APOYO A LA DIMENSIÓN DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER MEDIANTE ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO Y EDUCACIÓN UTILIZANDO LAS TIC PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA DE LA RIAMP EN EL DEPARTAMENTO DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

KAREN YULIETH CASTAÑEDA RUIZ

ESTUDIANTE DE OCTAVO SEMESTRE

PLAN DE MEJORAMIENTO PRÁCTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FLORIDABLANCA -SANTANDER

2020-60

APOYO A LA DIMENSIÓN DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER MEDIANTE ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO Y EDUCACIÓN UTILIZANDO LAS TIC PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ADHERENCIA DE LA RIAMP EN EL DEPARTAMENTO DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2020

KAREN YULIETH CASTAÑEDA RUIZ

ESTUDIANTE DE OCTAVO SEMESTRE

TUTORA:

SOCORRO FAJARDO NATES

PLAN DE MEJORAMIENTO PRÁCTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FLORIDABLANCA -SANTANDER

2020 -60

RESUMEN DEL TRABAJO

Título: apoyo a la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en la secretaria de salud de Santander mediante estrategias de seguimiento y educación utilizando las TIC para el mejoramiento de la adherencia de la RIAMP en el departamento durante el segundo semestre del 2020. **Introducción:** en el marco de los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, es un imperativo que las mujeres puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y su reproducción de tal manera "que cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo" Pero esta visión solo será posible en la medida en que se garantice un acceso y atención oportuna, calificada y pertinente que responda efectivamente a sus necesidades. Por ello la importancia de brindar una atención en salud con calidad, especialmente en aquellos campos en los que la intervención está marcada por la atención primaria en salud, incluyendo las acciones de promoción, prevención y atención de bajo riesgo, es la esencia del quehacer profesional de la enfermería. En el campo de la salud sexual y reproductiva, la mayor parte de las intervenciones previstas y las más frecuentes, corresponden a este nivel, y para ellas, la formación, las competencias y las aptitudes de las(os) profesionales de enfermería resultan idóneas. **Objetivo general:** Desarrollar un plan de mejoramiento para el apoyo a la Dimensión de sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos en la secretaria de Salud de Santander mediante estrategias de seguimiento y educación utilizando las TIC para el mejoramiento de la adherencia de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP) en el Departamento durante el segundo semestre del 2020. **Metodología:** Este trabajo se basó en las funciones administrativas realizando una valoración holística del servicio, se implementaron 3 teorías: una teoría de enfermería: "Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray", una teoría de administración "Teoría estructuralista de la administración" y el modelo de ADDIE como teoría

I-Learning para el uso de las TIC, a partir de la valoración se constituyó una matriz DOFA donde se identificaron diversas problemáticas las cuales se priorizaron haciendo uso del método de HANLON de allí se derivaron 3 problemas principales a los cuales se les realizó un plan de mejoramiento. **Resultados:** En la ejecución del plan de mejoramiento se obtuvieron resultados favorables teniendo en cuenta los objetivos y metas planteadas para la resolución de las problemáticas; para el primer problema se logró el cumplimiento de la meta del 100% al realizar el 25 % que corresponde a los 2 módulos del curso de preparación para la maternidad y la paternidad planteados por diseñar y se socializó el curso b-learning propuesto en la página "Campus Virtual ISABU- UNAB" al 60% que corresponde a 52 Municipios del departamento de Santander y la meta planteada era del 50% de los municipios es decir que se cumplió la meta en un 100% más de lo propuesto. Para el segundo problema se realizó el análisis de los seguimientos de los planes de mejoramiento de los 87 municipios dejando un informe final con todos los resultados, cumpliendo así la meta en un 100%. Para el tercer problema se subió 30 contenidos a la página "Campus Virtual ISABU-UNAB" relacionados con los ítems de menos cumplimiento a nivel de la RIAMP, alcanzando un cumplimiento del 100% de la meta, y se socializó este contenido al 60% que corresponde a 52 municipios del departamento de Santander y la meta planteada era del 50% de los municipios es decir que se cumplió la meta en un 100% más de lo propuesto. **Conclusiones:** El curso de preparación para la maternidad y la paternidad ofrecen múltiples beneficios, siendo una herramienta clave para que la pareja identifique los recursos y herramientas que les permitan vivenciar satisfactoriamente esta etapa y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal; El departamento de Santander a nivel general se encuentra en un cumplimiento bajo en la implementación de la RIAMP, sin embargo, con las acciones de seguimiento y educación se ha venido fortaleciendo las capacidades del talento humano de todos

los municipios, así como las acciones que garanticen el bienestar de la comunidad y atienda efectivamente sus necesidades.; Para el logro de objetivos como disminuir la morbimortalidad materna y perinatal se requiere de un trabajo articulado de recursos y capacidades en donde participen los diferentes sectores del SGSSS para el desarrollo de políticas públicas apropiadas y sostenibles, que aseguren el acceso a los cuidados obstétricos esenciales efectivos, el fortalecimiento de la salud comunitaria en los distintos ámbitos culturales y promoción de la atención primaria en salud; adicionalmente que las comunidades se empoderen para una vida saludable y toma de decisiones oportunas en el uso de los servicios de salud.

ABSTRACT

Title: support for the dimension of sexuality, sexual and reproductive rights in the Santander Department of Health through monitoring and education strategies using ICT to improve adherence to the RIAMP in the department during the second semester of 2020. **Introduction**: Within the framework of human rights and sexual and reproductive rights, it is imperative that women be able to make decisions about their sexual life and their reproduction in such a way that "each pregnancy is desired, each childbirth is safe and each young person reaches their full development "But this vision will only be possible to the extent that timely, qualified and relevant access and care is guaranteed that effectively responds to their needs. Therefore, the importance of providing quality health care, especially in those fields in which the intervention is marked by primary health care, including actions of promotion, prevention and low-risk care, is the essence of professional work from the infirmary. In the field of sexual and reproductive health, most of the interventions planned and the most frequent correspond to this level, and for them, the training, competences and aptitudes of the nursing professionals are ideal. **Objective**: Develop an

improvement plan to support the Dimension of sexuality, Sexual and Reproductive Rights in the Secretary of Health of Santander through follow-up and education strategies using ICT to improve adherence to the Comprehensive Care Route in Maternal Perinatal Health (RIAMP) in the Department during the second semester of 2020. **Methodology**: This work was based on the administrative functions carrying out a holistic evaluation of the service, 3 theories were implemented: a nursing theory: "Theory of Bureaucratic Care of Marilyn Anne Ray ", a theory of administration" Structuralist theory of administration "and the ADDIE model as an I-Learning theory for the use of ICT, based on the assessment, a SWOT matrix was established where various problems were identified which were prioritized using the HANLON method, from there, 3 main problems were derived from which they were made an improvement plan**. Results**: In the execution of the improvement plan, favorable results were obtained taking into account the objectives and goals set for the resolution of the problems; For the first problem, the 100% goal was met by completing the 25% corresponding to the 2 modules of the preparation course for motherhood and fatherhood proposed by designing and the b-learning course proposed on the page was socialized "ISABU-UNAB Virtual Campus" at 60% corresponding to 52 municipalities in the department of Santander and the goal set was 50% of the municipalities, that is, the goal was met by 100% more than what was proposed. For the second problem, the analysis of the monitoring of the improvement plans of the 87 municipalities was carried out, leaving a final report with all the results, thus fulfilling the goal in 100%. For the third problem, 30 contents were uploaded to the "ISABU-UNAB Virtual Campus" page related to the items with less compliance at the RIAMP level, reaching 100% fulfillment of the goal, and this content was socialized at 60% that It corresponds to 52 municipalities in the department of Santander and the goal set was 50% of the municipalities, that is, the goal was met 100% more than what was proposed. **Conclusions:**

The preparation course for motherhood and fatherhood offers multiple benefits, being a key tool for the couple to identify the resources and tools that allow them to successfully experience this stage and reduce maternal and perinatal morbidity and mortality; The department of Santander at a general level is in low compliance in the implementation of the RIAMP, however, with the follow-up and education actions, the capacities of human talent in all municipalities have been strengthened, as well as the actions that guarantee the well-being of the community and effectively meet its needs; To achieve goals such as reducing maternal and perinatal morbidity and mortality, an articulated work of resources and capacities is required in which the different sectors of the SGSSS participate for the development of appropriate and sustainable public policies that ensure access to effective essential obstetric care. , the strengthening of community health in the different cultural spheres and promotion of primary health care; additionally, that communities empower themselves for a healthy life and timely decision-making in the use of health services.

RESUMEN DEL PROYECTO INVESTIGATIVO

Título: conductas de afrontamiento del duelo en pérdidas significativas en adultos jóvenes: revisión integrativa de literatura. **Introducción:** El uso de estrategias inefectivas de afrontamiento en el duelo pueden generar complicaciones físicas, psicológicas y sociales a largo plazo, por lo cual se considera al duelo como una causa de morbimortalidad y establece la necesidad de conocer qué tipo de conductas pueden generar un impacto eficiente que resulte en aprendizaje y fortalecimiento personal en este proceso. **Objetivo:** Analizar las diferentes conductas de afrontamiento que son aplicadas al proceso de duelo por parte de los adultos jóvenes mediante una revisión de la literatura existente identificando conductas de afrontamiento que pueden generar riesgo para la salud y estrategias que pueden promover habilidades de crecimiento personal. **Metodología:** Se realizó una revisión de literatura en el contexto mundial de artículos publicados en español, inglés y portugués, en las bases de datos de: Scopus, Psicodoc, PubMed, Medline, Clinical Key; en el período de 2013 a 2020. **Resultados:** Se encontró un total de 16482 artículos de los cuales se escogieron 99 artículos y de estos se excluyeron 8 artículos por ser duplicados, siendo 91 el total de artículos incluidos en la investigación. **Conclusiones:** Las estrategias de afrontamiento pueden considerarse efectivas o inefectivas según el impacto que generen en la persona durante el proceso de afrontamiento al duelo, por lo que pueden funcionar como agente protector para la salud y potenciar las habilidades de crecimiento personal o actuar como factor de riesgo para la salud y generar complicaciones a futuro.

ABSTRACT OF THE RESEARCH PROJECT

Title: Behaviors of coping with grief in significant losses in young adults: an integrative literature review. **Introduction:** The use of ineffective coping strategies in grief can generate long-term physical, psychological and social complications, which is why grief is considered a cause of morbidity and mortality and establishes the need to know what types of behaviors can generate an impact efficient that results in learning and personal strengthening in this process. **Objective:** To analyze the different coping behaviors that are applied to the grieving process by young adults through a review of the existing literature identifying coping behaviors that can generate health risk and strategies that can promote personal growth skills. **Methodology**: A literature review was carried out in the world context of articles published in Spanish, English and Portuguese, in the databases of: Scopus, Psicodoc, PubMed, Medline, Clinical Key; in the period from 2013 to 2020. **Results:** A total of 16482 articles were found, of which 99 articles were chosen and of these 8 articles were excluded because they were duplicates, being 91 the total of articles included in the research. **Conclusions:** Coping strategies can be considered effective or ineffective depending on the impact they generate on the person during the process of coping with grief, so they can function as a protective agent for health and enhance personal growth skills or act as a factor of risk to health and generate complications in the future.

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado y la atención integral de las mujeres en su sexualidad y en las diferentes etapas de su ciclo reproductivo es una obligación de la sociedad, que contribuye a elevar el desarrollo social y humano de las actuales y futuras generaciones. Así mismo, en el marco de los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, es un imperativo que las mujeres puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y su reproducción de tal manera "que cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo" Pero esta visión solo será posible en la medida en que se garantice un acceso y atención oportuna, calificada y pertinente que responda efectivamente a sus necesidades. Por ello la importancia de brindar una atención en salud con calidad, especialmente en aquellos campos en los que la intervención está marcada por la atención primaria en salud, incluyendo las acciones de promoción, prevención y atención de bajo riesgo, es la esencia del quehacer profesional de la enfermería. En el campo de la salud sexual y reproductiva, la mayor parte de las intervenciones previstas y las más frecuentes, corresponden a este nivel, y para ellas, la formación, las competencias y las aptitudes de las(os) profesionales de enfermería resultan idóneas (1).

El programa de enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, promueve en los estudiantes el desarrollo de habilidades en diferentes áreas como el área administrativa, clínica, comunitaria e investigativa fomentando la implementación del cuidado holístico, la autonomía, y el liderazgo de los enfermeros en formación. En octavo semestre se realiza la práctica electiva de profundización (PEP) en diferentes Instituciones de salud, en el segundo semestre de 2020 se dio un gran paso en el convenio docencia- servicio de la UNAB con la Secretaría de Salud de Santander, que ha permitido realizar la práctica de último semestre, para el desarrollo de diversas competencias enmarcadas en la academia como lo es el plan de mejoramiento enfocado en los

diferentes aspectos que incluye los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (resolución 3280 de 2018). El presente trabajo presenta el proceso administrativo con las etapas de planeación, organización, dirección y control inmersas dentro de la valoración integral, la identificación de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para así obtener una serie de problemáticas priorizadas por medio del método de Hanlon. Además, se integral 3 teorías: la teoría de atención Burocrática de Marilyn Anne Ray, la teoría estructuralista de la administración y el método de ADDIE al proponer el uso de las TIC como herramienta esencial utilizada en cada una de las actividades planteadas a lo largo del trabajo. Se propuso una serie de objetivos y metas para la resolución de los problemas planteados, se realizó la ejecución de las actividades y evaluación de las mismas. Por ello se tiene como objetivo: apoyar la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en la secretaria de salud de Santander mediante estrategias de seguimiento y educación utilizando las TIC para el mejoramiento de la adherencia de la RIAMP en el departamento durante el segundo semestre del 2020. Ya que la reducción en la mortalidad materna se debe en parte al desarrollo de estrategias de promoción, prevención y tratamiento con un gran componente de seguimiento, educación/informativo dirigido a la gestante, su familia, el entorno y sin duda alguna las personas que les atienden: los profesionales de la salud.

2. JUSTIFICACIÓN

La salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, por ello el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), define la actuación articulada entre sectores, actores, comunidad e individuos responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud-enfermedad, a través del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia (2)

Dentro de las 8 dimensiones del plan decenal, se describe la Sexualidad como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos (2)

La dimensión cuenta con una Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, la cual encuentra sustentación y vínculos en los instrumentos de derecho internacional y las declaraciones de tales escenarios en los cuales el país se ha comprometido como, por citar solo algunos, la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, El Consenso de Montevideo en 2013, donde entre otros, se señalaron los obstáculos para el logro de los objetivos en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos a pesar del reconocimiento de que estos derechos “son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza” (3).

La mayor parte de muertes maternas tiene lugar después del parto, generalmente durante las 24 horas siguientes. Aproximadamente la cuarta parte de las muertes ocurre durante el embarazo y

alrededor del 15% durante el parto. La investigación ha demostrado que los recién nacidos que pierden a sus madres tienen menos probabilidades de sobrevivir. En Colombia, entre los años 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna evidencia un comportamiento de descenso, según datos reportados por la OMS, que inicia con una medición de 100 por 100.000 nacidos vivos en 1990 y hasta alcanzar una tasa de 83 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2013. Sin embargo, estos datos han llevado a la OMS a catalogar a Colombia como un país con "progreso insuficiente" en la disminución de la tasa de mortalidad materna (4).

Según el Sivigila entregado por el área de vigilancia en salud pública en la Secretaría de Salud de Santander, para el año 2016 se presentó una razón de mortalidad materna de 20.12 muertes por cada mil nacidos. Dentro de las demoras encontradas en los casos de mortalidad materna en el departamento se observaron el desconocimiento del problema por parte de las gestantes, el desconocimiento de los factores de riesgo por parte de las gestantes durante la gestación, el desconocimiento de los derechos y deberes en salud, inconveniente en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante, programas de promoción y prevención ineficientes, falta de evaluación y cumplimiento de protocolos, entre muchos otros que incrementan la probabilidad de la morbimortalidad materna y perinatal (5)

Para ello en el año 2018 se ha establecido la resolución 3280 la cual plantea los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP), la cual reconoce el valor estratégico de la gestión de la salud pública como condición inherente para materializar la atención integral en salud, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho a la salud de todas las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos. Este planteamiento es vital, en el entendido de que la gestión de la salud pública es la herramienta, por excelencia, que potencia la rectoría sanitaria nacional y territorial orientada a la afectación

positiva de los determinantes sociales de la salud. Articula esfuerzos, recursos y capacidades con todos los integrantes del SGSSS, los diferentes sectores y la comunidad así mismo armoniza y asegura el financiamiento sostenible nacional y territorial, aplicando el marco de política y normativo, asegurando su legalidad, institucionalidad, legitimidad y fortaleciendo la gobernanza en salud, y se constituye en el elemento esencial para la operación de las intervenciones (colectivas, familiares e individuales) que constituyen esta ruta (6).

La RIAMP define su operatividad de acuerdo a la detección temprana y la protección específica, dentro de la detección temprana se encuentran: la atención para: el cuidado preconcepcional , el cuidado prenatal, la salud bucal y la promoción de la alimentación y nutrición; dentro de la protección específica se encuentran: la Interrupción voluntaria del embarazo, curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención del parto, el puerperio, el cuidado del recién nacido y el seguimiento del mismo (6).

Para ello la Secretaría de Salud del Departamento de Santander dentro de la dimensión de SDSDR, ha venido haciendo gestión, seguimiento, comunicación y educación con cada uno de los 87 municipios para mejorar la adherencia en la implementación de la RIAMP. Según la teoría de Marilyn Anne Ray todo está interconectado con el cuidado y el sistema, esto haciendo referencia que se debe garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva que se refiere al cuidado, por medio de la articulación de los diferentes sectores sectoriales e intersectoriales que se refieren al sistema. Adicionalmente se habla del cuidado espiritual-ético que incluye procesos cualitativamente diferentes, como procesos políticos, económicos y tecnológicos. Dentro de los cuales se ha venido trabajando, haciendo gestión a nivel político y económico y a nivel tecnológico por medio las TIC, dada la importancia de estos recursos para la educación formal y no formal en la actualidad, y el contexto mundial de Pandemia Covid – 19 que ha venido

incorporando más ampliamente el desarrollo de infraestructuras de redes digitales de comunicaciones y el acceso generalizado permitiendo el flujo de información entre todos los actores tanto personal de salud como pacientes.

Por ello se planteó el apoyar a la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en la secretaria de salud de Santander mediante estrategias de seguimiento y educación utilizando las TIC para el mejoramiento de la adherencia de la RIAMP en el departamento de Santander durante el segundo semestre del 2020.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN DEL TRABAJO 3
RESUMEN DEL PROYECTO INVESTIGATIVO 8
1. INTRODUCCIÓN 10
2. JUSTIFICACIÓN 12
3. OBJETIVOS 26
3.1. OBJETIVO GENERAL 26
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 26
4. ENFOQUE DISCIPLINAR 27
4.1. TEORÍA DE ENFERMERÍA: 27
4.2. TEORÍA ADMINISTRATIVA 48
4.3. TEORÍA DE E-LERNING 51
5. VALORACIÓN 57
5.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA 57
5.1.1. GOBERNACIÓN DE SANTANDER 57
5.1.2. DEPARTAMENTO DE SANTANDER 59
5.1.3. SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER: 62
5.1.4. VALORACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO: 81
6. DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO 82
7. MATRIZ DOFA 99
8. MATRIZ DE HANLON 106
9. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS 107
10. PLAN DE MEJORAMIENTO 113
10.1. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE MEJORAMIENTO 113
10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO 113
10.3. PROBLEMA 1 114
10.4. PROBLEMA 2 118
10.5. PROBLEMA 3 121
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 123
12. RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO 128
12.1. RESULTADOS PROBLEMA 1 128

12.2. **RESULTADOS PROBLEMA 2.** 165
12.3. **RESULTADOS PROBLEMA 3.** 194
13. **COMPONENTE INVESTIGATIVO** 204
14. **ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS** 239
15. **CONCLUSIONES** 248
16|. **RECOMENDACIONES** 250
17. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 251
18. **ANEXOS APÉNDICES** 253

TABLA DE IMÁGENES

Imagen n°1 Marilyn Anne Ray..... 27
Imagen n°2. Presentación holográfica de la teoría de la atención burocrática..... 40
Imagen n° 3 Modelo teoría holográfica: atención burocrática del State College..... 46
Imagen n°4. Mapa 1. Provincias Administrativas y de planificación de Santander – PAP- Ordenanza 2019 75
Imagen n° 5. Secretaría de salud de Santander división del espacio físico..... 77
Imagen n°6.Secretaria de Salud de Santander..... 78
Imagen n°7. Estructura organizacional secretaria de salud departamental con enfoque en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. 79
Imagen n°8. Oficina maternidad segura. Secretaría de salud de Santander..... 95
Imagen n°9. Porcentaje de cumplimiento de los planes de mejoramiento de la RIAMP por municipio 97
Imagen n°10. Mapa de procesos..... 99
Imagen n°11. Archivos listos de chequeo página de la gobernación. 101
Imagen n°12 Lineamiento técnico y operativo de la RIAMP..... 102
Imagen n°13. Política Nacional, Derechos Sexuales y Derechos reproductivos..... 103
Imagen n°14. Seguimiento al plan de mejoramiento de hallazgos identificados en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. 105

Imagen n°15. Plan de mejoramiento de hallazgos identificados en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. 105
Imagen n°16. Falencia en los seguimientos de los planes de mejoramiento..... 106
Imagen n°17. Falencia en los seguimientos de los planes de mejoramiento 2..... 107
Imagen n°18. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 1... 107
Imagen n°19. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 2. ... 108
Imagen n°20. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 3. ... 108
Imagen n°21. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 4. ... 109
Imagen n°22. Capacitación estado de cumplimiento de la RIAMP a los municipios del departamento de Santander 110
Imagen n°23 Capacitación estado de cumplimiento de la RIAMP a las provincias del departamento de Santander. 110
Imagen n°24. Capacitación continua por parte del ministerio y secretaría de salud..... 111
Imagen n°25. Unidad de análisis de mortalidad materna..... 111
Imagen n°26. Asistencia a Unidad de análisis muerte materna..... 112
Imagen n°27. Asistencia al Cove Departamental..... 112
Imagen n°28. Revisión de los lineamientos técnicos y operativos de la RIAMP..... 144
Imagen n°29. Documento Word con la información específica que corresponde al contenido de cada módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. 145
Imagen n°30.Modelo de ADDIE – análisis. 147
Imagen n°31. Modelo de ADDIE – Diseño parte 1..... 148
Imagen n°32. Modelo de ADDIE – Diseño parte 2..... 149
Imagen n°33.Modelo de ADDIE – Diseño parte 3..... 150
Imagen n°34.Planeación de la Primera sesión formato EPS-RIAS 152
Imagen n°35. Planeación de la Segunda sesión formato EPS-RIAS 152
Imagen n°36. Módulo 0 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos 1. 155
Imagen n°37. Módulo 0 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos 2. 156
Imagen n°38. Módulo 0 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos 3. 157

Imagen n°39. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 1. 158
Imagen n°40. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 2. 158
Imagen n°41. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 3. 159
Imagen n°42. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 4. 159
Imagen n°43. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 5. 160
Imagen n°44. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 6. 160
Imagen n°45. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 7. 161
Imagen n°46. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 1. 162
Imagen n°47. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 2. 162
Imagen n°48. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 3. 163
Imagen n°49. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 4. 163
Imagen n°50. Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Portada. 164
Imagen n°51.Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Módulo 0. 164
Imagen n°52. Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Módulo 1. 165
Imagen n°53. Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Módulo 2. 165
Imagen n°54. Flyer capacitación fortalecimiento de las capacidades de la RIAMP 167

Imagen n°55. Envío de invitación a la capacitación fortalecimiento de capacidades en la RIAMP. 9 y 23 de noviembre. 168
Imagen n°56. Circulares de invitación a la capacitación fortalecimiento de capacidades en la RIAMP a los secretarios y gerentes de las Instituciones. 169
Imagen n°57. Capacitación realizada socialización del curso E-learning página web1. 170
Imagen n°58. Capacitación realizada socialización del curso E-learning página web2 170
Imagen n°59. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 1..... 171
Imagen n°60. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 2..... 171
Imagen n°61. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 3..... 172
Imagen n°62. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 4..... 172
Imagen n°63. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 5..... 173
Imagen n°64 Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 6..... 173
Imagen n°65. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 7..... 174
Imagen n°66. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 8..... 174
Imagen n°67 Socialización del curso de preparación para la maternidad y la paternidad B-learning de la página “Campus Virtual UNAB-ISABU” 175
Imagen n°68 Comentarios sobre el material educativo subido a la página web ISABU –UNAB 1 176
Imagen n°69 Comentarios sobre el material educativo subido a la página web ISABU -UNAB 2 176
Imagen n°70. Envío de del link e instructivo de la página web ISABU – UNAB con el material socializado en la capacitación del fortalecimiento de capacidades de la RIAMP – correo electrónico 177
Imagen n°71. Contrato n°1..... 179
Imagen n°72. Archivo contrato n°1..... 180
Imagen n°73. Contrato n°2..... 181
Imagen n°74. Archivo contrato n°2..... 182
Imagen n°75 Contrato n°3..... 182
Imagen n°76 Archivo contrato n°3..... 183
Imagen n°77 Contrato n°4..... 184
Imagen n°78 Archivo contrato n°4..... 184

Imagen n°79 Contrato n°5..... 185
Imagen n°80 Archivo contrato n°5..... 186
Imagen n°81. Documento Excel - consolidado de los municipios con el respectivo nivel de cumplimiento. 187
Imagen n°82. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias: Metropolitana, Soto Norte, Yariguies. 188
Imagen n°83. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincia: Comunera 189
Imagen n°84. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias Vélez y Metropolitana. 190
Imagen n°85. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias García Rovira, Guanentá, Metropolitana y Vélez. 191
Imagen n°86. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias: Guanentá y Metropolitana. 192
Imagen n°87. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia de Vélez. 194
Imagen n°88. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia de Guanentá. 194
Imagen n°89. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia de García Rovira. 195
Imagen n°90. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Comunera. 195
Imagen n°91. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Soto Norte. 196
Imagen n°92. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Metropolitana. 196
Imagen n°93. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Yariguies. 197
Imagen n°94. Grupos de WhatsApp de las 7 provincias de Santander. 197

Imagen n°96 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Vélez. 199
Imagen n°97. Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de García Rovira 199
Imagen n°98 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Guanentá. 200
Imagen n°99 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia Comunera. 200
Imagen n°100 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Soto Norte. 200
Imagen n°101. Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia Metropolitana 201
Imagen n°102. Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Yariguíes. 201
Imagen n°103. Análisis del nivel de cumplimiento de la RIAMP..... 204
Imagen n°104. Análisis de los ítems de menor cumplimiento de la RIAM en las diferentes Instituciones de los municipios con asistencia técnica. 204
Imagen n°105. Informe: Estado de cumplimiento de la RIAMP 2019 parte 1..... 205
Imagen n°106. Informe: Estado de cumplimiento de la RIAMP 2019 parte 2..... 206
Imagen n°107. Documento Excel con el análisis de los ítems de menor cumplimiento de la RIAMP a nivel departamental. 206
Imagen n°108. Documento Excel con la gráfica de los ítems de menor cumplimiento de la RIAMP a nivel departamental. 208
Imagen n°109. ítems por mejorar a nivel departamental en la implementación de la RIAMP. 209
Imagen n°110. ítems por mejorar a nivel departamental en la implementación de la RIAMP 210
Imagen n°111. Portada del Campus virtual ISABU- UNAB ventana IAMMI..... 211
Imagen n°112. Material educativo/informativo subido a la página web UNAB – ISABU parte 1. 212

Imagen n°113. Material educativo/informativo subido a la página web UNAB – ISABU parte 2. 213
Imagen n°114. Evidencia de capacitación realizada el día 9 y 23 de noviembre de 2020 214
Imagen n°115. Socialización del contenido subido a la página “Campus Virtual ISABU -UNAB” 215
Imagen n°116. Socialización del contenido subido a la página “Campus Virtual ISABU -UNAB” 215
Imagen n°117. Uso del Padlet en la capacitación: fortalecimiento de capacidades en la RIAMP 216
Imagen n°118. Asistencia al curso: abordaje integral en salud mental para personal en salud 251
Imagen n°119. Certificado participación en el Centro de estudios de enfermería por el liderazgo en innovación en el programa de SALUD ACTIVA. 252
Imagen n°120. Certificado participación en el I simposio internacional de seguridad del paciente XV simposio Nacional de Seguridad del Paciente 253
Imagen n°121. Certificados participación en los Webinar de seguridad del paciente ISABU 254
Imagen n°122. Asistencia a diferentes capacitaciones por parte de la secretaría de salud, Ministerio de salud y otras entidades en salud. 255
Imagen n°123. Apoyo en la asistencia técnica del municipio de Santa Bárbara..... 256
Imagen n°124. Participación en 3 Jornadas de vacunación..... 257
Imagen n°125. Participación y liderazgo en el programa de salud activa liderado por los representantes estudiantiles del programa de enfermería 258
Imagen n°126. Participación en el Foro juvenil del VI congreso virtual Internacional en salud Integral: Una mirada reflexiva de los ODS hacia el 2030 259

LISTA DE TABLAS

Tabla n°1 Correlación del trabajo con la teorista……... 32

Tabla 2. Provincias Administrativas y planificación (PAP) y sus municipios. Santander 2019 73

Tabla n°3 Matriz DOFA……... 113

Tabla n°4. Priorización de problemas……... 122

Tabla n°5. Problemas priorizados……..... 126

Tabla n°6. Problema 1. ……. 129

Tabla n°7. Problema 2 .. ……..... 132

Tabla n°8. Problema 3. 135

Tabla n°9. Resultados problema 1..... 142

Tabla n°10. Actividad 1 del problema 1. 143

Tabla n°11. Actividad 2 del problema 1. 146

Tabla n°12.Actividad 3. Del problema 1. 151

Tabla n°13. Actividad 4. Del problema 1. 153

Tabla n°14. Actividad 4 del problema 1. 166

Tabla n°15. Resultados problema 2..... 178

Tabla n°16. Actividad 1 del problema 2. 178

Tabla n°17 Actividad 2. Del problema 2. 186

Tabla n°18 Actividad 3. Del problema 2. 188

Tabla n°19. Actividad 4 del problema 2..... 192

Tabla n°20. Actividad 5 del problema 2..... 198

Tabla n°21. Actividad 6 y 7. Del problema 2. 202

Tabla n°22. Resultados problema 3..... 207

Tabla n°23. Actividad 1 del problema 3..... 207

Tabla n°24. Actividad 2 Del problema 3..... 210

Tabla n°25. Actividad 3. del problema 3..... 213

Lista de anexos:

Anexo 1. Informe estado de cumplimiento de la RIAMP Departamento de Santander.....257

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un plan de mejoramiento para el apoyo a la Dimensión de sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos en la secretaria de Salud de Santander mediante estrategias de seguimiento y educación utilizando las TIC para el mejoramiento de la adherencia de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP) en el Departamento durante el segundo semestre del 2020.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una valoración integral al sitio de práctica para la identificación de las necesidades haciendo uso de la matriz FODA.
- Priorizar los problemas mediante el Método de Hanlon.
- Integrar los modelos teóricos de "Teoría de la A tención Burocrática", Teoría Estructuralista de la Administración y Método ADDIE en el plan de mejoramiento.
- Presentar la estructura del plan de mejoramiento a la tutora y a la jefe inmediata de la institución.
- Ejecutar las actividades descritas en el plan de mejoramiento para el cumplimiento de metas y objetivos propuestos.
- Socializar los resultados del plan de mejoramiento en la Secretaría de Salud de Santander y en la UNAB.

4. ENFOQUE DISCIPLINAR

4.1. TEORÍA DE ENFERMERÍA:

TEORÍA DE LA ATENCIÓN BUROCRÁTICA POR MARILYN ANNE RAY

1938 – PRESENTE

La teoría inicial se analizó utilizando la filosofía de Hegel. La teoría se actualizó en 2001 después de una investigación continua y los hallazgos se analizaron a la luz de la ciencia de la complejidad y la teoría del caos, dando lugar a la teoría de la atención burocrática, que es una teoría holográfica

Imagen n°1 Marilyn Anne Ray

Fuente: https://www.google.com. Marilyn Anne Ray

Biografía

Marilyn Anne (Dee) Ray nació en Hamilton (Ontario, Canadá). Cuando Ray tenía 15 años su padre estuvo gravemente enfermo, ingresó en un hospital y estuvo a punto de morir. Una enfermera le salvó la vida. Marilyn decidió hacerse enfermera para poder ayudar a los demás y acaso también salvarles la vida (7).

En 1985, Marilyn Ray se diplomó en la St. Joseph Hospital School of Nursing de Hamilton y se trasladó a Los Ángeles (California). Trabajó en diversas unidades en Los Ángeles Medical Center de la Universidad de California. Mientras trabajaba con personas de diversas culturas, particularmente afroamericanos y latinos, Ray comenzó a ver lo importante que eran las culturas en el desarrollo de los puntos de vista de las personas sobre la enfermería y el mundo (7).

En 1965 Ray regresó a clase para obtener su licenciatura en enfermería y un máster en enfermería materno infantil en la School of Nursing de la Universidad de Colorado. Allí conoció a la Dra. Madeleine Leininger, que fue la primera enfermera antropóloga y la Directora del Programa Federal de Enfermería-Científica. Ray se interesó de manera especial por los primeros cursos de enfermería y antropología, que incluyen la infancia y la cultura. A mediados de la década de 1960, Ray adquirió la ciudadanía estadounidense. Poco después, en 1967, se alistó y obtuvo el rango de oficial en el Cuerpo de Enfermería (y Guardia Nacional Aérea) de la Reserva de la Fuerza Aérea de Estados Unidos. Se graduó como enfermera de vuelo en la School of Aerospace Medicine de la Base de la Fuerza Aérea de Brooks (San Antonio, Texas) y ejerció como enfermera de evacuación aeromédica (7).

Ray estuvo movilizada durante la primera guerra del Golfo Pérsico en 1991, momento en el cual fue destinada a la Base de la Fuerza Aérea Eglin (Valparaíso, Florida), donde organizó la planificación de altas y posteriormente realizo investigaciones en el servicio de urgencias.

Durante su carrera en la Fuerza Aérea, Ray ha recibido diversas medallas, como las de la Fuerza Aérea por sus desarrollos de educación e investigación en enfermería. En 2000 recibió el premio al Ensayo de Servicios Federales de Enfermería de la Association of Military Surgeons de Estados Unidos por su investigación sobre la influencia de TRICARE/Asistencia Dirigida sobre la Total Force Readiness. En 2008 recibió la Tri Service Nursing Research Program Coin por la excelencia en investigación enfermera (7).

Los primeros cargos docentes de Ray fueron en la Universidad de California y la Universidad de San Francisco, en educación de enfermería de pregrado. Siguió estando interesada en el estudio de la enfermería como una cultura y tuvo la oportunidad de enseñar a estudiantes de diferentes culturas americanas y asiáticas. Durante el verano de 1971 viajó a México con otros compañeros para estudiar antropología y salud (7).

Entre 1973 y 1977 Ray volvió a Canadá para estar con su familia. Entró a la facultad de enfermería de la Mc Master University de Ontario y fue docente del programa de enfermería de la familia. En este cargo Ray tuvo una vez más la posibilidad de integrar la cultura y la salud en el programa de formación. Ray completó un máster en antropología cultural en la Mc Master University y estudió relaciones humanas, toma de decisiones y resolución de conflictos, así como el hospital como cultura organizativa (7).

Ray se sintió feliz cuando recibió una carta de Leininger preguntándole si estaba interesada en solicitar su inclusión en el primer programa de doctorado de enfermería transcultural en Estados Unidos. La tesis doctoral de Ray (1981a) fue un estudio sobre el cuidado en la compleja cultura organizativa del hospital. A partir de esta investigación, surgió la teoría de la atención burocrática. Durante sus estudios de doctorado, Ray se casó con James L. Droesbeke, a quien ella considera su inspiración, su amigo y el amor de su vida. Fue una fuente de apoyo y ayuda constantes durante toda su carrera, hasta su temprana muerte por cáncer en 2001.

Después de obtener el doctorado en 1981, Ray volvió a integrarse en la School of Nursing de la Universidad de Colorado. Allí Ray tuvo la gran suerte de trabajar con la Dra. Jean Watson, quien desarrollo e hizo progresar la teoría y la práctica del cuidado humano en enfermería. Con Watson y otros expertos, Ray fundo la International Association for Human Caring, por la que recibió el Life time Achievement A ward en 2008.

Ray ha escrito varias publicaciones teóricas y de investigación en asistencia transcultural, ética transcultural e investigación asistencial, a la vez ocupaba cargos como profesora visitante y Eminent Scholar. Con la Dra. Sherrilyn Coffman realizó una investigación teórica de campo con mujeres afroamericanas gestantes de alto riesgo.

Ray ocupa el cargo de vicepresidenta de Floridians for Health Care (asistencia sanitaria universal) desde 1998 a 2000. Es diplomada en enfermería transcultural desde 1998 y miembro de la International Transcultural Nursing Society. En 1984, Ray recibió el Leininger Transcultural Nursing Award a la excelencia en enfermería transcultural (7).

Conceptos principales y definiciones

Los procesos teóricos de toma de conciencia, de ver la verdad o identificar lo bueno de las cosas (cuidar) y su comunicación son los puntos centrales de la teoría. La dialéctica del cuidado espiritual-ético (el orden implícito), en relación con las estructuras circundantes de tipo político, legal, económico, educativo, fisiológico, sociocultural y tecnológico (el orden explícito) ilustra que **todo está interconectado con el cuidado y el sistema**, dentro de un macrocosmos que abarca toda la cultura. El cuidado espiritual-ético incluye procesos cualitativamente diferentes, como procesos políticos, económicos y tecnológicos. La interconexión entre los conceptos llevó a Ray a reflexionar sobre la teoría de la atención burocrática como una teoría holográfica. Holografía significa según Talbot que todo es un conjunto en un contexto y una parte en otro, de modo que cada parte está en el todo y el todo está en la parte. El cuidado espiritual-ético es tanto una parte como un todo. De la misma forma, todas las partes obtienen su significado a partir de cada una de las partes, que también se pueden considerar como conjuntos (7).

Relación del trabajo con la teorista

En este sentido la Gobernación de Santander comprende una serie de acciones de intermediación y coordinación entre el Gobierno Nacional y los municipios del departamento de Santander, está formado por una serie de secretarías. La Secretaría de Salud de Santander como ente territorial está conformado por un conjunto de grupos y dimensiones que a su vez se subdividen, dentro de estas dimensiones se encuentra la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, y todos ellos tienen como fin último el acto de cuidar a nivel de los individuos, familias y comunidades, es decir todo está interconectado con el cuidado y el sistema, incluyendo en su estructura, procesos políticos, legales, económicos, educativos,

fisiológicos, socioculturales y tecnológicos, influyendo en la salud, todo haciendo parte de un macrocosmos.

Tabla n°1 Correlación del trabajo con la teorista.

CORRELACIÓN DEL TRABAJO CON LA TEORISTA	
CONCEPTO DE LA TEORISTA	**CORRELACIÓN**
Cuidado: El cuidado se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. El cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad, y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado tiene lugar en una cultura o en una sociedad, incluida la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura de la sociedad y la global.	El cuidado es el objetivo principal de cada uno de los agentes en salud, desde la parte administrativa se debe garantizar el acceso a los diferentes servicios de salud de promoción y recuperación, además de velar por la gestión, vigilancia, evaluación y control a nivel departamental, siendo el cuidado una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, constituyendo una necesidad básica que permite la sostenibilidad de la salud y de la vida. Por su parte la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos tiene como propósito el bienestar de todos y todas, donde el cuidado es clave para salvaguardar la

	dignidad humana y orientar la búsqueda de la realización integral del sentido de lo humano.
Cuidado espiritual-ético: La espiritualidad incluye la creatividad y la elección, y se revela en el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos éticos del cuidado se asocian al aspecto espiritual y están relacionados con nuestras obligaciones morales hacia los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas como un medio para obtener un fin o como un fin en sí mismas, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético en enfermería se centra en cómo se pueden o se deben facilitar las elecciones para el bien de los demás.	La dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos es un ente territorial donde se toman decisiones en pro de la salud de la población, siendo la salud un derecho de todas y todos; el 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; sin embargo los entes

	administrativos e institucionales deben garantizar el pleno funcionamiento del enfoque sistémico de sus acciones y la coordinación interinstitucional e intersectorial para cumplir cada uno de estos objetivos
Factores educativos: Los programas educativos formales y no formales, la utilización de medios audiovisuales para transmitir la información y otras formas de docencia y difusión del conocimiento son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado.	Cada uno de los agentes en salud, incluyendo la dimensión, están en constante actualización y capacitación en diferentes temáticas consolidando un equipo de profesionales bien entrenado para brindar cuidados en salud en todos los niveles de atención, además se ha venido incorporando nuevas tecnologías de educación, que han permitido la globalización de la información y la comunicación. Esto favorece una transmisión de contenidos de manera ética y eficaz a toda la población de acuerdo a los contextos específicos y particulares socioculturales. La dimensión ha venido realizando una serie de capacitaciones virtuales a nivel departamental que permiten la adquisición y reforzamiento de los conocimientos en la implementación de la RIAMP y sus lineamientos para una atención

	más efectiva en cada una de las instituciones teniendo en cuenta la situación mundial de salud (Covid-19).
Factores físicos: Los factores físicos se relacionan con el estado físico del ser, incluidos los patrones biológicos y mentales. Como la mente y el cuerpo están interrelacionados, cada uno de los patrones influye en el otro.	Dentro de los objetivos y las acciones que se plantean el Ministerio de Salud, la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y cada una de las Instituciones de salud es velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para el bienestar físico, mental y social para los pueblos, grupos y comunidades.
Factores socioculturales: Algunos ejemplos de factores socioculturales son la etnicidad y la estructura familiar, la relación con amigos y familia, la comunicación, la interacción y el apoyo social, el conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y las estructuras de grupos culturales, comunidad y sociedad.	Cada una de las entidades en salud debe velar por desarrollar un conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales y culturales desde un enfoque de derechos humanos, de género, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

	Otro aspecto importante es que para la atención de las poblaciones se debe brindar un enfoque diferencial adecuando los servicios y acciones por parte de las instituciones para el reconocimiento de particularidades sociales, culturales, religiosas, entre otras y ofrecer respuesta a las demandas sociales de garantía de los derechos fundamentales de la población. Esto implica la consulta y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades.
Factores legales: Los factores legales relacionados con el significado del cuidado incluyen responsabilidad, reglas y principios que guían los comportamientos, como políticas y procedimientos, consentimiento informado, derecho a la privacidad, aspectos de mala praxis e imputabilidad, derechos del cliente, de su familia y de los profesionales, y	Las direcciones Territoriales de Salud, en cumplimiento de sus funciones de coordinación, asesoría, vigilancia y control están enmarcadas en un conjunto de principios, reglas y normas de carácter jurídico que orientan y regulan estrategias y acciones, pero sobre todo son referentes para la elaboración, ejecución y evaluación de las mismas y su plan de acción.

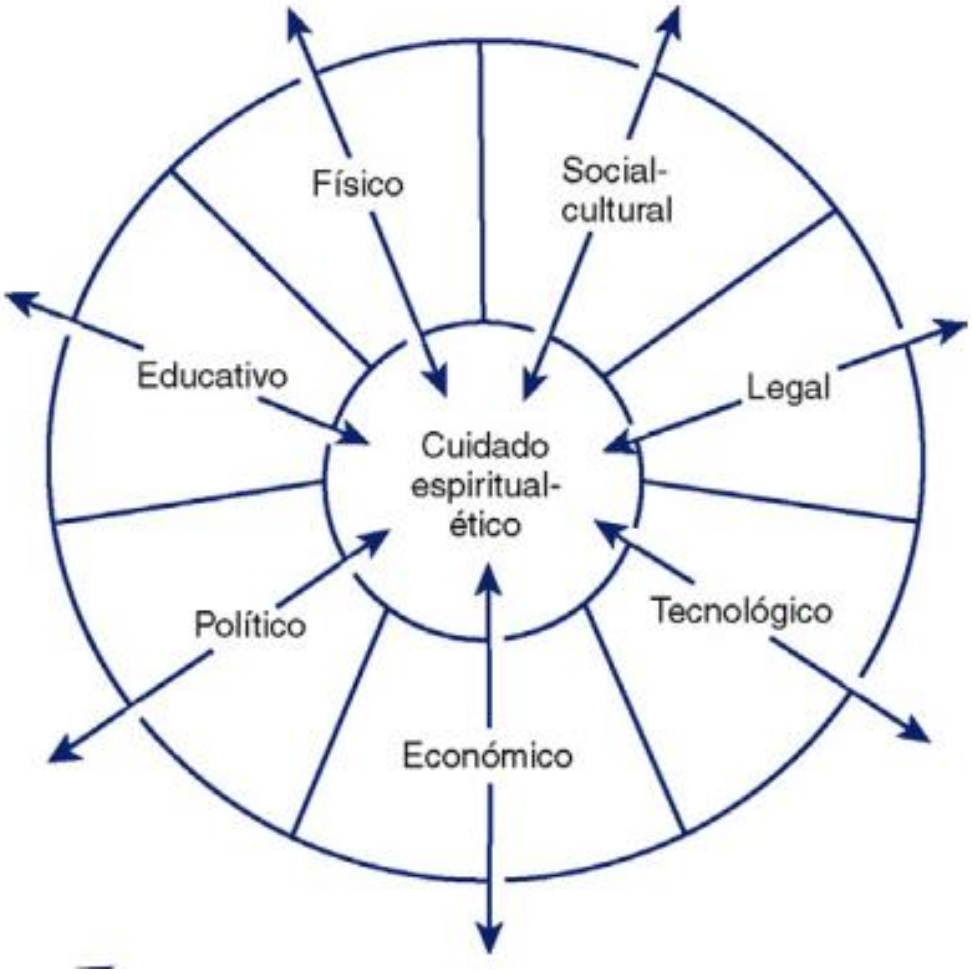
la práctica de la medicina y la enfermería defensivas	Además, dentro de los objetivos específicos de la dimensión se debe proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre los ciudadanos y las instituciones del sector salud.
Factores tecnológicos: Los factores tecnológicos incluyen recursos no humanos, como la utilización de aparatos para mantener el bienestar fisiológico del paciente, pruebas diagnósticas, fármacos, y el conocimiento y la habilidad necesarios para utilizar estos recursos. En el aspecto tecnológico también se incluye la práctica y la documentación asistida por ordenador.	Gracias a la tecnología se han podido desarrollar acciones de acceso, continuidad, comunicación, educación y seguimiento en las diferentes instituciones; por parte del servicio se han venido recibiendo e implementando capacitaciones haciendo uso de la tecnología y se quiere seguir haciendo uso de las TIC para facilitar los procesos de educación a los diferentes agentes en salud facilitando el acceso permanente a la información.
Factores económicos: Los factores relacionados con el significado del cuidado	La asignación de recursos se concuerda y articula con procesos técnicos de planeación

incluyen dinero, presupuestos, sistemas de seguros, limitaciones y directrices impuestas por las organizaciones de cuidado dirigido y, en general, la asignación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización. Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes, el dinero y los servicios.	sectorial, institucional y territorial, bajo un modelo de gestión de la salud pública y la sexualidad, los recursos destinados al desarrollo de las acciones se encuentran en tres grandes fuentes: por un lado los planes de beneficio, la segunda fuente está disponible en las transferencias ejecutables con los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) y finalmente se dispone de los recursos para la gestión de la salud pública que proviene de la misma fuente del PIC.
Factores políticos: Los factores políticos y la estructura de poder de la administración sanitaria influyen en cómo se ve la enfermería en la asistencia sanitaria, lo que incluye patrones de comunicación y toma de decisiones en la organización, las funciones y la estratificación por sexos en enfermeras, médicos y administradores, actividades sindicales como la negociación y la confrontación, las influencias del gobierno y de las compañías de seguros, la utilización del poder, el prestigio y el privilegio, y, en	La construcción de políticas públicas que transformen las realidad sociales es uno de los mayores retos de las Instituciones, sin embargo la dimensión se basa en la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos , la cual se concibió como idea para desarrollar la dimensión definida en el Plan Decenal de Salud Pública , por ello tiene como vocación concreta y la preocupación constante del Ministerio de Salud y Protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas

general, la competición por unos recursos humanos y materiales escasos.	y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios.

Fuente: autoría de la estudiante PEP, basada en el libro de Raile M, Marrier A. Modelos y teorías en enfermería, séptima edición y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

Imagen n°2. Presentación holográfica de la teoría de la atención burocrática



Fuente: presentación holográfica de la teoría de la atención burocrática. Gráficos reelaborados a partir de los originales por J.Castle and B. Jensen, Nevada State College, Henderson, NV).

Metaparadigmas

- **Enfermería:** la enfermería es un cuidado holístico, relacional, espiritual y ético que busca el bien propio y ajeno en comunidades complejas, organizaciones y culturas burocráticas. Un conocimiento más profundo de la naturaleza del cuidado refleja que el fundamento del cuidado espiritual es el amor. Mediante el conocimiento del misterio interno de la vida inspiradora, el amor busca una vida ética y responsable que permita la expresión de las acciones concretas del cuidado en la vida de las enfermeras. Por su naturaleza, el cuidado es cultural y social. El cuidado transcultural incluye creencias y valores de compasión o amor y de justicia o equidad, que encuentran su significado en el ámbito social en el que se forman y se transforman las relaciones. El cuidado transcultural funciona como lente única a través de la cual se ven las elecciones humanas y surge el conocimiento sobre la salud y la curación. Por tanto, mediante la compasión y la justicia, la enfermería lucha por conseguir la excelencia en las actividades del cuidado mediante la dinámica de contextos culturales complejos de relaciones, organizaciones y comunidades (7).

Correlación del trabajo con el metaparadigma de enfermería:

En el área administrativa, enfermería tiene como función administrar las actividades mediante la planeación, organización, dirección y control del personal de salud, para que éste realice las actividades asistenciales, investigativas y administrativas con el fin de dar a los pacientes atención de la más alta calidad científica, humana y espiritual. Además, se encarga de promover la actualización del personal de enfermería mediante la capacitación y educación continua. Dentro de otras múltiples actividades como: desarrollar de manera permanente procesos de mejora continua con el fin de optimar la adherencia a la RIAMP y otros aspectos de la

dimensión; implementar y ejecutar programas administrativos esenciales tales como actualización y elaboración de manuales de organización, de procedimientos administrativos y técnicos ; elaborar los proyectos de trabajo a través de programas dinámicos que permitan observar y medir la efectividad de los logros, el máximo de beneficios, con un menor costo, los que se traduce en una mayor calidad y productividad. Para ello se debe trabajar.

- **Persona:** Una persona es un ser espiritual y cultural. Las personas son creadas por Dios, el Misterio del Ser, y participan de manera cocreativa en organizaciones humanas y en relaciones transculturales para encontrar el significado y el valor (7).

Correlación del trabajo con el metaparadigma de persona:

La persona es el centro del modelo de atención en salud, asegurando una efectiva participación social y comunitaria con acciones sectoriales e intersectoriales y alcanzar la cobertura y acceso de cada una de las personas propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud y goce efectivo de este derecho fundamental. Siendo las personas, sujetos morales y seres autónomos con capacidad para decidir y velar por su autocuidado.

- **Salud:** La salud aporta un patrón de significado para las personas, las familias y las comunidades. En todas las sociedades humanas, las creencias y las prácticas asistenciales sobre la enfermedad y la salud son características centrales de la cultura. La salud no es, simplemente, la consecuencia de un estado físico del ser. Las personas construyen su realidad de salud en relación con la biología, patrones mentales, características de su imagen del cuerpo, la mente y el alma, la etnicidad y las estructuras familiares, las estructuras de la sociedad y de la comunidad

(políticas, económicas, legales y tecnológicas), y las experiencias de cuidado que dan significado a las maneras complejas de vida. La organización social de la salud y la enfermedad en la sociedad (el sistema de asistencia sanitaria) determina la forma en la que se reconoce que las personas están enfermas o sanas. Determina cómo los profesionales sanitarios ven la salud y la enfermedad y cómo las personas ven la salud y la enfermedad. La salud está relacionada con la forma en la que las personas de un grupo cultural o cultura organizativa o sistema burocrático construyen la realidad y dan o encuentran el significado (7).

Correlación del trabajo con el metaparadigma de salud:

Cada uno de los agentes territoriales y agentes en salud contienen una serie de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los agentes del sistema y de otros actores responsables de garantizar la atención de la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutiva. La salud es algo de todos y para todos y para su garantía se requiere de componentes integrados e interdependientes como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana y hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y eficiencia de los servicios de salud (7).

- **Entrono:** el entorno es un fenómeno espiritual, ético, ecológico y cultural complejo. Esta conceptualización del entorno abarca el conocimiento y la conciencia sobre la belleza de las formas de vida y sistemas simbólicos (representativos) o patrones de significado. Estos patrones se transmiten históricamente, se conservan o se modifican mediante los valores asistenciales, las

actitudes y la comunicación. Las formas funcionales que se identifican en la estructura social de la burocracia (p. ej., políticas, legales, tecnológicas y económicas) tienen una función para facilitar el conocimiento del significado de la asistencia, la cooperación y el conflicto en los grupos culturales humanos y los entornos organizativos complejos. La práctica de la enfermería en diferentes entornos abarca los elementos de la estructura social y los patrones asistenciales espirituales y éticos del significado (7).

Correlación del trabajo con el metaparadigma de entorno:

Para mejorar las condiciones de vida, se requiere fortalecer programas de salud de calidad para la toda la población; garantizar y promover entornos saludables; estableciendo sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud. Los entes territoriales deben garantizar estos entornos saludables caracterizados por actividades e intervenciones intersectoriales de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo que se desarrollan para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para su salud, y a su vez, permitirles ampliar sus conocimientos y capacidades para identificar los riesgos y actuar oportunamente frente a ellos. Los Entornos Saludables comprenden aquellos lugares donde viven las personas (hogar, barrio, localidad, etc), los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, entre otros.

La atención burocrática, el límite sintético entre las dimensiones humanas y estructurales, es el punto en el que las enfermeras, los pacientes y los administradores integran la persona, la enfermería, la salud y el entorno.

El cuidado espiritual ético y las estructuras organizativas, cuando son integradas, abiertas e

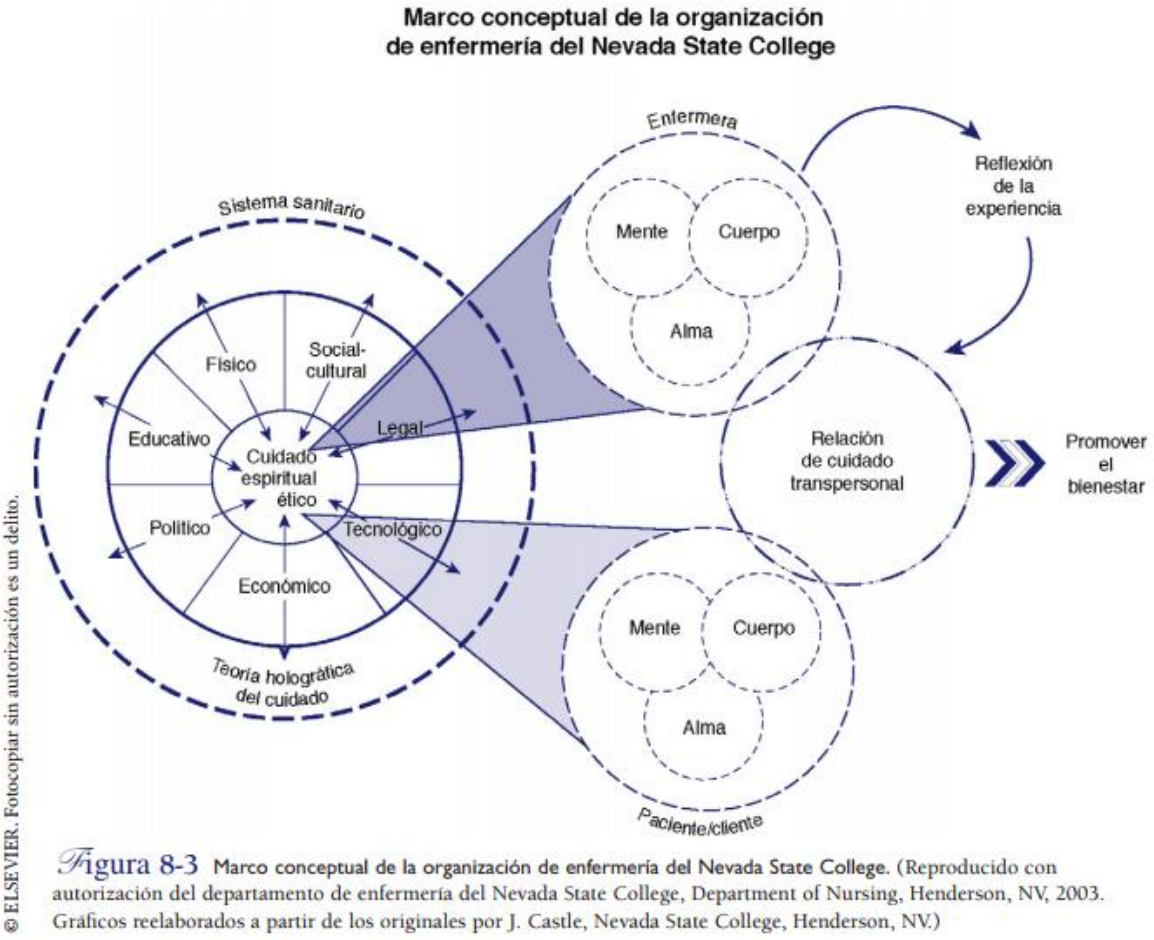
interactivas, son un conjunto, y deben operar mediante una elección consciente. La toma de decisiones de la enfermera tiene lugar por un interés humanitario y de corazón, utilizando los principios éticos como brújula de las decisiones.

La teoría de la atención burocrática apunta que las organizaciones que promueven las elecciones éticas, el respeto y la confianza se convertirán en las organizaciones de éxito del futuro. Los complejos ámbitos gubernamentales brindan la oportunidad a las enfermeras de salud pública de confianza de influir en las políticas que afecta a la salud del público. La teoría de la atención burocrática ofrece un marco por el que una enfermera puede ver a la población global y a todos sus componentes para comprender las formas con las que la enfermería puede influir en los resultados de la salud.

La teoría es útil en la educación en enfermería en cuanto a que se centra principalmente en los cuidados enfermeros y en la conceptualización del sistema sanitario. La teoría holográfica combina la diferenciación de las estructuras en un marco holístico. El análisis de las estructuras o fuerzas que hay en organizaciones complejas (legales, económicas, socioculturales…) proporciona una perspectiva de los factores que influyen en las actividades de enfermería. La implicación de estas estructuras con asistencia espiritual-ética pone de relieve los imperativos morales y la toma de decisiones de las enfermeras (7).

El cuidado espiritual-ético pone el énfasis en la comunicación de todos los fenómenos enfermeros, incluyendo las fuerzas físicas, socioculturales, legales, tecnológicas, económicas, políticas y educativas. Las flechas reflejan la naturaleza dinámica del cuidado espiritual-ético de la enfermera y las fuerzas que influyen en la estructura cambiante del sistema sanitario. Estas fuerzas influyen tanto en el cliente/paciente como en la enfermera (7).

Imagen n° 3 Modelo teoría holográfica: atención burocrática del State College.



Fuente:Elsevier: pantallazo tomado de modelos y teorías en enfermería séptima edición.

Mientras están en el sistema sanitario, el cliente paciente y la enfermera están unidos por medio de una relación de cuidado transpersonal dinámica. Esto significa que, mediante la comunicación, la enfermera considera que la persona tiene la capacidad de tomar decisiones. Mediante la reflexión y la experiencia, la enfermera evalúa qué fuerza tiene la máxima influencia en la situación de enfermería. La enfermera hace uso de su conocimiento empírico, ético y personal

para conformar y modificar la respuesta estética del paciente. Sin la relación transpersonal de las actividades del cuidado enfermero, no se puede conseguir el objetivo de la enfermería (7).

Resumen

La teoría de la atención burocrática invita a los profesionales de la enfermería a pensar más allá de su marco de referencia habitual y vislumbrar el mundo más holísticamente, mientras consideran el universo como un holograma. La apreciación de la interrelación de las personas, los entornos y los episodios resulta fundamental para comprender esta teoría. La teoría proporciona un punto de vista único de las organizaciones de asistencia sanitaria y de cómo los fenómenos de enfermería se interrelacionan como un todo y como partes de un sistema. Los constructos básicos únicos de la teoría de Ray incluyen el cuidado tecnológico y económico. La teoría se derivó de manera inductiva y se sintetizó mediante reflexión y análisis adicionales. Ray reta a las enfermeras a que consideren las dimensiones espiritual y ética del cuidado, para que los conocimientos de la teoría de la atención burocrática puedan informar a las enfermeras con el fin de que utilicen su creatividad e imaginación para transformar el mundo laboral (7).

4.2. TEORÍA ADMINISTRATIVA

TEORÍA ESTRUCTURALISTA DE LA ADMINISTRACIÓN

La teoría estructuralista encuentra un desdoblamiento de la teoría de la burocracia y una aproximación a la teoría de las relaciones humanas, que tiene por objetivo la supervivencia del sistema, estudiando los problemas de la empresa y sus causas prestando especial atención a la autoridad y la comunicación dentro de una empresa.

En consecuencia, la teoría del estructuralismo surgió de las necesidades de visualizar la organización como una unidad social grande y compleja, en donde interactúan los grupos sociales que comparten algunos de los objetivos de la organización.

La corriente estructuralista pretende equilibrar los recursos de la empresa, prestando atención tanto a su estructura como al recurso humano.

El estructuralismo se entiende el estudio sociológico de las diferentes formas de organización social, patrones establecidos de interacción, visión (forma de pensar) y elementos de estratificación social (clases y jerarquías), así como las funciones de sus miembros. Esta serie de estudios se centra en cinco puntos fundamentales (8).

Relación del trabajo con la teoría estructuralista:

La teoría estructuralista se relaciona con la teoría de enfermería de La Atención Burocrática ya que ambas proponen conceptos sobre estrategias organizacionales y la interdependencia entre las distintas organizaciones para así alcanzar los objetivos propuestos, la teoría del estructuralismo surgió de las necesidades de visualizar la organización como una unidad social grande y compleja, en donde interactúan los grupos sociales que comparten algunos de

los objetivos de la organización y la teoría de Atención Burocrática tiene una visión global de las estructuras o fuerzas que hay en organizaciones complejas, es decir que ambas reconocen las interconexiones entre todas las cosas y que todo es un conjunto. La Secretaria de Salud del departamento, así como la misma dimensión de SDSDR cuentan con una organización bien estructurada que contiene una misión, una visión, unos objetivos, un organigrama y unas funciones específicas para actuar en pro de la salud de la población santandereana, que se presentaran en el transcurso del presente trabajo.

- Objetivos de la organización: Es importante la participación de los miembros al definir y analizar los objetivos. Además, deben tomarse en cuenta los objetivos abstractos (ideales implícitos de los miembros, por ejemplo, laborar en un ambiente propicio y entusiasta) y los concretos (definidos en el plan de la organización).
- Tipología de las organizaciones: hay diferentes tipos de organización, según sus objetivos, estructura, lugar dentro del sistema global, social y económico, etc.
- Las relaciones sociales dentro de la organización: en las organizaciones hay múltiples interrelaciones, entre individuos, entre éstos y grupos, entre grupos y entre éstos y organizaciones las cuales determinan la estructura de la unidad económica.
- La organización y su relación con el medio ambiente social: las entidades están situadas en un contexto social y económico determinado, por eso, el administrador debe entender los fenómenos y relaciones que se producen dentro de la organización y su entorno.
- Los conflictos en la organización: los conflictos son como termómetro de las condiciones dentro de la organización, y reflejo de las contradicciones sociales.

Además, el conflicto es un producto social, resultado del choque entre el capital y la fuerza de trabajo; como no es posible superarlo, por lo menos hay que suavizarlo (8).

Otro aspecto importante que propone la teoría es que las organizaciones se caracterizan por una jerarquía de autoridad, es decir, por la diferenciación de poder. Las organizaciones se enfrentan con una multiplicidad de problemas que son clasificados y categorizados para que la responsabilidad por su solución sea atribuida a diferentes niveles jerárquicos de la organización. Así las organizaciones se desdoblan en tres niveles organizacionales así

5. Nivel institucional: es el nivel organizacional más elevado compuesto de los dirigentes o de altos empleados.
6. Nivel gerencial: es el nivel intermedio situado entre el nivel institucional y el nivel técnico cuidando de la relación y la integración de dos niveles, el nivel gerencial detalla los problemas de la captación de los recursos necesarios para colocarlos dentro de las diversas partes de la organización, de la distribución y colocación de los productos y servicios de la organización.
7. Nivel técnico: es el nivel más bajo de la organización, también denominado nivel operacional. Es el nivel en que las tareas se ejecutan, los programas se desarrollan y las técnicas se aplican (8).

Esta teoría estructuralista también propone y se enfoca en al hombre organizacional, es decir el hombre que desempeña diferente funciones o papeles en varias organizaciones. El hombre organizacional refleja una personalidad cooperativa y colectivista (8).

El hombre moderno, o sea el hombre organizacional, para ser exitoso en todas las organizaciones necesita tener las siguientes características de la personalidad: *flexibilidad*, frente a los constantes cambios que ocurren en la vida moderna, *tolerancia* a las frustraciones, para evitar el desgaste emocional derivado del conflicto entre necesidades organizacionales y necesidades individuales, cuya mediación se hace mediante métodos racionales, *capacidad* de posponer las recompensas, y compensar el trabajo rutinario dentro de la organización en detrimento de las preferencias y vocaciones personales, *permanente deseo de realización*, para garantizar la conformidad y la cooperación con las normas que controlan y aseguran el acceso a las posiciones de carrera dentro de la organización, proporcionando recompensas y sanciones sociales y materiales (8).

4.3. TEORÍA DE E-LERNING

TEORIA DE ADDIE

La tecnología incorporada a los procesos educativos puede ser un elemento enriquecedor y desarrollador para el aprendizaje; más en aras de lograr esto, se hace necesario modificar los esquemas tradicionales de diseño y planificación de cursos y materiales para la enseñanza y utilizar las herramientas tecnológicas bajo una óptica abierta y de adaptación a los nuevos modelos de aprendizaje (9).

La educación se ha visto favorecida por el desarrollo de las TIC, esto debido a que se han generado nuevas experiencias sobre la formación que permiten modificar, complementar o reemplazar los procesos clásicos de enseñanza generando a su vez nuevas formas de interacción y participación. De acuerdo a Khan el internet es un medio poderoso, global, interactivo, económico y

democrático, que facilita la flexibilidad frente al tiempo y la ubicación, el trabajo autónomo e independiente y es una herramienta que permite compartir y reutilizar contenidos formativos y educativos (9).

Modelo ADDIE

El modelo ADDIE se desarrolló en 1970 cuando se creó un modelo de sistemas de diseño instruccional que incluía las siguientes fases: análisis, diseño, desarrollo, implementación y control, para adiestramientos militares. De ahí el término de control, ya que el departamento de Defensa de Estados Unidos estaba implicado en el desarrollo del modelo. Después de muchas revisiones, la fase de control se convirtió en la fase de evaluación, tal como se conoce hoy. Lo anterior, confirma lo que señala Chen de que ha sido un modelo utilizado por varias décadas y ha servido de base para el desarrollo de otros modelos. ADDIE es un proceso con enfoque sistemático y centrado en el estudiante que sirve como guía de referencia para el desarrollo de productos educativos y recursos de aprendizaje, para facilitar la construcción de conocimiento y habilidades durante episodios de aprendizaje guiado, es decir, que todas las actividades que se planean a través de este modelo están enfocadas en guiar al estudiante en la construcción de conocimiento en un espacio de aprendizaje (9)

Fases del modelo:

- Análisis. En esta fase de debe identificar todas las variables que deben tenerse en cuenta al diseñar el curso, tales como las características del alumno o la población objeto, el conocimiento previo de los alumnos, los recursos disponibles, etc, también se deben diseñar los objetivos de aprendizaje utilizando la taxonomía de Bloom, que los clasifica por dominios cognitivos. En este paso se recolecta información para identificar las

características tanto generales como específicas de la población y determinar el número de estudiantes, en virtud de diseñar y organizar el ambiente de aprendizaje de acuerdo a este mapeo (9).

- Diseño. Esta etapa se centra en la identificación de los objetivos de aprendizaje para el curso y cómo se crearán y diseñarán los materiales (por ejemplo, puede incluir la descripción de las áreas de contenido que se deben incluir y el guion gráfico que defina qué contenidos se presentarán en formato de texto, audio y video y en qué orden, y decidir sobre la elección y el uso de la tecnología, como un LMS, video o medio social (9);

La fase de diseño está compuesta por cuatro procedimientos.

1. Conducir un inventario de tareas, a través de cual se especifican los desempeños deseados de los estudiantes a fin, de organizar el contenido e identificar las tareas primarias de aprendizaje necesarias para que éstos alcancen los objetivos instruccionales. En otras palabras, el inventario de tareas es un diagrama o lista con los ítems que necesitan ser aprendidos para lograr el desempeño deseado.
2. Componer los objetivos de rendimiento. Los objetivos de desempeño a diferencia de los objetivos instruccionales, tienen consideraciones más específicas, sin embargo, entre ellos debe existir congruencia. Estos objetivos sirven como guía para desarrollar un episodio instruccional y fijar el desempeño deseado de los estudiantes durante el mismo.
3. Generar métodos de prueba o testeo, es decir, crear actividades o tareas para medir y evaluar el desempeño de los estudiantes.

4. Se debe calcular el retorno de la inversión. Para este paso se tiene en cuenta la estimación del costo de los recursos que se van a emplear en cada una de las fases del modelo ADDIE y los beneficios potenciales del programa instruccional (9).

