

## **MANUAL ESTRATEGIA CASA SANA**

### **DIRECCION OPERATIVA SALUD PÚBLICA**

#### **DIMENSION PROMOCION SOCIAL**

**LIDER**

**LINA MARIA TABARES LENIS**

## Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. OBJETIVO GENERAL .....	5
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
4. NORMOGRAMA .....	6
5. GUIAS Y PROTOCOLOS DEL PROGRAMA (INTERNOS Y/O EXTERNOS).....	7
6. COMPONENTES O LÍNEAS DE ACCIÓN .....	7
7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	8
8. RECURSO HUMANO .....	8
9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES .....	10
10. INDICADORES: (BIENESTAR, PRODUCTO Y PROCESO).....	23
11. POBLACIÓN OBJETO .....	24
12. Sectores priorizados.....	24
13. MATRIZ ACTORES INVOLUCRADOS (INTERNOS Y EXTERNOS).....	25
14. IDENTIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA 28	
15. GUÍAS PROTOCOLOS.....	30
16. FORMATOS UTILIZADOS EN EL PROGRAMA (INTERNOS Y/O EXTERNOS) 30	
17. RELACIÓN DE INFORMES A PRESENTAR POR PROGRAMA .....	30
18. RELACIÓN DE COMITÉS A LOS CUALES PERTENECE EL PROGRAMA ....	30
19. PARTICIPACIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPALES .....	30

## 1. INTRODUCCIÓN

La estrategia está orientada a mejorar las condiciones de vida de la población de Pereira mediante el mejoramiento de las condiciones del entorno, individuales y colectivas en el marco de la Atención Primaria en Salud Renovada.

La ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y de manera equitativa.

En el capítulo III artículo 12 la ley mencionada hace énfasis en la Estrategia de Atención Primaria en Salud la cual estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana.

La ley estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, establece en su artículo 9: Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.

En consecuencia, a lo anterior la política de atención integral en salud (PAIS), considerando los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria (APS), 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

En esta misma política se define APS como la estrategia básica e integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas

competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

El modelo operacional de la Política de atención integral en salud (PAIS) se lleva a cabo a través del modelo Integral de atención en salud (MIAS), el cual incluye caracterización de la población, rutas integrales de atención en salud entre ellas promoción y mantenimiento a la salud, gestión integral del riesgo, componentes que hacen parte integral de la Atención primaria en salud y el mejoramiento de entornos.

La resolución 2626 de 2019 por medio de la cual se establece el Modelo de Acción Integral territorial (MAITE), fundamentado en la atención Integral en salud, y la promoción de la cultura del cuidado

La Atención Primaria en Salud es la 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.

En el municipio de Pereira, se observa alta prevalencia de factores de riesgo para la salud en los ambientes físico, Cognoscitivo, psicológico y social de las familias pobres y vulnerables del municipio, algunos factores de riesgo identificados son: Inadecuados procesos de diagnóstico participativo en salud integral cuya unidad de análisis involucra el individuo, la familia y el entorno, Deficientes procesos de información, comunicación y educación en salud, débil cultura del autocuidado, poca participación comunitaria en la detección de riesgos, poca organización comunitaria para procesos de movilización social, desarticulación comunitaria con empresas o entidades, procesos inadecuados de demanda inducida, falta de cogestión del riesgo entre aseguradores, prestadores, entes territoriales, sector público y/o privado, barreras en la prestación de servicios de salud.

Implementar esta estrategia en el municipio permite trabajar de manera conjunta con familias y comunidades desde el escenario de la salud como una oportunidad de no enfermar o mitigar los riesgos en salud. Es una estrategia

que demanda análisis permanente de los ejercicios de caracterización de las familias que habitan en los barrios y veredas priorizadas para identificar la disminución de riesgos detectados de los ambientes físico, psicosocial y de conocimientos y prácticas en salud.

## 2. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida y cuidado de la salud, de los individuos, la familia y las comunidades del municipio de Pereira, mediante procesos orientados al reconocimiento y modificación de los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto.

## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar las comunidades a intervenir por medio de un instrumento que determine los factores de riesgo en salud de las familias intervenidas
- Realizar demanda inducida a las instituciones prestadoras de servicios de salud para programas de detección temprana y protección específica.
- Realizar actividades de educación en salud a nivel intradomiciliario y barrial para aumentar el nivel de conocimiento sobre prácticas saludables en cada una de las etapas del ciclo vital
- Conformar redes de apoyo social en las comunidades intervenidas para mejorar la participación comunitaria
- Mejorar el nivel de funcionalidad familiar por medio de procesos de formación de habilidades para la vida en niños, padres cuidadores que afiancen la capacidad de adaptación, expresión del afecto, la comunicación y la participación.
- Realizar procesos de formación-acción familiar y comunitaria para mejorar las condiciones higiénico sanitarias de las familias y del entorno
- Lograr acciones interinstitucionales e intersectoriales articuladas para la mitigación de riesgos para la salud familiar
- Implementar un sistema de captura de información y de procesamiento offline

#### 4. NORMOGRAMA

Norma	Aspectos orientadores de cumplimiento.	Mencionar articulado
<b>Ley 1438 de 2011</b>	Reforma sistema general de seguridad social en salud	<b>Artículo 7.</b> Coordinación intersectorial.  <b>Capítulo III:</b> Atención Primaria en salud (Art. 12-13-14-15-16)
<b>Ley 1751 de 2015</b>	La cual regula el derecho fundamental de la salud, el cual comprende 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 para lo cual el estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación y paliación para todas las personas.	Artículo 65. Política de atención integral de salud.  Artículo 11: sujetos de especial protección: La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado
<b>Plan Decenal de Salud Pública 2.012 - 2.021</b>  <b>Resolución 1841 de 2013</b>	Define 7 dimensiones prioritarias salud pública y una dimensión transversal de gestión diferencial a poblaciones vulnerables	En cada una de las dimensiones plantea estrategias relacionados con los procesos de educación en salud, construcción de entornos favorables, crear redes de apoyo, participación social y comunitaria.
<b>Resolución 3280 de 2018</b>	Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud	<b>Capítulo 3.</b> Intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades. (intervenciones poblacionales, intervenciones colectivas  <b>Capítulo 7.</b> Aspectos a considerar en la implementación
<b>Resolución 2626</b>	Por el cual se modifica la política de atención integral	Artículo 8. Numeral 8.2. salud Pública

de 2019	PAIS y se adopta el modelo de acción integral en salud MAITE	
---------	--	--

