prostata: dificultad para orinar; sangre en la orina; sangre en el semen y dolor al eyacular u orinar	CANCER DE MAMA (4-18 (4)), PROSTATA (5-18 (11)), ESTOMAGO (18 (6)), CUELLO UTERINO - CERVIX (4): 18 (c.1), LEUCEMIA Y LINFOMAS EN DNA (18 (f.1)), PULMON (18 (g)), COLON - RECTO (18 (h))	Acceso al tratamiento
Resultado citología	Cáncer: pérdida inaprobable de peso, disminución y alteración en la materia fecal, sensación de que el intestino no se vacía por completo		Adherente al tratamiento
Antígeno prostático (50 años) (4)	Leucemia: melioidosis aguda en población pediátrica; adenomatosis benigna; dolor abdominal, dolores ocos, pérdida de apetito, pérdida de peso, sangrados en mucosas y/o piel		
Resultado antígeno prostático	Mama: Presencia de masas o bultos en los senos o en las axilas, endurecimiento o hinchazón de una parte de las mamas, enrojecimiento o hinchazón en el pezón o las mamas, hundimiento del pezón, salida de secreción por el pezón		
Antecedente familiar de primer o segundo grado, cancer (prostata - colon - mama) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (11)	Estomago: sangre en la materia fecal, pérdida de peso sin razón aparente, dolor o molestia en el abdomen, pérdida del apetito, gases o náuseas		
Hombres de raza negra (prostata) (3) (4)	Pulmon: ensanchamiento de los tejidos y/o existencia generalizada sin moco, esputo sanguinolento, dolor constante en el pecho, dificultad para respirar, infección recurrente que no cede (bronquitis, neumonía)		
Ser mayor de 50 - 55 años (3) (4) (5) (8) (9)	Cervix: Sangrado vaginal anormal, secreción vaginal inusual, dolor durante las relaciones sexuales		
Exposición materna durante la gestación a tabaco o alcohol (6)			
Inicio del periodo menstrual en una edad temprana (7)			
Entrada a la menopausia en una edad tardía (7)			
Mamografía			
Resultado mamografía			
Tener hijos después de los 30 años (7)			
No haber tenido hijos y nunca haber lactado (7)			
Consumo abusivo de alcohol (7)			
Helicobacter pylori (8)			
Alto consumo de sal (8)			
Exposición a humo de segunda mano (9) (10)			
Consumo de cigarrillo (7) (8) (9) (10) (11)			
Infección con VPH (11)			
VPH (11)			
Uso prolongado de anticonceptivos orales (11)			
Embarazo en adolescente (11)			
Obesidad (7) (8) (11)			
Sedentarismo (7)			
Consumo de cigarrillo		ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	Adherente al tratamiento
Alimentación no saludable			Acceso al tratamiento
Inactividad física			Hipertensión
Perímetro abdominal (>89cm mujeres y >98 cm hombres)	Hipertensión (Cefalea, tinnitus, sofocos y hemorragia conjuntival)		Diabetes
Sobre peso / Obesidad			Enfermedad Renal Crónica
Abuso de alcohol			Dalipdemia
Antecedente familiar de enfermedad cardiovascular			
Infermedad mental			
Presión Arterial Sistólica elevada			
Mayor a 40 años			Acceso al tratamiento
Consumo de cigarrillo		Adherente al tratamiento	
Exposición a humo de leña-carbon	Producción de esputo, Dificultad, Tos crónica, Bronquitis o sibilancias	EPOC	Consumo de cigarrillo
Antecedentes de TB			
Exposición al humo de cigarrillo de segunda mano			