- Desarrollo. El propósito de la fase desarrollo es generar y validar los recursos de aprendizaje. En esta fase se produce el material y las actividades de aprendizaje necesarias para implementar el curso. El procedimiento de esta fase se compone de 6 pasos.

A. Generar el contenido o el plan de aprendizaje a través de estrategias instruccionales que den lugar a la construcción de conocimientos y habilidades durante un episodio de aprendizaje.
B. Selección o desarrollo de herramientas multimedia con el fin de mejorar la calidad de los episodios de aprendizaje. El uso de este tipo de herramientas está encaminado a responder a las necesidades de cada estilo de aprendizaje de los estudiantes: auditivo, visual o kinestésico
C. Desarrollar una guía para el estudiante sobre cómo navegar y disponer su aprendizaje durante el programa instruccional, es decir, en este se debe brindar información al estudiante sobre el contenido del programa, en virtud de que éste pueda identificar el rendimiento que espera de él en cada episodio de aprendizaje.
D. Desarrollar una guía para el profesor que cuente con los elementos esenciales para habilitar al profesor para que pueda guiar a los estudiantes a construir conocimientos y habilidades mediante las estrategias instruccionales planteadas al generar el contenido.

E. Realizar una revisión formativa de los productos y procesos instruccionales previa a la implementación, para determinar la efectividad de los mismos e identificar si alguno requiere ser revisado en aras de tomar una decisión pertinente frente al recurso.

F. Realizar una prueba piloto de implementación. El propósito de la fase de implementación es preparar el ambiente de aprendiza e incentivar a los estudiantes y está compuesto por dos pasos: preparar al profesor y al estudiante. El primer paso pretende preparar al profesor a través de un plan que desarrolle en él habilidades frente a estrategias instruccionales y lo familiarice con los recursos de aprendizaje del programa que va a implementar. El segundo paso es preparar al estudiante para que tenga una participación activa en el programa instruccional y pueda interactuar fácilmente con los recursos de aprendizaje desarrollados (9).

- Evaluación. El propósito de esta fase es evaluar la calidad de los productos y los procesos instruccionales, también se tiene en cuenta la retroalimentación y análisis de los datos para identificar las áreas que requieren mejoras y que se considerarán en el diseño, desarrollo y puesta en práctica de la siguiente edición del curso (9).

Teniendo en cuenta el proceso del modelo ADDIE se puede decir, que éste se alinea a los principios del diseño instruccional. Por un lado, es modelo secuencial pero flexible, es decir, si bien el cierre de una fase marca la posibilidad de iniciar a la siguiente, este modelo no es cerrado, sino que permite hacer adecuaciones en caso de necesitar algún ajuste. Adicionalmente es un modelo sistemático y sistémico. Sistemático porque establece reglas y procedimientos para su diseño y sistémico porque existe una interacción entre todos sus componentes o procesos (9).

Relación del modelo ADDIE con el trabajo:

El modelo ADDIE es la base para el diseño del curso de preparación para la maternidad y paternidad virtual desarrollado por 5 estudiantes de enfermería de octavo semestre en la práctica electiva de profundización con apoyo de cada uno de los tutores y jefes inmediatos de cada uno de los servicios en que se desea implementar.

5. VALORACIÓN

5.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESCENARIO DE PRÁCTICA

5.1.1. GOBERNACIÓN DE SANTANDER

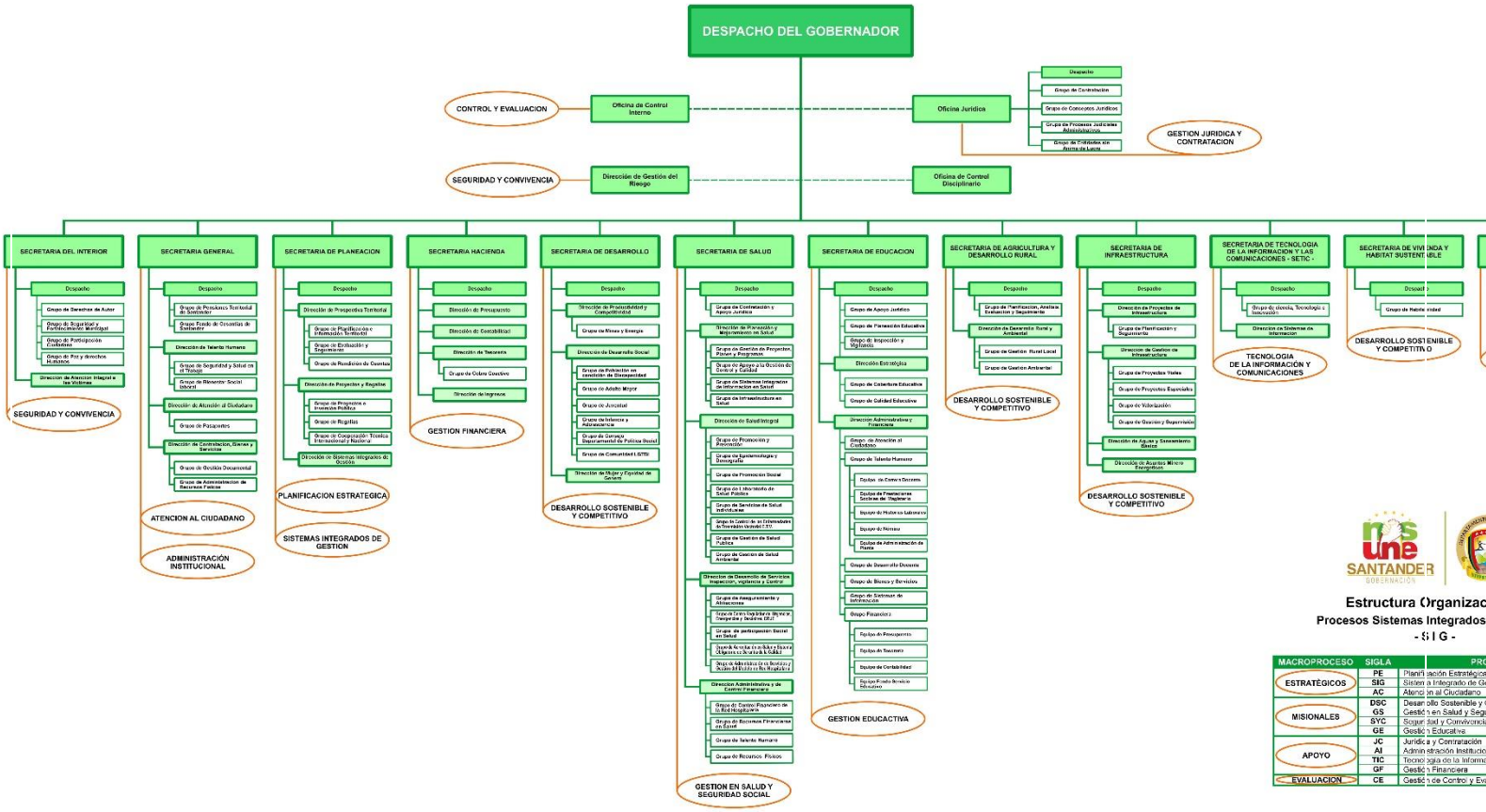
OBJETIVO: La Gobernación de Santander contempla como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de los santandereanos fomentando la competitividad, fortaleciendo la ciencia y la tecnología, y recuperando la infraestructura vial, entre otros; vitales para el desarrollo y la proyección del departamento.

MISIÓN: La Gobernación de Santander es un organismo de dirección, planificación y promoción del desarrollo económico, social y ambiental, que cumple funciones de intermediación y coordinación entre el Gobierno Nacional y los municipios de Santander, así como de apoyo, complementariedad y subsidiariedad a la gestión local.

VISIÓN: Santander será reconocido como un departamento con equidad, desarrollo ordenado, sustentable y competitivo. Una región líder que cuenta con polos de desarrollo en ciencia, tecnología e innovación. Con un sistema eficiente que potencializa el proceso de desarrollo humano integral de las comunidades y su inserción en el campo internacional; y que desarrolla una cultura política basada en los principios de transparencia, eficacia y respeto por el otro, fortalecida en los principales valores y raíces culturales de la población.

UBICACIÓN: La gobernación de Santander se encuentra ubicada en la ciudad de Bucaramanga en la calle 37 #10-36

Organigrama. Gobernación de Santander.



Fuente: Organigrama, página Gobernación de Santander. Consultado: 14 -08-2020

5.1.2. DEPARTAMENTO DE SANTANDER

LOCALIZACIÓN: El departamento de Santander se encuentra localizado en la parte septentrional de la Cordillera Oriental de los Andes al noroeste del país, entre la latitud norte 05° 42’ y 08° con longitud entre 72° 26’ y 74° 32’ al este de Greenwich. Sus límites están conformados por los departamentos de Cesar y Norte de Santander en el norte; Boyacá y Norte de Santander en el oriente; Boyacá al sur, y Antioquia y Bolívar al Occidente (10).

EXTENSIÓN TERRITORIAL: El departamento cuenta con una extensión territorial de 30.920 km2 equivalentes al 2,7% del territorio nacional y el 40% de la región nororiental (10).

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA: El departamento está conformado por 87 municipios, los cuales se agrupan en siete provincias administrativas y de Planificación (PAP)

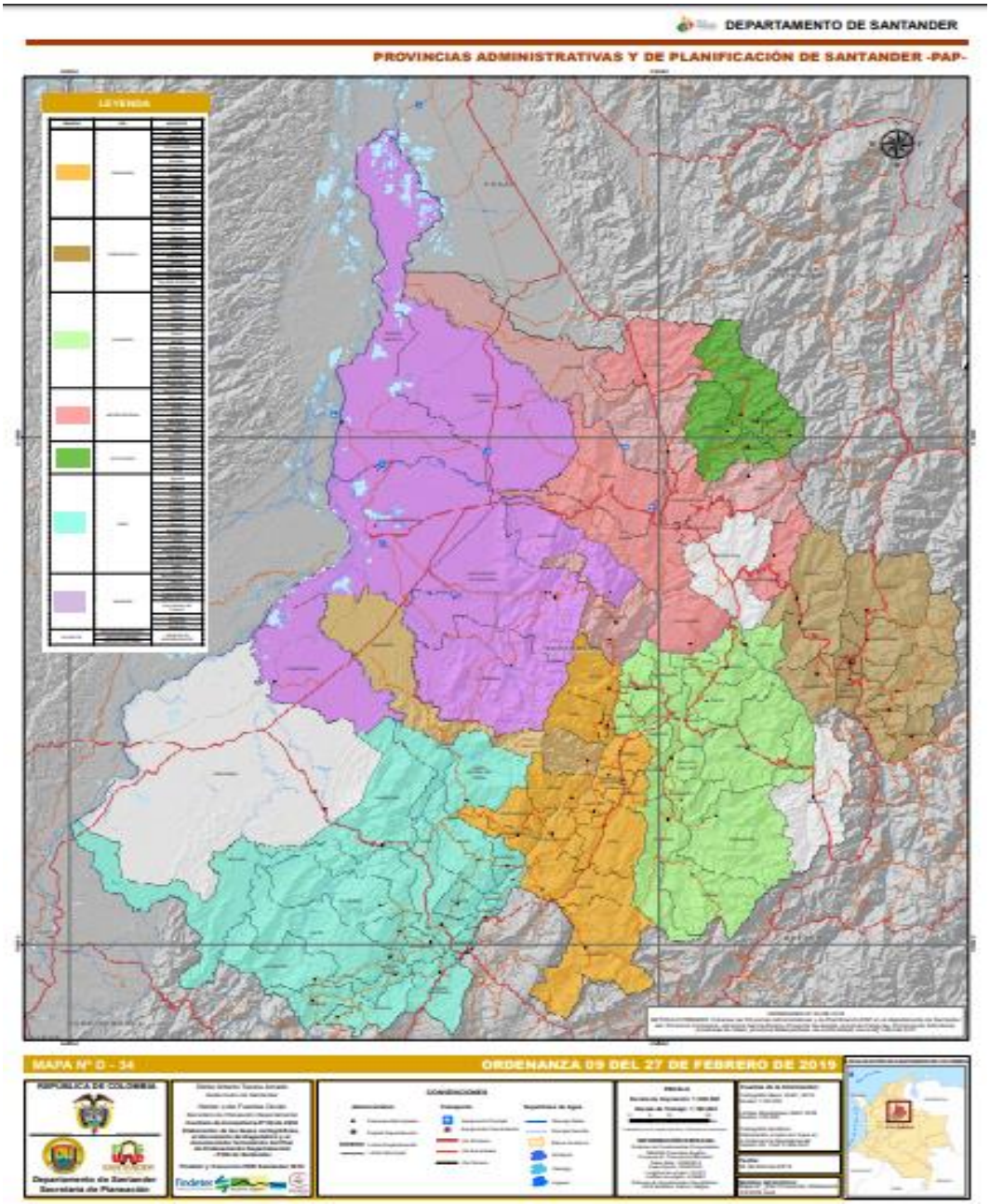
Tabla 2. Provincias Administrativas y planificación (PAP) y sus municipios. Santander 2019

PAP	MUNICIPIO
COMUNERA	Chima, Confines, Contratación, El guacamayo, Galán, Gámbita, Guadalupe, Guapota, Hato, Oiba, Palmar, Palmas del Socorro, Simacota, Socorro, Suaita.
GARCÍA ROVIRA	Capitanejo, Carcasí, Cerrito, Concepción, Enciso, Guaca, Macaravita, Málaga, Molagavita, San Andrés, San José de Miranda, San Miguel.
GUANENTÁ	Aratoca, Barichara, Cabrera, Cepita, Charalá, Coromoro, Curití, Encino, Jordán, Mogotes, Ocamonte, Páramo, Pinchote, San Gil, San Joaquín, Valle de San José, Villanueva.

METROPOLITANA	Bucaramanga, El Playón, Floridablanca, Girón, Lebrija, Los Santos, Río Negro, Santa Bárbara, Tona, Zapatoca.
SOTO NORTE	California, Charta, Matanza, Suratá, Vetas, Tona.
VÉLEZ	Aguada, Albania, Barbosa, Bolívar, Chipatá, El Peñón, Florián, Guavatá, Güepsa, Jesús María, La Belleza, La Paz, Landázuri, Puente Nacional, San Benito, Santa Helena de Opón, Sucre, Vélez.
YARIGUÍES	Barrancabermeja, Betulia, Puerto Parra, Puerto Wilches, Sabana de Torres, San Vicente de Chucurí, Rionegro, Zapatoca.
NO APLICA (municipios independientes)	Piedecuesta, Onzaga, Cimitarra.

Fuente: Provincias Administrativas y planificación (PAP) y sus municipios, Página de la Gobernación de Santander 2019; 14-08-2020

Imagen n°4 . mapa 1. Provincias Administrativas y de planificación de Santander – PAP-Ordenanza 2019



Fuente: Mapa de Santander PAP, Página de la gobernación de Santander. 14-08-2020

5.1.3. SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER:

La Gobernación de Santander cuenta a nivel administrativo con 13 secretarias dentro de las cuales se encuentra la secretaria de salud.

MISIÓN: Garantizar el acceso a los servicios de promoción y recuperación de la salud como componente del bienestar, la seguridad y el desarrollo integral de la población del departamento, mediante la prestación de los servicios de su competencia, la dirección y coordinación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en todo el territorio, su evaluación, vigilancia y control.

UBICACIÓN: La secretaria de salud de Santander se encuentra ubicada en la Ciudad de Bucaramanga en la calle 45 #11-52.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: La secretaria de Salud de Santander Consta de 3 pisos y 1 parqueadero donde se distribuyen las diferentes oficinas de la siguiente manera:

Imagen n° 5. Secretaría de salud de Santander división del espacio físico.

Fuente: imagen tomada por la autora, secretaria de salud de Santander.

Dentro de la secretaria de salud se encuentra la dirección de salud integral que cuenta con 8 grupos o coordinaciones en el cual se ubica la coordinación de promoción y prevención que se enmarca en el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 el cual contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social. El plan decenal de salud pública incorpora 8

dimensiones prioritarias que representan aspectos fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas y sus comunidades (11).

El servicio corresponde a la dimensión 5: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Esta dimensión corresponde a un conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades (11).

NOMBRE DEL SERVICIO/DIMENSIÓN: Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

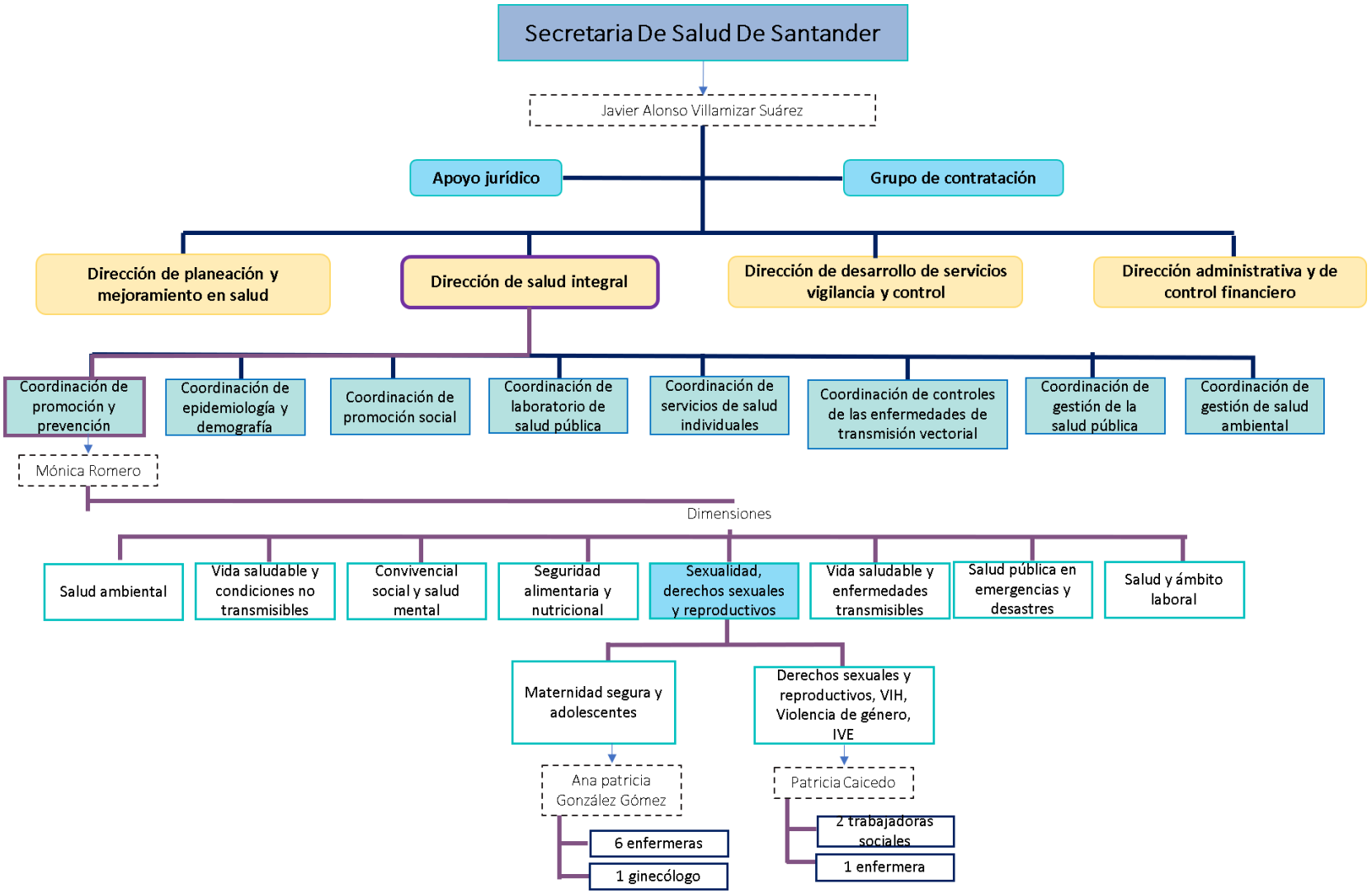
*Nota: nombre tomado de las dimensiones del plan decenal de salud pública en el año 2014.

Imagen n°6.Secretaria de Salud de Santander

Fuente: imagen tomada de la página web. Google.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Imagen n°7. Estructura organizacional secretaria de salud departamental con enfoque en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.



Fuente: autoría estudiante pep. Dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos. Secretaría de salud de Santander. Doctora Ana Patricia González Gómez.

5.1.3.1. RESEÑA HISTÓRICA

La revisión de la PNSSR 2003 - 2007 y su actualización como PNSDSDR 2014 – 2021, es una oportunidad de revivir la historia cursada para la defensa de estos derechos en Colombia. En la década del 70, en la cual se llevó a cabo la I Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1974), algunos países iniciaron la aplicación de políticas de "control de la natalidad" en consideración a que se sostenía que el crecimiento demográfico obstaculizaba el desarrollo. Sin embargo, esta postura se moderó promoviendo políticas que se inscribieran en estrategias de desarrollo más amplias, y se basaran en el derecho de las familias a la planificación familiar. De la II Conferencia celebrada en 1984 se destaca el reconocimiento de los estrechos vínculos existentes entre la población, los recursos, el medio ambiente y el desarrollo, pero se mantuvo la presión a los países pobres para que redujeran sus tasas de natalidad (3).

A partir de este momento, los movimientos sociales preocupados por las temáticas de la sexualidad, la reproducción, el estatus de la mujer y el ecologismo estrechan sus vínculos y alianzas con los sectores académicos afines, de tal modo que es imprescindible reconocer el papel central del movimiento social de mujeres en las elaboraciones que conjuntamente se llevaron a la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), que representa un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos, como derechos humanos; allí se inscriben los asuntos de la sexualidad y la reproducción en las personas como sujetos morales y seres autónomos con capacidad para decidir, sin presiones, incentivos o violencia. Se superó así el

enfoque netamente demográfico y se visibilizó la estrecha relación entre las políticas de población y el desarrollo económico, social, medioambiental y de los derechos humanos. Bajo esta perspectiva ya no es pertinente usar expresiones como “explosión demográfica” y “control de la natalidad” las cuales, bajo el enfoque de derechos, resultan inadecuadas. Un año más tarde en la IV Conferencia de la Mujer en Beijín, este mismo movimiento introduce el concepto de derechos sexuales de las mujeres, que posteriormente se reconocen como derechos sexuales de las personas (3).

Esta preocupación mundial, también trasciende en el país, y es así como en 1959 se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, primera institución en promover la planificación familiar. Simultáneamente se creó la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población ACEP; dos entidades privadas atentas al acontecer internacional en cuanto al crecimiento de la población y sus desafíos y se inició la formación de personal en diversas disciplinas para adquirir conocimientos sobre población y planificación familiar, apoyado con la cooperación de México, Chile y Estados Unidos (3).

A la par con el análisis demográfico, el movimiento feminista empezó a generar demandas en materia de planificación familiar, salud reproductiva y derechos sexuales. Uno de sus requerimientos era separar la reproducción de la sexualidad y la popularización de métodos anticonceptivos, como derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y la maternidad. La búsqueda de autonomía reproductiva se afianza en la aparición de la píldora anticonceptiva (Brigerio, 2014) que llega a Colombia en 1960 (3).

En 1965 nace la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia, de carácter privado, sin ánimo de lucro, con inspiración solidaria y filantrópica hacia la promoción y defensa

del derecho humano a la planificación familiar, prestando servicios a los pobres, vulnerables y marginados, y al desarrollo de investigaciones sociodemográficas que contribuyan al bienestar de la población, respetando los derechos del individuo y la pareja dentro del marco normativo vigente (3).

La primera incursión del Ministerio de Salud en estos temas data de 1967, a través de un contrato con ASCOFAME, para organizar un proceso de capacitación en fundamentos de demografía, sus implicaciones para el desarrollo y la salud, y métodos para regular las altas tasas de natalidad, bajo la expresión de "paternidad responsable", para no usar el término "Planificación familiar". En 1969 este Ministerio incluyó actividades de planificación familiar en sus programas de protección materna e infantil (3).

Así mismo, Profamilia estableció en 1970 el primer programa de vasectomías y en 1972 el de ligadura de trompas por laparoscopia. Es lamentable destacar cómo en la práctica médica hizo carrera la "precaución" de que las cirugías de esterilización femenina, debían contar con la autorización de la pareja, no así las de esterilización masculina. Con esta limitación, no era posible que una mujer optara por este método, haciendo uso de su capacidad legal para decidir en otros ámbitos. Este requisito, sin sustento legal, que le restaba autonomía a la mujer, perduró hasta hace poco en prestadores públicos y privados de servicios (3).

El Ministerio de Salud expidió en 1984 la Resolución 8514 "Por la cual se establecen algunas normas de "Regulación de la fertilidad", la primera reglamentación en el tema, donde se plasman los principios5 que la regirían, estableciendo que los servicios deberán estar integrados a otros aspectos de atención de salud dirigidos a personas en edad reproductiva, señala la forma como debe darse la información y otorgarse el consentimiento6 , así como la responsabilidad del

Ministerio de emitir el Manual para la prestación de la atención y capacitar a los prestadores de los servicios de regulación de la fertilidad, quienes no podrán ejercer ningún tipo de presión, ni podrán recibir incentivo alguno por el estímulo al uso de un determinado método (3).

En la Constitución Política de 1991, erigida como una Carta de Derechos basada en la dignidad y respeto de todas las personas, se consagran los derechos fundamentales, los cuales permiten avanzar en la eliminación de la discriminación y por ende el reconocimiento de la diversidad, por razones étnicas, culturales, religiosas, sexuales, entre otras. En consecuencia, el desarrollo de la vida sexual y las decisiones sobre la reproducción, configuran los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que, como derechos humanos, están íntimamente relacionados con el ejercicio del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la intimidad personal y familiar, al desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, a formar una familia, a la atención en salud, a la educación, entre otros (3).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contenido en la Ley 100 de 1993 aprobada con base en el artículo 49 de la Constitución, da lugar a una amplia reglamentación en todos los aspectos. Es así como el Plan de Atención Básica, hoy Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación. Los servicios en el campo de la salud sexual y de la salud reproductiva, que están cubiertos en la actualidad por el PIC y el POS, son: Inmunizaciones (vacunas Hepatitis B y Virus del Papiloma Humano), atención integral a las ITS -VIH/ Sida, atención de embarazo y parto, detección temprana de las alteraciones del desarrollo de los jóvenes, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno y cánceres en el aparato reproductivo masculino, consejería y suministro de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, adultos y jóvenes temporales de barrera

(condón y espermicidas), hormonales (orales, inyectables e implante subdérmico), dispositivo intrauterino, esterilización definitiva para hombres y mujeres mayores de edad e interrupción voluntaria del embarazo, en los casos despenalizados por la Corte Constitucional (sentencia C-355 de 2006) (3).

La Política "Salud para las mujeres, mujeres para la salud" del año 1992 expresó como propósito la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar su calidad de vida y responder de manera integral a su problemática de salud. Se presentó como un instrumento para fortalecer el protagonismo femenino en el sistema de salud a través de su participación como sujetos de las decisiones que competen a su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud; como justificación, puso de presente los temas más significativos relacionados con los roles de la mujer en la familia, en el sector educativo y laboral, la mortalidad materna, la violencia contra las mujeres y su salud mental, así como los compromisos internacionales con las mujeres, y los retos impuestos por la Constitución Política. Como precedente, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 de 1992 a través de la cual se asoció a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer mediante el reconocimiento de una serie de derechos relacionados con su salud, vida, cuerpo y sexualidad (3).

En 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007 mediante la cual se fijaron las prioridades para guiar la intervención del Estado en seis áreas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual (3).

De otra parte, la Corte Constitucional ha realizado importantes desarrollos normativos en temas relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de diversas sentencias relacionadas con la integración de la Educación Sexual como una cátedra obligatoria en la educación formal; el reconocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo; los derechos a la salud y a la no discriminación de las personas que viven con VIH; los derechos a la autonomía reproductiva de las personas con discapacidad y el reconocimiento de derechos a las parejas del mismo sexo, entre otras (3).

El devenir de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, de más de medio siglo, su conocimiento y ejercicio por parte de la población, en su mayoría mujeres, ha estado acompañado de obstáculos de carácter político, religioso y sociocultural, tales como el patriarcado que tienen como trasfondo la negación de la autonomía y la capacidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, lo cual, ha constituido la vulneración de los derechos de las personas y en particular de las mujeres, a decidir sobre cómo conformar su familia, sus relaciones sexuales, si son madres o no y a decidir cuántos hijos tener y cuándo (3).

5.1.3.2. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL Y NACIONAL QUE LA SUSTENTA

1) La Constitución Política Colombiana, y de manera especial los importantes desarrollos de la Corte Constitucional a través de sus sentencias en la materia.

2) El Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

3) El Derecho Internacional Humanitario.

4) Los principios consagrados en las declaraciones internacionales, emanadas de los denominados Sistema Universal y Sistema Interamericano, que a instancias de la ONU y de la OEA respectivamente.

5) El conjunto de normas, resoluciones, directivas y documentos técnicos, especialmente los sectoriales de salud y del Departamento Nacional de Planeación -CONPES-, que constituyen el ordenamiento jurídico interno nacional en relación con la Política aquí construida (3).

5.1.3.3. PRINCIPIOS

1) La sexualidad es una condición humana:

Implica entender la sexualidad como condición prioritaria para el desarrollo humano, por lo tanto, debe ser liberada de carga moral y observarse desde el ámbito de los derechos y el respeto por las personas. Se asume que la sexualidad es una condición característica individual, que se construye en una condición social en permanente proceso de transformación en el tiempo, y que se mantiene por imperativos sociales que son asumidos por las personas quienes la expresan de manera diversa. La sexualidad se define desde una postura más comprehensiva como "un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones"

En este sentido, el Estado a través de sus instituciones debe propiciar, facilitar y proveer las condiciones necesarias y favorables para el disfrute de la sexualidad, el libre y responsable ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que de ella se originen, ya que la sexualidad así entendida, comporta un especial contenido y alcance trascendente, por lo cual los espacios tradicionales de socialización, esto es, la familia y la escuela, están llamadas a desempeñar roles de especial significado e impacto (3).

2) Igualdad y equidad:

Se desarrollan como principios a partir de la igualdad reconocida como cualidad primordial de las personas. Es la aceptación de la condición humana, donde todas las personas al mismo tiempo son iguales, únicas y diversas, es decir, iguales en la diferencia.

La equidad es una característica del abordaje de diferentes aspectos de las relaciones humanas que comprenden las relaciones intergenéricas, conocida como equidad de género; las relaciones económicas y sociales y se alude a la equidad social y política.

En este sentido, la Ley Estatutaria en Salud afirma que el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos en contexto de vulnerabilidad y de los sujetos de especial protección (3).

3) Diversidad y no discriminación:

Cada persona es diferente y por lo tanto cuenta con una identidad íntimamente vinculada con la dignidad humana; las condiciones y características de esta identidad pueden configurar grupos, lo cual obliga a que, en la garantía de los derechos de igualdad y libertad, se reconozca que no debe haber discriminación en razón a la vivencia de ninguna particularidad en el sentido de lo humano. Esto configura el concepto de “cero discriminaciones” por condición

de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, cultura y otros, por lo tanto, no es aceptable la más mínima forma de estigma o violencia derivada de estas condiciones.

humano, son inherentes a cada persona desde su diversidad y están asociados al derecho a la intimidad y respeto a la confidencialidad, lo cual se encuentra especialmente regulado desde la Ley Estatutaria, donde se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona (3).

4) Diferenciación entre sexualidad y reproducción:

La sexualidad y la reproducción son dos realidades y conceptos que, aunque están muy ligados representan dos ámbitos diferentes en la vida humana, por lo tanto, los derechos sexuales son independientes de los derechos reproductivos. Desde hace algunos años, la construcción social ha posibilitado que a todas las personas les asista el disfrute de la sexualidad al margen de la reproducción o a ejercer su derecho a la reproducción al margen de la sexualidad. La sexualidad es de suyo un campo de la autonomía personal modelada en lo social, por ello reconocida como construcción social. Así mismo, la reproducción desde una condición biológica ha estado ligada a la sexualidad, pero cada vez los avances de la ciencia en materia de fertilidad, (reproducción asistida, adopción, etc.) la hacen posible sin esta mediación (3).

5) Libertad sexual y libertad reproductiva:

Este principio afirma la independencia entre sexualidad y reproducción, desde la autodeterminación sexual y la autodeterminación reproductiva, cuyo núcleo de realización es la anticoncepción y cuya expresión más formal es el respeto a la dignidad humana. Por ello, la libertad sexual y la libertad reproductiva se materializan a través de las decisiones

personales como máxima expresión de la libertad individual y ciudadana en los contextos laicos. Estas libertades deben contar con condiciones esenciales como conocimiento, razón, discernimiento, voluntad, asunción de límites y de las consecuencias de la decisión. El cumplimiento de estas condiciones activa los sistemas de protección basados en la información y educación.

La salud sexual y la salud reproductiva entrañan a su vez, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y la libertad para decidir procrear o no hacerlo, o cuando y con qué frecuencia1 (3)

6) Vinculación entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y el marco normativo:

Las disposiciones legales, interpretadas a la luz del contexto o caso concreto y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las otras personas, son la única limitante al ejercicio de estos derechos humanos, dentro de un marco ético y de principios como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, propios de una sociedad democrática que garantiza la libertad, igualdad y respeto por las diferencias.

El límite para el ejercicio de algunos de los derechos sexuales, también está determinado por el momento evolutivo de niñas y niños, cuyo acceso es gradual según la madurez física y mental, su empoderamiento y autonomía. En tanto en las relaciones entre personas de diferentes edades, la determinación del límite corresponde al más adulto, en tanto comporte mayor madurez; esto es, la edad con las capacidades plenas, permite en sí misma mayor poder de decisión. Corresponde a los mayores la protección de las personas con menor edad, en todos los casos de ejercicio de derechos (3).

7) Reconocimiento de las acciones para la garantía de los derechos:

La promoción, respeto, protección, exigibilidad y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es un continuum para asegurar la garantía que parte desde su conocimiento hasta su materialización o restablecimiento en los casos que son vulnerados (3).

8) Responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción:

El ejercicio libre de los derechos conlleva responsabilidades individuales y sociales que deben ser previstas, entendidas e interiorizadas por las personas y las instituciones a partir de adecuados procesos de información y garantía de tales libertades. Este principio también implica corresponsabilidad y la necesidad de concurrencia del Estado, las familias y la sociedad, para el logro de los objetivos y propósitos de la PNSDSDR (3).

9) Integralidad y no fragmentación para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

Estos derechos mantienen las características de universalidad, interrelacionabilidad, interdependencia e indivisibilidad y deben ser proveídos en condiciones de reconocimiento de la integridad de las personas. En concordancia con esta postura, los servicios y la atención deben ser organizados y prestados de forma integral a sujetos integrales, situación especialmente aplicable a los servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva, a partir del reconocimiento de las múltiples interrelaciones que existen entre las temáticas habituales en que actualmente se dividen los procesos de atención en esta materia. Esto es, la integralidad de los servicios se hace efectiva a través de del establecimiento de rutas y modelos de atención (3).

10) Armonización:

Esta Política potencia, articula, complementa y hace sinergias con los demás desarrollos contenidos en instrumentos nacionales e internacionales, normas, planes y programas con que cuenta el país en torno a la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, no entra en contradicción con ellos y procura el logro de los objetivos comunes. De la misma manera, y en el plano de la Atención Primaria en Salud (APS), se debe propender por la armonización e integralidad entre la oferta de servicios individuales y las acciones colectivas definidos en el PIC, para el logro consensuado de las metas propuestas, de acuerdo a las prioridades establecidas en los niveles territoriales y los contextos particulares (3).

5.1.3.4. VISIÓN

En el año 2021, la población colombiana habrá avanzado en el reconocimiento y efectiva realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. El Estado habrá dispuesto y fortalecido los mecanismos necesarios para su promoción, protección, ejercicio, garantía o restitución en los casos que estos fueran vulnerados (3).

5.1.3.5.OBJETIVO

Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas (11).

5.1.3.1.6. ALCANCE

Los contenidos definidos en la PNSDSDR comprometen al sector salud como ente rector, y a otros agentes intersectoriales que por sus responsabilidades y competencias están involucrados en la ejecución de las acciones, en cualquier parte del territorio nacional; quienes en sintonía con sus funciones deben establecer o construir los contactos, conexiones, coordinaciones, alianzas y sinergias pertinentes, para incidir sobre los logros en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y apuntar al desarrollo de los territorios y de las diversas poblaciones que los habitan (3).

5.1.3.1.7. COMPONENTES DE LA DIMENSIÓN

1) **Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género:** Proceso permanente y articulado de los sectores e instituciones del Estado y de la sociedad civil, que contribuye a que las personas, grupos y comunidades gocen del nivel más alto de salud sexual y reproductiva y ejerzan los derechos sexuales y reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

- El objetivo del componente es: garantizar los derechos sexuales y reproductivos y la reproducción, libre de violencias, en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado
- El componente tiene ocho estrategias:
  - Políticas públicas sectoriales y transectoriales, con participación comunitaria, para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, prevenir las enfermedades de transmisión sexual y la discriminación por razones de orientación

sexual e identidad de género, promover la salud sexual de los adolescentes y garantizar la salud materna;

- Coordinación transectorial y comunitaria para garantizar los derechos relacionados con la sexualidad;
- Información, educación y comunicación para garantizar el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación alguna;
- Fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social alrededor de la equidad de género, la generación de nuevas masculinidades y feminidades y la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos;
- Cumplimiento y apropiación de la normatividad internacional y nacional sobre derechos sexuales y reproductivos;
- Empoderamiento ciudadano para la exigibilidad y veeduría del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos;
- Compromiso social de los medios de comunicación para la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos;
- Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa.

2) **Prevención y atención integral en salud sexual reproductiva desde un enfoque de derechos:** Acciones coordinadas sectoriales, transectoriales y comunitarias para garantizar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva a través de la prevención y

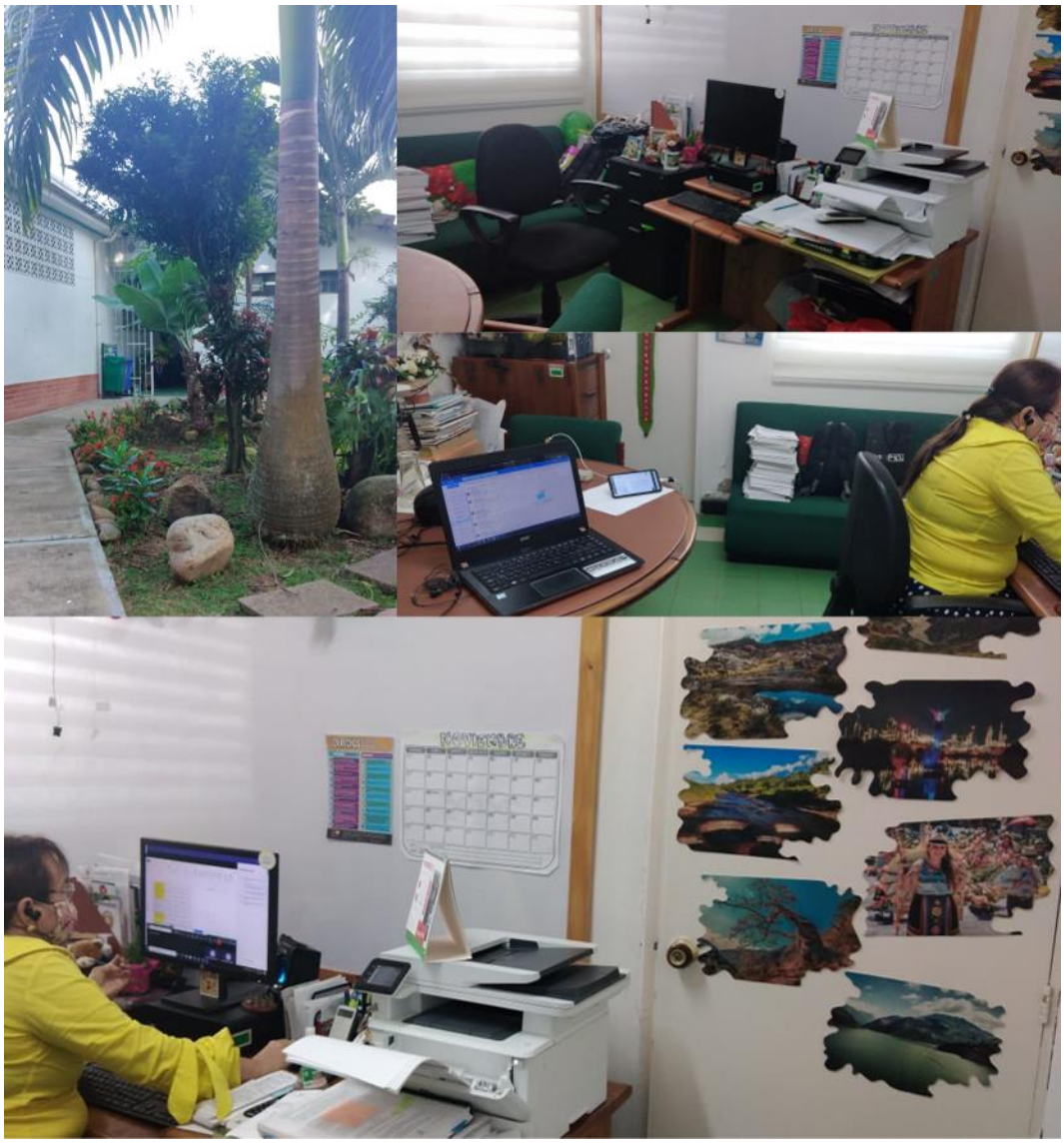
atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, de género y diferencial.

- Los cinco objetivos del componente se orientan a la garantía de la salud sexual y reproductiva con atención integral, humanizada y de calidad; la atención oportuna y de calidad a las mujeres gestantes y lactantes y la prevención del aborto inseguro; el mejoramiento del acceso a los servicios integrales y de los sistemas de seguimiento y evaluación, priorizando la población de 10 a 19 años; la atención integral de las víctimas de violencia de género y sexual; la intervención en infecciones de transmisión sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones vulnerables. Todo en el marco de los enfoques de derechos, de género y diferencial.
- El componente tiene cuatro estrategias:
  - Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico;
  - Fortalecimiento a la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, previniendo el embarazo temprano, la explotación sexual y la trata de personas;
  - Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales, que incluye consolidación de sistemas de información, gestión articulada entre programas e instituciones y atención integral a víctimas;
  - Fortalecimiento de capacidades de atención y acceso universal a la prevención y atención integral en ITS-VIH/ SIDA, con enfoque de vulnerabilidad y coordinación sectorial, transectorial y comunitaria, que involucre a los sectores educativo, cultural, laboral, eclesial y militar, entre otros (11).

5.1.4. VALORACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO:

Cuenta con dos oficinas, 2 baños, escritorios, 1 computador de mesa, estanterías, archivadores, 1 mesa redonda de reuniones, sillas, 1 impresora, 1 tablero, aire acondicionado.

Imagen n°8. Oficina maternidad segura. Secretaría de salud de Santander.



Fuente: Fotos tomadas por la estudiante PEP. Oficina dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos – maternidad segura.

6. DIAGNÓSTICO DEL SERVICIO

- Baja adherencia por parte de algunas Instituciones de salud de los diferentes municipios del departamento a la Ruta Integral de atención materno perinatal.

En la imagen se evidencia las 7 provincias de Santander, los 87 municipios y la Institución de salud correspondiente junto con su porcentaje (%) de cumplimiento de la Ruta Integral de Atención materno perinatal, teniendo en cuenta el nivel de cumplimiento así:

- **Cumplimiento bajo** que va de **0 – 50%**
- **Cumplimiento medio** que va de **51% - 79%**
- **Cumplimiento alto** que va de **80% a 100%**

Algunos municipios no cuentan con datos porque solo se ha realizado una visita y no ha sido posible continuar con el seguimiento.

Los porcentajes asignados a cada Institución se determinaron según el cumplimiento al plan de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica, de la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos – maternidad segura, que se realizó en la vigencia 2019 por un grupo de 5 enfermeras.

Imagen n°9. Porcentaje de cumplimiento de los planes de mejoramiento de la RIAMP por municipio

PROVINCIA	MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	% DE CUMPLIMIENTO
YARIGUIES	BARRANCABERMEJA	CLÍNICA SAN NICOLAS	20%
		CLÍNICA SAN JOSÉ	7%
		ESE BARRRANCABERMEJA C.D DANUBIO-CAMPIN	5%
		UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA	29%
		HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Sin dato
	BETULIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	24%
	CIMITARRA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN	68%
	EL CARMEN DE CHUCURÍ	ESE HOSPITAL EL CARMEN DE	Sin dato
	PUERTO PARRA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA	13%
	PUERTO WILCHES	ESE HOSPITAL EDMUNDO GERMAN ARIAS DUARTE	28%
	SABANA DE TORRES	HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES	29%
	SAN VICENTE DE CHUCURÍ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	15%
	ZAPATOCA	IPS GETIONAR BIENESTAR	41%
METROPOLITANA	BUCARAMANGA	CENTRO DE SALUD EL ROSARIO	Sin dato
		HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Sin dato
		CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN	100%
	EL PLAYON	ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO	60%
	FLORIDABLANCA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	82%
		CLÍNICA GUANE	37.5%
	GIRÓN	ESE CLÍNICA GIRÓN	76%
	LEBRIJA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	34%
	LA MESA DE LOS SANTOS	ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS	Sin dato
	PIEDECUESTA	ESE HOSPITAL LOCAL DE	42%
	RIO NEGRO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE RIO NEGRO	64.3%
	SANTA BÁRBARA	ESE SANTA BÁRBARA	25.8%
	TONA	ESE SAN ISIDRO	14%
SOTO NORTE	CALIFORNIA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	8%
	CHARTA	ESE UCATA	19%
	MATANZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAÉL	7%
	SURATÁ	ESE HOSPITAL SAN SEBASTIÁN	14%
	VETAS	ESE NUESTRA SEÑORA DEL	0%

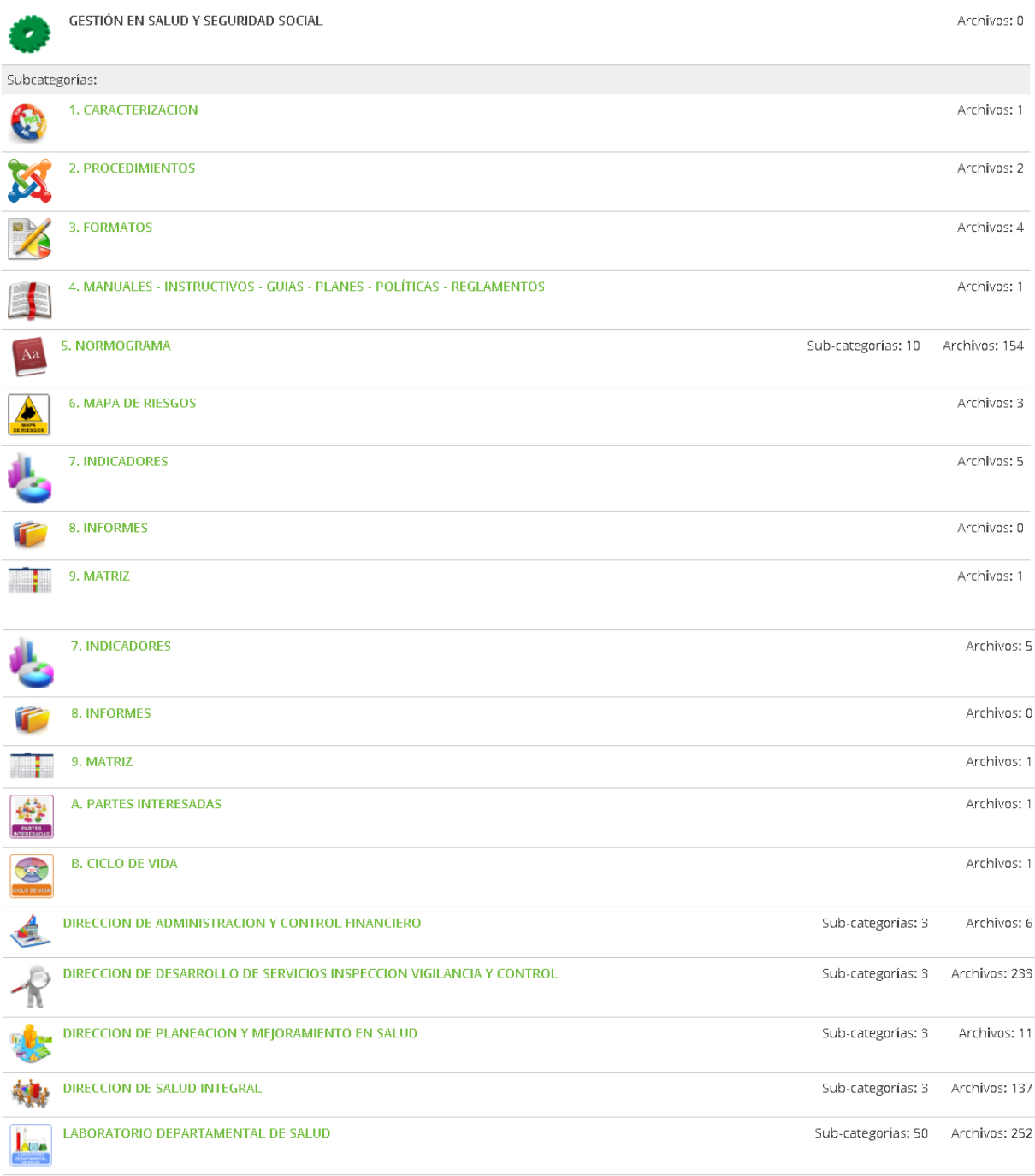
PROVINCIA	MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	% DE CUMPLIMIENTO
VÉLEZ	ALBANIA	ESE BLÁNCA ALICIA HERNÁNDEZ	29%
	BARBOSA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	75.33%
	BOLIVAR	ESE HOSPITAL DE BOLÍVAR	71.4%
	CHIPATA	ESE DIVINO NIÑO JESÚS	24.38%
	EL PEÑÓN	ESE HOSPITAL EL PEÑÓN	33.33%
	FLORIÁN	ESE SAN JOSÉ DE FLORIÁN	57.1%
	GUAVATÁ	ESE SAN JOSÉ DE GUAVATÁ	38%
	GUEPSA	HOSPITAL SAN ROQUE	40.2%
	JESÚS MARÍA	CENTRO DE SALUD SAGRADO	33%%
	LA BELLEZA	ESE HOSPITAL SAN MARTÍN	43.5%
	LA PAZ	ESE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	33.32%

	LANDAZURI	ESE HOSPITAL INTEGRADO	65.38%
	PUENTE NACIONAL	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN	62.5%
	SAN BENITO	ESE SAN BENITO	47%
	SANTA HELENA DE OPON	ESE CENTRO DE SALUD JAIME	50%
	SUCRE	ESE HOSPITAL LOCAL DE SUCRE	52%
	VÉLEZ	HOSPITAL REGIONAL DE VÉLEZ	82%
		IPS AVANZAR FOS SEDE VELEZ	40%
		IPS SOL Y VIDA	72.72%
GARCÍA ROVIRA	CAPITANEJO	ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME	47.4%
	CARCASI	ESE CENTRO DE SALUD DE	44.4%
	CERRITO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DEL CERRITO	85%
	CONCEPCIÓN	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CONCEPCIÓN	55%
	ENCISO	ESE HOSPITAL DE ENCISO	35.3%
	GUACA	ESE HOSPITAL SANTA ANA DE	59%
	MACARAVITA	ESE CENTRO DE SALUD DE	0%
	MÁLAGA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA	50%
		IPS FUNDACIÓN AVANZAR FOS - SEDE MÁLAGA	Sin dato
	MOLAGAVITA	ESE NUESTRA SEÑORA DE LA	44.4%
	SAN ANDRÉS	ESE HOSPITAL DE SAN ANDRES	60%
	SAN JOSE DE MIRANDA	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	63.15%
	SAN MIGUEL	ESE HOSPITAL DE SAN MIGUEL	60%
COMUNERA	CHIMA	ESE SAN ROQUE DE CHIMA	52%
	CONFINES	ESE HOSPITAL SAN CAYETANO	73%
	CONTRATACIÓN	ESE SANATORIO DE	72%
	GUACAMAYO	ESE SAN JUAN DE SOLERIS	58.3%
	GALÁN	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE GALÁN	62.85%
	GÁMBITA	ESE CENTRO DE SALUD FLOREZ Y CAICEDO	64%
	GUADALUPE	ESE NUESTRA SEÑORA DE	59.1%
	GUAPOTÁ	ESE HOSPITAL SAN CAYETANO	60%
	HATO	ESE NODO HATO	79%
	OIBA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE	64.4%
	PALMAR	ESE ANDRES CALA PIMENTEL	61%
	PALMAS DEL SOCORRO	ESE NODO PALMAS	87.9%
	SIMACOTA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN	80%
	SOCORRO	HOSPITAL MANUEL BELTRAN	86%
		IPS MICORPORACIÓN	86%
		IPS BIOSANAR	Sin dato
GUANENTÁ	ARATOCA	ESE HOSPITAL SAN PABLO II	58%
	BARICHARA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	31.81%
	CABRERA	ESE CENTRO DE SALUD SAN	57%
	CEPITÁ	ESE CEPITÁ	53%
	CHARALA	ESE HOSPITAL LUIS CARLOS	50%
	COROMORO	ESE COROMORO	72.09%
	CURITÍ	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN	57.35%
	ENCINO	ESE ENCINO	31.81%
	JORDAN	SECRETARÍA DE SALUD	Sin dato
	MOGOTES	ESE HOSPITAL SAN PEDRO	51.38%
	OCAMONTE	ESE OCAMONTE	26.25%
	PÁRAMO	ESE CENTRO DE SALUD PÁRAMO	30.76%
	PINCHOTE	ESE SAN ANTONIO DE PADUA	42%
	SAN GIL	ESE HOSPITAL REGIONAL DE	51.7%
		CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA	100%
	SAN JOAQUÍN	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN	31.70%
	VALLE DE SAN JOSÉ	ESE HOSPITAL SAN JOSE	82.14%
	VILLANUEVA	ESE CENTRO DE SALUD CAMILO	52.15%
	ONZAGA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE	48.71%

Fuente: Secretaria de Salud departamental. Informes del supervisor 2019.

- La página de la Gobernación de Santander cuenta con diferentes documentos de fácil acceso y pertinentes para en el área administrativa

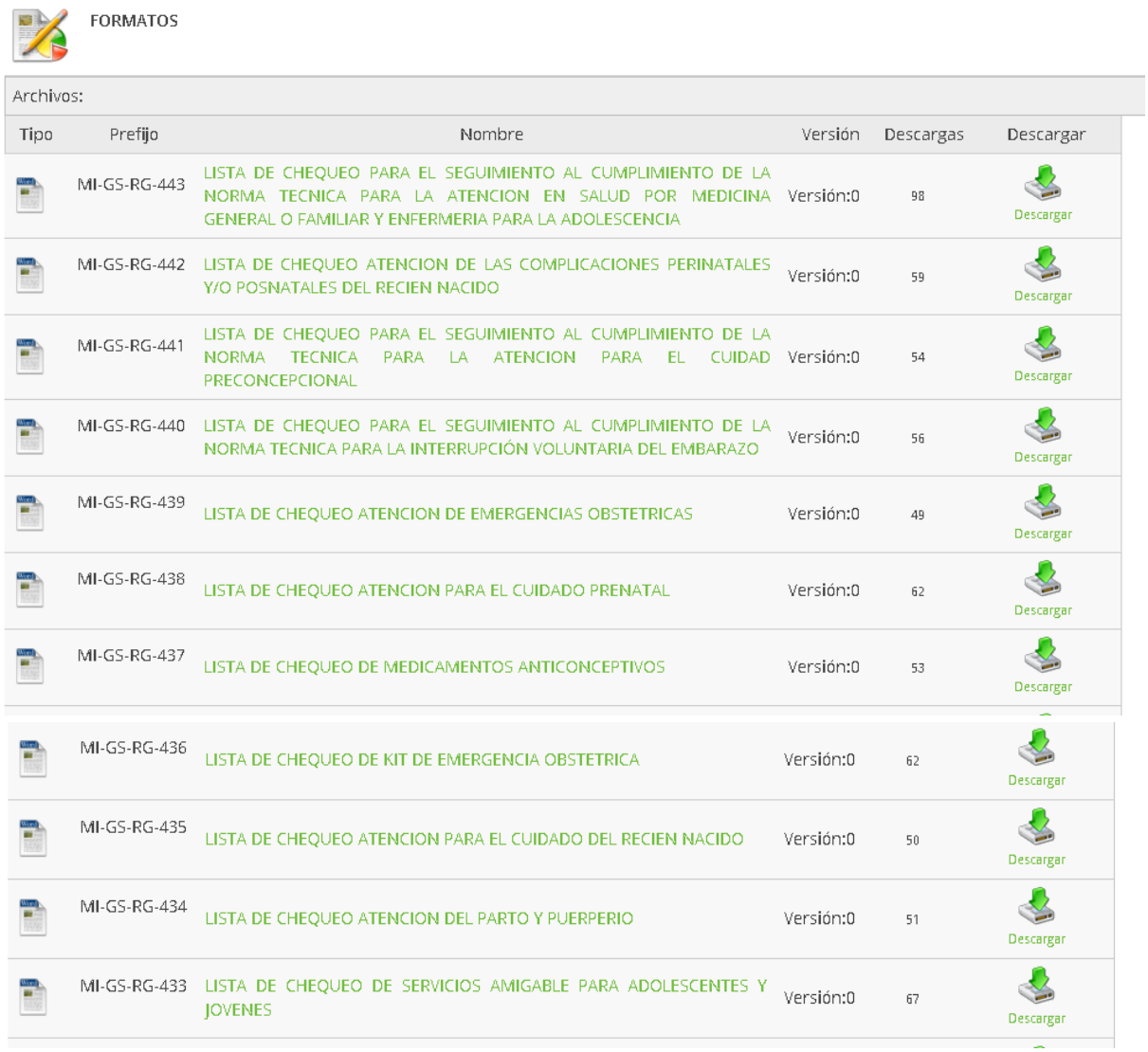
Imagen n° 10. Mapa de procesos



Fuente: Página de la Gobernación de Santander. Gestión en Salud y Seguridad Social.

- Se cuenta con formatos de lista de chequeo establecidos por el sistema integrado de calidad para la realización del seguimiento en la adherencia e implementación de la Ruta materno perinatal.

Imagen n° 11. Archivos listos de chequeo página de la gobernación.



FORMATOS

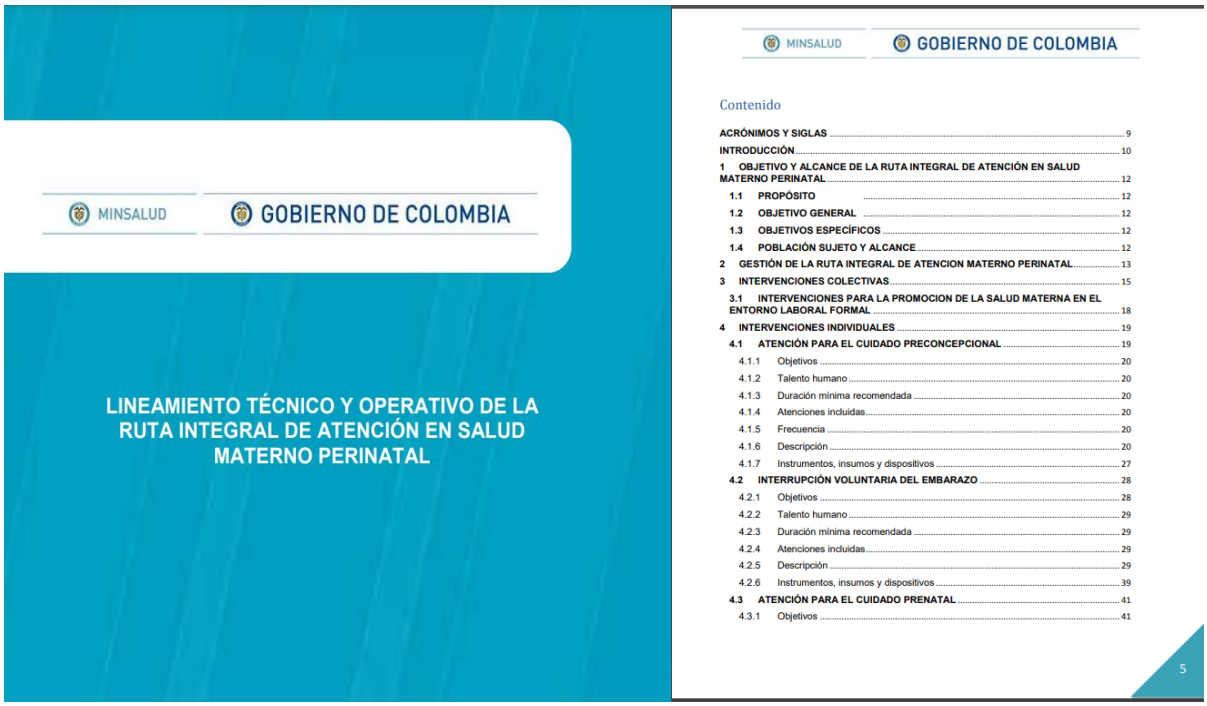
Archivos:

Tipo	Prefijo	Nombre	Versión	Descargas	Descargar
	MI-GS-RG-443	LISTA DE CHEQUEO PARA EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TECNICA PARA LA ATENCION EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA	Versión:0	98	Descargar
	MI-GS-RG-442	LISTA DE CHEQUEO ATENCION DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSNATALES DEL RECIEN NACIDO	Versión:0	59	Descargar
	MI-GS-RG-441	LISTA DE CHEQUEO PARA EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TECNICA PARA LA ATENCION PARA EL CUIDAD PRECONCEPCIONAL	Versión:0	54	Descargar
	MI-GS-RG-440	LISTA DE CHEQUEO PARA EL SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TECNICA PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	Versión:0	56	Descargar
	MI-GS-RG-439	LISTA DE CHEQUEO ATENCION DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS	Versión:0	49	Descargar
	MI-GS-RG-438	LISTA DE CHEQUEO ATENCION PARA EL CUIDADO PRENATAL	Versión:0	62	Descargar
	MI-GS-RG-437	LISTA DE CHEQUEO DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPTIVOS	Versión:0	53	Descargar
	MI-GS-RG-436	LISTA DE CHEQUEO DE KIT DE EMERGENCIA OBSTETRICA	Versión:0	62	Descargar
	MI-GS-RG-435	LISTA DE CHEQUEO ATENCION PARA EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO	Versión:0	50	Descargar
	MI-GS-RG-434	LISTA DE CHEQUEO ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO	Versión:0	51	Descargar
	MI-GS-RG-433	LISTA DE CHEQUEO DE SERVICIOS AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JOVENES	Versión:0	67	Descargar

Fuente: Pagina de la gobernación de Santander. Formatos.

- Se cuenta con la resolución 3280 de 2018 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación.

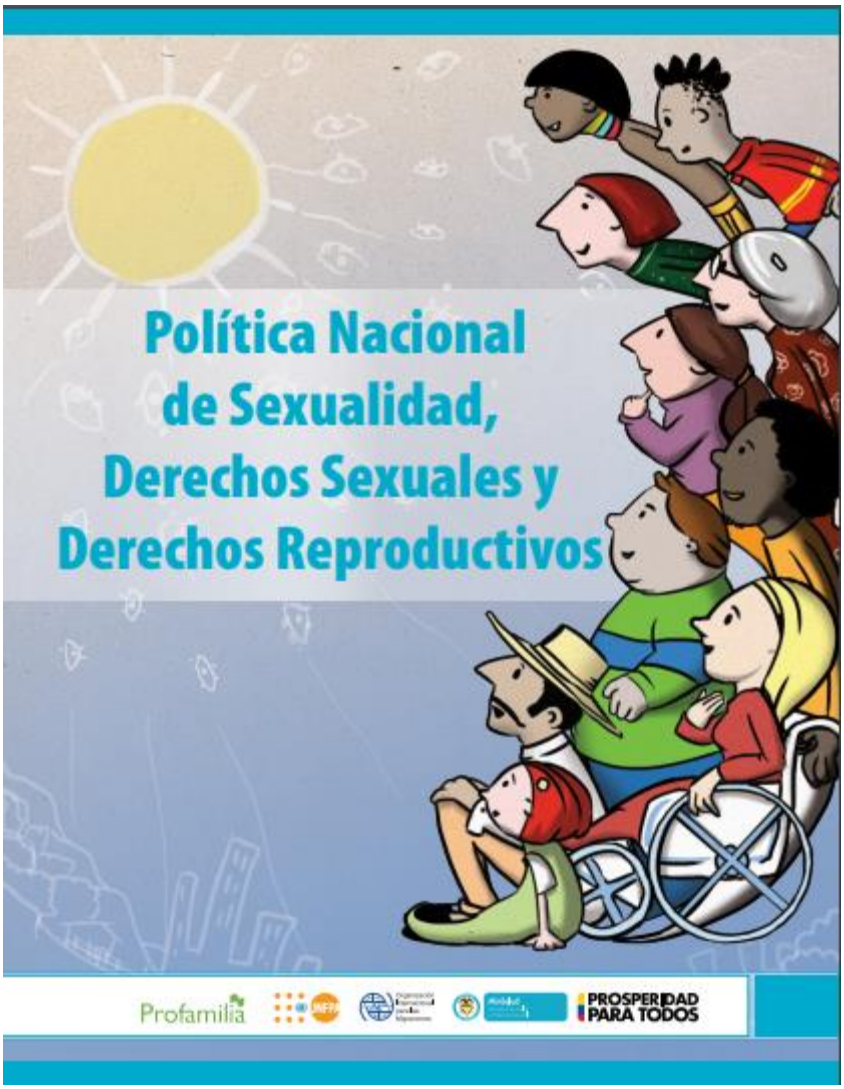
Imagen n° 12 Lineamiento técnico y operativo de la RIAMP



Fuente: imagen tomada de la resolución 3280. Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de atención en salud materno perinatal. Disponible en: https://b30c6441-f98b-4465-8dfe-512406ea9cf3.filesusr.com/ugd/4583a1_56d4a72424ba457baa4bb6b613beee4b.pdf?index=true

- Se cuenta con la política Nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

Imagen n° 13. Política Nacional, Derechos Sexuales y Derechos reproductivos.



Fuente: imagen tomada de la Política Nacional de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf

Se evidencia seguimiento a las instituciones de salud del departamento sobre el cumplimiento de la ruta de atención integral materno perinatal del año 2019, las diferentes Instituciones tuvieron asistencia técnica en vigencia 2019 por 6 enfermeras contratadas en la dimensión de Sexualidad Derechos Sexuales y reproductivos de la Secretaría de salud de Santander, la mayor parte de los municipios cuentan con el seguimiento y el plan de mejoramiento establecido según los hallazgos identificados y otros cuentas sólo con el plan de mejoramiento debido a que solo se ha realizado una visita por tanto, no es posible darle un porcentaje de cumplimiento como es el caso de Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja, El Ese Hospital el Carmen de Chucurí del Carmen de Chucurí, El Centro de Salud el Rosario de Bucaramanga, El Hospital Local del Norte de Bucaramanga, El Ese Nuestra Señora de las Nieves de Los Santos y La IPS Fundación Avanzar FOS en Málaga para un total de 6 instituciones, finalmente se encuentran dos2 municipios que no cuentan con plan de mejoramiento como es el caso de IPS Biosanar del Socorro y Jordán este último al no contar con una Institución propia de salud. Adicional a esto para el año 2020 no se ha realizado seguimientos ni asistencias técnicas a las Instituciones de cada uno de los municipios. A continuación, se evidencia un ejemplo del seguimiento al plan de mejoramiento de hallazgos identificados en la asistencia técnica de la dimensión de uno de los municipios (imagen n°14) y un ejemplo del plan de mejoramiento de hallazgos identificados en la asistencia técnica de la dimensión de uno de los municipios (imagen n°15).

Imagen n°14. Seguimiento al plan de mejoramiento de hallazgos identificados en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

República de Colombia Gobernación de Santander	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS EN LA ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATERNIDAD SEGURA	CÓDIGO	MI-GS-RG-316
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/01/2018
		PÁGINA	1 de 1

MUNICIPIO: _____CHIPATÁ_____ INSTITUCIÓN: __ESE DIVINO NIÑO JESUS

EJE PROGRAMATICO: _____SALUD PUBLICA_____ PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA: _ ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ___FECHA FORMULACION PLAN: ___18 DE JUNIO 2019_____ FECHA SEGUIMIENTO PLAN: _24 DE SEPTIEMBRE DE 2019_

HALLAZGO IDENTIFICADO	RESULTADO ESPERADO	CUMPLIÓ		RAZONES DEL INCUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES DEL EVALUADOR	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL HALLAZGO	COMPROMISOS DEL EVALUADO
		SI	NO				
La captación de la gestante se realiza de manera tardía (12-13 semanas)	Garantizar la captación de la gestante antes de la semana 10	x			Captación de la gestante en promedio a la semana 8-6 de gestación	Implementación de la consulta preconcepcional Contratación con la normatividad actual Realización de demanda inducida	Implementar la consulta preconcepcional Fortalecer demanda inducida Fortalecer grupos de líderes sociales para cubrir zonas rurales y rural disperso
Se están realizando en promedio 8 controles prenatales para nulíparas y multíparas.	Garantizar los controles prenatales según la normatividad vigente: nulípara 10 controles; multípara 7 controles prenatales	x			En promedio 10 cortroles prenatales.	Socialización, contratación, y adopción de la normatividad vigente (resolución 3280)	Socializar la normatividad vigente al personal de la ESE
La primera consulta de control prenatal es realizada por médico general.	Disminuir barreras de atención garantizando control prenatal de bajo riesgo por medico general y/o enfermería.		x		Primer consulta y controles por médico general	Socializar la normatividad vigente a todo el personal de salud y realizar seguimiento a la adherencia	Socializar la normatividad vigente a todo el personal de salud y realizar seguimiento a la adherencia

une SANTANDER GOBERNACIÓN

Certificado No. GP143-1 Certificado No. SC 4317-1

Calle 37 No. 10-30 Palacio Amarillo | Bucaramanga / Colombia | PBX: (57 +7)633 9666

Fuente: Tomado de la página de la gobernación- contratos maternidad segura.