## 5. GUIAS Y PROTOCOLOS DEL PROGRAMA (INTERNOS Y/O EXTERNOS)

**Guías:** Estrategia de Entorno Hogar Saludable, diciembre de 2018 (Ministerio de salud y protección social)

**Protocolos:** No aplica

## 6. COMPONENTES O LÍNEAS DE ACCIÓN

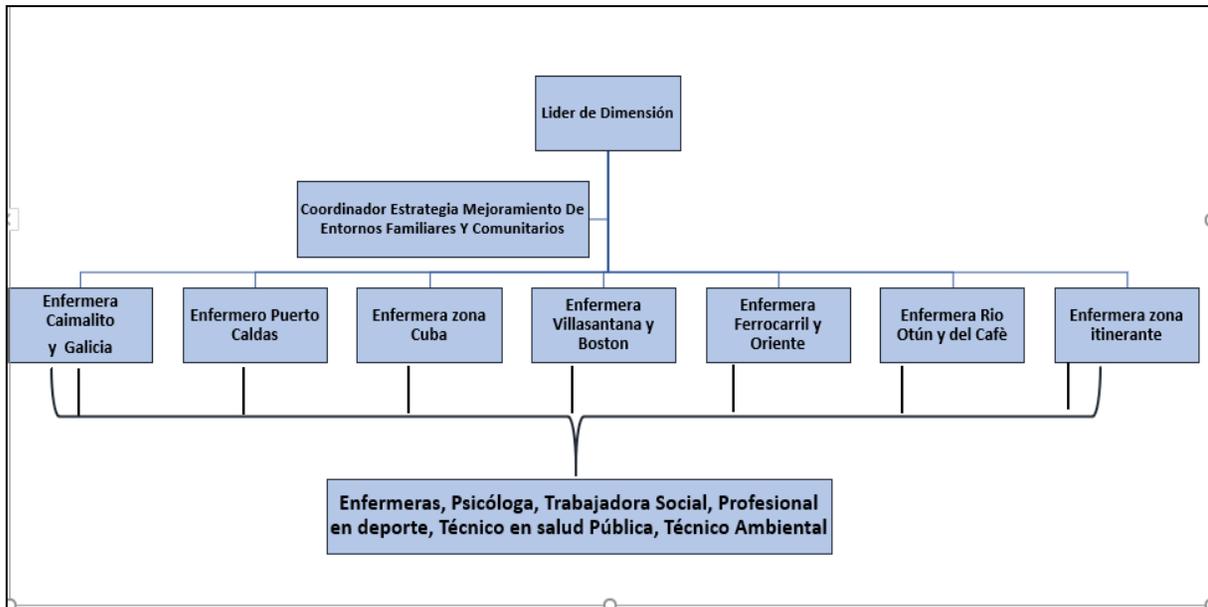
La estrategia desarrolla acciones en las líneas operativas de acuerdo al Plan decenal de salud Pública:

**Promoción de la salud:** a través del mejoramiento de entornos familiares y comunitarios con procesos de participación social y educación en salud. Incluye componentes de: Socialización y Conformación De Redes Sociales, Caracterización familiar, barrial y del entorno comunitario, educación en salud.

**Gestión del riesgo:** con derivaciones a la red prestadora de servicios de salud, verificación de las canalizaciones efectivas a las rutas establecidas para la atención integral en salud. Incluye canalización a la red prestadora de servicios de salud

**Gestión de la salud pública:** acciones de articulación intersectorial e interinstitucional para la promoción, prevención, mitigación y superación de riesgos. Incluye análisis de indicadores, seguimiento y toma de decisiones de acuerdo a los resultados

## 7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



## 8. RECURSO HUMANO

### Recurso Humano contratado por la alcaldía

PROGRAMA	PERFIL	CANTIDAD
Mejoramiento De Los Entornos Familiares Saludables Y Solidarios- Estrategia Casa	Enfermeras	8
	Psicólogos	1
	Trabajadoras Sociales	2
	Administradores Ambientales	2
	Profesionales Del Deporte	3
	<b>Total:</b>	

### Recurso Humano requerido por acciones colectivas

PROGRAMA	PERFIL	CANTIDAD
Mejoramiento De Los Entornos Familiares Saludables Y Solidarios- Estrategia Casa	Enfermeras	25
	Psicólogos	7
	Trabajadoras sociales	7
	Técnicos ambientales	7
	Técnico en salud	14

	pública	
	Profesionales del deporte	7
<b>Total:</b>		<b>67</b>

- **Enfermera líder de la estrategia:** Encargada de programar la inducción, elaborar el plan de trabajo, solicitar claves de usuarios para SPP y SISAP, definir actividades a digitar, realizar el seguimiento y consolidación al plan de desarrollo, plan territorial, plan de acción, evaluaciones trimestrales, Informe final de programa, realizar el diagnóstico del municipio, consolidar informes de acciones colectivas, realizar seguimiento a los sistemas de información, consolidar semanalmente los cronogramas de actividades, revisar informes de los enfermeros de cada zona, realizar acompañamientos en campo.
- **Enfermera coordinadora de zona o sector:** Persona encargada de liderar e integrar todos los componentes de la estrategia en la zona asignada (consolida la información de las actividades realizadas por cada contratista). Además, realiza reuniones de equipo, consolida cronogramas del equipo de la zona, apoya la revisión de informes, realiza seguimiento a los planes de acción, realiza acompañamiento y asistencia técnica de campo.
- **Enfermeros:** Realizan las visitas de caracterización, las visitas educativas y las acciones de canalización a los diferentes programas o profesionales, Representan el contacto directo con las familias.
- **Psicólogo (a):** Es el profesional encargado de promocionar la salud mental y la sana convivencia, a través de las visitas de intervención breve, el museo del buen trato y otras modalidades educativas
- **Trabajadora social:** Responsable de movilizar la participación social y comunitaria. Se encarga de motivar y movilizar a los líderes del barrio y promover la participación de la comunidad en general, al mismo tiempo, es la encargada de articular el equipo de profesionales a las necesidades de la comunidad de acuerdo con el desarrollo del plan de acción en cada barrio y para el caso de la socialización y el festival de la salud, es la encargada de conducir el paso a paso de toda la actividad.

- **Técnico de saneamiento:** responsables de reforzar la construcción de entornos saludables intradomiciliarios y entornos inmediatos a la zona de residencia. Se encargan de sensibilizar a la comunidad frente a la importancia de velar por los aspectos ambientales y el mejoramiento del entorno, realiza caracterización del entorno, proyecta y ejecuta el plan de acción ambiental, realiza visitas educativas a familias y establecimientos.
- **Técnicos en salud pública:** Dinamizan el apoyo a los procesos de convocatoria y movilización social en los diferentes sectores. Contribuyen a la efectividad de las acciones de canalización realizando la entrega y el seguimiento de las citas.
- **Profesionales del deporte:** Son los encargados de motivar e incentivar en las comunidades la adopción de prácticas de actividad física a través de la conformación de nodos, cuya prioridad son los niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes.