Mayor a 45 años			Aceso al tratamiento
Inactividad física			Adherente al tratamiento
Antecedente familiar de diabetes	Sed excesiva, Orina con frecuencia, Hambre excesiva, Pérdida de peso, Pérdida de la sensibilidad en los pies, Cicatrización lenta, Adinamia	DIABETES	Inactividad física
Dieta no saludable			Dieta no saludable
Hipertensión			Consumo alcohol
Perímetro abdominal > 89cm mujeres y >98 cm hombres			Consumo de cigarrillo
Antecedente de diabetes gestacional			Enfermedad cardiovascular
Dislipidemia			Enfermedad periodontal
			Infección urinaria recurrente
			Enfermedad Renal Crónica
Trabajador sexual	Fiebre, faringitis, erupción macular de piel, mialgias, artralgias, candidiasis, herpes, anorexia, sudoración, pérdida de peso, depresión, diarreas permanentes, inflamación de los ganglios, TB, ITS	VIH	Aceso al tratamiento
Uso de SPA por vía inyectable			Adherente al tratamiento
Hombre que tiene sexo con hombre			Presencia de infección oportunista (TB, ITS, Cáncer cuello uterino)
Habitante en situación de calle			Embarazo
			Asistencia al programa de atención integral
Antecedente de depresión	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido triste o decaído mayor parte del día, casi todos los días?		Aceso al tratamiento
Antecedentes familiares (Esquizofrenia - TABI) (13) (14) (15)	¿Ha pensado o deseado que estaría mejor muerto?		Adherente al tratamiento
Situación reciente de problema psicosocial (separación, desempleo, muerte de un ser querido) (13)	¿Algún miembro de la familia ha identificado en usted un comportamiento extraño o anormal que afecta su cotidianidad?		Consumo de SPA
Consumo SPA (13) (15)		DEPRESION 18 (j) – ANSIEDAD 18 (j) – ESQUIZOFRENIA 17 (k) – TAB 17 (u)	Enfermedades cardiovasculares
Tener una enfermedad crónica (13)			
Antecedentes de intento de suicidio (13)			
Sedentarismo (13)			
Situaciones adversas durante el embarazo, parto y puerperio (14) (15)			
Retraso desarrollo psicomotor en el primer año de vida (14)			
Antecedente de un trastorno mental en la niñez (15)			
Dificultades en la relación padres e hijos (14)			
Abuso sexual en la infancia (14)			
Dificultades escolares (14)			
Lactancia materna			Asiste a control CyD
Inadecuadas prácticas de alimentación			Asistencia al odontólogo
Uso de biberón o chupón			Diarrea
Esquema de vacunación incompleto			Neumonía
Bajo peso al nacer			Cartas
Alteraciones nutricionales (desnutrición)			Control recién nacido
Prácticas inadecuadas de higiene oral			
Consumo de agua no potable			
Servicio inadecuado de disposición de excretas			
Inadecuada tenencia de animales domésticos			
Inadecuada manipulación de alimentos			
Prácticas higiénicas básicas (vivienda - personas)			
Hacinamiento			
Contacto con paciente bacilífero recientemente diagnosticado (riesgo de infección)			
Sospecha de maltrato			
Hipotiroidismo congénito			
Enfermedad crónica			
Riesgo social de violencia			
Complicaciones en el embarazo y parto			
Riesgo accidentalidad casero			
Adulto mayor			
Consumo SPA			
Desnutrición			
Victima			
Resultado APGAR familiar moderado a severo			
Consumo de alcohol y otras SPA			
Hacinamiento			
Discapacidad			
Antecedentes de exposición a la violencia			
Trabajador sexual			
Desplazamiento			
Riesgo social de violencia			
Integrante de la familia con enfermedad mental			
Hacinamiento			
VIH diagnosticado			
Diabetes			
Desnutrición			
Cáncer			
Enfermedad Renal Crónica			
Drogadicción			
Habitante en situación de calle			
	Tos con expectoración mucosa mayor a 15 días, tos persistente mayor a 21 días en niños, inapetencia, dolor torácico al respirar y/o toser, sudoración nocturna, pérdida de peso y fiebre persistente	TUBERCULOSIS	Aceso al tratamiento
			Adherente al tratamiento
			Prácticas higiénicas básicas (vivienda)
			Desnutrición
			Hacinamiento

FLUJOGRAMA CAPS POR COMPONENTES



PROCESO CONSTRUCCIÓN MODELO CAPS



APGAR FAMILIAR

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive sola, su “familia” consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes. Para cada pregunta marcar sólo una equis (X) la que parezca aplicar para usted durante los seis últimos meses.

PREGUNTAS	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me siento satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	0	1	2	3	4

Una vez tabulado el test, se debe registrar el resultado del mismo, en términos de:

Buena: De 18-20 Puntos.

Leve: De 14-17 puntos.

Moderada: De 10-13 puntos.

Severa: 9 o menos puntos.

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD (BARTHEL)

ESCALA DE BARTHEL	
COMER	
Incapaz	0
Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA	
Incapaz, no se mantiene sentado	0
Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	5
Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
Independiente	15
ASEO PERSONAL	
Necesita ayuda con el aseo personal.	0
Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
USO DEL RETRETE	
Dependiente	0
Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.	5
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
BAÑARSE/DUCHARSE	
Dependiente.	0
Independiente para bañarse o ducharse.	5
DESPLAZARSE	
Inmóvil	0
Independiente en silla de ruedas en 50 m.	5
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	10
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
Incapaz	0
Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
Independiente para subir y bajar.	10
VESTIRSE Y DESVESTIRSE	
Dependiente	0
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	5
Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	10
CONTROL DE HECES	
Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
Accidente excepcional (uno/semana)	5
Continente	10
CONTROL DE ORINA	
Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	0
Accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	5
Continente, durante al menos 7 días.	10
TOTAL	

INTERPRETACIÓN: 0-20: Dependencia total / **21-60:** Severa / **61-90:** Moderada / **91-99:** Leve



ALCALDÍA DE MANIZALES
Calle 19 No. 21-44 Propiedad Horizontal CAM
Teléfono 8879700 Ext 71500
Código postal 170001
Atención al cliente 018000968988