Imagen n°15. Plan de mejoramiento de hallazgos identificados en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

República de Colombia Gobernación de Santander	PLAN DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS EN LA ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATERNIDAD SEGURA	CÓDIGO	MI-GS-RG-3
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/01/2018
		PÁGINA	1 de 1

MUNICIPIO: _____ MALAGA _____ INSTITUCIÓN: _____FUNDACION AVANZAR FOS _____

FECHA: __21 DE NOVIEMBRE DE 2019_____ PROGRAMÁTICO: __ MATERNIDAD SEGURA PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA: _____

HALLAZGO IDENTIFICADO	RESULTADO ESPERADO	ESTRATEGIAS Y/O ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA CORREGIR EL HALLAZGO	FECHA LIMITE PARA EL RESULTADO ESPERADO (D/M/A)	RESPONSABLE DELA EJECUCIÓN /CARGO	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN / CARGO
Implementación de la información sobre la c355 de 2006 a todas las gestantes en el primer control prenatal.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Conocimiento de la normatividad vigente de acuerdo a 3280 , C385-2006, causales de IVE, conocimiento por parte de las pacientes de sus derechos.	Inmediato	GERENCIA, COORDINAICON PYP	LAURA MILENE HIGUERA BAEZ
Realización completa de la valoración de antecedentes quirúrgicos, familiares, ginecológicos (métodos de planificación, ITS. En todas las gestantes	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Conocimiento de la normatividad vigente de acuerdo a 3280, realización y diligenciamiento completo de las HC	Inmediato	GERENCIA, COORDINAICON PYP	LAURA MILENE HIGUERA BAEZ
Valoración y clasificación del riesgo Bio- psicosocial para las gestantes, según la escala de Herrera y Hurtado.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Conocimiento de la normatividad vigente de acuerdo a 3280, realización y diligenciamiento completo de las HC	Inmediato	GERENCIA, COORDINAICON PYP	LAURA MILENE HIGUERA BAEZ
Inclusión en la HC de preguntas sobre exposición a violencia sexual y depresión pos-parto	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Conocimiento de la normatividad vigente de acuerdo a 3280 , identificar factores de riesgo o casos de violencia de genero y/o depresión.	Inmediato	GERENCIA, COORDINAICON PYP	LAURA MILENE HIGUERA BAEZ
Aplicación de la normatividad, e ncuanto a la realización y procesamiento de los exámenes de laboratorio, prueba rápida y VIH y sífilis prueba treponemica rápida, en el momento de la captación e ingreso al programa de la gestante.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Lectura de pruebas rápidas en la institución, con el fin de dar reporte de manera inmediata y realizar un completo estudios de laboratorios.	Inmediato	GERENCIA, COORDINAICON PYP	LAURA MILENE HIGUERA BAEZ

une SANTANDER GOBERNACIÓN

Certificado No. GP143-1

Calle 37 No. 10-30 Palacio Amarillo | Bucaramanga / Colombia | PBX: (57 +7)633 9666

Fuente: Tomado de la página de la gobernación- contratos maternidad segura.

- Se evidencia falencias en los seguimientos al plan de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica, de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos – maternidad segura. Al momento de subir al sistema los diferentes seguimientos y planes de mejoramiento de la RIAMP de los municipios, se encontraron planes con información incompleta (imagen n°16 e imagen n°17), planes escaneados de manera deficiente impidiendo detallar con facilidad los hallazgos identificados/recomendaciones (imagen n°18, n°19, n°20, n°21)

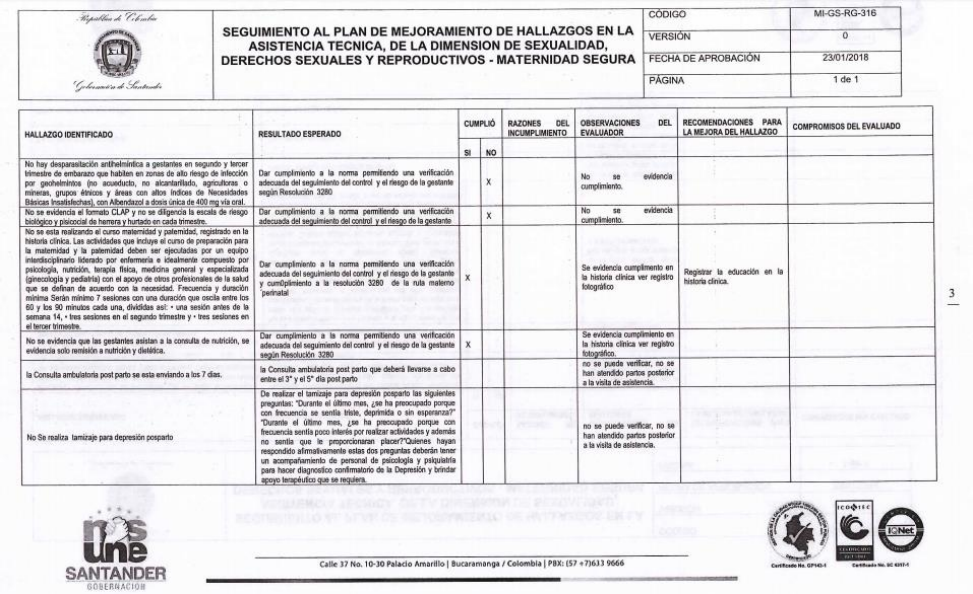
Imagen n°16. Falencia en los seguimientos de los planes de mejoramiento 1.

	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS EN LA ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATERNIDAD SEGURA	CÓDIGO	MI-GS-RG-316
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/01/2018
		PÁGINA	1 de 1

HALLAZGO IDENTIFICADO	RESULTADO ESPERADO	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO	RAZONES DEL INCUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES DEL EVALUADOR	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL HALLAZGO	COMPROMISOS DEL EVALUADO
Puerperio inmediato: no se evidencian que se vigila la hemostasia uterina, durante las dos primeras horas post parto, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Signos vitales maternos., Globo de seguridad, Sangrado genital. En las notas de enfermeria.	Puerperio inmediato: vigilar la hemostasia uterina, durante las dos primeras horas post parto, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Signos vitales maternos., Globo de seguridad, Sangrado genital.				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		
No se informa sobre las diferentes formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas,.	Informar sobre las diferentes formas de violencia de genero y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas.				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		
No se evidencia educación e información a la madre antes del alta sobre los aspectos pertinentes para sus cuidados domiciliarios.	No se evidencia educación e Informar a la madre antes del alta, sobre una serie de aspectos pertinentes para sus cuidados domiciliarios. Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto: Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia, Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia, Fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio, vómito, diarrea.Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos, Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal), Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa), Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor), Dolor o hinchazón en las piernas, Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		
No se Realiza tamizaje de cardiopatía congénita	Realizar tamizaje de cardiopatía congénita:				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		
No se Realiza tamizaje visual:	Realizar el tamizaje visual				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		
No se Realiza tamizaje auditivo	Realizar tamizaje auditivo				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP en la revisión de contratos.

Imagen n°17. Falencia en los seguimientos de los planes de mejoramiento 2.



	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS EN LA ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATERNIDAD SEGURA	CÓDIGO	MI-GS-RG-316
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/01/2018
		PÁGINA	1 de 1

HALLAZGO IDENTIFICADO	RESULTADO ESPERADO	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO	RAZONES DEL INCUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES DEL EVALUADOR	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL HALLAZGO	COMPROMISOS DEL EVALUADO
No hay desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol a dosis única de 400 mg vía oral.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante según Resolución 3280		X		No se evidencia cumplimiento.		
No se evidencia el formato CLAP y no se diligencia la escala de riesgo biológico y psicosocial de herrera y hurtado en cada trimestre.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante		X		No se evidencia cumplimiento.		
No se esta realizando el curso maternidad y paternidad, registrado en la historia clínica. Las actividades que incluye el curso de preparación para la maternidad y la paternidad deben ser ejecutadas por un equipo interdisciplinario liderado por enfermería e idealmente compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de otros profesionales de la salud que se definan de acuerdo con la necesidad. Frecuencia y duración mínima Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así: • una sesión antes de la semana 14, • tres sesiones en el segundo trimestre y • tres sesiones en el tercer trimestre.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante y cumplimiento a la resolución 3280 de la ruta materno perinatal	X			Se evidencia cumplimiento en la historia clínica ver registro fotográfico	Registrar la educación en la historia clínica.	
No se evidencia que las gestantes asistan a la consulta de nutrición, se evidencia solo remisión a nutrición y dietética.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante según Resolución 3280	X			Se evidencia cumplimiento en la historia clínica ver registro fotográfico.		
la Consulta ambulatoria post parto se esta enviando a los 7 días.	la Consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 5° día post parto				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		
No Se realiza tamizaje para depresión posparto	De realizar el tamizaje para depresión posparto las siguientes preguntas: "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?" "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnostico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera.				no se puede verificar, no se han atendido partos posterior a la visita de asistencia.		

3

Calle 37 No. 10-30 Palacio Amarillo | Bucaramanga / Colombia | PBX: (57 +7)633 9666

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP en la revisión de contratos.

Imagen n°18. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 1.

	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS EN LA ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATERNIDAD SEGURA	CÓDIGO	MI-GS-RG-316
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/01/2018
		PÁGINA	1 de 1

: Lebrija — INSTITUCIÓN: ESE H. San Juan de Dios

RAMATICO: — PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA:

RMULACION PLAN: 23 de Agosto/19 — FECHA SEGUIMIENTO PLAN: 23 de Nov/19

HALLAZGO IDENTIFICADO	RESULTADO ESPERADO	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO	RAZONES DEL INCUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES DEL EVALUADOR	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL HALLAZGO	COMPROMISOS DEL EVALUADO
encia consulta preconcepcional hombres y	Dar cumplimiento a la norma, teniendo la consulta dentro de los servicios ofertados		X	La institución se encuentra en proceso de adaptación y actualización	Dar cumplimiento a la norma	Elaborar protocolo y Ofertar la consulta en la población	Elaborar protocolo
a Oportunidad: detección y captación de las después de la primera falta menstrual y antes ana 10	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante		X	ptes no acuden	Mejorar la oportunidad de la consulta	realizar demanda inducida	Fortalecer la demanda inducida y rastreo
ealiza anamnesis completa de Antecedentes hipertensión arterial crónica, preeclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, es, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante – ingresar en la plantilla virtual institucional todos los Items para ser diligenciados	x					
ace Valoración psicosocial: debe incluir la y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, comunitario, gestación deseada, gestación da. Indagar o identificar situaciones de dad estresores, exclusión social, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se a para el análisis de estas variables utilizar la riesgo biológico y psicosocial de Herrera y	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante		x	Están realizando adaptación al nuevo sistema	Mejorar recolección de datos en HC	Adaptar formato de HC virtual	Solitud de adaptación de HC sistematizada

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP en la revisión de contratos.

Imagen n°19. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 2.

	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS EN LA ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATERNIDAD SEGURA	CÓDIGO	MI-GS-RC
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/01/2
		PÁGINA	1 de

• Se deberá hacer una asesoría formal anticonceptiva, en caso tal, se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dada el alta hospitalaria. Esta elección se deberá incluir también en el carné perinatal	Brindar la asesoría anticonceptiva Realizar la desparasitación en las gestantes que cumplan con los criterios	x					
En el parto No se evidencio el partograma	Diligenciar el partograma registrndo posición materna, signos vitales maternos, FCF, dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto	x					
No se registra en la HC la auscultación intermitentemente la fetocardia en reposo y postcontracción	Diligenciar el partograma registrndo posición materna, signos vitales maternos, FCF, dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto		x	Adherencia del personal y adecuación de HC virtual	Dar cumplimiento a la norma	Registrar en HC	Realizar v HC de par
No se está registra en la HC la frecuencia cardiaca fetal tomada por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el segundo período			x	Adherencia del personal	Dar cumplimiento a la norma	Registrar en HC	Realizar v HC
No Se realiza tamizaje para depresión posparto las siguientes preguntas: "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?" "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnostico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. Aplicar la escala de depresión pos-natal de Edimburgo anexo 4 pagina 337 de la resolución 3280 de 2018.	Incluir dentro de las actividades previas al egreso del binomio madre e hijo, registro en la historia clínica		x	Adaptación del sistema	Mejorar recolección de datos en HC	Socializar resolucion 3280 y Adaptar formato de HC virtual	Socializac de adapta sistematiz

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP en la revisión de contratos.

- **Imagen n°20. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 3.**

	PLAN DE MEJORAMIENTO DE HALLAZGOS EN LA ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATERNIDAD SEGURA	CODIGO	MI-GS-RG-315
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/01/2018
		PÁGINA	1 de 1

ONA
AGOSTO de 2019 **EJE PROGRAMÁTICO:** Salud Publica **INSTITUCIÓN:** ESE SAN ISIDRO **PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA:** Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva

HALLAZGO IDENTIFICADO	RESULTADO ESPERADO	ESTRATEGIAS Y/O ACTIVIDADES PROGRAMADAS PAIRA CORREGIR EL HALLAZGO	FECHA PROXIMA PARA EL RESULTADO ESPERADO (D/M/A)	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN /CARGO	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN / CARGO
consulta preconcepcional hombres y mujeres	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Conocimiento de la normatividad vigente de acuerdo a 3280	12/12/2019	TILCIA VILLAMIZAR. Enfermera /ESE san Isidro – LUIS ROBERTO CARDENAS Gerente	Mercy ortega / Secretaria de salud municipal – Vanessa Dimate Serpa / Enfermera Secretaria de Salud Departamental
untaria la institución no cuenta con protocolo ni flujograma.	Establecer protocolo y flujograma según sentencia 355	Conocimiento de la normatividad vigente de acuerdo a 3280 y adaptar a las necesidades institucionales	12/12/2019	TILCIA VILLAMIZAR. Enfermera /ESE san Isidro – LUIS ROBERTO CARDENAS Gerente	Mercy ortega / Secretaria de salud municipal – Vanessa Dimate Serpa / Enfermera Secretaria de Salud Departamental
r la inscripción en la consulta para el cuidado prenatal, jer sobre el derecho a la IVE; de acuerdo con las 3causales C 355 de 2006.	Brindar información al 100% de las gestantes evidenciable en la HC	Establecer como una actividad parte de la preconsulta	12/12/2019	TILCIA VILLAMIZAR. Enfermera /ESE san Isidro – LUIS ROBERTO CARDENAS Gerente	Mercy ortega / Secretaria de salud municipal – Vanessa Dimate Serpa / Enfermera Secretaria de Salud Departamental
aloración de riesgo psicosocial: debe incluir la estructura y iar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, ada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones ad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e u manejo.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado	12/12/2019	TILCIA VILLAMIZAR. Enfermera /ESE san Isidro – LUIS ROBERTO CARDENAS Gerente	Mercy ortega / Secretaria de salud municipal – Vanessa Dimate Serpa / Enfermera Secretaria de Salud Departamental
tras condiciones o situaciones de riesgo psicosocial que se e manera integral son: falta apoyo familiar o social, falta de pañero o la compañera, familia reconstruida, diferencia (diez o más años) entre ambos, relaciones conflictivas con on quienes convive, madre cabeza de familia, la gestante niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, tivo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos (menos de mínimo al mes), violencia intrafamiliar, abuso sexual, ual, consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a salud), traslado constante de domicilio (ha cambiado de más veces en el año), situación de desplazamiento nte de la calle, reinsertada, privada de la libertad o en	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante	Realizar valoración de la gestante y sus riesgos según como lo indica la norma	12/12/2019	TILCIA VILLAMIZAR. Enfermera /ESE san Isidro – LUIS ROBERTO CARDENAS Gerente	Mercy ortega / Secretaria de salud municipal – Vanessa Dimate Serpa / Enfermera Secretaria de Salud Departamental

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP en la revisión de contratos.

Imagen n°21. Seguimientos de los municipios escaneados de manera incompleta 4.

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE HAI
ASISTENCIA TECNICA, DE LA DIMENSION DE SI
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS - MATEF

MUNICIPIO: CABRERA **INSTITUCIÓN:** ESE SAN PEDRO DE CABRERA **FECHA FORMULACIÓN I**

EJE PROGRAMÁTICO: Salud Publica **PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA:** Accion

HALLAZGO IDENTIFICADO	RESULTADO ESPERADO	CUMPLIÓ		RAZONES DEL INCUMPLIMIENTO
		SI	NO	
No se evidencia consulta preconcepcional hombres y mujeres	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante		X	Cambio de personal de enfermería reciente aproximadamente un mes
La consulta de primera vez realizada por medico o enfermera, en el sistema solo permite el ingreso de primera vez de la gestante al médico y puede ser cualquiera de los dos profesionales esto con el fin de disminuir las barreras de oportunidad a la usuaria.	Dar cumplimiento a la norma permitiendo una verificación adecuada del seguimiento del control y el riesgo de la gestante según Resolución 3280	parci alme nte		Esta en proceso de cambio contratual, adicional la creación y permisos en el sistema de la historia clínica delfin a fin que le permita realizar el ingreso de primera vez a la enfermera.

une SANTANDER

Calle 37 No. 10-30 Palacio Amarillo | Bucaramanga / Colombi

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP en la revisión de contratos.

- Se realizan capacitaciones al personal de salud encargado de los programas de Promoción y Prevención de las diferentes provincias, en la imagen n°22. Se evidencia una de las asistencias técnicas realizadas por la dimensión a la provincia de Yariguíes, en la imagen n°23. Se muestra el cronograma en que se han realizado las capacitaciones a las 7 provincias del departamento.

Imagen n°22. Capacitación estado de cumplimiento de la RIAMP a los municipios del departamento de Santander

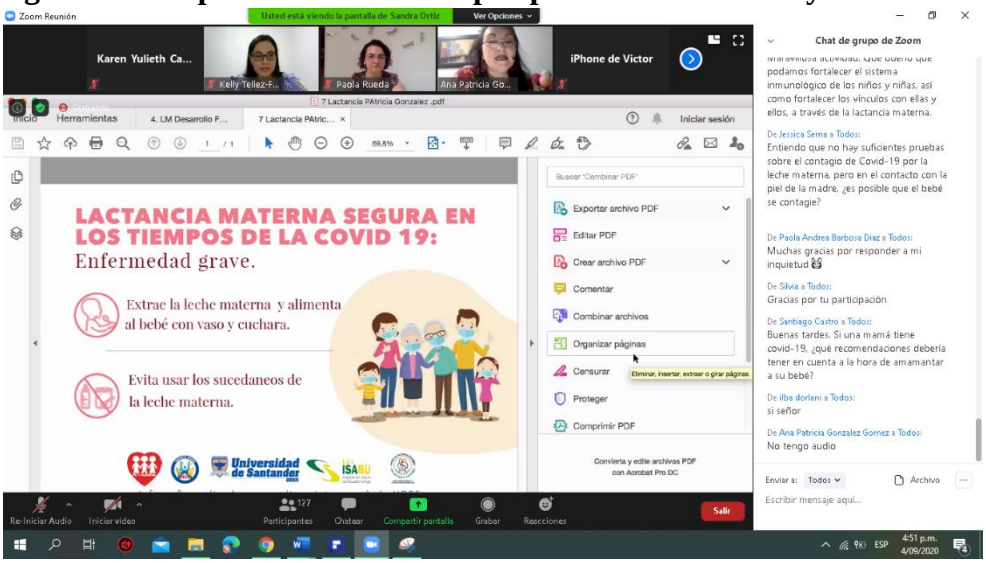
Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP

Imagen n°23 Capacitación estado de cumplimiento de la RIAMP a las provincias del departamento de Santander.

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP

- Actualización y Capacitación continua por parte del Ministerio de Salud y diferentes organizaciones y programas dentro de la secretaría de salud de Santander y fuera de esta.

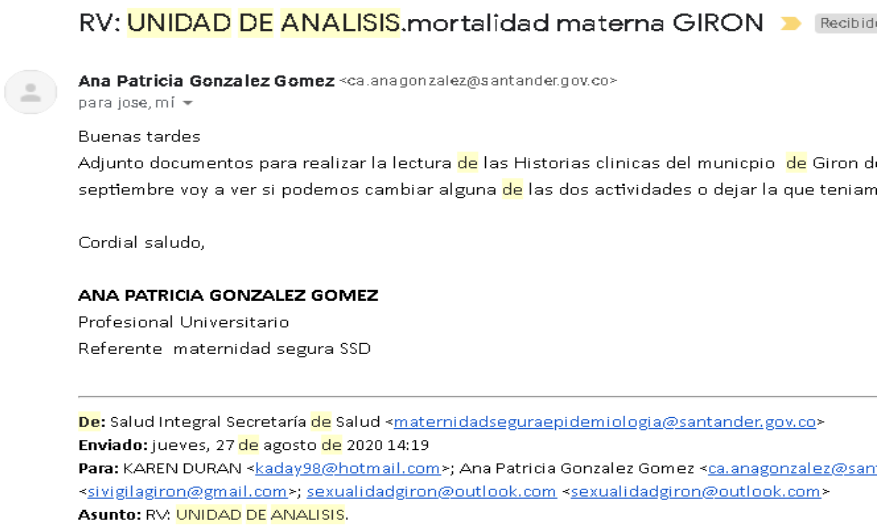
Imagen n°24. Capacitación continua por parte del ministerio y secretaría de salud.



Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP.

- Se realizan unidades de Análisis de mortalidad materna y se realizan los planes de mejoramiento de las mismas.

Imagen n°25. Unidad de análisis de mortalidad materna



RV: UNIDAD DE ANALISIS.mortalidad materna GIRON

Ana Patricia Gonzalez Gomez <ca.anagonzalez@santander.gov.co>
para jose, mí

Buenas tardes
Adjunto documentos para realizar la lectura de las Historias clinicas del municpio de Giron d
septiembre voy a ver si podemos cambiar alguna de las dos actividades o dejar la que teniam

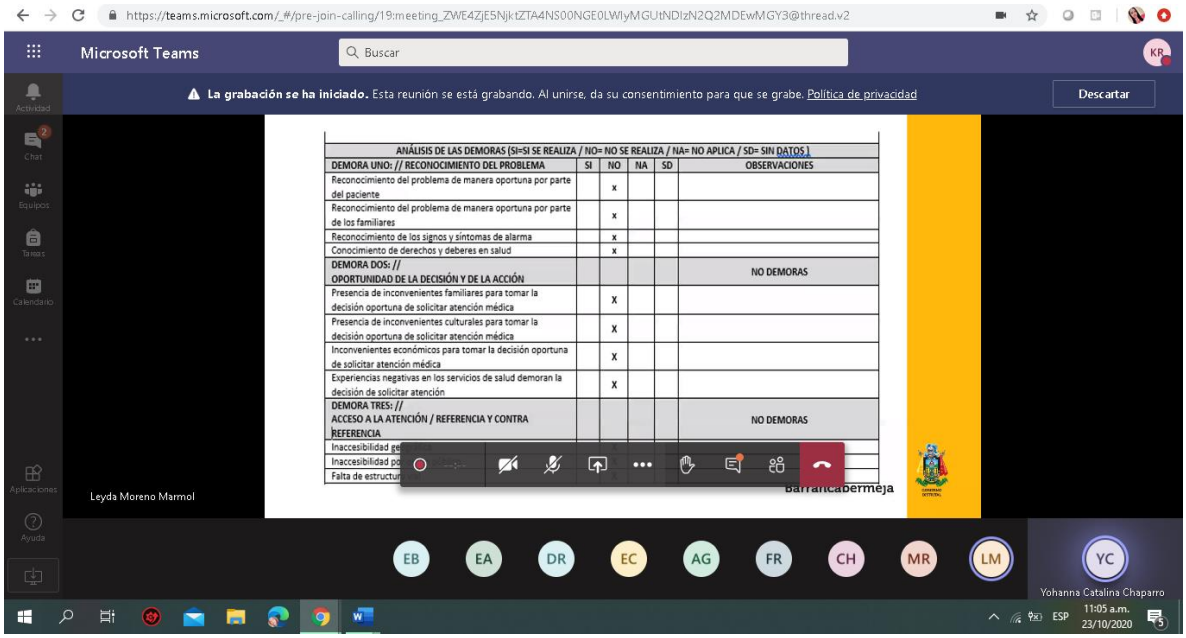
Cordial saludo,

ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
Profesional Universitario
Referente maternidad segura SSD

De: Salud Integral Secretaría de Salud <maternidadseguraepidemiologia@santander.gov.co>
Enviado: jueves, 27 de agosto de 2020 14:19
Para: KAREN DURAN <kaday98@hotmail.com>; Ana Patricia Gonzalez Gomez <ca.anagonzalez@san
<sivigilagiron@gmail.com>; sexualidadgiron@outlook.com <sexualidadgiron@outlook.com>
Asunto: RV: UNIDAD DE ANALISIS.

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP.

Imagen n°26. Asistencia a Unidad de análisis muerte materna.



Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP

- Se asiste y participa al Cove (Comité de Vigilancia Epidemiológica) Departamental.

Imagen n°27. Asistencia al Cove Departamental.

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP.

Realizar diagnósticos en las organizaciones laborales es una condición para intervenir profesionalmente en la formulación e implantación de estrategias y su seguimiento para efectos de evaluación y control (12).

7. MATRIZ DOFA

Estas siglas provienen del acrónimo en inglés SWOT (strenghts, weak-nesses, opportunities, threats); en español, aluden a fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. El análisis FODA/DOFA consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización (12).

Tabla n°3. Matriz DOFA

Debilidades	Área implicada	Fortalezas	Área implicada
• Baja adherencia a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal por parte de algunas Instituciones de salud de los diferentes municipios del departamento.	Acceso, continuidad, seguimiento, educación.	• La dimensión de derechos sexuales y reproductivos cuenta con una asistencia técnica con talento humano fortalecido en los diferentes	Comunicación, seguimiento, educación.

		procesos y la normatividad actual vigente.	
• Se evidencia falencias en los seguimientos al plan de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica, de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos – maternidad segura	Seguimiento, continuidad.	• Se evidencia seguimiento a las instituciones de salud del departamento sobre el cumplimiento de la ruta de atención integral materno perinatal del año 2019.	Comunicación, educación
• Las instituciones de salud del departamento no cuentan con un curso para la preparación de la maternidad y paternidad virtual y en algunos municipios no se realiza dicho curso.	Acceso continuidad, comunicación, educación.	• Se realizan capacitaciones a las enfermeras y personal encargado de los programas de Promoción y Prevención de las diferentes provincias.	Seguimiento, continuidad Comunicación, educación.
• En el año 2020 no se ha realizado seguimiento de las Instituciones de salud por demora en la contratación del talento humano.	Seguimiento, continuidad.	• Se cuenta con listas de chequeo de la RIAMP parametrizado en el sistema integrado de calidad para la realización del seguimiento	Seguimiento, continuidad.

• No se cuenta con una base actualizada del equipo de salud (secretarios de salud, gerentes, médicos generales, enfermer@s) de las diferentes Instituciones de Salud del Departamento. • La dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos no cuenta con un medio virtual para informar a los diferentes agentes en salud sobre los contenidos relacionados con la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal y demás temáticas correspondientes a la dimensión. • No se cuenta con un resumen y análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la Ruta de Atención integral materno	Comunicación, seguimiento, educación. Continuidad, comunicación, educación. Continuidad, seguimiento, comunicación, educación.	en la adherencia e implementación de la Ruta. • La profesional universitario encargada de la dimensión está comprometida con acciones de mejoramiento continuo. • Se realizan unidades de Análisis de mortalidad materna y se realizan los planes de mejoramiento de las mismas. • Se asiste al Cove Departamental.	Continuidad, comunicación, seguimiento, información. Comunicación, Seguimiento, información. Comunicación, Seguimiento, información

perinatal de los municipios de Santander del año 2019.			
Oportunidades	**Área implicada**	**Amenazas**	**Área implicada**
• Se cuenta con la resolución 3280 de 2018 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación.	Acceso, continuidad, comunicación, seguimiento, educación.	• Demora en la contratación de los proyectos de apoyo para la realización de las actividades de la dimensión. • Bajo presupuesto asignado para la realización de actividades de tipo prioritario.	Continuidad Acceso, continuidad, seguimiento.
• Se está realizando un proyecto en conjunto con la Universidad de Santander (UDES) sobre anticoncepción.	Continuidad, educación, comunicación.	• Falta de organización de las Instituciones de salud en los programas de promoción y prevención.	Acceso, comunicación, continuidad, educación

• Convenio docencia – servicio de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) y la Secretaria de Salud Departamental.	Acceso, continuidad, seguimiento, educación, comunicación.	• Existen determinantes sociales que hacen que las gestantes que inician el curso de preparación para la maternidad y paternidad no lo terminen.	Continuidad, seguimiento, educación, comunicación
• La página de la Gobernación de Santander cuenta con diferentes documentos de fácil acceso y pertinentes para el área administrativa.	Acceso, continuidad, comunicación.	• Difícil acceso a los servicios para muchas gestantes y sus familias al encontrarse en zonas rurales dispersas.	Acceso, continuidad, seguimiento, comunicación, educación.
• Se cuenta con la política Nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.	Continuidad, educación, comunicación.	• Gran parte de las gestantes en los diferentes municipios no cuentan con conexión a internet o dispositivos tecnológicos.	Acceso, continuidad, seguimiento, comunicación, educación.
• Globalización de la información y el uso de las TIC.	Acceso, continuidad, seguimiento, comunicación, educación.	• Cambio muy rápido de la normatividad para unos	

• Actualización y Capacitación continua por parte del Ministerio de Salud.		procesos de implementación muy lentos. • Dificultades en el desarrollo de las actividades de salud en los distintos servicios por motivos de la situación actual: pandemia Covid-19. • Nueva administración	Acceso, continuidad, seguimiento, comunicación, educación. Continuidad, seguimiento. Continuidad, seguimiento.

Fuente: elaborada por la estudiante PEP

7.1. MÉTODO DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Problemas

- Baja adherencia por parte del 82% (nivel de cumplimiento bajo: 47%, nivel de cumplimiento medio: 35%) de las Instituciones de salud de los municipios del departamento con respecto a la Ruta Integral de atención materno perinatal.

- Falencias en los seguimientos al plan de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica, de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos – maternidad segura.
- Las instituciones de salud del departamento no cuentan con un curso para la preparación de la maternidad y paternidad virtual y en algunos municipios no se realiza dicho curso.
- En el año 2020 no se ha realizado seguimiento de las Instituciones de salud por demora en la contratación del talento humano.
- No se cuenta con una base actualizada del equipo de salud (secretarios de salud, gerentes, médicos generales, enfermer@s) de las diferentes Instituciones de Salud del Departamento.
- La dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos no cuenta con un medio virtual para informar a los diferentes agentes en salud sobre los contenidos relacionados con la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal y demás temáticas correspondientes a la dimensión.
- No se cuenta con un resumen y análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la Ruta de Atención integral materno perinatal de los municipios de Santander del año 2019.
- Demora en la contratación de los proyectos de apoyo para la realización de las actividades de la dimensión.

- Bajo presupuesto asignado para la realización de actividades de tipo prioritario.
- Falta de organización de las Instituciones de salud en los programas de promoción y prevención.
- Existen determinantes sociales que hacen que las gestantes que inician el curso de preparación para la maternidad y paternidad no lo terminen.

- Difícil acceso a los servicios para muchas gestantes y sus familias al encontrarse en zonas rurales dispersas.
- Gran parte de las gestantes en los diferentes municipios no cuentan con conexión a internet o dispositivos tecnológicos.
- Cambio muy rápido de la normatividad para unos procesos de implementación muy lentos.
- Dificultades en el desarrollo de las actividades de salud en los distintos servicios por motivos de la situación actual: pandemia Covid-19.

8. MATRIZ DE HANLON

El método Hanlon es un instrumento en salud para la toma de decisiones adecuadas, que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática con base a cuatro componentes:

A. Magnitud del problema
B. Severidad del problema
C. Eficacia de la solución (o bien la re solución del problema)
D. Factibilidad de programa o de la intervención.

La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se considera.

Puntuación de prioridad: (A + B) C x D

- **Componente A:** magnitud del problema De acuerdo al número de personas afectadas por el problema, en relación a la población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia).

- **Componente B**: severidad del problema. Este componente puede definirse de diferente manera

  1. Con datos subjetivos: carga social que genera el problema.

  2. Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad, incapacidad y costos asociados al problema.

  3. Cada factor se valora del 1 al 10 dependiendo de la severidad del problema.

- **Componente C:** eficacia de la solución Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual; otorgando una escala de 0.5 a los problemas difíciles de solucionar y 1.5 a los que tienen una posible solución

- **Componente D**: factibilidad del problema o de la intervención. Agrupa factores que no están directamente relacionadas con la necesidad o con la eficacia, pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados. Toma en cuenta los siguientes componentes:

  P = pertinencia

  E = factibilidad económica

  A = aceptabilidad

  R = disponibilidad de recursos

  L = legalidad

  Este componente determina si impide o permite la realización del programa o de la intervención, cuando se responde con un sí el valor es de 1 punto y de 0 puntos cuando la respuesta es no. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario (13).

9. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Tabla n°4. Priorización de problemas					
Problema	**Magnitud A (0 – 10)**	**Severidad B (0 – 10)**	**Eficacia C (0.5 – 1.5)**	**Factibilidad D (1 – 0)**	**(A + B) C*D**
Baja adherencia por parte del 82% (nivel de cumplimiento bajo: 47%, nivel de cumplimiento medio: 35%) de las Instituciones de salud de los municipios del departamento con respecto a la Ruta Integral de atención materno perinatal.	10	10	0.9	1	18
Falencias en los seguimientos al plan de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica, de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos – maternidad segura.	6	3	0.5	0	0
Las instituciones de salud del departamento no cuentan con un curso para la preparación de la	10	9	1.5	1	28.5

maternidad y paternidad virtual y en algunos municipios no se realiza dicho curso.					
En el año 2020 no se ha realizado seguimiento de las Instituciones de salud por demora en la contratación del talento humano.	10	10	0.5	0	0
No se cuenta con una base actualizada del equipo de salud (secretarios de salud, gerentes, médicos generales, enfermer@s) de las diferentes Instituciones de Salud del Departamento.	9	9	1.4	1	25.2
La dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos no cuenta con un medio virtual para informar a los diferentes agentes en salud sobre los contenidos relacionados con la Ruta de Atención Integral	9	9	1.5	1	27

Materno Perinatal y demás temáticas correspondientes a la dimensión.					
No se cuenta con un resumen y análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la Ruta de Atención integral materno perinatal de los municipios de Santander del año 2019.	9	9	1.5	1	27
Demora en la contratación de los proyectos de apoyo para la realización de las actividades de la dimensión.	10	9	0.5	0	0
Bajo presupuesto asignado para la realización de actividades de tipo prioritario.	10	10	0.5	0	0
Falta de organización de las Instituciones de salud en los programas de promoción y prevención.	10	10	0.5	0	0

Existen determinantes sociales que hacen que las gestantes que inician el curso de preparación para la maternidad y paternidad no lo terminen.	9	9	0.6	0	0
Difícil acceso a los servicios para muchas gestantes y sus familias al encontrarse en zonas rurales dispersas.	8	8	0.6	0	0
Gran parte de las gestantes en los diferentes municipios no cuentan con conexión a internet o dispositivos tecnológicos.	9	7	0.5	0	0
Cambio muy rápido de la normatividad para unos procesos de implementación muy lentos.	8	8	0.5	0	0
Dificultades en el desarrollo de las actividades de salud en los distintos servicios por motivos de la situación actual: pandemia Covid-19.	10	10	0.5	0	0

Fuente: Elaboración propia de la estudiante PEP

Tabla n°5. Problemas priorizados	
PROBLEMA	**PRIORIZACIÓN**
Las instituciones de salud del departamento no cuentan con un curso para la preparación de la maternidad y paternidad virtual y en algunos municipios no se realiza dicho curso.	**28.5**
No se cuenta con un resumen y análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la Ruta de Atención integral materno perinatal de los municipios de Santander del año 2019.	**27**
La dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos no cuenta con un medio virtual para informar a los diferentes agentes en salud sobre los contenidos relacionados con la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal y demás temáticas correspondientes a la dimensión.	**27**
No se cuenta con una base actualizada del equipo de salud (secretarios de salud, gerentes, médicos generales, enfermer@s) de las diferentes Instituciones de Salud del Departamento.	**25.2**
Baja adherencia por parte del 82% (nivel de cumplimiento bajo: 47%, nivel de cumplimiento medio: 35%) de las Instituciones de salud de los municipios del departamento con respecto a la Ruta Integral de atención materno perinatal.	**18**

Fuente: autoría de la estudiante PEP

10. PLAN DE MEJORAMIENTO

10.1. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Apoyar la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en la secretaria de salud de Santander mediante estrategias de seguimiento y educación utilizando las TIC para el mejoramiento de la adherencia de la RIAMP en el departamento durante el segundo semestre del 2020.

10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

1. Diseñar un curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad en las Instituciones de salud del Departamento de Santander y mejorando la adherencia de los municipios a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

2. Analizar los resultados de los seguimientos a los planes de mejoramiento de la RIAMP de los municipios del departamento de Santander en el año 2019 optimizando la adherencia a la Ruta.

3. Anexar a la página web “Campus Virtual ISABU- UNAB” contenido informativo relacionado con la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivo para el personal de salud de los diferentes municipios del departamento de Santander proporcionando un espacio de aprendizaje y adquisición de herramientas útiles para la atención en salud.

10.3. PROBLEMA 1

Tabla n°6. Problema 1.

Problema N° 1:	Las instituciones de salud del departamento no cuentan con un curso para la preparación de la maternidad y paternidad virtual y en algunos municipios no se realiza dicho curso.	
Objetivo:	Diseñar un curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad en las Instituciones de salud del Departamento de Santander y mejorando la adherencia de los municipios a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.	
Meta:	Diseño del 25% del curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad y socialización del mismo en el 50% de los municipios del departamento de Santander.	
Actividad	**Indicador**	**Medio de verificación**
Revisión de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal e información relacionada con el curso.	Ruta Integral de Atención Materno Perinatal Revisada.	Documento Word con la información específica del Curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Analizar e identificar todas las variables que deben tenerse en cuenta al diseñar el curso.	Documento del análisis del curso (ADDIE).	Documento con el análisis de los alumnos, el contenido y el entorno cuyo resultado será la descripción de una situación y sus necesidades formativas.
Organización de la planeación del curso de preparación para la maternidad y paternidad en el formato EpS-RIAS.	Número de planeaciones realizadas/ total de planeaciones asignadas X 100	Documento Excel con las planeaciones de las dos primeras sesiones del curso de preparación para la maternidad y paternidad en formato EpS-RIAS.
Diseño de 7 módulos del curso de preparación para la maternidad y paternidad (formato virtual) en colaboración con estudiantes PEP ISABU: • ***Sesión 1.*** Cambios físicos, psicosociológicos y emocionales, Mecanismos para afrontar la ansiedad, Sentencia	Número de módulos diseñados /número de módulos planeados por diseñar X 100	Productos digitales y formatos de las sesiones.

C-355/2006 (IVE), Sistemas de apoyo a la gestante, relaciones laborales y familiares durante la gestación, derechos y deberes de la gestante y del recién nacido, ruta materno perinatal (Karen Yulieth Castañeda Ruiz) • ***Sesión 2.*** Importancia de la asistencia a los controles prenatales, signos de alarma, higiene postural, formas amorosas de acompañar a la gestante. (Karen Yulieth Castañeda Ruiz) Sesión 3. Lactancia materna y licencia (Angie Gabriela Garnica Fernández) ***Sesión 4.*** Pautas de crianza, apego y manejo de tiempos (Emily Alexandra Valero Martínez) ***Sesión 5***. Cuidados del recién nacido y preparación para el parto		

(Emily Alexandra Valero Martínez) ***Sesión 6***. Derechos sexuales y reproductivos y Planificación familiar. (Laura Daniela Camargo) ***Sesión 7***. Apoyo a la madre y recomendaciones (Kevyn Alexander Duarte Carrillo) - Creación de plantilla con estructura tecnopedagógica. - Reuniones del equipo de trabajo con el apoyo de TIC y Modelo de ADDIE - Ensamble del módulo en la plataforma seleccionada para acceso remoto y virtual.		
Socializar al personal de salud de las instituciones de los municipios de Santander el curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad.	Municipios donde se socializa el curso b-learning de la página campus virtual UNAB-ISABU/ 50% del total de municipios del departamento de Santander x 100	Pantallazos de la capacitación virtual y envío del link de acceso a la página.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

10.4. PROBLEMA 2

Tabla n°7. Problema 2

Problema N° 2:	No se cuenta con un resumen y análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la Ruta de Atención integral materno perinatal de los municipios del departamento de Santander del año 2019.	
Objetivo:	Analizar los resultados de los seguimientos a los planes de mejoramiento de la RIAMP de los municipios del departamento de Santander en el año 2019 optimizando la adherencia a la Ruta.	
Meta:	Analizar los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la ruta RIAMP de los 87 municipios del departamento de Santander del año 2019.	
Actividad	**Indicador**	**Medio de verificación**
Revisión de los contratos de las 5 enfermeras que realizaron las asistencias técnicas en los municipios del departamento de Santander.	5 contratos revisados	Pantallazos de los documentos revisados en la página de la gobernación con los contratos de las 6 enfermeras, vigencia 2019.

Realizar consolidado de los municipios con la/las instituciones de Salud y su respectivo porcentaje (%) de cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en la vigencia 2019.	Consolidado de los municipios con los % del nivel de cumplimiento.	Documento en Excel del consolidado de los municipios con su respectiva Institución, el porcentaje y nivel de cumplimiento.
Recopilar los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, de cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander.	N° de seguimientos/total de Instituciones con Asistencia técnica X 100	Documentos Word con los seguimientos/planes de mejoramiento por Institución.
Actualización de la base de datos del personal de salud (secretario/as de salud municipales, gerentes de las instituciones, enfermera/s de promoción y prevención) de cada provincia.	Base de datos	Documento Excel con el directorio del personal de salud de las provincias.
Retroalimentación de los seguimientos de los planes de mejoramiento a cada una de las	N° de documentos enviados a las instituciones /total de	Captura de pantalla del envío de los correos a

Instituciones de los municipios del departamento de Santander a los cuales se le realizó asistencia técnica.	instituciones con asistencia técnica X 100.	cada una de las Instituciones de salud.
Realizar análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, de cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander.	Análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la asistencia técnica.	Documento en Excel gráficas del análisis del nivel de cumplimiento por municipios del departamento de Santander. Documento Excel con el análisis de los ítems de mayor incidencia de incumplimiento en cada una de las Instituciones de salud a la que le realizaron asistencia técnica.
Realizar informe con los hallazgos identificados en el análisis.	Informe del análisis.	Documento Word/PDF con el informe de hallazgos generales identificados.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

10.5. PROBLEMA 3

Tabla n°8. Problema 3.

Problema N° 3:	La dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos no cuenta con un medio virtual para informar a los diferentes agentes en salud sobre los contenidos relacionados con la RIAMP y demás temáticas correspondientes a la dimensión.	
Objetivo:	Anexar a la página web "Campus Virtual ISABU-UNAB" contenido informativo relacionado con la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivo para el personal de salud de los diferentes municipios del departamento de Santander proporcionando un espacio de aprendizaje y adquisición de herramientas útiles para la atención en salud.	
Meta:	Anexar 10 contenidos informativos a la página web "Campus Virtual ISABU - UNAB" relacionado con la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivo.	
Actividad	**Indicador**	**Medio de verificación**
Identificar los temas de menor cumplimiento (respecto a los seguimientos de planes de mejoramiento de la Ruta Integral	Análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la asistencia técnica.	Documento Excel con el análisis de los ítems de menor cumplimiento en cada una de las

de Atención Materno Perinatal) que más se presentan en las instituciones de los municipios del departamento de Santander.		Instituciones de salud a las que le realizaron asistencia técnica.
Buscar material basado en evidencia científica e informativo y publicarlo en la página web "Campus Virtual ISABU – UNAB".	Material informativo aprobado/total de material educativo revisado X 100 (10) Material educativo anexado a la página.	Pantallazo del material informativo y educativo anexado en la página web.
Socializar el contenido de la dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos de la página web "Campus virtual ISABU – UNAB" al personal de salud de los municipios.	N° de municipios a los que se les socializó la página / 50% total de los municipios del departamento X 100	Evidencia fotográfica. Listas de asistencia.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Julio		Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Dic
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
Inducción general.																			
Inducción al sitio de práctica.																			
Valoración e identificación de necesidades de los sitios de práctica.																			
Elaboración del plan de mejoramiento.																			
Socialización del plan de mejoramiento.																			
Revisión de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal e información relacionada con el curso																			
Reunión con el equipo de trabajo – curso preparación para la maternidad y paternidad																			
Organización de la planeación del curso de preparación para la maternidad y paternidad en el formato EpS-RIAS.																			

Revisión de los contratos de las 6 enfermeras que realizaron las asistencias técnicas en los municipios del departamento de Santander.																				
Realizar consolidado de los municipios con la/las instituciones de Salud y su respectivo porcentaje (%) de cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en la vigencia 2019.																				
Recopilar los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, de cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander.																				
Actualización de la base de datos del personal de salud (secretario/as de salud municipales, gerentes																				

de las instituciones, enfermera/s de promoción y prevención) de cada provincia.																			
Retroalimentación de los seguimientos de los planes de mejoramiento a cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander a los cuales se le realizó asistencia técnica.																			
Realizar análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, de cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander.																			
Realizar informe con los hallazgos identificados en el análisis.																			

Identificar los temas de menor cumplimiento (respecto a los seguimientos de planes de mejoramiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal) que más se presentan en las instituciones de los municipios del departamento de Santander.																				
Buscar 1 material basado en evidencia científica e informativo y publicarlo en la página web "Campus Virtual ISABU – UNAB". Semanalmente.																				
Socializar el contenido de la dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos de la página web "Campus virtual ISABU – UNAB" al personal de salud de los municipios.																				

Socializar al personal de salud de las instituciones de los municipios de Santander el curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad.																				
Analizar e identificar todas las variables que deben tenerse en cuenta al diseñar el curso.																				
Diseño de 2 módulos del curso de preparación para la maternidad y paternidad (formato virtual).																				
Ensamble del módulo en la plataforma seleccionada para acceso remoto y virtual.																				
Presentación de resultados del plan de mejoramiento Secretaria de Salud Departamental																				
Presentación de resultados del plan de mejoramiento en la UNAB																				

Fuente: autoría de la estudiante PEP

12. RESULTADOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presentan los resultados de las actividades descritas en el plan de mejoramiento y ejecutadas en el sitio de práctica, durante la práctica electiva de profundización realizada en el segundo semestre del año 2020.

12.1. RESULTADOS PROBLEMA 1

Tabla n°9. Resultados problema 1.

Problema N° 1:	Las instituciones de salud del departamento no cuentan con un curso para la preparación de la maternidad y paternidad virtual y en algunos municipios no se realiza dicho curso.
Objetivo:	Diseñar un curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad en las Instituciones de salud del Departamento de Santander y mejorando la adherencia de los municipios a la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.
Meta:	Diseño del 25% del curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad y socialización del mismo en el 50% (60) de los municipios del departamento de Santander.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Para dar cumplimiento a esta meta se llevaron a cabo las siguientes actividades:

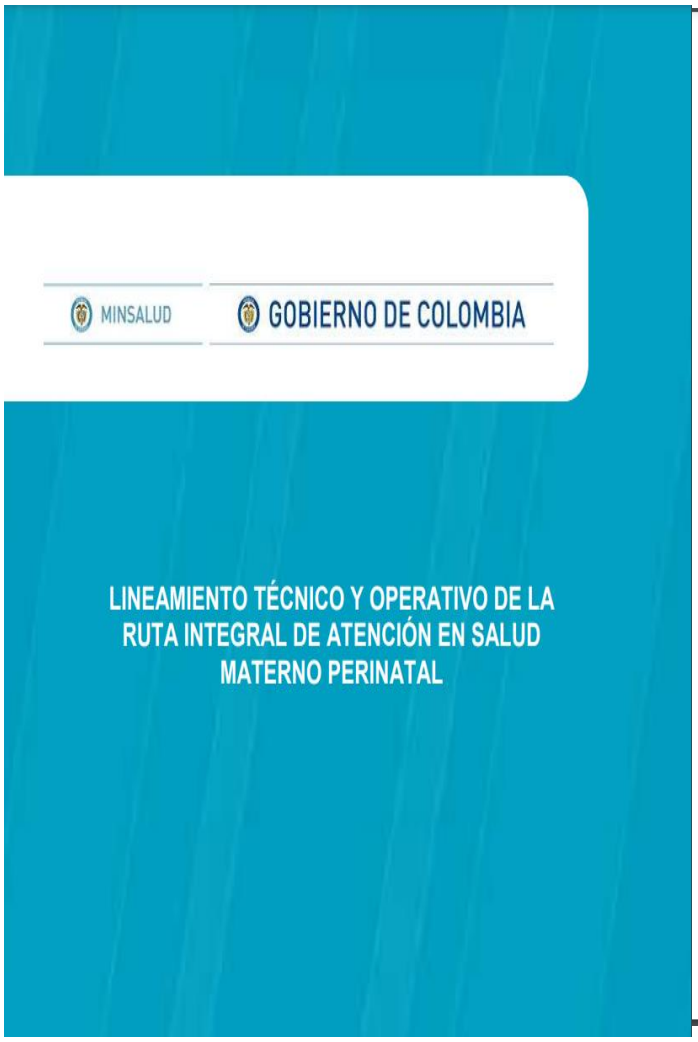
Tabla n°10. Actividad 1 del problema 1.

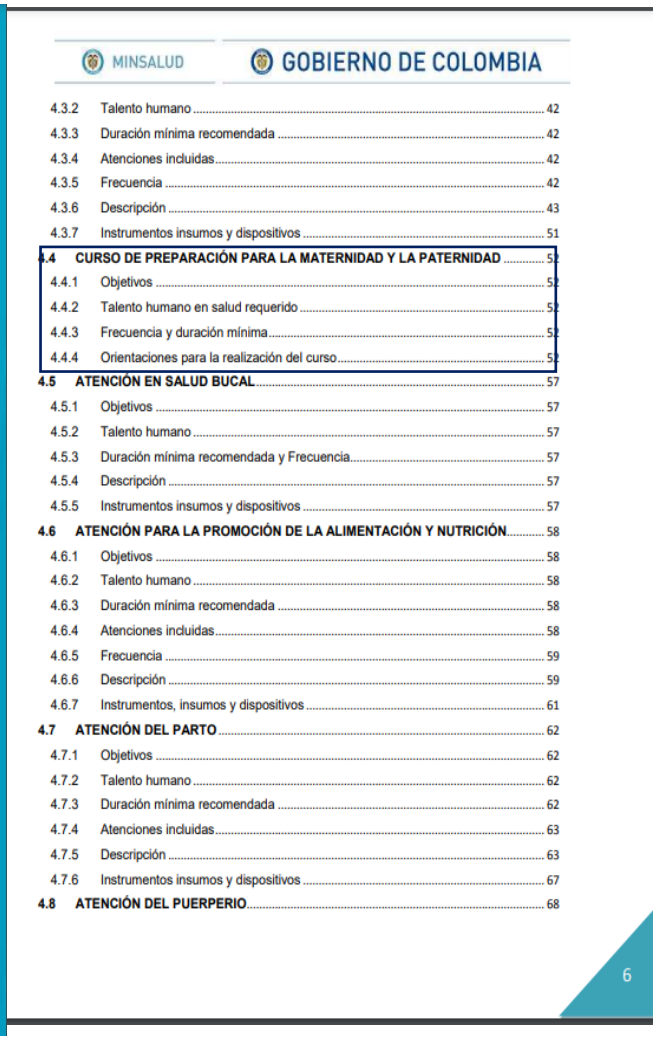
Actividad	Indicador	Medio de verificación
Revisión de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal e información relacionada con el curso.	Ruta Integral de Atención Materno Perinatal Revisada.	Documento Word con la información específica del Curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Se realizó una revisión de la Resolución 3280 de 2018 que contiene los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP), en este documento se describe en el punto 4.4 el curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad como se evidencia en la imagen n°28, a partir de estos lineamientos se hizo la selección de los contenidos correspondientes a cada uno de los 7 módulos y se hizo la distribución entre el equipo de trabajo (5 estudiantes en formación), de tal forma que a 2 estudiantes les correspondían 2 módulos y a 3 estudiantes 1 módulo, los cuales se distribuyeron como se evidencia en la imagen n°29.

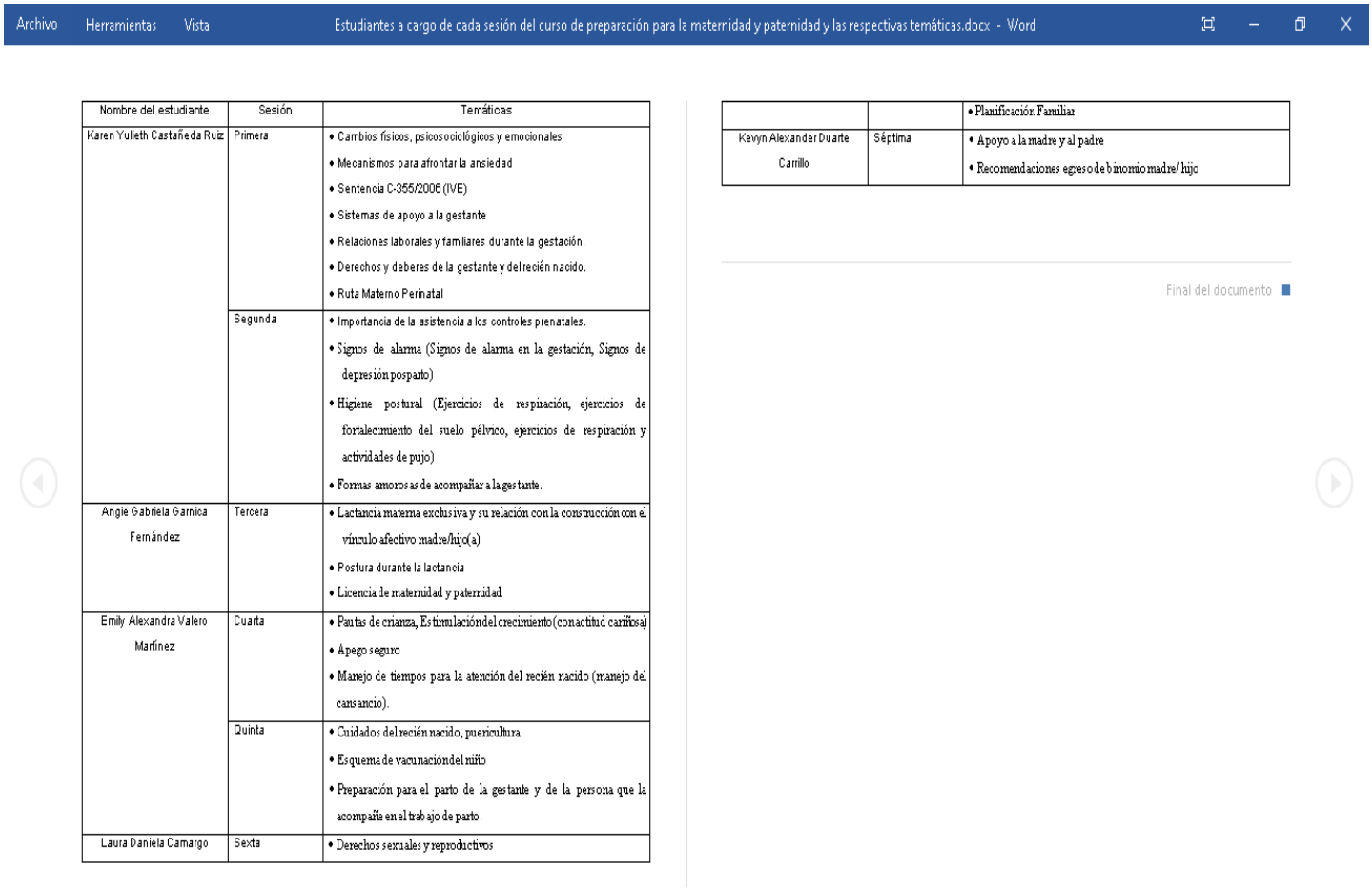
Imagen n°28. Revisión de los lineamientos técnicos y operativos de la RIAMP.





Fuente: imagen tomada de la resolución 3280 de 2018. Lineamiento técnico y operativo de la RIAMP.

Imagen n°29. Documento Word con la información específica que corresponde al contenido de cada módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad.



Nombre del estudiante	Sesión	Temáticas
Karen Yulieth Castañeda Ruiz	Primera	• Cambios físicos, psicosociológicos y emocionales • Mecanismos para afrontar la ansiedad • Sentencia C-355/2006 (IVE) • Sistemas de apoyo a la gestante • Relaciones laborales y familiares durante la gestación. • Derechos y deberes de la gestante y del recién nacido. • Ruta Materno Perinatal
	Segunda	• Importancia de la asistencia a los controles prenatales. • Signos de alarma (Signos de alarma en la gestación, Signos de depresión posparto) • Higiene postural (Ejercicios de respiración, ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, ejercicios de respiración y actividades de pujo) • Formas amorosas de acompañar a la gestante.
Angie Gabriela Garnica Fernández	Tercera	• Lactancia materna exclusiva y su relación con la construcción con el vínculo afectivo madre/hijo(a) • Postura durante la lactancia • Licencia de maternidad y paternidad
Emily Alexandra Valero Martínez	Cuarta	• Pautas de crianza, Estimulación del crecimiento (con actitud cariñosa) • Apego seguro • Manejo de tiempos para la atención del recién nacido (manejo del cansancio).
	Quinta	• Cuidados del recién nacido, puericultura • Esquema de vacunación del niño • Preparación para el parto de la gestante y de la persona que la acompañe en el trabajo de parto.
Laura Daniela Camargo	Sexta	• Derechos sexuales y reproductivos
		• Planificación Familiar
Kevyn Alexander Duarte Carrillo	Séptima	• Apoyo a la madre y al padre • Recomendaciones egreso de binomio madre/hijo

Final del documento

Fuente: autoría de la estudiante PEP.

Tabla n°11. Actividad 2 del problema 1.

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Analizar e identificar todas las variables que deben tenerse en cuenta al diseñar el curso.	Documento del análisis del curso (ADDIE)	Documento con el análisis de los alumnos, el contenido y el entorno cuyo resultado será la descripción de una situación y sus necesidades formativas.

Fuente: autoría de la estudiante PEP.

Para el diseño del curso virtual de preparación para la maternidad y la paternidad e-learning se utilizó el método de ADDIE (Análisis, diseño, desarrollo, implementación y evaluación), se aplicaron los 3 primeros aspectos análisis, diseño y desarrollo.

El análisis corresponde a la descripción de varios aspectos como: propósito del curso, características de la población, las capacidades a desarrollar, la definición de problemas, la descripción de obstáculos, el presupuesto, los medios de difusión y la complejidad.

El diseño se hizo a partir del análisis, se realizó una descripción detallada del contenido de los módulos a desarrollar y los elementos claves para la unificación de la información y el estilo.

Posteriormente se subió los módulos a la plataforma Moodle de TEMA de la UNAB.

En este caso y como se mencionó anteriormente en la distribución de los módulos, me correspondieron los dos primeros módulos del curso, y en conjunto se realizó el módulo 0. Los tres módulos mencionados fueron diseñados y subidos a la plataforma, cumpliendo

exitosamente la meta planteada. Queda pendiente la implementación y evaluación del curso por parte de los estudiantes practicantes de los siguientes semestres para dar continuidad al proceso.

Imagen n°30.Modelo de ADDIE – análisis.

MODELO ADDIE

1. **Análisis**

- **Propósitos general del curso:**

- Desarrollar capacidades en las mujeres embarazadas, así como en sus parejas y familias, para comprender los cambios físicos, psicológicos y sociales que suceden en esta etapa de la vida, con el fin de que promuevan el cuidado de la salud y disminuyan el riesgo de enfermedad y mortalidad.

- Desarrollar capacidades en las madres, padres y sus familias para vivir el embarazo, el parto, el posparto y el cuidado del recién nacido de manera sana y armoniosa.

- **Población (perfil del estudiante, características):**
  - Gestantes y acompañantes ESE. ISABU
  - Gestantes y acompañantes de los diferentes municipios del departamento de Santander.

- **Evaluación de necesidades (capacidades a desarrollar):**
  - Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud.
  - Comprenden cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.
  - Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto
  - Organiza y planea el proceso del parto (en caso de que viva sola o tenga personas a su cargo (hijos, personas mayores o personas con discapacidad)
  - Reconocen signos de alarma para evitar y manejar riesgos
  - Reconocen las necesidades de los niños e implementan prácticas que favorecen su desarrollo.
  - Se relacionan amorosamente con el bebé de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas.
  - Conocen los cuidados básicos del bebé y los implementan en la cotidianidad de forma adecuada.
  - Reconocen las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar prácticas, basadas en derechos, que promueven la salud.
  - Comprenden cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.
  - Reflexionan sobre su propia crianza y reconocen las implicaciones en la salud mental derivados de la forma en que se construye el apego.
  - Expresan sus necesidades de apoyo de forma asertiva.

- **Definición de problemas:**
  - Debido a la emergencia sanitaria (pandemia Covid-19) se ha dificultado el acceso, continuidad, educación, comunicación y seguimiento en las diferentes instituciones de salud para la realización del curso propuesto en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal..
  - No se cuenta con un curso de preparación para la maternidad y paternidad en modalidad e-learning.
  - En algunas instituciones de salud no se realiza curso preparación para la maternidad y paternidad.

- **Descripción de obstáculos:**
  - Algunas gestantes no cuentan con acceso a internet o dispositivos electrónicos para el desarrollo del curso
  - Algunas gestantes se encuentran en zonas rurales-dispersas

- **Presupuesto:**
  Se invertirá en

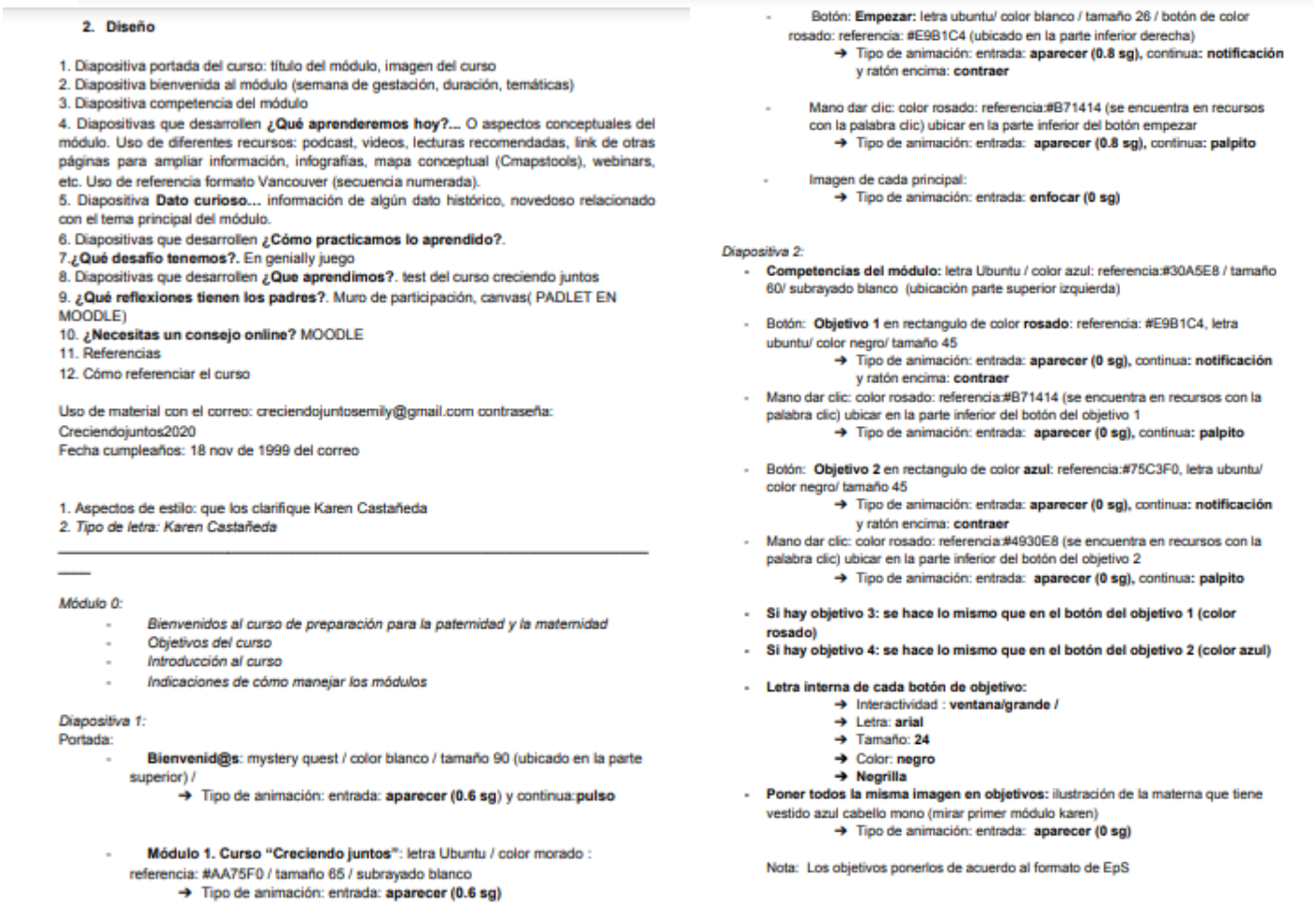
Tiempo invertido	4 meses
Plataforma	Moodle UNAB
Recurso humano	**Estudiantes en formación:** ▪ Karen Castañeda ▪ Angie Garnica ▪ Emily Valero ▪ Daniela Camargo ▪ Kevyn Duarte **Docentes tutoras:** ▪ Socorro Fajardo ▪ Mary Luz Jaimes ▪ Martha Robles

- **Medios de difusión:**
  - **Plataforma:** Moodle UNAB
  - Medios de difusión en las diferentes instituciones
  - **Herramientas didácticas:** videos, genially, canvas, imágenes digitales, entre otras.

- **Complejidad:**
  - **Diseñadores:** se cuenta con una experiencia básica en la realización de cursos virtuales.
  - **Participantes:** no hayan realizado ningún curso virtual, habilidad en el manejo de las TIC, falta de motivación para la realización del curso, deserción del curso.

Fuente: documento elaborado por los estudiantes PEP: Karen Castañeda, Emily Valero, Angie Garnica, Daniela Camargo y Kevyn Duarte.

Imagen n°31. Modelo de ADDIE – Diseño parte 1.