## 9. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

### Momentos de implementación – descripción de actividades

Las acciones se ejecutan a través de un equipo interdisciplinario en salud que trabaja sobre una acción de gestión intersectorial. La estrategia aplica en todos los momentos del curso de vida de cada uno de los miembros de las familias caracterizadas

**9.1 Inducción al recurso humano:** es una actividad que se realiza al 100% de los contratistas. Tiene como objetivo socializar la estrategia, en cada uno de los momentos de implementación. Permite establecer criterios operativos y análisis de contexto situacional.

Consta de una agenda que cubre contenidos integrales en el marco de la estrategia APS y mejoramiento de entornos.

El proceso de inducción se realiza entre 4 y 6 días en los siguientes momentos:

- a. Apertura y bienvenida por parte de los directivos (secretaria de salud, director operativo de salud pública y líder de la dimensión)
- b. Presentación general de la estrategia
- c. Desarrollo de contenidos complementarios: Aseguramiento en salud, Salud Bucal, Alimentación Saludable, Lactancia materna,

- Toma de medidas antropométricas, Vacunación en niños y niñas menores de 6 años, Prácticas Clave AIEPI, Prevención de violencia sexual, ETV (Enfermedades Transmitidas por vectores), COREAC (Convivencia Responsable con Animales de Compañía), Intervención Breve, Socialización y diligenciamiento de formatos (Incluida la ficha familiar de caracterización)
- d. Al finalizar el proceso de inducción se realiza un test de conocimiento, que contiene preguntas de los temas vistos en las inducciones, en los casos con puntaje menor a 3.5 en el primer test, se realiza una segunda prueba con el objetivo de mejorar el puntaje inicial y por ende mejorar en los conceptos adquiridos.

**Formato Utilizado:** Registro SPP y Registro fotográfico. Se digita en el SISAP bajo la denominación inducción

## 9.2 Socialización y Conformación de Redes Sociales.

Activación de líderes comunitarios y veedores en salud, conformación de nodos de participación comunitaria, nodos para el mejoramiento de ambiente psicológico y nodos de proyectos de emprendimiento social.

La base de datos inicial de líderes comunitarios se obtiene desde el área de aseguramiento, pero se confirma en campo, con el desplazamiento a los barrios o veredas para obtener la información actualizada.

El primer paso que se realiza después de tener los datos de los líderes, es el contacto inicial con algún miembro de la junta de acción comunal, para contextualizarlo frente a la estrategia; de ahí se puede obtener información de otros actores sociales, como integrantes de organizaciones sociales, grupos deportivos, juveniles, culturales, religiosos, de adultos mayores, veedores de la salud, etc., los cuales apoyan la ejecución de actividades desde la convocatoria a la comunidad y el voz a voz de que el equipo va a estar en la zona.

Después del contacto inicial con los líderes, se programa una reunión comunitaria, en la cual se hace extensiva la invitación puerta a puerta, con el objetivo que las personas del sector participen y conozcan la estrategia y las actividades que se van a realizar, además se hace la presentación de los profesionales que van a estar en campo; en esa misma actividad se realiza la movilización comunitaria para que las personas participen de los diferentes grupos o nodos comunitarios, los cuales se reúnen de manera periódica con el objetivo de capacitar y fomentar diferentes temas educativos en salud, con el fin de que repliquen y compartan esta

información con su comunidad, propiciando un espacio de sensibilización y concientización que incentive el empoderamiento de la comunidad frente a diversas temáticas.

Después de conformar los grupos y definir la frecuencia de encuentro se realiza el plan de acción de las actividades a ejecutar de acuerdo a las necesidades identificadas desde la caracterización, el diagnóstico participativo, el perfil epidemiológico y las necesidades propias del sector, el formato definido para plan de acción cuenta con una estructura dividida en tres ambientes (ambiente físico, Psicosocial y de salud), los cuales tienen las siguientes variables: necesidad, actividad, meta, fecha de implementación y responsable, en las reuniones de equipo de cada zona, se realizan los seguimientos a los planes de acción, ya que se retroalimentan las actividades ejecutadas por todos los contratistas.

**Formatos Utilizados:** Registro SPP, Acta de reunión, Acta de conformación de nodos red promoción social, plan de acción nodos y registro fotográfico.

### 9.3 Recorrido Barrial

El conocimiento inicial de las zonas asignadas se hace mediante un recorrido por cada uno de los barrios, para establecer los primeros contactos con la comunidad y la identificación de recursos físicos y organizacionales.

Se inicia el recorrido por el barrio, el cual es liderado por la trabajadora social. Además de la observación directa se realizan conversaciones informales con el mayor número de actores de la comunidad, como residentes, líderes sociales, veedores de la salud, comerciantes, policía, bomberos, líderes religiosos, líderes juveniles, líderes de programas de adulto mayor, entre otros; de esta manera se inicia el conocimiento de la historia del barrio, en algunos casos se encuentran primeros pobladores que van a enriquecer la información.

Durante el recorrido barrial se debe realizar contacto directo con los encargados de programas o instituciones como por ejemplo las Instituciones Educativas, Iglesias, centros de beneficencia, centros de desarrollo, corregidores, jueces de paz entre otros, Además se deben ubicar los lugares de entretenimiento y esparcimiento con que cuenta el barrio, desde el aspecto social, recreativo y lúdico. Es importante conocer con qué recursos físicos puede contar la Estrategia para la realización de actividades grupales y masivas.

A los recorridos barriales generalmente asiste todo el equipo: Trabajador Social, profesional de psicología, técnico de control ambiental, técnico en salud pública y enfermeros.

De este recorrido del barrio o vereda, el técnico ambiental obtiene información para la elaboración del diagnóstico ambiental, que corresponde a un informe técnico en el cual se identifican las condiciones ambientales, sanitarias, sociodemográficas, equipamientos colectivos y los servicios públicos con que cuenta cada sector.

Para la realización del diagnóstico ambiental los técnicos utilizan una lista de chequeo que contiene cada uno de los aspectos a evaluar y posteriormente sistematiza la información para obtener el informe técnico donde se describe detalladamente cada uno de los aspectos evidenciados durante el recorrido en campo.

La realización del diagnóstico ambiental debe tener una periodicidad anual.

**Formato Utilizado:** Lista de chequeo diagnóstico ambiental, Instrumento visita social

#### 9.4 Entrevista Comunitaria

La entrevista se convierte en un instrumento de recolección de información para ampliar el conocimiento del barrio en cuanto a su organización social, recursos, cultura y participación comunitaria.

Permite conocer de manera directa, lo que piensa y siente la comunidad acerca de su barrio, el conocimiento general que tienen de él, las historias que han escuchado con respecto a su origen y el desarrollo en general, además de las costumbres de sus residentes y cambios que ellos manifiestan como “fuertes”.

Esta información es valiosa, para la planificación de la intervención del Trabajador Social, en los hogares y en la comunidad en general.

La entrevista comunitaria estructurada, la realiza el trabajador social, aplicando el instrumento Plantilla de Entrevista, el cual puede aplicarse con grupos pequeños (de tres o cuatro personas), especialmente teniendo en cuenta a las personas adultas, porque facilita las recordaciones, cuando se trata de hablar del pasado, como la historia del sector.

La estructura de esta entrevista permite que las comunidades, reconozcan lo que es un proceso de transformación social partiendo de su propia historia, para evitar el sesgo y el mal hábito de considerar que en el trabajo comunitario solo se

mencionan problemáticas desconociendo los cambios positivos y las potencialidades en los barrios.

**Recomendaciones para la realización de la entrevista:**

Dar a conocer a los entrevistados, de una forma clara y sencilla, los objetivos y la justificación para realizar la entrevista.

Preguntar de tal forma que se motive al entrevistado a responder de manera completa y honesta.

Realizar las preguntas en forma fruida.

Evitar dar la impresión de ser un interrogatorio, y no una entrevista

El entrevistador no debe dar opiniones, realizar discusiones ni justificaciones, y debe tener el control de la entrevista.

**Formato Utilizado:** Plantilla de entrevista y observación para historia del barrio

## 9.5 Diagnóstico Participativo

“Es un método de participación ciudadana diseñado para obtener las opiniones y la participación de grupos de usuarios, hogares residenciales y otros actores locales en la recolección y análisis de información sobre innovaciones tecnológicas, intervenciones de desarrollo o propuestas de recursos o políticas de uso de la tierra que afectan a una comunidad o región.” Alberto Cajal.

El diagnóstico participativo se realiza a través de una reunión comunitaria, el proceso se inicia acordando con los miembros de la junta de acción comunal, la fecha y lugar de reunión. El trabajador social debe buscar la asistencia del mayor número miembros de la comunidad y de actores clave, como de los grupos focalizados que existan en el barrio.

La convocatoria puede ser realizada a través de carteleras, volantes y/o perifoneo, con dos días de anticipación y con un refuerzo el mismo día de la actividad, proceso realizado por los técnicos en salud pública.

El día acordado para la actividad deben participar todos los integrantes del equipo de casa sana de la zona.

La enfermera líder del sector, se dirige a los asistentes para agradecer su presencia y explicar de manera general en qué consiste el trabajo que se va a realizar y la utilidad que tendrá el producto final.

La trabajadora social explica la metodología que se va a utilizar (Metodología constructivista C3) constituida por 3 etapas: C1 Concientización, C2 Conceptualización y C3 Contextualización.

El desarrollo del C1 está a cargo del psicólogo del equipo, quien con una actividad rompe hielo, procura que los asistentes tengan una buena disposición para el trabajo que se va a realizar y, se acerquen de manera lúdica al contenido trazador de la reunión.

Para el desarrollo del C2 se hace uso de la Herramienta Árbol de Problemas, ya que permite identificar problemas centrales, desde donde se desprenden las causas y los efectos.

En este momento participan todos los asistentes, se dividen por subgrupos (un subgrupo para el componente físico o ambiental, un subgrupo para el componente psicosocial y un subgrupo de salud), cada subgrupo es liderado por el responsable del componente.

El trabajador social, debe llevar a la actividad el dibujo del árbol, del tamaño de un pliego de papel para cada subgrupo, (es decir que debe llevar 3 árboles)

Se pide a los asistentes que realicen una lluvia de ideas sobre aquellas situaciones que la comunidad identifica como impedimentos para lograr un bienestar general en el barrio, con relación a su entorno, el enfermero de caracterización debe ir escribiendo todo lo manifestado por los participantes en las palabras de ellos.

Una vez se termine la sesión de lluvia de ideas, se da lectura de las mismas para definir posibilidad de integración o de categorización.

Se analizan esas causas que llevan al problema y, se escriben estos problemas en el tronco del árbol, que para efectos de la dinámica el tronco representa el "Problema". Ya identificados los problemas, se reflexiona con la comunidad sobre las consecuencias que se derivan graficando éstas en las ramas del árbol.

El momento C3, está a cargo del trabajador social con la actividad Colcha de Retazos, la cual permite que por escrito los participantes propongan soluciones a las diferentes problemáticas que quedaron expresadas en los árboles de problemas contruidos.

Para esta actividad se entrega a cada participante una ficha de cartulina, que debe ser de diferentes colores para diferenciar las propuestas de cada ambiente (físico o ambiental, psicosocial y conocimientos y practicas).

Cuando se recogen todas las cartulinas se ubican en una pared frente al auditorio, de tal forma que se construye la Colcha de Retazos; es opcional que cada participante lea en voz alta lo escrito por él, generalmente la lectura de las fichas la realiza el trabajador social.

Puede concluirse diciendo que, así como se formó la colcha con pequeñas cartulinas, así mismo la comunidad unida y aportando sus conocimientos y habilidades se hace grande para lograr el bienestar general.

De esta manera se termina la actividad y los responsables de cada componente deben realizar el informe final del Diagnóstico para la entrega a la enfermera coordinadora.

Las metodologías sociales participativas, privilegian la construcción conjunta de soluciones o alternativas de solución a problemas que son sentidos por la comunidad.

**Formato Utilizado:** Formato de Diagnóstico social participativo

## **9.6 Caracterización.**

El momento de caracterización tienen en cuenta las visitas familiares de aplicación de ficha familiar a través de la cual se identifican factores de riesgo y factores protectores:

**9.6.1 Etapa previa a la Aplicación (Pre-visita):** incluye revisión de la base de datos para confirmar direcciones y datos básicos de las familias, organización de material necesario (registro SPP como soporte de la actividad, lapicero, tabla para apoyar, fonendo, tensiómetro, cinta métrica, escuadra, balanza y Tablet, la cual debe estar con carga y desde el aplicativo APS Pereira con las fichas del barrio descargadas.).