2. Diseño

1. Diapositiva portada del curso: título del módulo, imagen del curso
2. Diapositiva bienvenida al módulo (semana de gestación, duración, temáticas)
3. Diapositiva competencia del módulo
4. Diapositivas que desarrollen **¿Qué aprenderemos hoy?...** O aspectos conceptuales del módulo. Uso de diferentes recursos: podcast, videos, lecturas recomendadas, link de otras páginas para ampliar información, infografías, mapa conceptual (Cmapstools), webinars, etc. Uso de referencia formato Vancouver (secuencia numerada).
5. Diapositiva **Dato curioso...** información de algún dato histórico, novedoso relacionado con el tema principal del módulo.
6. Diapositivas que desarrollen **¿Cómo practicamos lo aprendido?**.
7. **¿Qué desafío tenemos?.** En genially juego
8. Diapositivas que desarrollen **¿Que aprendimos?**. test del curso creciendo juntos
9. **¿Qué reflexiones tienen los padres?**. Muro de participación, canvas(PADLET EN MOODLE)
10. **¿Necesitas un consejo online?** MOODLE
11. Referencias
12. Cómo referenciar el curso

Uso de material con el correo: creciendojuntosemily@gmail.com contraseña: Creciendojuntos2020
Fecha cumpleaños: 18 nov de 1999 del correo

1. Aspectos de estilo: que los clarifique Karen Castañeda
2. *Tipo de letra: Karen Castañeda*

Módulo 0:

- *Bienvenidos al curso de preparación para la paternidad y la maternidad*
- *Objetivos del curso*
- *Introducción al curso*
- *Indicaciones de cómo manejar los módulos*

Diapositiva 1:
Portada:

- **Bienvenid@s**: mystery quest / color blanco / tamaño 90 (ubicado en la parte superior) /
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0.6 sg)** y continua:**pulso**

- **Módulo 1. Curso "Creciendo juntos"**: letra Ubuntu / color morado : referencia: #AA75F0 / tamaño 65 / subrayado blanco
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0.6 sg)**

- Botón: **Empezar:** letra ubuntu/ color blanco / tamaño 26 / botón de color rosado: referencia: #E9B1C4 (ubicado en la parte inferior derecha)
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0.8 sg),** continua: **notificación** y ratón encima: **contraer**

- Mano dar clic: color rosado: referencia:#B71414 (se encuentra en recursos con la palabra clic) ubicar en la parte inferior del botón empezar
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0.8 sg),** continua: **palpito**

- Imagen de cada principal:
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **enfocar (0 sg)**

Diapositiva 2:

- **Competencias del módulo:** letra Ubuntu / color azul: referencia:#30A5E8 / tamaño 60/ subrayado blanco (ubicación parte superior izquierda)

- Botón: **Objetivo 1** en rectangulo de color **rosado**: referencia: #E9B1C4, letra ubuntu/ color negro/ tamaño 45
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0 sg),** continua: **notificación** y ratón encima: **contraer**
- Mano dar clic: color rosado: referencia:#B71414 (se encuentra en recursos con la palabra clic) ubicar en la parte inferior del botón del objetivo 1
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0 sg),** continua: **palpito**

- Botón: **Objetivo 2** en rectangulo de color **azul**: referencia:#75C3F0, letra ubuntu/ color negro/ tamaño 45
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0 sg),** continua: **notificación** y ratón encima: **contraer**
- Mano dar clic: color rosado: referencia:#4930E8 (se encuentra en recursos con la palabra clic) ubicar en la parte inferior del botón del objetivo 2
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0 sg),** continua: **palpito**

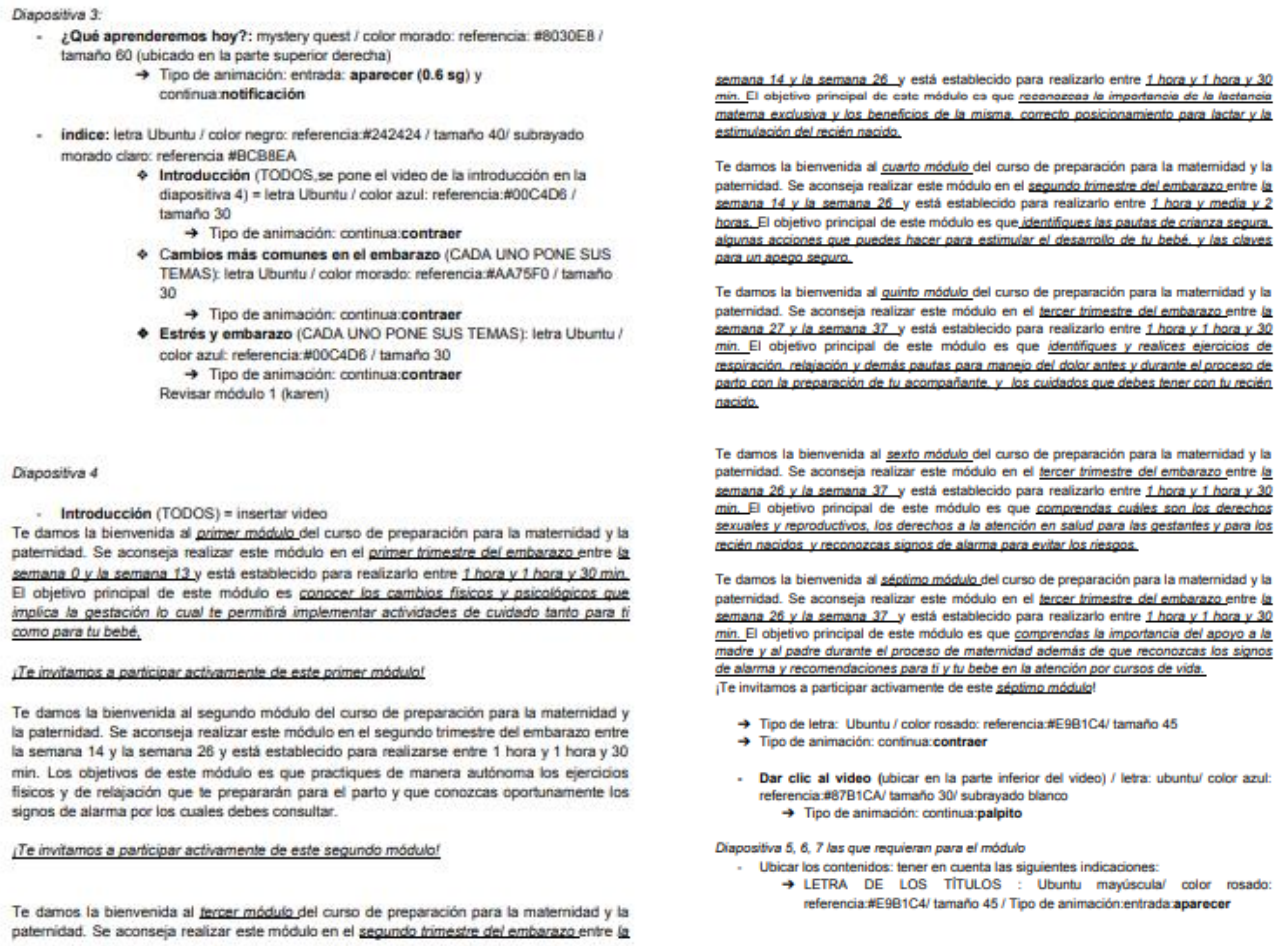
- **Si hay objetivo 3: se hace lo mismo que en el botón del objetivo 1 (color rosado)**
- **Si hay objetivo 4: se hace lo mismo que en el botón del objetivo 2 (color azul)**

- **Letra interna de cada botón de objetivo:**
  - ➔ Interactividad : **ventana/grande /**
  - ➔ Letra: **arial**
  - ➔ Tamaño: **24**
  - ➔ Color: **negro**
  - ➔ **Negrilla**
- **Poner todos la misma imagen en objetivos:** ilustración de la materna que tiene vestido azul cabello mono (mirar primer módulo karen)
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0 sg)**

Nota: Los objetivos ponerlos de acuerdo al formato de EpS

Fuente: documento elaborado por los estudiantes PEP: Karen Castañeda, Emily Valero, Angie Garnica, Daniela Camargo y Kevyn Duarte.

Imagen n°32. Modelo de ADDIE – Diseño parte 2.



Diapositiva 3:

- **¿Qué aprenderemos hoy?:** mystery quest / color morado: referencia: #8030E8 / tamaño 60 (ubicado en la parte superior derecha)
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0.6 sg)** y continua:**notificación**

- **índice:** letra Ubuntu / color negro: referencia:#242424 / tamaño 40/ subrayado morado claro: referencia #BCB8EA
  - ❖ **Introducción** (TODOS,se pone el video de la introducción en la diapositiva 4) = letra Ubuntu / color azul: referencia:#00C4D6 / tamaño 30
    - ➔ Tipo de animación: continua:**contraer**
  - ❖ **Cambios más comunes en el embarazo** (CADA UNO PONE SUS TEMAS): letra Ubuntu / color morado: referencia:#AA75F0 / tamaño 30
    - ➔ Tipo de animación: continua:**contraer**
  - ❖ **Estrés y embarazo** (CADA UNO PONE SUS TEMAS): letra Ubuntu / color azul: referencia:#00C4D6 / tamaño 30
    - ➔ Tipo de animación: continua:**contraer**

Revisar módulo 1 (karen)

Diapositiva 4

- **Introducción** (TODOS) = insertar video

Te damos la bienvenida al primer módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Se aconseja realizar este módulo en el primer trimestre del embarazo entre la semana 0 y la semana 13 y está establecido para realizarlo entre 1 hora y 1 hora y 30 min. El objetivo principal de este módulo es conocer los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación lo cual te permitirá implementar actividades de cuidado tanto para ti como para tu bebé.

¡Te invitamos a participar activamente de este primer módulo!

Te damos la bienvenida al segundo módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Se aconseja realizar este módulo en el segundo trimestre del embarazo entre la semana 14 y la semana 26 y está establecido para realizarse entre 1 hora y 1 hora y 30 min. Los objetivos de este módulo es que practiques de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que te prepararán para el parto y que conozcas oportunamente los signos de alarma por los cuales debes consultar.

¡Te invitamos a participar activamente de este segundo módulo!

Te damos la bienvenida al tercer módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Se aconseja realizar este módulo en el segundo trimestre del embarazo entre la semana 14 y la semana 26 y está establecido para realizarlo entre 1 hora y 1 hora y 30 min. El objetivo principal de este módulo es que reconozcas la importancia de la lactancia materna exclusiva y los beneficios de la misma, correcto posicionamiento para lactar y la estimulación del recién nacido.

Te damos la bienvenida al cuarto módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Se aconseja realizar este módulo en el segundo trimestre del embarazo entre la semana 14 y la semana 26 y está establecido para realizarlo entre 1 hora y media y 2 horas. El objetivo principal de este módulo es que identifiques las pautas de crianza segura, algunas acciones que puedes hacer para estimular el desarrollo de tu bebé, y las claves para un apego seguro.

Te damos la bienvenida al quinto módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Se aconseja realizar este módulo en el tercer trimestre del embarazo entre la semana 27 y la semana 37 y está establecido para realizarlo entre 1 hora y 1 hora y 30 min. El objetivo principal de este módulo es que identifiques y realices ejercicios de respiración, relajación y demás pautas para manejo del dolor antes y durante el proceso de parto con la preparación de tu acompañante, y los cuidados que debes tener con tu recién nacido.

Te damos la bienvenida al sexto módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Se aconseja realizar este módulo en el tercer trimestre del embarazo entre la semana 26 y la semana 37 y está establecido para realizarlo entre 1 hora y 1 hora y 30 min. El objetivo principal de este módulo es que comprendas cuáles son los derechos sexuales y reproductivos, los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos y reconozcas signos de alarma para evitar los riesgos.

Te damos la bienvenida al séptimo módulo del curso de preparación para la maternidad y la paternidad. Se aconseja realizar este módulo en el tercer trimestre del embarazo entre la semana 26 y la semana 37 y está establecido para realizarlo entre 1 hora y 1 hora y 30 min. El objetivo principal de este módulo es que comprendas la importancia del apoyo a la madre y al padre durante el proceso de maternidad además de que reconozcas los signos de alarma y recomendaciones para ti y tu bebe en la atención por cursos de vida.
¡Te invitamos a participar activamente de este séptimo módulo!

- ➔ Tipo de letra: Ubuntu / color rosado: referencia:#E9B1C4/ tamaño 45
- ➔ Tipo de animación: continua:**contraer**

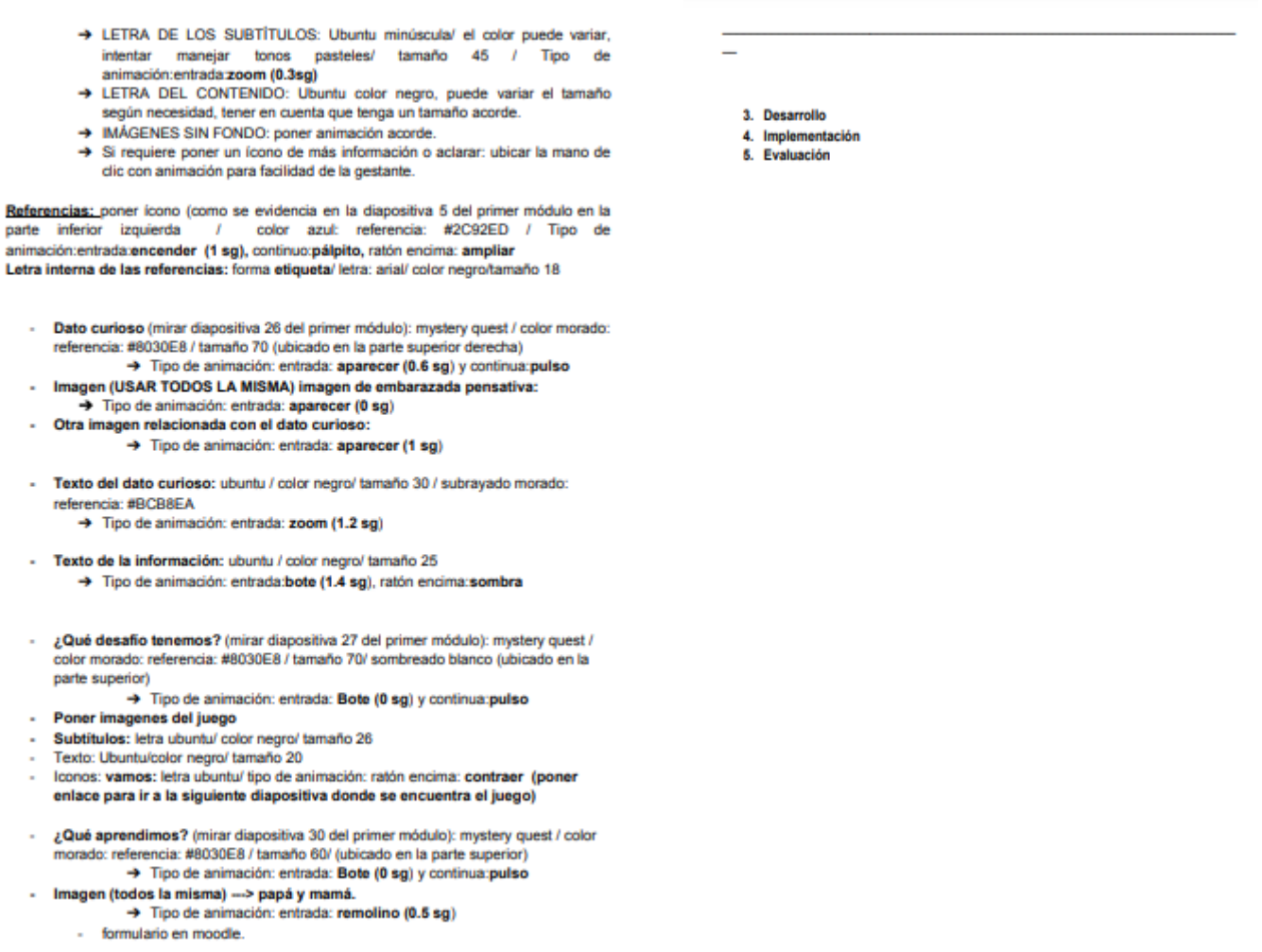
- **Dar clic al video** (ubicar en la parte inferior del video) / letra: ubuntu/ color azul: referencia:#87B1CA/ tamaño 30/ subrayado blanco
  - ➔ Tipo de animación: continua:**palpito**

Diapositiva 5, 6, 7 las que requieran para el módulo

- Ubicar los contenidos: tener en cuenta las siguientes indicaciones:
  - ➔ LETRA DE LOS TÍTULOS : Ubuntu mayúscula/ color rosado: referencia:#E9B1C4/ tamaño 45 / Tipo de animación:entrada:**aparecer**

Fuente: documento elaborado por los estudiantes PEP: Karen Castañeda, Emily Valero, Angie Garnica, Daniela Camargo y Kevyn Duarte.

Imagen n°33.Modelo de ADDIE – Diseño parte 3.



- ➔ LETRA DE LOS SUBTÍTULOS: Ubuntu minúscula/ el color puede variar, intentar manejar tonos pasteles/ tamaño 45 / Tipo de animación:entrada:**zoom (0.3sg)**
- ➔ LETRA DEL CONTENIDO: Ubuntu color negro, puede variar el tamaño según necesidad, tener en cuenta que tenga un tamaño acorde.
- ➔ IMÁGENES SIN FONDO: poner animación acorde.
- ➔ Si requiere poner un ícono de más información o aclarar: ubicar la mano de clic con animación para facilidad de la gestante.

Referencias: poner ícono (como se evidencia en la diapositiva 5 del primer módulo en la parte inferior izquierda / color azul: referencia: #2C92ED / Tipo de animación:entrada:**encender (1 sg),** continuo:**pálpito,** ratón encima: **ampliar**
Letra interna de las referencias: forma **etiqueta**/ letra: arial/ color negro/tamaño 18

- **Dato curioso** (mirar diapositiva 26 del primer módulo): mystery quest / color morado: referencia: #8030E8 / tamaño 70 (ubicado en la parte superior derecha)
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0.6 sg)** y continua:**pulso**
- **Imagen (USAR TODOS LA MISMA) imagen de embarazada pensativa:**
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (0 sg)**
- **Otra imagen relacionada con el dato curioso:**
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **aparecer (1 sg)**
- **Texto del dato curioso:** ubuntu / color negro/ tamaño 30 / subrayado morado: referencia: #BCB8EA
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **zoom (1.2 sg)**
- **Texto de la información:** ubuntu / color negro/ tamaño 25
  - ➔ Tipo de animación: entrada:**bote (1.4 sg)**, ratón encima:**sombra**
- **¿Qué desafío tenemos?** (mirar diapositiva 27 del primer módulo): mystery quest / color morado: referencia: #8030E8 / tamaño 70/ sombreado blanco (ubicado en la parte superior)
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **Bote (0 sg)** y continua:**pulso**
- **Poner imagenes del juego**
- **Subtítulos:** letra ubuntu/ color negro/ tamaño 26
- Texto: Ubuntu/color negro/ tamaño 20
- Iconos: **vamos:** letra ubuntu/ tipo de animación: ratón encima: **contraer (poner enlace para ir a la siguiente diapositiva donde se encuentra el juego)**
- **¿Qué aprendimos?** (mirar diapositiva 30 del primer módulo): mystery quest / color morado: referencia: #8030E8 / tamaño 60/ (ubicado en la parte superior)
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **Bote (0 sg)** y continua:**pulso**
- **Imagen (todos la misma) ---> papá y mamá.**
  - ➔ Tipo de animación: entrada: **remolino (0.5 sg)**
  - formulario en moodle.

3. **Desarrollo**
4. **Implementación**
5. **Evaluación**

Fuente: documento elaborado por los estudiantes PEP: Karen Castañeda, Emily Valero, Angie Garnica, Daniela Camargo y Kevyn Duarte.

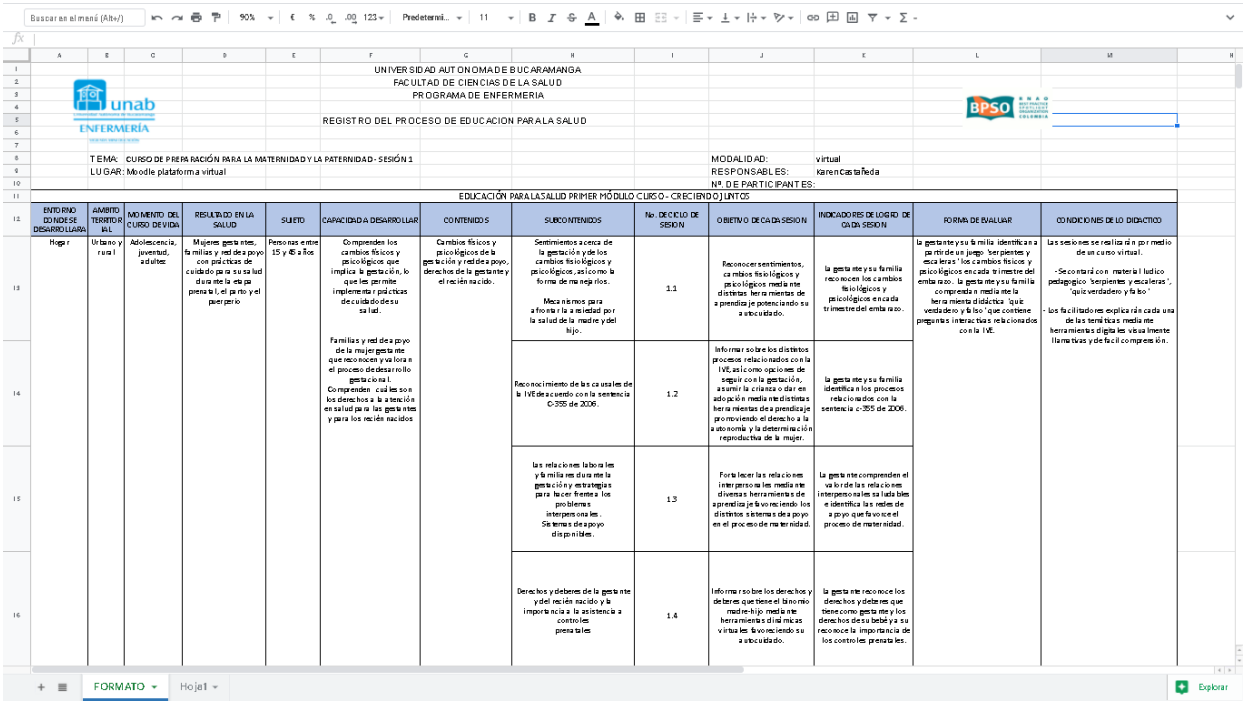
Tabla n°12.Actividad 3. Del problema 1.

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Organización de la planeación del curso de preparación para la maternidad y paternidad en el formato EpS-RIAS.	Número de planeaciones realizadas/ total de planeaciones asignadas X 100	Documento Excel con las planeaciones de las dos primeras sesiones del curso de preparación para la maternidad y paternidad en formato EpS-RIAS.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

A partir del formato Educación para la Salud (EpS) enmarcado en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) se adaptaron las planeaciones correspondientes a los módulos asignados: módulo 1 y 2 del curso de preparación para la maternidad y la paternidad – "Creciendo Juntos" basados en la Resolución 3280 de 2018, en donde especifica: el entorno donde se desarrollará, el ámbito territorial, el momento del curso de vida, el sujeto, las capacidades a desarrollar, los contenidos y sub-contenidos, el número de ciclos, los indicadores de logro de cada sesión, la forma de evaluar y las condiciones de lo didáctico. A continuación, se muestran en forma de pantallazo las planeaciones en Excel de los módulos 1 (imagen n°34) y 2 (imagen n°35)

Imagen n°34.Planeación de la Primera sesión formato EPS-RIAS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

REGISTRO DEL PROCESO DE EDUCACION PARA LA SALUD

TEMA: CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD - SESIÓN 1
LUGAR: Moodle plataforma virtual

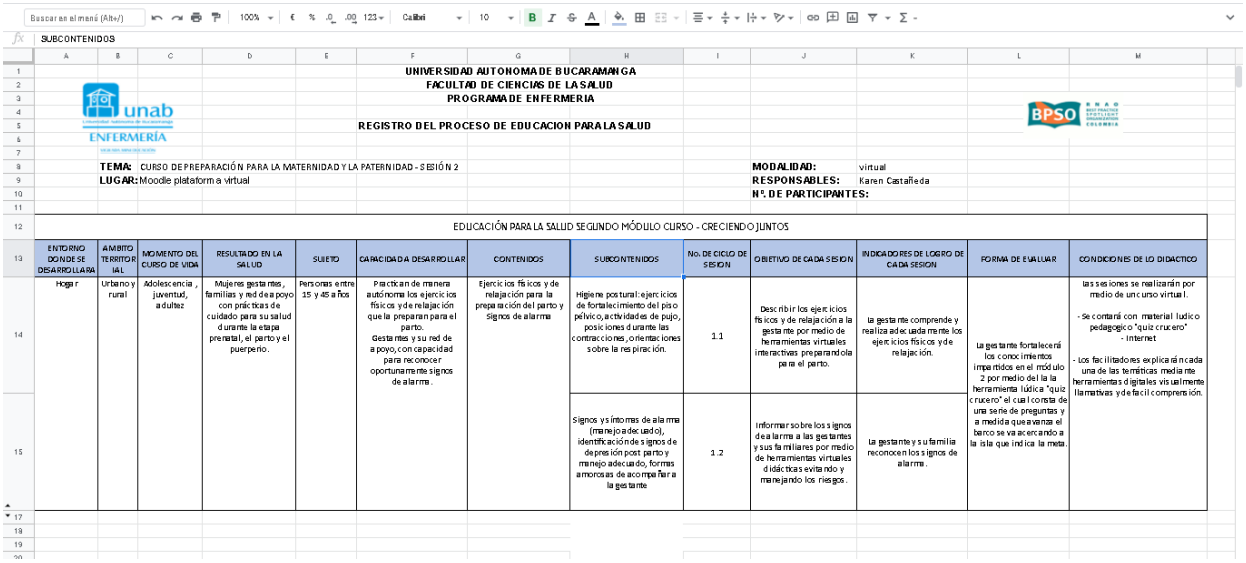
MODALIDAD: virtual
RESPONSABLES: Karen Castañeda
Nº. DE PARTICIPANTES:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD PRIMER MÓDULO CURSO - CRECIENDO JUNTOS

ENTORNO DONDE SE DESARROLLARA	AMBITO TERRITORIAL	MOMENTO DEL CURSO DE VIDA	RESULTADO EN LA SALUD	SUJETO	CAPACIDAD A DESARROLLAR	CONTENIDOS	SUBCONTENIDOS	No. DE CICLO DE SESION	OBJETIVO DE CADA SESION	INDICADORES DE LOGRO DE CADA SESION	FORMA DE EVALUAR	CONDICIONES DE LO DIDACTICO
Hogar	Urbano y rural	Adolescencia, juventud, adultez	Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio	Personas entre 15 y 45 años	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud. Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional. Comprenden cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos	Cambios físicos y psicológicos de la gestación y red de apoyo, derechos de la gestante y el recién nacido.	Sentimientos acerca de la gestación y de los cambios fisiológicos y psicológicos, así como la forma de manejarlos. Mecanismos para afrontar la ansiedad por la salud de la madre y del hijo.	1.1	Reconocer sentimientos, cambios fisiológicos y psicológicos mediante distintas herramientas de aprendizaje potenciando su autocuidado.	la gestante y su familia reconocen los cambios fisiológicos y psicológicos en cada trimestre del embarazo.	la gestante y su familia identifican a partir de un juego 'serpientes y escaleras' los cambios físicos y psicológicos en cada trimestre del embarazo. la gestante y su familia comprenden mediante la herramienta didáctica 'quiz verdadero y falso' que contiene preguntas interactivas relacionados con la IVE.	Las sesiones se realizarán por medio de un curso virtual. - Se contará con material lúdico pedagogico 'serpientes y escaleras', quiz verdadero y falso' - los facilitadores explicarán cada una de las temáticas mediante herramientas digitales visualmente llamativas y de facil comprensión.
							Reconocimiento de las causales de la IVE de acuerdo con la sentencia C-355 de 2006.	1.2	Informar sobre los distintos procesos relacionados con la IVE, así como opciones de seguir con la gestación, asumir la crianza o dar en adopción mediante distintas herramientas de aprendizaje promoviendo el derecho a la autonomía y la determinación reproductiva de la mujer.	la gestante y su familia identifica los procesos relacionados con la sentencia c-355 de 2006.		
							las relaciones laborales y familiares durante la gestación y estrategias para hacer frente a los problemas interpersonales Sistemas de apoyo disponibles.	1.3	Fortalecer las relaciones interpersonales mediante diversas herramientas de aprendizaje promoviendo los distintos sistemas de apoyo en el proceso de maternidad.	La gestante comprenden el valor de las relaciones interpersonales saludables e identifica las redes de apoyo que favorecen el proceso de maternidad.		
							Derechos y deberes de la gestante y del recién nacido y la importancia a la asistencia a controles prenatales	1.4	Informar sobre los derechos y deberes que tiene el binomio madre-hijo mediante herramientas dinámicas virtuales favoreciendo su autocuidado.	la gestante reconoce los derechos y deberes que tiene como gestante y los derechos de su bebé y a su vez reconoce la importancia de los controles prenatales.		

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°35. Planeación de la Segunda sesión formato EPS-RIAS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

REGISTRO DEL PROCESO DE EDUCACION PARA LA SALUD

TEMA: CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD - SESIÓN 2
LUGAR: Moodle plataforma virtual

MODALIDAD: virtual
RESPONSABLES: Karen Castañeda
Nº. DE PARTICIPANTES:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEGUNDO MÓDULO CURSO - CRECIENDO JUNTOS

ENTORNO DONDE SE DESARROLLARA	AMBITO TERRITORIAL	MOMENTO DEL CURSO DE VIDA	RESULTADO EN LA SALUD	SUJETO	CAPACIDAD A DESARROLLAR	CONTENIDOS	SUBCONTENIDOS	No. DE CICLO DE SESION	OBJETIVO DE CADA SESION	INDICADORES DE LOGRO DE CADA SESION	FORMA DE EVALUAR	CONDICIONES DE LO DIDACTICO
Hogar	Urbano y rural	Adolescencia , juventud, adultez	Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio.	Personas entre 15 y 45 años	Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto. Gestantes y su red de apoyo, con capacidad para reconocer oportunamente signos de alarma.	Ejercicios físicos y de relajación para la preparación del parto y Signos de alarma	Higiene postural: ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico, actividades de pujo, posiciones durante las contracciones, orientaciones sobre la respiración.	1.1	Describir los ejercicios físicos y de relajación a la gestante por medio de herramientas virtuales interactivas preparandola para el parto.	la gestante comprende y realiza adecuadamente los ejercicios físicos y de relajación.	La gestante fortalecerá los conocimientos impartidos en el módulo 2 por medio del la la herramienta lúdica "quiz crucero" el cual consta de una serie de preguntas y a medida que avanza el barco se va acercando a la isla que indica la meta.	las sesiones se realizarán por medio de un curso virtual. - Se contará con material lúdico pedagogico "quiz crucero" - internet - Los facilitadores explicarán cada una de las temáticas mediante herramientas digitales visualmente llamativas y de facil comprensión.
							Signos y síntomas de alarma (manejo adecuado), identificación de signos de depresión post parto y manejo adecuado, formas amorosas de acompañar a la gestante	1.2	Informar sobre los signos de alarma a las gestantes y sus familiares por medio de herramientas virtuales didácticas evitando y manejando los riesgos.	La gestante y su familia reconocen los signos de alarma.		

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Tabla n°13. Actividad 4. Del problema 1.

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Diseño de 7 módulos del curso de preparación para la maternidad y paternidad (formato virtual) en colaboración con estudiantes PEP ISABU: • ***Sesión 1.*** Cambios físicos, psicosociológicos y emocionales, Mecanismos para afrontar la ansiedad, Sentencia C-355/2006 (IVE), Sistemas de apoyo a la gestante, relaciones laborales y familiares durante la gestación, derechos y deberes de la gestante y del recién nacido, ruta materno perinatal (Karen Yulieth Castañeda Ruiz) • ***Sesión 2.*** Importancia de la asistencia a los controles prenatales, signos de alarma, higiene postural, formas	Número de módulos diseñados /número de módulos planeados por diseñar X 100	Productos digitales y formatos de las sesiones.

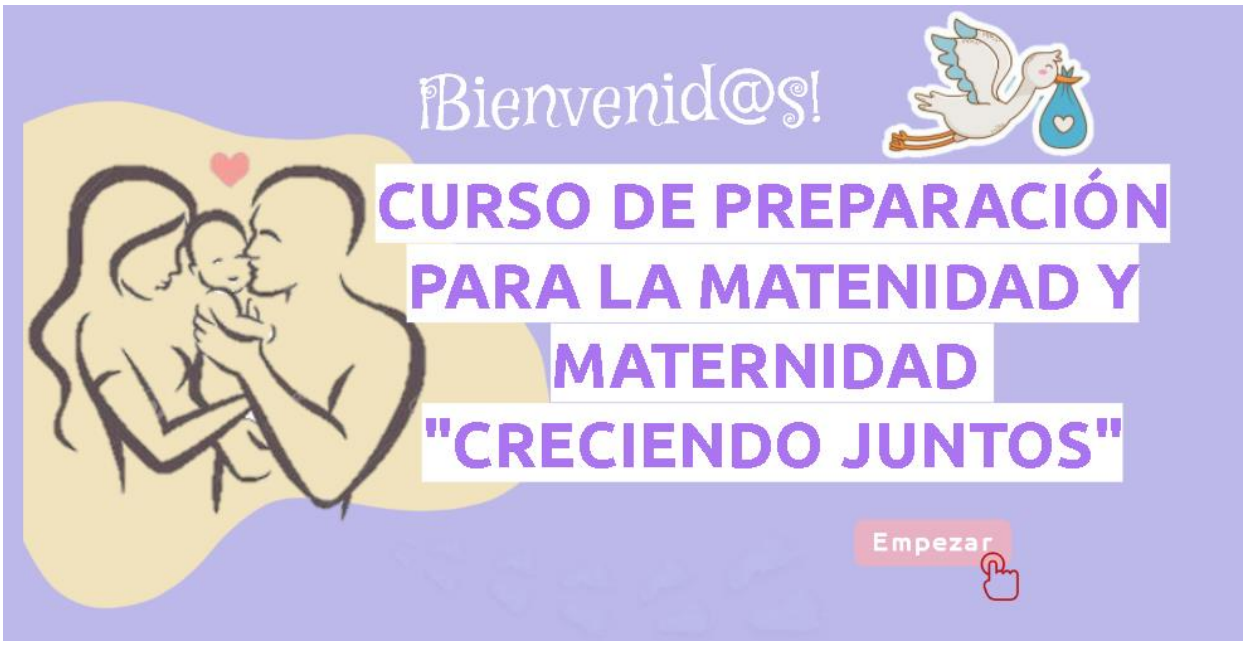
amorosas de acompañar a la gestante. (Karen Yulieth Castañeda Ruiz) Sesión 3. Lactancia materna y licencia (Angie Gabriela Garnica Fernández) ***Sesión 4.*** Pautas de crianza, apego y manejo de tiempos (Emily Alexandra Valero Martínez) ***Sesión 5***. Cuidados del recién nacido y preparación para el parto (Emily Alexandra Valero Martínez) ***Sesión 6***. Derechos sexuales y reproductivos y Planificación familiar. (Laura Daniela Camargo) ***Sesión 7***. Apoyo a la madre y recomendaciones (Kevyn Alexander Duarte Carrillo) - Creación de plantilla con estructura tecnopedagógica. - Reuniones del equipo de trabajo con el apoyo de TIC y Modelo de		

ADDIE - Ensamble del módulo en la plataforma seleccionada para acceso remoto y virtual.		

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Los módulos resaltados en color gris son los que se realizaron por la estudiante PEP, autora de este trabajo, adicionalmente se realizó el módulo 0 en conjunto con los demás compañeros. Para el diseño se utilizó el recurso virtual de genially.

Imagen n°36. Módulo 0 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos 1.



Fuente: Realizado por las estudiantes PEP: Karen Castañeda, Emily Valero y Angie Garnica.

Imagen n°37. Módulo 0 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos 2.

Fuente: Realizado por las estudiantes PEP: Karen Castañeda, Emily Valero y Angie Garnica.

Imagen n°38. Módulo 0 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos 3.

Fuente: Realizado por las estudiantes PEP: Karen Castañeda, Emily Valero y Angie Garnica.

Imagen n°39. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 1.

Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°40. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 2.

Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°41. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 3.

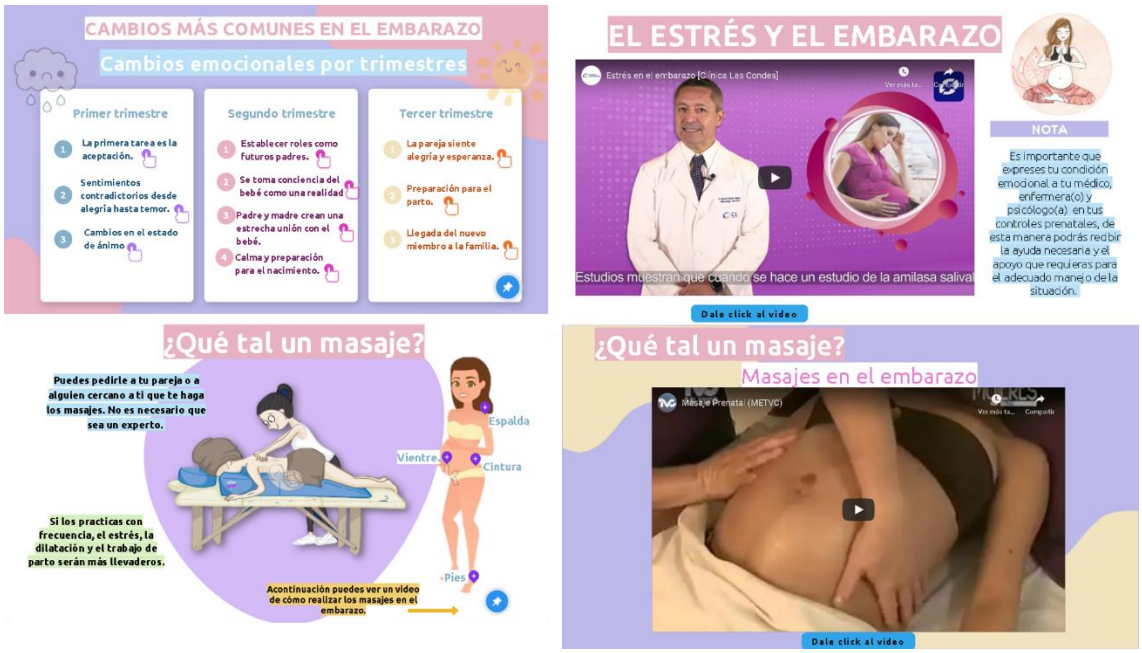
Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°42. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 4.

Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°43. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Creciendo Juntos parte 5.



Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°44. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Creciendo Juntos parte 6.

Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°45. Módulo 1 del curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Creciendo Juntos parte 7.

Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°46. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Creciendo Juntos parte 1.

Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°47. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad.

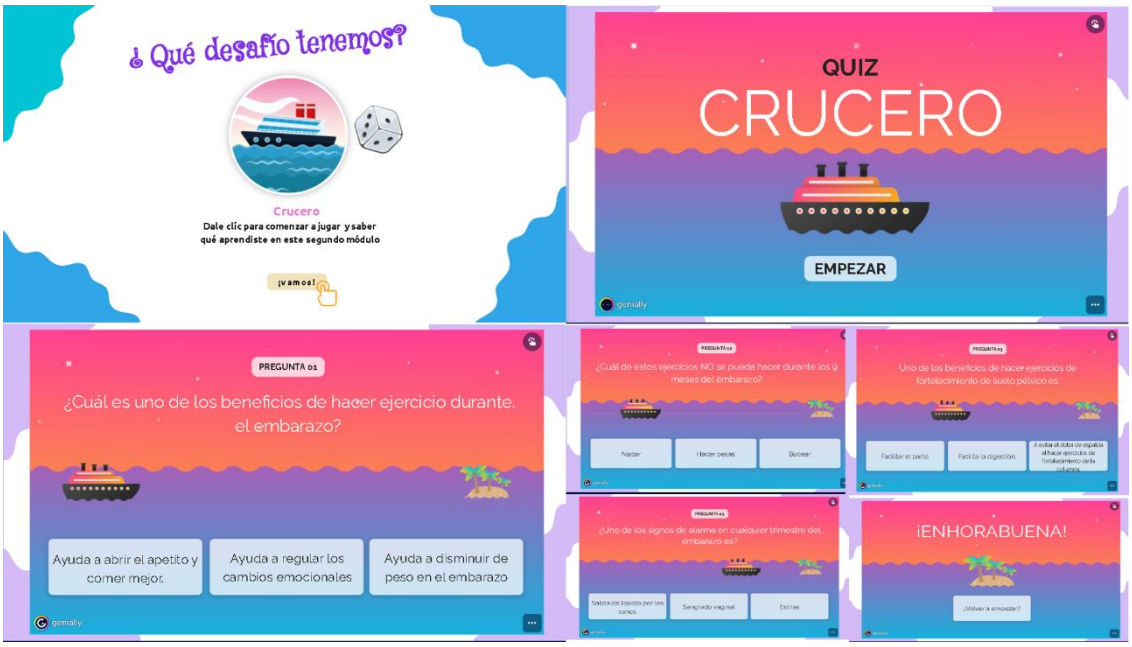
Creciendo Juntos parte 2.

Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°48. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 3.

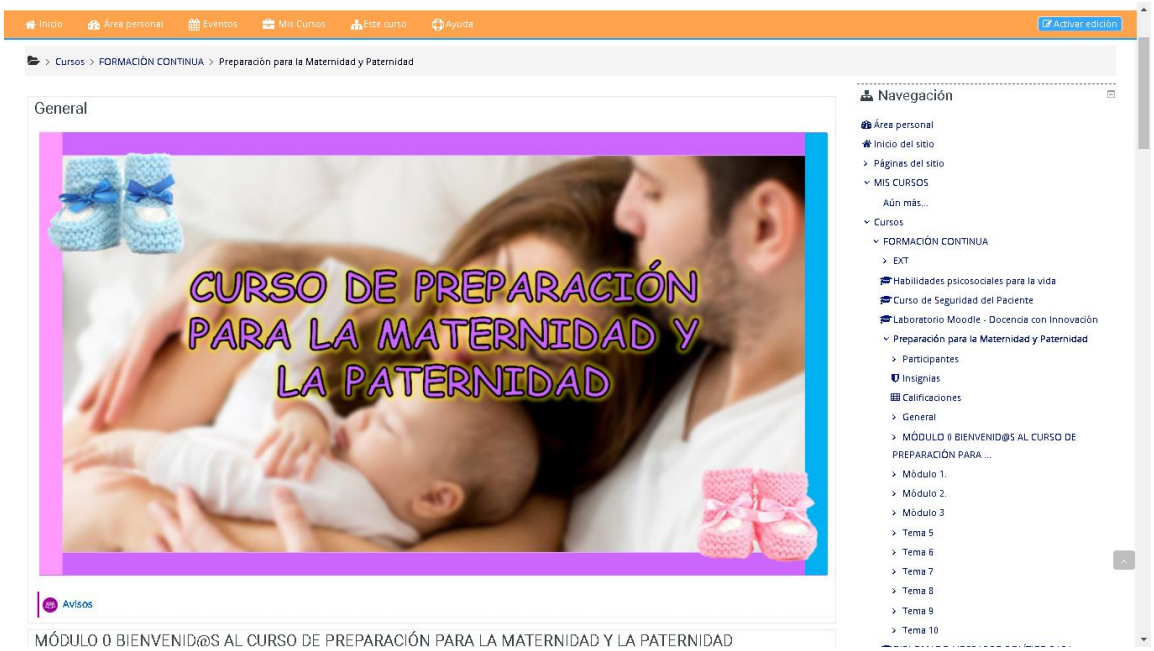
Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°49. Módulo 2 del curso de preparación para la maternidad y paternidad. Creciendo Juntos parte 4.



Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°50. Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Portada.

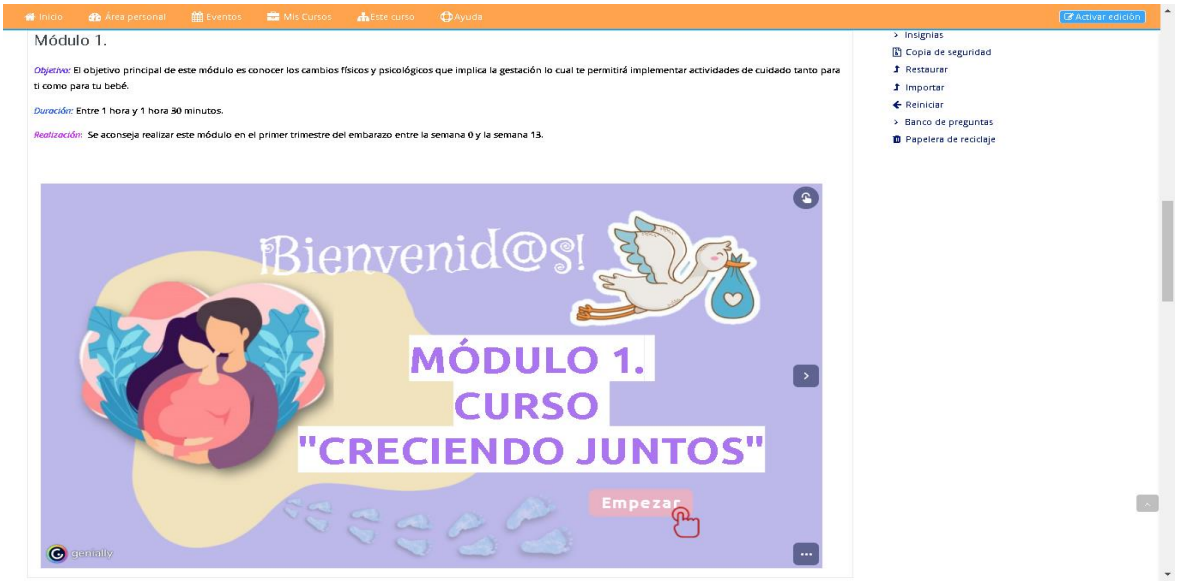


Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°51.Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Módulo 0.

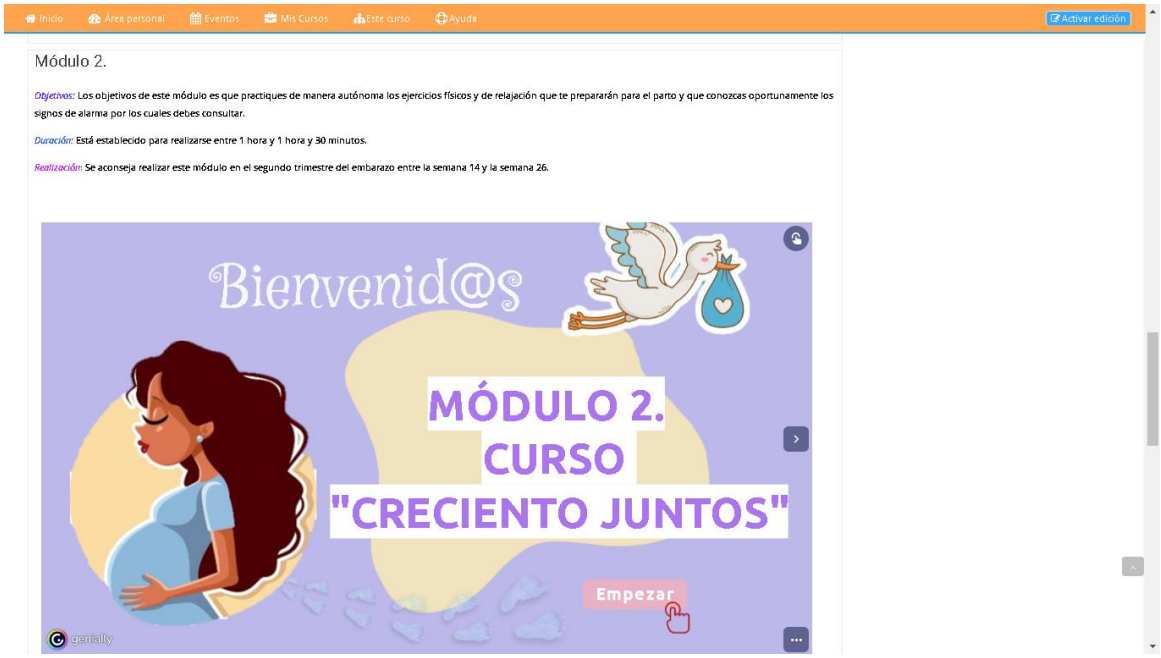
Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°52. Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Módulo 1.



Fuente: Autoría estudiante PEP

Imagen n°53. Incorporación del curso de preparación para la maternidad y la paternidad a la plataforma de TEMA – MOODLE UNAB. Módulo 2.



Fuente: Autoría estudiante PEP

Tabla n°14. Actividad 4 del problema 1.

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Socializar al personal de salud de las instituciones de los municipios de Santander el curso virtual de preparación para la maternidad y paternidad.	Municipios donde se socializa el curso b-learning de la página campus virtual UNAB-ISABU/ 50% del total de municipios del departamento de Santander x 100	Pantallazos de la capacitación virtual y envío del link de acceso a la página.

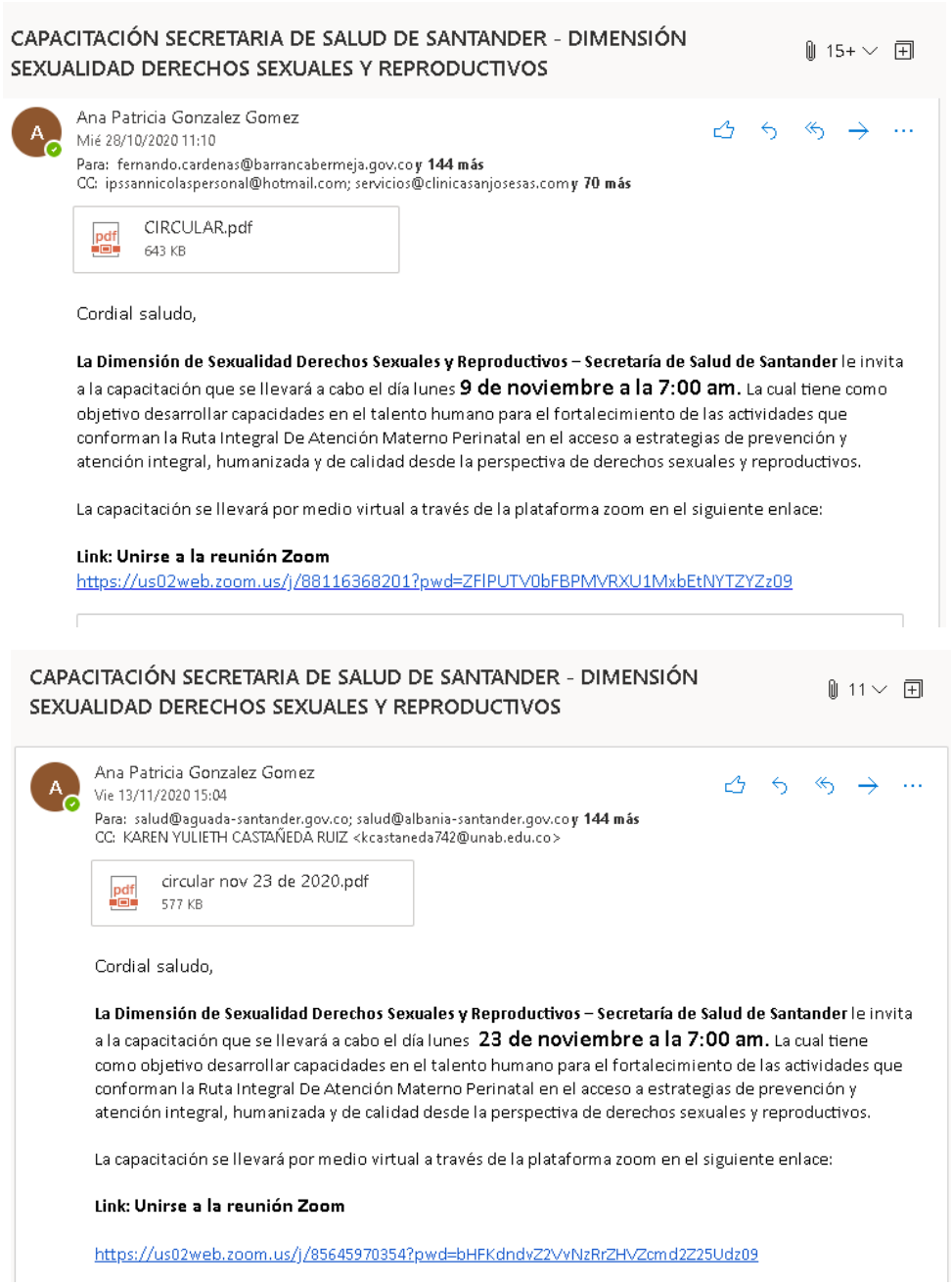
Fuente: autoría de la estudiante PEP

Se llevaron a cabo dos sesiones para la socialización del curso virtual diseñado y subido a la página web ISABU -UNAB por los estudiantes PEP de semestres anteriores, este curso va dirigido al personal de salud de las instituciones. Se hizo la socialización de los 7 módulos del curso a aproximadamente 140 personas de los diferentes municipios del departamento de Santander, se hizo uso de varias estrategias de difusión: se creó una circular dirigida a: gerentes, secretarios de salud, EAPB, enfermeras y enfermeros, médicos y auxiliares de enfermería, la cual fue enviada a todos los correos del directorio actualizado (imagen n°55), se crearon grupos de WhatsApp de las enfermeras y enfermeros de cada una de las 7 provincias, se creó un flyer informativo (imagen n°54) . Adicionalmente se anexan evidencias de las capacitaciones y los comentarios que se realizaron sobre el material socializado.

Imagen n°54. Flyer capacitación fortalecimiento de las capacidades de la RIAMP

Fuente: creación de la estudiante PEP

Imagen n°55. Envío de invitación a la capacitación fortalecimiento de capacidades en la RIAMP. 9 y 23 de noviembre.



CAPACITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER - DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

15+

Ana Patricia Gonzalez Gomez
Mié 28/10/2020 11:10
Para: fernando.cardenas@barrancabermeja.gov.co y 144 más
CC: ipssannicolaspersonal@hotmail.com; servicios@clinicasanjosesas.com y 70 más

CIRCULAR.pdf
643 KB

Cordial saludo,

La Dimensión de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos – Secretaría de Salud de Santander le invita a la capacitación que se llevará a cabo el día lunes **9 de noviembre a la 7:00 am.** La cual tiene como objetivo desarrollar capacidades en el talento humano para el fortalecimiento de las actividades que conforman la Ruta Integral De Atención Materno Perinatal en el acceso a estrategias de prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos.

La capacitación se llevará por medio virtual a través de la plataforma zoom en el siguiente enlace:

Link: Unirse a la reunión Zoom
https://us02web.zoom.us/j/88116368201?pwd=ZFlPUTV0bFBPMVRXU1MxbEtNYTZYZz09

CAPACITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER - DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

11

Ana Patricia Gonzalez Gomez
Vie 13/11/2020 15:04
Para: salud@aguada-santander.gov.co; salud@albania-santander.gov.co y 144 más
CC: KAREN YULIETH CASTAÑEDA RUIZ <kcastaneda742@unab.edu.co>

circular nov 23 de 2020.pdf
577 KB

Cordial saludo,

La Dimensión de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos – Secretaría de Salud de Santander le invita a la capacitación que se llevará a cabo el día lunes **23 de noviembre a la 7:00 am.** La cual tiene como objetivo desarrollar capacidades en el talento humano para el fortalecimiento de las actividades que conforman la Ruta Integral De Atención Materno Perinatal en el acceso a estrategias de prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos.

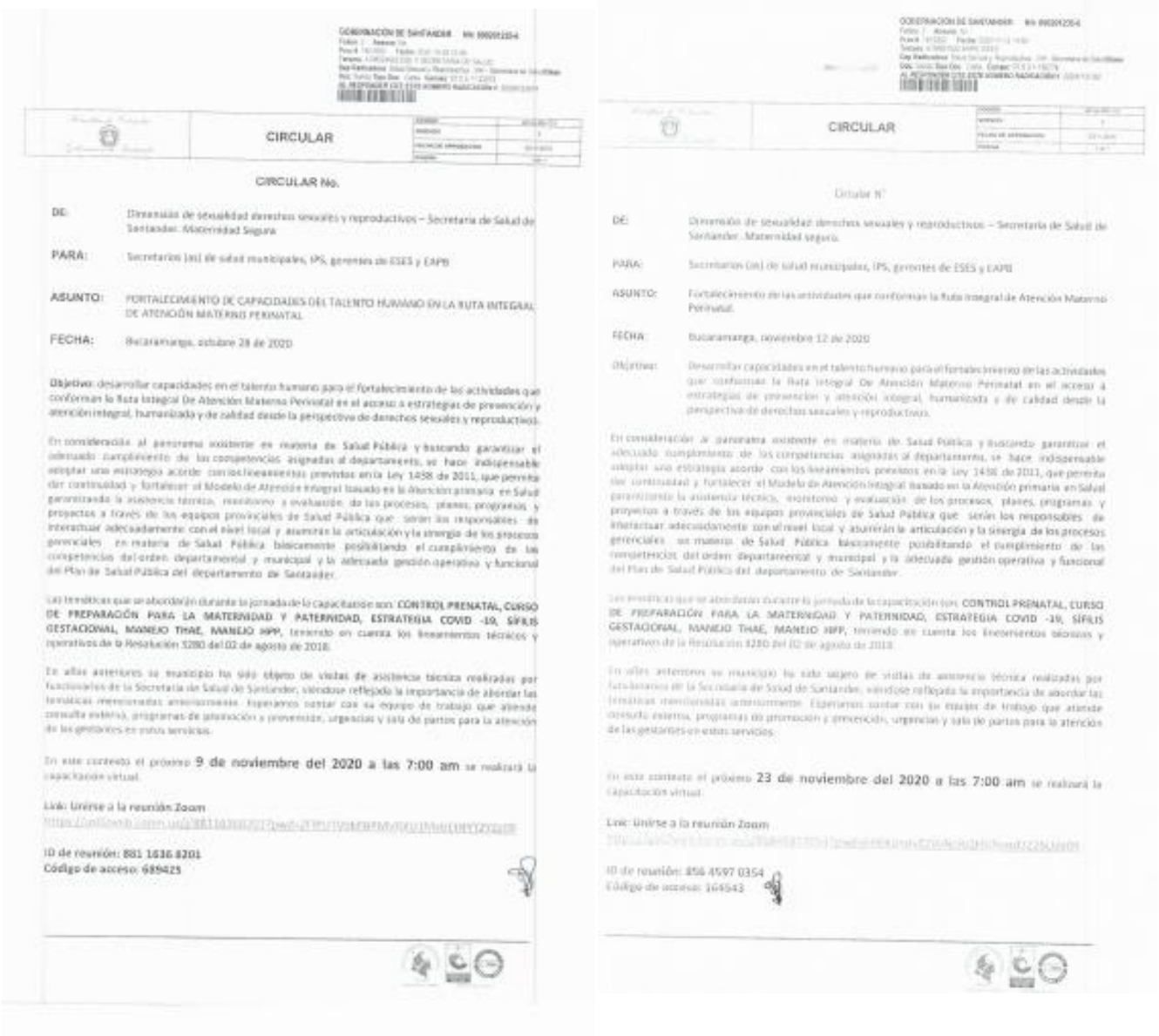
La capacitación se llevará por medio virtual a través de la plataforma zoom en el siguiente enlace:

Link: Unirse a la reunión Zoom

https://us02web.zoom.us/j/85645970354?pwd=bHFKdndvZ2VvNzRrZHVZcmd2Z25Udz09

Fuente: Pantallazo autoría de la estudiante PEP

Imagen n°56. Circulares de invitación a la capacitación fortalecimiento de capacidades en la RIAMP a los secretarios y gerentes de las Instituciones.



CIRCULAR

CIRCULAR No.

DE: Dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos – Secretaría de Salud de Santander. Maternidad Segura

PARA: Secretarios (as) de salud municipales, IPS, gerentes de ESES y EAPB

ASUNTO: FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL TALENTO HUMANO EN LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

FECHA: Bucaramanga, octubre 28 de 2020

Objetivo: desarrollar capacidades en el talento humano para el fortalecimiento de las actividades que conforman la Ruta Integral De Atención Materna Perinatal en el acceso a estrategias de prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos.

En consideración al panorama existente en materia de Salud Pública y buscando garantizar el adecuado cumplimiento de las competencias asignadas al departamento, se hace indispensable adoptar una estrategia acorde con los lineamientos previstos en la Ley 1438 de 2011, que permita dar continuidad y fortalecer el Modelo de Atención Integral basado en la Atención primaria en Salud garantizando la asistencia técnica, monitoreo y evaluación de los procesos, planes, programas y proyectos a través de los equipos provinciales de Salud Pública que serán los responsables de interactuar adecuadamente con el nivel local y asumirán la articulación y la sinergia de los procesos gerenciales en materia de Salud Pública básicamente posibilitando el cumplimiento de las competencias del orden departamental y municipal y la adecuada gestión operativa y funcional del Plan de Salud Pública del departamento de Santander.

Las temáticas que se abordarán durante la jornada de la capacitación son: **CONTROL PRENATAL, CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD, ESTRATEGIA COVID -19, SÍFILIS GESTACIONAL, MANEJO THAE, MANEJO HPP,** teniendo en cuenta los lineamientos técnicos y operativos de la Resolución 3280 del 02 de agosto de 2018.

En años anteriores su municipio ha sido objeto de visitas de asistencia técnica realizadas por funcionarios de la Secretaría de Salud de Santander, viéndose reflejada la importancia de abordar las temáticas mencionadas anteriormente. Esperamos contar con su equipo de trabajo que atiende consulta externa, programas de promoción y prevención, urgencias y sala de partos para la atención de las gestantes en estos servicios.

En este contexto el próximo **9 de noviembre del 2020 a las 7:00 am** se realizará la capacitación virtual.

Link: Unirse a la reunión Zoom

ID de reunión: 881 1636 8201
Código de acceso: 689425

CIRCULAR

Circular N°

DE: Dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos – Secretaría de Salud de Santander. Maternidad segura.

PARA: Secretarios (as) de salud municipales, IPS, gerentes de ESES y EAPB

ASUNTO: Fortalecimiento de las actividades que conforman la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.

FECHA: Bucaramanga, noviembre 12 de 2020

Objetivo: Desarrollar capacidades en el talento humano para el fortalecimiento de las actividades que conforman la Ruta Integral De Atención Materno Perinatal en el acceso a estrategias de prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos.

En consideración al panorama existente en materia de Salud Pública y buscando garantizar el adecuado cumplimiento de las competencias asignadas al departamento, se hace indispensable adoptar una estrategia acorde con los lineamientos previstos en la Ley 1438 de 2011, que permita dar continuidad y fortalecer el Modelo de Atención Integral basado en la Atención primaria en Salud garantizando la asistencia técnica, monitoreo y evaluación de los procesos, planes, programas y proyectos a través de los equipos provinciales de Salud Pública que serán los responsables de interactuar adecuadamente con el nivel local y asumirán la articulación y la sinergia de los procesos gerenciales en materia de Salud Pública básicamente posibilitando el cumplimiento de las competencias del orden departamental y municipal y la adecuada gestión operativa y funcional del Plan de Salud Pública del departamento de Santander.

Las temáticas que se abordarán durante la jornada de la capacitación son: **CONTROL PRENATAL, CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD, ESTRATEGIA COVID -19, SÍFILIS GESTACIONAL, MANEJO THAE, MANEJO HPP,** teniendo en cuenta los lineamientos técnicos y operativos de la Resolución 3280 del 02 de agosto de 2018.

En años anteriores su municipio ha sido objeto de visitas de asistencia técnica realizadas por funcionarios de la Secretaría de Salud de Santander, viéndose reflejada la importancia de abordar las temáticas mencionadas anteriormente. Esperamos contar con su equipo de trabajo que atiende consulta externa, programas de promoción y prevención, urgencias y sala de partos para la atención de las gestantes en estos servicios.

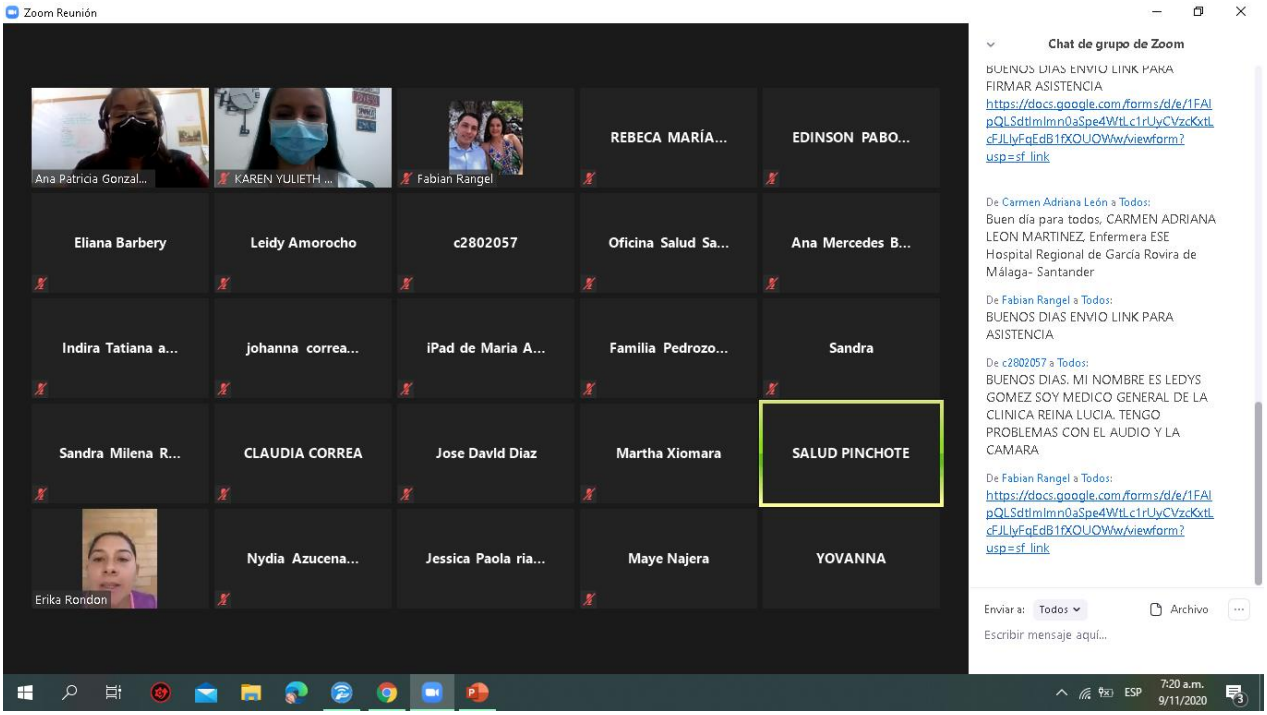
En este contexto el próximo **23 de noviembre del 2020 a las 7:00 am** se realizará la capacitación virtual.