Teniendo en cuenta la importancia de la ficha familiar para el registro y caracterización de las familias, se discrimina el contenido de la ficha:

- Identificación, Área Geográfica Y Personas De La Familia
- Ambiente Físico
- Ambiente Psicosocial
- Ambiente Social
- Gestación

- Niñas y niños menores de 1 año
- Niños y niñas entre 1 y 5 años
- Niños y niñas entre 6 y 9 años
- Jóvenes entre 10 y 17 años
- Hombres y mujeres entre 18 y 44 años
- Hombre y mujeres mayores de 45 años

#### **9.6.2. Etapa de ejecución (Visita):**

- Saludo y presentación
- Observación del entorno intradomiciliario y entorno externo inmediato
- Diligenciamiento de la ficha familiar. Manejo de una comunicación asertiva, sin juicio de valor, con respeto y que genere confianza.
- Toma de medidas antropométricas.
- Educación de acuerdo al objetivo de la visita
- Establecimiento de compromisos según sea el caso
- Derivación a otros servicios si aplica el caso (canalización a la IPS o a otro programa)
- Establecimiento de un nuevo encuentro en caso que sea necesario
- Firma de soportes necesarios
- Agradecimiento –aclaración de inquietudes

**9.6.3. Etapa posterior a la visita (Post –visita):** Diligenciamiento de matrices para seguimiento o derivación a otros actores, programación de un plan de intervención familiar o seguimiento si el caso lo requiere.

**Formato Utilizado:** Aplicativo SISAP (ficha familiar), Registro SPP, matriz familias priorizadas

### **9.7. Visitas de educación en salud**

#### **9.7.1 Visitas de educación en salud y prevención de los factores de riesgo en salud ambiental**

Hace referencia a las visitas realizadas por el técnico o administrador ambiental en familias, las cuales en su mayoría son remitidas por los enfermeros de acuerdo a los hallazgos evidenciados en la caracterización.

El propósito fundamental de la visita es promover hábitos saludables frente a la recolección de residuos sólidos, convivencia con animales de compañía y

procesos de limpieza y desinfección, algunas veces estas visitas corresponden a seguimiento de quejas sanitarias o denuncias realizadas por la comunidad.

En los casos que se requiera de la intervención de otra institución o programa de acuerdo a las competencias, el coordinador del componente ambiental debe hacer el respectivo oficio de solicitud y seguimiento.

**Formato Utilizado:** Registro SPP

### **9.7.2 Visitas de educación en salud para la promoción de la sana convivencia y la funcionalidad familiar**

Se hace entrega de la base de datos de las familias con disfuncionalidad familiar, según los resultados del APGAR Familiar, adicionalmente se entregan visitas remitidas por los enfermeros que realizan la caracterización.

**9.7.3 Intervención cognitiva breve:** es un modelo de intervención orientada a incrementar la conciencia de las personas acerca de sus comportamientos problema, así como su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto (Búsqueda de soluciones e identificación de redes de apoyo).

Por tanto, la técnica busca identificar herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes. Así como para el cambio de comportamiento.

Su énfasis está en incrementar la autoeficacia y la motivación para el cambio, así como en la empatía, empleando entre otras, técnicas de escucha reflexiva que le permiten identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar. Dejando claro que la responsabilidad del cambio es exclusiva de la persona.

Al ser un tratamiento orientado a la resolución de problemas, la población a intervenir desde la estrategia Casa Sana está enfocada a familias detectadas con riesgo psicosocial en su funcionalidad familiar.

Este modelo de intervención, no constituye un tratamiento terapéutico para las personas con alguna psicopatología o que están en alto riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. No obstante, la intervención breve podría utilizarse para orientar a este tipo de usuarios hacia la ruta de atención en salud para la respectiva evaluación y tratamiento.

La intervención breve se basa en la entrevista motivacional, tiene en cuenta la teoría del cambio (los cuáles se presentarán de forma resumida en este escrito) y consta de cinco pasos básicos:

1. Plantear el tema en el marco de la salud de la persona
2. Examinar y evaluar capacidad de afrontamiento
3. Brindar retroalimentación
4. Hablar sobre el cambio y definir Metas

## 5. Realizar Síntesis y Conclusiones

Componentes de la intervención Breve: retroalimentación, responsabilidad, orientación para el cambio, menú de alternativas, empatía y empoderamiento.

Estos a su vez están asociados con la entrevista motivacional, la cual es un estilo de intervención dirigida a ayudar a las personas a avanzar en las etapas de cambio.

**9.7.4 Entrevista motivacional:** La entrevista motivacional es un estilo de interacción centrada en el usuario, que dirige a las personas a explorar y resolver su ambivalencia sobre el problema vs la solución y avanzar en las etapas de cambio.

Esta entrevista se basa en la comprensión de que el tratamiento eficaz ayuda a un proceso natural de cambio, y que esa motivación para el cambio ocurre en el contexto de una relación entre el usuario y el trabajador de la salud, aunque el tiempo que compartan juntos sea breve.

Un principio importante de la entrevista motivacional es la expresión de empatía por parte del trabajador de la salud hacia el usuario. Es especialmente importante evitar la confrontación y culpar o criticar al usuario. La escucha experta y reflexiva que aclara y amplía la propia experiencia e intención de la persona es una parte fundamental de la expresión de empatía.

El objetivo de la entrevista motivacional es crear y amplificar la discrepancia entre la conducta actual y las metas y los valores en general desde el punto de vista del usuario. Es importante que el usuario identifique sus propias metas y valores y que exprese sus propios motivos para el cambio. Una manera de hacer que los usuarios expresen sus propios motivos para el cambio es que el trabajador de la salud les haga preguntas abiertas.

Hacer preguntas abiertas es una técnica utilizada con frecuencia en la entrevista motivacional para hacer pensar y hablar a los usuarios sobre sus hábitos negativos y refuerza la noción de que estos son responsables de la dirección de la intervención y de las opciones relacionadas con sus hábitos.

Adaptarse a la resistencia: Un principio clave de la entrevista motivacional es aceptar como algo normal la ambivalencia y resistencia de los usuarios al cambio y pedirles que consideren nueva información y perspectivas. Cuando el usuario expresa resistencia, el trabajador de la salud debe replantearla o reflexionar sobre ella en vez de oponerse.

Es muy importante evitar la discusión a favor del cambio, ya que esto hace que el usuario adopte una posición defensiva.

Escucha reflexiva y resumen, Es importante reflexionar sobre las intenciones y sentimientos subyacentes que el usuario ha manifestado, así como las palabras que ha utilizado. La escucha reflexiva muestra al usuario que el trabajador de la salud entiende lo que se ha dicho; también puede utilizarse para esclarecer lo que el usuario quiso decir.