Link: Unirse a la reunión Zoom

ID de reunión: 856 4597 0354
Código de acceso: 164543

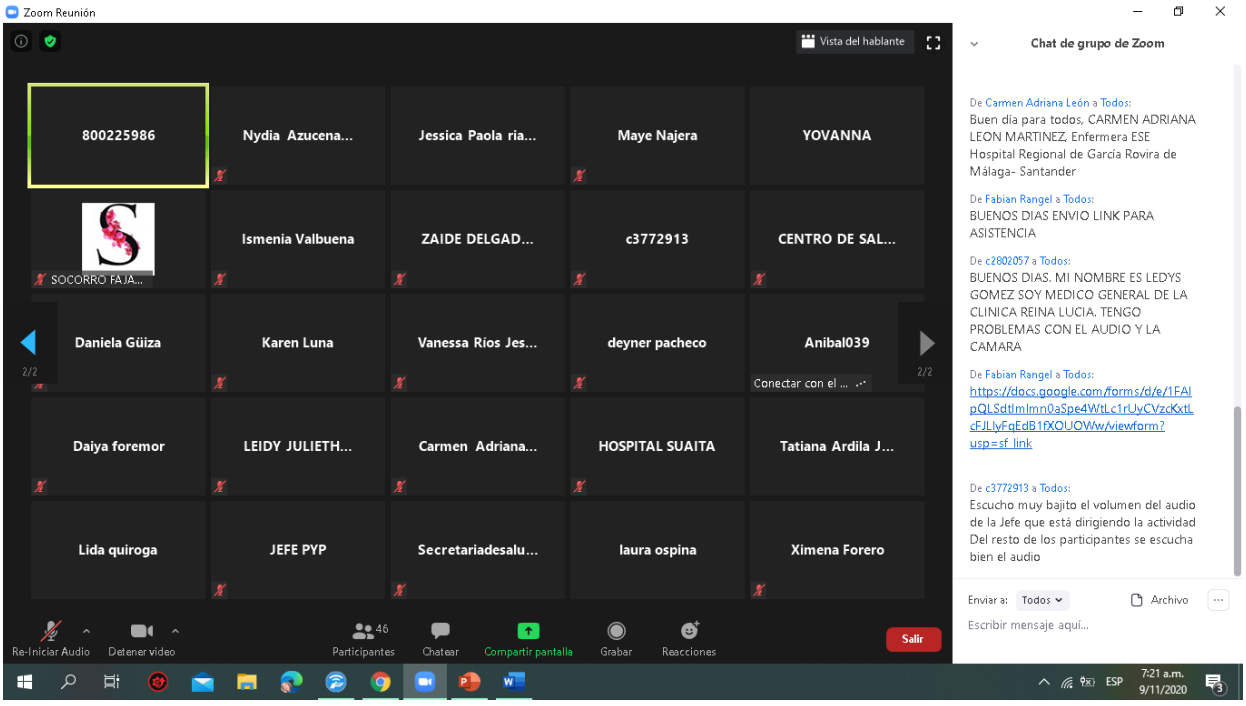
Fuente: Pantallazos autoría de la estudiante PEP

Imagen n°57. Capacitación realizada socialización del curso E-learning página web1



Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°58. Capacitación realizada socialización del curso E-learning página web2

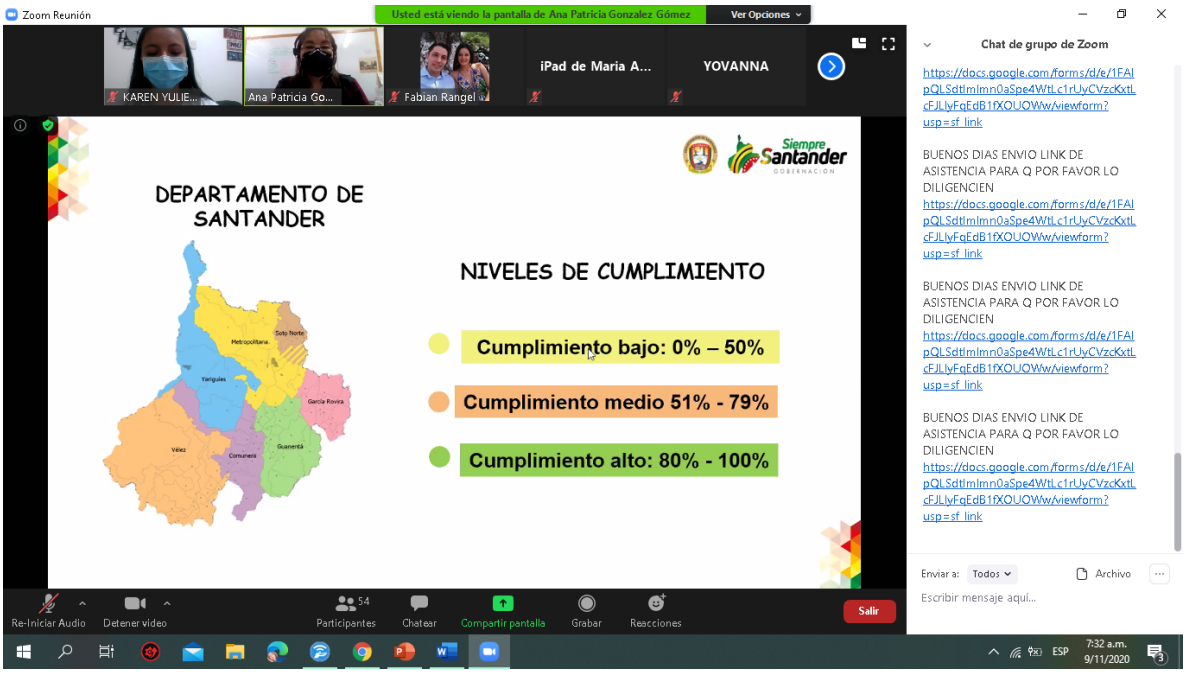


Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°59. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 1

Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°60. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 2



Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

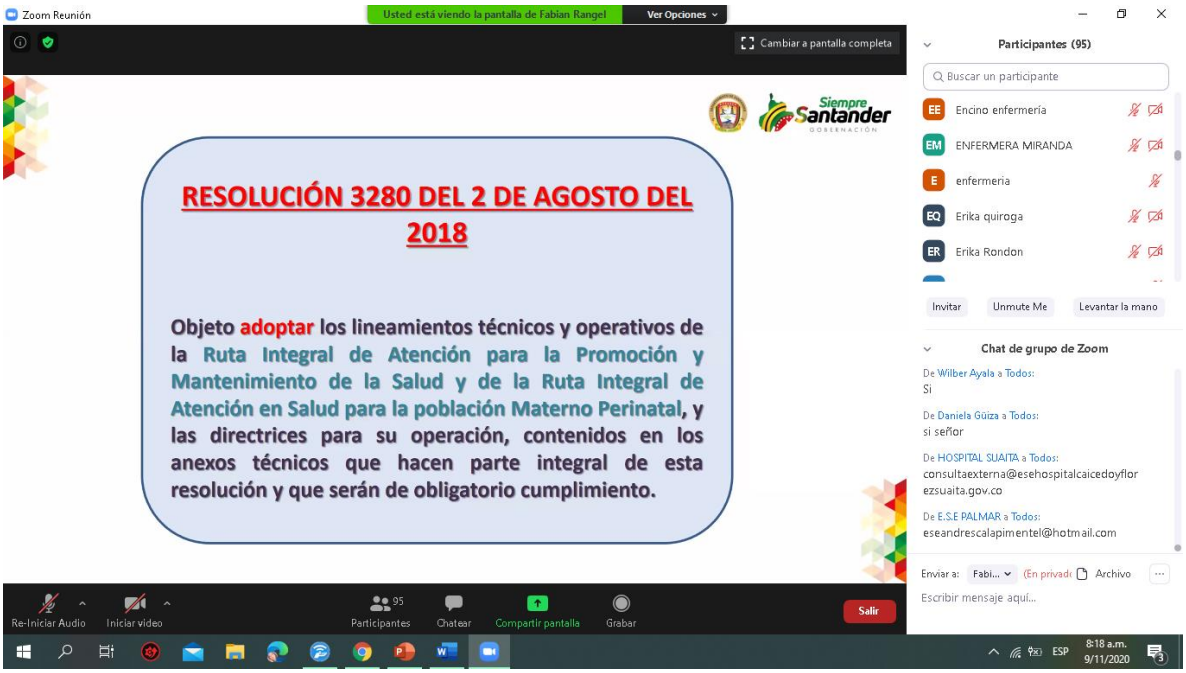
Imagen n°61. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 3

Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°62. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 4

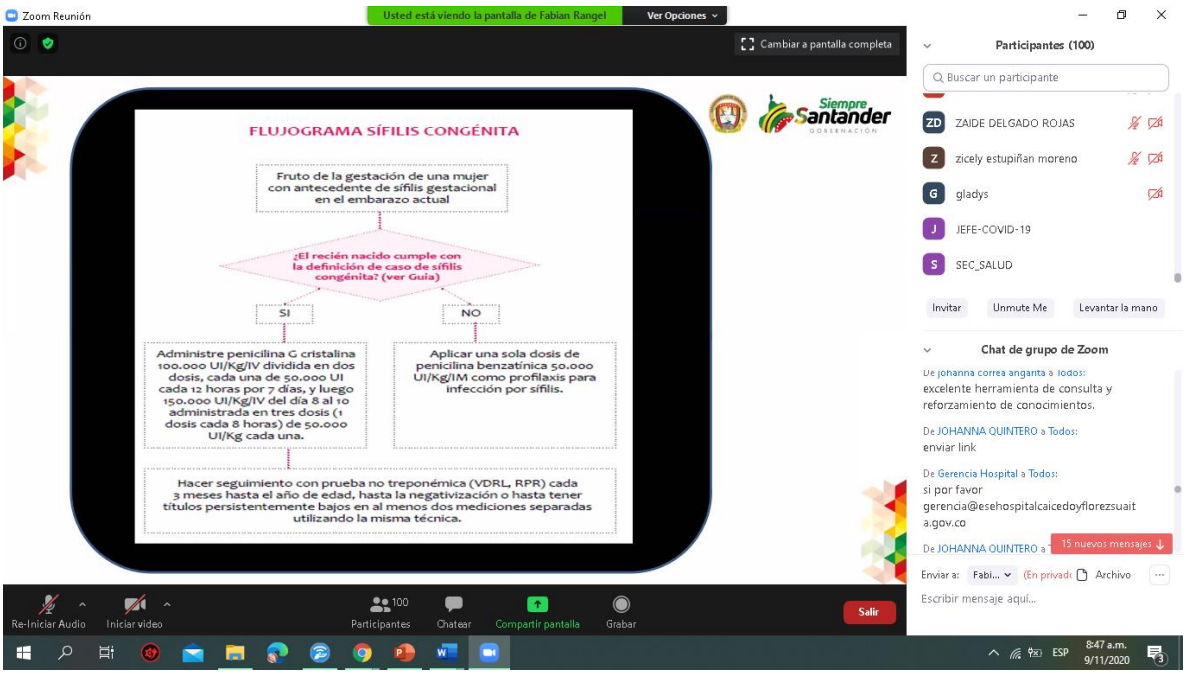
Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°63. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 5



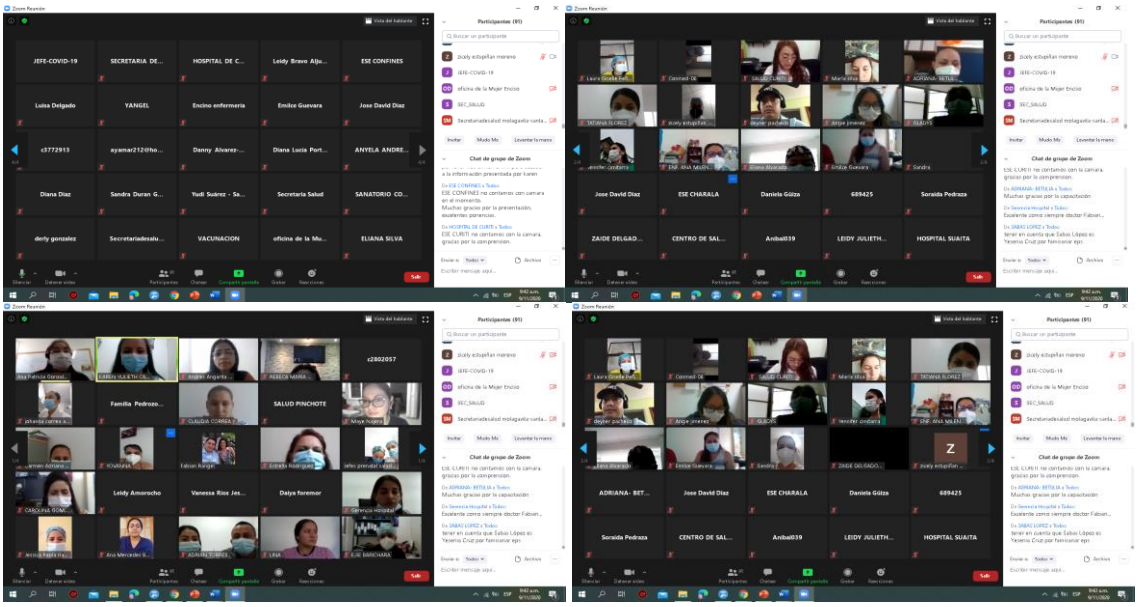
Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°64 Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 6



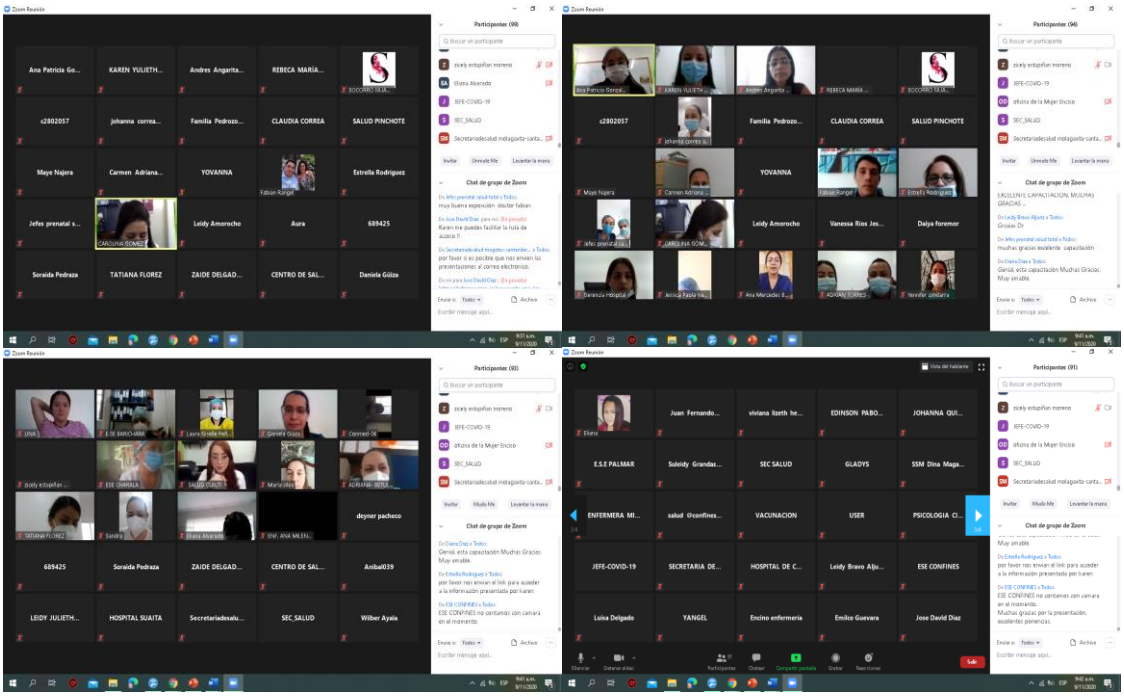
Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°65. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 7



Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°66. Capacitación fortalecimiento de capacidades de la RIAMP 8



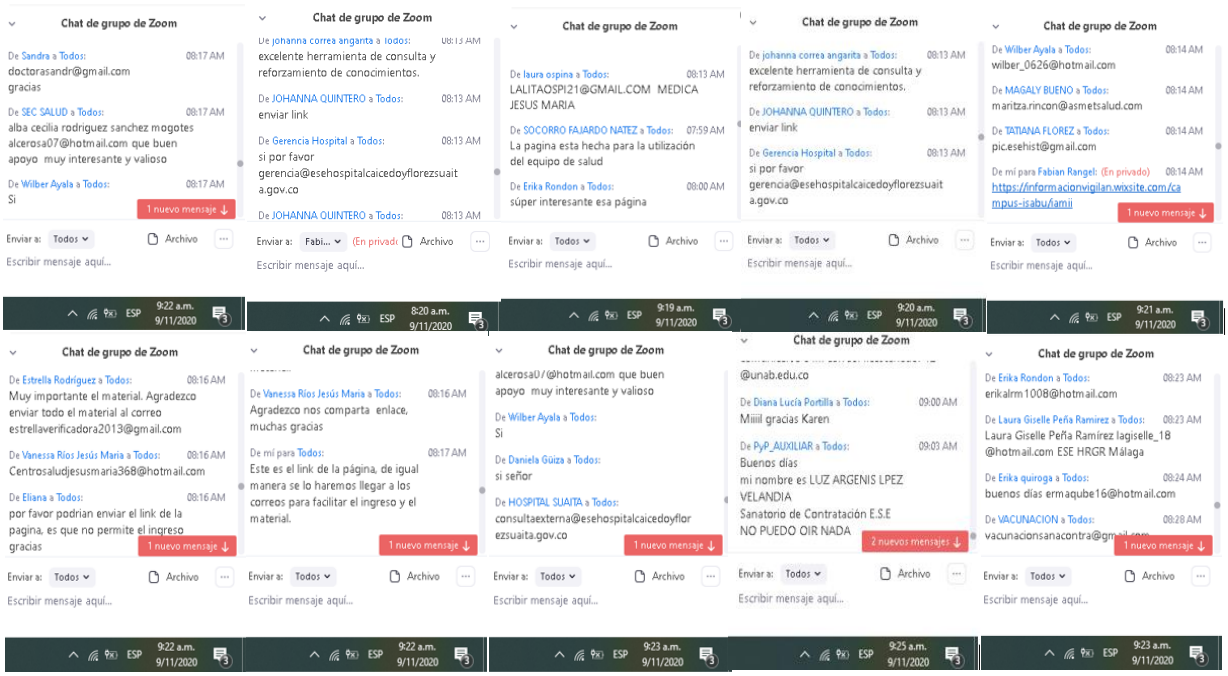
Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°67 Socialización del curso de preparación para la maternidad y la paternidad

B-learning de la página "Campus Virtual UNAB-ISABU"

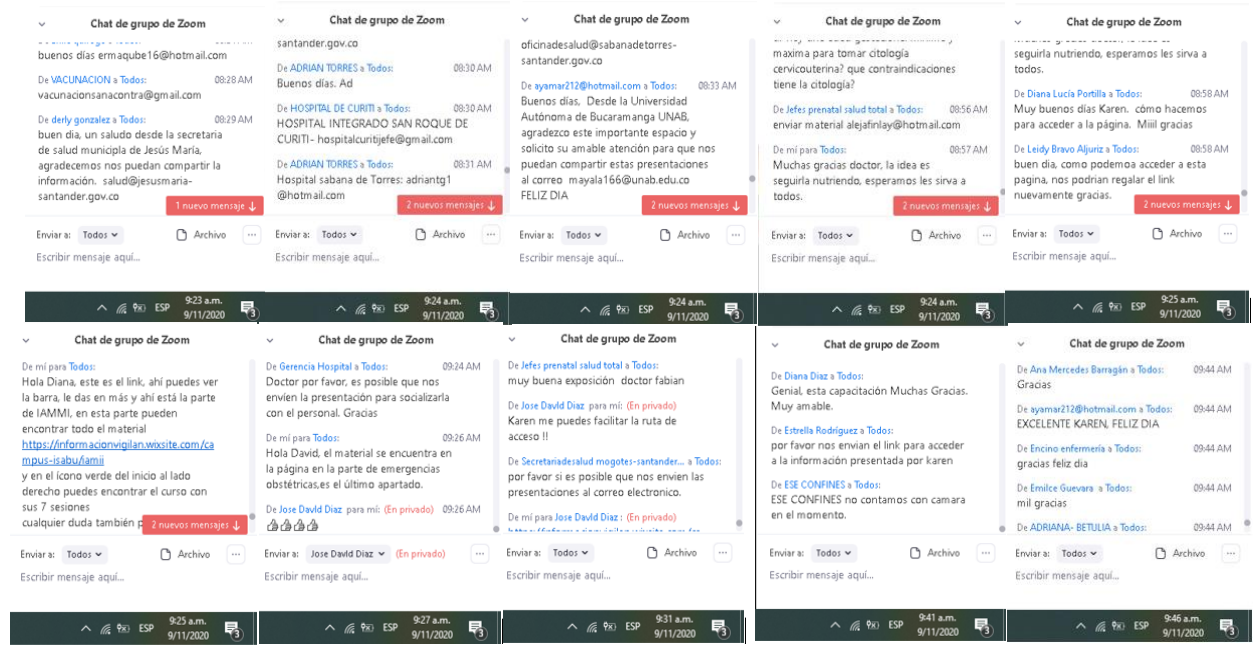
Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°68 Comentarios sobre el material educativo subido a la página web ISABU - UNAB 1



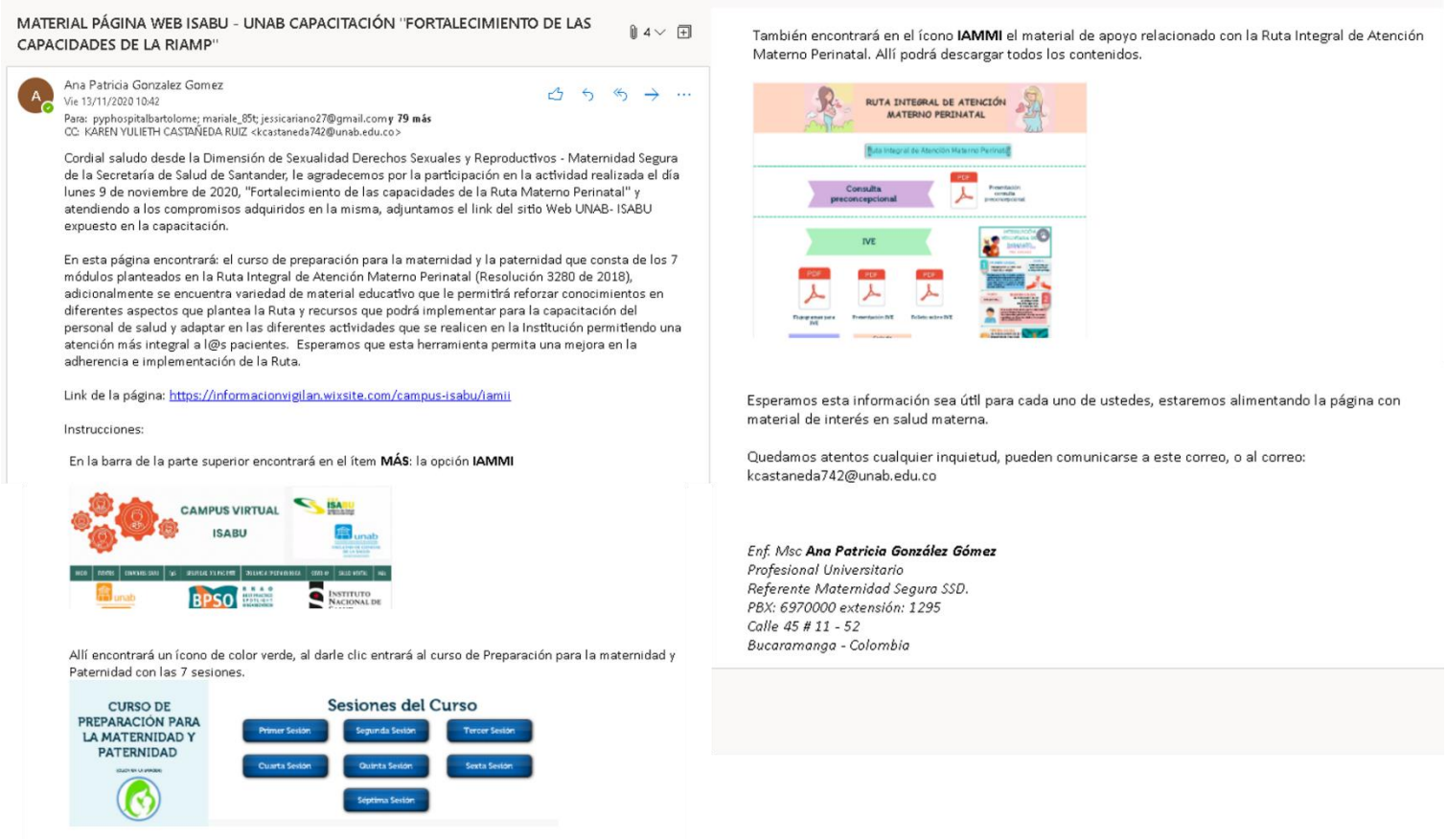
Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°69 Comentarios sobre el material educativo subido a la página web ISABU - UNAB 2



Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

Imagen n°70. Envío de del link e instructivo de la página web ISABU – UNAB con el material socializado en la capacitación del fortalecimiento de capacidades de la RIAMP – correo electrónico



Fuente: pantallazo autoría estudiante PEP

12.2. RESULTADOS PROBLEMA 2.

Tabla n°15. Resultados problema 2.

Problema N° 2:	No se cuenta con un resumen y análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la Ruta de Atención integral materno perinatal de los municipios del departamento de Santander del año 2019.
Objetivo:	Analizar los resultados de los seguimientos a los planes de mejoramiento de la RIAMP de los municipios del departamento de Santander en el año 2019 optimizando la adherencia a la Ruta.
Meta:	Analizar los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la ruta RIAMP de los 87 municipios del departamento de Santander del año 2019.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Para dar cumplimiento a esta meta se llevaron a cabo las siguientes actividades:

Tabla n°16. Actividad 1 del problema 2.

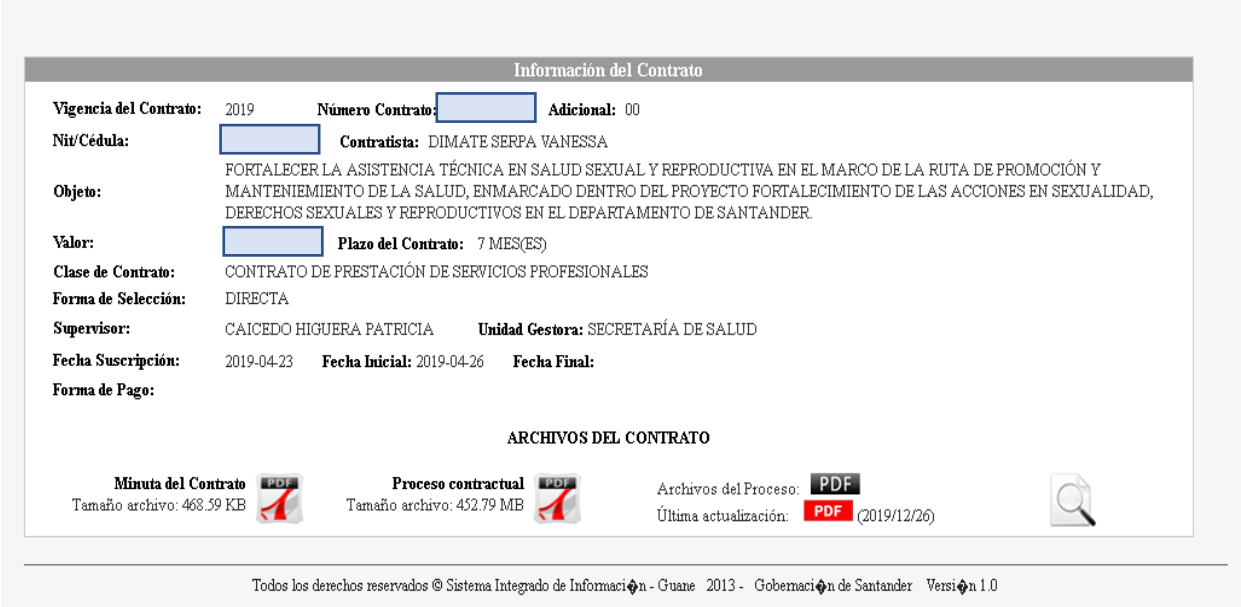
Actividad	Indicador	Medio de verificación
Revisión de los contratos de las 5 enfermeras que realizaron las asistencias técnicas en los	5 contratos revisados	Pantallazos de los documentos revisados en la página de la gobernación con los

municipios del departamento de Santander.		contratos de las 5 enfermeras, vigencia 2019.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Se realizó una revisión de los 5 contratos de las enfermeras que realizaron asistencia técnica en el año 2019 como se muestra a continuación:

Imagen n°71. Contrato n°1



Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación. Archivo de contratos 2019.

Imagen n°72. Archivo contrato n°1.

Archivos del Proceso Contractual No. 2019-00001098

En esta opci&#65533;n podr&#65533; visualizar cada uno de los archivos digitalizados del proceso.

Versi&#65533;n No.	Fecha de Modificaci&#65533;n	Tama&#65533;o	
031	26/12/2019	85.49 KB	PDF
030	20/12/2019	41.06 KB	PDF
029	20/12/2019	104.98 MB	PDF
028	20/12/2019	1.10 MB	PDF
027	27/11/2019	21.64 KB	PDF
026	27/11/2019	14.27 MB	PDF
025	27/11/2019	647.12 KB	PDF
024	26/11/2019	89.74 KB	PDF
023	26/11/2019	46.84 KB	PDF
022	25/11/2019	586.17 KB	PDF
021	18/11/2019	313.00 KB	PDF
020	03/10/2019	22.42 KB	PDF
019	03/10/2019	31.08 MB	PDF
018	03/10/2019	619.69 KB	PDF
017	16/09/2019	50.81 KB	PDF
016	06/09/2019	25.37 KB	PDF
015	06/09/2019	71.60 MB	PDF
014	06/09/2019	653.15 KB	PDF
013	02/08/2019	24.68 KB	PDF
012	02/08/2019	63.79 MB	PDF
011	02/08/2019	626.92 KB	PDF
010	27/06/2019	21.98 KB	PDF
009	27/06/2019	76.13 MB	PDF
008	27/06/2019	596.90 KB	PDF
007	28/05/2019	90.72 KB	PDF
006	28/05/2019	24.05 KB	PDF
005	28/05/2019	80.70 MB	PDF
004	28/05/2019	587.57 KB	PDF
003	03/05/2019	126.74 KB	PDF
002	30/04/2019	1.13 MB	PDF
001	24/04/2019	2.85 MB	PDF

Todos los derechos reservados © Sistema Integrado de Informaci&#65533;n - Guane 2013 - Gobernaci&#65533;n de Santander Versi&#65533;n 1.0

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

Archivo de contratos 2019.

Imagen n°73. Contrato n°2

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

Archivo de contratos 2019.

Imagen n°74. Archivo contrato n°2

Archivos del Proceso Contractual No. 2019-00000901

En esta opci&#65533;n podr&#65533; visualizar cada uno de los archivos digitalizados del proceso.

Versi&#65533;n No.	Fecha de Modificaci&#65533;n	Tama&#65533;o	
039	12/08/2020	40.97 KB	PDF
038	06/07/2020	2.05 MB	PDF
037	23/12/2019	26.64 KB	PDF
036	23/12/2019	87.08 MB	PDF
035	23/12/2019	635.02 KB	PDF
034	20/11/2019	23.12 KB	PDF
033	20/11/2019	125.45 MB	PDF
032	20/11/2019	842.83 KB	PDF
031	15/11/2019	41.43 KB	PDF
030	07/11/2019	551.20 KB	PDF
029	28/10/2019	72.31 KB	PDF
028	25/10/2019	525.70 KB	PDF
027	11/10/2019	30.28 KB	PDF
026	11/10/2019	152.99 MB	PDF
025	11/10/2019	1.18 MB	PDF
024	24/09/2019	90.25 KB	PDF
023	16/09/2019	48.65 KB	PDF
022	16/09/2019	24.70 KB	PDF
021	16/09/2019	154.81 MB	PDF
020	16/09/2019	816.73 KB	PDF
019	21/08/2019	52.08 KB	PDF
018	15/08/2019	22.72 KB	PDF
017	15/08/2019	96.16 MB	PDF
016	13/08/2019	797.53 KB	PDF
015	16/07/2019	31.35 KB	PDF
014	15/07/2019	23.00 KB	PDF
013	15/07/2019	75.76 MB	PDF
012	12/07/2019	777.48 KB	PDF
011	13/06/2019	27.85 KB	PDF
010	13/06/2019	166.58 MB	PDF
009	13/06/2019	804.91 KB	PDF
008	17/05/2019	54.26 KB	PDF
007	13/05/2019	12.01 KB	PDF
006	13/05/2019	23.25 KB	PDF
005	13/05/2019	124.26 MB	PDF
004	13/05/2019	972.60 KB	PDF
003	11/04/2019	133.73 KB	PDF
002	09/04/2019	501.16 KB	PDF
001	28/03/2019	2.89 MB	PDF

Todos los derechos reservados © Sistema Integrado de Informaci&#65533;n - Guane 2013 - Gobernaci&#65533;n de Santander Versi&#65533;n 1.0

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

Archivo de contratos 2019.

Imagen n°75 Contrato n°3

Información del Contrato

Vigencia del Contrato: 2019 **Número Contrato:** [redacted] **Adicional:** 00

Nit/Cédula: [redacted] **Contratista:** VALBUENA LEON ISMENIA

Objeto: FORTALECER LA ASISTENCIA TÉCNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

Valor: [redacted] **Plazo del Contrato:** 6 MES(ES)

Clase de Contrato: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Forma de Selección: DIRECTA

Supervisor: GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA **Unidad Gestora:** SECRETARÍA DE SALUD

Fecha Suscripción: 2019-04-23 **Fecha Inicial:** 2019-04-29 **Fecha Final:**

Forma de Pago:

ARCHIVOS DEL CONTRATO

Minuta del Contrato Tamaño archivo: 464.24 KB **Proceso contractual** Tamaño archivo: 409.70 MB Archivos del Proceso: PDF Última actualización: PDF (2020/04/13)

Todos los derechos reservados © Sistema Integrado de Informaci&#65533;n - Guane 2013 - Gobernaci&#65533;n de Santander Versi&#65533;n 1.0

Archivo de contratos 2019.

Imagen n°76 Archivo contrato n°3

Archivos del Proceso Contractual No. 2019-00001108

En esta opci&#65533;n podr&#65533; visualizar cada uno de los archivos digitalizados del proceso.

Versi&#65533;n No.	Fecha de Modificaci&#65533;n	Tama&#65533;o	
031	13/04/2020	1.94 MB	PDF
030	16/12/2019	22.13 KB	PDF
029	16/12/2019	45.35 MB	PDF
028	16/12/2019	556.11 KB	PDF
027	25/11/2019	27.43 KB	PDF
026	25/11/2019	49.39 MB	PDF
025	25/11/2019	579.60 KB	PDF
024	06/11/2019	48.36 KB	PDF
023	06/11/2019	549.20 KB	PDF
022	29/10/2019	73.23 KB	PDF
021	25/10/2019	494.82 KB	PDF
020	01/10/2019	21.58 KB	PDF
019	01/10/2019	56.24 MB	PDF
018	01/10/2019	571.17 KB	PDF
017	18/09/2019	22.40 KB	PDF
016	18/09/2019	29.03 MB	PDF
015	18/09/2019	585.75 KB	PDF
014	16/09/2019	52.37 KB	PDF
013	01/08/2019	22.51 KB	PDF
012	01/08/2019	61.29 MB	PDF
011	01/08/2019	572.86 KB	PDF
010	01/08/2019	572.86 KB	PDF
009	08/07/2019	22.21 KB	PDF
008	08/07/2019	68.12 MB	PDF
007	08/07/2019	553.55 KB	PDF
006	04/06/2019	24.93 KB	PDF
005	04/06/2019	88.91 MB	PDF
004	04/06/2019	562.52 KB	PDF
003	06/05/2019	118.68 KB	PDF
002	30/04/2019	574.61 KB	PDF
001	25/04/2019	2.94 MB	PDF

Todos los derechos reservados © Sistema Integrado de Informaci&#65533;n - Guane 2013 - Gobernaci&#65533;n de Santander Versi&#65533;n 1.0

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

Archivo de contratos 2019.

Imagen n°77 Contrato n°4

Información del Contrato

Vigencia del Contrato: 2019 **Número Contrato:** **Adicional:** 00

Nit/Cédula: **Contratista:** RONDON MENDOZA ERIKA LILIANA

Objeto: FORTALECER LA ASISTENCIA TÉCNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

Valor: **Plazo del Contrato:** 7 MES(ES)

Clase de Contrato: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Forma de Selección: DIRECTA

Supervisor: GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA **Unidad Gestora:** SECRETARÍA DE SALUD

Fecha Suscripción: 2019-03-27 **Fecha Inicial:** 2019-04-01 **Fecha Final:**

Forma de Pago:

ARCHIVOS DEL CONTRATO

Minuta del Contrato Tamaño archivo: 459.19 KB **Proceso contractual** Tamaño archivo: 366.06 MB Archivos del Proceso: PDF Última actualización: PDF (2020/03/26)

Todos los derechos reservados © Sistema Integrado de Informaci￿n - Guane 2013 - Gobernaci￿n de Santander Versi￿n 1.0

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

Archivo de contratos 2019.

Imagen n°78 Archivo contrato n°4

Archivos del Proceso Contractual No. 2019-00000897

En esta opci￿n podr￿ visualizar cada uno de los archivos digitalizados del proceso.

Versi￿n No.	Fecha de Modificaci￿n	Tama￿o	
035	26/03/2020	1.47 MB	PDF
034	18/12/2019	22.24 KB	PDF
033	18/12/2019	76.00 MB	PDF
032	18/12/2019	599.51 KB	PDF
031	19/11/2019	22.08 KB	PDF
030	19/11/2019	20.51 MB	PDF
029	19/11/2019	599.98 KB	PDF
028	06/11/2019	40.84 KB	PDF
027	05/11/2019	546.58 KB	PDF
026	29/10/2019	73.86 KB	PDF
025	25/10/2019	525.93 KB	PDF
024	10/10/2019	71.70 KB	PDF
023	01/10/2019	21.51 KB	PDF
022	01/10/2019	71.78 MB	PDF
021	01/10/2019	588.61 KB	PDF
020	20/09/2019	24.33 KB	PDF
019	20/09/2019	24.70 MB	PDF
018	20/09/2019	607.76 KB	PDF
017	16/09/2019	52.16 KB	PDF
016	06/08/2019	22.23 KB	PDF
015	06/08/2019	25.64 MB	PDF
014	06/08/2019	620.98 KB	PDF
013	09/07/2019	22.02 KB	PDF
012	09/07/2019	29.90 MB	PDF
011	09/07/2019	622.10 KB	PDF
010	11/06/2019	22.01 KB	PDF
009	11/06/2019	40.25 MB	PDF
008	11/06/2019	607.24 KB	PDF
007	13/05/2019	24.48 KB	PDF
006	13/05/2019	63.15 MB	PDF
005	13/05/2019	596.32 KB	PDF
004	11/04/2019	130.20 KB	PDF
003	09/04/2019	29.87 KB	PDF
002	28/03/2019	3.16 MB	PDF
001	28/03/2019	3.16 MB	PDF

Todos los derechos reservados © Sistema Integrado de Informaci￿n - Guane 2013 - Gobernaci￿n de Santander Versi￿n 1.0

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

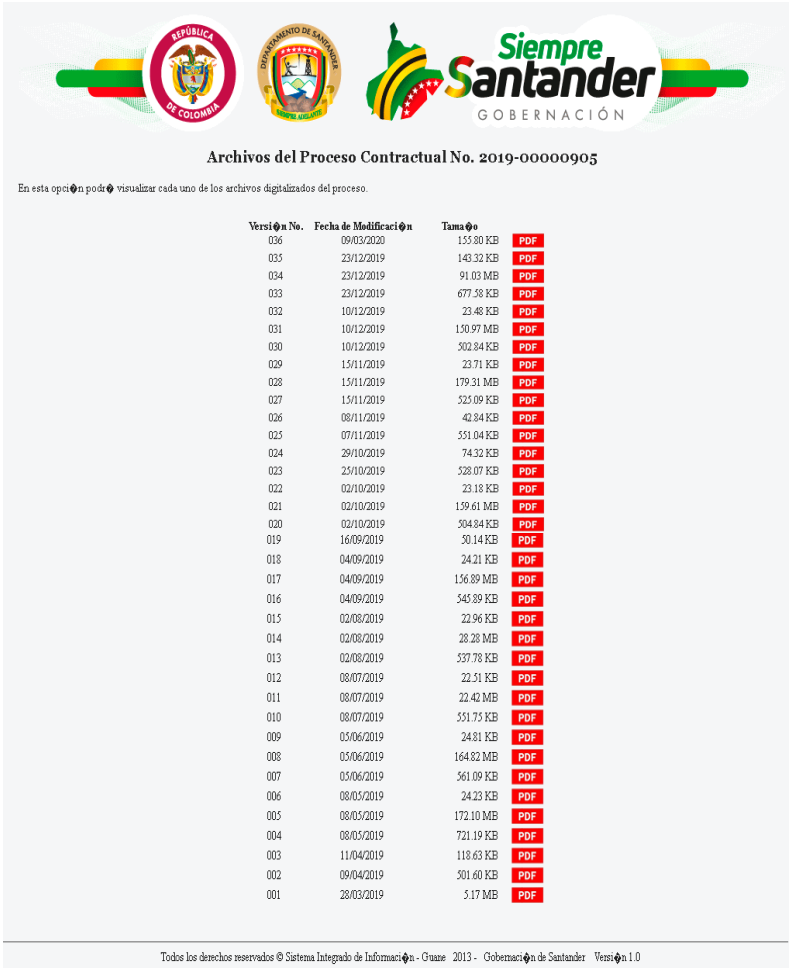
Archivo de contratos 2019.

Imagen n°79 Contrato n°5

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

Archivo de contratos 2019.

Imagen n°80 Archivo contrato n°5



Archivos del Proceso Contractual No. 2019-00000905

En esta opci&#65533;n podr&#65533; visualizar cada uno de los archivos digitalizados del proceso.

Versi&#65533;n No.	Fecha de Modificaci&#65533;n	Tama&#65533;o	
036	09/03/2020	1.55.80 KB	PDF
035	23/12/2019	143.32 KB	PDF
034	23/12/2019	91.03 MB	PDF
033	23/12/2019	677.58 KB	PDF
032	10/12/2019	23.48 KB	PDF
031	10/12/2019	1.50.97 MB	PDF
030	10/12/2019	502.84 KB	PDF
029	1.5/11/2019	23.71 KB	PDF
028	1.5/11/2019	179.31 MB	PDF
027	1.5/11/2019	525.09 KB	PDF
026	08/11/2019	42.84 KB	PDF
025	07/11/2019	551.04 KB	PDF
024	29/10/2019	74.32 KB	PDF
023	2.5/10/2019	528.07 KB	PDF
022	02/10/2019	23.18 KB	PDF
021	02/10/2019	1.59.61 MB	PDF
020	02/10/2019	504.84 KB	PDF
019	16/09/2019	50.14 KB	PDF
018	04/09/2019	24.21 KB	PDF
017	04/09/2019	1.56.89 MB	PDF
016	04/09/2019	545.89 KB	PDF
015	02/08/2019	22.96 KB	PDF
014	02/08/2019	28.28 MB	PDF
013	02/08/2019	537.78 KB	PDF
012	08/07/2019	22.51 KB	PDF
011	08/07/2019	22.42 MB	PDF
010	08/07/2019	551.75 KB	PDF
009	0.5/06/2019	24.81 KB	PDF
008	0.5/06/2019	164.82 MB	PDF
007	0.5/06/2019	561.09 KB	PDF
006	08/0.5/2019	24.23 KB	PDF
005	08/0.5/2019	172.10 MB	PDF
004	08/0.5/2019	721.19 KB	PDF
003	11/04/2019	118.63 KB	PDF
002	09/04/2019	501.60 KB	PDF
001	28/03/2019	5.17 MB	PDF

Todos los derechos reservados &#65533; Sistema Integrado de Informaci&#65533;n - Guane 2013 - Gobernaci&#65533;n de Santander Versi&#65533;n 1.0

Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP, tomado de la página de la Gobernación.

Archivo de contratos 2019.

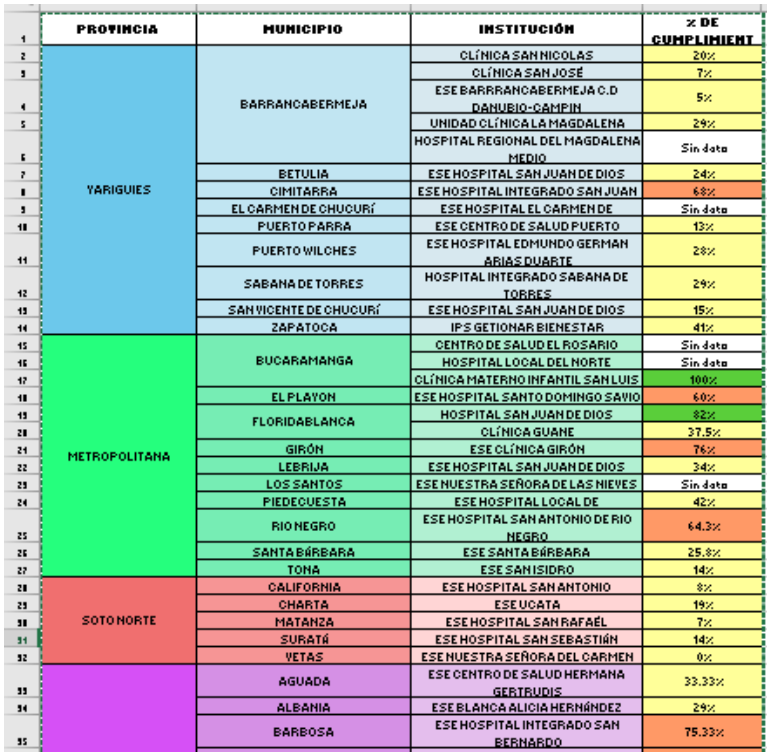
Tabla n°17 Actividad 2. Del problema 2.

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Realizar consolidado de los municipios con la/las instituciones de Salud y su respectivo porcentaje (%) de cumplimiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en la vigencia 2019.	Consolidado de los municipios con los % del nivel de cumplimiento.	Documento en Excel del consolidado de los municipios con su respectiva Institución, el porcentaje y nivel de cumplimiento.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

A partir de los 5 contratos revisados se realizó un consolidado de los municipios con su respectiva Institución de Salud y el porcentaje del del nivel de cumplimiento, esto permitió tener más claridad del nivel de cumplimiento para realizar la respectiva graficación de la información:

Imagen n°81. Documento Excel - consolidado de los municipios con el respectivo nivel de cumplimiento.



PROVINCIA	MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	% DE CUMPLIMIENT
YARIGUIES	BARRANCABERMEJA	CLÍNICA SAN NICOLAS	20%
		CLÍNICA SAN JOSÉ	7%
		ESE BARRRANCABERMEJA C.D DANUBIO-CAMPIN	5%
		UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA	29%
		HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Sin data
	BETULIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	24%
	CIMITARRA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN	68%
	EL CARMEN DE CHUCURÍ	ESE HOSPITAL EL CARMEN DE	Sin data
	PUERTO PARRA	ESE CENTRO DE SALUD PUERTO	13%
	PUERTO WILCHES	ESE HOSPITAL EDMUNDO GERMAN ARIAS DUARTE	28%
	SABANA DE TORRES	HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES	29%
	SAN VICENTE DE CHUCURÍ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	15%
	ZAPATOCA	IPS GETIONAR BIENESTAR	41%
METROPOLITANA	BUCARAMANGA	CENTRO DE SALUD EL ROSARIO	Sin data
		HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Sin data
		CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS	100%
	EL PLAYON	ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	60%
	FLORIDABLANCA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	82%
		CLÍNICA GUANE	37.5%
	GIRÓN	ESE CLÍNICA GIRÓN	76%
	LEBRIJA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	34%
	LOS SANTOS	ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS NIEVES	Sin data
	PIEDECUESTA	ESE HOSPITAL LOCAL DE	42%
	RIO NEGRO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE RIO NEGRO	64.3%
	SANTA BÁRBARA	ESE SANTA BÁRBARA	25.8%
	TONA	ESE SAN ISIDRO	14%
SOTO NORTE	CALIFORNIA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	8%
	CHARTA	ESE UCATA	19%
	MATANZA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	7%
	SURATÁ	ESE HOSPITAL SAN SEBASTIÁN	14%
	VETAS	ESE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	0%
	AGUADA	ESE CENTRO DE SALUD HERMANA GERTRUDIS	33.33%
	ALBANIA	ESE BLANCA ALICIA HERNÁNDEZ	29%
	BARBOSA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	75.33%

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019

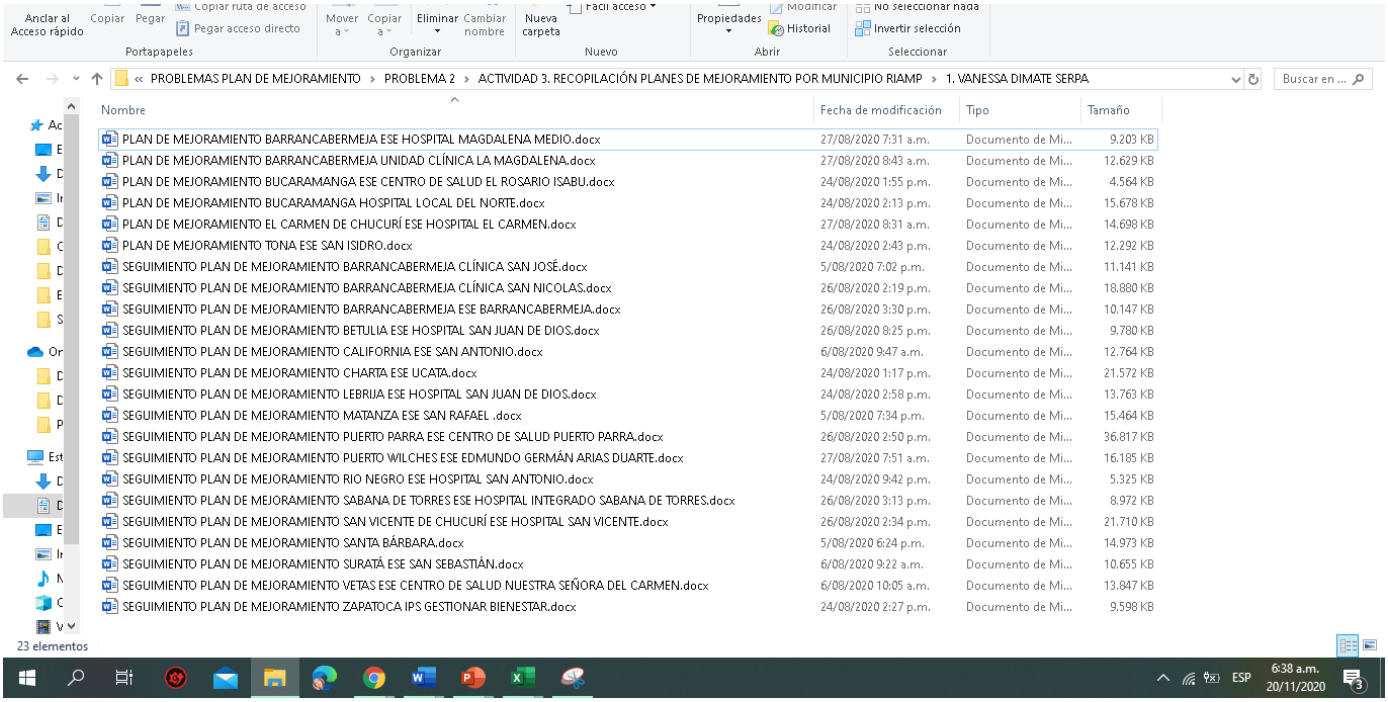
Tabla n°18 Actividad 3. Del problema 2.

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Recopilar los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y	N° de seguimientos/total de Instituciones con Asistencia técnica X 100	Documentos Word con los seguimientos/planes de mejoramiento por Institución.

reproductivos, de cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander.		

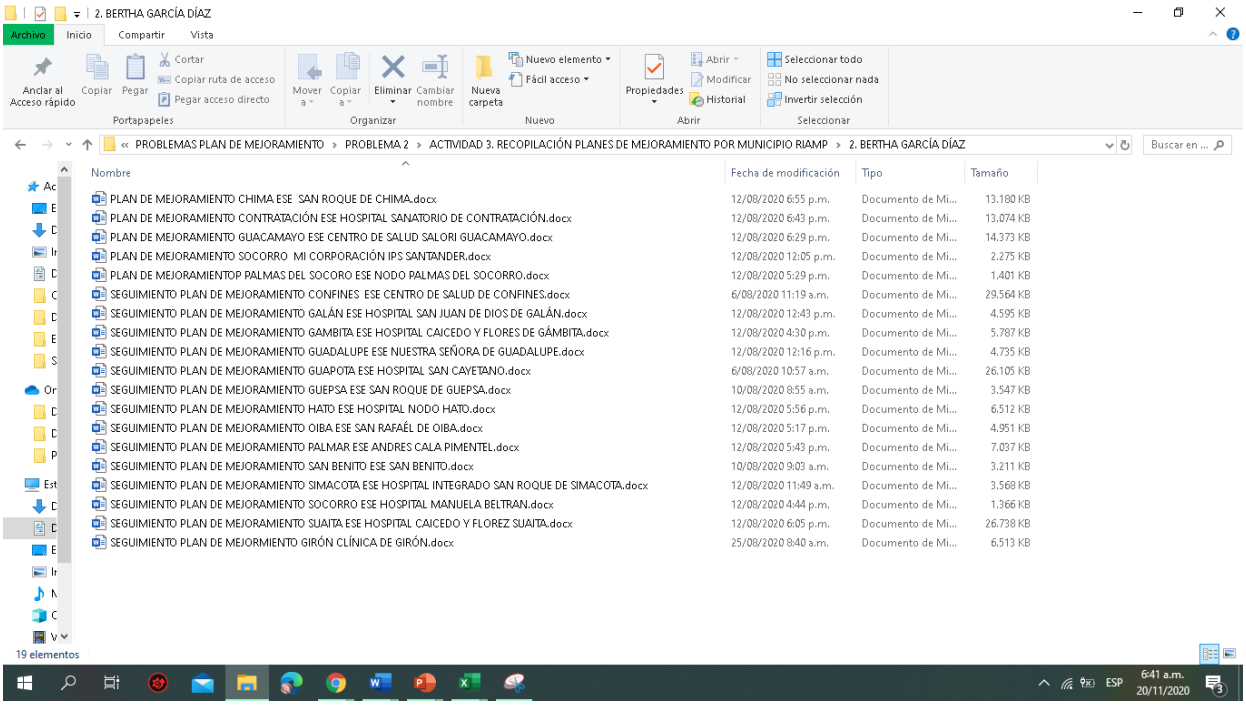
Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°82. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias: Metropolitana, Soto Norte, Yariguies.



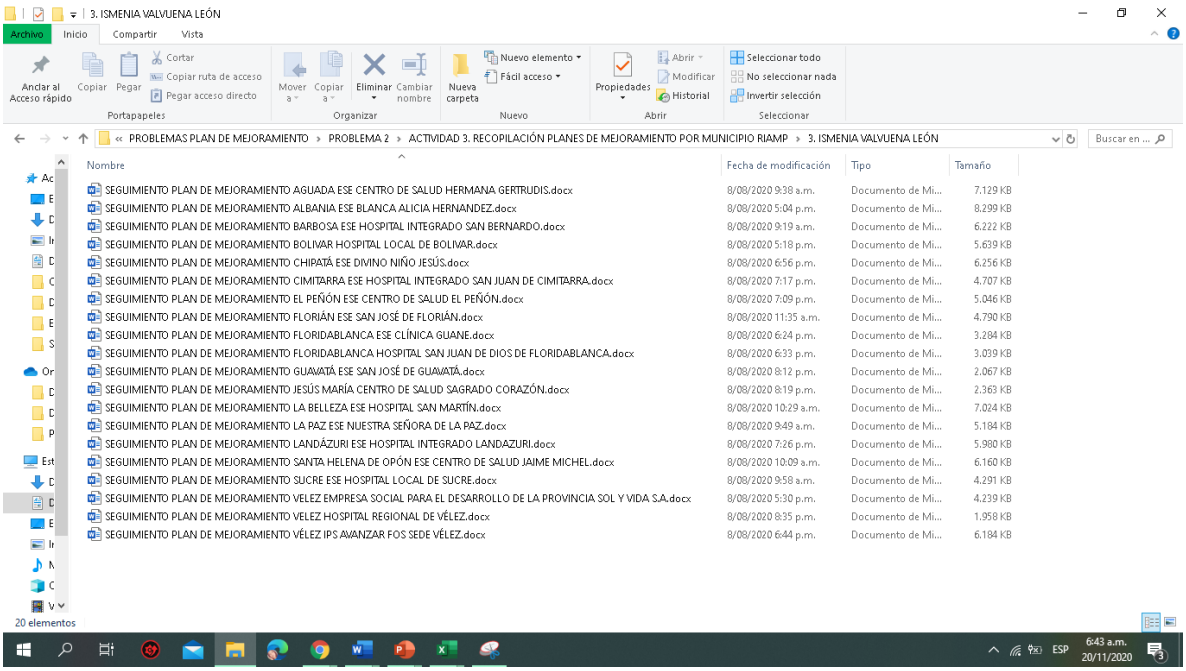
Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019

Imagen n°83. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincia: Comunera



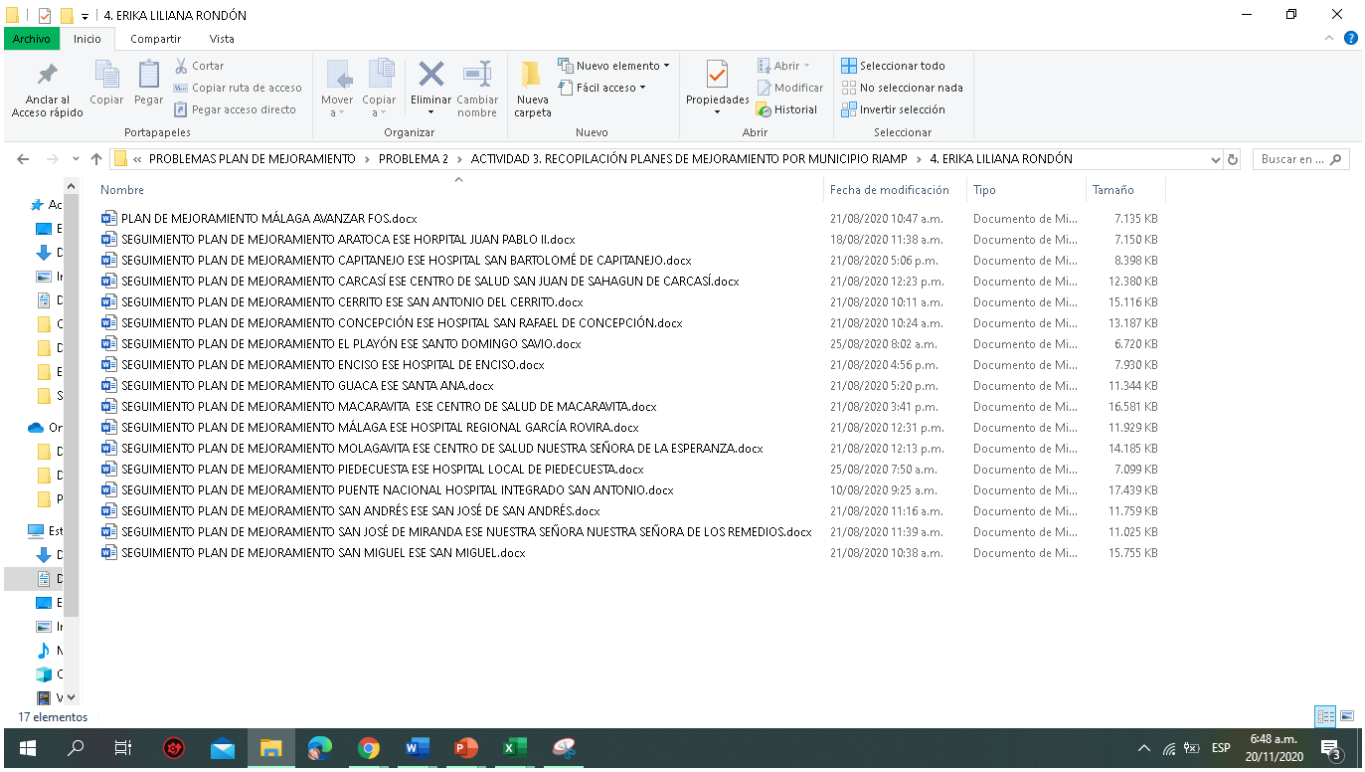
Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019

Imagen n°84. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias Vélez y Metropolitana.



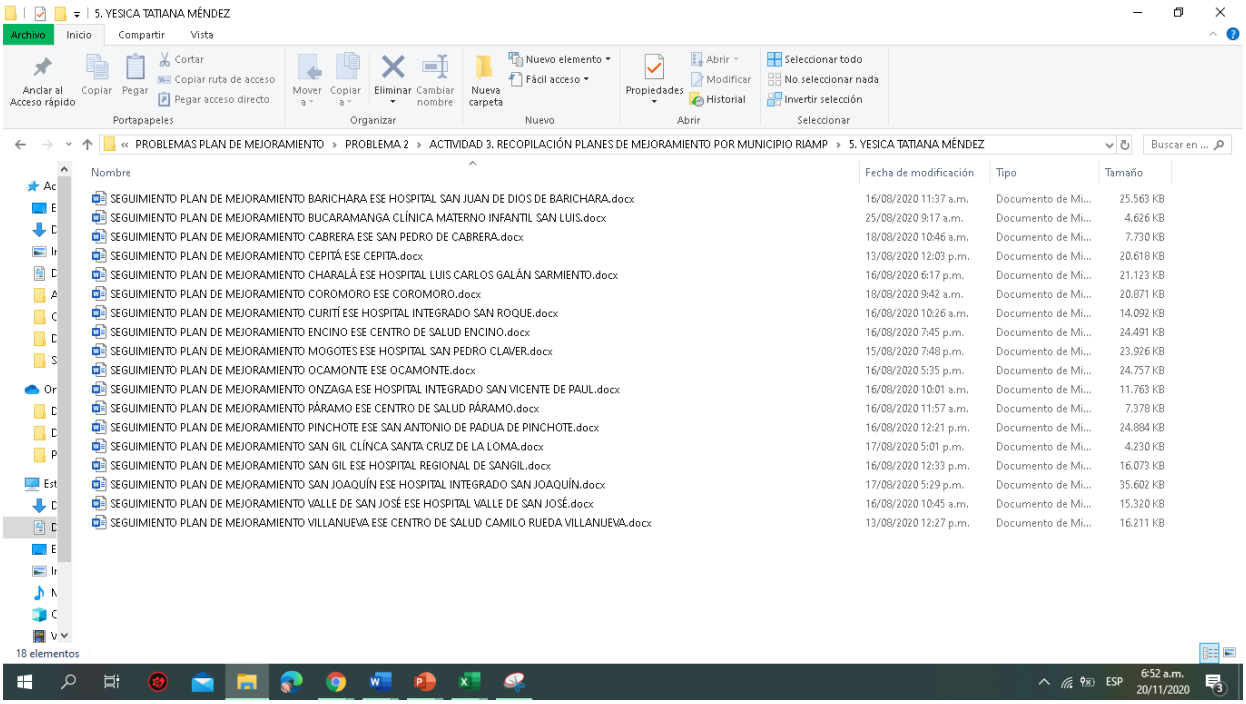
Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019

Imagen n°85. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias García Rovira, Guanentá, Metropolitana y Vélez.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019

Imagen n°86. Documentos Word con los seguimientos /planes de mejoramiento de cada una de las instituciones: Provincias: Guanentá y Metropolitana.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019

Tabla n°19. Actividad 4. Del problema 2.

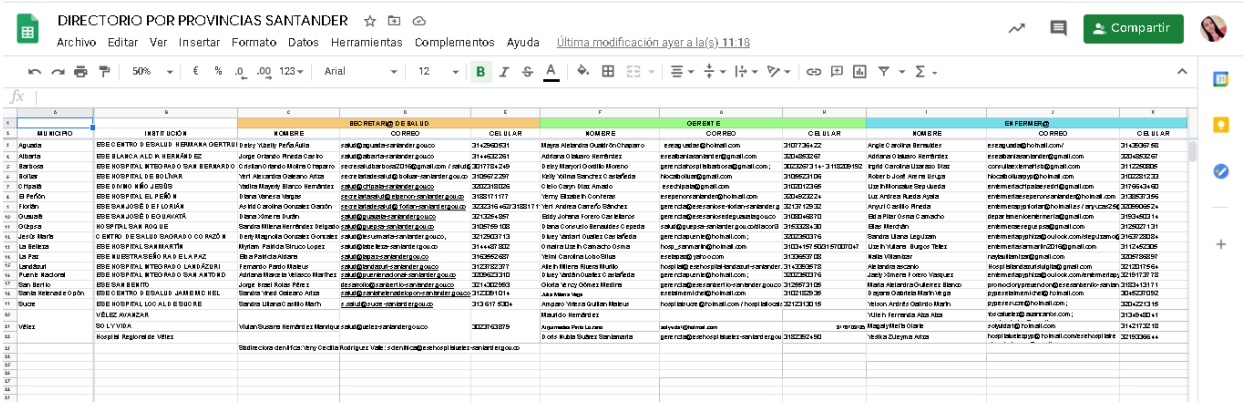
Actividad	Indicador	Medio de verificación
Actualización de la base de datos del personal de salud (secretario/as de salud municipales, gerentes de las instituciones, enfermera/s de	Base de datos	Documento Excel con el directorio del personal de salud de las provincias.

promoción y prevención) de cada provincia.		

Fuente: autoría de la estudiante PEP

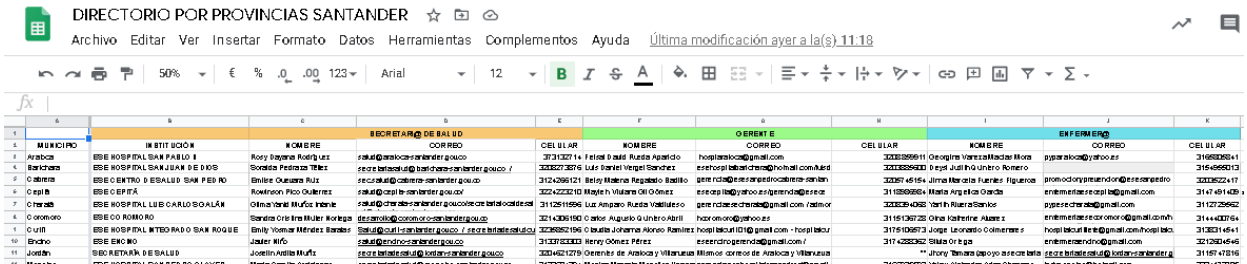
La actualización del directorio es indispensable para el Ente Territorial, se realizó teniendo como base algunos correos que se tenían del año 2019 y algunos números telefónicos que se encontraban en los grupos de WhatsApp existentes, ya teniendo como base los 87 municipios y sus respectivas Instituciones se realizaron llamadas a los distintos agentes en salud con los que se contaban, por medio de estas llamadas se hizo la actualización de nombres, correos y números de celular (secretarios de salud, gerentes de las ESES, enfermeros y enfermeras), adicionalmente por medio del correo electrónico se envió un documento en Excel con los espacios para cada agente en salud y los respectivos ítems de los datos para ser actualizado. Este directorio ha sido clave para el seguimiento, control y comunicación con las Instituciones de salud, esto ha permitido una comunicación más efectiva y eficaz para la información y realización de todas las actividades que se realizan dentro de la dimensión, a continuación, las imágenes n°87, n°88, n°89, n°90, n°91., n°92, n°93, permiten evidenciar el documento Google de Excel con cada una de las provincias. A partir de estos datos se crearon 7 grupos de WhatsApp con las enfermeras y enfermeros de las Instituciones de cada municipio por Provincias.

Imagen n°87. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia de Vélez.



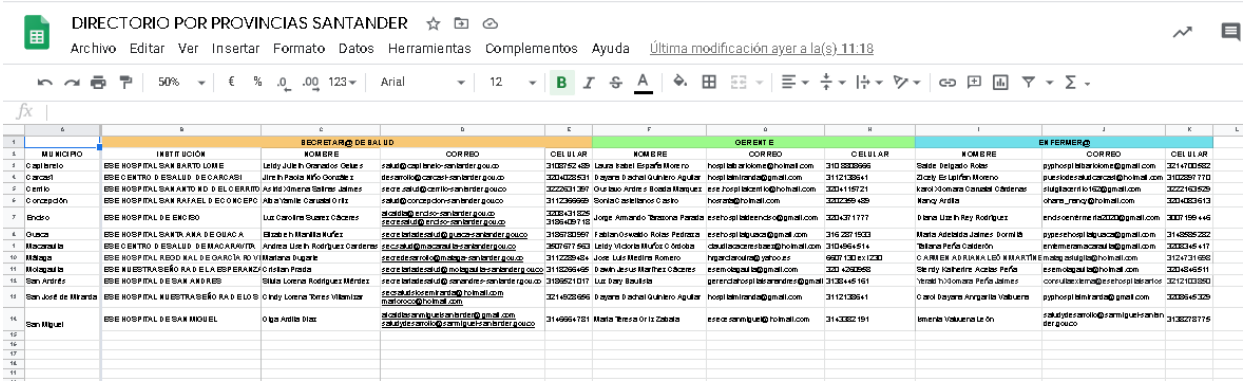
Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°88. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia de Guanentá.



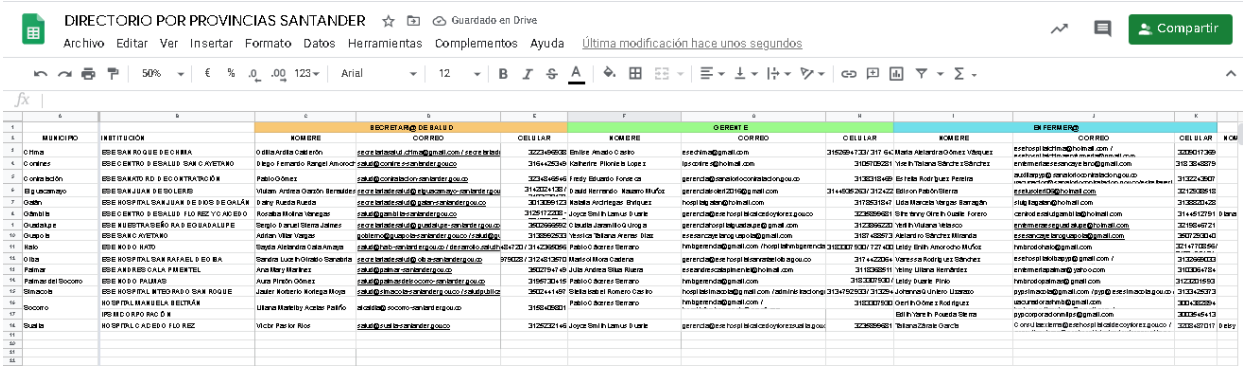
Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°89. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia de García Rovira.



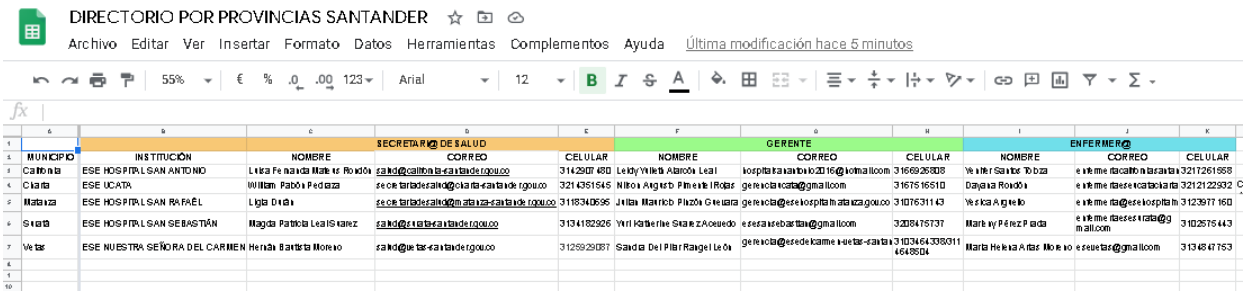
Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°90. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Comunera.



Fuente: autoría de la estudiante PEP

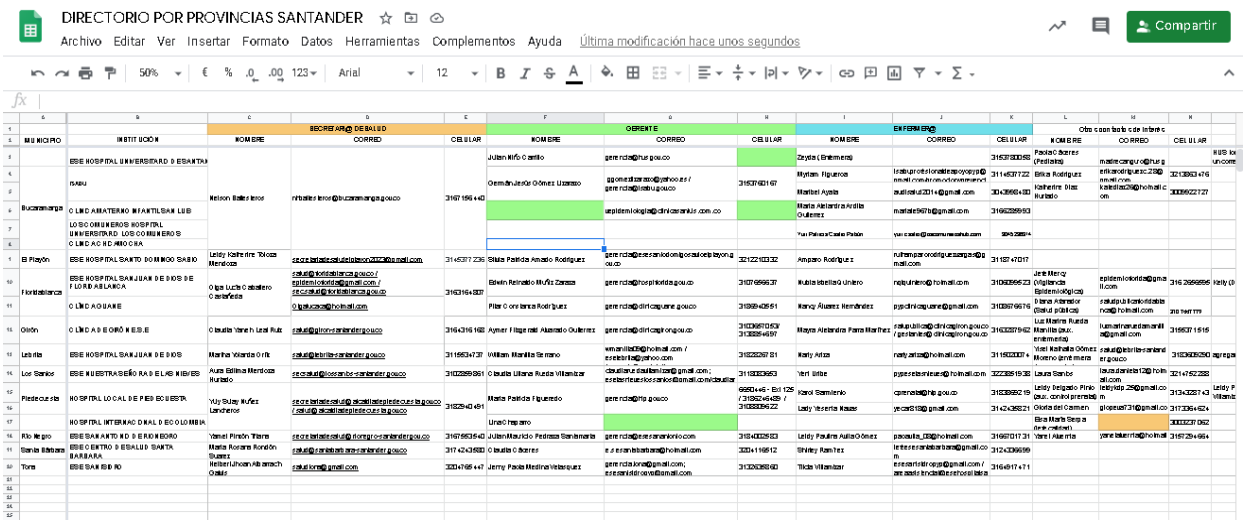
Imagen n°91. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Soto Norte.