Resumir es una manera importante de reunir lo que ya se ha dicho y de preparar al usuario para el cambio. Resumir añade fuerza a la escucha reflexiva, en especial en relación con las inquietudes y charla sobre el cambio.

A continuación, se describe el paso a paso de la intervención Breve realizada en visita domiciliaria, de la estrategia Casa Sana:

1. Presentación del profesional: nombre, cargo actual y que pertenece a la estrategia Casa Sana, motivo por el cual se está realizando la visita como parte de la intervención integral contemplada desde la atención primaria en salud.
2. Escucha activa valora la situación e identifica las capacidades de afrontamiento, es decir habilidades en el usuario para generar el cambio.
3. Brindar retroalimentación, esta es proporcionada por el trabajador de la salud de manera objetiva, es la comunicación de la información relevante y pertinente al usuario.
4. Hablar sobre el cambio y definir Metas, para este punto es importante tener identificada “la conducta problema” que ha sido reportada por el usuario, con el fin de tener claridad en las metas u objetivos, las cuales deben ser alcanzables. Para ello se analizan las “cosas buenas” o aspectos positivos contra las “cosas menos buenas” o aspectos negativos acerca de la situación reportada, luego se resume y reflexiona sobre lo que los usuarios han expresado. Y se recuerda las metas u objetivos propuestos, por lo que es importante dejar tareas o actividades para realizar.
5. Diligenciar formato o instrumento empleado en la intervención Breve, programa Casa Sana, en este momento se está diligenciando una matriz de llamadas telefónicas.
6. Realizar Síntesis, Conclusiones y definir seguimientos.

Formato Utilizado: Formato de Atención psicológica a niñas niños y adolescentes programas comunitarios o Formato visita domiciliaria ficha sociofamiliar.

**9.7.5 Museo del Buen Trato:** Otra actividad educativa realizada desde casa sana hace referencia a la promoción del buen trato, bien sea a través de visita familiar o museo de buen trato.

El museo del Buen trato, es una herramienta didáctica psicosocial, que permite ser aplicada a todo tipo de edades y estratos socioeconómicos, por medio de fichas que contienen imágenes ilustrativas de diferentes actividades cotidianas del ámbito familiar, desde lo positivo y lo negativo, lo que permite generar una charla sobre la importancia de un ambiente tranquilo desde la familia; dejando un mensaje a las diferentes poblaciones, sobre los cambios generacionales, el ingreso de la tecnología y el mal uso de la misma, lo que ha sido un medio para que paulatinamente se vayan deteriorando los valores humanos, condición que afecta la socialización y la sana convivencia.

La realización de la actividad, es mediante la exposición de las imágenes, la cual se lleva a cabo como si fuera una exhibición, luego se realiza la discusión frente a lo positivo y lo negativo que se puede interpretar frente a lo observado y, finalmente el psicólogo motiva la educación frente al buen trato mediante tips o recomendaciones.

Formato Utilizado: Registro SPP

**9.7.6. Visitas Educativas en Salud para la promoción de estilos de vida saludable:**

Para el proceso de educación en salud se realiza la construcción de unidades didácticas con metodología constructivista C3 para educación familiar, y barrial que consta de 3 momentos, identificados como C1: Concientización (introducción al tema) C2: Conceptualización (Conceptos de la temática) y C3: Contextualización (Retroalimentación) y elaboración productos *eduducativos* de educación familiar, los cuales se implementan después de realizar la visita familiar de caracterización.

Los temas para las visitas educativas se priorizan teniendo en cuenta los factores de riesgo identificados en la caracterización, según el perfil epidemiológico del municipio y según las metas del plan de acción de la secretaría de salud pública y seguridad social.

Los temas priorizados son: Prevención de Cáncer de Mama y Cérvix, Alimentación saludable, Enfermedades Transmitidas por Vectores, Lavado de manos, Prevención de violencia sexual y denuncia, IRA y EDA, Signos de alarma en la

gestación, Erradicación de trabajo infantil y prevención de trata de personas, Convivencia Responsable con animales de compañía (COREAC), Limpieza y desinfección en el hogar.

**Formato Utilizado:** Registro SPP

### **9.8 Evaluación Y Seguimiento.**

Monitoreo a indicadores de proceso, resultado, mantenimiento, actualización y ajuste a la plataforma SISAP.

De manera semanal se realiza seguimiento al SISAP para verificar calidad del dato de las visitas realizadas por las enfermeras y se realiza seguimiento a la ejecución de actividades de todos los contratistas de la estrategia

De manera trimestral se realiza consolidación de acciones para dar reporte de plan de acción y plan territorial de salud, los cuales hacen parte de las evaluaciones trimestrales de la secretaría de salud pública y seguridad social.

Se han establecido algunos indicadores trazadores de permanente análisis a saber:

- Control prenatal
- Esquema de Vacunación
- Asistencia a control de crecimiento y desarrollo
- Citología
- Control del joven
- Control odontológico
- Adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas con hipertensión y diabetes.
- Vacunación canina y felina
- Esterilización
- Manejo de residuos sólidos
- Presencia de factores de riesgo para ETV

Con frecuencia anual se realiza análisis comparativo de la situación en salud acorde con las variables de la ficha familiar. Este análisis se precisa por comuna y corregimiento y en total de toda la población beneficiada por la estrategia.

### **9.10 Gestión Interinstitucional**

Consiste en la articulación con otros actores o instituciones para abordar las necesidades identificadas, con el objetivo de buscar soluciones conjuntas en el corto o mediano plazo según corresponda en cada caso.

En esta actividad se hace el respectivo trámite ante las instituciones correspondientes para cada necesidad, lo primero que se realiza es oficiar a las entidades para notificarlos de los hallazgos y que sean ellos quienes valoren la situación y propongan la solución desde su competencia

El otro recurso utilizado es la participación en comités y reuniones con cada una de las dependencias para lograr un mayor compromiso, revisión puntual de cada uno de los casos y verificar seguimiento.

## 10. INDICADORES: (BIENESTAR, PRODUCTO Y PROCESO)

Indicador Plan Dilo 2020-2023	Indicador Bienestar	Plan De Desarrollo	Indicador De Producto
Reducir en 28% de las familias intervenidas por la estrategia de atención primaria en salud los factores de riesgo		Aumentar a 18000 el número de familias beneficiadas por la estrategia de atención primaria en salud (APS)	

### Indicadores de Proceso:

Indicadores Plan De Acción 2020
Realizar socialización de la estrategia mejoramiento de la salud en entornos familiares y comunitarios, en el 100% de los sectores priorizados
Actualizar Caracterización de 15000 familias desde los ambientes físico, psicosocial y conocimientos y prácticas en la estrategia mejoramiento de la salud en entornos familiares y comunitarios
Realizar acciones educativas en salud mediante la aplicación de unidades didácticas en el 100% de las familias caracterizadas.
Realizar sesiones de intervención breve al menos en el 90% de las familias que sugirieron disfuncionalidad
Construir redes comunitarias y sociales al menos en el 70% de los barrios intervenidos por la estrategia mejoramiento de la salud en entornos familiares y comunitarios
Realizar acciones de promoción de la sana convivencia y el 100% de los barrios priorizados por la estrategia

Realizar 50 jornadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los barrios intervenidos
Realizar caracterizaciones del entorno en el 100% de los barrios intervenidos por la estrategia con plan de acción comunitario
Actualizar Caracterización de 15000 familias desde los ambientes físico, psicosocial y conocimientos y prácticas en la estrategia mejoramiento de la salud en entornos familiares y comunitarios
Realizar acciones educativas en salud mediante la aplicación de unidades didácticas en el 90% de las familias caracterizadas.
Realizar seguimiento integral al 100% de las familias priorizadas por la estrategia para garantizar disminución de factores de riesgo, Realizar seguimiento integral a familias priorizadas por la estrategia

## 11. POBLACIÓN OBJETO

15.000 familias y Líderes comunitarios de los sectores priorizados.

## 12. Sectores priorizados

COMUNA O CORREGIMIENTO	BARRIOS O VEREDAS
Rio Otún (11 Barrios)	América, San Juan de Dios, El Triunfo, las Palmas, Santa Helena, Jorge Eliecer Gaitán, Salazar Robledo, Risaralda, Mirasol, Zea, La Sirena
Del Café (3 barrios)	Altos de Llano Grande, Luis Alberto Duque, Málaga
San Joaquín (5 Barrios)	El Recreo, La Isla, Leningrado II, Leningrado III, Laureles I
Consota (5 Barrios)	El Dorado, El Rosal, Futuro Alto, Futuro bajo, El Restrepo
Cuba (2 Barrios)	El Cortes, Brisas del Consota
El Oso (1 Barrio)	Santafé
Ferrocarril (9 Barrios)	Nacaderos, Plumón Alto, Plumón medio, Plumón Bajo, La Libertad, Gabriel Trujillo, Matecaña, La Sierra, José Hilario López
Oriente (4 Barrios)	Santander, Pimpollo, Ormaza, Brisas del Otún
Villasantana (5)	Remanso, Tokio, Las Brisas, Guayabal, Intermedio
Boston (2 Barrios)	La laguna, La Unidad

Caimalito sectores)	(8)	Caimalito Centro, Cesar Toro, 20 de Julio, La Carbonera, Paso Nivel, Primero de Mayo, Azufra, Barrio Nuevo.
Cerritos sectores)	(4)	Esperanza Galicia, Estación Villegas, Colonias, Pozos
Puerto Caldas Sectores)	(8)	María Auxiliadora, El Porvenir, El Cofre, Las Camelias, Puente Blanco, San Isidro, Los Almendros, El Progreso.
VARIOS SECTORES PARA CARACTERIZAR (8 Barrios)		La Unión, Miraflores, Caracol La Curva, Rocío Bajo, Altagracia, Arabia, La Florida, La Bella
<b>Solo educación (9 Barrios)</b>		Berlín, Villavicencio, Corocito, 20 de Julio, Independientes, Departamento, Héroe, Perla del Sur, Bello Horizonte

### 13. MATRIZ ACTORES INVOLUCRADOS (INTERNOS Y EXTERNOS)

#### Actores Internos

ACTOR	INTERES ESPECIFICO	PRODUCTOS ESPERADOS
<b>PAI</b>	Verificación esquemas de vacunación y programación de vacunación en sectores casa sana	Realización de las jornadas de vacunación en zonas casa sana
<b>Salud Sexual</b>	Educación en temas de planificación familiar, signos de alarma en el embarazo, captación para el control prenatal, citología	Canalización al 100% de sujetos caracterizados en el componente de salud sexual
<b>Zoonosis</b>	Programación de jornadas para vacunación canina y felina	Realización de jornadas para vacunación canina y felina
<b>ETV</b>	Acciones educativas en prevención de enfermedades transmitidas por vectores	Plan padrino en sectores priorizados. Medidas de control y prevención ante presencia de vectores
<b>Aseguramiento</b>	Articulación para realizar el aseguramiento en salud de las personas caracterizadas en casa sana que cumplen requisitos.	Retroalimentación del aseguramiento efectivo



<b>Salud Mental</b>	Remisión o canalización de casos de intento de suicidio	Seguimiento efectivo a los casos reportados
<b>Salud nutricional</b>	Promoción de la salud nutricional, gestión del riesgo ante casos identificados con déficit nutricional	Actualización unidades didácticas, valoración antropométrica de niños y niñas identificado con riesgo en sus condiciones nutricionales. Jornadas masivas de valoración talla y peso menor de 18 años de edad.
<b>Salud bucal</b>	Promoción de la salud bucal en la familia	Actualización de unidades didácticas de educación familiar, canalización de niños y niñas a la red prestadora de servicios de salud
<b>Discapacidad dimensión vida saludable y enfermedades crónicas no transmisibles</b>	Atención a las personas identificadas con discapacidad	Visitas familiares para plan de acción familiar de manejo y mitigación del riesgo acorde con el tipo de discapacidad

### Actores Externos

<b>ACTOR</b>	<b>INTERES ESPECIFICO</b>	<b>PRODUCTOS ESPERADOS</b>
<b>Líderes Comunitarios</b>	Socialización de la estrategia y voz a voz en las comunidades para que participen de las actividades	Apoyo para la ejecución de actividades comunitarias
<b>Academia (Universidad Libre y Autónoma de las</b>	Realizar Prácticas comunitarias en sectores casa sana y	Articulación para realizar actividades comunitarias (para el año 2020, debido a la emergencia sanitaria no se han podido