		SECRETARÍA DE SALUD			GERENTE			ENFERMERÍA		
MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	NOMBRE	CORREO	CELULAR	NOMBRE	CORREO	CELULAR	NOMBRE	CORREO	CELULAR
Californita	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	Erika Fernanda Matiz Rondón	salud@californita-santander.gov.co	3142937480	Leidy Yiliela Alarcón Leal	hospitalsananton2016@hotmail.com	3166926808	Yenifer Santos Toloza	enfermeriacalifornia@santana	3217261668
Ocaña	ESE UCATA	William Pabón Pedraza	secretariadesalud@ocana-santander.gov.co	3214351545	Nilton Alejandro Pineda Rojas	gerenciaucata@gmail.com	3167516510	Dayana Rondón	enfermeriadeseucataocana	3212122932
Matanza	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	Ligia Durán	secretariadesalud@matanza-santander.gov.co	3118340595	Julita Mauricio Plazas Gelviana	gerencia@eselosspitalmatanza.gov.co	3107631143	Yesika Argüello	enfermeria@eselosspitalm	3123977160
Suratá	ESE HOSPITAL SAN SEBASTIÁN	Magda Patricia Leal Ibáñez	salud@surata-santander.gov.co	3134182926	Yuri Katherine Suárez Acevedo	esesanrebastian@gmail.com	3208476737	Marisby Pérez Parada	enfermeriadeseturata@gmail.com	3102575443
Vetas	ESE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	Hernán Bautista Moreno	salud@vetas-santander.gov.co	3125929087	Sandra Del Pilar Rangel León	gerencia@esedelcarmen-vetas-santander.gov.co	3103464336/3116466804	María Helena Arias Moreno	esevetas@gmail.com	3134847753

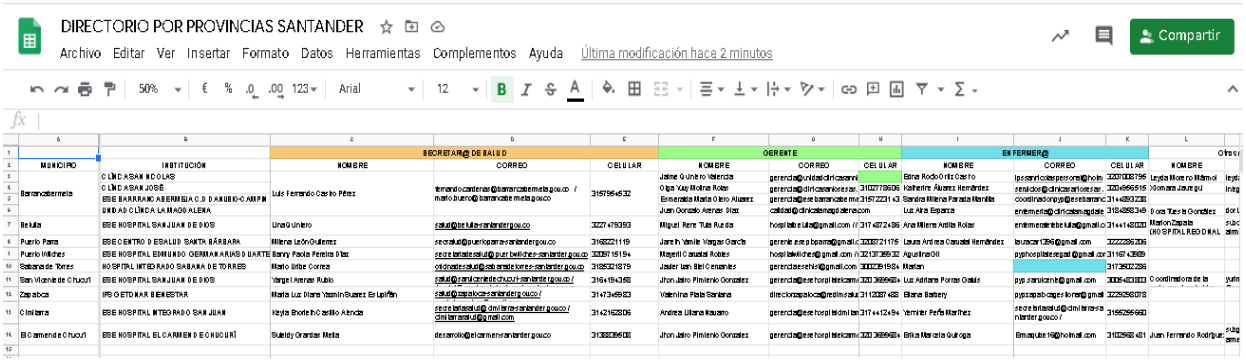
Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°92. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Metropolitana.



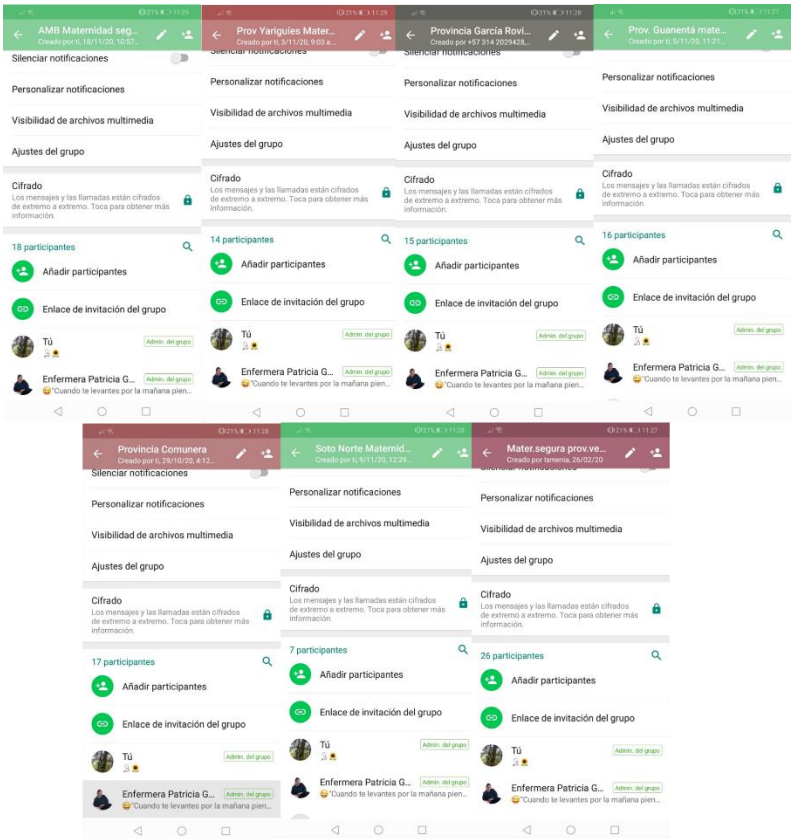
		SECRETARÍA DE SALUD			GERENTE			ENFERMERÍA			Otro contacto de interés		
MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	NOMBRE	CORREO	CELULAR	NOMBRE	CORREO	CELULAR	NOMBRE	CORREO	CELULAR	NOMBRE	CORREO	CELULAR
Bucaramanga	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	Nelson Bohórquez Neira	nbohorquez@bucaramanga.gov.co	3167196440	Julian Niño Camilo	gerencia@hus.gov.co		Zayda (Enfermera)		3153730088	Paola C Ibarra (Pediatra)	madrecanguro@hus.g	
	ISABU				Germán Alexander Gómez Lizarazo	ggomezlizarazo@yahoo.es / gerencia@isabu.gov.co	3157460167	Myriam Figueroa	licenciaenfermeriaoyopy@gmail.com	3114537722	Erika Rodríguez	enfermeriaquirurgicos2@gmail.com	3213063476
								Maribel Ayala	auditoriaisabu2014@gmail.com	3042666480	Katherine Díaz Rueda	katediaz26@hotmail.com	3006922727
	CLÍNICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS							María Alejandra Ardila Gutiérrez	mariaale967@gmail.com	3166286593			
	LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS COMUNEROS							Yuri Patricia Castro Patiño	yuri.castro@cocomunerosehub.com	3042286874			
	CLÍNICA NUEVA COLINA												
El Playón	ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SABIO	Leidy Katherine Tólosa Mendoza	secretariadesaludplayon2020@hotmail.com	3145377236	Silvia Patricia Amado Rodríguez	gerencia@esesansidoniloplayon.gov.co	3212210332	Amparo Rodríguez	ruthmyrosrodriguezamparo@gmail.com	3113747017			
Floridablanca	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA	Olga Lucía Caballero Caballeda	salud@floridablanca.gov.co / epidemiolofloridab@gmail.com / secretariafloridablanca.gov.co	3163164307	Edwin Reinaldo Muñoz Zarate	gerencia@hospitalfloridab.gov.co	3107666637	Rubiela Bellini Q Uribe	rubiquribe@hotmail.com	3106266623	Jade Mercy (Vigilancia Epidemiológica)	epidemiolofloridab@gmail.com	3162666695
	CLÍNICA AGUAMBE		Olgalucaca@hotmail.com		Pilar Constanza Rodríguez	gerencia@clinicaguambe.gov.co	3136940561	Nancy Álvarez Hernández	psyclinicaguambe@gmail.com	3103876676	Diana Alexandra Bautista Rojas	salud.publica@floridablanca.gov.co	
Girón	CLÍNICA DE GIRÓN IMESE	Claudia Yaneth Leal Rubio	salud@giron-santander.gov.co	3164316168	Aymer Fitzgerald Alvarado Gutiérrez	gerencia@clinicagiron.gov.co	3163957657 / 3133854697	Mayra Alejandra Parra Martínez	salud.publica@clinicagiron.gov.co / gerencia@clinicagiron.gov.co	3163237962	Luz Marina Rueda Murillo (aux. enfermería)	luzmarinaruedamurillo@gmail.com	3166371515
											Yeni Katherin Gómez Moreno (jefe mater	salud@laestrella-santander.gov.co	3163626250
Lebrija	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	Martha Yolanda Ortiz	salud@lebrija-santander.gov.co	3116634737	William Murillo Serrano	wmurillo26@hotmail.com / esselebrija@yahoo.com	3152326781	Nelly Ariza	nellyariza@hotmail.com	3115620074			
Los Santos	ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS NIEVES	Aura Edilma Mendoza Rueda	secretaria@esesanbc-santander.gov.co	3102389361	Claudia Liliana Rueda Villamizar	claudiana.ruedavillamizar@gmail.com; esesantanuestrosenordelasnieves@gmail.com	3113023953	Yeni Uribe	pypesalesnieves@hotmail.com	3223351938	Laura Sanabria	laurasanabria12@hotmail.com	3214752388
Piedecuesta	HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA	Yuly Sulay Muñoz Landinez	secretariadesalud@alcaldiadepiedecuesta.gov.co / salud@alcaldiadepiedecuesta.gov.co	3182594261	María Patricia Figueredo	gerencia@hlp.gov.co	6652445 - Ext 125 / 3138246429 / 3138339622	Karol Samilenio	cpsmeds@hlp.gov.co	3183369219	Leidy Delgado Pinto (aux. control prenatal)	leidydp.25@gmail.com	3134328743
								Lady Yesenia Mateo	yecas818@gmail.com	3142436821	Gloria del Carmen	gloriasil731@gmail.com	3172364524
	HOSPITAL INTERMEDIAL DE FLORIDA				Una Chasparro						Elsa María Serpa (jefe cirsiera)		3003337052
Río Negro	ESE SAN ANTONIO DE EL ROSARIO	Yenel Pinzón Tibaná	secretariadesalud@riionegro-santander.gov.co	3167663640	Julian Mauricio Pedraza Santamaría	gerencia@esesanantonio.com	3134022533	Leidy Paulina Avila Gómez	pacavila_08@hotmail.com	3166201731	Yeni Alarcón	yenialarcon@hotmail.com	3157294954
Santa Bárbara	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA	María Roxana Rondón Suárez	salud@santabarbara-santander.gov.co	3174243680	Claudia Cáceres	e.e.sansebastian@hotmail.com	3204116612	Shirley Ramírez	latesesansebastian@gmail.com	3124396699			
Tona	ESE SAN ISIDRO	Heiber Lincon Albarracín Osuna	salud.tona@gmail.com	3204765447	Jenny Paola Medina Velásquez	gerencia.tona@gmail.com; esesanisidrotona@hotmail.com	3132026240	Ticita Villamizar	enfermeriatona@hotmail.com	3164917471			

Imagen n°93. Directorio departamental actualizado por provincias 2020. Provincia Yariguies.



Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°94. Grupos de WhatsApp de las 7 provincias de Santander.



Fuente: Fuente: autoría de la estudiante PEP

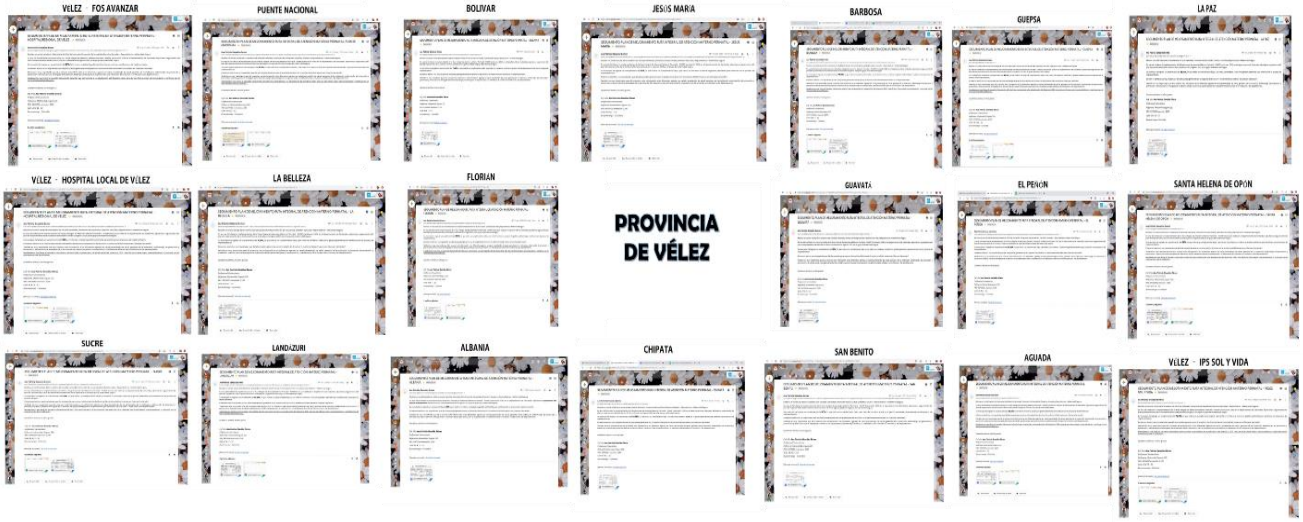
Tabla n°20. Actividad 5 del problema 2.

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Retroalimentación de los seguimientos de los planes de mejoramiento a cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander a los cuales se le realizó asistencia técnica.	N° de documentos enviados a las instituciones /total de instituciones con asistencia técnica X 100.	Captura de pantalla del envío de los correos a cada una de las Instituciones de salud.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

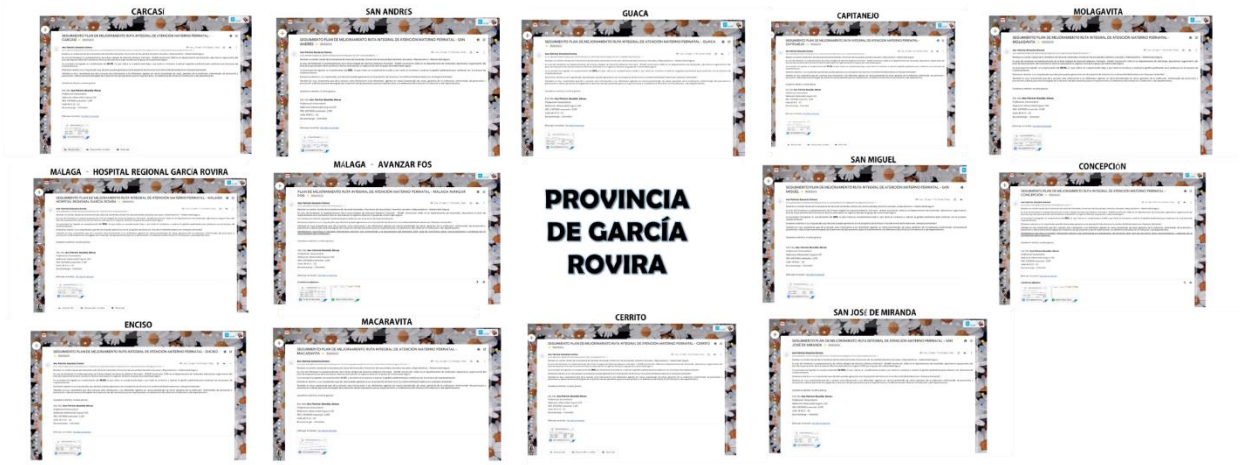
Teniendo el directorio de los diferentes agentes en salud de las Instituciones de cada municipio se realizó el envío de los seguimiento de los planes de mejoramiento de la RIAMP que se realizaron en el año 2019, la mayor parte del personal de salud era nuevo y no conocía el proceso de seguimiento que se ha venido llevando en las Instituciones, adicionalmente la mayor parte de los municipios presentan baja adherencia en la implementación de la Ruta y no han actualizado sus actividades a la resolución 3280 de 2018, por tanto fue de gran importancia la retroalimentación y envío de los correos a los 87 municipios. Los correos fueron enviados desde el correo institucional. A continuación, se adjuntan los pantallazos del envío por provincias.

Imagen n°96 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Vélez.



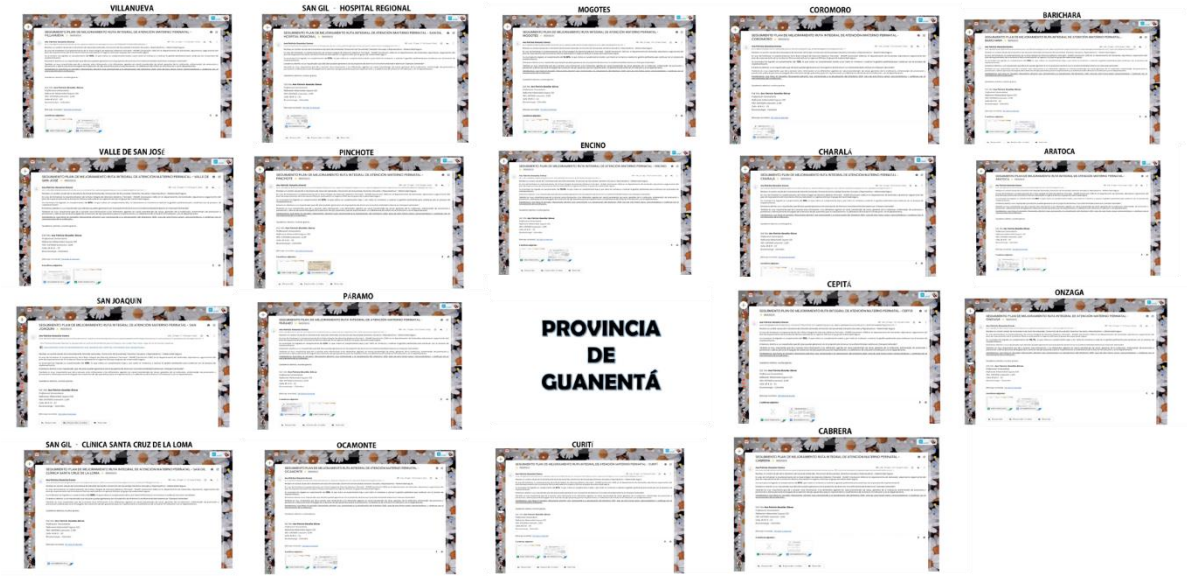
Fuente. Autoría estudiante PEP

Imagen n°97. Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de García Rovira



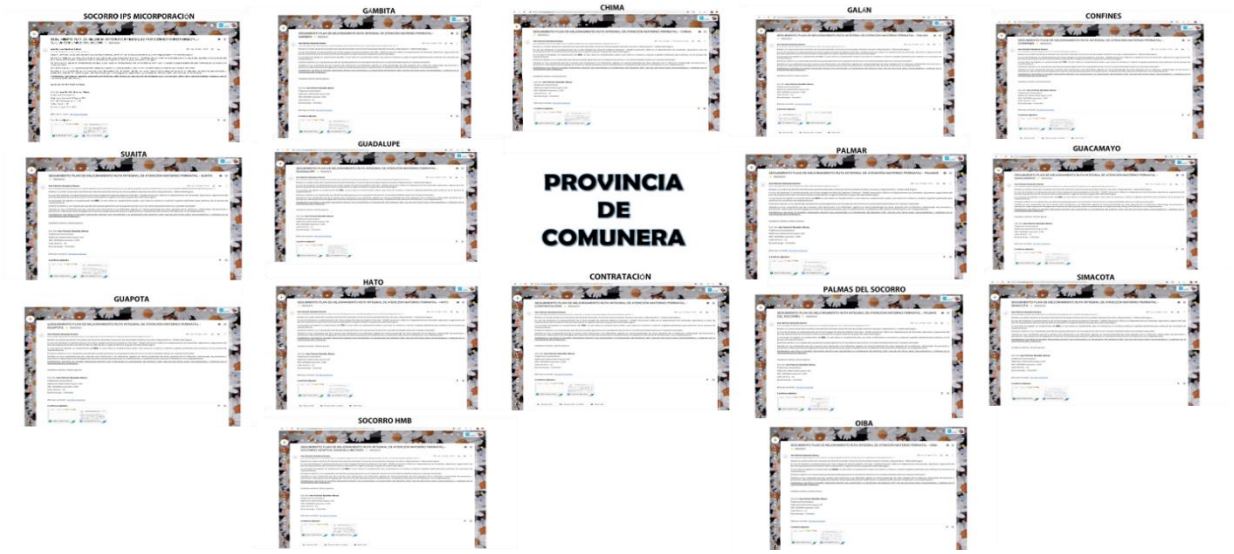
Fuente. Autoría estudiante PEP

Imagen n°98 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Guanentá.



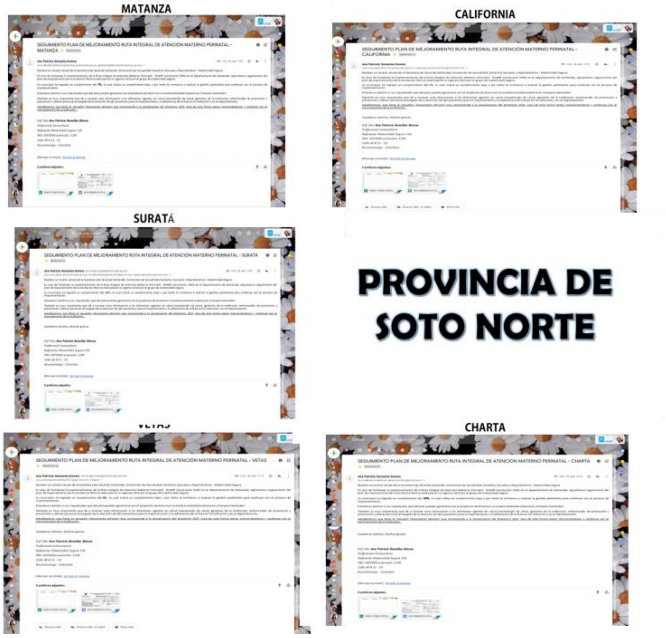
Fuente. Autoría estudiante PEP

Imagen n°99 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia Comunera.



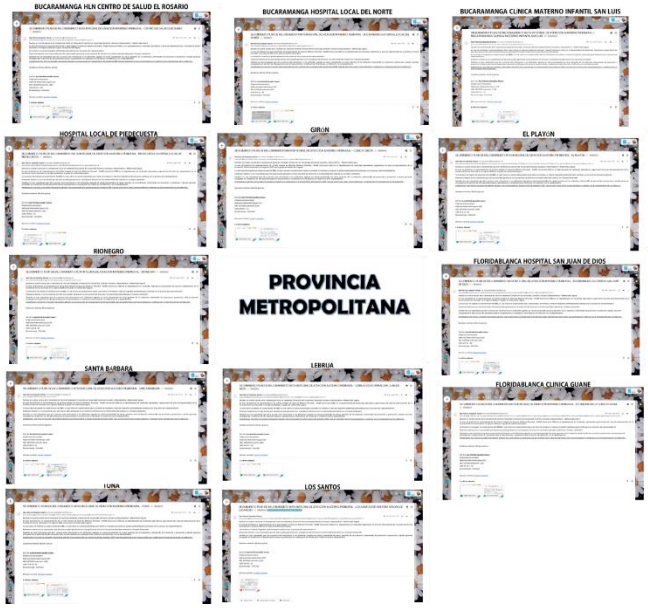
Fuente. Autoría estudiante PEP

Imagen n°100 Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Soto Norte.



Fuente. Autoría estudiante PEP

Imagen n°101. Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia Metropolitana.



Fuente. Autoría estudiante PEP

Imagen n°102. Envío de correos electrónicos con los seguimientos de los planes de mejoramiento/planes de mejoramiento de la RIAMP a la provincia de Yariguíes.

Fuente. Autoría estudiante PEP

Tabla n°21. Actividad 6 y 7. Del problema 2.

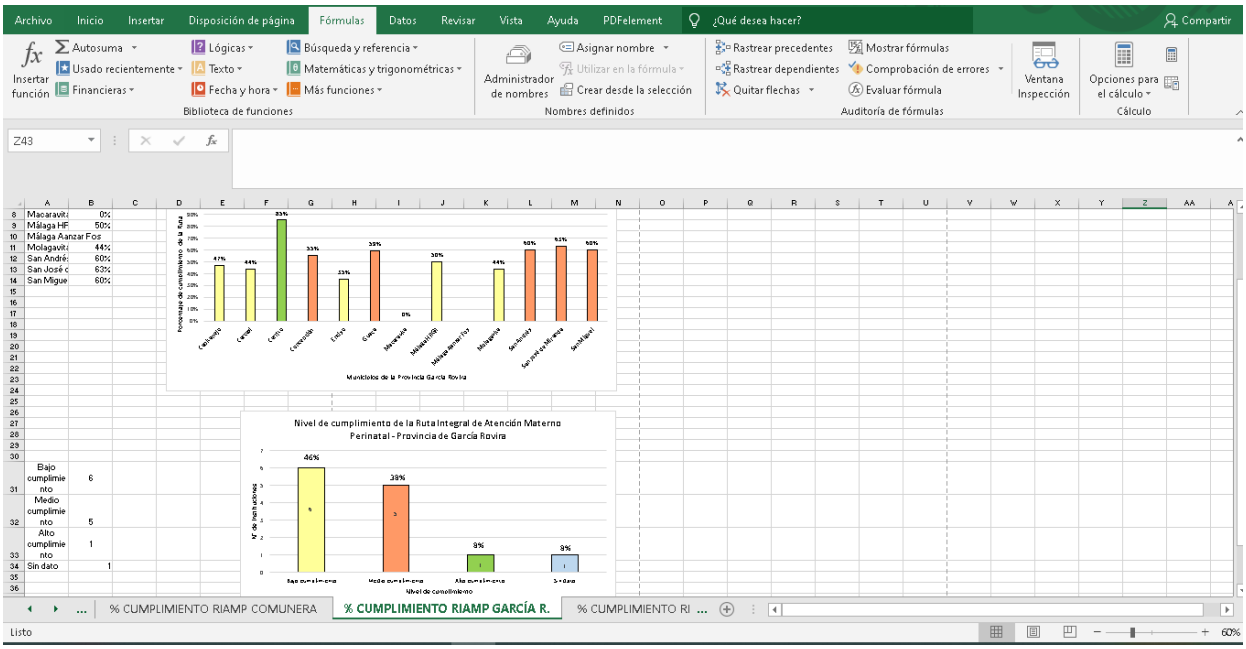
Actividad	Indicador	Medio de verificación
Realizar análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de hallazgos en la asistencia técnica de la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, de cada una de las Instituciones de los municipios del departamento de Santander.	Análisis de los resultados de los seguimientos de los planes de mejoramiento de la asistencia técnica.	Documento en Excel gráficas del análisis del nivel de cumplimiento por municipios del departamento de Santander. Documento Excel con el análisis de los ítems de

		mayor incidencia de incumplimiento en cada una de las Instituciones de salud a la que le realizaron asistencia técnica.
Realizar informe con los hallazgos identificados en el análisis.	Informe de análisis.	Documento Word con el informe de hallazgos generales identificados.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

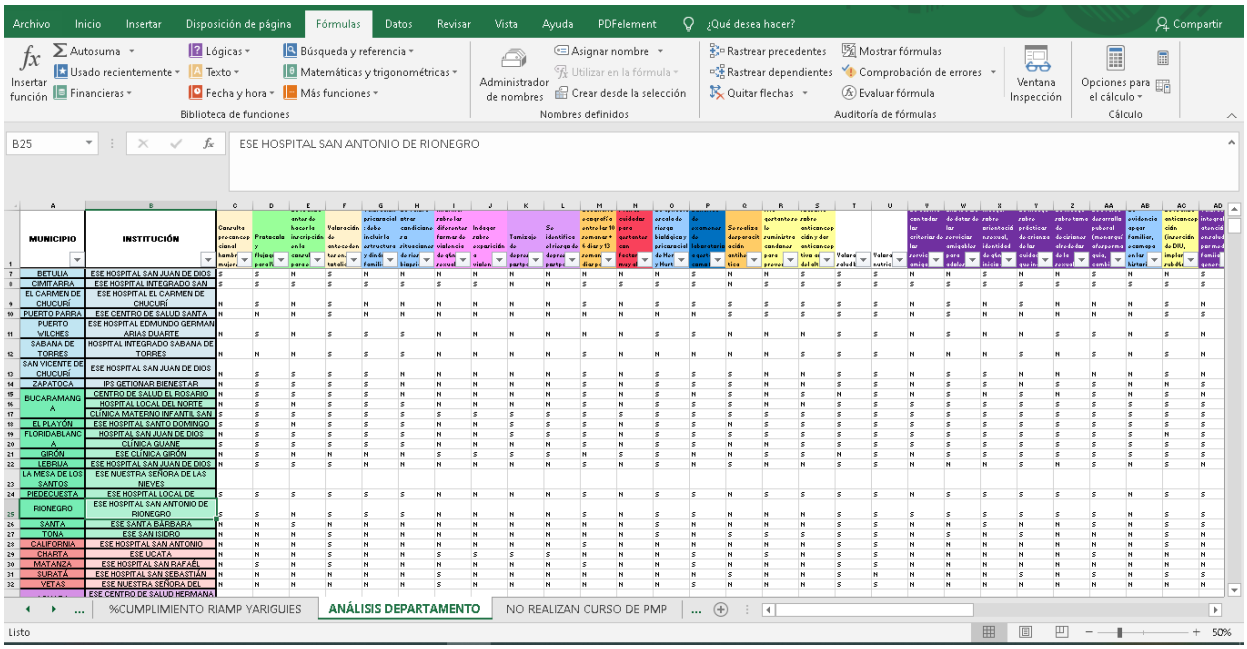
A partir de la revisión de cada uno de los informes del supervisor de los 5 contratos y los seguimientos de los planes de mejoramiento se realizó el análisis general y por provincias el nivel de cumplimiento de la RIAMP en cada uno de los 87 municipios del departamento de Santander, adicionalmente se realizó un análisis de los ítems de menor cumplimiento a nivel general del departamento en cuanto a la ruta. Este último análisis fue la base para la realización de las actividades para dar solución al problema n° 3.

Imagen n°103. Análisis del nivel de cumplimiento de la RIAMP



Fuente: autoría de la estudiante PEP

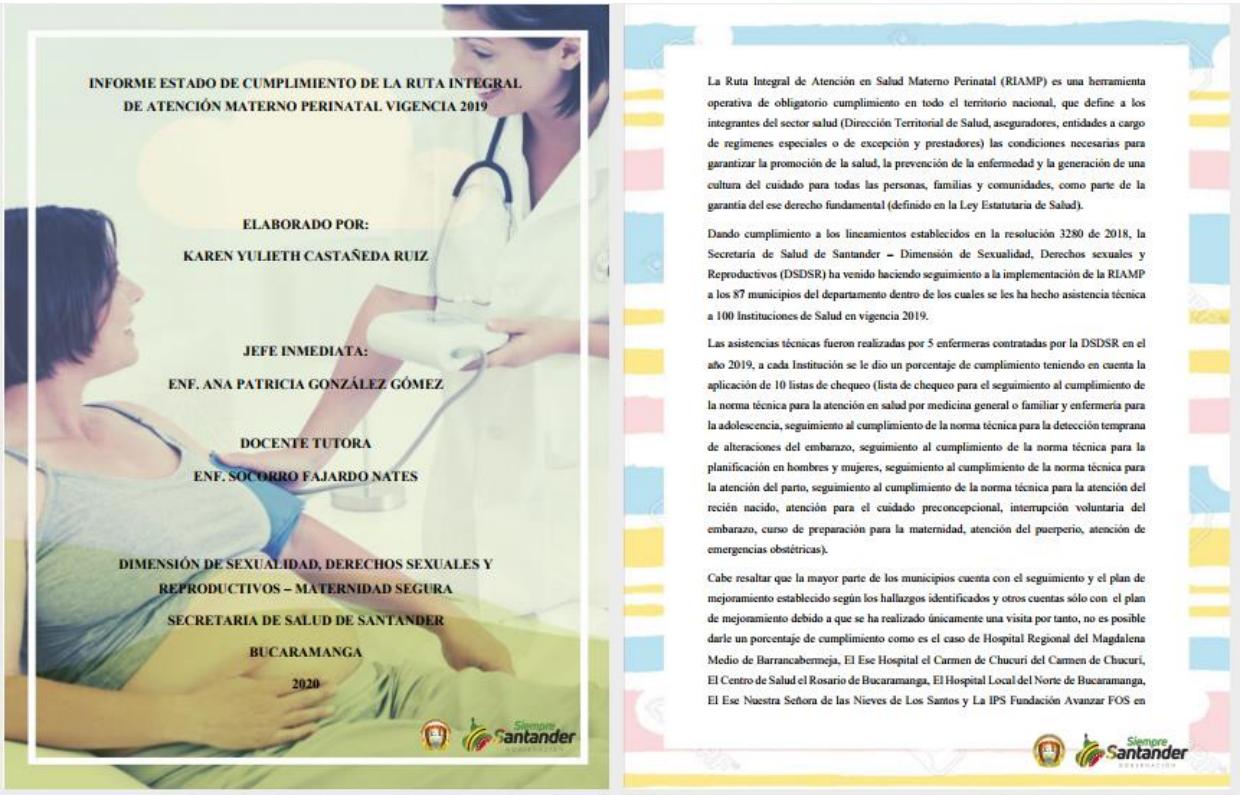
Imagen n°104. Análisis de los ítems de menor cumplimiento de la RIAM en las diferentes Instituciones de los municipios con asistencia técnica.



Fuente: autoría de la estudiante PEP

A partir de este análisis mediante gráficas se realizó un informe final con los resultados, el cual se verá de manera más detallada en la sección de anexos (anexo n°1)

Imagen n°105. Informe: Estado de cumplimiento de la RIAMP 2019 parte 1.



INFORME ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL VIGENCIA 2019

ELABORADO POR:

KAREN YULIETH CASTAÑEDA RUIZ

JEFE INMEDIATA:

ENF. ANA PATRICIA GONZÁLEZ GÓMEZ

DOCENTE TUTORA

ENF. SOCORRO FAJARDO NATES

DIMENSIÓN DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS – MATERNIDAD SEGURA

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

BUCARAMANGA

2020

La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP) es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del ese derecho fundamental (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

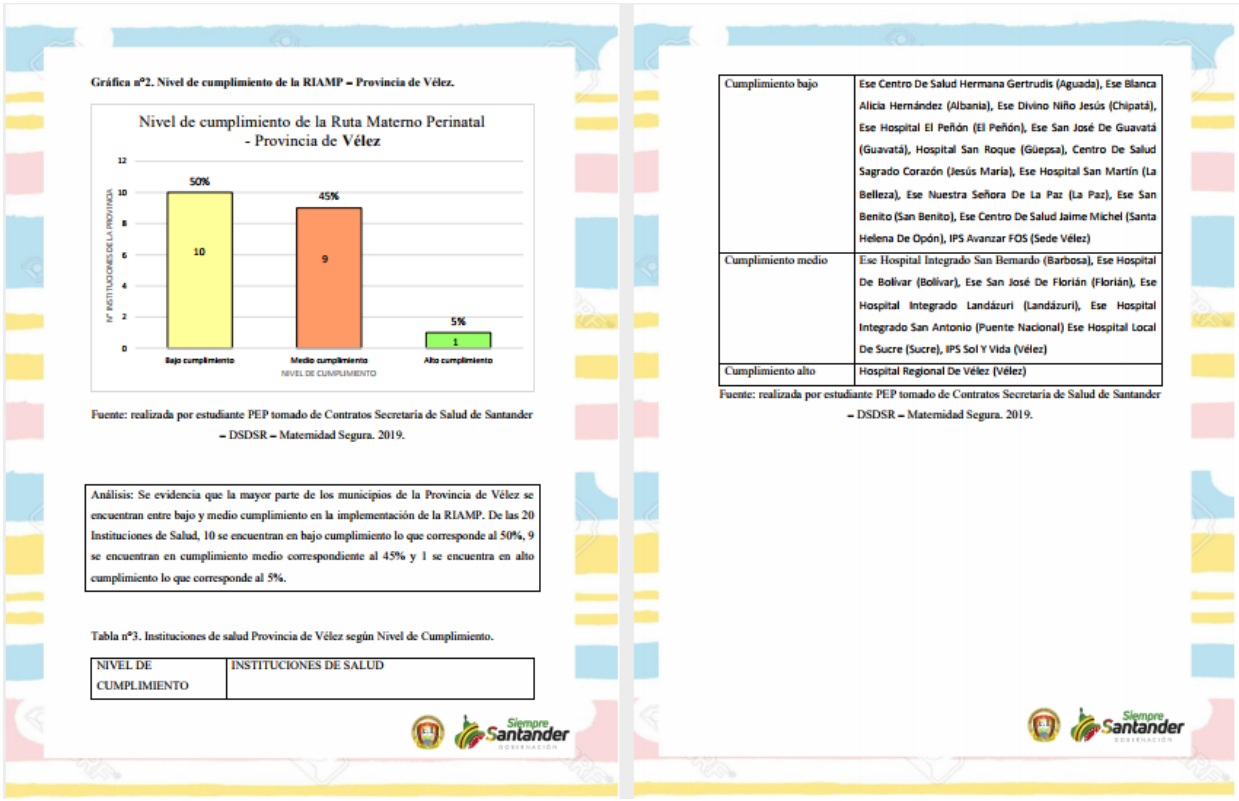
Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la resolución 3280 de 2018, la Secretaría de Salud de Santander – Dimensión de Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos (DSDSR) ha venido haciendo seguimiento a la implementación de la RIAMP a los 87 municipios del departamento dentro de los cuales se les ha hecho asistencia técnica a 100 Instituciones de Salud en vigencia 2019.

Las asistencias técnicas fueron realizadas por 5 enfermeras contratadas por la DSDSR en el año 2019, a cada Institución se le dio un porcentaje de cumplimiento teniendo en cuenta la aplicación de 10 listas de chequeo (lista de chequeo para el seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la atención en salud por medicina general o familiar y enfermería para la adolescencia, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la planificación en hombres y mujeres, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la atención del parto, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la atención del recién nacido, atención para el cuidado preconcepcional, interrupción voluntaria del embarazo, curso de preparación para la maternidad, atención del puerperio, atención de emergencias obstétricas).

Cabe resaltar que la mayor parte de los municipios cuenta con el seguimiento y el plan de mejoramiento establecido según los hallazgos identificados y otros cuentas sólo con el plan de mejoramiento debido a que se ha realizado únicamente una visita por tanto, no es posible darle un porcentaje de cumplimiento como es el caso de Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja, El Ese Hospital el Carmen de Chucurí del Carmen de Chucurí, El Centro de Salud el Rosario de Bucaramanga, El Hospital Local del Norte de Bucaramanga, El Ese Nuestra Señora de las Nieves de Los Santos y La IPS Fundación Avanzar FOS en

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°106. Informe: Estado de cumplimiento de la RIAMP 2019 parte 2.



Gráfica nº2. Nivel de cumplimiento de la RIAMP – Provincia de Vélez.

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaria de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios de la Provincia de Vélez se encuentran entre bajo y medio cumplimiento en la implementación de la RIAMP. De las 20 Instituciones de Salud, 10 se encuentran en bajo cumplimiento lo que corresponde al 50%, 9 se encuentran en cumplimiento medio correspondiente al 45% y 1 se encuentra en alto cumplimiento lo que corresponde al 5%.

Tabla nº3. Instituciones de salud Provincia de Vélez según Nivel de Cumplimiento.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	INSTITUCIONES DE SALUD
Cumplimiento bajo	Ese Centro De Salud Hermana Gertrudis (Aguada), Ese Blanca Alicia Hernández (Albania), Ese Divino Niño Jesús (Chipatá), Ese Hospital El Peñón (El Peñón), Ese San José De Guavatá (Guavatá), Hospital San Roque (Güepsa), Centro De Salud Sagrado Corazón (Jesús María), Ese Hospital San Martín (La Belleza), Ese Nuestra Señora De La Paz (La Paz), Ese San Benito (San Benito), Ese Centro De Salud Jaime Michel (Santa Helena De Opón), IPS Avanzar FOS (Sede Vélez)
Cumplimiento medio	Ese Hospital Integrado San Bernardo (Barbosa), Ese Hospital De Bolivar (Bolívar), Ese San José De Florián (Florián), Ese Hospital Integrado Landázuri (Landázuri), Ese Hospital Integrado San Antonio (Puente Nacional) Ese Hospital Local De Sucre (Sucre), IPS Sol Y Vida (Vélez)
Cumplimiento alto	Hospital Regional De Vélez (Vélez)

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaria de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

12.3. RESULTADOS PROBLEMA 3.

Tabla n°22. Resultados problema 3

Problema N° 3:	La dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos no cuenta con un medio virtual para informar a los diferentes agentes en salud sobre los contenidos relacionados con la RIAMP y demás temáticas correspondientes a la dimensión.
Objetivo:	Anexar a la página web "Campus Virtual ISABU- UNAB" contenido informativo relacionado con la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivo para el personal de salud de los diferentes municipios del departamento de Santander proporcionando un espacio de aprendizaje y adquisición de herramientas útiles para la atención en salud.
Meta:	Anexar 10 contenidos informativos a la página web "Campus Virtual ISABU - UNAB" relacionado con la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivo.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Tabla n°23. Actividad 1 del problema 3

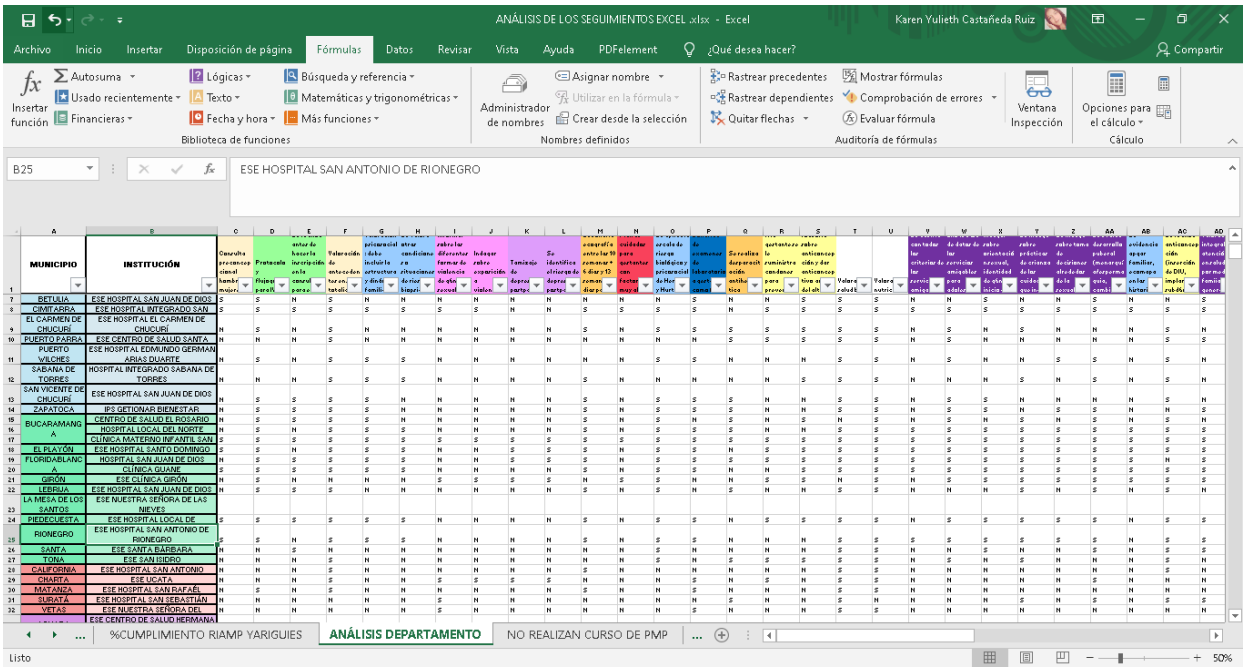
Actividad	Indicador	Medio de verificación
Identificar los temas de menor cumplimiento (respecto a los seguimientos de planes de	Análisis de los resultados de los seguimientos de los planes	Documento Excel con el análisis de los ítems de menor cumplimiento en

mejoramiento de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal) que más se presentan en las instituciones de los municipios del departamento de Santander.	de mejoramiento de la asistencia técnica.	cada una de las Instituciones de salud a las que le realizaron asistencia técnica.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

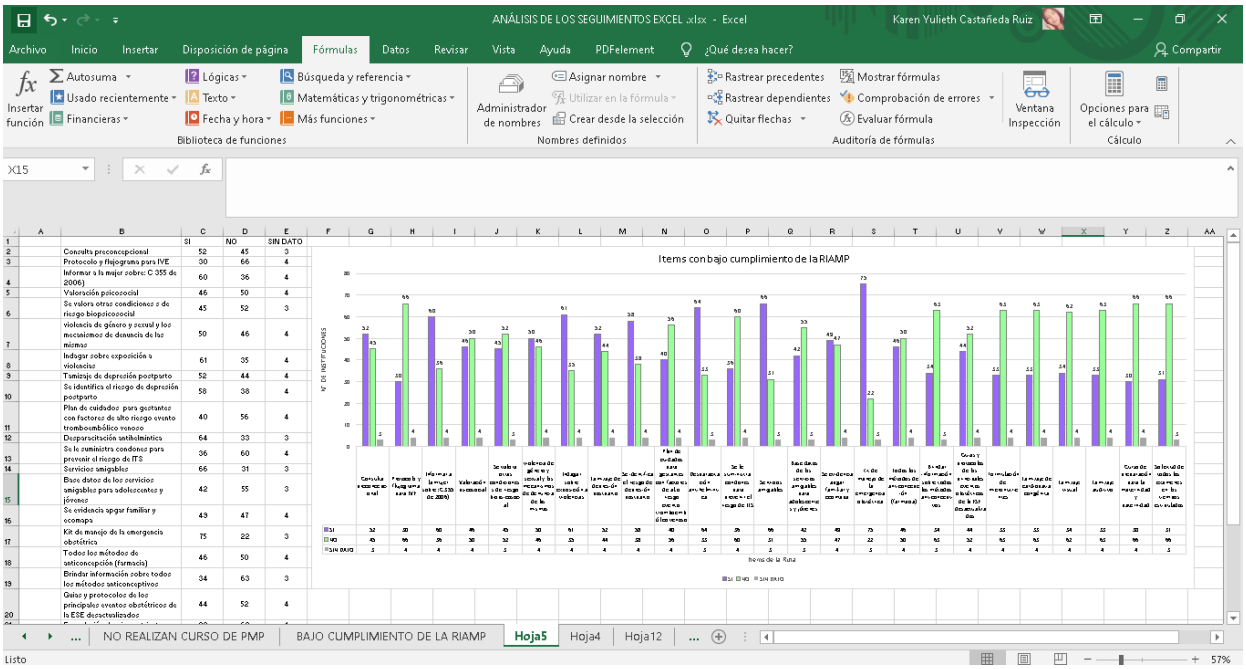
A partir del análisis realizado en las actividades del problema n° 2 se hizo la identificación de los ítems de menor cumplimiento de la RIAMP

Imagen n°107. Documento Excel con el análisis de los ítems de menor cumplimiento de la RIAMP a nivel departamental.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Imagen n°108. Documento Excel con la gráfica de los ítems de menor cumplimiento de la RIAMP a nivel departamental.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Imagen n°109. ítems por mejorar a nivel departamental en la implementación de la RIAMP.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°110. ítems por mejorar a nivel departamental en la implementación de la RIAMP

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Tabla n°24. Actividad 2 Del problema 3

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Buscar material basado en evidencia científica e informativo y publicarlo en la página web "Campus Virtual ISABU – UNAB".	Material informativo aprobado/total de material educativo revisado X 100 (10) Material educativo anexado a la página.	Pantallazo del material informativo y educativo anexado en la página web.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

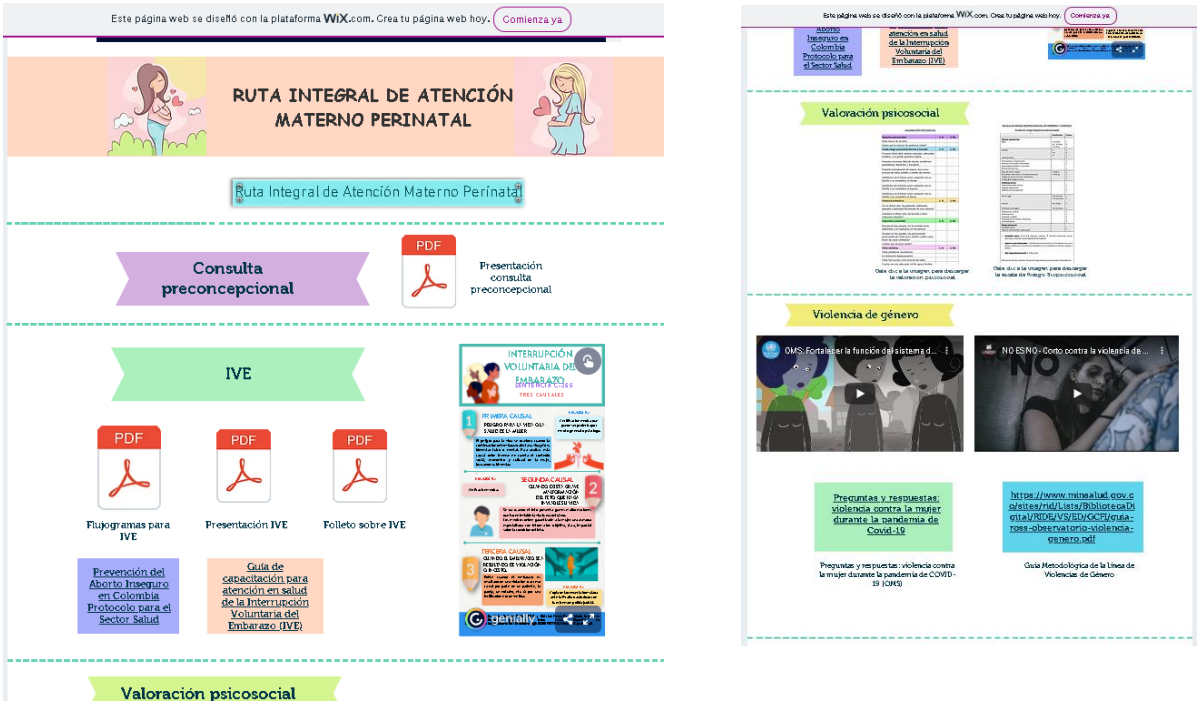
La Universidad Autónoma de Bucaramanga ha venido actualizando la página : Campus virtual ISABU en diversidad de material para el personal de salud , pero no se cuenta con recursos en el área de maternidad segura o salud sexual y reproductiva, por tanto se utilizó el espacio de la página en la ventana de IAMMI para subir material educativo/informativo relacionado con la RIAMP basados en los ítems o áreas de menor cumplimiento, fortaleciendo así los conocimientos del personal de salud y facilitando recursos para la implementación del material en las diferentes instituciones. Este material educativo se basa en la Resolución 3280 de 2018 que comprende los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, material del Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), documentos realizados por el ginecólogo de la Institución Wilmer Fabián Rangel, entre otros.

Se subió diversidad de material como: documentos pdf, links de páginas, artículos, folletos, infografías, videos, entre otros.

Imagen n°111. Portada del Campus virtual ISABU- UNAB ventana IAMMI

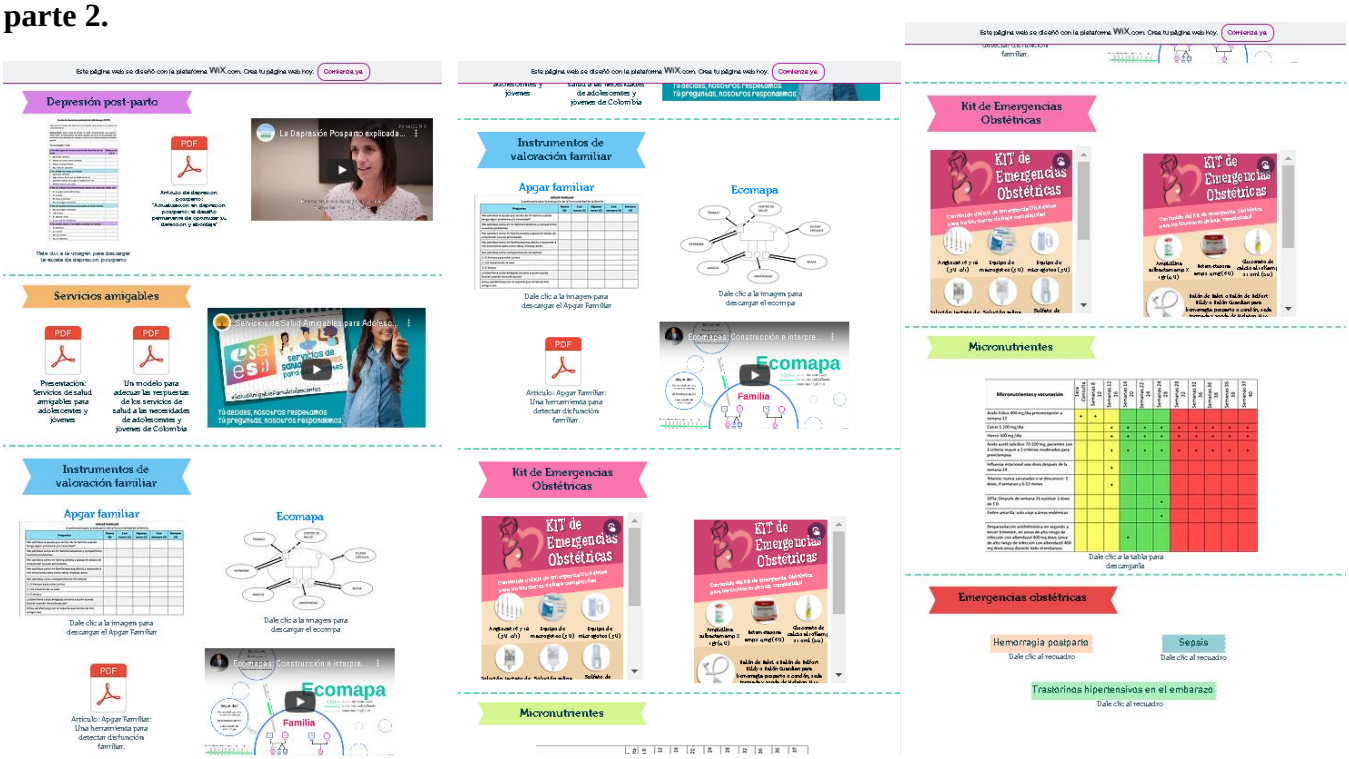
Fuente: pantallazo tomado por la estudiante PEP realizado por estudiantes de semestres anteriores de la UNAB.

Imagen n°112. Material educativo/informativo subido a la página web UNAB – ISABU parte 1.



Fuente: autoría de la estudiante PEP

Imagen n°113. Material educativo/informativo subido a la página web UNAB – ISABU parte 2.



Fuente: autoría estudiante PEP

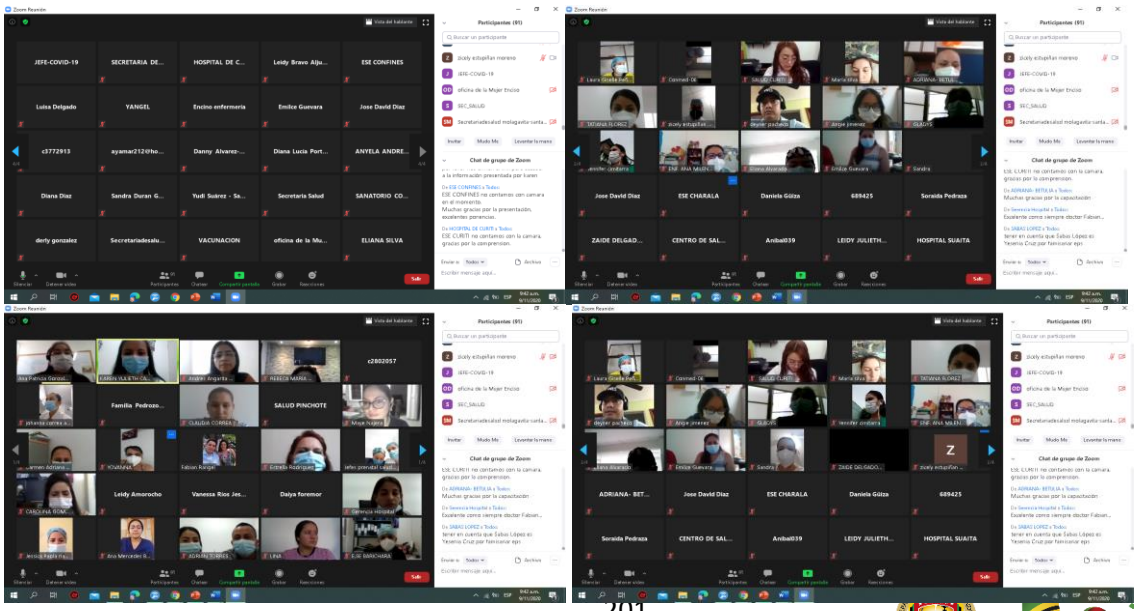
Tabla n°25. Actividad 3. del problema 3

Actividad	Indicador	Medio de verificación
Socializar el contenido de la dimensión de Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos de la página web "Campus virtual ISABU – UNAB" al personal de salud de los municipios.	N° de municipios a los que se les socializó la página / 50% del total de los municipios del departamento X 100	Evidencia fotográfica. Listas de asistencia.

Fuente: autoría de la estudiante PEP

Se realizó la socialización de la página web del material educativo – informativo relacionado con la RIAMP y del curso de preparación para la maternidad y la paternidad, se envió las circulares a los municipios y se realizó la socialización en dos fechas: una el 9 de noviembre y otra el 23 de noviembre, se hizo un flyer informativo para la publicidad de la capacitación. Esto se evidencia en las imágenes n°114, n°115

Imagen n°114. Evidencia de capacitación realizada el día 9 y 23 de noviembre de 2020

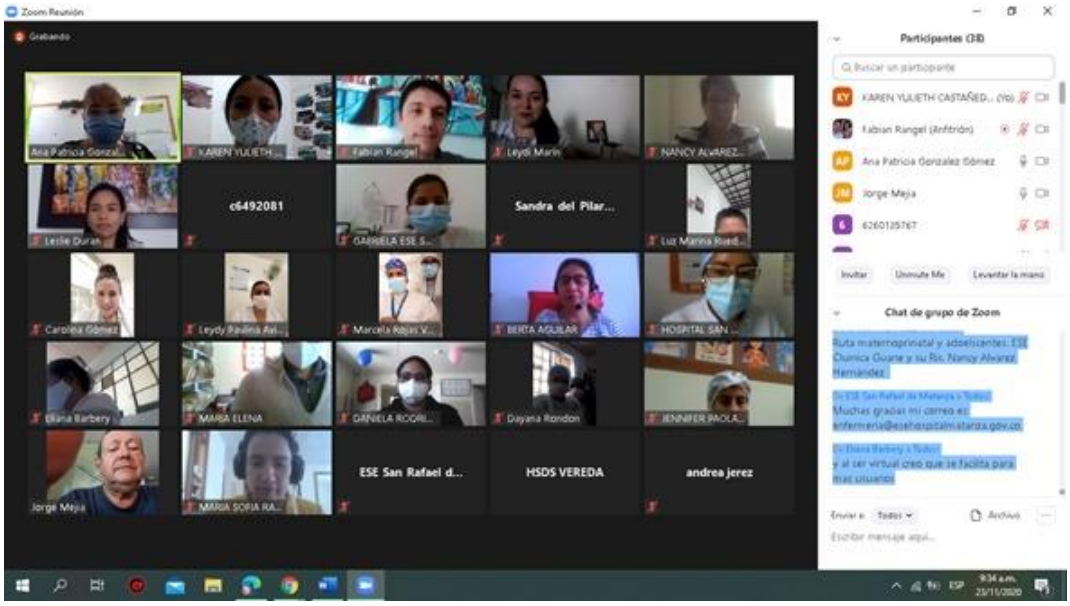


Fuente: pantallazos autoría estudiante PEP

Imagen n°115. Socialización del contenido subido a la página "Campus Virtual ISABU -UNAB"

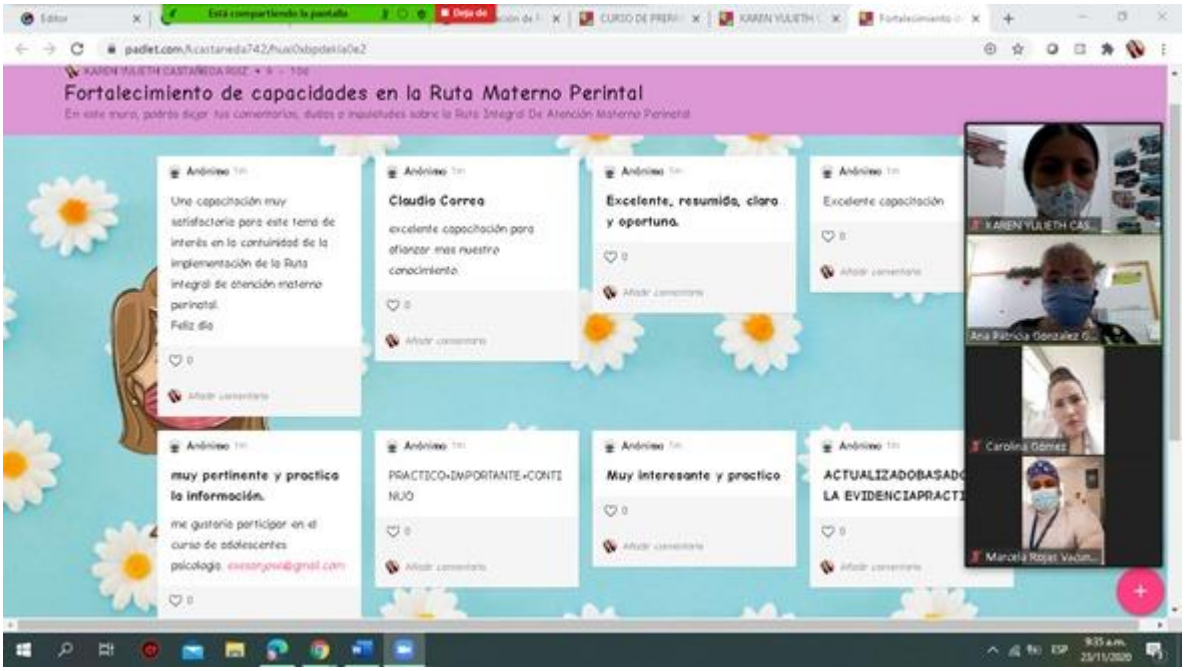
Fuente: pantallazos autoría estudiante PEP

Imagen n°116. Socialización del contenido subido a la página "Campus Virtual ISABU -UNAB"



Fuente: pantallazos autoría estudiante PEP

Imagen n°117. Uso del Padlet en la capacitación: fortalecimiento de capacidades en la RIAMP



Fuente: pantallazos autoría estudiante PEP

13. COMPONENTE INVESTIGATIVO

CONDUCTAS DE AFRONTAMIENTO DEL DUELO EN PÉRDIDAS SIGNIFICATIVAS EN ADULTOS JÓVENES: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LITERATURA

COPING BEHAVIORS OF GRIEF IN SIGNIFICANT LOSSES IN YOUNG ADULTS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

RESUMEN

Introducción: El uso de estrategias inefectivas de afrontamiento en el duelo pueden generar complicaciones físicas, psicológicas y sociales a largo plazo, por lo cual se considera al duelo como una causa de morbimortalidad y establece la necesidad de conocer qué tipo de conductas pueden generar un impacto eficiente que resulte en aprendizaje y fortalecimiento personal en este proceso. **Objetivo:** Analizar las diferentes conductas de afrontamiento que son aplicadas al proceso de duelo por parte de los adultos jóvenes mediante una revisión de la literatura existente identificando conductas de afrontamiento que pueden generar riesgo para la salud y estrategias que pueden promover habilidades de crecimiento personal. **Metodología:** Se realizó una revisión de literatura en el contexto mundial de artículos publicados en español, inglés y portugués, en las bases de datos de: Scopus, Psicodoc, PubMed, Medline, Clinical Key; en el período de 2013 a 2020. **Resultados:** Se encontró un total de 16482 artículos de los cuales se escogieron 99 artículos y de estos se excluyeron 8 artículos por ser duplicados, siendo 91 el total de artículos incluidos en la investigación. **Conclusión:** Las estrategias de afrontamiento pueden considerarse efectivas o inefectivas según el impacto que generen en la persona durante el proceso de afrontamiento al duelo, por

lo que pueden funcionar como agente protector para la salud y potenciar las habilidades de crecimiento personal o actuar como factor de riesgo para la salud y generar complicaciones a futuro.**Palabras clave:** Duelo; Estrategia; Adulto joven; Salud; Comportamiento de afrontamiento.**Key words:** Grief; Strategy; Young adult; Health; Coping behavior.

INTRODUCCIÓN

El duelo se define como un conjunto de emociones que se desencadenan frente a la pérdida de un ser querido, generando una respuesta emocional que incluye cambios físicos, emocionales, cognitivos, sociales y espirituales. Su impacto depende de la composición psicológica, de experiencias pasadas de la persona y las circunstancias de la pérdida. Sin embargo, existen estudios, como el realizado en una población de adultos colombianos en 2017 por Fernandes Saldanha M, et al. donde se evalúa el proceso de duelo, y se advierte sobre la existencia de factores vinculados a una resolución inadecuada del duelo. Los factores que pueden condicionar negativa o positivamente este proceso son: el significado afectivo de la pérdida, la relación con la persona perdida, la naturaleza de la pérdida, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la religión (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Autores como Freud argumentan que existen variables que afectan los procesos del duelo entre ellas se encuentran: las características del objeto perdido (pérdida de un ser muy querido), características del sujeto; características de la relación entre el sujeto y objeto (conflictos importantes) y las circunstancias que afectan a la pérdida (pérdidas inesperadas) (7).

Según Bayés el duelo tiene tres componentes: (a) una reacción universal ante la pérdida, (b) produce sufrimiento que se puede asociar a comportamientos depresivos y (c) puede afectar negativamente a la salud de la persona que lo experimenta (8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16).

Dichos componentes se encuentran presentes de manera general en todas las experiencias de pérdida significativa, esto junto con las estrategias de afrontamiento que sean utilizadas van a condicionar la magnitud en que las manifestaciones ante el duelo se vean reflejadas en el proceso de afrontamiento.

Estudios de tipo transversal como Causas y Caracterización de las Etapas del Duelo Romántico por Sánchez R. y Duelo prolongado y factores asociados por Burdeus E, et al. fueron realizados en personas que han experimentado una pérdida de personas significativas, hablan de cómo sus manifestaciones pueden cambiar con el paso del tiempo, dichas manifestaciones ante el duelo pueden incluir las siguientes: a) sentimientos (tristeza, enfado, culpa y remordimiento, bloqueo, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, anhelo, confusión, entre otros), b) sensaciones físicas (opresión en el pecho y garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, vacío en el estómago, debilidad muscular, sequedad en la boca y palpitaciones), c) pensamientos (incredulidad, preocupación, alucinaciones, sensación de presencia, dificultades de atención, concentración y memoria y rumiaciones) y d) conductas (soñar con la persona, suspirar, llorar, conducta distraída, retraimiento, hiperactividad y agitación, atesorar objetos de la persona, alteraciones de sueño y alimentación, visitar lugares que traen recuerdos) (17, 18, 19, 20).

Dentro de las manifestaciones sentimentales mencionadas anteriormente algunas pueden ser percibidas como “negativas”, sin embargo, estas mismas logran promover en ciertas ocasiones las estrategias efectivas de afrontamiento al duelo.

Según Sánchez Aragón y Renata Franco en cuanto a las reacciones sentimentales se han distinguido diversas emociones negativas y positivas durante el duelo y cada una de ellas tiene un valor adaptativo y funcional. Respecto a las negativas, se encuentra la ira y la tristeza que suponen la exteriorización de la culpa, movilizan recursos y ayudan a defender la propia autoestima, fomentando la reflexión, la resignación y la aceptación y evocan respuestas de simpatía y ayuda en otros. Sin embargo, cuando las emociones negativas son reveladas en repetidas ocasiones o de manera indiscriminada, se vuelven menos funcionales y relevantes y tienden a hacer indeseable a la persona, principalmente en el contexto social. Por otro lado, las emociones positivas tienen un papel adaptativo que “puede mejorar la tensión del duelo por el aumento continuo del contacto y apoyo social”, ayudando a aliviar la tensión y restaurar sus dañados o agotados recursos fomentando el desarrollo de los nuevos (19, 20).

Una investigación realizada por Magaña et al, en España 2019, analizó las relaciones entre los distintos estilos y estrategias de afrontamiento y la capacidad de afrontamiento ante la muerte, muestra que las respuestas al duelo pueden estar condicionadas según el género; expone que hombres y mujeres perciben y procesan la información de forma diferente y que reciben un trato diferencial que marca una distinción entre pensamientos, conductas, creencias. Es frecuente que los hombres hagan su duelo volviendo tan pronto como pueden a su actividad normal, mostrando ira y comportamientos de evitación, considerándose que no responden al duelo de forma saludable.Por el contrario, y según Staudacher, con

frecuencia las mujeres son más emocionales, más expresivas sobre la pérdida, buscan ayuda y apoyo en otros (21,22).

El nivel de conexión social también juega un papel importante en los resultados del duelo; según Ackerman et al. el duelo experimentado por pérdida de un amigo puede ser similar al duelo por pérdida de un familiar. Por lo anterior, se puede decir que los amigos desconsolados pueden requerir apoyo físico y emocional lo que hace evidente la necesidad de reconocer la muerte de un amigo cercano como una experiencia sustancial (19).

Una pérdida significativa también puede hacer referencia a una ruptura amorosa, en donde el mal ajuste de la pérdida de relación está relacionado con los síntomas depresivos y la rumia (23, 24, 25, 26).