<b>Américas)</b>	ampliar la oferta de servicios para los festivales de la salud.	ejecutar acciones)
<b>Punto EXE</b>	Proveedor del aplicativo SISAP (el cual contiene la Ficha Familiar)	Soporte técnico frente al aplicativo
<b>ESE Salud Pereira</b>	Articulación para la canalización	Asignación de citas y verificación de efectividad
<b>EAPB (principalmente las del régimen subsidiado)</b>	Reporte de inasistentes, Apoyo para trámites de autorizaciones	Retroalimentación de acciones frente a la gestión del riesgo
<b>Secretaría de Vivienda</b>	Reporte de viviendas identificadas para mejoramiento de vivienda	Retroalimentación de las acciones ejecutadas con las viviendas notificadas
<b>Secretaría de deporte y recreación</b>	Reporte de parques para mejoramiento de espacios deportivos	Mejoramiento de los espacios notificados
<b>Secretaria de desarrollo rural</b>	Mejoramiento de entornos	Elaboración del proyecto de huertas caseras, mejoras en alcantarillado, disponibilidad y acceso a los alimentos, producción limpia, conflictos de uso en suelo
<b>DIGER</b>	Gestión del riesgo	Visitas técnicas para verificar riesgo en la ubicación de las viviendas caracterizadas por deslizamiento, riesgo a inundación principalmente
<b>CARDER</b>	Mejoramiento de entornos	Recorridos Barriales para jornadas de recolección caracol africano, fauna en cautiverio
<b>ATESA -ASEO</b>	Mejoramiento de entornos	Recolección de inservibles. Recolección de residuos sólidos, puntos críticos
<b>Aguas y aguas</b>	Mejoramiento de	Aumento de cobertura agua potable,

	entornos	gestión del riesgo de acueductos, mejora alcantarillado y sumideros
--	----------	---

### Entes Asesores del Programa

Secretaría de salud departamental, Ministerio de salud.

## 14. IDENTIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

De acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública la estrategia Casa Sana, la cual está inspirada en atención primaria en salud y el mejoramiento de entornos saludables se convierte en una estrategia transversal a todas las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública

Dimensión salud ambiental:

Atención Primaria en Salud Ambiental APSA: busca definir la participación e intervención conjunta de los niveles territoriales con competencias en salud ambiental, en la implementación de la APS, posicionando la gestión intersectorial y la participación social en la intervención de los determinantes sanitarios y ambientales, para el cumplimiento de los objetivos y metas de la dimensión.

Estrategia de Entornos Saludables: busca contribuir a la seguridad humana, el desarrollo humano sustentable y la equidad en salud, mediante acciones que influyan sobre los determinantes de la salud bajo esquemas operativos participativos organizados alrededor de entornos específicos, como la vivienda, la escuela, el espacio público, el entorno laboral, ecosistemas estratégicos sostenibles, y bajo enfoques que privilegian a la familia y la comunidad

Dimensión salud mental. Dimensión de seguridad alimentaria y nutricional, Dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, Dimensión Vida saludable y enfermedades transmisibles, Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles en la implementación de la Estrategia de Información, educación y comunicación para la convivencia y asunción de modos, comportamiento y estilos de vida saludable.

### Dimensión Seguridad alimentaria y Nutricional

Dimensión transversal: componente de fortalecimiento de la autoridad sanitaria.

Este componente busca que la Entidad Territorial mejore su función como autoridad sanitaria, mediante el ejercicio de planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, dentro y fuera del sector salud, y con la respuesta del sector, por medio del fortalecimiento de la regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

En el marco del fortalecimiento de la autoridad sanitaria están las estrategias para garantizar el aseguramiento y provisión adecuada de servicios de salud, lo cual incluye el Modelo Atención Primaria en Salud:

- a) Desarrollo de un modelo de atención adaptado a las condiciones territoriales para garantizar acceso real mediante mecanismos acordes con cada territorio (equipos extramurales, telemedicina, disposición de medios para incrementar la capacidad resolutive en puntos de primer contacto, personal de salud diferencial en áreas rurales y dispersas).
- b) Estrategia de Operador Integrado para el Manejo de la Población y el aseguramiento en zonas especiales.
- c) Desarrollo de redes regionales con integración de servicios básicos y servicios de alta complejidad disponibles en áreas urbanas.
- d) Énfasis en la atención al medio ambiente y a la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud.
- e) Redefinición de procesos operativos entre entidades territoriales, prestadores y aseguradores, o quien haga sus veces, para lograr acciones articuladas y sinérgicas, y suma funcional de los recursos del sistema, recuperación del rol 300 definido con corrección de las distorsiones y desarrollo del nuevo modelo operativo con enfoque diferencial.

Otra de las estrategias mencionadas es el fortalecimiento de la regulación a través del Plan de fortalecimiento de la rectoría nacional de la salud pública, lo cual incluye fortalecimiento de la promoción de la salud, definida como la recuperación del significado del término y el alcance de la intervención del trabajo intersectorial con acciones que buscan fomentar las capacidades humanas y generar en las comunidades e individuos las oportunidades para asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, siendo parte activa del proceso para la mejoría de las condiciones del entorno; y lograr el desarrollo de una cultura de la salud.

## 15. GUÍAS PROTOCOLOS

Estrategia de Entorno Hogar Saludable, diciembre de 2018(Ministerio de salud y protección social)

**Protocolos:** No aplica

## 16. FORMATOS UTILIZADOS EN EL PROGRAMA (INTERNOS Y/O EXTERNOS)

- Registro de Seguimiento a Políticas Públicas (SPP)
- Lista de chequeo diagnóstico ambiental
- Formato para conformación de Nodos
- Formato diagnóstico social participativo
- Plantilla de entrevista y observación para historia del barrio
- Formato visita domiciliaria ficha sociofamiliar
- Acta diaria de actividades integrales
- Formato Plan de acción Nodos
- Formato de canalizaciones (remisiones)

## 17. RELACIÓN DE INFORMES A PRESENTAR POR PROGRAMA

Informes trimestrales para las evaluaciones internas de la Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social, Informe final de programa y análisis situación de salud.

## 18. RELACIÓN DE COMITÉS A LOS CUALES PERTENECE EL PROGRAMA

Se participa en reuniones con la ESE Salud Pereira, en el comité de vivienda social, COMEDA

## 19. PARTICIPACIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPALES

POLÍTICA PÚBLICA	METAS
------------------	-------

Política pública de víctimas del conflicto armado	Realizar 13 acciones de promoción y prevención a población víctima del conflicto armado  Realizar visitas de caracterización a familias víctimas del conflicto armado que habiten en las zonas priorizadas por la estrategia casa sana
Política pública afro descendiente	Realizar un diagnostico para identificar las situaciones de riesgo en salud de la población afro
Plan de vida Indígena	Realizar brigadas de salud a población indígena en los diferentes asentamientos
Acción comunal	Realizar campañas de promoción de la estrategia de atención primaria en salud (APS) desde los organismos de acción comunal