Durante más de cinco décadas un gran número de autores como Bernat et al, Sánchez et al, Adams et al, Soto et al, Diaz et al y Wojtkowiak et al, han hablado del duelo como un proceso compuesto por diferentes fases y han surgido contribuciones que aparentemente son distintas pero conservan similitudes como la prioridad de la experiencia emocional negativa que genera desorganización cognoscitiva y conductual representada en el shock, la negación y las reacciones hostiles, así como las fases de salida, aceptación y reorganización. Los nombres de las fases varían según el autor, pero su contenido indica afinidades incuestionables describiendo en el duelo los mismos procesos, pero explicados desde diversos puntos de vista (1,19, 27, 28, 29, 30).

Una de las teorías más citadas es la de la psiquiatra Kübler- Ross, quien luego de hablar con casi 500 pacientes terminales describió entre 1969 y 1970, cinco etapas del duelo, ellas son: 1) negación: sentimientos de culpa y un estado de entumecimiento e incredulidad; 2) enojo o ira: puede proyectarse hacia otras personas o interiormente expresarse en forma de depresión, culpar a otro, aflicciones y desesperación; 3) negociación: retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente las pérdidas; 4) depresión: es el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; 5) aceptación: después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado (28).

Dentro de la literatura se identifican diferentes causas que generan el duelo por una pérdida significativa, las cuales pueden ser naturales por el ciclo vital (como la muerte de un adulto mayor) y no naturales que engloban sucesos repentinos y violentos (accidentes, suicidios, homicidios, desastres, terror y guerra), distintos autores indican que este tipo de pérdida produce un mayor riesgo de trastornos mentales en personas desconsoladas, como el trastorno depresivo mayor. Esto indica que el proceso de duelo puede ser una oportunidad para el crecimiento personal, pero también puede ser una oportunidad para desarrollar comportamientos inadaptativos o desórdenes psíquicos que sumados a un abordaje inadecuado pueden llevar al desarrollo de un duelo patológico o complicado, acompañados de problemas de salud mental como trastornos del estado de ánimo, ansiedad y estrés postraumático, y puede conducir de igual manera a resultados adversos para la salud, abuso de sustancias, suicidio o incluso patologías como cardiomiopatías y cáncer [1, 7, 11, 14, 18, 22, 24, 31, 32, 33, 34, 35].

Esta investigación tiene el objetivo de analizar las diferentes conductas de afrontamiento que son aplicadas al proceso de duelo por parte de los adultos jóvenes mediante una revisión de la literatura existente identificando conductas de afrontamiento que pueden generar riesgo para la salud y estrategias que pueden promover habilidades de crecimiento personal.

METODOLOGÍA

En esta investigación se realizó una revisión integrativa de literatura, la cual consiste en buscar, seleccionar y consultar la bibliografía que pueda ser útil para el estudio, seleccionando la información relevante y necesaria relacionada con el problema de investigación, mediante esta búsqueda sistemática se pretende identificar las conductas de afrontamiento que pueden promover habilidades de crecimiento personal y las que pueden generar riesgos para la salud tanto a corto como a largo plazo (9,36,37).

La búsqueda de información se realizó en el contexto mundial de artículos publicados en bases de datos de Scopus, Psicodoc, PubMed, Medline y Clinical Key con fechas de publicación desde el año 2013 a 2020. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los artículos fueran: registros de ensayos clínicos controlados aleatorizados, consulta con expertos, estudios cualitativos, estudios ex post facto, estudios de corte transversal, estudio seguimientos de casos, revisión sistemática, estudio observacional, estudios fenomenológicos, estudios epidemiológicos, estudios piloto y estudios interculturales, se incluyeron, además, estudios en idioma español, inglés y portugués. La población objeto incluida en los artículos se encuentra entre los 19 y 24 años.

Como criterios de exclusión, no se tuvieron en cuenta: artículos duplicados, población pediátrica ni perinatal, pérdidas materiales, pérdidas corporales y pérdida de la salud.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos mencionadas, utilizando las palabras claves: duelo, estrategia, adulto joven, salud y comportamiento de afrontamiento de acuerdo con lo establecido en los descriptores en Ciencias en la Salud-DeCS y los Medical Subject Headings-MeSH; además, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR generando las combinaciones: duelo AND adulto joven, duelo AND comportamiento de afrontamiento, duelo AND comportamiento de afrontamiento OR Estrategia, duelo AND Adulto joven AND salud.

La recolección de la información se efectuó en un periodo de seis meses y la tabulación de los datos se realizó a través de la elaboración de una base de datos en Excel. De acuerdo a la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 [36,37] el estudio realizado se considera como una investigación sin riesgo.

RESULTADOS

En la revisión de la literatura se encontró un total de 16,482 artículos, de los cuales se seleccionaron los artículos finales de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos para esta revisión quedando 99 artículos y de estos se excluyeron 8 artículos por ser duplicados. El resultado es: 6 estudios cualitativos, 4 estudios ex post facto, 65 estudios observacionales transversales, 1 de revisión sistemática, 6 estudios observacional prospectivo, 2 fenomenológicos hermenéuticos, 1 estudio de caso, 1 estudio epidemiológico retrospectivo, 2 estudios piloto, 2 ensayos controlados aleatorizados y 1 estudio intercultural (figura 1). La búsqueda se realizó mediante el uso de 4 ecuaciones de búsqueda (tabla 1). En los resultados de la investigación el idioma en el que se encontró mayor cantidad de artículos fue inglés con un total de 36, de los cuales 17 fueron realizados en Estados Unidos, el año en que se registraron más publicaciones con respecto a la temática fue en 2018 con 23 artículos.

A partir de esta revisión de literatura se puede definir que las estrategias de afrontamiento son las acciones de una persona frente a un problema percibido en un intento de obtener alivio, satisfacción o tranquilidad. Por lo tanto, es un proceso adaptativo en el que los factores ambientales que permiten respuestas específicas pueden modificarse. Dentro de la perspectiva del curso de la vida, los comportamientos de afrontamiento son impulsados por sistemas en desarrollo, como el lenguaje y la cognición, y moldeados por las interacciones persona-ambiente [38].

Dentro de las estrategias de afrontamiento encontradas (tabla 2) se mencionan el apoyo social y la psicoeducación como las estrategias efectivas más utilizadas en el proceso de duelo, ya que de los 91 artículos encontrados el 33% nombran esta estrategia. El afrontamiento evitativo es el más utilizado dentro de las estrategias inefectivas encontrándose en un 19% de los artículos consultados, teniendo en cuenta que un solo artículo, el de Ramos et al, puede aludir a varias estrategias.

Los resultados de los estudios encontrados en esta revisión de acerca del uso de estrategias de afrontamiento del duelo en pérdidas significativas son diversos, esto evidencia que ninguna de ellas es mejor que otra, por lo que el beneficio o las consecuencias en la calidad de vida que obtienen las personas es lo que determinará su impacto (21).

Dentro de las estrategias se encuentran:

Terapia grupal

Diversos estudios como el publicado por la Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación en España y los realizados por autores como Kramer et al., en Suiza, Bartl et al. en Alemania, Arnoso Martínez et al., en Argentina y Pitman et al., en Reino

Unido consideran que la psicoterapia grupal es un tratamiento eficaz para tratar procesos como el duelo, destacándose por utilizar de manera eficiente los recursos. La psicoterapia de grupo es esencialmente una aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes con el propósito de infundir esperanza, universalidad; transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento imitativo, catarsis; recapitulación correctiva del grupo familiar primario; factores existenciales; cohesión del grupo, crecimiento personal y aprendizaje interpersonal. Gracias a esta estrategia de manera general se observa disminución en intensidad de sintomatología ansioso-depresiva de los pacientes en el periodo de tratamiento del duelo. Ayuda a aceptar la pérdida, expresar emociones al sentirse identificados con otros miembros del grupo, es importante destacar que se han demostrado buenos resultados con la realización de la terapia cognitivo conductual individual (39, 40, 41, 42, 43, 44, 45).

Redes sociales

Las redes sociales se han venido utilizando con frecuencia en comunidades virtuales como estrategia de afrontamiento para las personas con duelo; Zylit et al. en su estudio, *facebook: un nuevo lugar para la manifestación de una pérdida significativa* encontró relevante el uso de la red social Facebook por parte de los dolientes debido a la muerte de un ser querido. El uso de Internet ha permitido la interacción virtual abordando los problemas relacionados con la vida y la muerte en busca de la expresión del sentimiento de duelo, considerándose como una red de apoyo que facilita el manejo de la experiencia de las personas afligidas generando estrategias de afrontamiento emocional y cognitivo. Se identificaron dentro de esta red social de Facebook cuatro categorías temáticas: expresar reacciones emocionales y cognitivas a la muerte; mantenerse conectado con el difunto; dar a conocer homenajes, eventos y

agradecimientos y expresar condolencias a los miembros de la familia. Algunos comentarios fueron categorizados como indicadores de estrategias de afrontamiento emocional o cognitivo (46).

Musicoterapia

Dentro de la literatura se evidencia la musicoterapia como una estrategia de afrontamiento, la cual consiste en la improvisación instrumental, improvisación vocal y el diálogo verbal. En un estudio realizado por Iliya et al. en New York aplicó intervenciones con sesiones de musicoterapia en dos grupos, uno con atención estándar e intervención de música y el otro solo con atención estándar, al comparar los dos grupos se obtuvo una mayor mejoría en los síntomas de duelo en los pacientes que recibieron las intervenciones de musicoterapia. La musicoterapia puede ayudar a las personas a procesar sus experiencias de dolor y pérdida, especialmente en el contexto de enfermedades mentales y duelo complicado (47).

Afrontamiento activo y evitativo:

Autores como Rodríguez Marín distinguen entre dos formas de afrontamiento: activas (o de afrontamiento del problema) y evitativas (que permiten escapar del problema). De hecho, parece que las personas que tardan más tiempo en pedir ayuda específica para elaborar el duelo (afrontamiento evitativo) frente a las personas que acuden rápidamente a pedir ayuda (podría tratarse de afrontamiento activo), acaban necesitando una mayor atención profesional para su problema y viviendo un duelo complicado. La utilización de estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación parece tener un efecto negativo en el ajuste emocional y se asocia con mayor sintomatología mientras que las estrategias orientadas al afrontamiento activo se asocian a efectos positivos sobre el ajuste emocional y social (42, 48).

Dentro de esta misma línea autores como Arnoso et al., consideran que pueden encontrarse estrategias positivas y desadaptativas, dentro de las positivas pueden encontrarse: el afrontamiento activo, un mayor apoyo social positivo, la posibilidad de dar sentido a lo ocurrido, la generación de una identidad de sobreviviente por ejemplo en los casos de personas con desplazamiento forzado que han perdido seres significativos como hechos que han victimizado al doliente, así como en casos de pérdida de seres significativos a causa de desastres naturales (42, 49, 50, 52).

Dentro de las estrategias desadaptativas pueden encontrarse: el resistirse a aceptar lo ocurrido, la negación, la evitación, ocultar los sentimientos y aislarse del entorno, generando así, una mayor alteración en el proceso de duelo (42, 52).

Afrontamiento centrado en la emoción y centrado en el problema

Diferentes autores como Magaña, et al., Prieto, et al., Dessen et al., y Queiroz, et al. proponen dos tipos de afrontamiento, uno centrado en la emoción que regula las emociones causadas por el distrés, se enfoca en la añoranza y el recuerdo del fallecido. El segundo se centra en manejar el problema que origina el duelo mediante estrategias para disminuir los estresores causados por el duelo, cómo aprender y desarrollar nuevos roles, realizar cambios psicosociales y reconstruir las creencias acerca de sí mismo después de la pérdida (21, 48, 53, 54, 55).

Apoyo social y psicoeducación

El apoyo social puede ayudar a mitigar las respuestas psicológicas adversas al duelo, mientras que el apoyo inútil puede producir resultados negativos, ya que este incluye alentar la recuperación, consejos erróneos, hablar de manera insensible y luchar durante eventos

estresantes. El dolor emocional agudo después de la muerte de un ser querido puede verse exacerbada por insensibilidad de otras personas significativas a este dolor porque el individuo desconsolado puede sentirse insultado por este apoyo insensible y creer que solo el regreso del difunto calmaría los sentimientos de pérdida (52, 56, 57).

Estudios anteriores como los de Nam, Romero y Cruzado han demostrado que la psicoeducación beneficia a los sujetos desconsolados al proporcionar acceso a personas que entienden, ayudando a descubrir de los aspectos universales de experimentar una muerte y facilitando la adaptación en los cambios que está viviendo el doliente (33, 34).

En un estudio realizado por Nam en Corea del sur con 42 participantes, los cuales fueron divididos en un grupo caso y un grupo control, se pudo evidenciar la eficacia del uso de las psicoeducaciones en el tratamiento del duelo complicado. Este hallazgo sugiere la necesidad de implementar un programa de intervención de psicoeducación en apoyo social, el cual es útil después de que las personas hayan experimentado la pérdida de un ser querido (33).

De igual forma en un estudio realizado por Iliya, et al. en Inglaterra de personas desconsoladas por el suicidio también se identifica la necesidad de un mayor apoyo e información tanto para familiares como amigos luego de esta pérdida. En este estudio se evidenció que la mayoría de encuestados encontró valioso el apoyo para hacer frente al dolor. Casi la mitad de los encuestados que informaron sobre el apoyo lo habían recibido 'formalmente' de un profesional, más comúnmente un profesional de la salud, un terapeuta o un consejero en el sector legal, privado o voluntario, el resto de los encuestados informaron haber recibido algún tipo de apoyo de duelo, más comúnmente de manera informal de amigos o familiares, y se evidenció que todos los participantes describieron experiencias positivas (47, 58, 59, 60).

Anticipar el duelo

Anticipar el duelo se considera como un recurso adaptativo utilizado para enfrentar la pérdida de un ser querido. Sin embargo, esto implica una gama de reacciones emocionales anticipatorias como la ansiedad de separación, la soledad existencial, la tristeza, la decepción, la ira, el resentimiento, la culpa, el agotamiento y la desesperación. Además, también involucra varias fases, como shock, negación, ambivalencia y repulsión (14, 21).

La religión y la espiritualidad

La religiosidad y la espiritualidad contribuye como un factor decisivo en el proceso de duelo promoviendo el alivio del sufrimiento, brindando consuelo, ofreciendo un significado para el doliente, además proporcionan estados positivos (calma mental, tranquilidad, equilibrio, energía, alegría, satisfacción y armonía), efectos emocionales (reducción de sentimientos de tristeza, angustia, dolor y liberación de pensamientos negativos), efectos mentales (más conciencia de la muerte y de la finitud, claridad mental, mayor discriminación de sí mismo y el entorno) y efectos conductuales (posibilidad de enfrentar conflictos, hallar solución a los problemas presentes en el duelo, etc.) Por otro lado, también puede generar efectos negativos relacionados con el dolor, la culpa y el enojo consigo mismo y con Dios (14, 21, 52).

Se identifican tres estilos: el diferir, que implica delegar toda la solución del problema a Dios; el autodirigido, que consiste en utilizar el poder que Dios da para resolver el problema por cuenta propia, y el estilo de colaboración, que implica ver a Dios como un compañero de equipo en el proceso de resolver problemas (21).

En muchas culturas se suelen realizar rituales de despedida que también beneficia a las personas involucradas, este tipo de estrategias han demostrado ser benéficas para la salud (5, 14, 21).

Alcoholismo

El alcoholismo se ha considerado como una estrategia para afrontar el duelo, sin embargo, el uso de esta también puede ser perjudicial para la salud. Este mecanismo de afrontamiento se utiliza con el fin de calmar el dolor y la tristeza, además de reprimir y expresar sentimientos de vulnerabilidad, aflicción y pérdida. Sin embargo, puede retrasar la recuperación, presentar un duelo complicado, dependencia al alcohol o incluso puede conducir al suicidio (58, 61).

En un estudio realizado por Creighton, et al. en Canadá, el consumo de alcohol no fue una experiencia negativa para los participantes; en cambio, fue implícitamente y a menudo explícitamente ubicado como terapéutico. La investigación indica que el consumo de alcohol también puede aumentar otros riesgos para la salud, como conducir bajo la influencia del alcohol, participar en actividades más allá de la capacidad y la lucha inducida por el alcohol (58).

Estrategias de afrontamiento en función del sexo

Existen autores como Magaña, et al. que concluyen que los hombres y las mujeres puntúan más en la implementación de ciertas estrategias de afrontamiento que en otras, se dice que los hombres tienden más a fijarse en lo positivo, utilizando estrategias de dirección, reinterpretación positiva, planificación, estilos de afrontamiento evitativo y humor, mientras que las mujeres utilizan en mayor medida la estrategia de búsqueda de apoyo social, emocional y religión.

Sin embargo, otros autores no encuentran diferencias significativas en estrategias utilizadas en función del sexo indicando que tanto hombres como mujeres pueden moverse en los distintos niveles de los dos patrones, incluso situarse en el punto medio haciendo uso de ambos patrones. Ninguno de los patrones es más o menos eficaz respecto al duelo, sino que ambos pueden ser adaptativos (21, 62, 63).

Autorrevelación o Auto-divulgación (SD)

Se refiere al proceso por el cual las personas se dejan conocer por otros. En numerosos estudios como el de Levi y Lev en 2019, han demostrado esta estrategia como un requisito previo para un ajuste saludable. Demuestran que las personas que podían hablar sobre el evento de muerte mostraron significativamente menos dificultades de duelo y mostraron una disminución de los trastornos de salud mental. Por ejemplo, en los dolientes por suicidio, las tendencias de autorrevelación están relacionadas con niveles más bajos de duelo complicado, más allá del efecto de otros factores, como el apoyo social y el estilo de apego (64).

Estrategia el sesgo de efecto de desvanecimiento (FAB)

El sesgo de efecto de desvanecimiento o Fading Affect Bias (FAB) ocurre cuando el efecto desagradable se desvanece más rápido que el efecto agradable. La literatura sugiere que el FAB es un resultado de un afrontamiento saludable que puede ayudar a las personas a buscar experiencias agradables ante la muerte utilizando recursos mentales para reducir el impacto de eventos negativos y emociones. En ocasiones consiste en evitar pensamientos y emociones relacionados con las circunstancias que rodean los eventos y estos pueden ser mecanismos

de resistencia para las personas afligidas, que movilizan recursos mentales para minimizar los efectos de la muerte (65).

Otras estrategias descritas por distintos autores

Existen otras estrategias nombradas en diversidad de artículos y autores como Dominguez y Merino: la rumiación: pensar excesivamente sobre los sentimientos y pensamientos relacionados con el evento displacentero; catastrofización: pensamientos excesivos que enfatizan el evento experimentado; autoculparse: pensamientos que atribuyen la causa del evento displacentero, y la consecuente emoción, a la propia persona; culpar a otros: pensamientos que atribuyen la causa del evento displacentera a otras personas; poner en perspectiva: consiste en disminuir y comparar la gravedad del evento con otros que se experimentaron anteriormente; aceptación: pensamientos que acepten que el evento displacentero ocurrió;· focalización positiva: pensamientos agradables y alegres, en lugar de focalizarse en el evento displacentero; reinterpretación positiva: pensamientos que le dan un significado positivo al evento displacentero; refocalización en los planes: pensar en los pasos que deben llevarse a cabo para llegar a una solución para el problema que aqueja a la persona (66,67).

Las estrategias de afrontamiento al duelo por pérdidas significativas mencionadas anteriormente pueden clasificarse en estrategias efectivas e inefectivas tal como se evidencia en la tabla 2.

DISCUSIÓN

Autores como Nam, Romero y Cruzado indican que el apoyo social y la psicoeducación son estrategias efectivas comúnmente usadas, (52, 56, 57), ya que facilitan la adaptación en los cambios

que está viviendo el doliente (33, 34), por lo cual se considera necesario implementar programas de intervención de psicoeducación en apoyo social durante el proceso de duelo (33). Iliya, et al. Coincide con los anteriores autores expresando la necesidad de un mayor apoyo e información tanto para familiares como amigos luego de esta pérdida. (47, 58, 59, 60). Por consiguiente, a las anteriores estrategias efectivas se unen la religiosidad y la espiritualidad que brindan consuelo, ofrecen un significado para el doliente y proporcionan estados positivos disminuyendo la tristeza, la angustia y el dolor, por medio de actividades como rituales de despedida que han demostrado ser benéficos para los dolientes. No obstante, cuando estas estrategias no son utilizadas correctamente pueden generar efectos negativos relacionados con el dolor, la culpa y el enojo consigo mismo y con Dios (5,14, 21, 52).

Por otra parte, en la autorrevelación también se ha considerado una estrategia efectiva por autores como Levi, debido a que las personas que hacen uso de ella presentan menos dificultades de duelo y disminuyen el riesgo de presentar trastornos de salud mental (64). Mientras que el afrontamiento evitativo es inefectivo y es una de las estrategias más usadas por los dolientes, autores como Arnoso et al y Rodríguez Marín coinciden en que las personas que tardan más tiempo en pedir ayuda para elaborar su duelo, quienes presentan negación, ocultan sus sentimientos y se aíslan, tienen más riesgo de presentar un duelo complicado (21, 42, 48, 49, 50, 52). Al mismo tiempo, Kramer et al., en Suiza, Bartl et al. en Alemania, Arnoso Martínez et al., en Argentina y Pitman et al., en Reino Unido consideran que la psicoterapia grupal es un tratamiento eficaz para procesar el duelo, ya que disminuye la intensidad de sintomatología ansioso-depresiva de los pacientes en el periodo de tratamiento del duelo. Ayuda a aceptar la pérdida, expresar emociones al sentirse identificados con otros miembros del grupo. No obstante, autores como Rosner R, et al. destacan que se han

demostrado buenos resultados con la realización de la terapia cognitivo conductual individual (39, 40, 41, 42, 43, 44, 45).

Gracias a la globalización y a las tecnologías de la comunicación han surgido nuevas estrategias de afrontamiento como el uso de las redes sociales, autores como Zylit et al. Han encontrado efectivo el uso de la red social Facebook por parte de los dolientes debido a la muerte de un ser querido, considerando las redes sociales como una red de apoyo que facilita el manejo de la experiencia de las personas afligidas generando estrategias de afrontamiento emocional y cognitivo (46). Pese a estos hallazgos, aún se requiere de más investigaciones que den soporte y seguimiento a esta estrategia; Sin embargo, hay estrategias de afrontamiento más estudiadas y consolidadas como la musicoterapia. Autores como Iliya et al. han comprobado la efectividad de la musicoterapia para procesar las experiencias de dolor y pérdida (47).

Por otra parte, diferentes autores como Magaña, et al., Prieto, et al., Dessen et al., y Queiroz, et al. Proponen el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento centrado en manejar el problema, se cree que aquel afrontamiento que se centra en el problema sumado a estrategias para disminuir los estresores causados por el duelo puede llegar a ser más efectivo (21, 48, 53, 54, 55). Aunque el proceso de anticipación del duelo se ha considerado como una estrategia que ayuda a la adaptación para afrontar la pérdida, genera algunas reacciones que pueden llevar al doliente a presentar un duelo complicado por lo que se considera necesario realizar más investigaciones al respecto (14, 21).

Así, dentro de las estrategias que pueden ser efectivas a corto plazo, pero nocivas a largo plazo se encuentran el alcoholismo y el uso de sustancias psicoactivas, ya que el individuo

puede presentar un duelo complicado, dependencia de estas sustancias e incluso puede llegar al suicidio, por lo que pudiese ser efectivo para tratar algunos síntomas del duelo, pero no genera un estado de bienestar real, autores como Creighton, et al en sus estudios confirman esta afirmación (58, 61).

Para finalizar, a pesar de que autores como Magaña, et al, identifican ciertas diferencias en la forma de afrontar el duelo que presentan los hombres con respecto a las mujeres, otros autores no encuentran diferencias significativas en estrategias utilizadas en función del sexo indicando que ninguno de los patrones es más o menos eficaz respecto al duelo, sino que ambos pueden ser adaptativos (21, 62, 63).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés en este proyecto de investigación.

CONCLUSIONES

Las estrategias de afrontamiento pueden considerarse efectivas o inefectivas según el impacto que generen en la persona durante el proceso de afrontamiento al duelo, por lo que pueden funcionar como agente protector para la salud y potenciar las habilidades de crecimiento personal o actuar como factor de riesgo para la salud y generar complicaciones a futuro.

A pesar de que el duelo ha sido una temática bastante estudiada por diversos autores alrededor del mundo, es notoria la importancia de indagar más acerca de la eficacia de las estrategias que usan los adultos jóvenes para afrontar el duelo, identificando estadísticamente cuáles de estas estrategias pueden ser efectivas para evitar complicaciones en el proceso y cuáles no,

además observando cuáles de estas estrategias pueden predisponer al sujeto a presentar conductas de riesgo para la salud.

Por otra parte, se refleja la importancia de relacionar las causas, tipos, etapas, consecuencias e implicaciones del duelo con las estrategias de afrontamiento respectivas a este proceso, ya que de esto depende la calidad de la atención profesional en relación al apoyo en el proceso de duelo, por lo que hace indispensable el conocimiento sobre la identificación de las diferentes conductas de riesgo para la salud secundarias a un afrontamiento inefectivo, de tal forma que se establezcan intervenciones oportunas para orientar un duelo saludable y evitar las complicaciones relacionadas.

Finalmente, es importante enfatizar la característica de individualidad que engloba el proceso de duelo y en consecuencia a las estrategias de afrontamiento que se utilicen en esta situación desde su inicio hasta su resolución, pues al depender de procesos intrínsecos de cada persona se determina la complejidad de su comprensión y abordaje.

REFERENCIAS DEL ARTÍCULO DE DUELO

1. Bernal RL, Avendaño BL, Diseño y análisis psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos. Diversitas: Perspectivas en Psicología [Internet]. 2018 ;14(1):121-136. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67957684010
2. Currier JM, irlandés JEF, Neimeyer RA y Foster JD. El apego, los lazos continuos y el duelo complicado después de una pérdida violenta: probar un modelo moderado. Death Studies [Internet]. 2014; 39 (4), 201–210. doi: 10.1080 / 07481187.2014.975869
3. Fernandez M, Perez M, Catena A, Cruz F. Grief, loss and end of life processes [Internet].

2017; 38 (3) 553-560. Recuperado de: https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1342941

4. Davis EL, Deane FP y Lyons GCB. Predicción de las diferencias individuales en el ajuste a la pérdida: la aceptación y la vida valorada como valoración crítica y fortalezas de afrontamiento. Death Studies [Internet]. 2015; 40 (4), 211–222. doi: 10.1080 / 07481187.2015.1122677.
5. Fernandes Saldanha M, Radzevicius L, Cury Tardivo L, Salles RJ. Análisis del duelo de madres de niños y adolescentes desaparecidos. Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 2017; 26 (1), pp. 15-30. Recuperado de: https://doi.org/10.1590/1982-37030000762017
6. Wilson, DM, Cohen, J., Eliason, C., Deliens, L., Macleod, R., Hewitt, JA y Houttekier, D. ¿La intensidad del duelo de los sobrevivientes está relacionada con su percepción de la calidad de la muerte? Revista Internacional de Enfermería Paliativa [Internet] 2019; 25 (8), 398–405. 2019. doi: 10.12968 / ijpn.2019.25.8.398
7. García Mantilla MG, Ávila Espada A. Aplicación de la reformulación alemana del Método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT-LU) para la evaluación del cambio en un caso de duelo por pérdida de la pareja. Revista de Psicoterapia. [Internet] 2016; 27(103), 267-282. Recuperado de: http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/33/4
8. Alves D, Fernández-Navarro P, Ribeiro AP, Ribeiro E, Sousa I. y Gonçalves MM. Ambivalencia en la terapia del duelo: la interacción entre el cambio y la autoestabilidad. Estudios de la muerte [Internet] 2015; 40 (2), 129-138. doi: 10.1080 / 07481187.2015.1102177
9. Gamba-Collazos HA; Navia Arroyo CE. Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en Población Colombiana. Revista Colombiana de Psicología [Internet].

2017; Vol. 26 (1), 15-30. Tomada de: https://scihub.bban.top/10.15446/rcp.v26n1.51205.

10. LeBlanc, NJ, Unger, LD y McNally, RJ (2016). Reactividad emocional y fisiológica en duelo complicado. Revista de trastornos afectivos [Internet]. 2016; 194, 98-104. doi: 10.1016 / j.jad.2016.01.024
11. Sánchez-Aragón R, Retana-Franco B. Evaluación Tridimensional del Duelo Amoroso en México. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica [Internet]. 2013; 2 (36): 49-69. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645436004.
12. Pitman, A., Rantell, K., Marston, L., King, M. y Osborn, D. Estigma percibido de duelo repentino como factor de riesgo para pensamientos suicidas e intentos de suicidio: análisis de datos de encuestas transversales británicas en 3387 adultos jóvenes desconsolados. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública [Internet]. 2017; 14 (3), 286. doi: 10.3390 / ijerph14030286
13. Maccallum, F, Sawday, S, Rinck, M y Bryant, RA. El empujón y el tirón del dolor: enfoque y evitación en el duelo. Revista de terapia del comportamiento y psiquiatría experimental [Internet]. 2015;48, 105-109. doi: 10.1016 / j.jbtep.2015.02.010
14. Monteiro M., Magalhães A., Machado, R. Death on stage in the ICU: Family facing terminal condition. Temas em Psicologia. [Internet]. 2017; 25 (3) 1301-1315. doi: 10.9788/TP2017.3-17En
15. Domingo Benito E, Cuesta Gómez JL; Sánchez Fuentes S. Cómo afrontar el duelo en las personas con discapacidad. Una aproximación al problema. Siglo Cero [Internet]. 2018; Vol. 49 (268), 51-68. Tomado de: http://dx.doi.org.aure.unab.edu.co/10.14201/scero20184945168

16. Hutti MH, Myers J, Hall LA, Polivka BJ, White S, Hill J, et al. Predecir la intensidad del duelo después de una pérdida perinatal reciente. Journal of Psychosomatic Research [Internet]. 2017;101:128-134. Tomado de: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.016
17. Berenguer Pérez M, Barreto Martín MP, Pérez Marín M. Apego y superación de la pérdida de una persona significativa. Revista Argentina de Clínica Psicológica [edición electrónica] .2018; Vol. 27 (1), 62-71. Tomado de: http://dx.doi.org.aure.unab.edu.co/10.24205/03276716.2017.1043
18. Lövgren M, Sveen J, Nyberg T, Eilegård A, Prigerson HG, Steineck G y Kreicbergs U. La atención al final de la vida influye en el dolor: un seguimiento a largo plazo a nivel nacional entre los adultos jóvenes que perdieron a un hermano o una hermana por cáncer infantil. Revista de medicina paliativa, (2018); 21 (2), 156-162. doi: 10.1089 / jpm.2017.0029.
19. Sánchez R, Martínez R. Causas y Caracterización de las Etapas del Duelo Romántico. Acta de Investigación Psicológica - Registros de Investigación Psicológica [Internet]. 2014; 4 (1): 1329-1344. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933346002
20. Burdeus E, Miguel P, Álvarez C, Martín R, Múgica E, Riestra B, et al. Duelo prolongado y factores asociados. Asociación de Psicooncología de Madrid. 2016; Vol. 13, pp. 399-415. Tomado de: https://scihub.bban.top/10.5209/PSIC.54444
21. Magaña M, Bermejo J, Villacieros M, Prieto R. Estilos de afrontamiento y diferencias de género ante la muerte. Revista de Psicoterapia. 2019; (112), pp. 103-117.
22. Pérez HCS, Ikram MA, Direk N, Tiemeier H. Prolonged Grief and Cognitive Decline: A Prospective Population-Based Study in Middle-Aged and Older Persons. The

American Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;26(4):451-460.

23. Liu WM, Forbat L, Anderson K. Corrección: muerte de un amigo cercano: impactos a corto y largo plazo en el bienestar físico, psicológico y social. 2019; 14 (5). doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218026.
24. Hasson-Ohayon I, Peri T, Rotschild I, Tuval-Mashiach R. El papel mediador de la integración de la pérdida en la relación entre la disociación y el trastorno de dolor prolongado. Revista de psicología clínica. (2017); 73 (12), 1717-1728. doi: 10.1002 / jclp.22479
25. Liu WM, Forbat L, Anderson K. Corrección: Muerte de un amigo cercano: Impactos a corto y largo plazo en el bienestar físico, psicológico y social. (2019);14 (5): e0218026. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218026
26. O'Sullivan LF, Hughes K, Talbot F. Un montón de peces en el océano: ¿cómo los rasgos que reflejan la resistencia moderan el ajuste después de experimentar una ruptura romántica en la adultez emergente? J Youth Adolescence. (2019); 48, 949–962. https://doi.org/10.1007/s10964-019-00985-5
27. Adams E, Hawgood J, Bundock A, Kõlves K. Un estudio fenomenológico de hermanos desconsolados por el suicidio: una experiencia compartida. (2018).. doi: 10.1080 / 07481187.2018.1469055
28. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La Muerte Y El Duelo. Enfermería Global. 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf
29. Díaz V, Molina A, Marín M. Las pérdidas y los duelos en personas perdidas por el desplazamiento forzado. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2015; 13 (1): 65-80. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80140030005
30. Wojtkowiak J, Vanherf NC, Schuhmann CM. Duelo en una biografía de pérdidas:

significado en las narraciones de duelo de los usuarios de drogas duras sobre la muerte relacionada con las drogas. (2018); 1–11. doi: 10.1080 / 07481187.2018.1456708

31. DiGiacomo M, Hatano Y, Phillips J, Lewis J, Abernethy AP, Currow DC. Características del cuidador y necesidades de duelo: Resultados de un estudio de población. Medicina paliativa. 2016; 31 (5), 465–474. doi: 10.1177 / 0269216316663855
32. Djelantik A, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. Journal of Affective Disorders. 2020;265:146-156.
33. Nam IS. Efectos de la psicoeducación en el apoyo útil para el duelo complicado: un estudio aleatorizado controlado aleatorizado preliminar. Medicina psicológica. (2015); 46 (01), 189-195. doi: 10.1017 / s0033291715001658
34. Romero V, Cruzado Rodríguez J.. Duelo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes en una unidad de cuidados paliativos a los dos meses de la pérdida. Psicooncología. 2016; Vol. 13 (1), pp. 23-37.
35. Masferrer L, Garre-Olmo J, Caparrós B. Actas Españolas de Psiquiatría.. Publisher: Fundación Juan José López-Ibor; [Estudio instrumental], Base de datos: PSICODOC. 2017;45(2):47-55
36. Gutierrez A, Maz A. Cimentando un proyecto de investigación: La revisión de literatura. Capítulo 10. Acceso: 18 mayo 2020. Disponible en: https://www.uv.es/aprengeom/archivos2/homenaje/10GutierrezA.PDF
37. Fernández-Alcántara M, Pérez-García M, Pérez-Marfil MN, Catena-Martínez A, Hueso-Montoro C, Cruz-Quintana F. Evaluación de diferentes componentes de la función ejecutiva en procesos de duelo. Psicothema. Publisher: Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias y Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones; [Estudio transversal],

Base de datos: PSICODOC. 2016;28 (3):260-265. Tomado de: https://scihub.bban.top/10.7334/psicothema2015.257

38. Høeg BL, Appel CW, von Heymann-Horan AB, Frederiksen K., Johansen C., Bøge P., Bidstrup PE et al. Afrontamiento desadaptativo en adultos que han experimentado pérdida temprana de sus padres y consejería de duelo. Revista de psicología de la salud. 2016;22 (14): 1851-1861. doi: 10.1177 / 1359105316638550
39. Guillén-Guillén E, Gordillo-Montaño MJ, Gordillo-Gordillo MD. El grupo me ayudó a no estancarme. El avance en el proceso de duelo. Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y de la Educación [Internet]. 2015; 2 (1): 469-476. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851784046
40. Kramer U, Pascual-Leone A, Despland J.-N, Roten Y. Un minuto de duelo: procesamiento emocional en psicoterapia dinámica a corto plazo para el trastorno de adaptación. Revista de consultoría y psicología clínica. 2015;83 (1): 187-198. https://doi.org/10.1037/a0037979
41. Bartl H, Hagl M, Kotoučová M, Pfoh G, Rosner R. ¿El tratamiento prolongado del duelo fomenta el crecimiento postraumático? Resultados secundarios de un estudio de tratamiento con seguimiento a largo plazo y análisis de mediación. Psicología y psicoterapia: teoría, investigación y práctica. 2017; 91 (1): 27–41. doi: 10.1111 / papt.12140. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1111/papt.12140
42. Arnoso-Martinez M, Arnoso-Martínez A, Pérez-Sales P. Argentina (1976-1983): impacto y afrontamiento psicosocial. Universitas Psychologica [edición electrónica]. 2015;14(3). Publisher: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología; [Estudio transversal], Base de datos: PSICODOC
43. Pitman A, De Souza T, Khrisna-Putri A, Stevenson F, King M, Osborn D, Morant N.

Necesidades de apoyo y experiencias de personas afligidas por suicidio: hallazgos cualitativos de un estudio transversal británico sobre adultos jóvenes desconsolados. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública. 2018; 15 (4), 666. doi: 10.3390 / ijerph15040666. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/666/htm

44. Liew CH, Servaty-Seib HL. Duelo de estudiantes universitarios, diferencias de duelo, comunicación familiar y satisfacción familiar. Death Studies. 2017; 42 (4): 228–238. doi: 10.1080 / 07481187.2017.1334014. Disponible en:https://sci-hub.tw/10.1080/07481187.2017.1334014
45. Rosner R, Rimane E, Vogel A, Rau J, Hagl M. Tratamiento del trastorno de duelo prolongado con terapia cognitiva conductual específica de duelo prolongado: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio. Juicios. 2018;19(1). doi: 10.1186 / s13063-018-2618-3
46. Bousso RS, Ramos DF, Figueiredo HC, Santos M, Bousso F. Facebook: un nuevo locus para la manifestación de una pérdida significativa. Psicología USP. 2014;25 (2):172-179. Publisher: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia; [Estudios ex post facto], Base de datos: PSICODOC. Tomado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000200172&lng=pt&tlng=pt
47. Iliya YA. La musicoterapia como terapia de duelo para adultos con enfermedades mentales y duelo complicado: un estudio piloto. Death Studies. 2015; 39 (3): 173-184. doi: 10.1080 / 07481187.2014.946623. Disponible en: https://sci-hub.tw/10.1080/07481187.2014.946623
48. Bermejo JC, Villacieros M, Fernández-Quijano I. Escala de mitos en duelo. Relación

con el estilo de afrontamiento evitativo y validación psicométrica. Acción Psicológica [edición electrónica]. 2016;13 (2):129-142. Publisher: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Psicología; [Estudio transversal; Estudio instrumental], Base de datos: PSICODOC

49. Al-Gamal E, Saeed SB, Victor A, Long T. Trastorno de Duelo Prolongado y su relación con el Apoyo Social Percibido y la Depresión entre los Estudiantes Universitarios. Journal of Psychosocial Nursing. 2019;57 (2). doi: http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20181023-03
50. Levi-Belz Y, Lev-Ari L. ¿Hay alguien ahí fuera? Estilo de apego y facilitadores interpersonales como factores de protección contra el dolor complicado entre los sobrevivientes de pérdida por suicidio. J Nerv Ment Dis. 2019; 207(3): 131-136.
51. Sveen J, Bergh Johannesson K, Cernvall M, Arnberg FK. Trayectorias de duelo prolongado de uno a seis años después de un desastre natural. PLOS ONE. 2018;13 (12), e0209757. doi: 10.1371 / journal.pone.0209757
52. Cipolletta S, Gius E, Bastianelli A. Cómo cambia la carga de cuidar a un paciente en estado vegetativo en relación con diferentes estrategias de afrontamiento.[Internet]. 2014; 28(1), 92–96. doi: 10.3109 / 02699052.2013.857789
53. Ornelas PE. Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. Psicología y Salud. [Internet]. 2016;26(2):177-184. Recuperado a partir de: https://docplayer.es/37579858-Estrategias-de-afrontamiento-y-resiliencia-en-cuidadores-primarios-con-duelo.html
54. Fontoura D, Dessen MA, Queiroz E. Duelo y afrontamiento en familias víctimas de homicidios. Arquivos Brasileiros de Psicologia. [Internet]. 2015;67(2):61-74. Recupetado a partir de: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v67n2/06.pdf

55. Zhou N, Yu W, Tang S, Wang J, Killikelly C. Duelo prolongado y crecimiento postraumático después de la pérdida: análisis de clase latente. Psychiatry Research. [Internet].2018; 267, 221–227. doi: 10.1016 / j.psychres.2018.06.006
56. Sveen J, Eilegård A, Steineck G, Kreicbergs U. Todavía están afligidos: un seguimiento a nivel nacional de adultos jóvenes de 2 a 9 años después de perder a un hermano por cáncer. Psico-Oncología. [Internet]. 2014;23 (6): 658–664. doi: 10.1002 / pon.3463
57. Lundberg T, Forinder U, Olsson M, Fürst CJ, Årestedt K, Alvariza A. Estresores de duelo y bienestar psicosocial de adultos jóvenes después de la pérdida de un padre - Una encuesta transversal. European Journal of Oncology Nursing. [Internet].2018;35, 33–38. doi: 10.1016 / j.ejon.2018.05.004
58. Creighton G, Oliffe J, Matthews J, Saewyc E. "Embotando los bordes". El uso de los hombres jóvenes de alcohol para lidiar con el dolor después de la muerte de un amigo. [Internet]. 2015;43 (1), 54–60. doi: 10.1177 / 1090198115596164
59. Rodríguez A, Brito PR, García AM, Aguirre J, Fernández DA. Los diagnósticos de duelo de enfermería en el entorno de atención primaria de salud. Revista Internacional de Conocimiento de Enfermería.[Internet]. 2018. doi: 10.1111 / 2047-3095.12202
60. Lee E, Kim S, Enright R. Más allá del dolor y la supervivencia: crecimiento postraumático a través de la pérdida inmediata de suicidio familiar en Corea del Sur. OMEGA—Journal of Death and Dying. [Internet]. 2017;0(0) 1–22. doi: 10.1177 / 0030222817724700
61. Honan CA, Skromanis S, Johnson EG, Palmer MA. La intoxicación por alcohol afecta el reconocimiento del miedo y la tristeza en los demás y la conciencia metacognitiva de la capacidad de reconocimiento de emociones. Emotion. [Internet]. 2018;18(6):842–854. doi:10.1037/emo0000404

62. Creighton G, Oliffe JL, Butterwick S, Saewyc E. (2013). Después de la muerte de un amigo: el dolor de los jóvenes y las identidades masculinas. Social Science & Medicine. [Internet]. 2013; 84, 35–43. doi: 10.1016 / j.socscimed.2013.02.022

63. Espinosa V, Salinas JL, Santillán Carolina. Incidencia del duelo en la ruptura amorosa en estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidi. Journal of Behavior, Health & Social Issues. [Internet]. 2017;9(2)27-35. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.001

64. Levi Y, Lev L. "Hablemos de ello": el papel moderador de la auto-divulgación sobre el dolor complicado a lo largo del tiempo entre los sobrevivientes de suicidio. J Environmental Research and public health. [Internet]. 2019; 16 (19): 3740. doi: https://doi.org/10.3390/ijerph16193740

65. Gibbons J, Lee S, Fehr A, Wilson K, Marshall T. El dolor y las actitudes de muerte evitables se combinan para predecir el sesgo del efecto de desvanecimiento. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública. [Internet].2018;15(8):1736. doi: 10.3390 / ijerph15081736

66. Domínguez S, Merino C. Cuestionario cognitivo de regulación emocional-18 en estudiantes universitarios: evidencia de validez convergente y discriminante. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. [Internet]. 2018; 2 (47): 171-184. doi: https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.12

67. Camacho D, Pérez MA, Gordillo F. El papel de la rumia en la culpa asociada con el duelo según la causa de la muerte. Investigación en psiquiatría. [Internet]. 2018. doi: 10.1016 / j.psychres.2018.04.065

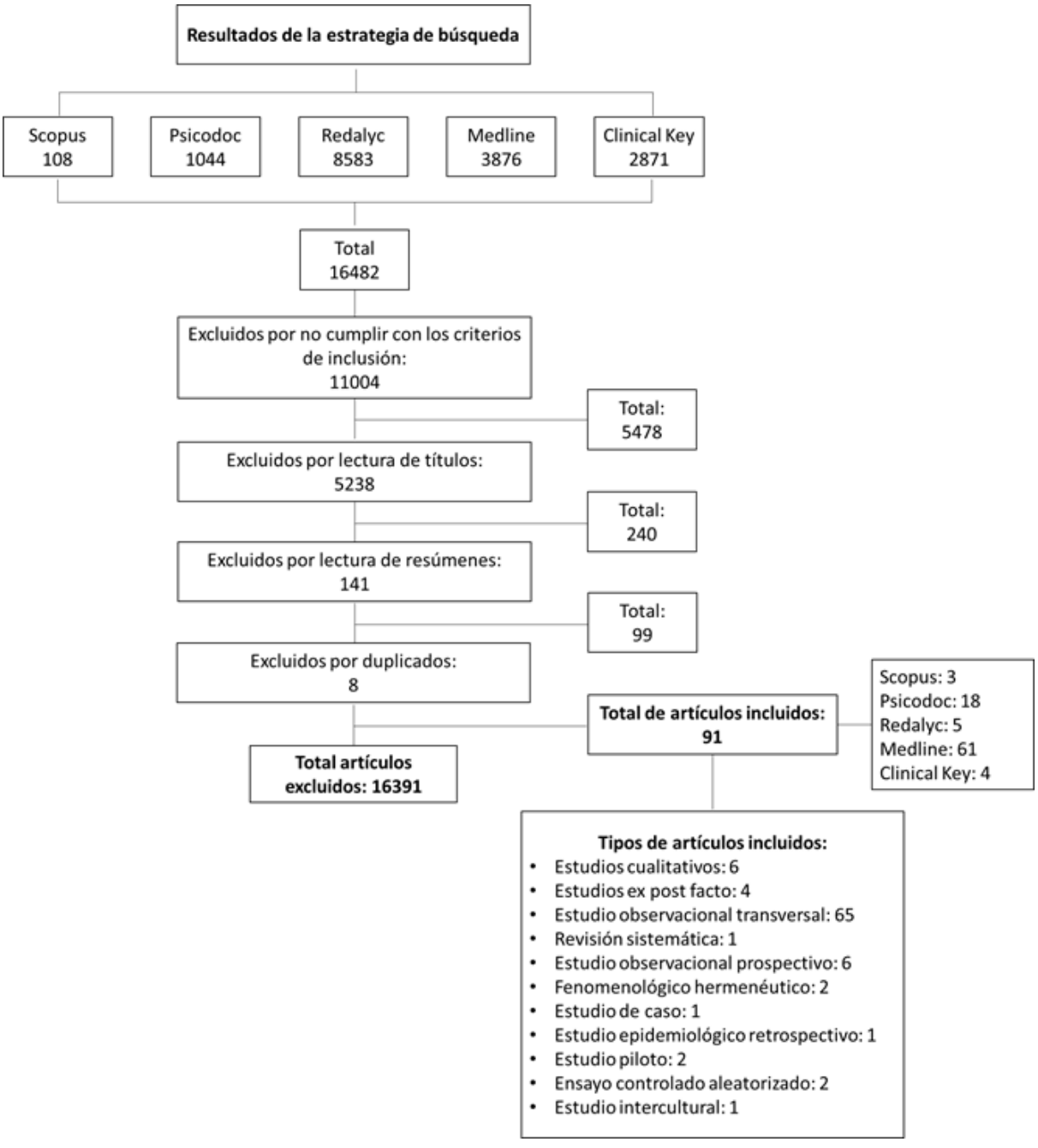

Resultados de la estrategia de búsqueda
Scopus 108
Psicodoc 1044
Redalyc 8583
Medline 3876
Clinical Key 2871
Total 16482
Excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión: 11004
Total: 5478
Excluidos por lectura de títulos: 5238
Total: 240
Excluidos por lectura de resúmenes: 141
Total: 99
Excluidos por duplicados: 8
Total de artículos incluidos: 91
Scopus: 3
Psicodoc: 18
Redalyc: 5
Medline: 61
Clinical Key: 4
Total artículos excluidos: 16391
Tipos de artículos incluidos:
Estudios cualitativos: 6
Estudios ex post facto: 4
Estudio observacional transversal: 65
Revisión sistemática: 1
Estudio observacional prospectivo: 6
Fenomenológico hermenéutico: 2
Estudio de caso: 1
Estudio epidemiológico retrospectivo: 1
Estudio piloto: 2
Ensayo controlado aleatorizado: 2
Estudio intercultural: 1

Figura 1. Búsqueda y selección de artículos.

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Tabla 1. Combinaciones de palabras clave para la búsqueda.

Combinaciones de búsqueda					
Bases de datos	Duelo *AND* adulto joven	Duelo *AND* comportamiento de afrontamiento	Duelo *AND* estrategia	Duelo *AND* adulto joven *AND* salud	**Resultados**
Scopus	0	1	2	0	3
Psicodoc	0	23	0	0	23
Redalyc	1	2	2	0	5
Medline	64	0	0	0	64
Clinical Key	1	2	1	0	4

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento identificadas.

Estrategias de afrontamiento identificadas					
Estrategias efectivas	**Cantidad de artículos/ Total de artículos***	**%**	**Estrategias inefectivas**	**Cantidad de artículos/ Total de artículos***	**%**
Terapia grupal.	5	5%	Afrontamiento evitativo.	17	19%
Redes sociales.	2	2%	Afrontamiento centrado en la emoción.	8	9%

Musicoterapia.	1	1%	Alcoholismo.	3	3%
Afrontamiento activo.	11	12%	Rumiación.	10	11%
Afrontamiento centrado en el problema.	8	9%	Catastrofización	5	5%
Apoyo social y psicoeducación.	30	33%	Autoculparse.	9	10%
Anticipar el duelo.	2	2%			
La religión y la espiritualidad.	6	7%			
Poner en perspectiva.	7	8%			
Aceptación.	10	11%			
Focalización positiva.	2	2%	Culpar a otro.	2	2%
Reinterpretación positiva.	4	4%			
Refocalización de los planes.	3	3%			
Autorrevelación o autodivulgación.	4	4%			
Estrategias el sesgo de efecto de desvanecimiento.	2	2%			

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Nota: La cantidad de artículos en los que se menciona cada estrategia fue hallada en base al total de artículos que corresponde a 91, para su análisis se tiene en cuenta que un solo artículo puede mencionar varias estrategias.

Tabla 3. Clasificación de las estrategias de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento identificadas	
Estrategias efectivas	**Estrategias inefectivas**
Terapia grupal	Afrontamiento evitativo
Redes sociales	Afrontamiento centrado en la emoción
Musicoterapia	Alcoholismo
Afrontamiento activo	Rumiación

Afrontamiento centrado en el problema	Catastrofización
Apoyo social y psicoeducación	Autoculparse
Anticipar el duelo	Culpar a otro
La religión y la espiritualidad	
Poner en perspectiva	
Aceptación	
Focalización positiva	
Reinterpretación positiva	
Refocalización de los planes	
Autorrevelación o autodivulgación	
Estrategias del sesgo de efecto de desvanecimiento	

Fuente: Elaboración propia de los autores

14. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Imagen n°118. Asistencia al curso: abordaje integral en salud mental para personal en salud

Fuente: secretaría distrital de salud de Bogotá

Imagen n°119. Certificado participación en el Centro de estudios de enfermería por el liderazgo en innovación en el programa de SALUD ACTIVA.

Fuente: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Centro de estudios de Enfermería.

Imagen n°120. Certificado participación en el I simposio internacional de seguridad del paciente XV simposio Nacional de Seguridad del Paciente.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA

PiSA® FARMACEUTICA

LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A:

Karen Yulieth Castañeda Ruiz

Quien asistió y cumplió los requisitos académicos establecidos por el

I SIMPOSIO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

XV SIMPOSIO NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Intensidad: 5 horas

Bogotá, 19 de Septiembre 2020

Vicky Cabal E.
Dra. Victoria Eugenia Cabal Escandón
Decana de la Facultad de Enfermería Universidad El Bosque

MB
Dra. María del Rosario Bozón González
Directora División de Educación Continuada

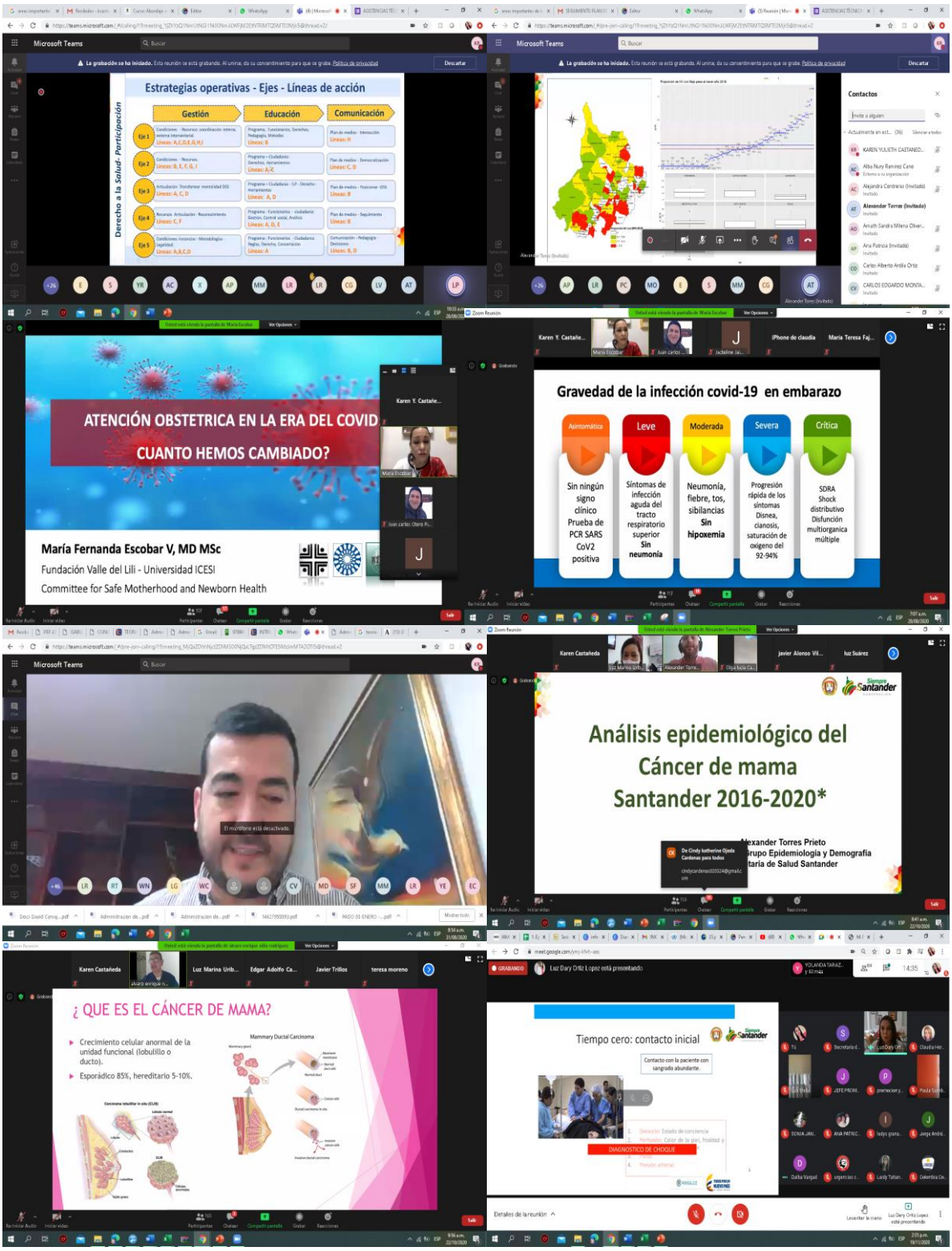
Dr. Luis Cano
Director Médico Pisa Farmaceutica de Colombia

Fuente: Facultad de Enfermería y la división de educación continuada de la Universidad el Bosque.

Imagen n°121. Certificados participación en los Webinar de seguridad del paciente ISABU

Fuente: Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU

Imagen n°122. Asistencia a diferentes capacitaciones por parte de la secretaría de salud, Ministerio de salud y otras entidades en salud.



Fuente: Pantallazos tomados por la estudiante PEP

Imagen n°123. Apoyo en la asistencia técnica del municipio de Santa Bárbara.

Fuente: imágenes tomadas por personal de la institución de salud de Santa Bárbara.

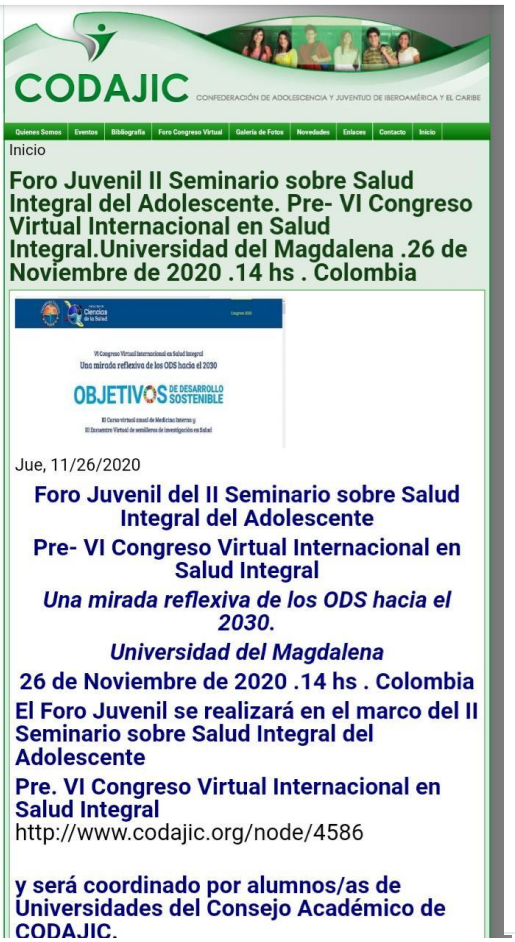
Imagen n°124. Participación en 3 Jornadas de vacunación

Fuente: imágenes tomadas por la estudiante PEP

Imagen n°125. Participación y liderazgo en el programa de salud activa liderado por los representantes estudiantiles del programa de enfermería

Fuente: elaboración de los representantes del programa de enfermería

Imagen n°126. Participación en el Foro juvenil del VI congreso virtual Internacional en salud Integral: Una mirada reflexiva de los ODS hacia el 2030


CODAJIC
CONFEDERACIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD DE IBEROAMÉRICA Y EL CARIBE

Inicio

Foro Juvenil II Seminario sobre Salud Integral del Adolescente. Pre- VI Congreso Virtual Internacional en Salud Integral.Universidad del Magdalena .26 de Noviembre de 2020 .14 hs . Colombia

Jue, 11/26/2020

Foro Juvenil del II Seminario sobre Salud Integral del Adolescente

Pre- VI Congreso Virtual Internacional en Salud Integral

Una mirada reflexiva de los ODS hacia el 2030.

Universidad del Magdalena

26 de Noviembre de 2020 .14 hs . Colombia

El Foro Juvenil se realizará en el marco del II Seminario sobre Salud Integral del Adolescente

Pre. VI Congreso Virtual Internacional en Salud Integral
http://www.codajic.org/node/4586

y será coordinado por alumnos/as de Universidades del Consejo Académico de CODAJIC.

26 de Noviembre de 2020 .14 hs . Colombia

El Foro Juvenil se realizará en el marco del II Seminario sobre Salud Integral del Adolescente

Pre. VI Congreso Virtual Internacional en Salud Integral
http://www.codajic.org/node/4586

y será coordinado por alumnos/as de Universidades del Consejo Académico de CODAJIC.

Coordinan alumn@s :
Universidad del Magdalena/ Colombia.
Universidad del Chubut/UDC- Argentina.
Universidad Nacional de Entre Ríos/UNER- Argentina.
Universidad Austral / Chile.
Universidad Autónoma de Bucaramanga/ Colombia.
Universidad de Cundinamarca/ Colombia.
Universidad de la Guajira/ Colombia.
Universidad Libre/ Sede Barranquilla/ Colombia.
Universidad de Los Llanos / Colombia.
Universidad Pedagógica y Tecnológica / Colombia.
Universidad CLAEH. Centro Latinoamericano de Economía Humana /Uruguay.

Coordinación General
Mónica E. Borile. Médica Pediatra y de Adolescentes. UDC-Argentina

Tutoras/es
Nelson García Riart . Médico Pediatra y de Adolescentes/ CODAJIC -Paraguay
Amanda Gotti. Lic.Psicología/UDC - Argentina.
Lilian Macias. Médica

Fuente: Pantallazos tomados por la estudiante PEP

15. CONCLUSIONES

1. El curso de preparación para la maternidad y la paternidad ofrecen múltiples beneficios, siendo una herramienta clave para que la pareja identifique los recursos y herramientas que les permitan vivenciar satisfactoriamente esta etapa y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

2. El departamento de Santander a nivel general se encuentra en un cumplimiento bajo en la implementación de la RIAMP, sin embargo, con las acciones de seguimiento y educación se ha venido fortaleciendo las capacidades del talento humano de todos los municipios, así como las acciones que garanticen el bienestar de la comunidad y atienda efectivamente sus necesidades.

3. Uno de los componentes más importantes es el fortalecimiento de los conocimientos técnicos y operativos en la atención integral, oportuna y de calidad de la gestante y el recién nacido, así como las habilidades para la aplicación de prácticas seguras en todos los integrantes del equipo de salud con el fin de prevenir la presencia de errores y disminuir los riesgos en la atención.

4. Para el logro de objetivos como disminuir la morbimortalidad materna y perinatal se requiere de un trabajo articulado de recursos y capacidades en donde participen los diferentes sectores del SGSSS para el desarrollo de políticas públicas apropiadas y sostenibles, que aseguren el acceso a los cuidados obstétricos esenciales efectivos, el fortalecimiento de la salud comunitaria en los distintos ámbitos culturales y

promoción de la atención primaria en salud; adicionalmente que las comunidades se empoderen para una vida saludable y toma de decisiones oportunas en el uso de los servicios de salud.

16. RECOMENDACIONES

1. Se propone seguir trabajando en la adherencia de la implementación de la RIAMP en cada uno de los municipios del departamento.
2. Es muy importante la participación activa de los estudiantes de enfermería en espacios administrativos como el que nos brindo la secretaría de Salud de Santander.
3. Dar continuidad al diseño del curso virtual de preparación para la maternidad y la paternidad e implementación del mismo a nivel de Santander, ya que es una herramienta educativa importante tanto para el personal de salud como para las pacientes.
4. Implementar una página web para la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.
5. Continuar con los procesos de seguimiento, educación, continuidad en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal y cada uno de los programas que favorezcan a la comunidad.

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población para las Naciones Unidas UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Protocolos para la Atención en Enfermería a la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer. [internet] [Consultado el 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf
2. Ministerio de Salud Colombiano. Plan decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [internet] [Consultado el 1 de noviembre de 2010]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social, equipo sexualidad y derechos sexuales y reproductivos Minsalud, Profamilia, OIM, UNFPA. Política de sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. [Internet]; 2015. [Consultado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf
4. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido paquetes instruccionales. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf

5. López L, Esquiaqui R. Informe epidemiológico de Santander. Perfil de mortalidad materna y mortalidad perinatal en Santander. [Internet]; 2015. [Consultado el 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://observatorio.co/web/publicaciones/informe_epidemiologico_perfil_morbi_materna_peri_ano_ix_num_2_2015_4.pdf
6. Ministerio de salud y Protección Social Colombia. Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal. [Internet]; 2018. [Consultado el 25 de julio de 2020]. Disponible en: https://b30c6441-f98b-4465-8dfe-512406ea9cf3.filesusr.com/ugd/4583a1_56d4a72424ba457baa4bb6b613beee4b.pdf?index=true
7. Raile M, Marrier A. Modelos y teorías en enfermería, séptima edición. Elsevier. [Consultado el 4 de septiembre de 2020]; 2011. Pág. 130 – 143. Disponible en: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
8. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Teoría Estructuralista de la Administración; 2018. [Consultado el 6 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-de-san-cristobal-de-huamanga/teoria-de-la-administracion/informe/teoria-estructuralista-de-la-administracion/3807824/view
9. Góngora Y, Martínez O. Del diseño instruccional al diseño de aprendizaje con aplicación de las tecnologías. [internet]. 2012. 13 (3) 342 – 360. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2010/201024652016.pdf

10. Gobernación de Santander. Secretaria de Salud de Santander. Análisis de situación de Salud con el Modelo de los determinantes Sociales de Salud Departamento de Santander. 2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=17191

11. Ministerio de salud y protección social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. [Internet]; 2013. [Consultado el 15 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf

12. Ponce H. La matriz FODA: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Redalyc. 2007;12(1):113-130. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/292/29212108.pdf

13. Cruz V, Fernández M, López J. González A. Determinación de prioridades por el método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. Mediographic. 2012;1(1). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126k.pdf

18. ANEXOS

Anexo 1. Informe estado de cumplimiento de la RIAMP Departamento de Santander

INFORME ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL VIGENCIA 2019

ELABORADO POR:

KAREN YULIETH CASTAÑEDA RUIZ

JEFE INMEDIATA:

ENF. ANA PATRICIA GONZÁLEZ GÓMEZ

DOCENTE TUTORA

ENF. SOCORRO FAJARDO NATES

DIMENSIÓN DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS – MATERNIDAD SEGURA

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER

BUCARAMANGA

2020

La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP) es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del ese derecho fundamental (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la resolución 3280 de 2018, la Secretaría de Salud de Santander – Dimensión de Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos (DSDSR) ha venido haciendo seguimiento a la implementación de la RIAMP a los 87 municipios del departamento dentro de los cuales se les ha hecho asistencia técnica a 100 Instituciones de Salud en vigencia 2019.

Las asistencias técnicas fueron realizadas por 5 enfermeras contratadas por la DSDSR en el año 2019, a cada Institución se le dio un porcentaje de cumplimiento teniendo en cuenta la aplicación de 10 listas de chequeo (lista de chequeo para el seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la atención en salud por medicina general o familiar y enfermería para la adolescencia, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la planificación en hombres y mujeres, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la atención del parto, seguimiento al cumplimiento de la norma técnica para la atención del recién nacido, atención para el cuidado preconcepcional, interrupción voluntaria del embarazo, curso de preparación para la maternidad, atención del puerperio, atención de emergencias obstétricas).

Cabe resaltar que la mayor parte de los municipios cuenta con el seguimiento y el plan de mejoramiento establecido según los hallazgos identificados y otros cuentas sólo con el plan de mejoramiento debido a que se ha realizado únicamente una visita por tanto, no es posible darle un porcentaje de cumplimiento como es el caso de Hospital Regional del Magdalena Medio de Barrancabermeja, El Ese Hospital el Carmen de Chucurí del Carmen de Chucurí, El Centro de Salud el Rosario de Bucaramanga, El Hospital Local del Norte de Bucaramanga, El Ese Nuestra Señora de las Nieves de Los Santos y La IPS Fundación Avanzar FOS en

Málaga para un total de 6 instituciones, finalmente se encuentran 2 municipios que no cuentan con seguimiento ni plan de mejoramiento como es el caso de IPS Biosanar del Socorro y Jordán, este último al no contar con una Institución propia de salud; para un total de 8 Instituciones que no presentan porcentaje de cumplimiento.

Los porcentajes de cumplimiento fueron establecidos de la siguiente manera:

Tabla n°1. Clasificación por porcentaje del nivel de cumplimiento de la RIAMP.

Nivel de cumplimiento	Porcentaje
Cumplimiento bajo	0 – 50%
Cumplimiento medio	51% - 79%
Cumplimiento alto	80% - 100%

A partir de los informes de cada contrato se hizo un consolidado general de todos los municipios con su respectiva Institución de salud a la cual se le realizó visita técnica como se muestra a continuación:

Tabla n°2. Consolidado del % de cumplimiento de los 87 municipios de Santander.

PROVINCIA	MUNICIPIO	INSTITUCIÓN	% DE CUMPLIMIENTO
Yariguíes	Barrancabermeja	Clínica San Nicolas	20%
		Clínica San José	7%
		Ese Barrancabermeja C.D Danubio-Campin	5%
		Unidad Clínica La Magdalena	29%
		Hospital Regional Del Magdalena Medio	Sin Dato
	Betulia	Ese Hospital San Juan De Dios	24%
	Cimitarra	Ese Hospital Integrado San Juan	68%
	El Carmen De Chucurí	Ese Hospital El Carmen De Chucurí	Sin Dato

	Puerto Parra	Ese Centro De Salud Santa Bárbara	13%
	Puerto Wilches	Ese Hospital Edmundo German Arias Duarte	28%
	Sabana De Torres	Hospital Integrado Sabana De Torres	29%
	San Vicente De Chucurí	Ese Hospital San Juan De Dios	15%
	Zapatoca	IPS Gestionar Bienestar	41%
Metropolitana	Bucaramanga	Centro De Salud El Rosario	Sin Dato
		Hospital Local Del Norte	Sin Dato
		Clínica Materno Infantil San Luis Sa	100%
	El Playón	Ese Hospital Santo Domingo Savio	60%
	Floridablanca	Hospital San Juan De Dios	82%
		Clínica Guane	37.5%
	Girón	Ese Clínica Girón	76%
	Lebrija	Ese Hospital San Juan De Dios	34%
	Los Santos	Ese Nuestra Señora De Las Nieves	Sin Dato
	Piedecuesta	Ese Hospital Local De Piedecuesta	42%
	Rio Negro	Ese Hospital San Antonio De Rio Negro	64.3%
	Santa Bárbara	Ese Santa Bárbara	25.8%
	Tona	Ese San Isidro	14%
Soto Norte	California	Ese Hospital San Antonio	8%
	Charta	Ese Ucatá	19%
	Matanza	Ese Hospital San Rafael	7%
	Suratá	Ese Hospital San Sebastián	14%
	Vetas	Ese Nuestra Señora Del Carmen	0%
Vélez	Aguada	Ese Centro De Salud Hermana Gertrudis	33.33%
	Albania	Ese Blanca Alicia Hernández	29%
	Barbosa	Ese Hospital Integrado San Bernardo	75.33%

	Bolívar	Ese Hospital De Bolívar	71.4%
	Chipatá	Ese Divino Niño Jesús	24.38%
	El Peñón	Ese Hospital El Peñón	33.33%
	Florián	Ese San José De Florián	57.1%
	Guavatá	Ese San José De Guavatá	38%
	Güepsa	Hospital San Roque	40.2%
	Jesús María	Centro De Salud Sagrado Corazón	33%%
	La Belleza	Ese Hospital San Martín	43.5%
	La Paz	Ese Nuestra Señora De La Paz	33.32%
	Landázuri	Ese Hospital Integrado Landázuri	65.38%
	Puente Nacional	Ese Hospital Integrado San Antonio	62.5%
	San Benito	Ese San Benito	47%
	Santa Helena De Opón	Ese Centro De Salud Jaime Michel	50%
	Sucre	Ese Hospital Local De Sucre	52%
	Vélez	Hospital Regional De Vélez	82%
		IPS Avanzar FOS Sede Vélez	40%
		IPS Sol Y Vida	72.72%
García Rovira	Capitanejo	Ese Hospital San Bartolomé	47.4%
	Carcasí	Ese Centro De Salud De Carcasí	44.4%
	Cerrito	Ese Hospital San Antonio Del Cerrito	85%
	Concepción	Ese Hospital San Rafael De Concepción	55%
	Enciso	Ese Hospital De Enciso	35.3%
	Guaca	Ese Hospital Santa Ana De Guaca	59%
	Macaravita	Ese Centro De Salud De Macaravita	0%
	Málaga	Ese Hospital Regional De García Rovira	50%
		IPS Fundación Avanzar FOS- Sede Málaga	Sin Dato

	Molagavita	Ese Nuestra Señora De La Esperanza	44.4%
	San Andrés	Ese Hospital De San Andrés	60%
	San José De Miranda	Ese Hospital Nuestra Señora De Los Remedios	63.15%
	San Miguel	Ese Hospital De San Miguel	60%
Comunera	Chima	Ese San Roque De Chima	52%
	Confines	Ese Hospital San Cayetano	73%
	Contratación	Ese Sanatorio De Contratación	72%
	Guacamayo	Ese San Juan De Soleris	58.3%
	Galán	Ese Hospital San Juan De Dios De Galán	62.85%
	Gámbita	Ese Centro De Salud Flórez Y Caicedo	64%
	Guadalupe	Ese Nuestra Señora De Guadalupe	59.1%
	Guapotá	Ese Hospital San Cayetano	60%
	Hato	Ese Nodo Hato	79%
	Oiba	Ese Hospital San Rafael De Oiba	64.4%
	Palmar	Ese Andrés Cala Pimentel	61%
	Palmas Del Socorro	Ese Nodo Palmas	87.9%
	Simacota	Ese Hospital Integrado San Roque	80%
	Socorro	Hospital Manuel Beltrán Socorro	86%
		IPS Micorporación	86%
		IPS Biosanar	Sin Dato
	Suaita	Ese Hospital Flórez Y Caicedo	60%
Guanentá	Aratoca	Ese Hospital San Pablo II	58%
	Barichara	Ese Hospital San Juan De Dios	31.81%
	Cabrera	Ese Centro De Salud San Pedro	57%
	Cepitá	Ese Cepitá	53%
	Charalá	Ese Hospital Luis Carlos Galán	50%
	Coromoro	Ese Coromoro	72.09%

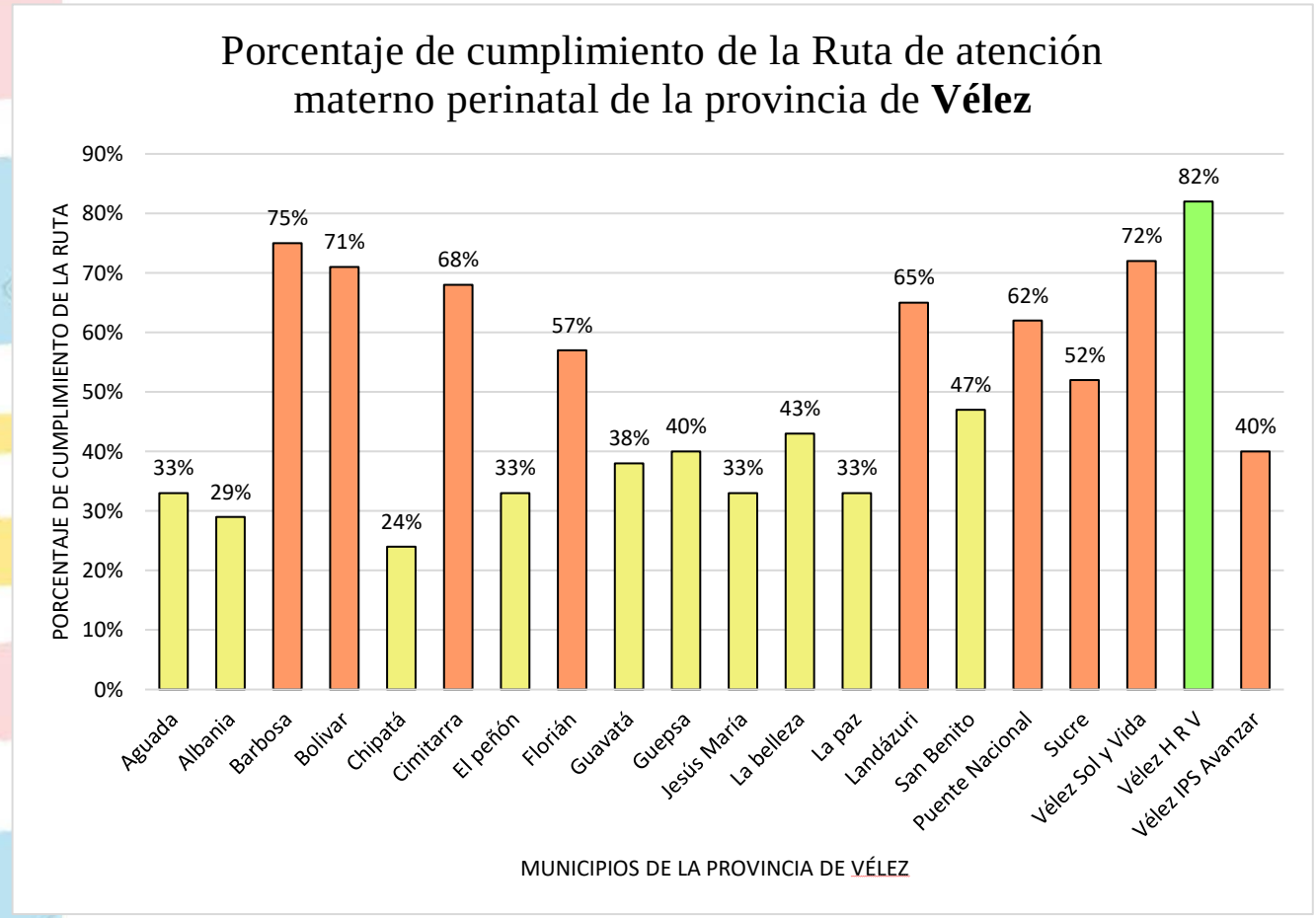
	Curití	Ese Hospital Integrado San Roque	57.35%
	Encino	Ese Encino	31.81%
	Jordan	Secretaría De Salud	Sin Dato
	Mogotes	Ese Hospital San Pedro Claver	51.38%
	Ocamonte	Ese Ocamonte	26.25%
	Páramo	Ese Centro De Salud Páramo	30.76%
	Pinchote	Ese San Antonio De Padua	42%
	San Gil	Ese Hospital Regional De San Gil	51.7%
		Clínica Santa Cruz De La Loma	100%
	San Joaquín	Ese Hospital Integrado San |Joaquín	31.70%
	Valle De San José	Ese Hospital San José	82.14%
	Villanueva	Ese Centro De Salud Camilo Rueda	52.15%
	Onzaga	Ese Hospital San Vicente De Paul	48.71%

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

ANÁLISIS DEL CUMPLIMINTO DE LA RUTA POR PROVINCIAS

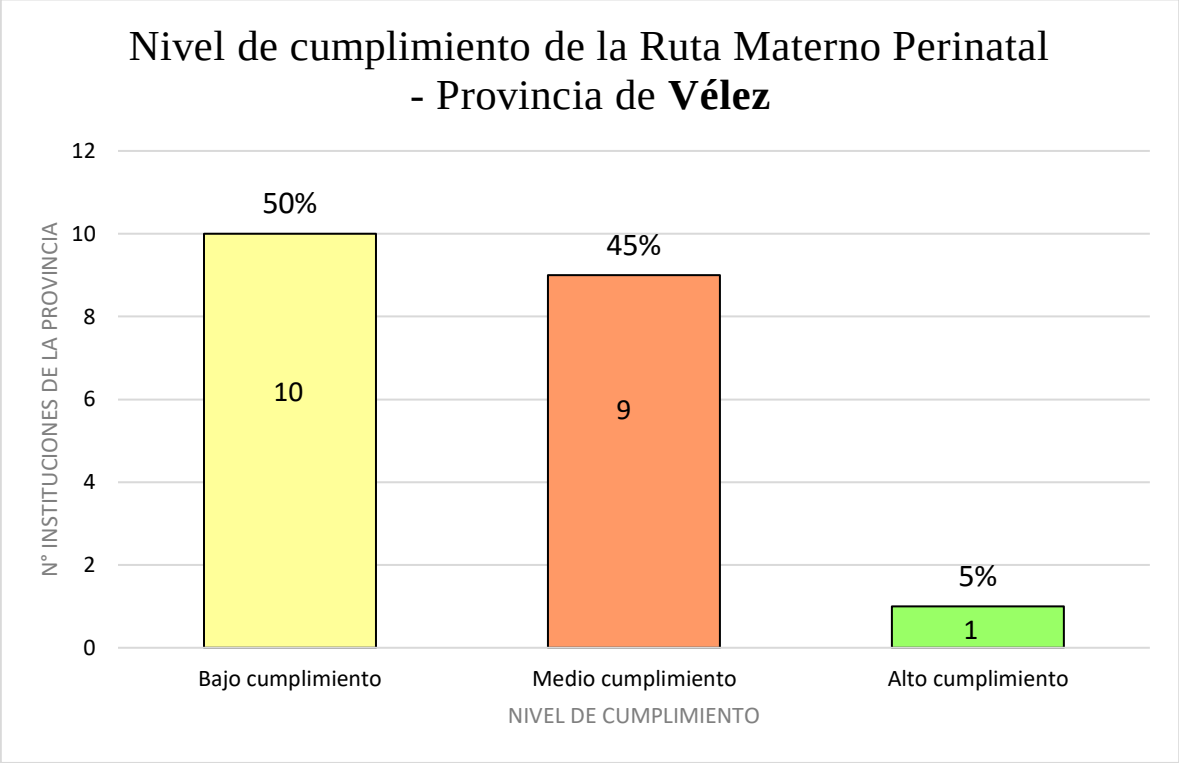
1. PROVINCIA DE VÉLEZ

Gráfica n° 1. Porcentaje de cumplimiento de la RIAMP Provincia de Vélez.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Gráfica n°2. Nivel de cumplimiento de la RIAMP – Provincia de Vélez.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios de la Provincia de Vélez se encuentran entre bajo y medio cumplimiento en la implementación de la RIAMP. De las 20 Instituciones de Salud, 10 se encuentran en bajo cumplimiento lo que corresponde al 50%, 9 se encuentran en cumplimiento medio correspondiente al 45% y 1 se encuentra en alto cumplimiento lo que corresponde al 5%.

Tabla n°3. Instituciones de salud Provincia de Vélez según Nivel de Cumplimiento.

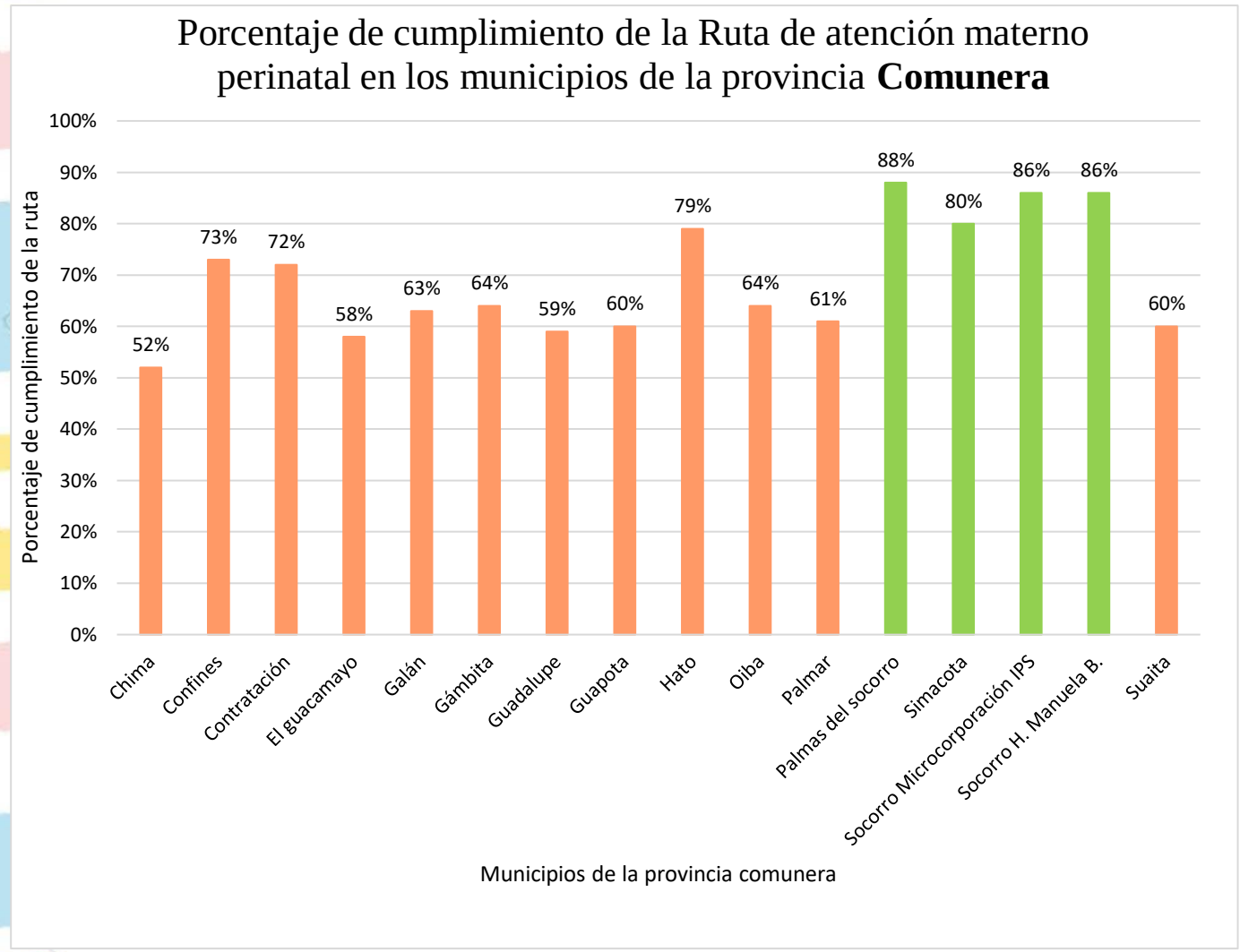
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	INSTITUCIONES DE SALUD

Cumplimiento bajo	Ese Centro De Salud Hermana Gertrudis (Aguada), Ese Blanca Alicia Hernández (Albania), Ese Divino Niño Jesús (Chipatá), Ese Hospital El Peñón (El Peñón), Ese San José De Guavatá (Guavatá), Hospital San Roque (Güepsa), Centro De Salud Sagrado Corazón (Jesús María), Ese Hospital San Martín (La Belleza), Ese Nuestra Señora De La Paz (La Paz), Ese San Benito (San Benito), Ese Centro De Salud Jaime Michel (Santa Helena De Opón), IPS Avanzar FOS (Sede Vélez)
Cumplimiento medio	Ese Hospital Integrado San Bernardo (Barbosa), Ese Hospital De Bolívar (Bolívar), Ese San José De Florián (Florián), Ese Hospital Integrado Landázuri (Landázuri), Ese Hospital Integrado San Antonio (Puente Nacional) Ese Hospital Local De Sucre (Sucre), IPS Sol Y Vida (Vélez)
Cumplimiento alto	Hospital Regional De Vélez (Vélez)

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

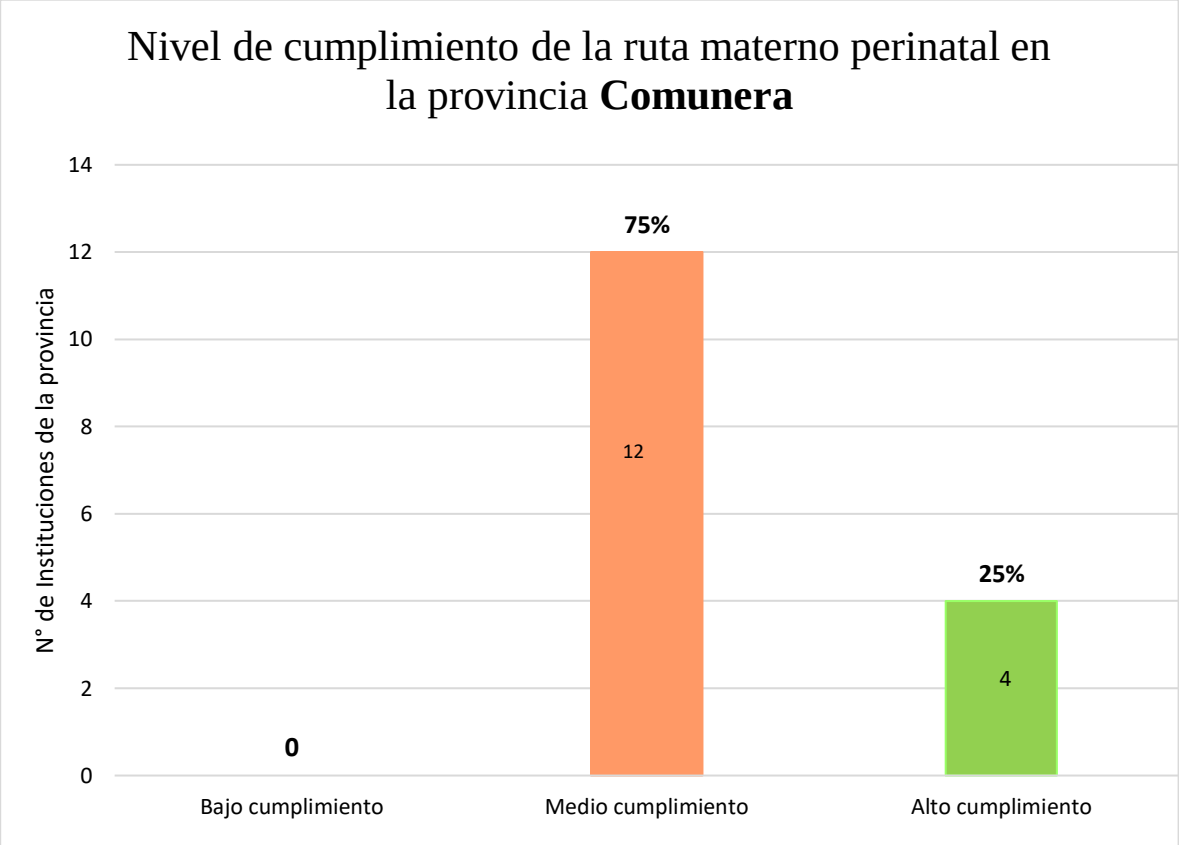
2. PROVINCIA COMUNERA

Gráfica n°3. Porcentaje de Cumplimiento de la RIAMP – Provincia Comunera.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Gráfica n°4. Nivel de cumplimiento de la RIAMP – Provincia de Comunera.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios de la Provincia Comunera se encuentran en cumplimiento medio en la implementación de la RIAMP. De las 16 Instituciones de Salud, 12 se encuentran en cumplimiento medio lo que corresponde al 75%, 4 se encuentran en cumplimiento alto correspondiente al 25% por lo tanto ningún municipio se encuentra en cumplimiento bajo.

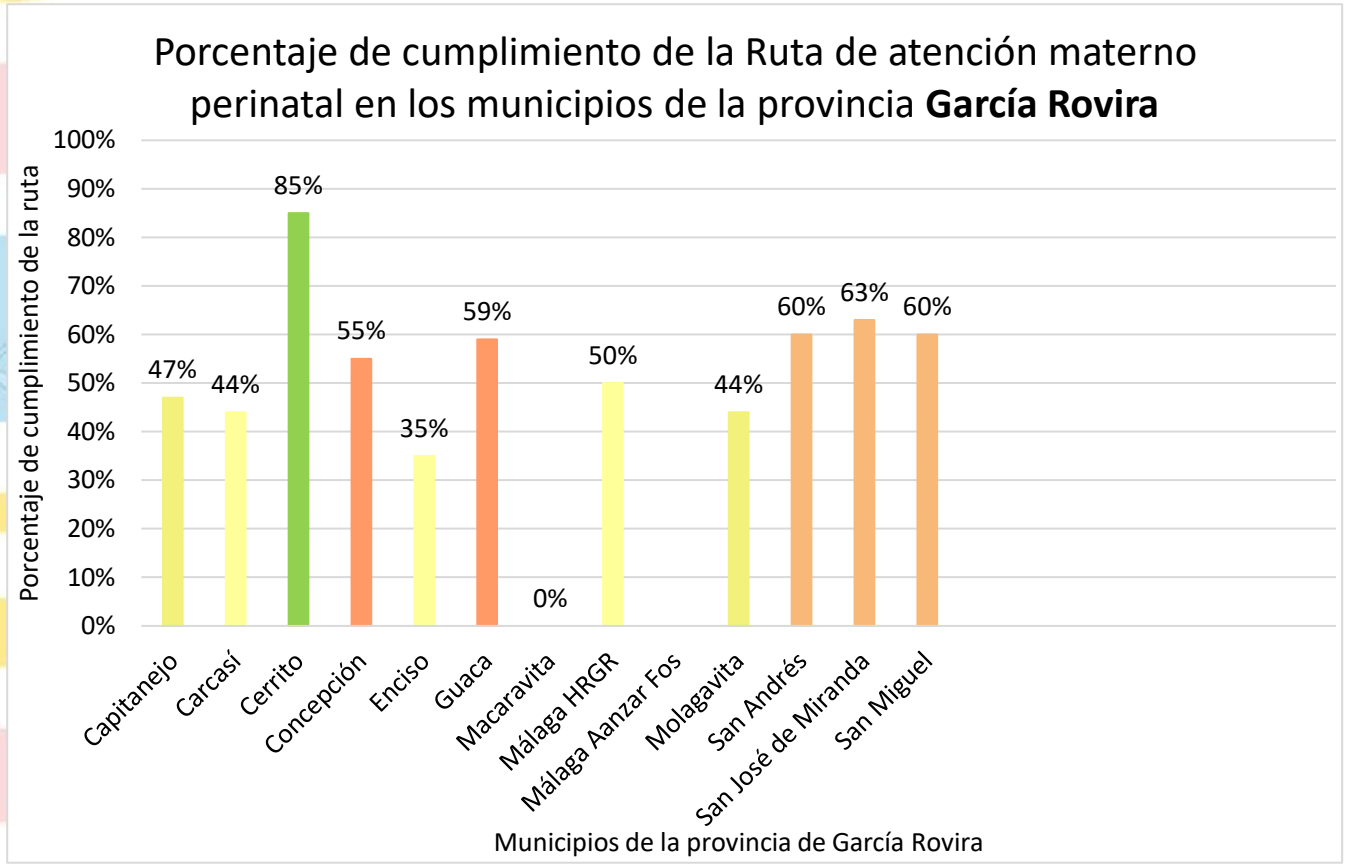
Tabla n°4. Instituciones de salud Provincia de Comunera según Nivel de Cumplimiento.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	INSTITUCIONES DE SALUD
Cumplimiento bajo	Ninguna Institución de salud.
Cumplimiento medio	Ese San Roque De Chima (Chima), Ese Hospital San Cayetano (Confines), Ese Sanatorio De Contratación (Contratación), Ese San Juan De Soleris (Guacamayo), Hospital San Juan De Dios De Galán (Galán), Ese Centro De Salud Flórez Y Caicedo (Gámbita), Ese Nuestra Señora De Guadalupe (Guadalupe), Ese Hospital San Cayetano (Guapotá), Ese Nodo Hato (Hato), Ese Hospital San Rafael De Oiba (Oiba), Ese Andrés Cala Pimentel (Palmar). Ese Hospital Flórez Y Caicedo (Suaita).
Cumplimiento alto	Ese Nodo Palmas (Palmas Del Socorro), Ese Hospital Integrado San Roque (Simacota), Hospital Manuel Beltrán Socorro (Socorro), IPS Micorporación (Socorro).
Sin dato	IPS Biosanar (Socorro)

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

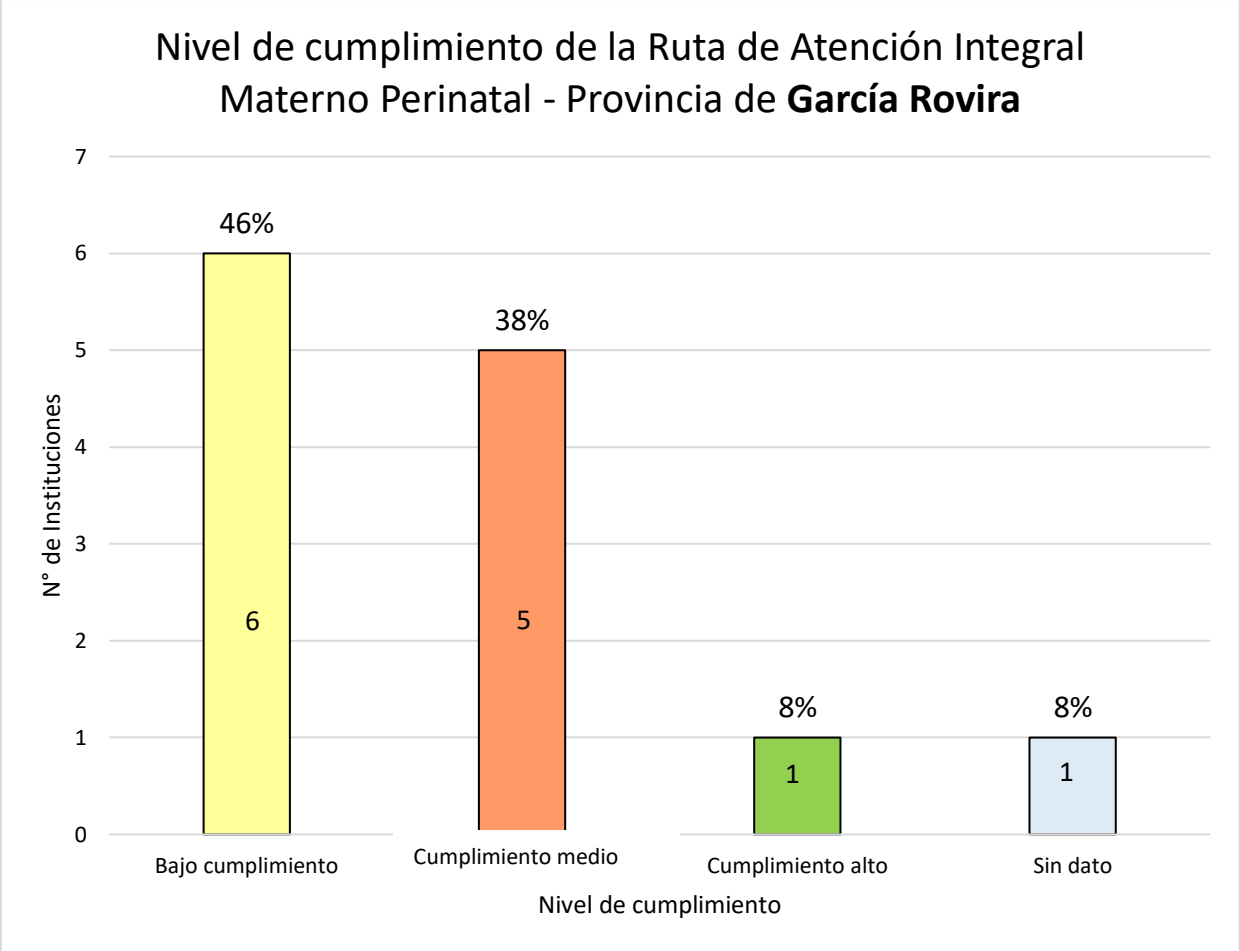
3. PROVINCIA GARCÍA ROVIRA

Gráfica n°5. Porcentaje de Cumplimiento de la RIAMP – Provincia García Rovira.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Gráfica n°6. Nivel de cumplimiento de la RIAMP – Provincia de García Rovira



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios de la Provincia de García Rovira se encuentran entre cumplimiento bajo y medio en la implementación de la RIAMP. De las 13 Instituciones de Salud, 6 se encuentran en cumplimiento bajo lo que corresponde al 46%, 5 se encuentran en cumplimiento medio correspondiente al 38%, 1 se encuentra en cumplimiento alto que corresponde al 8% y 1 sin dato que corresponde al 8%.

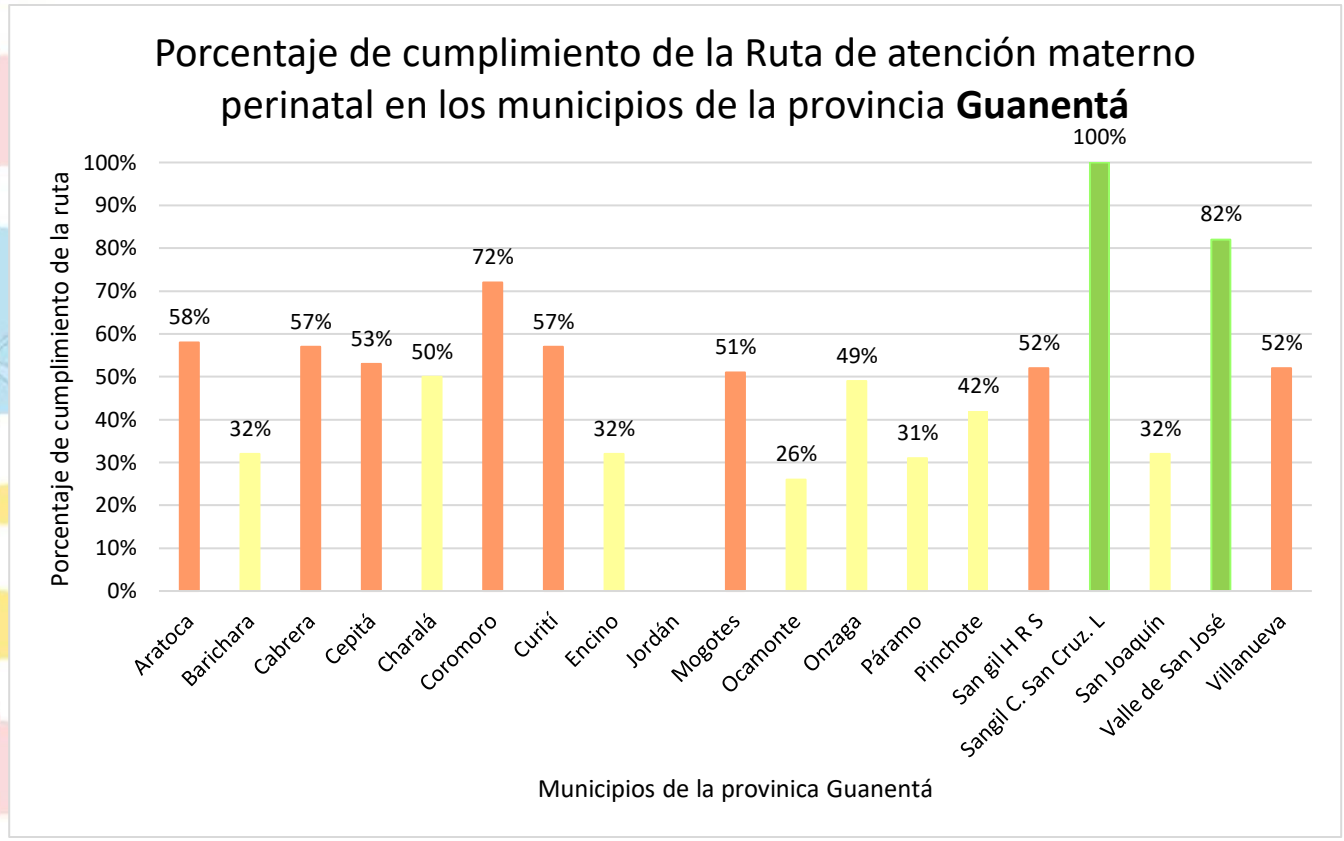
Tabla n°5. Instituciones de salud Provincia de García Rovira según Nivel de Cumplimiento.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	INSTITUCIONES DE SALUD
Cumplimiento bajo	Ese Hospital San Bartolomé (Capitanejo), Ese Centro De Salud De Carcasí (Carcasí), Ese Hospital De Enciso (Enciso), Ese Centro De Salud De Macaravita (Macaravita), Ese Hospital Regional De García Rovira (Málaga), Ese Nuestra Señora De La Esperanza (Molagavita)
Cumplimiento medio	Ese Hospital San Rafael De Concepción (Concepción), Ese Hospital Santa Ana De Guaca (Guaca), Ese Hospital De San Andrés (San Andrés), Ese Hospital Nuestra Señora De Los Remedios (San José De Miranda), Ese Hospital De San Miguel (San Miguel)
Cumplimiento alto	Ese Hospital San Antonio Del Cerrito
Sin dato	IPS Fundación Avanzar FOS - Sede Málaga

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

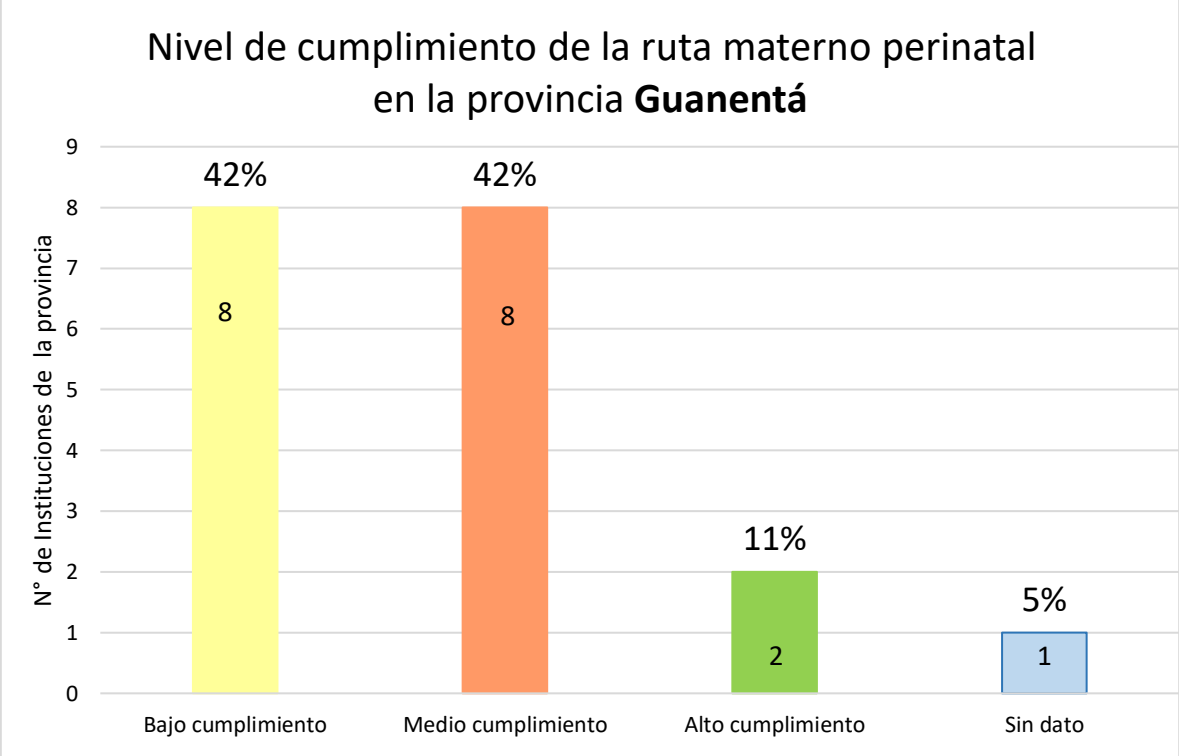
4. PROVINCIA DE GUANENTÁ

Gráfica n°7. Porcentaje de Cumplimiento de la RIAMP – Provincia Guanentá.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Gráfica n°8. Nivel de cumplimiento de la RIAMP – Provincia Guanentá



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios de la Provincia Guanentá se encuentran entre cumplimiento bajo y medio en la implementación de la RIAMP. De las 19 Instituciones de Salud, 8 se encuentran en cumplimiento bajo lo que corresponde al 42%, 8 se encuentran en cumplimiento medio correspondiente al 42%, 2 se encuentra en cumplimiento alto que corresponde al 11% y 1 sin dato que corresponde al 5%.

Tabla n°6. Instituciones de salud Provincia de Guanentá según Nivel de Cumplimiento.

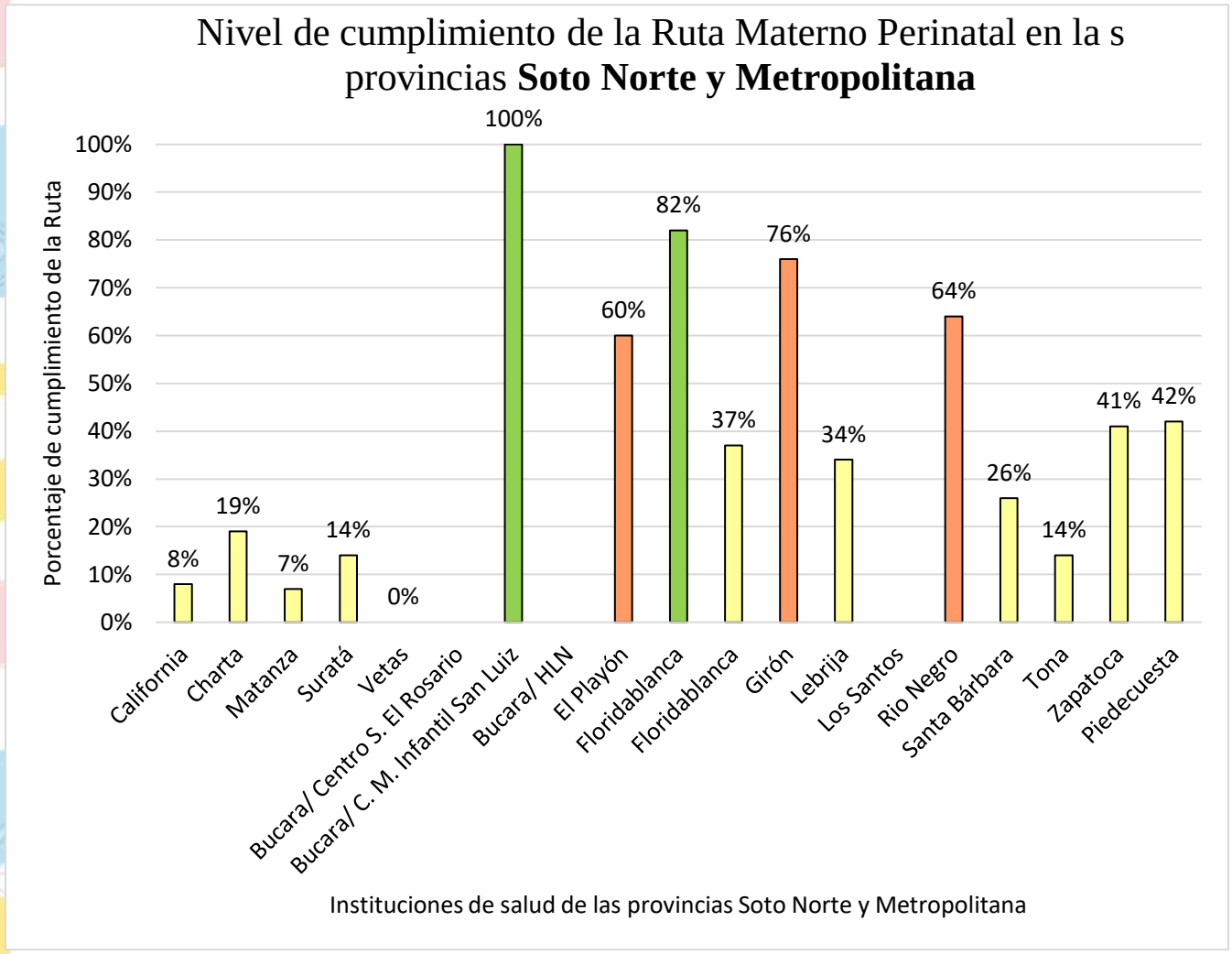
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	INSTITUCIONES DE SALUD

Cumplimiento bajo	Ese Hospital San Juan De Dios (Barichara), Ese Centro De Salud San Pedro (Cabrera), Ese Hospital Luis Carlos Galán, (Charalá), Ese Encino, Ese Ocamonte, Ese Centro De Salud Páramo, Ese San Antonio De Padua (Pinchote), Ese Hospital Integrado San Joaquín, Ese Hospital San Vicente De Paul (Onzaga).
Cumplimiento medio	Ese Hospital San Pablo II (Aratoca), Ese Cepitá (Cepitá), Ese Coromoro (Coromoro), Ese Hospital Integrado San Roque (Curití), Ese Hospital San Pedro Claver (Mogotes), Ese Hospital Regional De San Gil, Ese Centro De Salud Camilo Rueda (Villanueva).
Cumplimiento alto	Clínica Santa Cruz De La Loma (San Gil), Ese Hospital San José (Valle De San José).
Sin dato	Secretaría De Salud Jordán

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

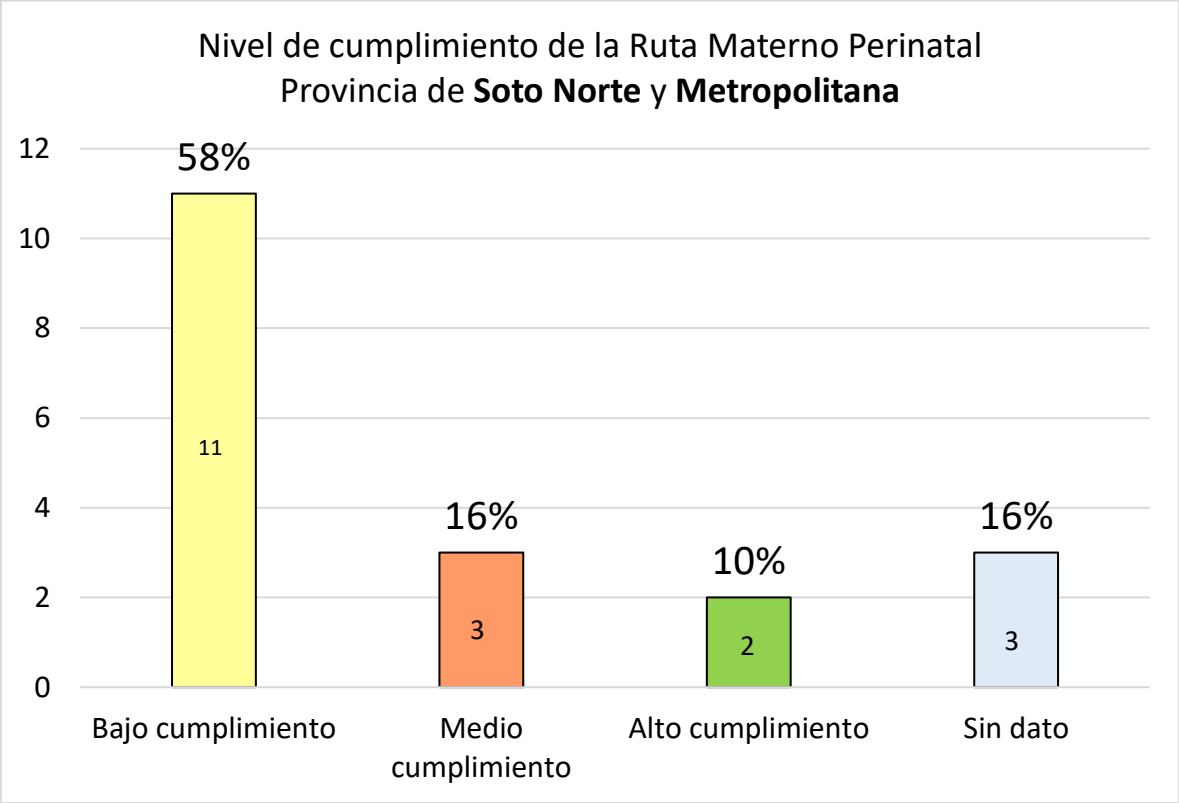
5. PROVINCIA DE SOTO NORTE Y METROPOLITANA

Gráfica n°9. Porcentaje de Cumplimiento de la RIAMP – Provincias Soto Norte y Metropolitana



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Gráfica n°10. Nivel de cumplimiento de la RIAMP – Provincias Soto Norte y Metropolitana



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios de la Provincias Soto Norte y Metropolitana se encuentran en bajo cumplimiento bajo en la implementación de la RIAMP. De las 19 Instituciones de Salud, 11 se encuentran en cumplimiento bajo lo que corresponde al 58%, 3 se encuentran en cumplimiento medio correspondiente al 16%, 2 se encuentra en cumplimiento alto que corresponde al 10% y 3 sin dato que corresponde al 16%.

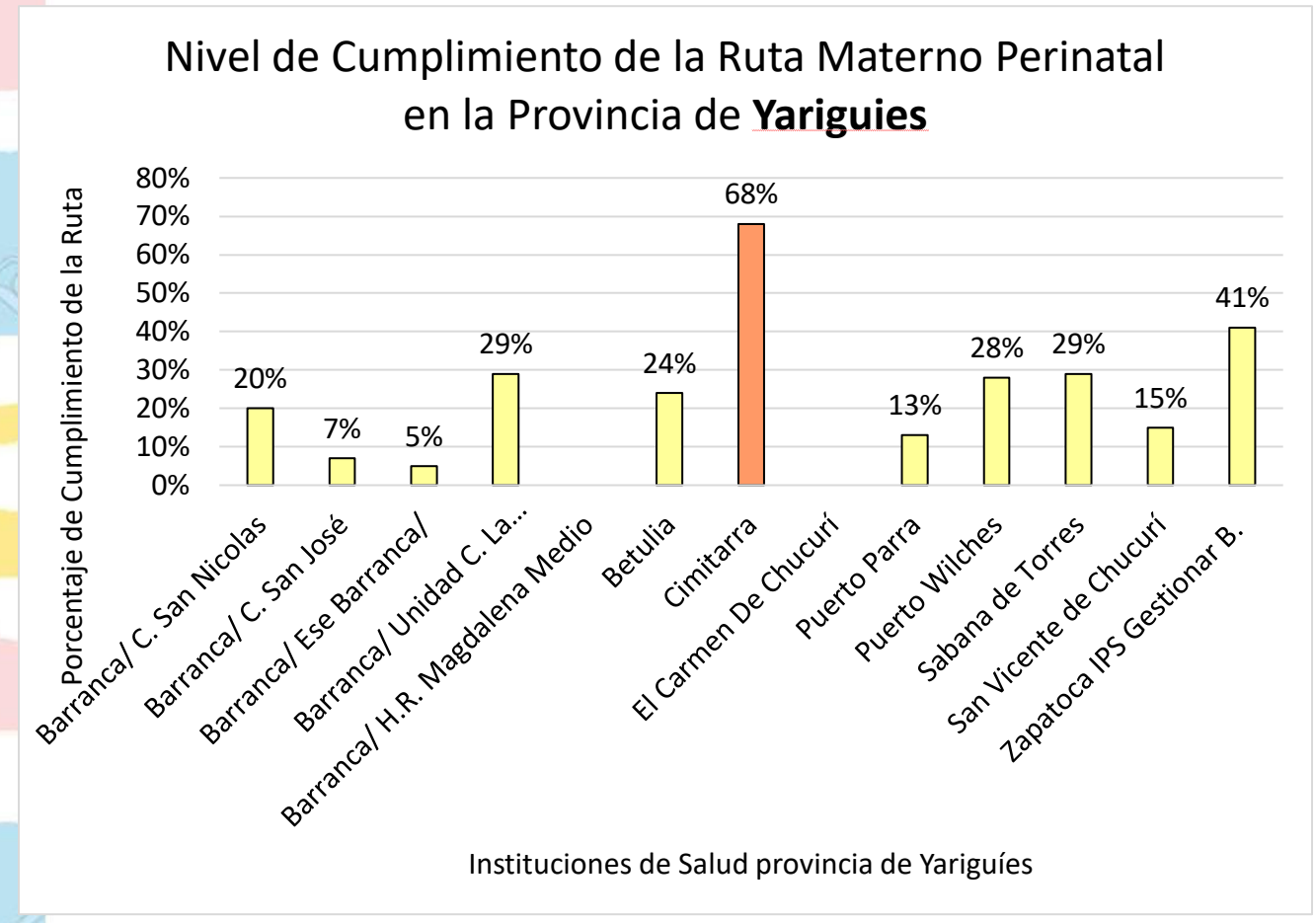
Tabla n°7. Instituciones de salud Provincia de Soto Norte y Metropolitana según Nivel de Cumplimiento.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	INSTITUCIONES DE SALUD
Cumplimiento bajo	Ese Hospital San Antonio (California), Ese Ucata (Charta), Ese Hospital San Rafael (Matanza), Ese Hospital San Sebastián (Suratá), Ese Nuestra Señora Del Carmen (Vetas), Clínica Guane (Floridablanca), Ese Hospital San Juan De Dios (Lebrija), Ese Hospital Local De Piedecuesta, Ese Santa Bárbara, Ese San Isidro (Tona)
Cumplimiento medio	Ese Hospital Santo Domingo Savio (El Playón), Ese Clínica Girón (Girón), Ese Hospital San Antonio De Rio Negro (Rio Negro)
Cumplimiento alto	Clínica Materno Infantil San Luis Sa (Bucaramanga), Hospital San Juan De Dios (Floridablanca)
Sin dato	Centro De Salud El Rosario (Bucaramanga), Hospital Local Del Norte (Bucaramanga), Ese Nuestra Señora De Las Nieves (Los Santos).

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

6. PROVINCIA DE YARIGUIES

Gráfica n°11. Porcentaje de Cumplimiento de la RIAMP – Provincia Yariguíes



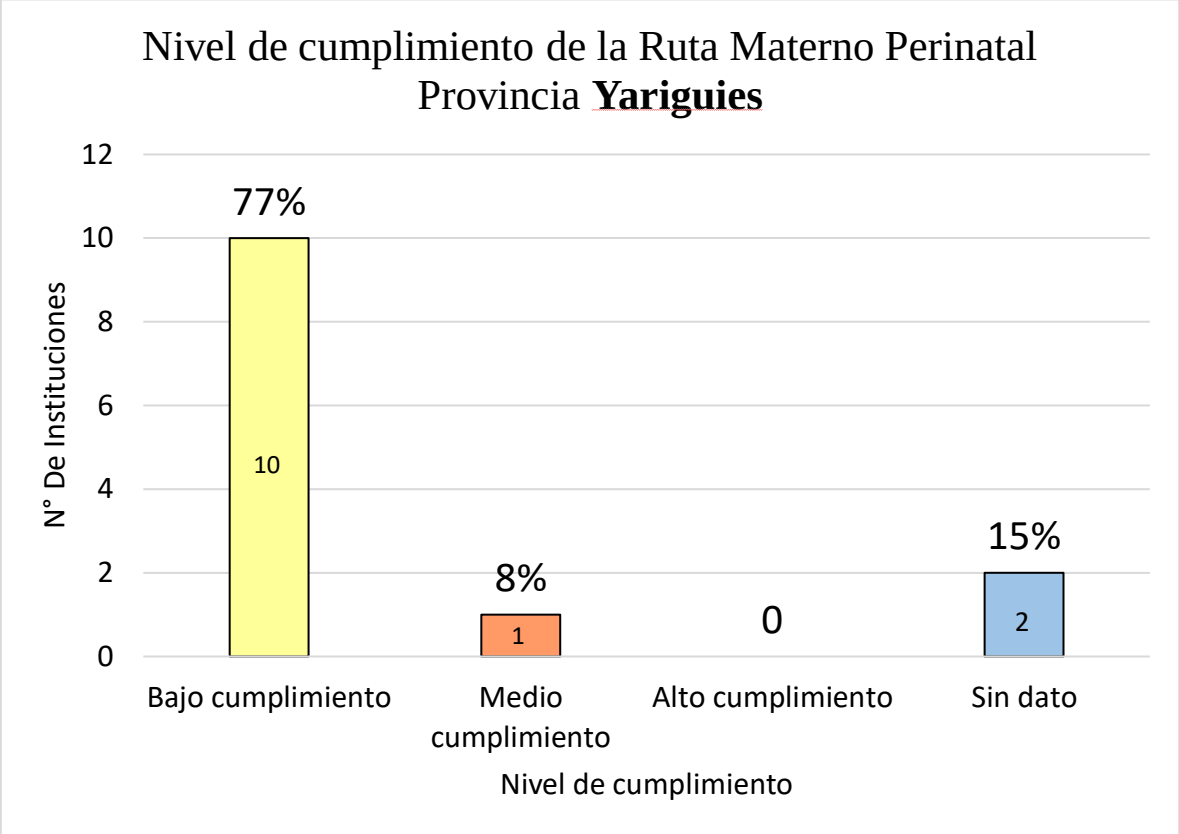
C. bajo

C. medio

C. alto

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Gráfica n°12. Nivel de cumplimiento de la RIAMP – Provincia Yariguíes



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

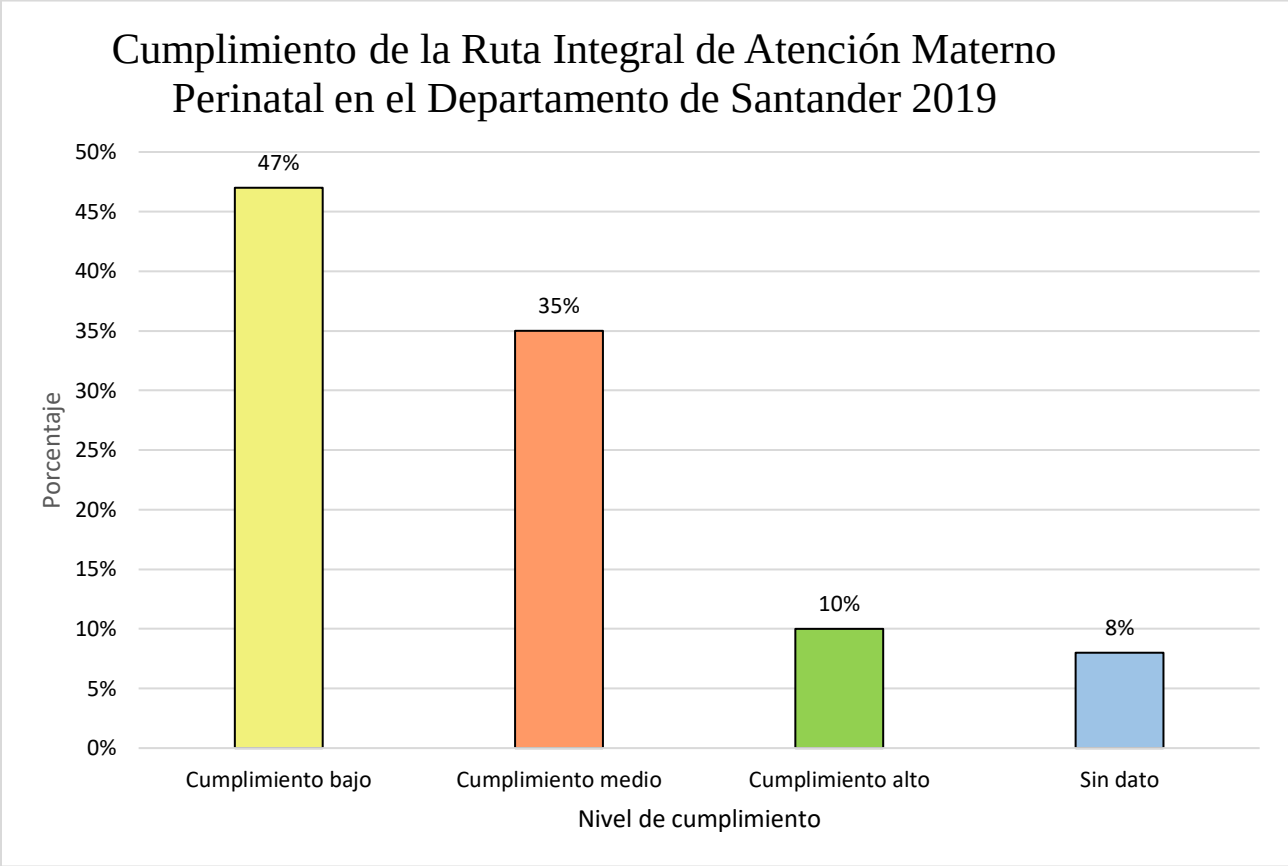
Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios de la Provincias de Yariguíes se encuentran en bajo cumplimiento en la implementación de la RIAMP. De las 13 Instituciones de Salud, 10 se encuentran en cumplimiento bajo lo que corresponde al 77%, 8 se encuentran en cumplimiento medio correspondiente al 8%, ninguno se encuentra en cumplimiento alto que corresponde al 0% y 2 sin dato que corresponde al 15%.

Tabla n°8. Instituciones de salud Provincia de Soto Norte y Metropolitana según Nivel de Cumplimiento.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	INSTITUCIONES DE SALUD
Cumplimiento bajo	Clínica San Nicolas (Barrancabermeja), Clínica San José (Barrancabermeja), Ese Barrancabermeja C.D Danubio-Campin (Barrancabermeja), Unidad Clínica La Magdalena (Barrancabermeja), Ese Hospital San Juan De Dios (Betulia), Ese Centro De Salud Puerto Parra, Ese Hospital Edmundo German Arias Duarte (Puerto Wilches), Hospital Integrado Sabana De Torres, Ese Hospital San Juan De Dios (San Vicente De Chucurí), IPS Gestionar Bienestar (Zapatoca).
Cumplimiento medio	Ese Hospital Integrado San Juan (Cimitarra)
Cumplimiento alto	Ningún municipio
Sin dato	Hospital Regional Del Magdalena Medio (Barrancabermeja), Ese Hospital El Carmen De Chucurí.

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Gráfica n°12. Nivel de cumplimiento de la RIAMP Departamento de Santander.



Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Análisis: Se evidencia que la mayor parte de los municipios presentan una baja adherencia en la implementación de la RIAMP con un 47% lo que equivale a 47 Instituciones de Salud de las 100 de los 87 municipios a las cuales se le realizó asistencia técnica, con un cumplimiento medio se encuentran 35 Instituciones de Salud que equivale al 35% y con un cumplimiento alto 10 Instituciones de salud equivalente al 10% a partir de este análisis se muestra la importancia de continuar haciendo seguimientos periódicos a cada una de las Instituciones y capacitar a los diferentes agentes en Salud sobre los lineamientos técnicos y operativos de la RIAMP.

De las 7 provincias la que presentó una mejor adherencia en cuanto a la RIAMP fue la provincia Comunera y la provincia con mejor adherencia fue la provincia de Soto Norte.

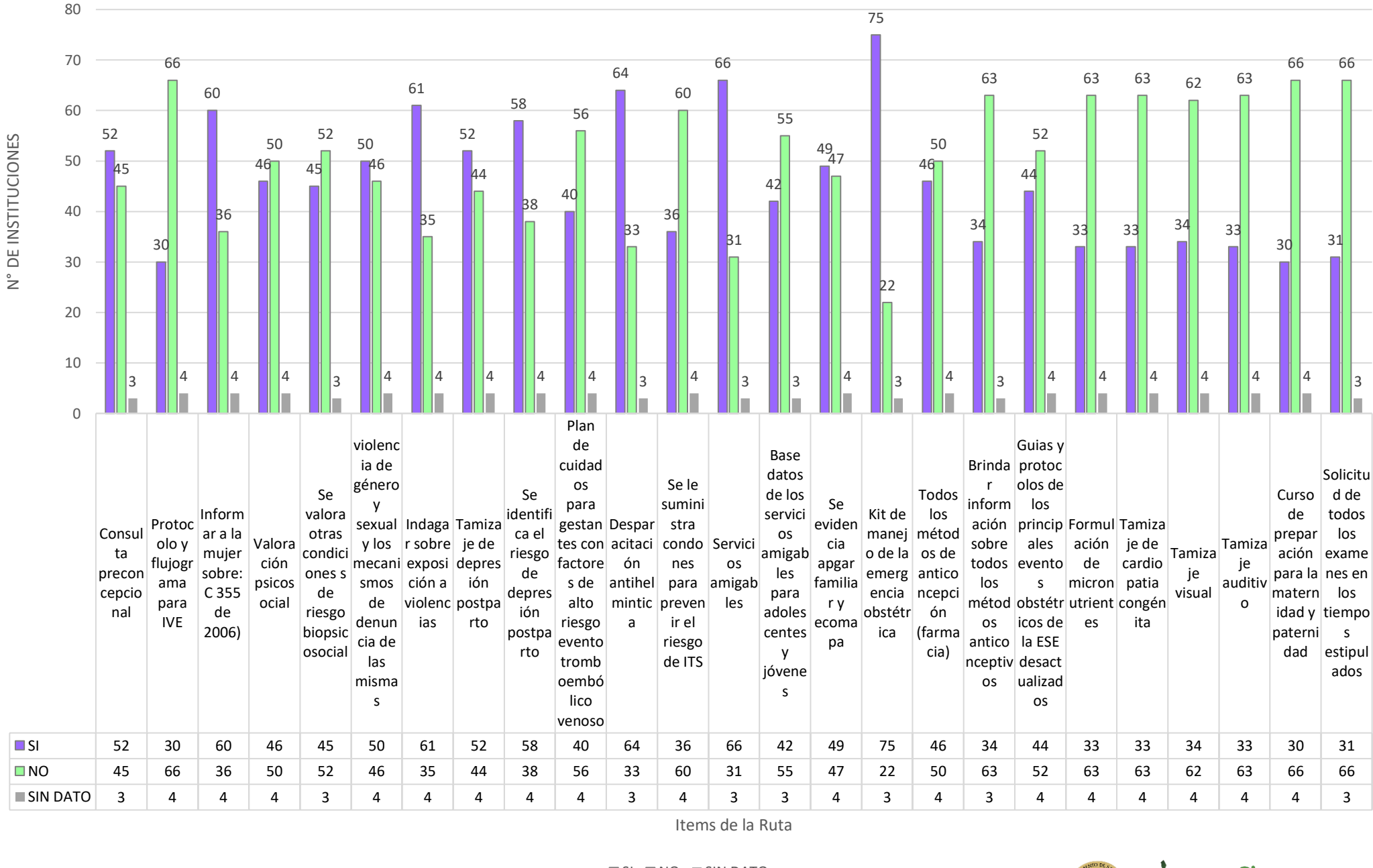
Cabe destacar las Instituciones de Salud que tuvieron un cumplimiento alto: con un cumplimiento del 100% de la RIAM: La Clínica Materno Infantil San Luis de Bucaramanga y la Clínica Santa Cruz de la Loma de San Gil, y con un cumplimiento entre el 80% y el 88% se encuentran: Hospital San Juan De Dios de Floridablanca, Hospital Regional de Vélez, Ese Hospital San Antonio del Cerrito, Ese Nodo Palmas de Palmas del Socorro, Ese Hospital Integrado San Roque de Simacota, Hospital Manuela Beltrán del Socorro, IPS Micorporación del Socorro y Ese Centro De Salud Camilo Rueda de Villanueva.

De los diferentes seguimientos a los planes de mejoramiento y planes de mejoramiento, se hizo un análisis de los ítems de menor cumplimiento en las Instituciones de Salud en cuanto a la RIAMP, los cuales se tomaron a partir de las 10 listas de chequeo aplicadas en las asistencias técnicas.

A continuación, se muestra gráficamente los ítems de menor cumplimiento, se tuvieron en cuenta los ítems si 30 o más instituciones no lo cumplían o lo cumplían parcialmente.

Gráfica n°13. Ítems de bajo cumplimiento de la RIAMP departamento de Santander.

Items con bajo cumplimiento de la RIAMP



	Consulta preconcepcional	Protocolo y flujograma para IVE	Informar a la mujer sobre: C 355 de 2006)	Valoración psicosocial	Se valoran otras condiciones s de riesgo biopsicosocial	violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas	Indagar sobre exposición a violencias	Tamizaje de depresión postparto	Se identifica el riesgo de depresión postparto	Plan de cuidados para gestantes con factores de alto riesgo evento trombo embólico venoso	Desparacitación antihelmintica	Se le suministra condones para prevenir el riesgo de ITS	Servicios amigables	Base datos de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes	Se evidencia apgar familiar y ecomapa	Kit de manejo de la emergencia obstétrica	Todos los métodos de anticoncepción (farmacia)	Brindar información sobre todos los métodos anticonceptivos	Guias y protocolos de los principales eventos obstétricos de la ESE desactualizados	Formulación de micronutrientes	Tamizaje de cardiopatia congénita	Tamizaje visual	Tamizaje auditivo	Curso de preparación para la maternidad y paternidad	Solicitud de todos los examenes en los tiempos estipulados
SI	52	30	60	46	45	50	61	52	58	40	64	36	66	42	49	75	46	34	44	33	33	34	33	30	31
NO	45	66	36	50	52	46	35	44	38	56	33	60	31	55	47	22	50	63	52	63	63	62	63	66	66
SIN DATO	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

Se puede evidenciar que las barras de color morado representan el ítem que se encuentra en bajo cumplimiento por parte de las Instituciones y las barras de color verde muestran el cumplimiento del ítem.

El ítem de mayor incidencia en bajo cumplimiento en las instituciones es el kit de emergencias obstétricas, con un total de 75 instituciones que no lo tienen o no lo tienen completo, en la mayoría de Instituciones se identificó que no cuentan con balón de bakri y el traje antichoque no neumático.

Otros de los ítems identificados de bajo cumplimiento entre 45 y 66 Instituciones de Salud se encuentran:

- Servicios amigables: al no contar con todos lo criterios de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes o no se han implementado, a esto se suma que muchas instituciones no cuentan con una base de datos de los adolescentes y jóvenes del municipio.
- Desparasitación antihelmíntica.
- Violencia de género: no se indaga sobre la exposición a violencias a partir de las preguntas establecidas en la Resolución 3280 de 2018, adicionalmente no se informa sobre las formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas.
- Antes de hacer la inscripción en la consulta para el cuidado prenatal no se informa a la mujer sobre el derecho a la IVE de acuerdo con las tres causales establecidas en la sentencia C-355 de 2006.
- No se realiza tamizaje de depresión posparto con las preguntas establecidas en la Resolución 3280 de 2018.
- No se evidencia consulta preconcepcional para hombre y mujeres.
- No se evidencia Apgar y Ecomapa en las Historias clínicas de atención en salud por medicina general o familiar y enfermería para la adolescencia.
- No se evidencia valoración psicosocial en la cual se debe incluir la estructura y dinámica familiar, social y comunitaria, las redes de apoyo, si es una gestación deseada, indagar

sobre diferentes situaciones de vulnerabilidad como los estresores, la exclusión social, la pobreza, la marginalidad e indagar sobre su manejo. (Implementación de la escala de riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado).

Y Otros ítems no menos importantes de bajo cumplimiento de 30 y 59 Instituciones se encuentran a manera general:

- Protocolos ni flujogramas para IVE
- Guías y protocolos de los principales eventos obstétricos socializados y/o actualizados.
- Formulación de micronutrientes conforme a la norma (RIAMP).
- Curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

Tabla n°9. Instituciones de Salud que no realizan el curso de preparación para la maternidad y la paternidad o que no lo realizan de acuerdo con los lineamientos establecidos en la RIAMP.

Municipio	**Institución**
Betulia	Ese Hospital San Juan De Dios
Cimitarra	Ese Hospital Integrado San Juan
El Carmen De Chucurí	Ese Hospital El Carmen De Chucurí
Puerto Parra	Ese Centro De Salud Santa Bárbara
Sabana De Torres	Hospital Integrado Sabana De Torres
San Vicente De Chucurí	Ese Hospital San Juan De Dios
Bucaramanga	Centro De Salud El Rosario
Lebrija	Ese Hospital San Juan De Dios
Rionegro	Ese Hospital San Antonio De Rionegro
Tona	Ese San Isidro
California	Ese Hospital San Antonio
Charta	Ese Ucatá
Matanza	Ese Hospital San Rafael
Suratá	Ese Hospital San Sebastián
Vetas	Ese Nuestra Señora Del Carmen
Aguada	Ese Centro De Salud Hermana Gertrudis
Chipatá	Ese Divino Niño Jesús
El Peñón	Ese Hospital El Peñón
Jesús María	Centro De Salud Sagrado Corazón

La Belleza	Ese Hospital San Martín
La Paz	Ese Nuestra Señora De La Paz
Vélez	IPS Avanzar FOS Sede Vélez
Vélez	IPS Sol Y Vida
Macaravita	Ese Centro De Salud De Macaravita
Málaga	IPS Fundación Avanzar FOS - Sede Málaga
Chima	Ese San Roque De Chima
Contratación	Ese Sanatorio De Contratación
Guacamayo	Ese San Juan De Soleris
Ocamonte	Ese Ocamonte
San Joaquín	Ese Hospital Integrado San Joaquín

Fuente: realizada por estudiante PEP tomado de Contratos Secretaría de Salud de Santander – DSDSR – Maternidad Segura. 2019.

La promoción de la salud y el mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales requiere de una atención integral en salud, en donde contribuyan de manera coordinada el Estado, el Ente Territorial, los Instituciones de salud y las comunidades, ¡la salud es tarea de todos!